

Rapport

Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen

Op 30 mei 2011 uitgebracht aan de Minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **302**

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax 5.1.2e
E-mail 5.1.2e@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

2011017718

Afdeling

ZORG-ZA

Auteur

5.1.2e

Doorkiesnummer

Tel. 5.1.2e

Inhoud:*pag.*

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Vergoedingslimieten en marktwerking
3	2.a. Wettelijk kader
3	2.a.1. Besluit zorgverzekering
3	2.a.2. Regeling zorgverzekering
4	2.b. Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010
7	2.c. Onderzoek Boer & Croon april 2010
8	2.d. Invloed vergoedingslimieten op marktwerking
10	2.e. Optimalisering hoorzorg
13	3. Kostenconsequenties
13	3.a. Inverdieneffecten
13	3.a.1. Inleiding
13	3.a.2. Vermindering arbeidsverzuim en geneeskundige zorg
15	3.a.3. Substitutie naar eenvoudige luisterhulpen
15	3.a.4. Gebruikstermijn hoortoestellen
16	3.b. Budgetneutraliteit
16	3.b.1. Inleiding
16	3.b.2. Eigen risico of eigen bijdrage
17	3.b.3. Reactie zorgverzekeraars
18	3.b.4. Voor- en nadelen vaste of percentuele eigen bijdrage
19	3.b.5. Conclusie
20	4. Advies
20	4.a. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie
21	5. Consultatie
21	5.a. Geconsulteerde partijen
21	5.b. Nationale Hoorstichting
22	5.c. GAIN
23	5.d. FENAC
24	5.e. NVAB
27	5.f. NVVS en FOSS
29	5.g. Zorgverzekeraars Nederland

- 30 6. Adviescommissie Pakket
- 31 7. Besluit CVZ

Bijlage(n)

- 1. Kostenconsequenties Functiegerichte aanspraak Hulpmiddelen
gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie
- 2. Kostenconsequentieraming deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010
- 3. Bijlage 9 (PACT-studie) en Tabel 25 en 26 (KCE-rapport)
- 4. Reacties geconsulteerde partijen

Samenvatting

Met zijn brief van 1 juli 2010 heeft de toenmalige minister van VWS het CVZ laten weten dat het kabinet de aanbeveling van het CVZ om de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven, niet overneemt (Pakketadvies 2010). De reden hiervan is dat het advies tot meerkosten leidt waarvoor geen financiële ruimte is.

De minister vroeg het CVZ om de financiële effecten van het afschaffen van de vergoedingslimieten nader in kaart te brengen. Op basis van deze gegevens kan dan worden gezien of het wenselijk is in een later jaar over te gaan tot het functiegericht omschrijven van deze hulpmiddelen.

Naar aanleiding van het verzoek van de minister heeft het CVZ de volgende mogelijke inverdieneffecten nader onder de loep genomen:

- vermindering arbeidsverzuim en beroep op geneeskundige zorg;
- substitutie naar eenvoudige luisterhulpen;
- een gebruikstermijn van hoortoestellen die niet wordt beïnvloed door marktgedrag.

Het CVZ concludeert dat een betere gehoorrevalidatie wel inverdieneffecten heeft, maar dat de opbrengsten zich moeilijk laten kwantificeren bij gebrek aan 'harde' gegevens.

Het CVZ is daarom nagegaan of er andere manieren bestaan om een budgetneutrale invoering van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie mogelijk te maken.

Het CVZ constateert dat bij hoortoestellen geen sprake is van marktconforme prijzen die tot stand zijn gekomen door onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De oorzaak hiervan is gelegen in de wettelijk vastgestelde getrapte vergoedingslimieten. Er is geen relatie tussen de hoogte van deze vergoedingslimieten en het soort/type of kwaliteit van het hoortoestel. Door de vaste vergoedingslimieten hebben zorgverzekeraars weinig belang bij een scherp inkoopbeleid en het voeren van de regie op de hoorzorg.

Het CVZ constateert dat het systeem van getrapte vergoedingslimieten verstorend werkt op de gereguleerde marktwerking en ongewenste effecten tot gevolg heeft op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (op individueel niveau) van de hoorzorg. Het instrument van maximum vergoedingen schiet zijn doel, te weten gepast gebruik van zorg, voorbij.

Om de perverse prikkels die het gevolg zijn van het huidige vergoedingensysteem tegen te gaan, concludeert het CVZ dat afschaffing van de vergoedingslimieten voor hoortoestellen een must is. Echter de invoering van de functiegerichte omschrijving onder afschaffing van de vergoedingslimieten is – gelet op de brief van de minister – alleen dan mogelijk als er waarborgen kunnen worden gegeven voor budgetneutraliteit. Nu een stijging van kosten niet aanvaardbaar is en ook de suggestie uit het Pakketadvies 2010 om het eigen risico te verhogen niet door de minister is overgenomen, meent het CVZ dat het invoeren van een eigen bijdrage de enige andere mogelijkheid is voor een budgetneutrale invoering van de functiegerichte omschrijving zonder vergoedingslimieten. Het CVZ acht de nadelen van een dergelijke eigen bijdrageregeling niet opwegen tegen de voordelen, namelijk een kwalitatief betere en doelmatiger hoorzorg.

Gezien de verwachtingen wat betreft een haalbare gemiddelde inkoopprijs is een percentuele eigen bijdrage van 25% of een vaste eigen bijdrage van € 175,- voldoende om de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie budgetneutraal te kunnen invoeren. Het CVZ is zich ervan bewust dat een eigen bijdrageregeling in bepaalde situaties nadelig uitpakt. Om het nadelige effect voor de verzekerde zo klein mogelijk te houden, kiest het CVZ voor een percentuele eigen bijdrage. Een percentuele eigen bijdrage is de meest eerlijke regeling en hiervan gaat – in tegenstelling tot een vaste eigen bijdrage – een prikkel uit tot gepast gebruik. De hoogte van de eigen bijdrage zal in de meeste gevallen lager uitpakken dan de gemiddelde bijbetaling in het huidige systeem. Dit betekent dat de toegankelijkheid/ betaalbaarheid van hoortoestellen voor de slechthorende zal verbeteren. Tegelijkertijd zorgt de functiegerichte omschrijving van deze zorg in combinatie met protocollering voor een betere kwaliteit van de hoorzorg.

Als het effect van de marktwerking op termijn een dalende tendens in de kostenontwikkeling laat zien, kan worden overwogen de eigen bijdrageregeling voor hoortoestellen weer af te schaffen.

Het CVZ adviseert de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven, zoals verwoord in het rapport Hulpmiddelenzorg 2010. Om de afschaffing van de getrapte vergoedingslimieten te realiseren uitgaande van budgetneutraliteit, adviseert het CVZ een percentuele eigen bijdrage voor hoortoestellen van 25%.

1. Inleiding

Op 2 april 2010 heeft het CVZ het rapport Hulpmiddelenzorg 2010 (Deelrapport van het Pakketadvies 2010) uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In dit rapport heeft het CVZ voorstellen gedaan om de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven. Het CVZ adviseerde de minister om de indicatiecriteria voor hoortoestellen te verruimen en de vergoedingslimieten af te schaffen, omdat deze vergoedingssystematiek de marktwerking frustreert.

Uitgangspunt bij de berekening van de kostenconsequenties van dit systeemadvies was dat zorgverzekeraars – als gevolg van het afschaffen van de vergoedingslimieten – belang hebben bij scherpe prijsonderhandelingen. Omdat op voorhand moeilijk is in te schatten op welk gemiddeld bedrag men in de nieuwe marktsituatie zou uitkomen, berekende het CVZ een bandbreedte die neerkomt op een kostenstijging van € 28 tot € 77 miljoen per jaar, waarbij geen rekening is gehouden met mogelijke inverdieneffecten.

Met zijn brief van 1 juli 2010 heeft de toenmalige minister van VWS het CVZ laten weten dat het kabinet de aanbeveling om de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven, niet overneemt. De reden hiervan is dat het advies tot meerkosten leidt waarvoor geen financiële ruimte is.

De minister achtte het echter wel zinvol om te bezien of een meer flexibele omschrijving van deze hulpmiddelen kan bijdragen aan een doelmatiger gebruik daarvan en zo kan leiden tot besparingen. Om deze reden vroeg de minister het CVZ om de financiële effecten van het afschaffen van de vergoedingslimieten nader in kaart te brengen. Op basis van deze gegevens kan dan worden bezien of het wenselijk is in een later jaar over te gaan tot het functiegericht omschrijven van deze hulpmiddelen. In dit rapport gaat het CVZ in op de vraag van de minister.

Leeswijzer

In hoofdstuk twee vindt u onder meer het wettelijk kader van de te verzekeren prestatie hoortoestellen, achtergrondinformatie over de functiegerichte omschrijving van deze hulpmiddelen en de invloed van vergoedingslimieten op de marktwerking. De kostenconsequenties van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan de hoorfunctie onder afschaffing van de maximum vergoedingslimieten komen in hoofdstuk drie aan bod, gevolgd door het advies van het CVZ in hoofdstuk vier.

Hoofdstuk vijf bevat een samenvatting van de consultatie van belanghebbende partijen en de reactie van het CVZ daarop. In hoofdstuk zes komt het advies van de Adviescommissie Pakket aan de orde. Het besluit van het CVZ volgt in hoofdstuk zeven.

2. Vergoedingslimieten en marktwerking

2.a. Wettelijk kader

2.a.1. Besluit zorgverzekering

Bzv

In artikel 2.9, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) is geregeld dat hulpmiddelenzorg de bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen omvat.

In het tweede lid is verder bepaald dat de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald.

2.a.2. Regeling zorgverzekering

Rzv

De volgende artikelen van de Regeling zorgverzekering (Rzv) hebben betrekking op de te verzekeren prestatie 'hoortoestellen'.

Artikel 2.6, onderdeel g, en artikel 2.14: Gehoorschulpmiddelen

Hoortoestellen

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, eerste lid, onderdeel g, omvatten:
 - a. Electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken en de verschaffing van oorstukjes, indien is voldaan aan een van de zorginhoudelijke criteria vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling;
 - b. (...);
 - c. (...).
2. Als een bijzondere uitvoering van een electro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, wordt beschouwd:
 - a. een cros-uitvoering;
 - b. een bicros-uitvoering;
 - c. een beengeleider-uitvoering;
 - d. een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
 - e. een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
 - f. een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.

In het derde tot en met het vijfde lid van dit artikel zijn de voor hoortoestellen geldende getrapte vergoedingslimieten opgenomen. Het zesde lid regelt de extra vergoeding voor hoortoestellen in een brilmontuur.

Maximum vergoedingen	In 2011 gelden de volgende vergoedingslimieten:	
	€ 501,50	Bij de eerste aanschaf of bij vervanging van een hoortoestel dat korter dan 6 jaar is gebruikt.
	€ 592,00	Bij vervanging van een hoortoestel dat 6 jaar is gebruikt maar nog geen 7 jaar.
	€ 683,00	Bij vervanging van een hoortoestel na 7 jaar.
	€ 683,00	Voor verzekerden jonger dan 16 jaar.
	€ 65,00	Extra vergoeding voor hoortoestellen die zijn opgenomen in een brilmontuur.

2.b. Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

PACT-studie	In het rapport Hulpmiddelenzorg 2010 (Deelrapport van het Pakketadvies 2010) is het CVZ uitgebreid ingegaan op de resultaten van de in opdracht van het CVZ door de Stichting PACT (platform for audiological clinical testing) uitgevoerde studie 'Compensatie van verminderd horen: Technische mogelijkheden van hoortoestellen en indicaties'. Het CVZ zal in dit rapport niet alle conclusies uit dit onderzoek herhalen, maar volstaan met enkele highlights.
Highlights	

Bij gebruikers is behoefte aan meer functionaliteit van een hoortoestel in het basissegment (zonder bijbetaling). Anders dan Kamervragen suggereren is het niet eenvoudig om die behoefte te koppelen aan een differentiatie van de vergoeding op basis van gehoorverlies in dB's uit het toonaudiogram. De relatie tussen audiometrische eigenschappen en hoorproblemen is niet altijd eenduidig. De binnen het onderzoek uitgevoerde literatuurstudie toont aan dat er meestal geen relatie te leggen is tussen soort gehoorverlies en type hoortoestel. Een juiste advisering houdt niet alleen rekening met het gehoorverlies maar ook met de zogenaamde luistertaken en luisteromgeving.

Gebrek aan goede voorlichting	Een dilemma bij de inspraak en keuzevrijheid van de gebruiker is, dat het voor de meeste slechthorenden te complex is om te overzien wat precies nodig is gezien zijn gehoorverlies, luistertaken en -omgeving. Door gebrek aan goede voorlichting zou eenvoudig de suggestie kunnen ontstaan dat voor het functioneren in moeilijke luistersituaties altijd een high-end hoortoestel nodig is, ongeacht de complexiteit van het gehoorverlies. In de literatuur is hiervoor echter onvoldoende onderbouwing te vinden.
--------------------------------------	---

Een gedetailleerd protocol voor het aanpasproces is dan ook gewenst. Daarbij is de intake van belang, omdat niet alleen de aard en mate van gehoorverlies bepalend zullen zijn voor de uiteindelijke keuze en instelling van het hoortoestel, maar juist ook de wensen van de gebruiker gezien zijn leef- en werkomstandigheden. In paragraaf 2e gaat het CVZ nader in op de ontwikkelingen rond protocollering van de hoorzorg.

***Consumenten-
prijzen***

In Nederland lopen de consumentenprijzen van hoortoestellen uiteen van € 485,- tot € 2100,-. Het ontbreekt aan instrumenten om de precieze relatie tussen de prijs van het hoortoestel en de eigenschappen en kwaliteit te beoordelen. Complexe hoortoestellen kosten meer dan eenvoudige en de laatste techniek vervangt voorgaande, wat vaak doorwerkt voor de positie van de toestellen binnen het prijssegment. Door snelle innovatie wordt de oudere soms 'achterhaalde' techniek vaak in een lager prijssegment gepositioneerd voordat het toestel van de markt verdwijnt.

***Internationale
prijsvergelijking***

Verder is binnen de PACT-studie onderzoek gedaan naar de prijzen en vergoedingen in het buitenland. Uit dit onderzoek blijkt dat een prijsvergelijking tussen landen moeilijk is. Enerzijds komt dit doordat de consumentenprijs zich niet beperkt tot het product alleen, maar ook de service en nazorg betreft die per land en per leverancier kan verschillen. Verder wordt een vergelijking bemoeilijkt door gebrek aan transparantie. De onderzoekers kregen van internationale ketenbedrijven geen informatie over prijzen, onder meer vanwege 'internal policy'. Dossieronderzoek waaronder het KCE-rapport 'Hoortoestellen in België' uit 2008 en internetonderzoek heeft uiteindelijk informatie opgeleverd over de consumentenprijzen in een aantal Europese landen). Ook KCE rapporteerde dat het moeilijk bleek om informatie over prijzen te krijgen. Wat wel duidelijk wordt uit zowel de PACT-studie als het KCE-rapport is, dat er tussen de verschillende landen een grote spreiding van prijzen is als het gaat om dezelfde hoortoestellen (bijlage 3).

KCE-rapport

Opvallend is dat in Duitsland de hoortoestelprijzen aanmerkelijk lager zijn voor ziekenfondsverzekerden. Particulier verzekerden betalen meer voor hetzelfde toestel. Ook de hoortoestelprijzen in Denemarken (publieke sector) liggen aanmerkelijk lager dan in andere Europese landen. KCE wijst op de merkwaardige variatie in prijzen voor zo'n gestandaardiseerd (en vaak geïmporteerd) product als een hoortoestel. KCE concludeert dat de hoogte van de prijzen van hoortoestellen eerder beïnvloedt wordt door de manier waarop de hoortoestellen in de verschillende landen verzekerd zijn dan door het vrije markt mechanisme. De prijzen in Nederland zijn hoger dan die in Duitsland (ziekenfonds) en Denemarken (publieke sector) en vergelijkbaar of lager dan de prijzen in de

particuliere respectievelijk private markt in de beide landen.

Eigen betaling

Binnen de PACT-studie heeft een uitbreiding van het gebruikersonderzoek plaatsgevonden, omdat het oorspronkelijke onderzoek qua steekproefomvang achteraf te klein bleek. In dit aanvullende onderzoek zijn van 102 van de 120 respondenten gegevens bekend over de kosten, vergoedingen en eigen bijdragen bij de aanschaf van een hoortoestel.

Tabel 1	<i>Gemiddeld</i>	<i>Mediaan</i>
<i>Totale kosten</i>	1210	1200
<i>Vergoeding basispakket</i>	532	483
<i>Aanvullende vergoeding</i>	167	nb
<i>Eigen bijdrage</i>	498	395

Conclusie CVZ

Op basis van de uitkomsten van het onderzoek kwam het CVZ tot de volgende conclusie. Uitgangspunt voor het invoeren van maximum vergoedingen was van oudsher dat voor een dergelijk maximumbedrag – zonder eigen betaling – een goed hoortoestel is aan te schaffen. Daarnaast werd verondersteld dat het effect van vergoedingslimieten zou zijn, dat de marktprijzen zich hiernaar zouden richten. Het CVZ constateerde dat het aanschaffen zonder bijbetaling van een adequaat hoortoestel (uitgaande van het gehoorverlies maar ook van de zogenaamde luistertaken en luisteromgeving) lang niet in alle gevallen mogelijk is. Bijbetalen is eerder regel dan uitzondering.

Grote spreiding prijzen

Gezien de grote spreiding in consumentenprijzen kan evenmin worden volgehouden dat de maximum vergoedingslimieten van invloed zijn op de prijzen van de hoortoestellen. Eerder lijkt het dat het systeem van maximum vergoedingslimieten de marktwerking frustreert. Zorgverzekeraars hebben – door het bestaan van vergoedingslimieten – weinig belang bij het voeren van prijsonderhandelingen met leveranciers van hoortoestellen. Doordat zorgverzekeraars hun inkoopkracht op deze markt onvoldoende benutten en het proces van hoortoestelkeuze onvoldoende transparant is, worden verzekerden geconfronteerd met hoge bijbetalingen die lang niet altijd nodig zijn.

**Vergoedings-
limieten
afschaffen**

Om deze reden stelde het CVZ voor de getrapte vergoedingslimieten voor hoortoestellen af te schaffen. Voor de berekening van de kostenconsequenties van dit systeemadvies ging het CVZ uit van gemiddelde inkoopprijzen van zorgverzekeraars die oplopen van 600 – 800 euro per hoortoestel. Omdat op voorhand moeilijk was in te schatten op welk gemiddeld bedrag zorgverzekeraars in de nieuwe marktsituatie zouden uitkomen, berekende het CVZ een bandbreedte die neerkomt op een kostenstijging van € 28 tot € 77 miljoen per jaar, waarbij geen rekening is gehouden met mogelijke inverdieneffecten (zie bijlage 1).

Het CVZ heeft deze gegevens geactualiseerd aan de hand van de inmiddels bekende cijfers over 2009. Doordat het aantal gebruikers in 2009 ten opzichte van 2008 licht is gedaald, komt de raming van de eerder becijferde kostenstijging uit op € 26 tot € 73 miljoen per jaar (zie bijlage 2).

2.c. Onderzoek Boer & Croon april 2010

NVAB

Als reactie op het advies van het CVZ heeft de Nederlandse Vereniging van Audicien Bedrijven (NVAB) onderzoeksbureau Boer & Croon gevraagd nader onderzoek te doen naar de consequenties van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Omdat de door het CVZ geraamde kostenstijging naar mening van de NVAB aan de bescheiden kant was, heeft men het onderzoeksbureau opdracht gegeven de berekeningen van het CVZ financieel technisch te toetsen. Op basis van de resultaten van het onderzoek waarschuwde de NVAB het kabinet voor 'een onbezonnen overname' van het CVZ-advies. Het CVZ zou de kostenstijging veel te laag hebben ingeschat. Het zou om een verschil gaan van honderden miljoenen¹.

In het rapport van Boer & Croon is het volgende gesteld:
"CVZ raamt de totale kosten van gebruikers van hoortoestellen in 2009 op € 108,5 miljoen. Uit het onderzoek² blijkt dat de werkelijke totale kosten van hoortoestellen in 2009 € 225,5 miljoen bedragen. Het verschil van € 117 miljoen wordt verklaard doordat CVZ alleen de bedragen meeneemt die in rekening zijn gebracht bij de Zorgverzekeringswet. In het geval deze kosten integraal gedekt zullen gaan worden, is het verstandig om in de basis uit te gaan van de huidige werkelijke kosten".

**Onjuiste
vergelijking**

De suggestie die uit voorgaande alinea naar voren komt dat het CVZ een te lage raming van kosten heeft gemaakt is onjuist. Dit komt omdat er twee bedragen worden vergeleken die verschillend zijn opgebouwd.

¹ Persbericht NVAB d.d. 18 mei 2010

² Boer & Croon

Totale kosten per gebruiker

Het geraamde bedrag van € 108,5 miljoen had betrekking op de totale kosten van gebruikers over 2009. Dit bedrag was inderdaad gebaseerd op de kosten die ten laste van de basisverzekering komen op basis van vergoedingslimieten. De raming voor 2010 bedroeg € 116,6 miljoen.

Meerkosten

Daarnaast raamde het CVZ de meerkosten als de vergoedingslimieten zouden worden afgeschaft. Voor deze meerkosten berekende het CVZ voor 2010 een bandbreedte die neerkwam op € 28 tot € 77 miljoen euro afhankelijk van de prijsonderhandelingen van zorgverzekeraars. Het bedrag van € 77 miljoen was gebaseerd op een gemiddelde inkoop prijs van € 800,- per hoortoestel. Alleen als de totale kosten van gebruikers (bij ongewijzigd beleid) en de meerkosten (bij gewijzigd beleid) bij elkaar worden opgeteld is een vergelijking mogelijk met de door Boer & Croon berekende totale kosten van € 225,5 miljoen.

Bij een gemiddelde inkoop prijs van € 800,- per hoortoestel zouden de totale kosten voor 2010 volgens de raming van het CVZ uitkomen op € 193 miljoen (€ 116,6 miljoen vermeerderd met € 76,6 miljoen).

In zijn berekeningen gaat Boer & Croon echter uit van een hogere gemiddelde prijs van hoortoestellen namelijk € 1.019. Als het CVZ dit bedrag zou gebruiken dan komen de ramingen over 2009 (referentiejaar Boer & Croon) even hoog uit: (prijs x aantal gebruikers x aantal hoortoestellen per gebruiker) = € 1.019 x 123.872 x 1,8 = € 227 miljoen. Het CVZ verwacht dat juist door het afschaffen van de vergoedingslimieten de gemiddelde inkoop prijs van hoortoestellen door zorgverzekeraars zal dalen omdat zorgverzekeraars meer belang krijgen bij prijsonderhandelingen.

2.d. Invloed vergoedingslimieten op marktwerking***Zorgdriehoek in balans***

Bij marktwerking in de zorg gaat het niet om vrije – dus ongereguleerde – markten, maar om gereguleerde marktwerking. Dit betekent dat vragers en aanbieders weliswaar vrijheid hebben, maar dat die vrijheid is afgebakend door wetten en regels. Deze regulering is er om de publieke doelen kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en betaalbaarheid te waarborgen en ongewenste effecten te voorkomen. Er is bewust gekozen voor een systeem dat niet alleen meer vrijheidsgraden kent maar waarbij partijen (zorgdriehoek tussen consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) elkaar in balans houden.

NZa en Wmg

Het toezicht op de markt is gelegen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De centrale rol van de NZa is verankerd in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Op grond van

de Wmg staat het algemene consumentenbelang voor de NZa bij de uitoefening van haar taken voorop. In de considerans van de Wmg is de volgende opdracht meegegeven:

“dat het wenselijk is in verband met de informatieachterstand van de consument en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, de positie van de consument te beschermen en te bevorderen”.

Vrije tariefvorming De Wmg regelt de prestaties van zorgaanbieders en de tarieven die zij mogen rekenen. Bepaalde vormen van zorg – waaronder hulpmiddelenzorg – zijn echter vrijgesteld van tarifiering en prestatiebeschrijving door de NZa. Achterliggende gedachte is dat het gaat om zorg of categorieën van zorgaanbieders waarbij de markt zodanig is ontwikkeld dat vrije tariefvorming kan worden toegestaan.

Hoortoestellen-markt uitzondering Bij de meeste hulpmiddelenmarkten is inderdaad sprake van marktwerking waarbij consumenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders elkaar in balans houden. Door deze geregleerde marktwerking is er voor elke variant van een aandoening een passende verstrekking tegen een marktconforme prijs.

Bij hoortoestellen is geen sprake van marktconforme prijzen die tot stand zijn gekomen door onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De oorzaak hiervan is gelegen in de wettelijk vastgestelde getrapte vergoedingslimieten. Zoals in paragraaf 2b is omschreven is er een grote spreiding in consumentenprijzen. De maximum vergoedingslimieten zijn nauwelijks van invloed op de prijzen van hoortoestellen. Er is geen relatie tussen de hoogte van de vergoedingslimieten en het soort/type of kwaliteit van het hoortoestel. De hoogte van de vergoeding is gebaseerd op andere overwegingen, namelijk of sprake is van een eerste aanschaf dan wel de gebruiksduur van een vorig hoortoestel. Een gevolg hiervan is dat iemand met een complex gehoorverlies eenzelfde vergoeding krijgt als iemand met beginnende ouderdomsslechthorendheid.

Gepast gebruik Het CVZ constateert dat het systeem van getrapte vergoedingslimieten verstorend werkt op de geregleerde marktwerking en ongewenste effecten tot gevolg heeft op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (op individueel niveau) van de hoorzorg. Het instrument van maximum vergoedingen schiet zijn doel, te weten gepast gebruik van zorg, voorbij. De consument heeft nauwelijks keuze om binnen de bestaande vergoedingslimieten een hoortoestel aan te schaffen zonder bijbetaling.

**Informatie-
achterstand**

Zoals eerder opgemerkt, hebben zorgverzekeraars door de vaste vergoedingslimieten weinig belang bij een scherp inkoopbeleid en het voeren van de regie op de kwaliteit van de hoorzorg. Een slechthorende kan door gebrek aan transparantie nooit op gelijkwaardig niveau met zorgaanbieders (zoals audiciens) meebeslissen. Het huidige vergoedingssysteem werkt in de hand dat zorgverzekeraars zich niet actief met de hoortoestellenmarkt bemoeien. Een gevolg hiervan is dat de balans tussen partijen – cruciaal voor de marktwerking – ontbreekt. Dit wordt nog eens versterkt door informatieachterstand bij de consument, waardoor commerciële prikkels van invloed kunnen zijn op de uiteindelijke keuze van de consument. Dit resulteert in hoge gemiddelde aanschafkosten per hoortoestel voor de consument met als gevolg hoge bijbetalingen en hoorhulpmiddelen die lang niet altijd optimaal zijn afgestemd op de behoefte van de gebruiker.

**Prijzen kunstmatig
hoog**

Voor zover er al sprake is van prijsonderhandelingen dan start dit op het niveau van de laagste vergoedingslimiet. Dit blijkt ook uit het onderzoek 'Compensatie van verminderd horen' waar de ondergrens van consumentenprijzen op € 485,- ligt (laagste vergoedingslimiet 2009). De prijzen van hoortoestellen worden hierdoor kunstmatig hoog gehouden (een grote zorgverzekeraar schat het bedrag dat de audicien voor een hoortoestel betaalt op maximaal € 150 tot € 200). Door zorgverzekeraars volledig verantwoordelijk te maken voor de inkoop van een hooroplossing voor haar verzekerden kan een echte markt ontstaan zoals dat ook bij andere hulpmiddelenmarkten het geval is overeenkomstig de bedoeling van de Wmg.

Het CVZ heeft de indruk dat het toezicht op de hoortoestellenmarkt door de NZa tot dusver geen hoge prioriteit heeft gekregen. Vermoedelijk speelt het feit dat de hulpmiddelenzorg in het kader van de Wmg is vrijgesteld van tarifiering en prestatiebeschrijving hierbij een rol.

Conclusie CVZ

Om de perverse prikkels die het gevolg zijn van het huidige vergoedingensysteem tegen te gaan, concludeert het CVZ dat afschaffing van de vergoedingslimieten voor hoortoestellen een must is.

2.e. Optimalisering hoorzorg

De manier waarop de huidige hoorzorg is vormgegeven leidt tot onder- of overcompensatie, omdat slechthorende niet altijd een op zijn situatie toegesneden hoortoestel krijgt.

- Ondercompensatie** De volgende situaties zijn denkbaar:
- Een slechthorende ziet af van het aanschaffen van een hoortoestel omdat hij teveel moet bijbetalen als gevolg van de maximum vergoeding, terwijl wellicht met een minder duur toestel kan worden volstaan. Een onbehandeld hoorprobleem heeft negatieve gevolgen voor de slechthorende en zijn omgeving;
 - Een slechthorende heeft gezien zijn luisterbehoefte en -omgeving een hoortoestel nodig met een aantal nuttige functies. Omdat de eigen betaling als gevolg van de maximum vergoeding voor hem te hoog is, moet hij genoegen nemen met een voor zijn situatie minder goed hoortoestel, hetgeen van invloed kan zijn op zijn functioneren in het maatschappelijk leven.
- Overcompensatie**
- De slechthorende krijgt een te complex hoortoestel (high-end) gezien zijn luisterbehoefte en -omgeving. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de hoogte van de eigen betaling, maar ongetwijfeld ook voor het doelmatig gebruik van het hoortoestel;
 - De slechthorende krijgt een te complex hoortoestel, dat hij gezien zijn cognitieve vermogens niet goed kan bedienen.

De functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie (onder afschaffing van de maximum vergoedingen) is één van de instrumenten die bijdraagt aan optimalisering van de hoorzorg. De bedoeling van de functiegerichte verstrekking is om de beperkingen die een individu ervaart, zo optimaal mogelijk te compenseren. De basis van een functiegerichte aanpak is een gedifferentieerde indicatiestelling met een daarop aansluitende gedifferentieerde verstrekking. Daar hoort een vergoedings-systeem bij dat ervoor zorgt dat dat geschikte hulpmiddel bekostigd kan worden. De vergoeding zou daarom niet een vast bedrag moeten zijn zoals in de huidige systematiek, maar een bedrag dat toereikend is om dat hoorhulpmiddel aan te schaffen dat het beste past bij het gehoorverlies van de slechthorende en zijn/haar gehoorwensen.

- Veldnorm** Een ander instrument om kwaliteit, keuzevrijheid en differentiatie te borgen is protocollering. Een eerste stap om te komen tot een goede hulpverlening aan slechthorenden is de 'Veldnorm hoortoestelverstrekking 2009'. De samenwerkende partijen in het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH) hebben deze veldnorm geformuleerd. In de veldnorm is omschreven bij welke professionals de slechthorende met een zorgvraag terecht kan en hoe het traject naar uiteindelijke levering en gebruik van een hoorhulpmiddel eruit ziet. Daarbij wordt uitgegaan van een effectieve en efficiënte samenwerking tussen de professionals. In het NOAH-3 protocol is beschreven hoe de verdeling van verantwoordelijkheden ligt binnen de
- NOAH-protocol**

samenwerking. Dit protocol vormt een integraal onderdeel van genoemde veldnorm en is mede ontworpen om de expertise van de KNO-arts en/of Audiologisch Centrum selectief in te zetten, dat wil zeggen alleen voor die slechthorenden die deze nodig hebben. Hiertoe zal de audicien een triageonderzoek uitvoeren. Op basis van dit onderzoek wordt beoordeeld of verwijzing naar huisarts, KNO-arts en/of Audiologisch Centrum noodzakelijk is.

***Redesign
zorgketen***

Na afronding van nascholingscursussen zullen in 2011 de eerste triage-audiciens aan de slag kunnen. De audicien wordt hiermee een soort zorgcoach. Een gevolg van deze ontwikkeling is, dat eenvoudige problematiek niet langer naar de KNO-arts of audiologisch centrum (AC) hoeft te worden doorverwezen. KNO-arts en AC gaan weer doen waar ze voor zijn, namelijk het behandelen van medisch complexe problematiek. Hierdoor zullen naar verwachting minder bezoeken aan KNO-artsen en AC's nodig zijn. Naar verwachting zal deze redesign van de audiologische zorgketen leiden tot besparingen op de hoorzorg.

***Project
'Functiegericht
protocol'***

Verdere protocollering is van belang als het gaat om te komen tot een juiste match tussen hoorprobleem en hooroplossing. Met subsidie van het ministerie van VWS (via CG-Raad) is de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) – samen met andere belanghebbende partijen – het project 'Functiegericht protocol' gestart. De Nederlandse Vereniging Audicien Bedrijven (NVAB) is één van de participanten in dit project. Dit protocol moet controleerbare handvatten bieden voor een gedifferentieerde verstrekking. Het protocol moet het mogelijk maken niet alleen het proces te borgen maar ook de uitkomst te monitoren. Het protocol zal naar verwachting volgend jaar beschikbaar komen.

3. Kostenconsequenties

3.a. Inverdieneffecten

3.a.1. Inleiding

Het CVZ gaf in zijn eerdere advies aan dat de mogelijke inverdieneffecten van een goede gehoorrevalidatie bij gebrek aan 'harde' gegevens moeilijk zijn te kwantificeren. In de volgende paragrafen gaat het CVZ nader in op de volgende inverdieneffecten:

- vermindering arbeidsverzuim en beroep op geneeskundige zorg;
- substitutie naar eenvoudige luisterhulpen;
- gebruikstermijn.

3.a.2. Vermindering arbeidsverzuim en geneeskundige zorg

In zijn advies veronderstelde het CVZ dat bij een goede gehoorrevalidatie het ziekteverzuim zal verminderen (psychische vermoeidheid en een fors percentage burn outs) en dat dit van invloed is op de zorgbehoefte van slechthorenden (verminderd beroep op geneeskundige zorg en minder medicatiegebruik) en een positief effect heeft op de kwaliteit van leven. Naar aanleiding van het verzoek van de minister heeft het CVZ onderzocht of uit onderzoek meer harde gegevens zijn af te leiden, die deze veronderstelling staven.

Nationale Studie naar Horen

In 2006 is de Nationale Longitudinale Studie naar Horen (NL-SH)³ gestart. Het doel van de NL-SH is meer inzicht te krijgen in de relatie tussen gehoor en respectievelijk psychosociale gezondheid, werkgerelateerde variabelen en zorggebruik bij mensen in de leeftijd tussen de 18 en 70 jaar. Zowel slechthorenden en normaalhorenden participeren in deze grootschalige studie. Om deel te nemen aan het onderzoek, vraagt men de deelnemers eerst de Nationale Hoortest via internet te doen, gevolgd door het invullen van een vragenlijst. Inmiddels zijn de eerste resultaten van deze studie bekend op basis van gegevens van 1511 deelnemers.

Psychosociale gezondheid

Uit analyse van de data blijkt een significante relatie tussen gehoor en de variabelen distress, depressie, somatisatie en eenzaamheid. De relatie is zodanig dat naarmate de score op de hoortest slechter is, de score op deze variabelen ook slechter is.

³ Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de afdeling KNO/Audiologie van het VU medisch centrum. Het onderzoeksprogramma is ingebed in het Institute for Health and Care Research (EMGO)

<i>Herstelbehoefte</i>	<p>In het onderzoek is de (psychische) vermoeidheid na het werk gemeten met een maat die de <i>herstelbehoefte</i> wordt genoemd. Er blijkt een significante relatie te bestaan tussen gehoor en de mate van herstelbehoefte: naarmate het gehoor slechter is, neemt de herstelbehoefte toe en ook de kans op een risicovol niveau van herstelbehoefte.</p>
<i>Ziekteverzuim</i>	<p>Onderzoek heeft aangetoond dat een hoge mate van herstelbehoefte een voorspellende factor is voor ziekteverzuim. Zonder correctie voor confounders werd binnen het onderzoek een significante associatie gevonden tussen gehoorcapaciteit en verzuim, waarbij de kans op verzuim toeneemt bij een afname van het gehoor. Deze relatie kan gedeeltelijk verklaard worden door de hogere herstelbehoefte die mensen met een slechtere hoortest score hebben.</p>
<i>Zorggebruik</i>	<p>Tenslotte is in dit onderzoek een vergelijking gemaakt van zorggebruik en gerelateerde kosten tussen groepen met en zonder gehoorprobleem. Gecorrigeerd voor versturende variabelen (zoals bijvoorbeeld leeftijd) hebben de slechthorenden meer contacten met eerstelijns, tweedelijns en arbeidsgeneeskundige zorg vergeleken met degenen met een normaal gehoor. Dit verschil is echter alleen significant wanneer <i>alle</i> contacten worden meegenomen, dus ook die waarvoor het gehoor de primaire aanleiding was. Met andere woorden de resultaten duiden erop dat verschillen in het zorggebruik tussen slechthorenden en normaalhorenden werden veroorzaakt door een groter aantal gehoorgerelateerde contacten.</p>
<i>NL-SH 2</i>	<p>In de studie is tot dusver alleen gekeken of er een relatie is tussen de mate van gehoorverlies (de score op de hoortest) en zaken als psychosociale gezondheid, ziekteverzuim en zorggebruik. In hoeverre gehoorrevalidatie hierop van invloed is blijkt niet uit het onderzoek. In het vervolg van de studie (NL-SH 2) zal onder meer het deelonderwerp 'hoortoestelgebruik' centraal staan.</p> <p>Helaas helpt de studie ons op dit moment niet om de positieve effecten van gehoorrevalidatie te kwantificeren. Gezien de relatie die is aangetoond tussen gehoor en aspecten als psychosociale gezondheid, werkgerelateerde variabelen en zorggebruik, lijkt het aannemelijk dat een optimale gehoorrevalidatie eveneens van invloed zal zijn op deze aspecten. Een flexibele omschrijving van de te verzekeren prestatie draagt bij aan de optimalisering van de hoorzorg.</p>

Substitutie

3.a.3. Substitutie naar eenvoudige luisterhulpen

In de voorstellen voor een functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie is de mogelijkheid geopend om – anders dan in de huidige regelgeving – eenvoudiger apparatuur te verstrekken *in plaats van* een hoortoestel. Dit zou een verschuiving tot gevolg kunnen hebben van de duurdere hoortoestellen naar de goedkopere luisterhulpen. Luisterhulpen zijn geschikt voor mensen die (nog) geen hoortoestel kunnen of willen gebruiken, maar wel graag goed verstaan wat er gezegd wordt. Om voor verstrekking in aanmerking te komen, moet men voldoen aan het indicatiecriterium dat ook voor een hoortoestel geldt. Niet duidelijk is hoe groot de groep mensen is die in de toekomstige regelgeving zouden kiezen voor een luisterhulp in plaats van een hoortoestel. Hierdoor zijn de financiële gevolgen van dit mogelijke effect niet te berekenen.

3.a.4. Gebruikstermijn hoortoestellen

Het onderzoek 'Compensatie van verminderd horen' heeft ook getracht de gebruikstermijnen van hoortoestellen in kaart te brengen. Binnen de opzet van het onderzoek laat de gebruikstermijn van hoortoestellen zich alleen meten via gegevens over de vervangingstermijn. Gegevens van één grote zorgverzekeraar laten zien dat het aantal vervangingen binnen vijf jaar gering is en dat circa 80% van de hoortoestellen vervangen wordt in de periode van vijf tot zeven jaar. De gemiddelde gebruiksduur komt uit op 5,62 jaar. Dit betekent dat de meeste consumenten het hoortoestel in het 6^e levensjaar vervangen.

Het is de vraag of de vervanging na vijf jaar wordt ingegeven door het feit dat het hoortoestel ook daadwerkelijk aan vervanging toe is. Bekend is dat de consument er na vijf jaar op geattendeerd wordt dat hij weer 'recht' heeft op een nieuw hoortoestel.

Als zorgverzekeraars meer belang krijgen bij een stringent contractbeleid, is het voorstelbaar dat men hierbij afspraken maakt om het automatisme van vijfjaarlijkse vervanging van hoortoestellen te ontmoedigen. Het laten vervallen van de bepalingen rond de getrapte vergoedingslimieten biedt aan zorgverzekeraars bovendien meer ruimte om ook in de polis uit te gaan van een langere gebruiksduur (richttermijn). Een wijziging van beleid op dit punt kan besparingen opleveren.

3.b. Budgetneutraliteit

3.b.1. Inleiding

Waarborgen budgetneutraliteit

Zoals in de vorige paragraaf is omschreven zal een betere gehoorrevalidatie wel inverdieneffecten hebben, maar deze laten zich moeilijk kwantificeren. Harde cijfers ontbreken. De minister heeft in zijn brief aangegeven dat de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie – zoals voorgesteld – niet kan worden doorgevoerd omdat daarvoor geen financiële ruimte is. In feite is invoering van deze functiegerichte omschrijving alleen dan mogelijk als er waarborgen kunnen worden gegeven voor budgetneutraliteit. Het CVZ concludeert dat bij het afschaffen van de vergoedingslimieten voor hoortoestellen budgetneutraliteit niet op voorhand kan worden gegarandeerd op basis van scherpere prijsonderhandelingen door zorgverzekeraars en mogelijke inverdieneffecten als gevolg van een betere gehoorrevalidatie. Omdat het CVZ het van belang acht dat de perverse prikkels verdwijnen die debet zijn aan de verstoorde marktwerking in het huidige systeem, heeft het CVZ alternatieven onderzocht in de vorm van een eigen bijdrage of verhoging van het eigen risico.

3.b.2. Eigen risico of eigen bijdrage

Inconsistentie

Eigen bijdragen en het eigen risico zijn instrumenten die de wetgever kan inzetten om de kosten te beheersen. In het Pakketadvies 2010 constateerde het CVZ een inconsistentie in de toepassing van deze instrumenten. Als voorbeelden hiervoor werden genoemd de eigen bijdrage voor de GGZ en de maximum vergoedingen voor hoortoestellen. Het CVZ stelde de vraag waarom – als de eigen bijdrage geen basis vindt in besparing van algemeen gebruikelijke zaken, of bijdraagt aan efficiënt gebruik van zorg – de ene patiënt voor compensatie of herstel zelf moet bijdragen en de andere patiënt niet. Bijvoorbeeld het financieel bijdragen aan een hoortoestel terwijl een beenprothese volledig voor vergoeding in aanmerking komt. Het CVZ heeft om die reden op dat moment geen voorstellen gedaan als alternatief voor de getrapte vergoedingslimieten.

Verhoging eigen risico

Het CVZ meent dat het – uit het oogpunt van consequente systematiek en solidariteit – eerder een optie zou zijn om het eigen risico te verhogen in plaats van eigen bijdragen in te voeren, zonder dat er een argument van besparing voor het individu (zoals bij orthopedisch schoeisel) of efficiënt gebruik van zorg aan ten grondslag ligt.

Nu een stijging van kosten niet aanvaardbaar is en ook de suggestie om het eigen risico te verhogen niet door de minister is overgenomen, meent het CVZ dat het invoeren van een eigen bijdrage de enige andere mogelijkheid is voor een budgetneutrale invoering van de functiegerichte omschrijving zonder vergoedingslimieten. Het CVZ acht de nadelen van een dergelijke eigen bijdrageregeling niet opwegen tegen de voordelen, namelijk een kwalitatief betere en doelmatiger hoorzorg.

Het CVZ komt erop uit dat dit mogelijk is door invoering van een *eigen bijdrage aan de voet*. Een eigen bijdrage aan de voet is op twee manieren mogelijk, namelijk een vast bedrag of een percentuele eigen bijdrage. Anders dan in de huidige vergoedingssystematiek met vergoedingslimieten (*eigen betaling aan de top*) hebben zorgverzekeraars bij een eigen bijdrage aan de voet belang bij een scherp inkoopbeleid. Dit is een voorwaarde voor marktwerking.

3.b.3. Reactie zorgverzekeraars

Op verzoek van het CVZ heeft Zorgverzekeraars Nederland een tweetal grote zorgverzekeraars gevraagd hun visie te geven op deze problematiek. Beide zorgverzekeraars bevestigen de indruk van het CVZ dat door een scherp inkoopbeleid de prijzen van hoortoestellen zullen dalen. Een zorgverzekeraar heeft aangegeven te verwachten dat hij in onderhandeling met audiciens erin zal slagen om voor een gemiddeld bedrag van € 700 hoortoestellen in te kopen (volgens deze zorgverzekeraar is dit bedrag door enkele marktpartijen in 2010 afgegeven als haalbaar). Een benedenwaartse bijstelling van dit bedrag op basis van inkoopkracht zou volgens deze zorgverzekeraar mogelijk zijn. Deze zorgverzekeraar verwacht in feite dat de kosten voor de zorgverzekeraar vrijwel gelijk zullen blijven en dat de kosten macro-economisch gezien zullen dalen.

Reële verwachting? Het CVZ kan niet goed inschatten of het reëel is te verwachten dat het afschaffen van de vergoedingslimieten op termijn geen meerkosten tot gevolg zal hebben. Het CVZ houdt in ieder geval de eerste jaren rekening met een kostenstijging, omdat de markt zich opnieuw moet gaan vormen. Gezien de verwachtingen wat betreft een haalbare gemiddelde inkoopprijs is een percentuele eigen bijdrage van 25% of een vaste eigen bijdrage van € 175,- voldoende om de functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie, onder afschaffing van de maximum vergoedingslimieten, budgetneutraal te kunnen invoeren. Een gemiddelde vergoeding van € 525,- komt nagenoeg overeen met de gemiddelde vergoeding vanuit het basispakket, zoals uit het onderzoek is gebleken (zie tabel 1 van paragraaf 2b).

3.b.4. Voor- en nadelen vaste of percentuele eigen bijdrage

Zoals eerder gesteld is een eigen bijdrage aan de voet op twee manieren mogelijk, namelijk een vast bedrag of een percentuele eigen bijdrage. Het CVZ heeft de voor- en nadelen van een vaste of percentuele eigen bijdrage in kaart gebracht.

Voor- en nadelen eigen bijdrage	Vast	%
Zorgverzekeraars hebben bij zowel bij een vaste als bij een percentuele eigen bijdrage belang bij scherpe prijsonderhandelingen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
De hoogte van zowel de vaste als de percentuele eigen bijdrage is vrijwel altijd lager dan het bedrag dat de verzekerde in het huidige systeem moet bijbetalen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
De (weliswaar kleine) groep slechthorenden die binnen de huidige <i>laagste</i> vergoedingslimiet een hoortoestel zonder bijbetaling konden aanschaffen, zijn nu ook een eigen bijdrage verschuldigd. De vaste eigen bijdrage is in dat geval hoger en daarmee ongunstiger dan de percentuele eigen bijdrage (€ 175,- versus € 125,-).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Slechthorenden die gezien hun gehoorverlies, luistertaken en -omgeving een meer geavanceerd en daarmee duurder hoortoestel nodig hebben, betalen bij een percentuele eigen bijdrage een hoger bedrag dan bij een vaste eigen bijdrage.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
In tegenstelling tot een percentuele eigen bijdrage gaat er van een vaste eigen bijdrage geen prikkel uit naar gepast gebruik. Als het drempelbedrag van € 175,- is bereikt, maakt het voor de verzekerde niet meer uit hoe duur het hoortoestel is, dat wordt aangemeten.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Doordat zorgverzekeraars hun inkoopmacht op de hoortoestellenmarkt gaan gebruiken, zullen de gemiddelde prijzen van hoortoestellen dalen. De daling van de prijzen heeft alleen bij een percentuele eigen bijdrage een gunstige invloed op de hoogte van het bedrag dat de consument moet bijdragen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3.b.5. Conclusie

Het CVZ concludeert dat de invoering van de functiegerichte omschrijving voor hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie op de korte termijn alleen budgetneutraal kan plaatsvinden als de verzekerde zelf blijft bijbetalen aan een hoortoestel. Een eigen bijdrage aan de voet verdient daarbij de voorkeur boven de huidige maximum vergoedingslimieten (eigen bijdrage aan de top).

Het CVZ is zich ervan bewust dat een eigen bijdrageregeling in bepaalde situaties nadelig uitpakt. Dit geldt zowel voor een percentuele als vaste eigen bijdrage. Om het nadelige effect zo klein mogelijk te houden, kiest het CVZ voor een percentuele eigen bijdrage. Een percentuele eigen bijdrage is de meest eerlijke regeling en hiervan gaat – in tegenstelling tot een vaste eigen bijdrage – een prikkel uit tot gepast gebruik. De hoogte van de eigen bijdrage zal in de meeste gevallen lager uitpakken dan de gemiddelde bijbetaling in het huidige systeem. Dit betekent dat de toegankelijkheid/betaalbaarheid van hoortoestellen voor de slechthorende zal verbeteren. Tegelijkertijd zorgt de functiegerichte omschrijving van deze zorg in combinatie met de protocollering voor een betere kwaliteit van de hoorzorg (gepast gebruik).

***Afschaffen
vergoedings-
limieten
een must!***

Het CVZ is ervan overtuigd dat het afschaffen van de maximum vergoedingslimieten voor hoortoestellen een must is voor een goede marktwerking, omdat hiermee de machtsverhouding tussen partijen meer in balans komt. Als het effect van de marktwerking op termijn een dalende tendens in de kostenontwikkeling laat zien, kan worden overwogen de eigen bijdrageregeling voor hoortoestellen weer af te schaffen. Als dit voorstel wordt overgenomen zal het CVZ de ontwikkeling van de kosten daarom nauwlettend volgen.

4. Advies

4.a. Functiegerichte omschrijving hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Het CVZ adviseert de hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie functiegericht te omschrijven, zoals verwoord in het rapport Hulpmiddelenzorg 2010. Om de afschaffing van de getrapte vergoedingslimieten te realiseren uitgaande van budgetneutraliteit, adviseert het CVZ een percentuele eigen bijdrage voor hoortoestellen van 25%.

Dit betekent dat het eerdere voorstel van het CVZ voor aanpassing van artikel 2.10 Rzv aanpassing behoeft. Aan dit artikel dient een vierde lid te worden toegevoegd om de eigen bijdrage voor hoortoestellen te regelen.

Functiegerichte omschrijving

Artikel 2.10

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel c, omvatten:
 - a. hulpmiddelen ter correctie van stoornissen in de hoorfunctie voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met tenminste een verlies van 35dB of ernstig oorsuizen;
 - b. hulpmiddelen ter compensatie van beperkingen in het luisteren en beperkingen in het gebruik van communicatieapparatuur, indien de hulpmiddelen als bedoeld onder a, hiervoor onvoldoende verbetering bieden dan wel indien deze hulpmiddelen substitueren voor de hulpmiddelen als bedoeld onder a.
2. De zorg, bedoeld in het eerst lid, omvat niet deels implanteerbare hoorhulpmiddelen.
3. Een indicatie voor de in het eerste lid bedoelde hulpmiddelen is eveneens aanwezig als sprake is van een bijzondere individuele zorgvraag.
4. Voor hoortoestellen betaalt de verzekerde een eigen bijdrage ter hoogte van vijftientig procent van de aanschafkosten.

Voor de voorgestelde toelichting verwijst het CVZ kortheidshalve naar het Pakketadvies 2010 (deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010).

5. Consultatie

5.a. Geconsulteerde partijen

Het CVZ heeft een groot aantal organisaties het conceptadvies toegestuurd. Hierop zijn reacties ontvangen van:

- Nationale Hoorstichting;
- Audiologische Industrie Nederland Technologie voor het horen (GAIN);
- Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
- Nederlandse Vereniging Audicien Bedrijven (NVAB);
- Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS);
- Nederlandse Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en van kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden (FOSS);
- Zorgverzekeraars Nederland.

De reacties van partijen worden in de volgende paragrafen – op volgorde van binnenkomst – behandeld.

5.b. Nationale Hoorstichting

Impuls kwaliteit en doelmatigheid

De Nationale Hoorstichting vindt het terecht dat het CVZ in het nu voorliggende advies nogmaals aangeeft dat de uitgangspunten van het Pakketadvies 2010 ook in 2011 nog recht overeind staan. Deze uitgangspunten betekenen een belangrijke impuls voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de verstrekking van hoorhulpmiddelen. De Nationale Hoorstichting onderstreept het belang dat het CVZ de wat misleidende uitkomsten van het onderzoek van Boer & Croon beprekt en weerlegt.

De Nationale Hoorstichting betreurt het dat onvoldoende budget kon worden gevonden om iedere verzekerde met een beperking in het horen zonder eigen bijdrage een adequate compensatie van deze beperkingen te bieden. De stichting vindt het prijzenswaardig dat het CVZ geprobeerd heeft alternatieve vormen van financiering te vinden, waarbij alsnog de belangrijkste uitgangspunten (en voordelen) van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie kunnen worden verwezenlijkt.

Analyse CVZ onderschreven

De Nationale Hoorstichting onderschrijft in hoge mate de analyse van het CVZ in het onderliggende advies en deelt de mening dat een percentuele eigen bijdrage op dit moment de beste vorm is om de hoortoestellenmarkt fundamenteel te verbeteren. Verder dringt de Nationale Hoorstichting er met klem op aan om de suggestie van het CVZ – om de eigen bijdrage in de (nabije) toekomst weer af te schaffen als de gerealiseerde effecten op de markt leiden tot een significante daling van de kostenontwikkeling – wordt overgenomen door de minister.

Reactie CVZ

Het CVZ constateert dat de Nationale Hoorstichting zich kan vinden in het conceptadvies.

5.c. GAIN

GAIN is een groot voorstander van de introductie van de functionele aanspraak. Deze maakt deel uit van de Veldnorm en de toepassing hiervan draagt er in belangrijke mate aan bij dat mensen met hoorproblemen de beschikking kunnen krijgen over hoortoestellen die hun individuele gehoorverlies zo goed mogelijk compenseert en hen in staat stelt weer mee te doen aan maatschappelijke activiteiten. Wel zal de consument een sterke inbreng moeten blijven houden in het selectieproces, omdat hij de aanschaf van zijn hoortoestellen mede financiert en hij alleen kan bepalen of de gekozen hooroplossingen naar zijn tevredenheid werken.

Inbreng consument

GAIN hecht grote waarde aan de onlosmakelijkheid tussen de goede werking van de functionele aanspraak en het inkoopbeleid van zorgverzekeraars. De functionele aanspraak zal alleen maar kunnen werken als zorgverzekeraars het resultaat van de functionele aanspraak in hun inkoopbeleid verankeren. GAIN maakt daarbij de kanttekening dat de praktische werkbaarheid van de functionele aanspraak voor gehoorrevalidatie een nog niet bewezen innovatie is. Het zou daarom onverantwoord zijn als zorgverzekeraars op basis van een niet bewezen methodiek voor de selectie van hoortoestellen, hoorzorg zouden inkopen.

Voorwaarde voor afschaffing vergoedingslimieten

Om deze reden stelt GAIN voor eerst de functionele aanspraak in te voeren onder de huidige regeling met bestaande vergoedingslimieten, deze te evalueren en bij gebleken geschiktheid, zorgverzekeraars de ruimte bieden voor het inkopen van de hoorzorg. De vereniging GAIN ziet hierin een absolute voorwaarde voor een verantwoorde afschaffing van vergoedingslimieten.

Verder suggereert GAIN de toonzetting van het advies enigszins te verzakelijken en het advies te voorzien van geverifieerde cijfermatige gegevens. Tenslotte stelt GAIN dat het een goede zaak zou zijn als het advies niet alleen vermeldt dat er geen sprake is van gereguleerde marktwerking, maar ook ingaat op de bestaande marktwerking tussen concurrerende audiciens. De hoortoestellenmarkt is in de afgelopen jaren wezenlijk veranderd en er is inmiddels sprake van normale marktwerking waarvan de consument kan profiteren, aldus GAIN.

Reactie CVZ

Het CVZ is het niet eens met GAIN dat het onverantwoord zou zijn om de vergoedingslimieten af te schaffen, zolang de praktische werkzaamheid van de functionele aanspraak voor gehoorrevalidatie nog niet bewezen is. Het CVZ ziet niet in waarom de markt van de hoorzorg in dit opzicht anders zou

werken dan andere hulpmiddelenmarkten waar de functiegerichte aanspraken al zijn ingevoerd. Het is niet zo zeer een kwestie dat aan zorgverzekeraars de ruimte moet worden geboden om hoorzorg in te kopen. Deze ruimte is er al, sterker nog dit juist de taak van zorgverzekeraars. Het enige verschil is dat bij hoortoestellen vergoedingslimieten gelden, waardoor zorgverzekeraars geen prikkel ervaren om een actief beleid te voeren op dit gebied. De ruimte die men heeft om hoorzorg in te kopen, wordt mede om die reden onvolledig benut.

Het CVZ heeft de suggestie van GAIN ter harte genomen en het advies nogmaals doorgelopen om daar waar nodig de toonzetting te nuanceren.

5.d. FENAC

Dilemma

De FENAC roert in zijn reactie een lastig dilemma aan. Het CVZ zou in het advies twee doelstellingen willen verenigen die misschien moeilijk verenigbaar zijn. Enerzijds wil het CVZ het krachtenspel van marktwerking aanzwengelen om daarmee mogelijk kostenbesparingen te realiseren. Anderzijds wil het CVZ de kern en aard van de mogelijke hoorbeperking niet bepalend laten zijn voor de mogelijk financieel nadelige effecten voor de desbetreffende slechthorende.

Percentueel versus vast

Het voorstel van het CVZ voor een percentuele eigen bijdrage raakt de groep die onderbouwd een duurder hulpmiddel nodig heeft feitelijk onevenredig hard. Wanneer de doelstelling zou moeten worden ondersteund vanuit een noodzakelijke eigen bijdrage, dan past hierbij logischerwijs eerder een vaste eigen bijdrage aan de voet in plaats van een percentuele eigen bijdrage. Een voorstel tot een vaste eigen bijdrage leidt naar verwachting weer tot minder prikkels in het gewenste krachtenspel tussen verzekeraar, verzekerde en verstrekker van hoorhulpmiddelen.

Denklijn

De FENAC onderschrijft de conclusie van het CVZ dat de huidige 'bijdrage aan de top' de marktwerking frustreert. Afschaffing van deze systematiek acht de FENAC dan ook noodzakelijk. Dat het helaas noodzakelijk blijkt om, voorlopig, toch vast te blijven houden aan een vorm van eigen bijdrage (h)erkent de FENAC. Wat de FENAC betreft zou dat moeten langs de volgende denklijn:

- hooguit een *tijdelijke* eigen bijdrage;
- geen bijdrage aan de top zoals nu gangbaar is;
- een bijdrage aan de voet die de eerste doelstelling, het faciliteren van kostenbewuste inkoop en aankoop, voldoende ondersteunt, maar waarbij tegelijkertijd een oplossing wordt gevonden voor de slechthorende die door de aard en omvang van de beperking financieel onevenredig meer moet bijdragen aan een functiegerichte oplossing.

De FENAC benoemt in zijn reactie verder een aantal randvoorwaarden voor het slagen van een verbeterde, functionele benadering van het hoorhulpmiddelenbeleid.

Reactie CVZ

Het CVZ herkent het dilemma dat de FENAC in zijn brief schetst. Zoals uit het advies blijkt kleven aan zowel een vaste als aan een percentuele eigen bijdrage voor- en nadelen. Het CVZ onderkent dat slechthorenden die gezien hun gehoorverlies luistertaken en –omgeving een meer geavanceerd en daarmee duurder hoortoestel nodig hebben, bij een percentuele eigen bijdrage een hoger bedrag zelf betalen dan bij een vaste eigen bijdrage. In feite is deze situatie niet anders dan nu het geval is, behalve dat slechthorenden bij een percentuele eigen bijdrage mee gaan profiteren van prijsdalingen als gevolg van onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en audiciens. Voor deze groep geldt bovendien dat de eigen bijdrage lager zal uitpakken dan de eigen betaling onder het huidige systeem. Omdat aan een vaste eigen bijdrage uiteindelijk meer nadelen kleven dan aan een percentuele, heeft het CVZ gekozen voor een percentuele eigen bijdrage. Dit is de meest gunstige variant voor de meerderheid van de hoortoesteldragers.

Meest gunstige variant

Het CVZ onderschrijft de overige door de FENAC benoemde randvoorwaarden. Het CVZ is van mening dat daaraan kan worden tegemoetgekomen door verdere protocollering van de hoorzorg.

5.e. NVAB

De NVAB heeft eerder negatief gereageerd op het advies van het CVZ over de functiegerichte omschrijving van hoorzorg onder gelijktijdige afschaffing van vergoedingslimieten voor hoortoestellen. Het nieuwe element in het voorliggende advies – te weten een percentuele eigen bijdrage voor ieder – neemt de eerdere bezwaren van de NVAB niet weg, schept zelfs een reeks van nieuwe bezwaren.

Bezwaren NVAB

In zijn uitgebreide brief zet de NVAB zijn bezwaren in vijf punten uiteen.

Urgentie ontbreekt

- De urgentie ontbreekt om de vergoedingslimieten af te schaffen. De NVAB wijst erop dat er protocollen nodig zijn om de functiegerichte omschrijving juist uit te voeren. Die protocollen komen er, maar zijn er nog niet. Ook met een werkbaar protocol is een 'evidente' toestelkeuze niet mogelijk. Voor het introduceren van de functiegerichte hoorzorg is afschaffing van vergoedingslimieten niet noodzakelijk.
- Verplichte eigen bijdragen verminderen de toegankelijkheid van de hoorzorg en zullen leiden tot veel discussie en uiteindelijk ontevreden klanten.

**Veronderstelling
voorbarig**

- Bij het bepalen van de omvang van de bepleite verplichte eigen bijdrage baseert het CVZ zich op een veronderstelde 'haalbare gemiddelde inkoopprijs' van € 700,-. De NVAB acht die veronderstelling nogal voorbarig en, mocht ze worden bewaarheid, contraproductief. De veronderstelling is kennelijk gebaseerd op het idee dat audiologische hulpmiddelen in Nederland te duur zouden zijn. Deze veronderstelling is volgens de NVAB onjuist. De NVAB wijst erop dat in de prijs ook de noodzakelijke zorg- en dienstverlening zijn inbegrepen. Bovendien zijn de toestelprijzen in Nederland lager dan in de meeste andere Europese landen.

Eénvormige markt

- Afschaffing van vergoedingslimieten zou ertoe leiden dat zorginkopers hun inkoopmacht beter zouden benutten. Het CVZ verwacht hiervan een betere marktwerking. De NVAB verwacht een éénvormige markt waarin consumenten minder te kiezen hebben en kwaliteit onder druk komt te staan.
- Het CVZ gaat in zijn advies terecht uit van meerkosten. De NVAB is van mening dat het CVZ deze meerkosten verschuift naar de consument. Ter beperking van die meerkosten vestigt het CVZ zijn hoop op een aangescherpt inkoopbeleid. De NVAB is van mening dat de meerkosten van het voorstel hoger uitpakken dan het CVZ voorreken. Daarnaast wijst de NVAB erop dat de meerkosten voor hoorzorg vooral een gevolg zijn van de te verwachten volumegroei. Het CVZ zou die groei volgens de NVAB te laag inschatten.

Tenslotte maakt de NVAB bezwaren tegen het beeld dat het CVZ zou schetsen van zijn bedrijfstak. In dat beeld herkent de NVAB zichzelf niet.

Reactie CVZ

- Het CVZ is het met de NVAB eens dat voor het introduceren van de functiegerichte hoorzorg de afschaffing van vergoedingslimieten niet per se noodzakelijk is. Het voorstel om de vergoedingslimieten af te schaffen, dient een ander doel te weten meer marktwerking in de hoorzorg.
- Het CVZ is het niet met de NVAB eens dat een verplichte eigen bijdrage de toegankelijkheid van de hoorzorg zal verminderen anders dan nu ook al het geval is. Uit de PACT-studie blijkt dat verzekerden *gemiddeld* € 498 zelf bijdragen aan een hoortoestel. Dit bedrag zou nog hoger zijn als men de vergoeding vanuit de aanvullende verzekering hierbij optelt. Bij een percentuele eigen bijdrage zoals het CVZ voorstelt zal deze gemiddelde eigen bijdrage lager uitpakken, ook voor verzekerden die vanwege hun gehoorverlies een duurder hoortoestel nodig hebben. Het gevaar dat de NVAB schetst dat klanten juist een duurder toestel zullen willen aanschaffen als zij zich realiseren dat een verhoging van de eigen bijdrage met

**Contracteerbeleid
zorgverzekeraars**

€ 100,- een toestel kan opleveren dat € 400,- duurder is, is alleen reëel als de keuzevrijheid van de patiënt onbeperkt is. Dit is niet het geval. Immers zorgverzekeraars zullen uit het oogpunt van doelmatigheid in hun contracteerbeleid met audiciens afspraken maken over de te verstrekken (soorten) hoortoestellen. Een goed werkzaam protocol kan hierbij behulpzaam zijn. Dit wordt ook door ZN onderkend. Een percentuele bijdrage maakt dat zowel zorgverzekeraars als patiënten belang hebben bij een scherpe afweging van functionaliteit, kwaliteit, kosten en hun onderlinge samenhang.

- In zijn eerdere advies berekende het CVZ de kostenconsequenties (range) uitgaande van een gemiddelde inkoopprijs van € 600 tot € 800 per hoortoestel. In het huidige voorstel gaat CVZ uit van een gemiddelde inkoopprijs van € 700 om de noodzakelijke eigen bijdrage – uitgaande van budgetneutraliteit – te berekenen. Hoewel het bedrag van € 700,- door één zorgverzekeraar is genoemd, verhoudt dit zich met de eerdere uitgangspunten van het CVZ. Bovendien blijkt uit de reactie van Zorgverzekeraars Nederland niet dat het CVZ hierbij een onrealistische inschatting maakt. Naar aanleiding van de opmerking van de NVAB over de toestelprijzen in Nederland in vergelijking tot andere Europese landen, heeft het CVZ het rapport aangevuld met de bevindingen op dit punt uit de PACT-studie.
- De verwachting van de NVAB dat een éénvormige markt zal ontstaan waarin consumenten minder te kiezen hebben en kwaliteit onder druk komt te staan, staat haaks op zijn eerdere bewering dat klanten een duurder toestel zullen aanschaffen als zij zich realiseren dat een verhoging van de eigen bijdrage een duurder toestel kan opleveren. Zoals eerder gesteld is dit een kwestie van contractering tussen zorgverzekeraars en audiciens en protocollering.
- In paragraaf 2c is aangegeven op welke wijze het CVZ de meerkosten heeft berekend en het verschil met de berekeningen van Boer & Croon. Hieruit blijkt dat de verschillen tussen de berekeningen terug te herleiden zijn tot de aannames wat betreft een gemiddelde inkoopprijs. Deze gemiddelde inkoopprijs ligt in het rapport van Boer & Croon hoger dan bij de aannames van het CVZ. Maar Boer & Croon heeft daarbij een belangrijke factor buiten beschouwing gelaten, te weten dat in het door het CVZ voorgestane systeem zorgverzekeraars met audiciens over de prijzen gaan onderhandelen, hetgeen op dit moment nauwelijks gebeurt. Er zijn tal van voorbeelden in de zorg waarbij prijsonderhandelingen hebben geleid tot lagere prijzen. Een dergelijke verwachte prijsdaling is dan ook niet onrealistisch en is ook af te leiden uit het KCE-rapport 'Hoortoestellen in België'.

**Bevindingen
PACT-studie**

**Prijsdaling niet
onrealistisch**

Wat betreft de groeicijfers baseert het CVZ zich op cijfers uit de GIP-databank. Inmiddels laten de voorlopige cijfers over 2010 geen afwijkend beeld zien ten opzichte van de geraamde kosten (bijlage 2). De groei van het aantal hoortoestelgebruikers zal ongetwijfeld leiden tot meerkosten, maar meerkosten ten gevolge van toename van volume hebben geen relatie met het voorstel van het CVZ om de vergoedingslimieten af te schaffen.

Het is geenszins de bedoeling geweest van het CVZ om een negatieve beeldvorming van de audicienbedrijfstaking te schetsen. Om deze reden heeft het CVZ het rapport nogmaals doorgelopen en daar waar nodig de toonzetting genuanceerd.

5.f. NVVS en FOSS

De NVVS en de FOSS hebben gezamenlijk gereageerd op het conceptadvies van het CVZ. NVVS/FOSS zijn een groot voorstander van de twee pijlers waarop het advies van het CVZ rust: het invoeren van de functiegerichte omschrijving van de hoorhulpmiddelenverstrekking in combinatie met het afschaffen van de vergoedingslimieten voor deze hoorhulpmiddelen. Zo'n nieuwe werkwijze zal leiden tot een doelmatiger en kwalitatief betere verstrekking van noodzakelijke hoorhulpmiddelen. Slechthorenden, jong en oud, zullen adequater voorzien worden van een hoortoestel en/of (aanvullend) hoorhulpmiddel: sober waar dat mogelijk is, uitgebreider waar dat noodzakelijk is.

***Geen bijdrage
geniet voorkeur***

***Percentuele eigen
bijdrage is
second best***

NVVS/FOSS zijn voorstander van de invoering van een functiegerichte verstrekkingwijze zonder eigen bijdrage. In een introductieperiode van circa twee jaar zou dan nauwgezet gevolgd moeten worden hoe deze introductie verloopt en hoe kwaliteit, transparantie en prijsstelling zich gaan ontwikkelen. Partijen realiseren zich echter dat hun voorstel in de huidige economische en politieke situatie wellicht niet kan worden doorgevoerd. In dat geval kunnen partijen zich het beste vinden in het CVZ voorstel van een percentuele eigen bijdrage van 25% mits tijdelijk van aard. Een percentuele eigen bijdrage maakt dat zowel zorgverzekeraars als zorgconsument belang hebben bij een scherpe afweging en transparantie over aspecten als functionaliteit, kwaliteit, kosten en hun onderlinge samenhang. Naar schatting van NVVS/FOSS zal dit al een bijdrage leveren aan de mogelijke haalbaarheid van een functiegerichte verstrekking met volledige vergoeding.

Verder vragen NVVS/FOSS nog aandacht voor de volgende aspecten:

- De eigen bijdrage dient uitsluitend over het hoortoestel te worden berekend en niet over andere eventueel noodzakelijke hoorhulpmiddelen;

- Protocol moet waarborgen bieden**
- Een protocol is essentieel om het functiegerichte verstrekkingproces te verankeren in de dagelijkse praktijk. Dit protocol moet waarborgen bieden voor het voorkomen van onder- of overconsumptie. De subsidie die het ministerie van VWS – via de CG-Raad – aan de NVVS heeft toegekend biedt een goede basis om dat protocol uit te bouwen. NVVS zal graag het voortouw blijven nemen bij het vaststellen van dit protocol.
 - NVVS/FOSS vernemen graag of het mogelijk moet blijven de eigen financiële bijdrage te blijven verzekeren via aanvullende verzekeringen.
- Nul euro-toestel**
- Het feit dat het zogenaamde ‘nul euro-toestel’ zal verdwijnen als gevolg van de eigen bijdrage aan de voet, vinden NVVS/FOSS wel te verdedigen naar hun achterban. Men maakt zich echter zorgen over de stapeling van eigen bijdragen. In zijn reactie geeft NVVS/FOSS een aantal voorbeelden en vraagt hoe het CVZ hier tegenaan kijkt.
 - Met het invoeren van de percentuele eigen bijdrage is het denkbaar dat slechthorenden af willen zien van een bepaald niveau van functionaliteit, omdat hun financiële positie de eigen betaling bemoeilijkt.
 - Verder vraagt NVVS/FOSS hoe de specifieke eigen financiële bijdrage zich verhoudt tot het algemene eigen risico.
- Eigen risico**
- Reactie CVZ**
- Het CVZ constateert dat NVVS/FOSS zich in belangrijke mate kunnen vinden in het conceptadvies van het CVZ. Hieronder gaat het CVZ in op de vragen van NVVS/FOSS.
- Het voorstel van het CVZ betreft alleen een eigen bijdrage voor hoortoestellen en dus niet voor de andere hoorhulpmiddelen;
 - Zorgverzekeraars zijn vrij om de eventuele eigen bijdrage te herverzekeren via aanvullende verzekeringen. Dit gebeurt bijvoorbeeld ook bij de eigen bijdrage voor gebitsprothesen;
 - Het CVZ begrijpt dat NVVS/FOSS zich zorgen maken over de stapeling van eigen bijdragen, maar ziet niet hoe dit kan worden voorkomen. Overigens worden dezelfde mensen die NVVS/FOSS in hun reactie noemen in het huidige systeem ook al geconfronteerd met een stapeling van eigen betalingen. In het voorstel van het CVZ zijn de verzekerden per saldo minder kwijt aan eigen betalingen.
 - De percentuele eigen bijdrage van 25% is extra en komt dus bovenop het eigen risico. In de huidige situatie is dit niet anders. De verzekerde betaalt het eigen risico vermeerderd met het bedrag dat het hoortoestel duurder is dan de maximum vergoedingslimiet.
- Herverzekeren aanvullende verzekering**

5.g. Zorgverzekeraars Nederland

ZN is het in grote lijnen eens met het CVZ-advies, maar wijst voor een goede uitvoering van de werkwijze op de volgende randvoorwaarden.

Belang branchegedragen protocol

- ZN wijst op het belang van een branchegedragen protocol om patiëntgroepen te kunnen onderscheiden. ZN beveelt het CVZ aan druk op partijen uit te laten oefenen om deze protocollen versneld op te stellen;
- ZN is voor een snelle besluitvorming en een invoeringsdatum van 1 januari 2012.
- ZN pleit voor een percentuele eigen bijdrage, waardoor de verzekerde direct kan profiteren van de inkoopkracht van de zorgverzekeraar. Daarnaast heeft de verzekerde hierdoor een extra prikkel om te kiezen voor een doelmatig hoorhulpmiddel.
- ZN pleit ervoor dat zorgverzekeraars de vrijheid krijgen om een eventuele eigen bijdrage aan de voet te kunnen herverzekeren via de aanvullende verzekering.

Aanvullende verzekering

Reactie CVZ

Het CVZ constateert dat ZN zich kan vinden in het conceptadvies. Het CVZ rekent het tot de verantwoordelijkheid van partijen om de gewenste protocollering te realiseren. Dit blijkt ook uit het feit dat hiertoe door het ministerie van VWS aan de CG-Raad subsidie ter beschikking is gesteld. Nu meerdere partijen zich hebben uitgesproken over de noodzakelijkheid van protocollering en de NVVS hierbij het voortouw heeft genomen, gaat het CVZ ervan uit dat een dergelijk protocol binnen afzienbare tijd ter beschikking zal komen.

Zorgverzekeraars zijn vrij om de eventuele eigen bijdrage te herverzekeren via aanvullende verzekeringen.

Na de reacties van partijen te hebben beoordeeld en gewogen ziet het CVZ geen aanleiding het conceptadvies te wijzigen, los van enkele nuanceringen.

6. Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert het CVZ over de maatschappelijke aspecten van zijn pakketadviezen. In haar vergadering van 20 mei 2011 heeft de ACP het rapport 'Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen' besproken. De ACP adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ overeenkomstig dit rapport.

7. Besluit CVZ

De Raad van Bestuur van het CVZ- gehoord de
Adviescommissie Pakket – het rapport 'Afschaffing
vergoedingslimieten hoortoestellen' op 30 mei 2011
vastgesteld.

College voor zorgverzekeringen

Wvd. Voorzitter Raad van Bestuur

5.1.2e

5.1.2e

Bijlage 1

Kostenconsequentieraming deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

Kostenconsequentieraming functiegerichte aanspraak hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie

Deze Kosten Consequentie Raming (KCR) rekent een aantal varianten door en brengt de financiële gevolgen van het loslaten van de maximum vergoedingslimieten in beeld uitgaande van een gemiddelde inkoopprijs voor een hoortoestel. Als bron is het door het GIP opgebouwde hulpmiddelenbestand gebruikt. Het aantal gebruikers dat is gedefinieerd als het aantal mensen met tenminste één declaratie met een bedrag boven de laagste vergoedingslimiet (in 2008 € 476) minus een eventuele korting van 10%. Van deze groep verzekerden is per jaar het gemiddelde aantal declaraties per gebruiker en de gemiddelde kosten per gebruiker uitgerekend.

Berekeningen

- De raming van de totale kosten per jaar voor de groep verzekerden die tenminste één declaratie voor een hoortoestel heeft gekregen = aantal gebruikers * gemiddelde kosten per gebruiker.
- De raming van de totale kosten per jaar, uitgaande van gemiddelde inkooprijzen = gemiddelde inkoopprijs * gemiddeld aantal declaraties per gebruiker in 2008 * raming aantal gebruikers
- Raming van de meerkosten = raming kosten obv gemiddelde inkooprijzen - raming kosten obv 'oude' situatie

Aantal verzekerden dat 1 of meer hoortoestellen vergoed heeft gekregen

			Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2009	Raming 2010
		5.12e			
97.300	102.600	114.300	8,4%	123.900	134.200

Gemiddeld aantal declaraties (hoortoestellen) per gebruiker, waarbij de kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief

		5.12e			
1,63	1,56	1,80			

Gemiddelde kosten per gebruiker (ten laste van de Zvw), waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief

			Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2009	Raming 2010
		5.12e			
€ 897	€ 892	€ 883	- 0,8%	€ 876	€ 869

Totale kosten van gebruikers, waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief

				Raming 2009	Raming 2010
		5.12e			
€ 87.346.300	€91.510.400	€100.952.400		€108.530.800	€116.678.000

Raming kosten uitgaande van gemiddelde inkooprijzen per jaar

Gemiddelde prijs	2009			Raming meerkosten	
			5.12e		
€ 600,00	€133.782.000	€144.982.200		€25.251.300	€28.304.200
€ 650,00	€144.930.600	€157.064.000		€36.399.800	€40.386.000
€ 700,00	€156.079.100	€169.145.900		€47.548.300	€52.467.900
€ 750,00	€167.227.600	€181.227.700		€58.696.900	€64.549.700
€ 800,00	€178.376.100	€193.309.600		€69.845.400	€76.631.500

Bron GIP/College voor zorgverzekeringen

Bijlage 2
Update kostenconsequentieraming (met cijfers 2009)

**Kostenconsequentieraming functiegerichte aanspraak hulpmiddelen
gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie**

Deze Kosten Consequentie Raming (KCR) rekent een aantal varianten door en brengt de financiële gevolgen van het loslaten van de maximum vergoedingslimieten in beeld uitgaande van een gemiddelde inkoop prijs voor een hoortoestel. Als bron is het door het GIP opgebouwde hulpmiddelenbestand gebruikt. Het aantal gebruikers dat is gedefinieerd als het aantal mensen met tenminste één declaratie met een bedrag boven de laagste vergoedingslimiet (in 2006 tot 2008 € 476, in 2009 € 485) minus een eventuele korting van 10%. Van deze groep verzekerden is per jaar het gemiddelde aantal declaraties per gebruiker en de gemiddelde kosten per gebruiker uitgerekend.

Berekeningen

- De raming van de totale kosten per jaar voor de groep verzekerden die tenminste één declaratie voor een hoortoestel heeft gekregen = aantal gebruikers * gemiddelde kosten per gebruiker.
- De raming van de totale kosten per jaar, uitgaande van gemiddelde inkoop prijzen = gemiddelde inkoop prijs * gemiddeld aantal declaraties per gebruiker in 2009 * raming aantal gebruikers.
- Raming van de meerkosten = raming kosten obv gemiddelde inkoop prijzen – raming kosten obv 'oude' situatie.

Aantal verzekerden dat 1 of meer hoortoestellen vergoed heeft gekregen

				Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2010
		5.12e	2009		
97.300	102.600	114.300	108.100	3,6%	112.000

**Gemiddeld aantal declaraties (hoortoestellen) per gebruiker,
waarbij de kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief**

		5.12e	2009		
1,63	1,56	1,80	2,06		

**Gemiddelde kosten per gebruiker (ten laste van de Zvw),
waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief**

				Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2010
		5.12e	2009		
€ 897	€ 892	€ 883	€ 973	2,7%	€ 1.000

**Totale kosten van gebruikers,
waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief**

					Raming 2010
		5.12e	2009		
€ 87.346.300	€91.510.400	€100.952.400	€105.253.094		€116.678.000

Raming kosten uitgaande van gemiddelde inkoop prijs per jaar			Raming meerkosten		
Gemiddelde prijs		2010			2010
€ 600,00		€138.432.300			€26.428.800
€ 650,00		€149.968.300			€37.964.800
€ 700,00		€161.504.300			€49.500.800
€ 750,00		€167.070.100			€61.036.800
€ 800,00		€178.208.100			€72.572.900

Bron GIP/College voor zorgverzekering

Plan van aanpak Heroriëntatie hulpmiddelenzorg

‘Vergoeding hulpmiddelenzorg beter geregeld’

Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)
Chronisch Gehandicapten Raad (CG-Raad)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Augustus 2009

Inhoud

Samenvatting

Inleiding

1. Eén loket voor integrale hulpmiddelenzorg
 - 1.1 Wat houdt het idee van één loket in?
 - 1.2 Taken van het loket
 - 1.3 Hoe gaan we het doen?
2. Integrale hulpmiddelenzorg
 - 2.1 Wat houdt integrale hulpmiddelenzorg in?
 - 2.2 Eisen aan inrichting integrale hulpmiddelenzorg
 - 2.3 Hoe gaan we het doen?
3. De regie voeren verzekerden en verzekeraars samen
 - 3.1 Wat houdt regievoeren in?
 - 3.2 Welke taken houdt regie voeren in?
 - 3.3 Wat wordt gevraagd?
 - 3.4 Hoe gaan invulling geven aan de regierollen?
4. Kwaliteit van de zorg
 - 4.1 Wat houdt kwaliteit in?
 - 4.2 Taken en verantwoordelijkheden
 - 4.3 Hoe gaan we het doen?
5. Rechtszekerheid
 - 5.1 Wat houdt dat in?
 - 5.2 Eisen aan borgen rechtszekerheid?
 - 5.3 Hoe gaan we het doen?
6. Financiële gevolgen
 - 6.1 Wat houdt dat in?
 - 6.2 Hoe gaan we het doen?
7. Een regelarme oplossing: heroriëntatie hulpmiddelenzorg
 - 7.1 Wat houdt een regelarme oplossing in?
 - 7.2 Eisen aan een regelarme oplossing
 - 7.3 Hoe gaan we het doen?
 - 7.4 Beoordeling en prioritering scenario's

Advies

Samenvatting

De belangrijkste knelpunten die gebruikers van hulpmiddelen ervaren zijn de lokettenproblematiek en het gevoel van ‘het kastje naar de muur’ te worden gestuurd. De initiatiefnemers van dit plan willen daar gezamenlijk iets aan doen. De CG-Raad, de CSO en ZN zien de Zorgverzekeringswet (Zvw) als meest geëigende wettelijk kader voor de integrale hulpmiddelenzorg.

Dit plan van aanpak stelt de cliënt centraal. Het gaat niet uit van de begrippen ‘gezondheidsgerelateerde hulpmiddelen’ en ‘welzijnsgerelateerde hulpmiddelen’. Het plan gaat uit van één loket voor de cliënt. Volgens de CG-Raad, de CSO en ZN moeten de onderstaande zeven uitgangspunten leidend zijn bij de heroriëntatie van hulpmiddelenzorg en bij een nieuwe positionering van integrale hulpmiddelenzorg.

1. Eén loket waar de cliënt voor alle vragen over hulpmiddelen terecht kan. Maar ook voor informatie, advies, een machtiging, bemiddeling en klachten. De toegang tot dit loket wordt geborgd in de polissen. De zorgverzekeraar verplicht zich tot deze taken en maakt voor de uitvoering hiervan werkafspraken met gemeenten, zorgkantoren, en UWV.
2. Integrale hulpmiddelenzorg is voor ons leidend bij de zorginkoop. We baseren dit op ketenzorg, uitgewerkt in de procesbeschrijving. De kernpunten hierbij zijn een zorgplan, zorgvraagformulering, keuze van de oplossing en evaluatie. De integrale zorg heeft betrekking op alle levensgebieden. Producten worden afgestemd op het individu als uitvoering van functiegerichte aanspraken. Wat betreft de communicatie tussen professionals en dataverkeer willen we een verbetering van kwaliteit en doelmatigheid realiseren.
3. Met regie bij de eindgebruiker beogen we een cliënt die actief is in de hulpmiddelenzorg. De cliënt maakt een keuze die het best past bij zijn of haar leven en hij of zij is alert bij klachten. De regierol van een zorgverzekeraar geven we vorm door zorginkoop. Hierin komen onderwerpen als protocollen, procesaanpak, classificaties en informatieverstrekking aan bod. Voor zorgverzekeraars zijn gemeenten, UWV en zorgkantoren partners in hulpmiddelenzorg.
4. Met het borgen van kwaliteit zorgen we ervoor dat problemen echt worden opgelost. Het oplossen van een probleem is een gezamenlijke taak van de eindgebruiker (kiezen en beoordelen van de oplossing), professionals (inzet van kennis en vaardigheden), zorgaanbieders (resultaat, klantgerichtheid en optimale bedrijfsprocessen) en zorgverzekeraars (voorwaarden scheppend). Allen kunnen worden aangesproken op hun eigen rol en verantwoordelijkheid.

5. Rechtszekerheid streven we na door de keuze voor beperking van de wettelijke systemen, één uniform landelijk, integraal en functiegericht basispakket. Heldere polissen, goede afspraken met zorgleveranciers en een actieve invulling van het klachtrecht.
6. De financiële consequenties voor cliënten moeten inzichtelijk zijn en een compensatie moet (indien noodzakelijk) mogelijk zijn. Dit kan als de hulpmiddelenzorg onder één regiem valt: de Zvw. We willen voorkomen dat bij functiegerichte aanspraken er niet snel gereageerd kan worden op innovaties door ingewikkelde langdurige aanbestedingsprocedures.
7. Een regelarme oplossing streven we na door functiegerichte aanspraken. Dit biedt ruimte voor individuele en situatiegerichte oplossingen. Het voorkomt afstemmingsproblemen tussen financiers en tussen zorgaanbieders, en het voorkomt onnodige administratieve lasten.

De partijen die deze zienswijze onderschrijven zijn onder anderen:

Chronisch Gehandicapten Raad (CG- Raad)
 Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)
 Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
 Vereniging van revalidatie artsen (VRA)
 Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
 Alle zorgverzekeraars

Inleiding

Het ministerie van VWS heeft met het oog op de heroriëntatie van de hulpmiddelenzorg een brede consultatie gevoerd bij alle betrokkenen.

Een van de gebruikers zei: *“Ik hoop dat deze bijeenkomsten bijdragen aan de verstrekking van hulpmiddelen en niet uitmonden in een rituele dans”*.

De CG-Raad, CSO en ZN ontleen aan de consultatie de volgende uitgangspunten die leidend moeten zijn bij de heroriëntatie hulpmiddelenzorg en een nieuwe positionering van integrale hulpmiddelenzorg.

Uitgangspunten

1. Eén loket waar de cliënt terecht kan voor al zijn hulpmiddelen.
2. Integrale hulpmiddelenzorg, uitgaande van de ICF en ketenzorg.
3. Regie van gebruikers bij zorgvraag formulering, zorgplan, selectie en evaluatie van gebruik. Regie van zorgverzekeraar (financier) bij inrichting en functioneren van hulpmiddelenzorg als systeem.
4. Het borgen van kwaliteit van de integrale hulpmiddelenzorg.
5. Rechtszekerheid voor de gebruikers: alle hulpmiddelen onder één landelijke regeling.
6. Financiële consequenties.
7. Een regelarme oplossing, die administratieve lasten bij alle betrokkenen vermindert in plaats van doet toenemen.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is, mede gelet op de ontwikkelingen met betrekking tot de AWBZ, het meest geëigende wettelijk kader voor integrale hulpmiddelenzorg.

In het plan van aanpak geven wij aan wat de knelpunten zijn, wat de taken en eisen zijn die gevraagd worden en hoe we hier gezamenlijk invulling aan geven.

1. Eén loket voor integrale hulpmiddelenzorg

Knelpunten uit de consultatie heroriëntatie.

Tijdens de consultatie heroriëntatie van VWS kwamen onder meer de volgende knelpunten aan de orde: Elke keer het ‘hele hebben en houden’ opnieuw op tafel leggen, zelfs als het om dezelfde instantie gaat. Steeds opnieuw geïndiceerd moeten worden. Onnodige formulieren invullen. Slechte communicatie tussen de diverse organisaties. Veel onduidelijkheid en verwarring. Slechte informatieverstrekking. Te veel regelingen en loketten. Men wordt ‘van het kastje naar de muur’ gestuurd. Te weinig kennis en gebrek aan deskundigheid.

1.1 Wat houdt het idee van één loket in?

Definitie

‘Een loket is een raampje in een deur of muur, waardoor communicatie tussen twee ruimtes mogelijk wordt met name bij openbare instellingen’ (van Dale).

Dit oude idee van een loket wordt door niemand bedoeld.

Waar gebruikers naar vragen is iemand die goed bereikbaar is, waar je terecht kunt met alle vragen, waar je echt geholpen wordt en waar je terug kunt komen als iets niet goed gaat. Belangrijk is dat degene die je belt of mailt beschikt over *alle* relevante informatie en je tot en met de oplossing van het probleem begeleid.

1.2 Taken van het loket

In het kader van de hulpmiddelenzorg moeten de volgende taken vervuld worden:

- Informatievoorziening over het brede hulpmiddelenterrein, over alle hulpmiddelen.
- Advies over verschillende soorten aanspraken (Zvw, Wmo, AWBZ, WIA, onderwijs), over hoe het proces van verstrekken verloopt, over leveranciers waar men terecht kan, over wat men in bepaalde situatie het beste kan doen (bijvoorbeeld bij klachten).
- Machtiging afgeven op grond van bekende indicaties, zonder dat nieuwe indicaties nodig zijn.
- Bemiddeling, snelle afspraken maken, iets regelen wanneer een cliënt vastloopt. De bemiddeling moet betrekking hebben op alle hulpmiddelenzorg.
- Klachten in kunnen dienen bij het loket met betrekking tot alle hulpmiddelen. Klachten zijn belangrijk voor betrokkenen om problemen opgelost te krijgen, maar ook als terugkoppeling over de kwaliteit van dienstverlening en producten.

1.3 Hoe gaan we het doen?

Eén loketfunctie voor integrale hulpmiddelenzorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Eén Loket

Iedereen kan voor alle vragen over hulpmiddelenzorg terecht bij zijn zorgverzekeraar. Deze treedt op als hét loket voor alle hulpmiddelenzorg.

De gedachte hierachter is dat een verzekeraar opkomt voor de belangen van zijn verzekerden en daar ook zelf belang bij heeft.

Bijvoorbeeld: bemiddeling bij een woonaanpassing zorgt ervoor dat een verzekerde sneller uit een revalidatiecentrum kan. De zorgverzekeraar voert de regie; het medisch probleem, de beperking en de oplossing van het probleem wordt gesteld in ICF terminologie door het revalidatie centrum. Met deze gegevens kan de leverancier aan de slag om samen met de cliënt de gewenste oplossing te zoeken en kan de gemeente de noodzakelijke woning aanpassing realiseren. Hierbij is de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg de leidraad en maken de zorgverzekeraars werkafspraken met de VNG/gemeentes.

Zorgverzekeraars geven zelf vorm aan het loket waarbij essentieel zijn: een goede bereikbaarheid (voldoende capaciteit), beschikbaarheid (voldoende toegerust) en toegankelijkheid van het loket (verschillende media). Alle verzekeraars beschikken over aanspreekpunten voor hun verzekerden, waar men terecht kan met vragen over de polis, dienstverlening en zorgbemiddeling. Deze aanspreekpunten zijn soms lokale kantoren, maar vaak landelijke servicenummers.

Polis

Zorgverzekeraars nemen in hun zorgovereenkomst (polis) met de verzekerde bovengenoemde taken op. Hierdoor kan een verzekerde er zeker van zijn dat de één loketfunctie integraal wordt uitgevoerd.

Informatie voorziening

De huidige zorgbemiddeling moet uitgebouwd worden en de zorgverzekeraar fungeert als gids. Dit houdt in dat de zorgverzekeraars haar verzekerden informeert over het gehele hulpmiddelenterrein. De AWBZ (uitleen) hulpmiddelenzorg wordt ondergebracht bij de Zvw en op termijn ook de WIA. Om de één loketfunctie goed in te vullen, zijn op korte termijn werkafspraken nodig met zorgkantoren, UWV en gemeenten. Betrokken instanties zijn partners bij de invulling van de integrale hulpmiddelenzorg. Andere wettelijke regelingen of financiering mogen hierbij geen belemmering vormen.

Geen discussie over hoe het niet moet:

Voorbeeld

Mensen met chronische of ernstige wonden kregen ineens geen vacuümpomp meer verstrekt. De zorgaanbieder volgt de wetgeving, de cliënt denkt dat er weer bezuinigd wordt. Het is echter veranderde invulling van de aanspraken; de vacuümpomp wordt verstrekt vanuit het ziekenhuis. Het signaal is duidelijk, de zorgaanbieder en de gebruiker waren niet goed geïnformeerd. De cliënt hoeft zich niet af te vragen wie de zorg levert of deze betaalt, maar moet er van verzekerd zijn dat het ene loket de juiste informatie verstrekt.

2. Integrale hulpmiddelenzorg

Knelpunten uit de consultatie heroriëntatie

Mensen die meerdere hulpmiddelen nodig hebben, moeten naar verschillende loketten en hebben te maken met verschillende regelingen. Er is willekeur bij de indicatiestelling.

Innovatieve hulpmiddelen zijn moeilijk of niet bereikbaar. Nieuwe contracten van verzekeraars conflicteren met oude contractafspraken, bijvoorbeeld bij een reparatie van hulpmiddelen dat verstrekt is door een vorige contractant. Het zijn de hulpverleners die hun houding moeten aanpassen, niet de cliënten die een hulpmiddel nodig hebben.

2.1 Wat houdt integrale hulpmiddelenzorg in?

Keten en continuïteit

Integrale hulpmiddelenzorg gaat tevens uit van een ketenbenadering. De ketenbenadering hulpmiddelenzorg is uitgewerkt in de procesbeschrijving waarin zorgvraagformulering, het zorgplan, keuzeoplossing en evaluatie de belangrijkste onderdelen zijn van de keten. Dit vraagt om continuïteit.

Reikwijdte, terminologie en communicatie

Een randvoorwaarde voor communicatie is gebruik van dezelfde taal (SNOMED CT¹) en dezelfde kijk naar de werkelijkheid (de Internationale Classificatie menselijk Functioneren (ICF)). Integrale hulpmiddelenzorg gaat uit van alle aspecten van iemands functioneren. De ICF is zeer geschikt hiervoor. De ICF beschrijft alle relevante aspecten: anatomische eigenschappen, lichaamsfuncties, activiteiten en participatie.

Integrale hulpmiddelenzorg gaat niet alleen over mensen, maar ook over producten die helpen bij het oplossen van functioneringsproblemen. Hulpmiddelen worden geclassificeerd door middel van ISO standaard. Door de dimensie 'mens' te koppelen aan de dimensie 'hulpmiddel' kan de functionaliteit van een hulpmiddel in relatie tot een probleem in het functioneren worden uitgedrukt. Met de Classificatie in quality (Cliq= ISO + ICF) is dit mogelijk.

2.2 Eisen aan inrichting integrale hulpmiddelenzorg

Om integrale zorg te bieden moet de hulpmiddelenzorg voldoen aan de volgende eisen:

Reikwijdte van hulpmiddelenzorg moet overeenkomen met het functioneren van de gebruiker. De meest optimale reikwijdte is alle stoornissen, alle beperkingen in activiteiten die het lichaam uitvoert (waaronder de integrale mobiliteit), persoonsgebonden woonvoorzieningen (inrichting) en persoonsgebonden hulpmiddelen voor arbeid en onderwijs. Het onderscheid 'kortdurend' en 'langdurend' moet vervallen.

Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg moet leidend zijn.

Communicatie moet geborgd zijn tussen diverse professionals door gebruik te maken van dezelfde classificaties. (SNOMED CT, ICF, ISO en CLIQ).

Individualisering, integrale zorg is geïndividualiseerde zorg, dus maatwerk. Dit vereist een ruim assortiment.

¹ Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms'

Continuïteit van de zorg moet gegarandeerd zijn, ook bij overstap naar een nieuwe verzekeraar.

2.3 Hoe gaan we het doen?

Integrale hulpmiddelenzorg in de Zorgverzekeringswet

In het kader van de Zorgverzekeringswet hebben verzekeraars de opdracht om zelf de hulpmiddelenzorg vorm te geven. De procesbeschrijving hulpmiddelenzorg wordt door zorgverzekeraars als uitgangspunt genomen. Deze sluit goed aan bij het proces van functiegerichte omschrijving van aanspraken door het CVZ. Het effect hiervan is dat het probleem met daarbij de oplossing van de cliënt centraal komt te staan. Dit proces betekent een cultuuromslag bij zorgaanbieders.

Een neveneffect is dat zorgaanbieders hun aanbod op samenhangende deelterreinen bundelen.

Voorbeeld

In de zorg rondom problemen met onderste extremiteiten (de benen) is een concentratie gaande van voorheen verschillende deelverstrekkingen, zoals prothesen, orthopedisch schoeisel, therapeutisch elastische kousen en loophulpmiddelen. Medisch speciaalzaken kennen van oudsher een bedrijfsvoering die verschillende deelverstrekkingen combineert. Dit zijn voorbodes van integrale hulpmiddelenzorg waar door de marktpartijen al wordt ingespeeld.

Reikwijdte: de uitbreiding van de aanspraken in de Zvw betekent voor de zorgverzekeraars een uitbreiding van de zorginkoop. De uitleenafspraken die nu bij grote regionale thuiszorgorganisaties zijn ondergebracht, zullen worden overgenomen door gespecialiseerde hulpmiddelenleveranciers. De verwachting is dat de thuiszorg zich niet op de 'reguliere' hulpmiddelenmarkt zal begeven. Die trend is in de praktijk waarneembaar, de uitvoering van de uitleen wordt nu al gedaan door grote organisaties. Zorgkantoren hebben al contracten met leveranciers die ook contractpartij zijn in de Zvw. Daarmee wordt zoveel mogelijk voorkomen dat hulpmiddelen moeten worden 'omgewisseld' als de uitleentermijn afloopt. Wanneer in het voorjaar 2010 de heroriëntatie zijn beslag krijgt, zal er voldoende tijd zijn om deze uitbreiding voor januari 2011 door te voeren in de sfeer van de contractering.

Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg wordt door zorgverzekeraars steeds meer in contracten als voorwaarde opgenomen.

Communicatie: er zal een stimulerende werking uitgaan van de fasegewijze omzetting van de Generieke Product Codes (GPH-codes) in Cliq-codes in de komende paar jaar door alle zorgverzekeraars. De Cliq systematiek is beschikbaar voor alle categorieën (ISO) hulpmiddelen.

Individualisering: invoering van functiegerichte zorgaanspraken zal van grote invloed zijn op inkoopbeleid. Er zal meer ruimte zijn voor individualisering. Zorgaanbieders hebben contractuele ruimte nodig om hierop in te spelen.

Continuïteit: op een aantal deelverstrekkingen zijn de continuïteitsproblemen opgelost. Alle verzekeraars zullen op dit punt hun inkoopbeleid gaan evalueren om in de toekomst dit type problemen te voorkomen. Met de beperkte schaal waarop verzekeren van verzekeraar veranderen is het probleem te overzien. Dit zal tot ca 1 juli 2010 in kaart gebracht worden en

opgelost worden bij de inkoopcontracten 2011. Aparte aandacht zal besteed worden aan continuïteitsproblemen samenhangend met de heroriëntatie.

Geen discussie over al de regelingen en hoe het niet moet:

Voorbeeld

Een patiënt met een trauma beland in het ziekenhuis (Zvw), ondergaat een beenamputatie en er wordt een prothese aangemeten (Zvw). De patiënt gaat naar een revalidatiecentrum om weer te leren functioneren in de maatschappij (AWBZ). Hij of zij krijgt een rolstoel voor korte termijn (uitleen AWBZ) en een aanvraag voor langere termijn (Wmo). De patiënt moet leren lopen met prothese en krijgt hulp van ergotherapeut om in huis te kunnen functioneren (Zvw). Deze adviseert een traplift en een op de rolstoel aangepaste keuken(Wmo).

3. De regie voeren verzekerden en verzekeraars samen

Knelpunten uit de consultatie heroriëntatie.

De zorg aan chronisch zieken is tot op heden versnipperd over diverse regelingen en over diverse zorgaanbieders. De samenhang ontbreekt en er is weinig aandacht voor zelfmanagement, preventie en leefstijl. De cliënt wordt niet geïnspireerd om zelf de regie te gaan voeren. Als het hulpmiddel niet voldoet dan wordt het niet gebruikt of verzoekt de cliënt om een ander.

Het aangevraagde hulpmiddel wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar omdat het volgens de wetgeving (limitatieve lijst) niet vergoed mag worden vanuit de basisverzekering. Het hulpmiddel valt onder een andere wetgeving of het is niet te traceren. Er is geen mogelijkheid om innovaties toe te laten tot het basispakket.

3.1 Wat houdt regievoeren is?

Regisseren en zorgen

Regie voeren is keuzes maken die het beste passen bij het leven dat je wilt leiden. Hiermee heb je zeggenschap over je eigen leven. Een regisseur geeft aanwijzingen aan spelers, belichters en decorbouwers om gestalte te geven aan zijn interpretatie van een stuk.

3.2 Welke taken houdt regie voeren in?

- Kennis hebben van de opgave (welk probleem moet worden opgelost?);
- Zicht hebben op het eindresultaat (wat moet de oplossing opleveren?) en zich kunnen voorstellen hoe het resultaat er concreet uit ziet;
- Zicht hebben op het proces;
- Richting geven aan handelingen van anderen die bij het proces van realisatie zijn betrokken (keuzes maken);
- Evalueren of de oplossing werkt.

3.3 Wat wordt gevraagd?

Om regie te kunnen voeren wordt er van zowel de verzekerden als de zorgverzekeraars inspanning verwacht.

De eindgebruiker van een hulpmiddel moet op alle cruciale momenten richtinggevende besluiten nemen bij de uitvoering van het proces van integrale hulpmiddelenzorg. Dit is reden om hem of haar een regierol toe te kennen in de uitvoering. Dit vraagt van de eindgebruiker een actieve rol, zowel op persoonlijk niveau als bij cliënten en patiëntenplatforms. Met de procesbeschrijving als leidraad is de individuele rol duidelijk beschreven, bij de formulering van de zorgvraag en bij de selectie. Ook moet de cliënt beschikken over voldoende kennis en vaardigheden in het gebruik om te beoordelen of de oplossing echt werkt.

Een financier van hulpmiddelenzorg is verantwoordelijk voor alle randvoorwaarden die nodig zijn om integrale hulpmiddelenzorg te laten functioneren. Op het niveau van integrale hulpmiddelenzorg als systeem heeft de financier een regierol.

3.4 Hoe gaan invulling geven aan de regierollen?

Invulling van de regierollen in het kader van de Zorgverzekeringswet

Verzekerden

Verzekerden moeten een actieve rol spelen, zowel op individueel niveau als bij cliënten- en patiëntenplatforms. Met de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg als leidraad is de rol van de verzekerde in de keten duidelijk. Zij moeten zelf verantwoordelijkheid nemen voor de stappen in het zorgproces.

Voldoet het hulpmiddel, lost het hulpmiddel het probleem of de beperking op en zijn de gestelde doelen behaald?

Verzekeraars

De regierol heeft een grondslag gekregen in de Zorgverzekeringswet. De regierol krijgt op de volgende manieren gestalte: in polissen, de zorginkoop, het faciliteren van de randvoorwaarden die nodig zijn voor integrale hulpmiddelenzorg, informatievoorziening aan verzekerden, kwaliteit en klachtenafhandeling.

Polissen

Heldere polisvoorwaarden en reglementen, waarin duidelijk staat hoe de zorg geregeld is. Zorgverzekeraars geven duidelijkheid over de reikwijdte van de integrale hulpmiddelenzorg. Bijvoorbeeld: waar, bij wie en voor welke hulpmiddelen kan de cliënt terecht voor de tijdelijke uitleen, zonder een loket ertussen. In principe zijn hier geen aparte indicaties voor nodig. De rechtvaardiging van het tijdelijke gebruik hangt direct samen met zorgvormen als kraamzorg, geneeskundige zorg, paramedische zorg etc.

Een gevarieerd aanbod van polissen, natura-, restitutie/PGB en gecombineerde polissen.

Zorginkoop

In de overeenkomsten die zorgverzekeraars sluiten worden de aanpassingen die de heroriëntatie en de functiegerichte aanspraken vergen opgenomen. Als de aanpassing van het Zvw pakket 2011 (functiegerichte aanspraken) vóór 1 juli 2010 wordt doorgevoerd, kan dit vanaf 2011 plaatsvinden.

In de overeenkomsten met de voorschrijvers wordt opgenomen dat de indicatie volgens landelijke protocollen gesteld moet worden en het voorschrift in ICF terminologie moet zijn. Er moet een zorgplan komen. Vaak zal dat een triage zijn van voorschrijver, verzekerde en zorgaanbieder/ leverancier.

In de overeenkomsten met de zorgaanbieders/ leveranciers wordt opgenomen dat er gewerkt wordt volgens de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg en dat de leveranciers hun producten uiterlijk 2012 moeten voorzien van een CLIQ classificatie. In de overeenkomsten die betrekking hebben op de uitleenhulpmiddelen (voormalig AWBZ), worden de voorwaarden waarbinnen deze hulpmiddelen geleverd worden opgenomen (welke, wanneer en binnen welke tijd) zodat er geen loket meer tussen is.

Informatieverstrekking aan verzekerden

Informatieverstrekking aan verzekerden vindt plaats via de polisvoorwaarden en reglementen. Het betreft informatie over keuze en kwaliteit van de zorgaanbieders, informatie over keuze en kwaliteit van leveranciers en informatie over het zorgpakket. Dit gebeurt via de internetsites en hulpmiddelenlijn van de zorgverzekeraars en via de goed geïnformeerde zorgaanbieders. Ook kan de verzekerde telefonisch of via de website de gecontracteerde zorgaanbieders zoeken in de regio. Informatie kan ook verstrekt worden via de patiënten- en cliëntenorganisaties zodat zij als intermediair voorlichting kunnen geven aan hun cliënten.

Zorgverzekeraars maken samen met de patiënten- en cliëntenorganisaties een productdatabase en maken deze toegankelijk voor cliënten. Hierin worden alle hulpmiddelen opgenomen die voorzien zijn van productinformatie en van een CLIQ classificatie.

Klachten

Zorgverzekeraars hebben een klachtenprocedure over de eigen organisatie en het functioneren daarvan. Deze klachtenprocedure wordt uitgebreid voor klachten over gecontracteerde zorgaanbieders en gecontracteerde leveranciers. In de overeenkomsten met de zorgverleners/leveranciers worden klachtenprocedure opgenomen en concrete afspraken gemaakt over de consequenties daarvan. De verzekeraar moet optreden namens de verzekerde bij geschillen met contractanten.

Afspraken maken met Zorgkantoren en Gemeenten

Regie voeren over het verstrekken van hulpmiddelen(zorg) kan niet los gezien worden van overige zorg: extramuralisering AWBZ (2012) en ondersteuning bij het voeren van een huishouding (Wmo). Het kan evenmin los gezien worden van de omgeving van de cliënt/verzekerde. Denk aan woonaanpassingen, vervoersmiddelen, aangepast vervoer en toegankelijkheid openbare ruimte. Als er meerdere loketten blijven, moeten we regelen dat het voor de cliënt lijkt of het één loket is.

Bijvoorbeeld

- Zorgverzekeraars regisseren de indicatiestelling
- De voorschrijver, zorgprofessional stelt indicatie op ICF niveau, op basis van uniforme landelijke richtlijnen en protocollen
- Zorgverzekeraars zijn de brug voor verzekerden naar hulpmiddelenzorg bij de gemeenten (vervoer en woningaanpassingen)
- Zorgverzekeraars maken afspraken met VNG en op lokaal niveau met gemeentes

Overleg UWV: Arbeid en Scholing

Tot nu zijn deze onderwerpen buiten de heroriëntatie gehouden. Als onderdeel van dit plan van aanpak zal met UWV overlegd worden over welke verstrekkingen er op dit ogenblik afstemmingsproblemen opleveren en welke oplossingen denkbaar en gewenst zijn. Dit in het kader van de één loket gedachte en het regisseren van de zorg voor verzekerden.

4. Kwaliteit van de zorg

Knelpunten uit consultatie heroriëntatie .

Ik vraag niet een hulpmiddel aan om het te hebben, maar om het te gebruiken. Er wordt slecht gecommuniceerd binnen een organisatie. Er zijn lange doorloop tijden. Onderhoud en service is slecht. Er is gebrek aan kennis over en van het hulpmiddel en gebrek aan deskundigheid. Er worden hulpmiddelen van matige kwaliteit geleverd. Zet erkenningsregelingen op, betrek patiëntenverenigingen bij kwaliteitsonderzoek.

4.1 Wat houdt kwaliteit in?

‘Kwaliteit’ betekent in feite ‘hoedanigheid’, maar wordt vaak gebruikt om aan te duiden of iets of iemand aan zijn doel beantwoordt.

Funcatiegerichte aanspraken (Zvw) en compensatieplicht (Wmo) gaan uit van het oplossen van een probleem. Deze probleem- en resultaatgerichte benadering benadrukt de functionaliteit van een oplossing. Aangezien het gaat om functioneringsproblemen van mensen in hun omgeving, is een oplossing altijd persoon- en situatiegebonden. Een kwalitatieve oplossing is niet alleen functioneel, maar geldt in een gespecificeerde omgeving en is individueel, dat wil zeggen: gespecificeerd naar persoonskenmerken en naar een activiteitenpatroon.

Bij integrale hulpmiddelenzorg staat de cliënt centraal; het gaat om zijn of haar probleem en de werkzaamheid van een oplossing in zijn of haar situatie en de aansluiting op zijn of haar mogelijkheden. In het functioneren van een hulpmiddelengebruiker komt, wanneer alles klopt, kwaliteit tot uitdrukking.

4.2 Taken en verantwoordelijkheden

Wat kun je van betrokkenen verwachten bij integrale hulpmiddelenzorg met oog op borging van kwaliteit?

Eisen met het oog op kwaliteit zijn afgeleiden van verantwoordelijkheden en taken. Naast de professionals zijn voor het borgen van kwaliteit gebruikers, zorgaanbieders en de zorgverzekeraar nodig. Ieder heeft een eigen taak en een eigen verantwoordelijkheid.

Gebruiker

De gebruiker is verantwoordelijk voor goed gebruik van het hulpmiddel op basis van de informatie en training. Van haar of hem mag een oordeel over de wijze waarop het probleem is opgelost, geëist worden. Dit veronderstelt kennis bij de gebruiker over het te verwachten resultaat van de oplossing van haar of zijn probleem, informatie over gebruik en vaardigheden in het gebruik.

Zorgprofessional

Professionals zijn verantwoordelijk voor hun aandeel in de uitvoering van de hulpmiddelenzorg. Dit veronderstelt kennis, vaardigheden en een houding die past bij goede hulpmiddelenzorg. In de ketenzorg is de communicatie met collega's essentieel.

Zorgaanbieder/leverancier

De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het eindresultaat van hulpmiddelenzorg. Hij heeft contracten met zorgverzekeraars, zorgt voor een adequate werkomgeving, heeft transparante bedrijfsprocessen, heeft (indien nodig) faciliteiten voor de professionals en zorgt voor een goede dienstverlening aan zijn cliënten.

Zorgverzekeraar (Financier van integrale hulpmiddelenzorg)

De zorgverzekeraar is eindverantwoordelijk voor kwaliteit en zorgt voor de voorwaarden die nodig zijn om uitvoering te geven aan functiegerichte aanspraken van verzekerden. Daarnaast is deskundigheid bij verzekeraars beter te garanderen door groter belang en volume.

4.3 Hoe gaan we het doen?*Borgen kwaliteit van integrale hulpmiddelenzorg in het kader van de Zorgverzekeringswet*

De landelijke kwaliteitswetgeving is van toepassing op integrale hulpmiddelenzorg. Een zorgverzekeraar en de verzekerde zijn vertrekpunt en eindpunt van integrale hulpmiddelenzorg. Zorgaanbieders leggen het pad aan en professionals zijn gidsen onder weg.

Polis

In de polis is de aanspraak op informatie, voorlichting en training vanaf januari 2010 expliciet opgenomen. Dit legt de basis om met de gebruiker van hulpmiddelenzorg overeen te komen een expliciet oordeel te geven over het resultaat van de integrale hulpmiddelenzorg. Hiervoor zouden de CQ² indexen gebruikt kunnen worden. De CQ index is een gevalideerd systeem om ervaringen van verzekerden in kaart te brengen.

Zorginkoop (kwaliteitsinstrumenten)

In de zorginkoop worden eisen opgenomen met betrekking tot de inrichting van hulpmiddelenzorg (procesbeschrijving en classificaties), eisen met betrekking tot bedrijfsvoering (certificering), eisen met het oog op gebruik van protocollen en met betrekking tot deskundig personeel en eisen met betrekking tot de kwaliteit van het geleverde hulpmiddel en de geleverde diensten. Met ander woorden een kwaliteitsparagraaf in de overeenkomsten met zorgaanbieders/leveranciers.

Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg is een belangrijke basis voor de inrichting en kwaliteit van hulpmiddelenzorg.

ICF is een belangrijk middel bij de zorgvraag, zorgplan formulering en evaluatie van het gebruik (CQ indexen). Veel gestelde vragen zijn: voldoet het geleverde hulpmiddel, wordt het hulpmiddel gebruikt en zijn de gestelde doelen die in het zorgplan zijn vastgelegd, gehaald?

Cliq classificatie is een belangrijke randvoorwaarde voor goede communicatie, selectie van een hulpmiddel en dataverkeer.

² Consumer Quality Index

Voor zorgaanbieders is certificering van hun bedrijfsprocessen een belangrijk middel om kwaliteit te borgen. Een onafhankelijke toetsing zoals bij de SEMH³, is een randvoorwaarde. Functiegerichtte zorg biedt ruimte en vraagt om protocollering. Protocollen zijn een belangrijk instrument. Het ondersteunt professionals bij hun advisering en borgt de kwaliteit. Om hun gidsfunctie te vervullen is regelmatige bij- en nascholing door professionals van belang.

Zorginformatie: kwaliteit van dataverzameling en dataverkeer

Zorgverzekeraars als regisseur van hulpmiddelenzorg zijn verantwoordelijk voor informatie op het integrale terrein van hulpmiddelenzorg. Informatie is van grote invloed op kwaliteit. Dit geldt niet alleen voor eigen bedrijfsvoering, maar het vraagt ook een gezamenlijke inzet op het integrale terrein van alle ketenpartners.

Gebruikers van (hulpmiddelen) zorg hebben een grote behoefte aan begeleiding in hun situatie. Om hier op in te spelen zouden zorgverzekeraars bijvoorbeeld kennisbanken open kunnen stellen.

Dataverkeer en databeheer zullen vanuit het perspectief van kwaliteit verder gaan dan declaratieverkeer met zorgaanbieders.

Gebruikers hebben ervaringsinformatie nodig om zich een beeld te vormen van het effect van hulpmiddelengebruik. Professionals hebben ondersteunende informatie nodig bij hun advisering naast protocollen. Belangrijk is dat er een actuele productdatabase beschikbaar komt.

Bij integrale hulpmiddelenzorg is het nodig beleidsinformatie te genereren met oog op het goed functioneren van Zvw, AWBZ, Wmo, en WIA. Dit eist een zo efficiënt mogelijke inrichting van het dataverkeer, mede vanuit oogpunt de administratieve lasten te verlichten. Hierbij zullen zorgverzekeraars een initiërende en coördinerende rol vervullen.

Stimulering en initiatieven

Ten behoeve van de partners in de keten hebben zorgverzekeraars een facilitaire rol.

Hieraan is in 2009 invulling gegeven door het promoten van procesbeschrijving, een actieve rol bij het tot stand komen van protocollen, CQ indexen en uitgaande van Cliq – classificaties in het dataverkeer.

Het opzetten van een Inkoopgids waarin de hulpmiddelenzorg inhoudelijk beschreven wordt naar het voorbeeld van DCB-inkoopgidsen.

³ Stichting Erkenningregeling voor leveranciers van Medische Hulpmiddelen

5. Rechtszekerheid

Knelpunten uit de consultatie heroriëntatie.

De cliënt ervaart dat de aanspraken niet duidelijk zijn en dat er naar verschillende loketten wordt verwezen. De cliënt ervaart rechtsongelijkheid bij het toekennen van hulpmiddelen en gelden door gemeenten. De cliënt geeft aan het gevoel te hebben dat er met twee maten gemeten wordt en dat men afhankelijk is van de interpretatie van de beoordelaar. Maar ook bij de zorgverzekeringswet lijkt het of er ruimte is voor interpretatie.

5.1 Wat houdt dat in?

Definitie

“Rechtszekerheid, zekerheid dat men met betrekking tot het recht weet waar men aan toe is”. Waarborg dat de zorg volgens bepaalde objectieve criteria verstrekt wordt.

Verzekerd recht geeft een cliënt meer waarborgen in continuïteit, kwaliteit, recht op zorg en toegankelijkheid.

Een eindgebruiker heeft qua rechtszekerheid te maken met drie geheel verschillende manieren waarop de rechtszekerheid is vormgegeven.

1. Zorgverzekeringswet

In de Zvw is de inhoud en de omvang van de te verzekeren prestaties geregeld en voor iedereen gelijk en uitgewerkt in het Besluit zorgverzekering. Aanspraken zijn vastgelegd in de overeenkomst met de verzekerde, de polis. Er is een regeling met betrekking tot geschillen en de mogelijkheid tot een civiele procedure.

2. Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wmo hanteert het compensatie beginsel. Het is een globaal wettelijk kader. Lokale verordeningen en beleidsregels. Gemeentelijke beschikkingen. Bezwaar- en beroepsprocedure (publiek rechtelijke procedure).

3. AWBZ

Deze verplichte, collectieve ziektekostenverzekering is voor niet individueel verzekerbare ziektekostenrisico's. De AWBZ is één van de zogenoemde volksverzekeringen. Het CIZ⁴ stelt onafhankelijke indicaties. De zorgkantoren voeren de AWBZ uit.

Bij het niet eens zijn met de inhoud van het indicatiebesluit van het CIZ, is er een bezwaar- en beroepsprocedure. Ook is er een bezwaar- en beroepsprocedure als men het niet eens is met de eigen bijdrage of het toegekende PGB.

In de huidige situatie is het, qua vormgeving van rechtszekerheid voor een eindgebruiker die meerdere hulpmiddelen nodig heeft, vaak onoverzichtelijk en moeilijk hanteerbaar. Hij of zij moet de weg kennen in al de verschillende regiems.

⁴ Centrum indicatiestelling zorg

5.2 Eisen aan borgen rechtszekerheid?

Gelijkheidsbeginsel, het basispakket moet uniform zijn en landelijk geregeld.

Solidariteit, de zorg moet voor iedere verzekerde toegankelijk zijn en beschikbaar; één systeem bij alle geschillen;

Kwaliteit van de polissen, het is aan de verzekerde om een keuze te maken voor een verzekeraar.

Keuze vrijheid/geïnformeerde toestemming. Mensen moeten weten waar ze aan toe zijn. Actieve invulling klachtrecht.

Een eindgebruiker die meerdere hulpmiddelen nodig heeft zal deze verschillende vormen eigen moeten maken.

5.3 Hoe gaan we het doen?

De functiegerichte aanspraken worden in de polisvoorwaarden verduidelijkt. Hier kunnen verschillen gaan optreden tussen verzekeraars. In de reglementen komt de vertaling van de aanspraken en geeft de zorgverzekeraar aan wie (voorschrijver), hoe (machtiging ja/nee) waar (zorgaanbieder/leverancier) en wat (hulpmiddelenzorg). Deze heeft tot doel om verzekerden een goed inzicht te geven in de zekerheid van hun aanspraken.

In de overeenkomsten met de zorgleveranciers wordt de afspraak gemaakt dat het proces verloopt zoals aangegeven in de procesbeschrijving hulpmiddelenzorg. Er worden hierin afspraken gemaakt hoe te handelen bij innovatieve hulpmiddelen. Ook wordt hierin een klachtenprocedure vastgelegd.

Er worden door de zorgverzekeraars verschillende soorten polissen aangeboden, natura-restitutie/PGB en combinatiepolissen. De cliënten hebben de vrijheid om jaarlijks te kiezen. Ook kan men jaarlijks van zorgverzekeraar veranderen.

In de polissen en via de verschillende media geeft de zorgverzekeraar duidelijkheid over de aanspraken en klachtenprocedures.

6. Financiële gevolgen

Knelpunten uit de consultatie heroriëntatie.

Stapelning van eigen bijdragen of eigen betalingen voor hulpmiddelenzorg bij de verschillende regelgevingen (loketten) leidt soms tot onaanvaardbare hoge kosten voor de gebruiker.

Versnippering van hulpmiddelenzorg over meerdere loketten leidt tot hogere kosten omdat aanvraagprocedures, indicering en hulpmiddelenselectie dubbel plaatsvinden en er geen afstemming tussen loketten is. Ook niet over in het verleden verstrekte hulpmiddelenzorg.

Ingewikkelde aanbestedingsprocedures staan het snel reageren op innovaties in de weg en werken kostenverhogend. Versnippering over meerdere loketten leidt tot minder inkoopkracht, waardoor de prijs van hulpmiddelen zal stijgen. Ook leidt deze versnippering tot meer administratieve lasten, dus hogere kosten.

6.1 Wat houdt dat in?

Er zijn eigen bijdragen in de zorg: AWBZ zorg en de Wmo (inkomens afhankelijk). De Zvw kent eigen bijdragen: bij geneesmiddelen en hulpmiddelen. Bij hulpmiddelen zijn er maximale vergoedingen (de meerkosten komen voor eigen rekening) en er zijn besparingsbijdragen.

Eigen bijdragen worden gevraagd onder andere bij de volgende hulpmiddelen die vergoed worden vanuit de Zvw; de hoortoestellen en haarwerken (maximale vergoeding), de orthopedische schoenen (besparingsbijdragen), abonnement op de alarmcentrale, enz. Maar ook zaken die helemaal niet meer vergoed worden, bijvoorbeeld een bril. De Wmo kent het compensatie beginsel. Ook daar wordt gewerkt met een eigen bijdragen, de gemeente is vrij om dat vast te stellen, en besparingsbijdragen.

6.2 Hoe gaan we het doen?

Eén loket

Door de hulpmiddelenzorg onder te brengen onder één regiem de Zvw kan er voorkomen worden dat er een stapeling van eigen betalingen en eigen bijdragen ontstaat, het is inzichtelijk. Doordat de hulpmiddelenzorg niet meer versnipperd is over meerdere loketten, wordt er voorkomen dat er dubbel verstrekt wordt, dubbel geïndiceerd of ondoelmatig omdat er geen afstemming plaats vindt.

Eén loket is niet alleen een voordeel voor de cliënt die hulpmiddelen gebruikt. Ook voor voorschrijvers/verwijzers is in één oogopslag duidelijk hoe de procedures verlopen. In de praktijk kan men vaak rechtstreeks doorverwijzen naar een zorgverlener. Langdurig zoeken door artsen en verpleegkundigen in de instelling, het ziekenhuis of van de thuiszorgorganisatie naar het juiste loket is dan niet aan de orde.

Voorbeeld

Mocht er bij ontslag uit een ziekenhuis een uitleenhulpmiddelen nodig zijn, is dat op de dag van ontslag of tijdig voor behandeling, het hulpmiddel beschikbaar. Geen extra opnameduur door wachttijden.

Eenvoudige procedures

Zorgverzekeraars zijn de afgelopen jaren in staat gebleken om bij een gedereguleerde regelgeving de organisatiekosten aanzienlijk te verminderen. Door het werken met protocollen zijn ingewikkelde aanvraagprocedures grotendeels vervallen. Dit heeft geleid tot een efficiënt proces, waarbij verzekerden zich vaak rechtstreeks tot de zorgaanbieder wenden en zij kunnen direct over hun hulpmiddel beschikken. In geval van maatwerk kan direct met het vervaardigen daarvan worden gestart. Wachttijden van enkele weken tot een paar maanden zijn hiermee verleden tijd. Dit leidt ondermeer tot korter verblijf in een revalidatiecentrum, minder schadelast en minder (financieel) risico voor de zorgaanbieder. Het komt bijvoorbeeld een snelle herwonnen mobiliteit van de cliënt ten goede.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben overeenstemming over de wijze van declareren volgens een gedragen standaard. Papieren facturatie is niet aan de orde en betaling vindt binnen vastgestelde termijnen plaats. Ook in dit proces is sprake van lage kosten.

Efficiënte herinzet

Het gebruik van één loket zorgt voor een efficiënte herinzet van hulpmiddelen. In geval van het gebruik van langdurige en kortdurende bruikleenhulpmiddelen maakt het ene loket gebruik van de reeds beschikbare depots van de zorgverzekeraar. Afschrijving van uitstaande hulpmiddelen wordt hiermee voorkomen. Het verrekenen van reeds betaalde onderhoudskosten is niet aan de orde. Met het zorgkantoor worden afspraken gemaakt over mogelijke overnames van het uitleendepot. Voorkomen wordt dat versnippering over loketten leidt tot kapitaalvernietiging. Concentratie van deze hulpmiddelen bij een beperkt aantal aanbieders voorkomt het rondrijden met halfvolle vrachtwagens en de uiterst lage prijzen voor bijvoorbeeld mobiliteitshulpmiddelen kunnen gehandhaafd blijven.

7. Een regelarme oplossing: heroriëntatie hulpmiddelenzorg

Knelpunten heroriëntatie uit de consultatie heroriëntatie.

Cliënten met verschillende hulpmiddelen worden in de huidige situatie naar verschillende loketten gestuurd. De schotten tussen regelingen zijn een probleem.

Het zou mooi zijn als niet alleen gekeken wordt naar het financiële plaatje, maar dat cliënten krijgen waar ze recht op hebben. Nederland moet af van het 'hokjes denken'. Er zijn lange doorlooptijden. Er is onduidelijkheid bij wie je moet zijn. Er zijn verschillen tussen gemeenten onderling en verzekeraars onderling.

7.1 Wat houdt een regelarme oplossing in?

Een regelarme oplossing houdt in dat:

- de reikwijdte betrekking heeft op de integrale hulpmiddelenzorg;
- Noodzakelijke wetgeving zo beperkt en zo eenvoudig mogelijk is;
- Het voor de gebruiker helder is wat de aanspraken zijn en deze aanspraken goed gedefinieerd zijn;
- Met als effect doelmatige inrichting en vormgeving van zorg;
- Dat er in de keten van zorg ook ruimte is om innovatieve oplossingen toe te laten;
- Een beperking van administratieve lasten voor alle partijen.

7.2 Eisen aan een regelarme oplossing

Reikwijdte

Wanneer de reikwijdte integrale hulpmiddelenzorg inhoudt, dan zullen alle stoornissen en alle beperkingen in lichamelijke activiteiten bepalend moeten zijn voor de reikwijdte.

Hierdoor moet zowel kort- als langdurig gebruik gerekend worden. De enige beperking die in de rede ligt is de uitsluiting van hulpmiddelenzorg die uitgevoerd wordt onder de verantwoordelijkheid van een medisch specialist. De aanspraak bestaat, maar de financiering is onderdeel van een DBC (diagnose behandelcombinatie).

Wettelijk kader

Een regelarme oplossing wordt bereikt wanneer alle hulpmiddelen die het mogelijk maken dat stoornissen en beperkingen in zelf uit te voeren lichamelijke activiteiten, onder één regiem komen. Dit voorkomt afstemmingsproblemen tussen financiers, problemen met de toegang tot zorg bij gebruikers (één loket en één indicatiesystematiek).

Aanspraken

Er bestaan nu verschillende manieren om aanspraken te formuleren. Dit biedt geen overzicht en zijn soms tegenstrijdig. Vanuit het oogpunt van een regelarme oplossing kan één systematiek voor alle aanspraken een einde maken aan deze complicerende verschillen.

Doelmatige zorg

De financiering van zorg heeft grote invloed op de inrichting van zorg. Doelmatige zorg is zo ingericht dat de hele keten slechts eenmaal doorlopen hoeft te worden. Van constateren dat er een probleem is en zorg nodig is, tot het verstrekken van die zorg (hulpmiddel).

Zorgaanbieders moeten nu bij verschillende loketaanspraken aan verschillende eisen

voldoen. Dit leidt tot ondoelmatigheid. Eén financieringssysteem leidt tot een eenvoudige inrichting en organisatie van de hulpmiddelenzorg, en stimuleert integrale zorg bij zorgaanbieders. Als het zorgveld gebruik maakt van landelijke richtlijnen en zorgprotocollen is de uitkomst uniform en geborgd.

Administratieve lasten

Verschillen in budgetsystemen leidt vanzelf tot meerdere typen administraties en verschillende vormen van beheer. Dit heeft betrekking op gebruikers, zorgverleners, zorgaanbieders en financiers. Deze lasten verlagen het beschikbare budget voor uitvoerende zorg. Een regelarme oplossing voorkomt niet alleen ergernis, maar verhoogt het beschikbare zorg budget.

7.3 Hoe gaan we het doen?

De zorgverzekeringswet als wettelijk kader voor integrale hulpmiddelenzorg.

Er zijn drie scenario's denkbaar:

Scenario 1. Eén wet: een wettelijke regeling

<u>Reikwijdte</u>	Alle stoornissen en beperkingen in lichamelijke activiteiten;
<u>Aanspraken</u>	alle aanspraken in één basispakket;
<u>Polis</u>	duidelijkheid over alle aanspraken en inrichting integrale zorg;
<u>Organisatie zorg</u>	één structuur voor loket, bemiddeling en uitvoering;
<u>Regelgeving</u>	aanpassing functionele aanspraken regeling zorgverzekeringswet (inclusief rolstoelen en woonvoorzieningen);
<u>Budget</u>	Er vindt eenmalig budget overdracht plaats van AWBZ en VNG naar Zvw.

Scenario 2. Eén regisseur: afspraken over integrale regie

<u>Reikwijdte</u>	Alle stoornissen en beperkingen in lichamelijke activiteiten;
<u>Aanspraken</u>	vier soorten aanspraken: Zvw (AWBZ, WIA) en Wmo;
<u>Polis</u>	duidelijkheid over alle aanspraken en inrichting integrale zorg;
<u>Organisatie zorg</u>	één structuur voor loket, bemiddeling en uitvoering;
<u>Regeling</u>	overeenkomsten tussen gemeenten en zorgverzekeraars over uitvoering rolstoelen en woonvoorzieningen op basis van Wmo art 10 uitbesteding aan derden. Afspraken met zorgkantoren over uitleen AWBZ en deze op termijn, maar voor 2012 overhevelen naar de Zvw. Afspraken maken met UWV in kader van WIA;
<u>Budget</u>	Er vindt nu nog geen budget overdracht plaats. Er zijn transacties op basis van declaraties tussen verzekeraars en gemeenten.

Scenario 3. Een bemiddelaar: afspraken over loketfunctie/ bemiddeling

<u>Reikwijdte</u>	Alle stoornissen en beperkingen in lichamelijke activiteit;
<u>Aanspraken</u>	vier soorten aanspraken Zvw, AWBZ, WIA en Wmo;

<u>Polis</u>	Duidelijkheid over aanspraken Zvw en AWBZ, één loketfunctie en bemiddeling, uitvoering hulpmiddelenzorg kent vier financiers;
<u>Organisatie zorg</u>	Partiële verantwoordelijkheid inrichting zorg;
<u>Regelgeving</u>	Is mogelijk zonder nadere regelingen;
<u>Budget</u>	Budgettaire situatie gehandhaafd. Er is geen declaratieverkeer tussen financiers van hulpmiddelenzorg.

Invoering Scenario's op korte en langere termijn

Langere termijn

- Vanuit het perspectief van regelarme zorg is het duidelijk dat één wettelijk kader de optimale oplossing is en goed scoort op alle gestelde eisen.

Korte termijn

- Scenario 2 is geschikt als overgang. In deze periode kan ervaring opgedaan worden met een één loketfunctie, bemiddeling en deels met integrale uitvoering. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de knelpunten die door cliënten zijn ingebracht in de bijeenkomsten over de heroriëntatie
- Scenario 3 komt niet aan de orde omdat het de regiefunctie van de zorgverzekeraar niet ondersteunt en verantwoordelijkheden niet belegd kunnen worden.

De overgangperiode kan benut kunnen worden om met alle veldpartijen te gaan werken aan integrale hulpmiddelenzorg waarbij de procesbeschrijving, eenheid van taal, een optimaal dataverkeer instrumenten zijn om het integrale perspectief binnen handbereik te brengen. Dit kan de basis vormen voor de totstandkoming van een wettelijk kader op de langere termijn.

7.4 Beoordeling en prioritering scenario's

- Is alle zorg geconcentreerd rond de cliënt?
- Sluiten aanspraken op elkaar aan?
- Is het voor een cliënt eenvoudiger geworden?
 - In de relatie met de financier?
 - In de relatie met zorgaanbieders?
- Is de doelmatigheid van de systematiek groter geworden?
- Wat is de regelarmste oplossing?
- Is het financiële beheer van het systeem eenvoudiger geworden?

In dit plan van aanpak gaan we niet volgens de lijnen van 'medisch' en 'participatie' te werk. Dat is ons inziens arbitrair. Hoe deze discussie ook wordt gevoerd, het uiteindelijke advies is altijd een compromis en mondt uit in twee loketten.

Voorbeeld

Elleboogkrukken vallen onder mobiliteit, volgens het advies van het CVZ komen deze hulpmiddelen onder de Wmo. Deze krukken echter zijn primair bedoeld om gewrichten te ontlasten, het herstel mogelijk te maken en uiteindelijk de mobiliteit te bevorderen. Dat dit uiteindelijk leidt tot participatie is belangrijk, maar geen hoofddoel. Volgen we de

redenering van het CVZ. In dat geval zouden orthopedische schoenen ook ingezet worden voor mobiliteit, dus participatie. Doch deze worden verstrekt vanuit de Zvw.

Advies

Wij vinden dat alle zorggerelateerde hulpmiddelen in de basisverzekering horen. Het komt de klantgerichtheid en de doelmatigheid ten goede. De cliënt is beter gediend met één loket.

Om één loket te realiseren en een regelarme omgeving te creëren adviseren we de hulpmiddelenzorg onder te brengen in de Zvw. De keuze is Scenario 1.

Voor de implementatie hiervan kan eventueel gekozen worden voor scenario 2, als oplossing voor de korte termijn.

De partijen die deze zienswijze onderschrijven zijn onder anderen:

Chronisch Gehandicapten Raad (CG- Raad)
Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)
Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
Vereniging van revalidatie artsen (VRA)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Alle zorgverzekeraars



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

nota

(ter beslissing)

vergoeding hoortoestellen

DGCZ

Directeur GMT

Directeur Z

Directie Geneesmiddelen
Med. Technologie
Verg. en doelm. gebruik
med.prod.

Ontworpen door

5.1.2e

T 070- 5.1.2e
M 06- 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Bylage: 1

Datum
22 juni 2011

Kenmerk
GMT/VDG/3070799

Zaaknummer
3070799

C:\Documents and
Settings\BALAKR\Local
Settings\Temporary Internet
Files\Content.Outlook\XQRQ8
3H3\Nota ter beslissing
hoortoestellen.docx

1 Aanleiding voor deze nota

Het CVZ heeft op 30 mei jl. een aanvullend pakketadvies uitgebracht over een wijziging van de vergoeding van hoortoestellen in de Zvw. Indien u dit advies per 2012 wilt invoeren, moet u dit voor 1 juli 2011 besluiten.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

Ik vraag u om een besluit te nemen over de aard en omvang van de aanspraak op hoorhulpmiddelen in het basispakket van de Zvw. Ik adviseer u om conform het CVZ advies te besluiten om:

- per 2012 de aanspraak op hoorhulpmiddelen functiegericht te omschrijven.
- de vergoedingslimieten af te schaffen en over te gaan tot het vergoeden van een adequaat hoortoestel, zodat bijbetalingen van gemiddeld € 500 per hoortoestel niet langer nodig zijn.
- ter dekking van de meerkosten een eigen betaling in te voeren van 25% (circa € 175) voor de kosten van een hoortoestel.

Als terugvaloptie kunt u besluiten om deze maatregel per 2013 in te voeren. De huidige situatie laten voortbestaan is niet wenselijk.

3 Samenvatting en conclusies

In 2010 adviseerde het CVZ om een functiegerichte aanspraak voor het compenseren van hoorstoornissen in te voeren en om de vergoedingslimieten te schrappen. De aanspraak op basis van een limitatieve lijst van specifieke producten verdwijnt, waardoor er een aanspraak ontstaat op een adequaat hoorhulpmiddel dat past bij de individuele gehoorbeperking. Daarom moet de vergoedingslimiet en de vervangstermijn per vijf jaar worden afgeschaft.



In de loop der tijd is de vergoedingslimiet van € 525 tot een minimumprijs voor een basistoestel verworden. De gemiddelde eindprijs van een hoortoestel ligt op ongeveer €1200. Een bijbetaling van ± € 500 of meer voor een adequaat toestel is dus eerder regel dan uitzondering. Volgens een grote zorgverzekeraar wordt door 80% van de gebruikers bijbetaald. De wettelijk bepaalde vergoedingslimiet blijkt voor zorgverzekeraars geen prikkel te zijn om scherper in te kopen. De schadelast is immers voor iedere zorgverzekeraar gelijk.

Directie Geneesmiddelen en Med.
Technologie
Verg. en doelm. gebruik
med.prod.

Kenmerk
GMT/VDG/3070799

De meerkosten van een ruimere vergoeding voor een adequaat toestel raamt het CVZ tussen de € 28 en € 77 miljoen per jaar. De kosten zijn afhankelijk van de prijsdaling die van deze maatregel wordt verwacht. Een grote zorgverzekeraar gaat er vanuit dat de gemiddelde prijs van een hoortoestel, na afschaffing van de vergoedingslimiet, op € 700 zal uitkomen. Deze prijs wordt door het CVZ als aannemelijk beoordeeld.

Het advies is in 2010 niet overgenomen omdat er geen middelen waren om de kosten te kunnen dekken. VWS heeft het CVZ om een aanvullend advies gevraagd om de kosten- en batenkant van dit voorstel beter in kaart te brengen. In het rapport van 2011 adviseert het CVZ om de meerkosten te dekken met een procentuele eigen bijdrage van maximaal 25 % (± € 175). Dit is het verschil tussen de gemiddelde prijs van € 700 minus € 525 (de huidige vergoedingslimiet). Wanneer de prijsdaling dit toelaat, zou de eigen bijdrage weer kunnen worden afgeschaft. Met de nieuwe aanspraak ontstaat er een betere kwaliteit hoorzorg tegen een lagere eigen bijdrage voor de meeste gebruikers dan nu het geval is. De huidige situatie kan beter niet blijven voortbestaan, omdat gebruikers anders onnodig veel blijven bijbetalen, en omdat de prijs van hoortoestellen onnodig hoog blijft.

Het CVZ wijst overigens op de inconsistentie in de toepassing van eigen betalingen en eigen risico in de Zvw. Uit oogpunt van solidariteit en consequente systematiek pleit het CVZ voor het verhogen van het eigen risico in plaats van het invoeren van een eigen bijdragen voor hoortoestellen. Als een kostenstijging of het verhogen van het eigen risico niet haalbaar is, is een eigen bijdrage echter het enige alternatief voor een budgetneutrale invoering van het CVZ voorstel. Omdat het eigen risico voor 2012 al is vastgesteld, blijft alleen de variant van een procentuele eigen betaling over. In de bijlage wordt het CVZ advies nader toegelicht.

4 Draagvlak politiek

In het regeerakkoord is afgesproken dat het verplicht eigen risico in 2012 maximaal met € 40 mag stijgen. Een extra verhoging van het eigen risico is op dit moment politiek niet haalbaar. Het invoeren van een verplichte eigen betaling kan als een nieuwe lastenverzwaring voor de burger worden opgevat, maar in feite gaan de meeste verzekerden er op vooruit. In de huidige situatie betaalt 80% van de gebruikers gemiddeld € 500 bij aan een hoortoestel. In de nieuwe situatie wordt de bijdrage maximaal 25% (25% van € 700 is € 175). De eigen bijdrage wordt minder naarmate de prijs daalt.

5 Draagvlak maatschappelijk

- Alle PGO's zijn voorstander van deze maatregel, mits de eigen bijdrage tijdelijk van aard is. De eigen bijdrage moet weg als de prijs tot het



- niveau van de huidige vergoedingslimiet daalt (budgetneutraal).
- Zorgverzekeraars staan erg positief tegenover deze maatregel omdat ze meer worden geprikkeld om hun inkoopmacht ten gunste van hun verzekerden aan te wenden. Zij pleiten voor invoering per 2012.
- Alleen de audicienbedrijven zijn tegen (minder winstmarge en minder afzet van high end apparatuur). De verwachting is dat de audiciensector de publiciteit zal zoeken en de Kamer zal benaderen.

Directie Geneesmiddelen en Med.
Technologie
Verg. en doelm. gebruik
med.prod.

Kenmerk
GMT/VDG/3070799

6 Financiële en personele gevolgen

De maatregel is budgetneutraal voor het BKZ en levert geen besparing op. Macro-economisch gezien betekent het dat er in Nederland straks minder wordt betaald voor betere hoorzorg.

7 Juridische haalbaarheid

Volgens artikel 11 van de Zvw kan worden bepaald dat voor aangewezen vormen van zorg of overige diensten een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt. Invoering van deze maatregel behoeft aanpassing van de Regeling zorgverzekering.

8 Interne afstemming

Het voorstel is afgestemd met de directie Z. Z is het inhoudelijk eens en vanwege het draagvlak onder zorgverzekeraars en PGO's valt er veel voor te zeggen om dit voorstel per 2012 in te voeren. Eerder is geadviseerd om dit voorstel gelijktijdig met de overheveling van hulpmiddelen¹ uit de Awbz naar Wmo en Zvw in te voeren. Alsnog invoeren per 2012 verstoort volgens Z het beeld dat over pakket en eigen bijdrage in één keer zou worden gecommuniceerd. Hoewel de burger er op vooruit gaat, zou men dit als "wéér een eigen bijdrage" kunnen opvatten.

9 Gevolgen administratieve lasten

De maatregel levert weinig administratieve lasten op.

5.1.2e

¹ TK brief 'Hulpmiddelen beter geregeld' 1 juni 2011

Huidige situatie

In de Regeling zorgverzekering (Rzv) wordt de aanspraak op het type hoortoestel, ringleiding, maskeerder, telefoon, signalerings-apparaat, soloapparaat en BAHA¹ hoortoestel specifiek als aanspraak benoemd. Voor het hoortoestel geldt bovendien een vergoedingslimiet met een vaste vervangingstermijn. De huidige aanspraak beschrijving leidt tot knelpunten zoals;

- meestal eenzijdige verstrekking (slechts één hoortoestel voor het 'beste' oor),
- een ontoereikende vergoeding per hoortoestel (kosten boven vergoedingslimiet zelf betalen)
- een voorgeschreven vervangingstermijn (standaard vervanging zonder noodzaak na 5 jaar).

CVZ advies 2010

In 2010 adviseerde het CVZ om de aanspraak te baseren op het opheffen of verminderen van de individuele gehoorbeperking waarbij niet alleen het gehoorverlies bepalend is, maar ook auditieve beperkingen bij activiteiten en participatie worden meegenomen. Daarvoor moeten de indicatiecriteria voor hoortoestellen worden verruimd en de vergoedingslimieten voor hoortoestellen worden afgeschaft. Dit levert een:

- beter kwaliteit hoorzorg; het meten van gehoorverlies per oor i.p.v. eenzijdig.
- meer prijscompetitie; geen centraal vastgesteld vergoedingstarief.
- meer doelmatigheid; geen vaste vervangingstermijn; alleen bij noodzaak.

Betere kwaliteit zorg met verruiming indicatiecriteria voor tweezijdige verstrekking

De meerwaarde van een stereofonische (tweezijdige) aanpassing is door onderzoek aangetoond. Naast beter horen blijkt dat de capaciteit van een slechthorend oor onomkeerbaar achteruit gaat als dit oor onvoldoende geluidsaanbod krijgt (deprivatie-effect). Het CVZ pleit daarom voor een hoortoestel **per oor** als sprake is van een revalideerbaar oor met minstens 35dB verlies.

Meer prijscompetitie door opheffen vast vergoedingstarief.

Volgens het CVZ is het aanschaffen van een adequaat² hoortoestel zonder bijbetaling zowat niet mogelijk. Bijbetalen is eerder regel dan uitzondering. In de huidige markt kost een hoortoestel gemiddeld € 1217 en de vergoedingslimiet noodzaakt tot een eigen bijdrage voor één hoortoestel van gemiddeld € 521. Dit is overigens exclusief het eigen risico van € 165 (2010).

De nieuwe aanspraak verplicht zorgverzekeraars tot het volledig vergoeden (met aftrek van eigen risico) van een adequaat hoortoestel. Afhankelijk van de prijsontwikkeling kunnen de meerkosten van een volledige vergoeding met €28 tot €77 miljoen per jaar bedragen. De verwachting is dat de prijs sterk zal dalen omdat zorgverzekeraars scherper zullen inkopen. De huidige limiet staat voor de leverancier sinds jaar en dag gelijk aan de minimumprijs voor een basistoestel omdat door de wettelijke vergoedingslimiet zorgverzekeraars nu niet geprikkeld worden om op dit terrein te concurreren. Dit houdt de prijs kunstmatig hoog. Een grote zorgverzekeraar schat de reële inkoopprijs voor een basishoortoestel op maximaal € 150 tot € 200 en verwacht op termijn voor circa € 700 iedere verzekerde van een adequaat hoortoestel te kunnen voorzien (het CVZ is bij de kostenraming uitgegaan van een gemiddelde prijs van € 600 tot € 800 per toestel). Aan de batenkant wijst het CVZ op de positieve effecten van betere hoorzorg op de kwaliteit van leven zoals minder ziekteverzuim en minder geneeskundige zorg. Er waren onvoldoende gegevens om deze gezondheidswinst in euro's uit te drukken.

Meer doelmatigheid door opheffen wettelijke vervangingstermijn.

De vaste vervangingstermijn per 5 jaar komt te vervallen. Voor hulpmiddelen geldt ten algemene dat men altijd de beschikking heeft over een goed functionerend hulpmiddel. Hulpmiddelen worden pas dan vervangen indien daartoe een noodzaak bestaat, niet omdat een wettelijk vastgestelde termijn verstreken is. Het inverdieneffect van deze maatregel is niet berekend.

¹ Bone Anchored Hearing Aid of wel beengeleiderimplantaat

² uitgaande van het gehoorverlies maar ook van de zogenaamde luistertaken en luisteromgeving

Aanvullend advies

Het CVZ kan niet exact voorzien welk prijsniveau er in de nieuwe marktsituatie ontstaat. De geraamde kostenstijging van 28 tot 77 miljoen per jaar is gebaseerd op de gemiddelde inkoopprijs van dit moment. Omdat er geen financiële dekking was, is het advies in 2010 niet overgenomen.

VWS heeft het CVZ verzocht om de prijsontwikkeling en de inverdieneffecten beter en kwantitatief in beeld te brengen. Op basis van deze gegevens kan worden overwogen toch over te gaan tot het functiegericht omschrijven van deze hulpmiddelen.

CVZ advies 2011

Het CVZ heeft mogelijke inverdieneffecten van het 2010 advies nader bekeken zoals vermindering arbeidsverzuim en beroep op geneeskundige zorg; vervanging naar eenvoudige luisterhulpen; een geen vaste gebruikstermijn voor hoortoestellen. Het CVZ stelt vast dat betere gehoorrevalidatie wel inverdieneffecten heeft, maar dat de opbrengsten zich moeilijk laten kwantificeren bij gebrek aan 'harde' gegevens.

Het CVZ herhaalt dat door de wettelijke vergoedingslimieten voor hoortoestellen er geen sprake is van marktconforme prijzen. Er is geen relatie tussen de hoogte van de vergoedingslimiet en het soort/type of kwaliteit van het hoortoestel. De vergoedingslimieten verstoren de marktwerking en hebben een ongewenst effect op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (op individueel niveau) van de hoorzorg. Het CVZ concludeert dat afschaffing van de vergoedingslimieten voor hoortoestellen een must is.

Een budgetneutrale invoering van een functiegerichte aanspraak op hoorhulpmiddelen kan volgens het CVZ alleen met een eigen bijdrage van 25% of een vaste eigen bijdrage van € 175, - per toestel. Het CVZ beseft dat een eigen bijdrageregeling voor sommige nadelig uitpakt. Om het nadelige effect zo klein mogelijk te houden, kiest het CVZ voor een percentuele eigen bijdrage omdat die zou aanmoedigen tot gepast gebruik. De hoogte van de eigen bijdrage zal in de meeste gevallen niettemin lager uitpakken dan de gemiddelde bijbetaling in het huidige systeem. Het is denkbaar dat door de marktwerking op termijn de kosten zodanig dalen dat kan worden overwogen om de eigen bijdrageregeling weer af te schaffen.

Voorkeur Eigen risico

Het CVZ meent echter dat het – uit het oogpunt van consequente systematiek en solidariteit – eerder een optie zou zijn om het eigen risico te verhogen in plaats van eigen bijdragen in te voeren, zonder dat er een argument van besparing voor het individu (zoals bij orthopedisch schoeisel) of efficiënt gebruik van zorg aan ten grondslag ligt. Indien een stijging van kosten niet aanvaardbaar is en ook de suggestie om het eigen risico te verhogen niet de voorkeur van de minister heeft, meent het CVZ dat het invoeren van een eigen bijdrage de enige andere mogelijkheid is voor een budgetneutrale invoering van de functiegerichte omschrijving zonder vergoedingslimieten.

MIN. v. VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT
INGEKOMEN

12 JULI 2011

Directie: ~~Z~~ GMT/VOG.
Agenda Nr.: 3072874

nvvs
staát voor horen

5.1.2e

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
mw. E.I. Schipjers
Postbus 20350
2500 EJ 's-GRAVENHAGE

Kenmerk: B11-3226/jb/avl
Betreft: afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen

Geachte mevrouw Schippers,

Het CVZ heeft u op 30 mei jl. geadviseerd om per 1 januari 2012 de vergoedingslimieten van hoortoestellen af te schaffen, als onderdeel van het invoeren van de functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen. Wij hebben begrepen dat een besluit over dit advies rond 1 juli jl. genomen zou worden. Hoewel wij u besluit nog niet kennen, willen we er bij u op aandringen om het CVZ-advies te volgen.

Minder bijbetaling

De Nederlandse Vereniging van Slechthorenden (NVVS, 7500 leden) is voorstander van het invoeren van deze functiegerichte verstrekking en het erbij horende afschaffen van de vergoedingslimieten van hoortoestellen. Onderdeel van het CVZ-advies is het invoeren van een eigen bijdrage voor de eindgebruiker van 25%. Daarmee verdwijnt weliswaar het 'nul euro'-toestel (een toestel wat volledig door de huidige basisvergoeding gedekt wordt dus de eindgebruiker 'nul euro' kost) maar voor het overgrote deel van de hoortoestelgebruikers wordt de situatie er in financieel opzicht veel beter door.

Gemiddeld betaalt men per toestel nu € 600 bij, in de nieuwe situatie zal dat ongeveer € 175 zijn. CVZ heeft daarnaast bevestigd dat de totale kosten voor hoorhulpmiddelen-verstrekking niet zullen toenemen.

Betere kwaliteit

Los van de effecten op het macro-budget voor hoorhulpmiddelen en het financieel gunstige effect voor grote groepen hoortoestelgebruikers: de functiegerichte

Postbus 129
3990 AC Houten
info@nvvs.nl
www.nvvs.nl
T (030) 261 76 16
F (030) 261 66 89
RT (030) 261 76 77
POSTBANK 66 269
BTW NL002703786B01
KVK 40 53 21 51

Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden

verstrekking leidt tot meer transparantie en betere kwaliteit van hoorhulpmiddelenverstrekking. De NVVS is daarom hard aan het werk om het protocol dat onder deze functiegerichte verstrekking moet liggen, tijdig beschikbaar te hebben voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wij doen dat in nauwe samenwerking met CG-raad en IVAB (Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven) en vele materiedeskundigen. Het protocol zal eind van deze zomer beschikbaar zijn en zal er toe bijdragen dat er betere hoorzorg wordt geleverd. Het is een instrument dat gepast gebruik en maatwerk bevordert en bedoeld is om de individuele gehoorbeperkingen optimaal te kunnen compenseren. Kort gezegd betekent dit: een eenvoudig toestel waar het kan en een meer complex toestel waar het moet.

De tijd is nu rijp om de functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen in te voeren. Vandaar ons pleidooi om de functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen per 1 januari 2012 mogelijk te maken. Daar zullen grote groepen hoortoestelgebruikers in het nieuwe jaar de vruchten van plukken, zowel als het om de kwaliteit, de transparantie als de betaalbaarheid van hoorhulpmiddelen gaat.

Met vriendelijke groet,
namens het bestuur van NVVS.

5.1.2e

5.1.2e



FAXBERICHT FAXBERICHT FAXBERICHT

aan : ministerie VWS
faxnummer : 070 340 7834
betreft : brief aan minister Schippers
datum : 11 juli 2011
van : besluit vergoeding hoorhulpmiddelen
aantal pagina's (incl. voorblad): 3
Wilt u bij slechte of onvolledige ontvangst a.u.b. contact opnemen met: NVVS te Houten; tel. 030-2617616; fax. 030-2616639; teksttelefoon 030-2617677.

Minister Schippers zou rond 1 juli een besluit nemen over de vergoedingen van hoorhulpmiddelen. Na dit voorblad een brief aan de minister, met het verzoek om dit besluit nu snel te nemen. We hebben deze brief ook via mail verzonden aan minister@minvws.nl.

Vriendelijke groet.

5.1.2e

Postbus 129
3990 AC Houten
info@nvvs.nl
www.nvvs.nl
T (030) 261 76 16
F (030) 261 66 89
TT (030) 261 76 77
POSTBANK 66 269
BTW NL002703786B01
KVK 40 53 21 51

Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden

Datum

Ja
cc Hugo
Mark
Sd
seer



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie (GMT)
t.a.v. Ed Kuijk, RA-1414

Directie
Bestuursondersteuning
Ondersteuning
Van
PZ/MR

Datum
12 oktober 2011

memo

Verzoek om reactie op brief van Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) inzake aandacht voor spoedige invoering functiegerichte verstrekking hoorhulpmiddelen.

Termijn van beantwoording

Hierbij ontvangt u een brief van de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. De antwoordbrief dient **vóór 9 november 2011** bij DBO te worden aangeleverd. Indien beantwoording binnen deze termijn niet mogelijk is, kunt u contact opnemen met PZ/MR. In overleg kan de besloten worden om een uitstelbrief naar de Kamer te zenden.

Richtlijnen m.b.t. beantwoording van Kamervragen

De ingekomen Kamervragen zijn door PZ/MR in Hermes geregistreerd. Het nummer op de antwoordbrief s.v.p. als volgt vermelden: GMT-U- *3087084*. Omdat uw directie de Kamervragen beantwoordt, is uw directie in Hermes als 'houder' aangemerkt.

Wijze van aanlevering

Voor de beantwoording van de brief dient u gebruik te maken van de sjabloon 'Brief aan Eerste of Tweede Kamer' dat te vinden is in Word onder het VWS-menu/Parlementaire zaken. De antwoordbrief wordt geadresseerd aan: de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal onder vermelding van **het kenmerk van de Tweede Kamer**.

De concept-antwoorden moeten worden aangeleverd bij het secretariaat van de portefeuillehouder (DG). Daarnaast dient de tekst gemaïld te worden naar de Dienstpostbus PZ (DBO-parlementairezaken @minvws.nl)

Verzending en archivering

PZ/MR draagt zorg voor doorgeleidig naar de bewindspersonen en verzending van de brief naar de Kamer. De minuut en bijbehorende stukken zal PZ/MR na verzending ter archivering aan uw directie aanbieden.

Contact

Voor overleg of als u vragen hebt, kunt u contact opnemen met PZ/MR (tst.6473/6148) of met uw parlementair contactpersoon.



Commissie VWS



Aan de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Plaats en datum: Den Haag, 15 september 2011
 Betreft: Verzoek NVVS om aandacht voor spoedige invoering functiegerichte verstrekking
 hoorhulpmiddelen
 Ons kenmerk: 2011Z16986/2011D44064

Geachte mevrouw Schippers,

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een brief ontvangen van Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) te Houten d.d. 5 september 2011 inzake aandacht voor spoedige invoering functiegerichte verstrekking hoorhulpmiddelen.

De commissie ontvangt graag uw reactie op deze brief.

Hoogachtend,

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

5.1.2e

Tweede Kamer der Staten-Generaal
 Postbus 20018
 2500 EA Den Haag

T. 070-3182211
 E. cie.vws@tweedekamer.nl



Leden van de Vaste commissie voor
 Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 t.a.v. de heer drs. 5.1.2e
 Postbus 20018
 2500 EA Den Haag

Kenmerk: B11-3242/js

Betreft: duidelijkheid gewenst over datum invoering functiegerichte verstrekking
 hoorhulpmiddelen

Houten, 5 september 2011

Geachte leden van de Vaste commissie voor VWS,

Wij willen u verzoeken om tijdens uw vergadering op 14 september a.s. aandacht te besteden aan een spoedige invoering van de functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen. Wilt u aan minister Schippers helderheid vragen over de invoerdatum van deze verstrekkingsswijze? Wij pleiten samen met o.a. zorgverzekeraars nadrukkelijk voor snelle invoer per 1 januari 2012. Er is breed draagvlak in het veld om tempo te maken en daadkracht te tonen bij de invoering.

Op 30 mei jl. ontving minister Schippers een advies van CVZ om de verstrekking van hoorhulpmiddelen op functiegerichte wijze te laten plaatsvinden. Dit advies, *Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen*, is een vervolg op een advies van medio vorig jaar. In het advies dat dit voorjaar werd uitgebracht met het oog op de pakketsamenstelling van 2012, wordt een functiegerichte verstrekkingsswijze voorgesteld die enerzijds recht doet aan de noodzaak van kwaliteit en transparantie, en anderzijds niet leidt tot hogere uitgaven. Bovendien leiden de voorstellen over het algemeen tot een lagere eigen financiële bijdrage van slechthorenden zelf en in ieder geval tot een rechtvaardiger systeem.

Postbus 129
 3990 DC Houten
 info@nvvs.nl
 www.nvvs.nl
 T (030) 261 76 16
 F (030) 261 66 89
 11 (030) 261 76 77
 POSTBANK 66 269
 RTW NL002703786001
 KVK 40 53 21 51

Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden

-2-

Veldpartijen hebben aangegeven dat zij positief staan tegenover het CVZ-advies. Het veld is inmiddels hard bezig om alles in gereedheid te brengen om per 1 januari a.s. op deze manier aan de slag te gaan. Het protocol dat nodig is om deze verstrekkingwijze te ondersteunen, wordt in een gezamenlijke exercitie door CG-Raad, patiëntenvereniging NVVS en branchevereniging van audiciens NVAB nu in versneld tempo ontwikkeld – mede met financiële steun van het ministerie van VWS. Deze protocolontwikkeling heeft de steun van het hele veld. Dat de NVAB mede-initiator is van deze protocolontwikkeling, mag een teken zijn dat zij, ondanks hun eerdere kritische kanttekeningen bij de financiële paragraaf van het advies, de functiegerichte verstrekkingssnel ingevoerd wil zien. Zorgverzekeraars Nederland pleit in haar reactie op het CVZ-advies voor snelle invoering per 1 januari 2012. Wij weten dat zorgverzekeraars klaar staan en bereid zijn om de functiegerichte verstrekking vanaf die datum te introduceren, ook al heeft de minister niet (zoals te doen gebruikelijk) voor 1 juli jl. haar beleidsbesluit voor het komend jaar laten weten.

Iedereen maakt tempo... behalve minister Schippers. Zij heeft nog geen reactie gegeven op het CVZ-advies. De recente Staatscourant-publicatie van de nieuwe vergoedingsbedragen in 2012 doen vermoeden dat de minister het huidige systeem wil continueren. Daarmee ontstaat grote onzekerheid in het veld van hoorhulpmiddelenverstrekking en worden de noodzakelijke impulsen voor kwaliteitsverbetering, transparantie en marktwerking behoorlijk gefrustreerd en worden slechthorenden nog langer onrechtvaardig behandeld.

Ons verzoek aan u als Kamercommissie van VWS is daarom: **wilt u er in uw procedurevergadering op 14 september a.s. bij minister Schippers op aandringen om het brede draagvlak en de noodzaak in het veld te volgen en de functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen per 1 januari 2012 in te voeren?** En als de minister het brede draagvlak in het veld voor snelle invoer niet wil honoreren, wilt u haar dan verzoeken om duidelijkheid te geven over de invoering per 1 januari 2013?

Hoogachtend,

namens de 1,5 mln slechthorenden van Nederland,

5.1.2e



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

nota

(ter beslissing)

Vragen Vaste Cie inzake vergoeding hoortoestellen

Paraaf directeur GMT

DGCZ

**Directie Geneesmiddelen
en Med. Technologie**
Innov & beschikb. v. med.
produkten

Ontworpen door
dr. T.L. Ching
Senior Beleidsmedewerker

T 070-3407101
M 06 1158 5125 (4657)
tl.ching@minvws.nl

Datum
31 oktober 2011

Kenmerk
GMT/VDG/3089772

Zaaknummer
3087083

Bijlage(n)
3

Afschrift aan
Ching
Van Ginneken
Palmen (Z)

R:\UITGAANDE STUKKEN
GMT\NOTA\2011\VDG\30897
72.TC.docx

1 Aanleiding voor deze nota

Twee brieven van de vaste commissie van VWS (kenmerken 2011Z15423/2011D39415 en 2011Z16986/D2011D44064) naar aanleiding van brieven van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS). Voor de beantwoording staat een vaste termijn.

2 Beslispunten, advies en mogelijk alternatief

- De NVVS vraagt uw aandacht voor de wijze van vergoeding van hoortoestellen. Met deze nota licht ik toe waarom u op dit moment beter niet inhoudelijk in kunt gaan op het verzoek van de vaste commissie.
- Ik adviseer u in te stemmen met de bijgevoegde brief aan de Kamer. U geeft aan dat u binnenkort de Kamer informeert over uw standpunt op het CVZ advies over hoortoestellen (plus nog twee andere CVZ adviezen) en vervolgens de NVVS informeert over uw beslissing.
- Alternatief: op dit moment uitstel verzoeken en in de tussentijd de Kamer uw standpunt op drie CVZ adviezen, waaronder hoortoestellen, toesturen.

3 Samenvatting en conclusies

Het CVZ heeft eind mei 2011 VWS geadviseerd de aanspraak op hoortoestellen per 2012 functiegericht te omschrijven, de huidige vergoedingslimieten af te schaffen en in plaats daarvan een percentuele bijdrage per hoortoestel in te voeren. Omdat de besluitvorming over de pakketmaatregelen voor 2012 op dat moment al in een eindstadium verkeerde en het niet wenselijk was nóg een eigen bijdragemaatregel toe te voegen, is besloten de invoering van functiegerichte omschrijving van hoortoestellen met een jaar uit te stellen tot 2013. De Kamer is hierover nog niet geïnformeerd.
Conclusie: met uw brief informeert u eerst de Kamer om vervolgens de NVVS te informeren.



Directie Geneesmiddelen en Med.
Technologie
Innov & beschikb. v. med.
produkten

Kenmerk
GMT/VDG/3089772

4 **Draagvlak politiek**

Uw voorganger heeft in april 2008 aangekondigd de aanspraak hulpmiddelenzorg functiegericht te willen omschrijven. Hiermee kan de doelmatigheid door minder centrale sturing worden bevorderd. Er bestond draagvlak om dit in gang te zetten. Inmiddels wordt dit fasegewijs geïmplementeerd.

5 **Draagvlak maatschappelijk**

De belangenorganisatie NVVS verzoekt u om de aanspraak op hoortoestellen per 2012 functiegericht te omschrijven. Dit zal de kwaliteit van de geleverde zorg verbeteren en het merendeel van de gebruikers zal, ondanks de percentuele eigen bijdrage van 25%, minder dan nu het geval is, zelf bij hoeven te betalen. Ook de verzekeraars staan achter het CVZ advies, omdat zij zonder een vaste vergoeding meer onderhandelingsruimte zien met de leveranciers. De audicienbedrijven zien (uiteraard) de maatregel niet zitten.

Medio dit jaar is besloten de invoering van de maatregel uit te stellen tot 2013. Deze beslissing is echter niet aan de Kamer kenbaar gemaakt, wat leidt tot zorgen bij de NVVS. De NVVS denkt zelfs dat de maatregel van de baan is. Met de bijgevoegde brief geeft u aan dat u binnenkort uw standpunt op het CVZ advies naar de Kamer stuurt. Uw beslissing komt deels tegemoet aan het verzoek van de NVVS door de functiegerichte aanspraak voor hoortoestellen in 2013 in te voeren (in plaats van 2012).

Naast het advies over hoortoestellen, heeft het CVZ nog twee andere adviezen aangeboden. In mei van dit jaar over incontinentiematerialen en in augustus over kunstspeeksels en mondspoelingen. Door uw standpunt ook op deze adviezen kenbaar te maken, zal het voor betrokken veldpartijen duidelijk zijn wat de beslissing van de minister van VWS is en waar ze in de komende periode aan toe zijn.

6 **Financiële en personele gevolgen**

Met de door het CVZ voorgestelde maatregel, 25% eigen bijdrage per hoortoestel, kan de functiegerichte aanspraak in 2013 budgetneutraal worden ingevoerd.

7 **Juridische haalbaarheid**

N.v.t.

8 **Interne afstemming**

De conceptbrief en deze nota is opgesteld in afstemming met de directie Z. Directie Z is akkoord met de geschetste lijn.

9 **Gevolgen administratieve lasten**

N.v.t.


dr. T.L. Ching

door wie?
Ook met dan mij!!

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

De voorzitter van de Nederlandse
Vereniging van Audiciënbedrijven VVAB,
de heer 5.1.2e
Postbus 90154
5000 LG TILBURG

Directie
Bestuursondersteuning
Contactpersoon
5.1.2e
T 070 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Datum
30 november 2011

Kenmerk
Z/VU-3095270

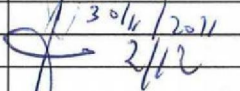
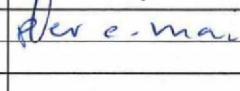
Zaaknummer

Aantal pagina's
2

R/Werk in
uitvoering/Palmen/3095270

minuut

afschaffing vergoedingslimieten

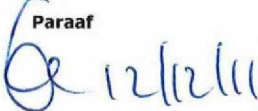
Route	Paraaf / Datum	Bijzonderheden
Auteur	30/11/2011	  GMT over e-mail afgetemd 30/11/11
Directeur	2/12	

Auteur
5.1.2e

Ondertekening door
Directeur Zorgverzekeringen

Afschrift aan
archief

Deponeren
Paraaf **Datum**

 12/12/11

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Parnassusplein 5 2511 VX Den Haag

De voorzitter van de Nederlandse
Vereniging van Audiciënbedrijven NVAB,
de heer 5.1.2e
Postbus 90154
5000 LG TILBURG

Directie
Bestuursondersteuning
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

Hoofd

T 070 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

Datum
Betreft afschaffing vergoedingslimieten

Kenmerk
Z/VU-3095270

Uw brief
nvab.bri.86

Bijlage(n)

Geachte heer 5.1.2e

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

Met uw brief van 9 juni 2011, uw kenmerk nvab. bri.86, hebt u zich tot mij gewend in verband met de door het College voor zorgverzekeringen aan mij uitgebrachte rapport "Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen. Met uw brief hebt u ook het onderzoek dat u hebt laten uitvoeren door Boer & Croon onder mijn aanacht gebracht.

- ✕ Naar aanleiding van uw brief merk ik het volgende op. Zoals u bekend zal zijn heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2006 de wettelijke taak van het pakketbeheer gekregen. Vanwege die taak adviseert het CVZ jaarlijks in het voorjaar over het pakket van verzekerde zorg in de Zvw en de AWBZ. Het CVZ heeft zijn Pakketadvies 2011 op 1 april 2011 aan mij aangeboden. Met mijn brief van 10 juni 2011 (kenmerk Z/VU-3068098) heb ik u mijn reactie op het Pakketadvies 2011 kenbaar gemaakt. Het CVZ advies¹ waar u naar verwijst, over hoortoestellen, vormde geen onderdeel van het Pakketadvies 2011. Het CVZ advies over hoortoestellen is mij een kleine twee maanden na het Pakketadvies 2011 aangeboden. Aangezien de besluitvorming over de te verzekeren zorg voor het jaar 2012 op dat moment zo goed als rond was, heb ik besloten het CVZ advies over hoortoestellen in een later stadium in beschouwing te nemen. In samenhang hiermee is een reactie op uw brief ook achterwege gebleven. Overigens merk ik op dat het voorstel over de wijziging van de systematiek van eigen bijdragen door het CVZ is aanbevolen, omdat de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de mening was toegedaan dat de overgang naar een andere wijze van omschrijven van de aanspraak op hulpmiddelen wenselijk was. Echter, de voorgestelde afschaffing van de eigen bijdragen maakte dat een budgetneutrale overgang naar een nieuw systeem niet mogelijk was. Daarom heeft echt er het CVZ op diens verzoek een aanvullend voorstel gedaan voor de inrichting van de bijdragesystematiek. Dat voorstel was verwoord in het rapport waarop doelt.

Het vorenstaande betekent eveneens dat de Regeling zorgverzekering voor

¹ Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen, 30 mei 2011

volgend jaar niet meer gewijzigd wordt wanneer het gaat om de aanspraak op hoortoestellen. De aanspraak op hulpmiddelenzorg wordt fasegewijs omgezet naar een functiegerichte omschrijving van de aanspraak. Dit betekent dat het in beginsel mijn bedoeling is de functiegerichte omschrijving rond stoornissen van de hoorfunctie uiteindelijk in de Regeling zorgverzekering op te nemen.

Mijn reactie op het CVZ advies over hoortoestellen zal ik meenemen in mijn reactie op het CVZ Pakketadvies 2012, dat ik verwacht in het voorjaar van 2012.

Ik vertrouw erop dat ik u met het vorenstaande voldoende heb geïnformeerd.

Directie
Bestuursondersteuning

Kenmerk
Z/VU-3095270

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Zorgverzekeringen

5.1.2e

0

0

1



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Parnassusplein 5 2511 VX Den Haag

De voorzitter van de Nederlandse
Vereniging van Audiciënbedrijven VVAB,
de heer 5.1.2e
Postbus 90154
5000 LG TILBURG

Directie
Zorgverzekeringen
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

T 070 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

Kenmerk
Z/VU-3095270

Uw brief
nvab.bri.86

Bijlage(n)

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

Datum **7 DEC 2011**
Betreft afschaffing vergoedingslimieten

Geachte heer 5.1.2e

Met uw brief van 9 juni 2011, uw kenmerk nvab. bri.86, hebt u zich tot mij gewend in verband met de door het College voor zorgverzekeringen aan mij uitgebrachte rapport "Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen. Met uw brief hebt u ook het onderzoek dat u hebt laten uitvoeren door Boer & Croon onder mijn aanacht gebracht.

Naar aanleiding van uw brief merk ik het volgende op. Zoals u bekend zal zijn heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2006 de wettelijke taak van het pakketbeheer gekregen. Vanwege die taak adviseert het CVZ jaarlijks in het voorjaar over het pakket van verzekerde zorg in de Zvw en de AWBZ. Het CVZ heeft zijn Pakketadvies 2011 op 1 april 2011 aan mij aangeboden. Met mijn brief van 10 juni 2011 (kenmerk Z/VU-3068098) heb ik u mijn reactie op het Pakketadvies 2011 kenbaar gemaakt. Het CVZ advies¹ waar u naar verwijst, over hoortoestellen, vormde geen onderdeel van het Pakketadvies 2011.

Het CVZ advies over hoortoestellen is mij een kleine twee maanden na het Pakketadvies 2011 aangeboden. Aangezien de besluitvorming over de te verzekeren zorg voor het jaar 2012 op dat moment zo goed als rond was, heb ik besloten het CVZ advies over hoortoestellen in een later stadium in beschouwing te nemen. In samenhang hiermee is een reactie op uw brief ook achterwege gebleven. Overigens merk ik op dat het voorstel over de wijziging van de systematiek van eigen bijdragen door het CVZ is aanbevolen, omdat de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de mening was toegedaan dat de overgang naar een andere wijze van omschrijven van de aanspraak op hulpmiddelen wenselijk was. Echter, de voorgestelde afschaffing van de eigen bijdragen maakte dat een budgetneutrale overgang naar een nieuw systeem niet mogelijk was. Daarom heeft echt er het CVZ op diens verzoek een aanvullend voorstel gedaan voor de inrichting van de bijdragesystematiek. Dat voorstel was verwoord in het rapport waarop doelt.

Het vorenstaande betekent eveneens dat de Regeling zorgverzekering voor

¹ Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen, 30 mei 2011



volgend jaar niet meer gewijzigd wordt wanneer het gaat om de aanspraak op hoortoestellen. De aanspraak op hulpmiddelenzorg wordt fasegewijs omgezet naar een functiegerichte omschrijving van de aanspraak. Dit betekent dat het in beginsel mijn bedoeling is de functiegerichte omschrijving rond stoornissen van de hoorfunctie uiteindelijk in de Regeling zorgverzekering op te nemen. Mijn reactie op het CVZ advies over hoortoestellen zal ik meenemen in mijn reactie op het CVZ Pakketadvies 2012, dat ik verwacht in het voorjaar van 2012. Ik vertrouw erop dat ik u met het vorenstaande voldoende heb geïnformeerd.

**Directie
Zorgverzekeringen**

Kenmerk
Z/VU-3095270

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

5.1.2e

O

O

5.1.2e

Van: 5.1.2e
Verzonden: dinsdag 29 november 2011 15:29
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: RE: hoortoestellen/brief NVAB

Hoi 5.1.2e

Ik heb geen aanvullingen op de brief.

groeten, 5.1.2e

Van: 5.1.2e 5.1.2e
Verzonden: dinsdag 29 november 2011 12:41
Aan: 5.1.2e
Onderwerp: hoortoestellen/brief NVAB

Hallo 5.1.2e

Ik zag net dat jouw brief aan de TK uit is. Ik had nog liggen een brief van de NVAB. Ik weet niet waarom die niet naar jullie is overgedragen, maar een antwoord was tot nu toe uitgebleven. Ik zag op de ingekopmen brief dat jullie wel een kopie van de stukken hebben gehad van ons secretariaat. De NVAB heeft Boer & en Croon een onderzoek laten doen naar de budgetneutraliteit van de afschaffing van de vergoedingslimiet onder vervanging van het huidige bijdragesysteem door het door het CVZ voorgestelde systeem.

Ik ga daar verder niet op in, maar heb een reactie gemaakt op de brief avn de NVAB, met gebruikmaking/overneming van jouw brief aan de TK.

Zou jij nog even willen kijken naar de conceptbeantwoording?

Ik laat de brief door Gelle afdoen.

Ik hoor graag van je.

Dank en groet,

5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Nederlandse Mededingingsautoriteit
Dhr. mr. [REDACTED] 5.1.2e Raad van Bestuur
Postbus 16326
2500 BH Den Haag

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmidd en Med.
Technologie
Innov & beschikb. v. med.
producten

Contactpersoon

[REDACTED] 5.1.2e
T 070- [REDACTED] 5.1.2e
tl.ching@minvws.nl

minuut

Aandacht voor hoortoestellenmarkt

Datum
25 januari 2012

Kenmerk
GMT/3102382

Zaaknummer
3102382

Bijlage(n)
1

Aantal pagina's
1

R:\UITGAANDE STUKKEN
GMT\BRIEVEN\2012\3102382
.TC.docx

Route	Paraaf / Datum	Bijzonderheden
Auteur <i>TL 26/1</i>		
Afdelingshoofd <i>HL 26/1 1/4</i>		
Directeur <i>W 27/01/12</i>		

Auteur

[REDACTED] 5.1.2e

Ondertekening door

Afschrift aan

archief

[REDACTED] 5.1.2e

Secr

Deponeren

Paraaf

Datum

6/2 RB

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Mededingingsautoriteit
Dhr. mr. 5.1.2e 5.1.2e Raad van Bestuur
Postbus 16326
2500 BH Den Haag

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmiddelen en Med.
Technologie
Innov & beschikb. v. med.
producten

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

T 070 5.1.2e
5.1.2e@minvws.nl

Kenmerk
GMT/3102382

Bijlage(n)
1

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

Datum

Betreft Aandacht voor hoortoestellenmarkt

Geachte heer Fontein,

Met deze brief wil ik uw aandacht vragen voor mogelijk ongeoorloofde
prijsafspraken tussen bepaalde partijen in de hoortoestellenmarkt.

Ik heb van diverse belangenorganisaties, zoals die van de zorgverzekeraars en
van de patiënten, het signaal gekregen dat zij vermoeden dat de prijzen van
hoortoestellen kunstmatig hoog worden gehouden. Ook zouden er afspraken zijn
gemaakt om patiënten zoveel mogelijk over te halen om een hoortoestel uit het
duurdere segment ('high-end' toestel) te kopen, terwijl voor een substantieel deel
van de patiënten het duurdere toestel geen meerwaarde biedt ten opzichte van
een goedkoper ('low-end') toestel.

Ingevolge de Zorgverzekeringswet hebben patiënten aanspraak op een
gemiddelde vergoeding van maximaal € 525 bij de aanschaf van een hoortoestel.
Het College voor zorgverzekeringen constateert in zijn adviezen van april 2010 en
mei 2011, dat de gemiddelde eindprijs rond € 1.200 ligt. Bijbetaling door
patiënten blijkt eerder regel dan uitzondering te zijn.

In een consumentenprogramma (Radar, 5 december jl.) werd opnieuw
gesuggereerd dat er sprake zou zijn van afspraken onder de aanbieders.
Ter informatie treft u mijn antwoorden aan op vragen van het Kamerlid Gerbrands
(PVV), die naar aanleiding van de Radar uitzending zijn gesteld.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de Directeur Geneesmiddelen en Medische Technologie,

drs. 5.1.2e



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Mededingingsautoriteit

Dhr. mr. 5.1.2e Raad van Bestuur

Postbus 16326

2500 BH DEN HAAG

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**

Directie Geneesmiddelen en Med.
Technologie
Innov & beschikb. v. med.
producten

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

5.1.2e@minvws.nl

Kenmerk

GMT/3102382

Bijlage(n)

1

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

Datum 30 JAN 2012

Betreft Aandacht voor hoortoestellenmarkt

Geachte heer Fonteijn,

Met deze brief wil ik uw aandacht vragen voor mogelijk ongeoorloofde
prijsafspraken tussen bepaalde partijen in de hoortoestellenmarkt.

Ik heb van diverse belangenorganisaties, zoals die van de zorgverzekeraars en
van de patiënten, het signaal gekregen dat zij vermoeden dat de prijzen van
hoortoestellen kunstmatig hoog worden gehouden. Ook zouden er afspraken zijn
gemaakt om patiënten zoveel mogelijk over te halen om een hoortoestel uit het
duurdere segment ('high-end' toestel) te kopen, terwijl voor een substantieel deel
van de patiënten het duurdere toestel geen meerwaarde biedt ten opzichte van
een goedkoper ('low-end') toestel.

Ingevolge de Zorgverzekeringswet hebben patiënten aanspraak op een
gemiddelde vergoeding van maximaal € 525 bij de aanschaf van een hoortoestel.
Het College voor zorgverzekeringen constateert in zijn adviezen van april 2010 en
mei 2011, dat de gemiddelde eindprijs rond € 1.200 ligt. Bijbetaling door
patiënten blijkt eerder regel dan uitzondering te zijn.

In een consumentenprogramma (Radar, 5 december jl.) werd opnieuw
gesuggereerd dat er sprake zou zijn van afspraken onder de aanbieders.
Ter informatie treft u mijn antwoorden aan op vragen van het Kamerlid Gerbrands
(PVV), die naar aanleiding van de Radar uitzending zijn gesteld.

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

5.1.2e

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
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
101439-100251-GMT

Bijlagen
1

Uw brief
7 december 2011

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

Datum 19 januari 2012
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Gerbrands (PVV)
over 'big business' in hoortoestellen (2011Z25469).

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op kamervragen van het Kamerlid Gerbrands (PVV) over 'big business' in hoortoestellen.
(2011Z25469)

1.

Bent u bekend met de TV-uitzending over 'gehoorapparaten'?¹

1.

Ja.

2.

Wat is uw reactie op het gegeven dat meer dan de helft van de verkochte gehoorapparaten de zogenaamde dure 'high end' apparaten zijn, terwijl uit onderzoek blijkt dat 75% van de slechthorenden deze apparaten helemaal niet nodig heeft?

2.

Dit is natuurlijk geen goede zaak. Ik vind het vooral van belang dat de gebruiker voor zijn specifieke hoorbehoefte een adequaat hoortoestel ontvangt. Dit zal afhangen van de mate van zijn gehoorverlies, maar net zo belangrijk voor de keus van een hoortoestel zijn de zogenaamde luistertaken en de luisteromgeving van de gebruiker. De zorgvraag van de gebruiker moet dus leidend zijn voor de oplossingsrichting. Vervolgens zou er een zo doelmatig mogelijke oplossing geboden moeten worden.

3.

Hoe verklaart u de grote verschillen tussen inkoop- en verkoopprijzen?

3.

Ik neem aan dat de vragensteller doelt op de ogenschijnlijk ruime marge tussen de inkoopprijs en de consumentenprijs van sommige hoortoestellen. Ik denk dat hier een aantal factoren aan bijdragen. Ten eerste is er sprake van een vrije en concurrerende markt van hoortoestellen, de consumentenprijs is daarmee het resultaat van marktwerking. Audiciens kunnen scherp inkopen wanneer ze grote hoeveelheden bij een fabrikant afnemen. Dit lijkt het geval te zijn bij de grotere audicienketens.

Een tweede factor die mede de consumentenprijs bepaalt, zijn de geleverde diensten voor het aanpassen van, de nazorg bij en de service aan het toestel. Zowel het aanpassen als de nazorg en de service behorende bij het hoortoestel zijn in de consumentenprijs verdisconteerd. Het aanpassen van een hoortoestel is overigens minstens zo belangrijk als het toestel zelf. De begeleiding en interactie met de gebruiker en de interpretatie van de ervaringen van de gebruiker zijn hierbij essentieel.

Of bij hoortoestellen sprake is van een grote marge tussen de inkoopprijs en de consumentenprijs, kan ik niet beoordelen. Onderlinge concurrentie, die inherent is aan marktwerking, zou een prijsverlagend effect moeten bewerkstelligen. Als dit niet gebeurt omdat er bijvoorbeeld ongeoorloofde prijsafspraken worden gemaakt,

¹ Tros Radar, 5 december 2011

dan zijn de partijen in overtreding. De Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) ziet hier op toe.

4.

Hoe gaat u zorgen voor meer transparantie in kwaliteit en prijs in deze markt?

4.

Zoals ik in het vorige antwoord al aangaf, is hier sprake van vrije marktwerking. Dit betekent dat het de aanbieder van een hoortoestel vrij staat om zijn prijs te bepalen. Transparantie over de inkoopprijs in geval van een vrije concurrerende markt is niet mogelijk, in die zin dat deze transparantie niet af te dwingen is.

Wat betreft de vraag over transparantie over kwaliteit, hier zie ik een rol weggelegd voor de zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar stelt in zijn reglementen vast wie de zorg mag leveren. Het is aan de zorgverzekeraar om de kwaliteit van het aanmeten van hulpmiddelen te beoordelen. Zorgverzekeraars stellen bovendien bepaalde kwaliteits- of erkenningseisen aan leveranciers van hulpmiddelen. De verzekeraar ziet er op toe dat voldaan wordt aan de gestelde eisen.

Ik merk dat zorgverzekeraars dit ook serieus oppakken. Een van de grotere zorgverzekeraars in Nederland heeft in het afgelopen jaar veel vooruitgang geboekt op het gebied van kwaliteit door, samen met KNO-artsen en andere betrokkenen, specifieke aspecten van de opleiding en de dienstverlening van audiciens (verder) te verbeteren. Daarnaast zijn Zorgverzekeraars Nederland, de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland en de patiëntenorganisaties in een vergevorderd stadium met het ontwikkelen van een protocol hoorzorg. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de relevante partijen binnen de hoorzorg. Dit protocol moet een relevante bijdrage leveren in het waarborgen en het bieden van transparantie over de kwaliteit binnen de hoorzorg.

5.

Bent u bereid onderzoek te laten verrichten naar mogelijke kartelvorming in deze markt?

5.

In Nederland hebben we een onafhankelijke autoriteit die toezicht houdt op de marktwerking, de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa). Dit is een onafhankelijke instantie. Dit betekent dat de NMa zelf bepaalt of (en wanneer) onderzoek naar een mogelijke kartelvorming gestart wordt. Lopende onderzoeken vinden in vertrouwelijkheid plaats. Ik zal de hoortoestellenmarkt onder de aandacht brengen van de NMa.

6.

Waarom maakt u geen haast met het afschaffen van de vergoedingslimieten zodat de zorgverzekeraars scherp kunnen inkopen?

6.

In mijn brief aan uw Kamer van 28 november 2011 (kenmerk 2011Z24361) heb ik uitgelegd dat ik het komende voorjaar zal beslissen over het advies van het

College voor zorgverzekeringen (CVZ) over hoortoestellen². Het CVZ adviseerde onder meer af te stappen van de vaste vergoedingslimieten en een percentuele eigen bijdrage in te voeren. Dit advies vormde vorig jaar geen onderdeel van het Pakketadvies 2011. Het CVZ-advies over hoortoestellen is mij circa twee maanden later aangeboden. Aangezien de besluitvorming over de te verzekeren zorg voor het jaar 2012 op dat moment zo goed als rond was, heb ik besloten het CVZ-advies over hoortoestellen in een later stadium in beschouwing te nemen en daarmee ook de beslissing over het al dan niet afschaffen van de vergoedingslimieten. Mijn reactie op het CVZ-advies over hoortoestellen zal ik meenemen in mijn reactie op het CVZ Pakketadvies 2012, dat ik in het komende voorjaar verwacht. Ik geef er de voorkeur aan uw Kamer eenmaal per jaar, in het voorjaar, te informeren over pakketmaatregelen. Overigens zou de huidige vaste vergoedingslimiet de zorgverzekeraar niet hoeven te belemmeren om nu al scherp in te kopen.

² Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen, 30 mei 2011

5.1.2e

Nederlandse Mededingingsautoriteit

Aan

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

T.a.v. de heer drs. 5.1.2e

Postbus 20350

2500 EJ Den Haag

30-03-12		NMa
Dep. Paraaf datum	17 FEB 2012	
Directie: GMT/		28-2-'12
Reg.nr.:		310 5443

Datum

Uw kenmerk

Ons kenmerk

Bijlage(n)

6 FEB. 2012

GMT/3102382

6045/162

Onderwerp

Ontvangstbesvestiging

Geachte heer 5.1.2e

Vriendelijk dank voor uw brief van 31 januari 2012 aan de Nederlandse Mededingingsautoriteit. In uw brief met kenmerk GMT/3102382 geeft u aan dat u mogelijk ongeoorloofde prijsafspraken tussen bepaalde partijen in de hoortoestellenmarkt signaleert. De informatie verkregen uit signalen wordt door de NMa gebruikt om patronen van gedragingen in kaart te brengen en inzicht in de structuur van de betreffende sector te vergroten.

Uw verzoek is geregistreerd onder het bovengenoemde zaaknummer. Ik verzoek u bij vervolgcorrespondentie dit nummer te vermelden.

Indien u vragen hebt over het verloop van de procedure, kunt u contact opnemen met mevrouw

5.1.2e

op telefoonnummer 070-

5.1.2e

5.1.2e

Postbus 16326

2500 BH Den Haag

Muzenstraat 81

2511 WB Den Haag

T: [070] 330 33 30

F: [070] 330 33 70

E-mail: info@nma.nlWebsite: www.nma.nl



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Minister

Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Ontworpen door

5.1.2e

T 070- 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Datum

29 februari 2012

Kenmerk

GMT-3106888

Bijlage(n)

Afschrift aan

5.1.2e

Secr.

R:\UITGAANDE STUKKEN
GMT\NOTA\2012\3106888.TC
.docx

nota

(ter informatie)

5.1.2e

uwe brief SZW i.v.m. hoortoestellen

Para

5.1.2e

5.1.2e

1 Aanleiding voor deze nota

Van de staatssecretaris van SZW ontvangt u binnenkort een blauwe brief met de aankondiging dat SZW € 4 mln. uit de WIA naar de Zvw zal overhevelen.

2 Samenvatting en conclusies

In 2010¹ adviseert het CVZ de verschillende hulpmiddelen voor de hoorfunctie functiegericht te omschrijven. Vorig jaar is in overleg met u besloten om op basis van het vervolgadvies² per 2013 de aanspraak op hoorhulpmiddelen (zoals hoortoestellen) functiegericht te omschrijven en de maximum vergoeding voor hoortoestellen af te schaffen. Hierdoor ontstaat er één (Zvw) loket voor - ook voor de werksituatie - adequate hoorhulpmiddelen.

Volgens de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) worden de werknemers gecompenseerd voor de meerkosten van hoortoestellen indien de huidige maximum vergoeding vanuit de Zvw niet toereikend is om een adequaat hoortoestel voor de werksituatie te bekostigen. Een adequaat hoortoestel houdt behalve rekening met het gehoorverlies, ook rekening met de luistertaken en de luisteromgeving van de gebruiker. Het CVZ acht het wenselijk de volledige hooroplossing te realiseren binnen één wettelijk kader, te weten de Zvw. Met een aanspraak die functiegericht is omschreven, wordt dit mogelijk. Ook stelt het CVZ dat het in de rede ligt dat het bedrag dat gemoeid is met de hoorhulpmiddelen die vanuit de WIA worden verstrekt, dan beschikbaar komt voor verstrekking vanuit de Zvw. Ambtelijk is overeengekomen dat hiervoor € 4 mln. vanuit SZW wordt overgeheveld naar het BKZ van VWS. Met deze € 4 mln. kunnen we de kosten dekken. Het gaat in de WIA om ca. 8.000 verstrekkingen. In de Zvw gaat het om ca. 137.000 gebruikers (€ 113 mln.).

¹ Hulpmiddelen 2010 (deelrapport van het Pakketadvies 2010), 2 april 2010

² Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen, 30 mei 2011



Met deze nota wil ik u ook op voorhand over het volgende informeren. In het komende voorstel voor het budgetrapport wordt u geadviseerd om de maximum vergoeding voor hoortoestellen af te schaffen zonder een eigen bijdrage in te voeren. Op basis van informatie van een grote zorgverzekeraar verwacht ik namelijk dat de gemiddelde prijs voor een adequaat hoortoestel rond het huidige maximum vergoedingstarief komt te liggen en dat deze maatregel budgetneutraal kan worden ingevoerd.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**
Pijler Aanspraak Financiering

Kenmerk
GMT-3106888

De huidige vergoedingslimiet blijkt in de praktijk immers tot een minimumprijs te zijn geworden en heeft een serieuze marktwerking in de hoortoestellenmarkt steeds gefrustreerd. In de praktijk blijkt dat een bijbetaling van € 500 of meer per hoortoestel eerder regel is dan uitzondering. Naar schatting wordt er in Nederland in totaal voor ca. € 120 mln. bijbetaald. Door de vergoedingslimiet af te schaffen, zal de verzekeraar geprikkeld worden om scherper te onderhandelen over de prijs.

In het voorjaar van 2011 voorzag het CVZ nog dat de huidige gemiddelde prijs van een hoortoestel van € 1.200 zou dalen naar € 700 wanneer de vergoedingslimiet van € 525 wordt losgelaten. Voor een budgetneutrale invoering stelde het CVZ toen een eigen bijdrage van 25% voor hoortoestellen voor. Inmiddels is duidelijk dat de grootste verzekeraar een gemiddelde prijs tussen € 500 en € 600 kan bedingen, door rechtstreeks in te kopen bij de fabrikant. De inschatting is dat de andere verzekeraars snel zullen volgen. Voor het BKZ zal het niet invoeren van een eigen bijdrage geen gevolgen hebben, aangezien de verzekeraars op dit onderdeel volledig risicodragend zijn. De prijzen van de hoortoestellen zullen in 2013 nauwlettend gevolgd worden. Zo nodig kan voor 2014 alsnog besloten worden tot het invoeren van een eigen bijdrage.

3 Belangrijkste punten van informatie

Onlangs hebt u vragen van de PVV beantwoord. Naar aanleiding van het consumentenprogramma Radar vroeg de PVV zich onder meer af waarom de prijzen van hoortoestellen zo hoog en niet transparant zijn. De PVV dringt aan op het spoedig afschaffen van de vergoedingslimieten zodat verzekeraars scherp kunnen inkopen. Ook de patiëntenverenigingen hebben sinds het uitkomen van het CVZ-advies bij VWS aangedrongen op het invoeren van de functiegerichte aanspraak en het afschaffen van de vergoedingslimieten.

Een risico van een functiegerichte aanspraak zonder eigen bijdrage zou kunnen zijn dat zorgverzekeraars niet allemaal dezelfde (lage) prijs weten te bewerkstelligen. Dit risico zal echter bij de verzekeraar liggen. Alles wat meer uitgegeven gaat worden aan hoortoestellen komt ten laste van de verzekeraars omdat zij voor dit onderdeel volledig risicodragend zijn.

5.1.2e



STAATSSECRETARIS
MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Den Haag, 29 FEB 2012

Kenmerk:
R&P/RA/12/3139
Onderwerp:
Overheveling hoortoestellen in werksituatie naar
VWS

Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers

5.1.2e

Naar aanleiding van het deelrapport "Hulpmiddelenzorg" van het Pakketadvies 2010 van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) bent u voornemens om per 1 januari 2013 te komen tot een volledige hooroplossing binnen één wettelijk kader, namelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarbij wordt overgegaan van maximumvergoedingen naar functiegerichte verstrekkingen.

Zoals het CVZ heeft aangegeven is in die situatie een aanvullende vergoedingsregeling vanuit de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA) niet langer noodzakelijk. Ook heeft het CVZ aangegeven dat het in de rede ligt dat het bedrag dat op dit moment gemoeid is met de hoorhulpmiddelen die vanuit de Wet WIA worden verstrekt, dan beschikbaar komt voor de verstrekking van hoorhulpmiddelen ten laste van de Zvw.

Ik stem in met uw voornemen om de hoortoestellen te regelen binnen één wettelijk kader. Hiertoe is ambtelijk gesproken over de noodzakelijke aanpassing van regelgeving en over budgetoverheveling.

Aangegeven is dat u zorg draagt voor de aanpassing van de Regeling zorgverzekering. Van mijn kant zal ik zorg dragen voor de noodzakelijke wijziging van het Reïntegratiebesluit.



STAATSSECRETARIS
MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN EN WERKGELEGENHEID

Ook is afgesproken dat SZW vanaf 2013 € 4 miljoen naar VWS zal overboeken. Ik neem dit op in de beleidsbrief. De budgettaire kaders Zorg en SZW worden hiervoor aangepast.

5.1.2e



→ GMT
→ A
→ CC DGC2

Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
mw. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ 's-GRAVENHAGE



5.1.2e

Kenmerk: B12-3325/jb/avl

Betreft: Waarom de NVVS positief blijft over het voorstel in het Lente-akkoord om hoortoestellen functiegericht te verstrekken met een eigen bijdrage van 25%

Houten, 14 juni 2012

Geachte mevrouw Schippers,

Hierbij wil de NVVS u met klem verzoeken om in de komende discussies rondom vergoedingen van hoorhulpmiddelen, te kiezen voor optimale hoorzorg geleverd voor een realistische en betaalbare prijs. Vanuit onze (en hopelijk ook: uw) betrokkenheid met slechthorenden vragen wij u om functiegerichte verstrekking (met een eigen bijdrage van 25%) een kans te geven. Het is niet voor niets dat alle partijen die zich binnen de hoorbranche inzetten voor kwaliteit van zorg dit systeem omarmen en erin geloven. Hieronder treft u onze argumenten op een rij.

Het huidige vergoedings- en verstrekkingssysteem is aan vervanging toe

- Het huidige systeem is onrechtvaardig voor slechthorenden. Iedere slechthorende eenzelfde vaste vergoeding bieden, dat sluit al lang niet meer aan op de praktijk. Dat behoort nog tot een tijd waarin hoortoestellen niet meer dan een versterker waren. Maar nu hoortoestellen mini-computers zijn met tal van functionaliteiten die afhankelijk van iemands gehoorsituatie op maat kunnen worden ingesteld, moet er een systeem komen dat daarop aansluit. Een gedifferentieerd systeem dat het mogelijk maakt voor iedere slechthorende tot een optimale hooroplossing te komen. Niet minder, maar (zo realistisch zijn wij) ook niet meer dan dat.
- Het huidige systeem leidt tot prijsopdrijving voor de eindgebruiker. Onderzoek en cliëntervaringen laten zien dat veel slechthorenden een te duur product aangeboden krijgen. De gemiddelde bijbetaling is op dit moment circa € 500,- per hoortoestel (dus € 1.000,- bijbetaling voor 2 hoortoestellen). Het huidige verstrekkingssysteem heeft een steeds sterker element van ongereguleerde marktwerking gekregen. Goede, transparante en doelmatige hoorzorg komt daarmee steeds meer in het nauw.
- Zorgverzekeraars kunnen in het huidige systeem nauwelijks een rol spelen als het gaat om het stimuleren van kwaliteit en kostenbeheersing. De vaste basisvergoeding maakt dat zij geen (inkoop)belang hebben, zodat er voor hen geen prikkel is om een regierol te pakken bij het handhaven van kwaliteit en het beheersen van de kosten.

Postbus 129
3990 DC Houten
info@nvvs.nl
www.nvvs.nl
T (030) 261 76 16
F (030) 261 66 89
TT (030) 261 76 77
POSTBANK 66 269
BTW NL002703786B01
KVK 40 53 21 51

-2-

- Het is voor een slechthorende die een hoortoestel zoekt, op dit moment nagenoeg onmogelijk om zicht te krijgen op de prijs, kwaliteit en doelmatigheid van aangeboden hoortoestellen. Enkele voorbeelden: het StAr-keurmerk, het enige kwaliteitskeurmerk vanuit de branche, bestrijkt zo'n beetje alle audicienbedrijven en biedt dus geen enkele differentiatie voor de consument als het gaat om kwaliteit. Er is geen protocol voorhanden dat inzichtelijk maakt voor de consument welke 'hooroplossing' doelmatig is en wanneer het, in zijn/haar specifieke situatie, juist te duur of te goedkoop is.
- Het huidige systeem voor hoortoestelvergoeding wijkt sterk af van wat gebruikelijk is voor andere medische hulpmiddelen. Het is het beleid van de overheid om alle medische hulpmiddelen functiegericht te verstrekken. Voer dit beleid dan ook consequent door en laat hoorhulpmiddelen niet langer een vreemde eend in de bijt zijn.

Het voorgestelde functiegerichte verstrekkingssysteem (met 25% eigen bijdrage) zorgt voor kwaliteit die betaalbaar is

De NVVS is positief over het door CVZ voorgestelde en in het Lente-akkoord opgenomen nieuwe verstrekking- en vergoedingssysteem.

- Allereerst omdat alternatieven allemaal als onwenselijk kunnen worden afgedaan. Hoortoestellen verstrekken via gemeenten (voorstel in 2009) leidt tot willekeur en gebrek aan keuzevrijheid, ook omdat verhuizen naar een andere gemeente vanwege de aanschaf van een hoortoestel niet een realistische optie is. Hoortoestellen (geheel of voor specifieke groepen) uit het basispakket schrappen, maakt dat een optimale hooroplossing voor veel mensen financieel onhaalbaar wordt. Dat gaat de maatschappij veel geld kosten. We zijn met z'n allen veel duurder uit als we hoortoestellen uit het basispakket schrappen: de maatschappelijke kosten van zo'n maatregel zouden immens zijn, omdat heel veel slechthorenden dan niet meer voldoende kunnen functioneren en zullen uitvallen in hun werk, vrijwilligerswerk, hun gezin, hun familie, hun sociale omgeving. Bovendien zouden, wanneer hoortoestellen uit het basispakket gaan, audicienbedrijven vrij spel krijgen en zich niet langer aan veldnormen en regels van transparantie hoeven te houden. Slechthorendheid is een zware last (geen lichte ziektelast) en gehoorrevalidatie hoort daarom in het basispakket te blijven.
- Het 'functiegericht verstrekken' zorgt dat hoortoestelverstrekking in principe gebaseerd gaat worden op kwaliteit: je krijgt wat je nodig hebt – niet meer, niet minder. Het protocol dat deze manier van verstrekken mogelijk moet maken, is in de laatste fase van de ontwikkeling.
- Het systeem wat nu wordt voorgesteld, leidt tot beheersing van de kosten voor gehoorrevalidatie en gaat ongereguleerde marktwerking tegen. CVZ geeft aan in haar prognoses voor dit nieuwe systeem dat functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen op een financieel verantwoorde wijze in te voeren is. In die prognose zit vanzelfsprekend enige onzekerheid – het gaat immers om een nieuwe situatie. Een situatie waar je tal van berekeningen op los kunt laten, maar waar wij als NVVS grote waarde hechten aan de zienswijze van een CVZ die dit advies na uitvoerig onderzoek heeft uitgebracht. Dit vertrouwen wordt onderstreept doordat zorgverzekeraars ons aangeven dat ze uit de voeten kunnen met de financiële randvoorwaarden van de voorstellen, onder voorwaarde dat de overheid consistent blijft in dit beleid. Het geeft ons voldoende vertrouwen

-3-

dat het nieuwe systeem op een kwalitatief en financieel verantwoorde manier in te voeren is. Dat zal ongetwijfeld een gewenningsperiode vragen maar zal snel daarna leiden tot een betaalbare hoorzorg van goede kwaliteit.

- In de voorstellen van het Lente-akkoord krijgen de zorgverzekeraars de regierol in de hoorzorg. Die ontbreekt tot nu, zoals die wel vanzelfsprekend is op alle andere terreinen in de zorg. Die regierol stimuleert de 'hoormarkt' tot transparantie en samenwerking vanuit effectiviteit en kwaliteit. De regierol van zorgverzekeraars stimuleert samenwerking over de beroepsgroepen heen, met een scherp oog voor kwaliteit, efficiency, effectiviteit en transparantie.
- Last but not least: het nieuwe systeem zorgt dat de eindgebruiker goede hoorzorg krijgt voor een realistische prijs. Het nieuwe systeem leidt in ieder geval tot beheersing van de kosten voor de eindgebruiker.

Het voorgestelde systeem getuigt van consistent beleid

- De branche bereidt zich al enkele jaren voor op het systeem van functiegerichte verstrekking. CVZ heeft een advies uit april 2010 doorontwikkeld tot een advies in mei 2011, wat nu feitelijk doorgevoerd wordt in het Lente-akkoord. Zorgverzekeraars, specialisten (kno-artsen, audiologische centra), patiëntenvereniging en audiciens zijn vergevorderd in de voorbereidingen voor dit nieuwe systeem.

Het voorgestelde systeem is betaalbaar

- Met een eigen bijdrage van 25% door de eindgebruiker is het volgens CVZ financieel haalbaar en realistisch om een systeem van functiegerichte verstrekking in de hoorzorg in te voeren. De hoormarkt zal zich op de nodige fronten moeten aanpassen aan deze nieuwe situatie, om het systeem in z'n totaliteit betaalbaar en op voldoende kwaliteitsniveau te kunnen uitvoeren. De voorgestelde beleidsmaatregelen t.a.v. hoortoestelvergoeding maken het mogelijk de hoor-/audicienmarkt weer gezond te krijgen door marges in de bedrijfskolommen te corrigeren en dat kan door inkoopkracht van de verzekeraar.
- De bezuinigingsopdracht van 27 miljoen is een zware dobber bovenop de invoering van dit functiegerichte systeem, waarvan op voorhand niet duidelijk is of dit haalbaar is. Zo'n bezuiniging kan een wissel trekken op de beoogde kwaliteit van hoorzorg. Maar het signaal van deze financiële opdracht is glashelder: hoorzorg moet veel kostenefficiënter – maar wél met het hoortoestel in het basispakket en met een functiegerichte verstrekking.

Vanuit het oogpunt van kwaliteit en rechtvaardigheid voor elke slechthorende in Nederland, gaan we graag de uitdaging aan om vanuit de hierboven geschetste uitgangspunten te werken aan goede hoorzorg voor een realistische prijs. Wij vertrouwen er op dat u ons deze kans biedt. Mede namens alle slechthorenden in Nederland bij voorbaat onze hartelijke dank.

Hoogachtend,

NVVS

5.1.2e



HoorPartners v.o.f

De Reusel 12

NL 5051 DA Goirle

T 013-5344450

E info@hoorpartners.nl

KvK 17237689

Bank 1452 84 798

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
 Tav Mw. drs. E.I. Schippers *persoonlijk*
 Postbus 20350
 2500 EJ Den Haag

De Reusel 12 5051 DA Goirle

Ingeval van:	
00-08-12	
Dep. Paraf Inzet	13-7-12
27 JUN 2012	
M.S.	
Directie: GMT/	
Reg.nr.:	3121369

Goirle, 15 juni 2012

Geachte mevrouw Schippers,

Als opticien en audicien verbaas ik me over het geloof van u "in marktwerking door zorgverzekeraars" waardoor er bezuinigingen op het gebied van hoortoestellen kunnen komen.

De voorgestelde korting van 25% zal, zoals in alle media naar voren komt, alleen maar lijden tot meer kosten, dus tot een tegenvaller in 2013. (in de bijlage van nota bene de NVVS staat het helder: Het is goed voor de slechthorende, bij duurdere toestellen wordt meer vergoed)

De argumenten vóór een vergoeding op hoortoestellen, en voor het laten verrichten van een (1^e) voorschrift / audiogram door KNO artsen of audiologische centra, zijn uitsluitend geld gedreven. Waar de spreekbuis op gehoor gebied van de medische wereld prof. Dr. Wouter Dreschler een paar jaar geleden zijn methode te gebruiken voor triage (de Sal/Sag test) nog als bijna waterdicht bestempelde blijkt deze nu, (onder druk van de KNO artsen) plots veel minder betrouwbaar te zijn. (de test is 40 jaar oud overigens)

De verdiensten voor (zeker zelfstandige) audiciens zijn niet bepaald rooskleurig. Voor de ketens gelden andere regels, en inmiddels zijn vele "zelfstandige" winkels al in het bezit, of staan onder curatele van fabrikanten/leveranciers.

En ook KNO artsen hebben vaak direct of indirect connecties met audiciens, waardoor er een vestzak broekzak verdienmodule op kosten van de zorgverzekeraar wordt uitgevoerd.

KNO artsen en audiologische centra hebben zeker hun functie, maar niet bij het aanmeten van een hoortoestel vanwege ouderdom. Daar zijn ze eigenlijk veel te goed voor, echter het "scoren van een jaarkaart" heeft bij hen een hoge prioriteit.

HAAL DE AANMETING EN VERGOEDING VAN HOORTOESTELLEN, vanwege ouderdoms slechthorendheid, GEHEEL UIT DE BASISVERGOEDING!

Naar analogie van de optiekbranche. Daar is heftige concurrentie, grote keuze mogelijkheden, en er heerst in Nederland echt geen grote mate van te voorkomen blindheid.

De optiekwereld heeft zich de afgelopen jaren prima ontwikkeld met "voor elk wat wils". Van ramsjwinkels, zelfs de DA doet mee, tot hoogwaardig gekwalificeerde speciaalzaken.

Het oog is een veel ingewikkelder orgaan dan het oor. Het oog heeft een hoge diagnostische waarde bij het vaststellen of herkennen van systemische aandoeningen (oa hoge bloeddruk, te hoog cholesterol) En een niet onderkende en onbehandelde hoge oogdruk kan leiden tot algehele blindheid. Met ongecorrigeerde of verkeerd gecorrigeerde ogen kan een mens, vooral in het verkeer, anderen iets (ernstigs) aandoen. Maar geen ministerie dat zich hier om bekommerd

Hoe anders is dit met het oor. Geen of nauwelijks diagnostische waarden en een foutief aangemeten hoortoestel leidt tot ongemak van de klant zelf, maar kent nauwelijks gevaar. Te hard/luid ingestelde toestellen kunnen tot blijvende gehoorschade lijden, maar veruit de meeste toestellen worden aanvankelijk juist bewust te zacht afgesteld om de klant te laten wennen.

De brughoektumor is zowat de enige "zware aandoening" die echter in de meeste gevallen voor het eerst gediagnosticeerd wordt door de huisarts! De aandoening is heel vervelend, komt 300 maal per jaar voor, maar is zelden fataal.

Als u echt direct kosten wil, of moet besparen haalt u de hoorzorg uit het basis pakket. Analooq aan de optiekwereld zal er voor de consument veel te kiezen zijn in allerlei prijssegmenten.

En net als voor een gewone bril ten gevolge van (ouderdoms) verziendheid of bijziendheid, waar de klant niet naar een oogarts maar de opticien gaat, kan een slechthorende naar de audicien.

Want nu is het toch te gek voor woorden dat commerciële bedrijven reclame maken om gebruik te maken van een gezondheidzorgbudget!

U bespaart kosten, minimaal 100 miljoen aan gehoorapparaat vergoedingen, en naar ik schat 30 miljoen aan KNO en audiologische centra kosten.

De audiciens zullen hun eigen boontjes prima zelf kunnen doppen, en de specialisten moeten gaan doen waar ze vooral voor opgeleid zijn. En dat is vooral niet audiogrammetjes laten maken door assistentes.

toe.

NVVS-acties succesvol: hoortoestellen blijven in basispakket

Publicatiedatum: 25 mei 2012 Na alle geruchten en speculaties over wat er gaat gebeuren met de vergoeding van hoortoestellen, heeft de ministerraad besloten dat hoortoestellen in het basispakket blijven. Er komt een eigen bijdrage van 25 procent. Goed nieuws voor veel slechthorenden. En een kroon op het lobby-werk van de NVVS.

Half mei lekten er voornemens uit van de 'Kunduz-coalitie' om hoortoestellen uit de basisverzekering te schrappen. De NVVS reageerde daar snel en verontwaardigd op: zo'n maatregel zou een ramp zijn voor slechthorenden en op lange termijn ons als samenleving veel geld kosten. Ons pleidooi heeft vruchten afgeworpen: nog geen twee dagen na de brieven en telefoontjes van de NVVS naar politici en beleidsmakers werd bekend dat het zou gaan om een eigen bijdrage van 25 procent.

De NVVS interpreteerde deze aankondiging als goed nieuws. Nu de maatregelen van het Lente-akkoord definitief bekend zijn gemaakt, blijkt dat we een juiste inschatting hebben gemaakt. Onze acties hebben ervoor gezorgd dat hoortoestellen in het basispakket blijven.

Minder bijbetalen

Een eigen bijdrage van 25 procent betekent voor veel slechthorenden: minder bijbetalen. In het huidige systeem krijgt u in 2012 een basisbedrag van € 509, 50 per hoortoestel vergoed (of een bedrag oplopend naar € 683 afhankelijk van hoe lang u wacht met de vervanging van uw hoortoestel). Alle meerkosten daarboven moet u zelf bekostigen (al dan niet gedekt uit een aanvullende verzekering). Gemiddeld betalen mensen 400 tot 500 euro per toestel bij. Een eigen bijdrage van 25 procent brengt die bijbetaling dus flink omlaag. Dat is overigens niet voor iedereen voordelig: het 'nul euro'-toestel (een toestel dat volledig uit het basisbedrag vergoed wordt) zal in het nieuwe systeem niet meer mogelijk zijn.

Realistisch

De NVVS is blij met deze ontwikkelingen, al brengt ook dit systeem natuurlijk risico's met zich mee. Zorgverzekeraars zullen (zeker in deze magere tijden) stevig gaan onderhandelen met audicienbedrijven over de prijs van de hoortoestellen en het tarief van de audicien. Dat mag niet leiden tot verschraling en tot hoortoestelverstrekking onder de maat.

NVVS houdt vinger aan de pols

Daarom is het belangrijk dat er een goed protocol is om de kwaliteit op peil te houden.

Op dit moment wordt, onder leiding van de NVVS, zo'n protocol ontwikkeld om te zorgen dat het nieuwe vergoedingssysteem goed gaat werken. Wij zullen alle partijen blijven aanspreken op hun verantwoordelijkheid om de hoorzorg in Nederland op optimaal niveau te houden.

5.1.2e

5.1.2e



n(v a b)
nederlandse vereniging van audicien bedrijven

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Datum : 12 juni 2012
Onderwerp : vergoedingslimieten voor hoortoestellen
Kenmerk : NVAB.bri.113

Geachte mevrouw Schippers,

Al eerder, vroeg ik, namens de Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven (NVAB), uw aandacht voor de implicaties van een twee jaar oud voorstel van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) om de aanspraak op hoorzorg functioneel te omschrijven en om tegelijkertijd de nu bestaande maximale vergoedingslimieten voor hoortoestellen te vervangen door een voor ieder verplichte eigen bijdrage. Dit voorstel maakt nu onderdeel uit van het pakket van bezuinigingsmaatregelen dat is opgenomen in het 'lenteakkoord'. Ging het CVZ er nog van uit dat het afschaffen van de vergoedingslimieten budgetneutraal zou kunnen zijn, de lentecoalitie boekt voor hetzelfde voorstel nu een besparing in van 27 miljoen euro.

Mijn zorgen over de consequenties van de invoering van deze maatregel zijn in de loop van de afgelopen weken nog vergroot. Daarom neem ik de vrijheid u nog eens te benaderen. Ik doe daarbij mijn best om herhaling van eerdere – overigens naar mijn idee nog steeds valide – argumenten zoveel mogelijk te voorkomen.

NVAB is voorstander van het functiegericht omschrijven van de aanspraak op hoorzorg. NVAB is echter tegenstander van het inruilen van de vergoedingslimieten tegen een systeem van eigen bijdrages. Eerder rekende Boer & Croon ons voor dat dit systeem onmogelijk budgetneutraal zou kunnen uitpakken. Nu moet het beoogde verscherpte inkoopbeleid door zorgverzekeraars zelfs leiden tot een besparing van 27 miljoen euro op de collectieve uitgaven aan hoortoestellen. Dat kan alleen als zorgverzekeraars erin slagen de prijs van hoortoestellen nagenoeg te halveren.

Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven - NVAB

Reitseplein 8 | 5037 AA Tilburg

Postbus 4076 | 5004 JB Tilburg

T +31 13 594 47 68 | F +31 13 594 47 70

info@nvab.nl | www.nvab.nl

Handelsregister 40476020



De cijfers spreken voor zichzelf:

uitgaven ten laste van Zvw (2010)	115 miljoen
ingeboekte besparing	-27 miljoen
rest: beoogd uitgavenniveau ten last van Zvw	88 miljoen
ingeboekte eigen bijdrages (= (88/75)x25)	29 miljoen
beoogde totale bestedingen aan hoortoestellen	117 miljoen
 werkelijke uitgaven aan hoortoestellen (2010)	 221 miljoen
beoogde totale uitgaven aan hoortoestellen	-117 miljoen
rest: ingeboekte door zorgverzekeraars te realiseren inkoopbesparingen	104 miljoen

In deze becijfering is nog niet eens rekening gehouden met het kostenopdrijvend effect van het CVZ-voorstel door uitbreiding van aanspraken, overheveling van hoorzorgkosten van UWV naar Zvw en te verwachten 'upcoding'.

Inmiddels dienen de eerste tekenen zich aan dat zorgverzekeraars zich gedwongen voelen tot het nemen van draconische maatregelen. De gevolgen worden al duidelijk.

1. ONTEVREDEN VERZEKERDEN.

Aan slechthorenden is door de NVVS voorgespiegeld dat zij in dit nieuwe vergoedingensysteem tegen een geringe eigen bijdrage het hoortoestel krijgen dat het best aansluit bij hun behoeften. De verwachting is gewekt dat nu eindelijk iedereen over hoortoestellen zal beschikken waarin de meest geavanceerde techniek is verwerkt. Kennelijk stellen slechthorenden de aanschaf van een hoortoestel nu uit. In de eerste drie maanden van dit jaar is de afzet met 20% gedaald. Dat kan niet volledig te wijten zijn aan een gebrekkig consumentenvertrouwen. Als het CVZ-plan wordt ingevoerd trekt de vraag in 2013 weer aan. Dat leidt dan tot een schokeffect in de uitgaven ten laste van de Zvw en ook tot teleurgestelde klanten die vaak niet het door hun verwachte toestel kunnen krijgen.

2. KWALITEIT IN HET GEDING – VOORTIJDIG EINDE VAN DE TRIAGE-AUDICIEN.

De kwaliteit van de zorg die audiciens verlenen zal ernstig lijden onder de aan zorgverzekeraars opgedrongen prijsreductie van bijna 50%.

Meer dan 50% van de verkoopprijs wordt bepaald door de tijd die wordt besteed aan zorgverlening. Het gaat om gemiddeld 6 tot 8 uur per klant. Audicienbedrijven zullen noodgedwongen hierop moeten inleveren, terwijl de protocollen die zijn (of nog worden) geschreven om functiegerichte keuzes te maken juist vragen om meer tijd.



Ik schrijf deze brief als ultieme poging om de rede weer te laten meespelen in het hoordossier. Misschien heeft de audicienbranche zichzelf wat te verwijten. We hebben misschien te laat opgemerkt dat we niet zuinig genoeg zijn geweest op onze reputatie. Misschien ook is het hoordossier een 'spierballendossier' geworden - klein en overzichtelijk voor zorgverleners en Kamerleden - waarin inkopers hun effectiviteit en Kamerleden hun kostenbewustzijn willen tonen. Hiervoor heb ik wel wat begrip. Niettemin hoop ik dat de rede het nog zal winnen van het sentiment.

Slechthorenden en audiciens verdienen beter. Mensen met een kleine beurs kiezen nu voor een hoortoestel zonder bijbetaling. Het gaat inmiddels om bijna een op de drie klanten. Dat goedkopere hoortoestel is een toestel dat vijf jaar geleden nog tot een hoger segment behoorde. De gemiddelde bijbetaling voor een hoortoestel is nu 500 euro. De gemiddelde prijs ligt inmiddels onder de 1.000 euro. Op de Engelse NHS na zijn de prijzen in Europa nergens lager. Tien procent van onze klanten kiest voor een hoortoestel waarvoor 1.000 euro of meer wordt bijbetaald. In de eerder genoemde studie, *'Compensatie van verminderd horen'*¹, wordt gezegd dat Kno-artsen en audiologen verwachten dat tien tot twintig procent van de slechthorenden is gebaat bij een toestel uit het topsegment. Blijkbaar doen audicienbedrijven het dus nog niet zo slecht. In dezelfde passage van deze studie lees ik overigens dat het opvalt dat vooral de respondenten uit de NVVS-groep vaak die duurdere toestellen dragen. Zo bezien wekt het geen verwondering dat ook de NVVS nu aandringt op mogelijkheden tot 'extra bijbetaling'.

NVAB-bedrijven zijn geen verkopers van consumentenelektronica, maar zorgverleners. Dat willen ze graag blijven. Functiegerichte omschrijving van hoorzorg draagt daaraan bij. In een vrije markt zullen ze er zelf voor blijven kiezen. Als vergoedingslimieten worden afgeschaft en gelijktijdig een bezuiniging van 27 miljoen wordt ingeboekt loopt die zorgverlening ernstig gevaar.

Het moge duidelijk zijn dat NVAB graag zal meewerken aan realistische mogelijkheden om met behoud van kwaliteit te besparen op de collectieve uitgaven aan hoorzorg. Van alle mogelijkheden daartoe is het door de lentecoalitie omarmde CVZ-voorstel het slechts denkbare.

Met vriendelijke groet

Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven - NVAB

5.1.2e

¹ Compensatie van verminderd horen, Dreschler e.a., AZOS 2010, pagina 80



Audicienbedrijven hebben samen met één grote zorgverzekeraar net een begin gemaakt met het uitvoeren van triage. Meer zorgverzekeraars willen volgen. Om dit mogelijk te maken zijn het afgelopen jaar meer dan 700 audiciens nageschoold en getoetst in audiometrie en otoscopie. Bedrijven zijn volop aan het investeren in de verbeterde audiometreerruimtes die nodig zijn om betrouwbare triage-audiometrie uit te voeren. Van deze vorm van substitutie van zorg mogen echte besparingen worden verwacht bij een zelfs hogere kwaliteit van hoorzorg. Audicienbedrijven zien niet hoe ze op deze weg nog verder kunnen als de tijd die men aan klanten besteden kan drastisch moet worden teruggebracht.

3. ZELFS VOORSTANDERS RAKEN NERVEUS.

Het wordt nu al duidelijk dat ook de vrijheid van de consument om zelf een geschikt hoortoestel te kiezen vrijwel zal verdwijnen. Zorginkopers sturen niet alleen op verlaging van prijzen, maar ook op assortimentsversmalling en op quotering van de afzet in meer geavanceerde toestellen. In het beoogde systeem is het – ook volgens zorgverzekeraars – voor de klant niet mogelijk om ‘extra’ bij te betalen. Het is navrant te moeten constateren dat nu ook de NVVS en de hoofdauteur van ‘*Compensatie van verminderd horen*’ – de studie die door het CVZ in zijn advies ruim wordt geciteerd – de wereld ervan tracht te overtuigen dat in het beoogde systeem ‘extra bijbetalen’ mogelijk moet zijn. Ik kan dit niet anders zien dan als een erkenning van het feit dat bij hoortoestellen vrijheid van keuze voor de consument van groot belang blijft, ook al werkt de audicien aan de hand van een onder auspiciën van de NVVS ontwikkeld keuzeprotocol. Ik zie het daarnaast als bevestiging van het niet te ontlopen risico dat zorgverzekeraars zich gedwongen voelen om te gaan bepalen bij welke audicien de slechthorende terecht kan en welke hoortoestellen die audicien mag leveren.

Eerder is aangekondigd dat de Kamer zich in 2013 zal buigen over mogelijkheden van pakketversmalling. Veel wijst erop dat dan ook indringend gesproken wordt over ‘voorzienbare slechthorendheid’. Om deze reden aarzelen zorgverzekeraars al om met audicienbedrijven contracten af te sluiten voor langer dan één jaar. Ik begrijp werkelijk niet, waarom voor wellicht één jaar een maatregel moet worden ingevoerd die zoveel afbreukrisico veroorzaakt en die zó diep ingrijpt in de markt voor hoortoestellen. Ook gezonde bedrijven zullen in moeilijkheden raken wanneer ze hun prijsniveau gehalveerd zien worden. Dat is des te wranger als die bedrijven en hun audiciens moeten ervaren dat de energie en het geld dat is en wordt besteed aan het mogelijk maken van verantwoorde triage door audiciens voor niets is geweest.

Er zijn wel degelijk alternatieven om op verantwoorde wijze op hoorzorg te besparen. Substitutie van zorg door de audicien te laten triëren – ik noemde het al – is er daar één van. Het schrappen van de vergoeding van kosten voor ‘voorzienbare slechthorendheid’ uit het basispakket lijkt een begaanbare weg. Als triage door audiciens dan nog niet gesneuveld is en als de kwaliteitsborging door de Stichting Audicienregister dan nog functioneert, zal de oudere slechthorende nog steeds verzekerd zijn van goede hoorzorg en – als dat nodig is – van een verwijzing naar een Kno-arts.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden

5.1.2e

Postbus 129
3990 DC Houten

Directoraat Generaal

Curatieve Zorg

Directie Geneesmiddelen en

Medische Technologie

Pijler Aanspraak Financiering

Contactpersoon

5.1.2e

T 070-5 5.1.2e

5.1.2e @minvws.nl

minuut

Aanspraak hoortoestellen

Datum

3 juli 2012

Kenmerk

GMT-3122158

Zaaknummer

3119949

Aantal pagina's

1

R:\UITGAANDE STUKKEN

GMT\BRIEVEN\2012\3122158

.TC.docx

Route	Paraaf / Datum	Bijzonderheden
Auteur	TL 5/7	
Afdelingshoofd	DB 6-7	
Directeur	b.a. DB 6-7	

Auteur

5.1.2e

Ondertekening door

Directeur GMT

Afschrift aan

archief

5.1.2e

De

Pa

5.1.2e

Datum

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden

5.1.2e

Postbus 129
3990 DC Houten

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**

Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

T 070- 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Datum

Betreft Aanspraak hoortoestellen

Kenmerk

GMT-3122158

Uw brief

B12-3325/jb/avl

Bijlage(n)

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

Geachte heer 5.1.2e

In uw brief van 14 juni jl. vraagt u mij om de functiegerichte verstrekking van hoortoestellen, met een eigen bijdrage van 25%, een kans te geven.

Zoals u al in uw brief opmerkt ben ik voornemens de extramurale aanspraak voor hoortoestellen functiegericht te omschrijven. Dit past in mijn eerder ingezette beleid om de extramurale aanspraak van medisch hulpmiddelen zoveel mogelijk functiegericht te omschrijven. In het kader van de te realiseren besparingen binnen de zorg, zal voor de hoortoestellen een percentuele eigen bijdrage ingevoerd worden. Deze zal 25% bedragen. Het voorgaande en andere maatregelen zijn aangekondigd in het Begrotingsakkoord 2013.

Ik waardeer uw steun voor mijn aangekondigde maatregel voor de hoorzorg. Ik deel uw visie dat met de maatregel de zorgverzekeraars veel meer gestimuleerd worden om de regierol op te pakken in de hoorzorg. Dit moet leiden tot een transparanter en doelmatiger hoorzorg. Daarnaast zal een percentuele eigen bijdrage ook het kostenbewustzijn bij de gebruiker stimuleren.

Tot slot wil ik opmerken dat het mij deugd doet dat uw vereniging zich ~~eveneens~~ in zal zetten voor een goede hoorzorg voor een realistische prijs.

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

5.1.2e

5.1.2e



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden
Dhr. J. Beelen, directeur
Postbus 129
3990 DC Houten

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

T 070- 5.1.2e
5.1.2e@minvws.nl

Kenmerk
GMT-3122158

Uw brief
B12-3325/jb/avl

Bijlage(n)

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

Datum 9 JUL 2012
Betreft Aanspraak hoortoestellen

Geachte heer 5.1.2e

In uw brief van 14 juni jl. vraagt u mij om de functiegerichtte verstrekking van hoortoestellen, met een eigen bijdrage van 25%, een kans te geven.

Zoals u al in uw brief opmerkt ben ik voornemens de extramurale aanspraak voor hoortoestellen functiegericht te omschrijven. Dit past in mijn eerder ingezette beleid om de extramurale aanspraak van medisch hulpmiddelen zoveel mogelijk functiegericht te omschrijven. In het kader van de te realiseren besparingen binnen de zorg, zal inderdaad voor de hoortoestellen een percentuele eigen bijdrage ingevoerd worden. Deze zal 25% bedragen. Het voorgaande en andere maatregelen zijn aangekondigd in het Begrotingsakkoord 2013.

Ik waardeer uw steun voor mijn aangekondigde maatregel voor de hoorzorg. Ik deel uw visie dat met de maatregel de zorgverzekeraars veel meer gestimuleerd worden om de regierol op te pakken in de hoorzorg. Dit moet leiden tot een transparanter en doelmatiger hoorzorg. Daarnaast zal een percentuele eigen bijdrage ook het kostenbewustzijn bij de gebruiker stimuleren.

Tot slot wil ik opmerken dat het mij deugd doet dat uw vereniging zich in zal zetten voor een goede hoorzorg voor een realistische prijs.

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

5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Hoorpartners
De heer 5.1.2e
De Reusel 12
5051 DA GOIRLE

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Contactpersoon

5.1.2e
T 070 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

minuut

Hoortoestellen

Datum
12 juli 2012

Kenmerk
GMT-3123413

Zaaknummer
3121369

Aantal pagina's
2

R:\UITGAANDE STUKKEN
GMT\BRIEVEN\2012\3123413
.TC.docx

Route	Paraaf / Datum	Bijzonderheden
Auteur	5.1.2e	
Afdelingshoofd	5.1.2e	
Directeur	5.1.2e	

Auteur
5.1.2e

Ondertekening door
Dir. GMT

Afschrift aan
archief

5.1.2e

Deponeren
Para 5.1.2e

Datum

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Hoorpartners
T.a.v. de heer 5.1.2e
De Reusel 12
5051 DA GOIRLE

Datum
Betreft Hoortoestellen

Geachte heer 5.1.2e

In uw brief van 15 juni jl. adviseert u mij de aanmeting en vergoeding van hoortoestellen voor slechthorendheid als gevolg van ouderdom, geheel uit het basispakket te halen.

Zoals u wellicht uit de media hebt vernomen, ben ik voornemens de aanspraak op de hoorzorg functiegericht te omschrijven, de huidige maximale vergoeding te schrappen en een percentuele eigen bijdrage voor een hoortoestel in te voeren. Ondanks uw dringend advies, ben ik vooralsnog niet van plan mijn koers hierin te wijzigen.

In deze brief wil ik u graag uitleg geven over mijn beleid rond de aanspraak van zorg. Ik ontvang regelmatig adviezen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wanneer het gaat om het bieden van verantwoorde en doelmatige zorg, die gefinancierd wordt uit de collectieve middelen. Dit is een wettelijke taak, die belegd is bij het CVZ. Op basis van eerder gepubliceerde criteria toetst het CVZ de noodzaak van opname of behoud van allerlei vormen van zorg in het basispakket. Deze criteria kunt u terugvinden op de website van het CVZ (www.cvz.nl). In mijn jaarlijkse besluitvorming over de pakketmaatregelen neem ik de adviezen van het CVZ mede in overweging.

Over de hoorhulpmiddelen heeft het CVZ twee adviezen uitgebracht, in april 2010 en in mei 2011. Ook deze (pakket)adviezen kunt u terugvinden op de website van het CVZ. Uit de adviezen van het CVZ blijkt dat de huidige maximumvergoeding in de hoortoestellenmarkt is verworden tot een minimumprijs. Verder is gebleken dat niet duidelijk is welk deel betaald wordt voor de dienstverlening en welk deel voor het toestel zelf. Ik ben voornemens, conform het advies van het CVZ, de aanspraak van hoorhulpmiddelen vanaf volgend jaar functiegericht te omschrijven en de huidige maximale vergoeding te schrappen. Verder ben ik voornemens een eigen bijdrage van 25% per hoortoestel te introduceren.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e
T 070- 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Kenmerk
GMT-3123413

Bijlage(n)

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

De maatregel stimuleert de verzekeraar om daadwerkelijk te onderhandelen over de hoortoestellen voor zijn verzekerden. Dit zie ik ook elders in de zorg gebeuren waar de regelgeving aangepast wordt. In tegenstelling tot de gebruiker heeft de verzekeraar de kennis in huis om deze rol serieus op te pakken. De percentuele eigen bijdrage zal naast een besparing ook een kostenbewustzijn bij de verzekerde opleveren. Gelet op de potentiële ontwikkelingen lijkt het mij raadzaam dat uw branche de tarieven vooral voor de gebruikers en verzekeraars inzichtelijk maakt. Bijvoorbeeld de prijzen van een hoortoestel los te koppelen van de te leveren diensten van de audicien.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Kenmerk
GMT-3123413

Zoals ik al aangaf, zal ik uw dringend advies, de hoortoestellen schrappen uit het basispakket vanwege slechthorendheid door ouderdom, niet overnemen. Ik heb u uitgelegd dat op basis van diverse criteria het basispakket is en wordt samengesteld. Gebreken als gevolg van ouderdom vallen hier niet onder.

Ik hoop dat ik u met het bovenstaande voldoende duidelijk heb kunnen maken wat mijn beleid is rond de hoorzorg.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Geneesmiddelen en Medische Technologie,



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Hoorpartners
T.a.v. de heer 5.1.2e
De Reusel 12
5051 DA GOIRLE

13 JUL 2012

Datum
Betreft Hoortoestellen

Geachte heer 5.1.2e

In uw brief van 15 juni jl. adviseert u mij de aanmeting en vergoeding van hoortoestellen voor slechthorendheid als gevolg van ouderdom, geheel uit het basispakket te halen.

Zoals u wellicht uit de media hebt vernomen, ben ik voornemens de aanspraak op de hoorzorg functiegericht te omschrijven, de huidige maximale vergoeding te schrappen en een percentuele eigen bijdrage voor een hoortoestel in te voeren. Ondanks uw dringend advies, ben ik vooralsnog niet van plan mijn koers hierin te wijzigen.

In deze brief wil ik u graag uitleg geven over mijn beleid rond de aanspraak van zorg. Ik ontvang regelmatig adviezen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wanneer het gaat om het bieden van verantwoorde en doelmatige zorg, die gefinancierd wordt uit de collectieve middelen. Dit is een wettelijke taak, die belegd is bij het CVZ. Op basis van eerder gepubliceerde criteria toetst het CVZ de noodzaak van opname of behoud van allerlei vormen van zorg in het basispakket. Deze criteria kunt u terugvinden op de website van het CVZ (www.cvz.nl). In mijn jaarlijkse besluitvorming over de pakketmaatregelen neem ik de adviezen van het CVZ mede in overweging.

Over de hoorhulpmiddelen heeft het CVZ twee adviezen uitgebracht, in april 2010 en in mei 2011. Ook deze (pakket)adviezen kunt u terugvinden op de website van het CVZ. Uit de adviezen van het CVZ blijkt dat de huidige maximumvergoeding in de hoortoestellenmarkt is verworden tot een minimumprijs. Verder is gebleken dat niet duidelijk is welk deel betaald wordt voor de dienstverlening en welk deel voor het toestel zelf. Ik ben voornemens, conform het advies van het CVZ, de aanspraak van hoorhulpmiddelen vanaf volgend jaar functiegericht te omschrijven en de huidige maximale vergoeding te schrappen. Verder ben ik voornemens een eigen bijdrage van 25% per hoortoestel te introduceren.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

T 070- 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Kenmerk
GMT-3123413

Bijlage(n)

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



De maatregel stimuleert de verzekeraar om daadwerkelijk te onderhandelen over de hoortoestellen voor zijn verzekerden. Dit zie ik ook elders in de zorg gebeuren waar de regelgeving aangepast wordt. In tegenstelling tot de gebruiker heeft de verzekeraar de kennis in huis om deze rol serieus op te pakken. De percentuele eigen bijdrage zal naast een besparing ook een kostenbewustzijn bij de verzekerde opleveren. Gelet op de potentiële ontwikkelingen lijkt het mij raadzaam dat uw branche de tarieven vooral voor de gebruikers en verzekeraars inzichtelijk maakt. Bijvoorbeeld de prijzen van een hoortoestel los te koppelen van de te leveren diensten van de audicien.

**Directoraat Generaal
Curatieve Zorg**
Directie Geneesmiddelen en
Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Kenmerk
GMT-3123413

Zoals ik al aangaf, zal ik uw dringend advies, de hoortoestellen schrappen uit het basispakket vanwege slechthorendheid door ouderdom, niet overnemen. Ik heb u uitgelegd dat op basis van diverse criteria het basispakket is en wordt samengesteld. Gebreken als gevolg van ouderdom vallen hier niet onder.

Ik hoop dat ik u met het bovenstaande voldoende duidelijk heb kunnen maken wat mijn beleid is rond de hoorzorg.

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

5.1.2e

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Vereniging voor Audicien Bedrijven
De heer 5.1.2e voorzitter
Postbus 4076
5004 JB Tilburg

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**
Pijler Aanspraak Financiering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

T 070- 5.1.2e
5.1.2e minvws.nl

Datum
Betreft Vergoedingslimieten hoortoestellen

Kenmerk
GMT-3122444

Uw brief
NVAB.bri.113

Bijlage(n)

Geachte heer 5.1.2e

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

Met uw brief van 12 juni jl. vraagt u aandacht voor de consequenties van het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om de aanspraak in de hoorzorg functiegericht te omschrijven en de maximale vergoeding los te laten (april 2010). Een jaar later (mei 2011) heeft het CVZ een vervolgadvis over hoortoestellen uitgebracht.

Zoals u al in uw brief opmerkt, ben ik voornemens de extramurale aanspraak voor hoorhulpmiddelen functiegericht te omschrijven en de maximale vergoeding te schrappen, conform het advies van het CVZ. Het voornemen past in mijn eerder ingezette beleid om de extramurale aanspraak van medisch hulpmiddelen zoveel mogelijk functiegericht te omschrijven. In het kader van de te realiseren besparingen binnen de zorg, zal voor de hoortoestellen een percentuele eigen bijdrage ingevoerd worden. Deze zal 25% bedragen. Deze en andere besparingsmaatregelen zijn aangekondigd in het Begrotingsakkoord 2013. Verder verwacht ik dat de percentuele eigen bijdrage het kostenbewustzijn bevordert bij de gebruiker.

In deze brief reageer ik op de door u genoemde gevolgen van de voorgenomen maatregel. U stelt dat de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden de slechthorenden een beeld voorspiegelt dat zij straks overgaan op het meest geavanceerde hoortoestel. Ik deel uw zorg niet. De zorgverzekeraar is, ingevolge de Zorgverzekeringswet, er aan gehouden om adequate zorg te leveren. Ook wanneer de aanspraak van de hoorhulpmiddelen functiegericht wordt omschreven. Dit betekent, goedkoop waar het kan en duur waar het moet.

Volgens u komt er een voortijdig einde aan de triage-audicien. Net als de NVVS denk ik dat de hoorzorg erbij gebaat is om transparanter te werken. Door de kosten van een triage onderdeel uit te laten maken van de prijs van een hoortoestel, werkt dit de transparantie niet in de hand.

Ik heb u al eerder aangegeven, in mijn brief van 22 februari 2012 (kenmerk GMT-3105351), dat ik denk dat het raadzaam zou zijn voor uw branche om de gehanteerde tarieven voor de gebruikers en verzekeraars inzichtelijk te maken. De door u genoemde dienstverlening, zoals de triage, is hier een treffend voorbeeld van.

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**
Pijler Aanspraak Financiering

Kenmerk
GMT-3122444

Een andere consequentie die u noemt is dat de vrijheid van de consument om zelf een geschikt hoortoestel te kiezen vrijwel zal verdwijnen. Ik denk dat voor diegenen die zelf willen kiezen voor een geschikt hoortoestel, dit nog steeds mogelijk zal zijn. Daarentegen zijn er velen die juist de voorkeur geven aan een voorselectie van hun verzekeraar. Een verzekerde kan jaarlijks zelf kiezen waar zijn voorkeur naar uit gaat, door een restitutiepols of een naturapolis af te sluiten. Een bijkomend voordeel van een naturapolis is dat de inkoopvoordelen van de verzekeraar bijdragen aan het beheersbaar houden van de zorgkosten. Volledigheidshalve merk ik op dat het recht van aanspraak op hoorzorg uit de collectieve middelen, ongeacht de polisvorm, alleen adequate zorg betreft.

U noemt een aantal alternatieve besparingsmogelijkheden in de hoorzorg, zoals de triage-audiciens alsook het schrappen van de hoorhulpmiddelen uit het basispakket op basis van 'voorzienbare slechthorendheid'. Ik juich initiatieven toe waarbij partijen zelf de verantwoordelijkheid nemen om de zorg doelmatiger in te richten. Deze initiatieven, zoals de verrichtingen van een triage-audiciens, dragen bij aan het betaalbaar houden van de zorg. Wat betreft het al dan niet in het basispakket houden van diensten of producten, laat ik mij regelmatig adviseren door het CVZ. Dit college heeft wettelijk de taak het basispakket te beheren zodat verantwoorde en doelmatige zorg collectief gefinancierd wordt.

Ik ben het met u eens dat audiciens geen verkopers zijn van consumenten-elektronica, maar zorg verlenen aan slechthorenden. Dit pleit ervoor om net als alle andere zorgvormen in het basispakket de tarieven van de dienstverlening los te koppelen van de productprijzen. Het doet mij deugd dat uw organisatie meedenkt aan het beheersbaar houden van de zorgkosten. Ik kan echter niet anders concluderen dan dat wij, op het punt van de invoering van een eigen bijdrage en op het punt van keuzevrijheid van de consument, van mening verschillen.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur Geneesmiddelen en Medische Technologie,



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Vereniging voor Audicien Bedrijven
De heer 5.1.2e voorzitter
Postbus 4076
5004 JB Tilburg

**Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie**
Pijler Aanspraak Financiering

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

5.1.2e

Datum 9 JUL 2012
Betreft Vergoedingslimieten hoortoestellen

T 070- 5.1.2e
5.1.2e @minvws.nl

Kenmerk
GMT-3122444

Uw brief
NVAB.bri.113

Bijlage(n)

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

Geachte heer 5.1.2e

Met uw brief van 12 juni jl. vraagt u aandacht voor de consequenties van het advies van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om de aanspraak in de hoorzorg functiegericht te omschrijven en de maximale vergoeding los te laten (april 2010). Een jaar later (mei 2011) heeft het CVZ een vervolgadvis over hoortoestellen uitgebracht.

Zoals u al in uw brief opmerkt, ben ik voornemens de extramurale aanspraak voor hoorhulpmiddelen functiegericht te omschrijven en de maximale vergoeding te schrappen, conform het advies van het CVZ. Het voornemen past in mijn eerder ingezette beleid om de extramurale aanspraak van medisch hulpmiddelen zoveel mogelijk functiegericht te omschrijven. In het kader van de te realiseren besparingen binnen de zorg, zal voor de hoortoestellen een percentuele eigen bijdrage ingevoerd worden. Deze zal 25% bedragen. Deze en andere besparingsmaatregelen zijn aangekondigd in het Begrotingsakkoord 2013. Verder verwacht ik dat de percentuele eigen bijdrage het kostenbewustzijn bevordert bij de gebruiker.

In deze brief reageer ik op de door u genoemde gevolgen van de voorgenomen maatregel. U stelt dat de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden de slechthorenden een beeld voorspiegelt dat zij straks overgaan op het meest geavanceerde hoortoestel. Ik deel uw zorg niet. De zorgverzekeraar is, ingevolge de Zorgverzekeringswet, er aan gehouden om adequate zorg te leveren. Ook wanneer de aanspraak van de hoorhulpmiddelen functiegericht wordt omschreven. Dit betekent, goedkoop waar het kan en duur waar het moet.

Volgens u komt er een voortijdig einde aan de triage-audicien. Net als de NVVS denk ik dat de hoorzorg erbij gebaat is om transparanter te werken. Door de kosten van een triage onderdeel uit te laten maken van de prijs van een hoortoestel, werkt dit de transparantie niet in de hand.



Ik heb u al eerder aangegeven, in mijn brief van 22 februari 2012 (kenmerk GMT-3105351), dat ik denk dat het raadzaam zou zijn voor uw branche om de gehanteerde tarieven voor de gebruikers en verzekeraars inzichtelijk te maken. De door u genoemde dienstverlening, zoals de triage, is hier een treffend voorbeeld van.

Directie Geneesmiddelen
en Medische Technologie
Pijler Aanspraak Financiering

Kenmerk
GMT-3122444

Een andere consequentie die u noemt is dat de vrijheid van de consument om zelf een geschikt hoortoestel te kiezen vrijwel zal verdwijnen. Ik denk dat voor diegenen die zelf willen kiezen voor een geschikt hoortoestel, dit nog steeds mogelijk zal zijn. Daarentegen zijn er velen die juist de voorkeur geven aan een voorselectie van hun verzekeraar. Een verzekerde kan jaarlijks zelf kiezen waar zijn voorkeur naar uit gaat, door een restitutiepolis of een naturapolis af te sluiten. Een bijkomend voordeel van een naturapolis is dat de inkoopvoordelen van de verzekeraar bijdragen aan het beheersbaar houden van de zorgkosten. Volledigheidshalve merk ik op dat het recht van aanspraak op hoorzorg uit de collectieve middelen, ongeacht de polisvorm, alleen adequate zorg betreft.

U noemt een aantal alternatieve besparingsmogelijkheden in de hoorzorg, zoals de triage-audiciens alsook het schrappen van de hoorhulpmiddelen uit het basispakket op basis van 'voorzienbare slechthorendheid'. Ik juich initiatieven toe waarbij partijen zelf de verantwoordelijkheid nemen om de zorg doelmatiger in te richten. Deze initiatieven, zoals de verrichtingen van een triage-audicien, dragen bij aan het betaalbaar houden van de zorg. Wat betreft het al dan niet in het basispakket houden van diensten of producten, laat ik mij regelmatig adviseren door het CVZ. Dit college heeft wettelijk de taak het basispakket te beheren zodat verantwoorde en doelmatige zorg collectief gefinancierd wordt.

Ik ben het met u eens dat audiciens geen verkopers zijn van consumenten-elektronica, maar zorg verlenen aan slechthorenden. Dit pleit ervoor om net als alle andere zorgvormen in het basispakket de tarieven van de dienstverlening los te koppelen van de productprijzen. Het doet mij deugd dat uw organisatie meedenkt aan het beheersbaar houden van de zorgkosten. Ik kan echter niet anders concluderen dan dat wij, op het punt van de invoering van een eigen bijdrage en op het punt van keuzevrijheid van de consument, van mening verschillen.

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

5.1.2e

5.1.2e



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EH Den Haag

Zweers Hoortoestellen
De heer 5.1.2e
Molenstraat 4
4761 CK ZEVENBERGEN

Directie Communicatie

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 98 34
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
DCo-3154313

Uw brief

Datum: 1 februari 2013
Betreft: hoortoestellen

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

Geachte heer 5.1.2e

Hierbij bevestigen wij de ontvangst van uw brief aan de minister.

Om het antwoord voor te bereiden heeft de minister uw brief doorgestuurd aan de Directie Communicatie.

Wij willen uw brief graag zorgvuldig beantwoorden en streven ernaar dat u binnen drie weken antwoord heeft ontvangen. Mocht u onverhoopt na een maand nog geen antwoord hebben ontvangen, dan kunt u contact opnemen met 5.1.2e 5.1.2e telefoonnummer 070- 5.1.2e.

Uw brief is geregistreerd onder kenmerk DCo-3153051.
Wilt u dat kenmerk – als u ons belt of schrijft – vermelden?

Het ministerie van VWS ontvangt dagelijks brieven van burgers.
Het ministerie probeert de brieven zoveel mogelijk binnen de algemeen aanvaarde termijn van 3 weken te beantwoorden. Het kan voorkomen dat een complexe vraag meer tijd vraagt. Mocht dat zo zijn dan krijgt u van ons een bericht hierover.

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Van: _Dienstpostbus Burgerbrieven
Verzonden: maandag 28 januari 2013 16:09
Aan: _Dienstpostbus DCo
Onderwerp: FW: 3153051- 5.1.2e df
Bijlagen: 3153051 5.1.2e

Categorieën: verzoek te behandelen

Ontvangsbevestiging - onderwerp: Hoortoestellen - GMT - Man

3154 313

-----Oorspronkelijk bericht-----

Van: 5.1.2e
Verzonden: donderdag 24 januari 2013 16:46
Aan: _Dienstpostbus Burgerbrieven
Onderwerp: 3153051 5.1.2e

Groetjes 5.1.2e

Zevenbergen, 18-01-2013



Hooggeachte mevrouw Schippers,

Graag vraag ik uw aandacht voor het volgende.

Mijn naam is [5.1.2e] en ik ben [5.1.2e] Zweers Hoortoestellen.

In onze branche wordt ons per 01-01-2013 opgelegd dat hoortoestellen via een functiegericht protocol moeten worden verstrekt. Op zich sta ik hier niet onwelwillend tegenover mits er een systeem is dat werkbaar is en voldoende is getest op eventuele fouten.

Dit laatst blijkt echter niet het geval te zijn waardoor audicien bedrijven nu totaal niet weten hoe ze hun klanten moeten helpen. Nog steeds niet is er duidelijkheid van alle verzekeraars wat de te declareren vergoedingen zijn. Er bestaat nog steeds geen systeem dat het mogelijk maakt om een keuze te maken als het gaat over welk hulpmiddel aan iemand moet worden toegekend.

Gisteren is ons duidelijk geworden dat het ook sowieso tot 1 april gaat duren eer deze systemen in gebruik kunnen worden genomen. Het gevolg hiervan is dat audiciens hun klanten geen duidelijkheid kunnen verschaffen en dat de slechthorende in Nederland nu dus maanden aan het lijntje zal worden gehouden.

Dit gaat ook inhouden dat veel bedrijven meer dan drie maanden geen of nauwelijks inkomsten zullen hebben. Juist in de huidige tijd vrees ik dan voor het voortbestaan van mijn bedrijf en het kunnen betalen van mijn personeel.

Ik begrijp volkomen dat deze situatie voortkomt uit een besluit van een van uw voorgangers en dat een wet niet kan worden aangepast. Toch zou ik u willen vragen om u te buigen over deze problematiek en wellicht ZN opdracht te geven om een valide en duidelijk gecommuniceerde overgangsregeling te treffen. Deze communicatie zal dan richting de patiëntenvereniging, ziekte kosten verzekeraars en de audicienbranche moeten plaatsvinden.

Ik verwacht van u geen persoonlijke reactie en dank u voor de genomen tijd om deze brief te lezen.

[5.1.2e]

Adres opgezocht via google!

5.1.2e

0168 5.1.2e

5.1.2e [@zweershootoestellen.nl](mailto:5.1.2e@zweershootoestellen.nl)