

Brondocument

Kassa 12 oktober 2013 19.00 uur, Nederland 1

Begeleidende tekst voor de uitzending van

Voor mensen met ingewikkelde hoorproblemen is het lastig een adequaat toestel te vinden. Tenzij ze zélf duizenden euro's betalen.

Per 1 januari 2013 is er een nieuw vergoedingensysteem in werking getreden dat is gebaseerd op het principe van functiegericht verstrekken. Je krijgt wat je nodig hebt om goed te kunnen functioneren. Niet meer, maar ook niet minder.

Categorieën

In het kort komt het er op neer dat slechthorenden in categorieën worden ingedeeld. Van categorie 1 voor lichte hoorproblemen tot categorie 5, voor de slechtst horenden. De hoortoestellen zijn ook in vijf categorieën ingedeeld. Alléén als je een toestel kiest uit jouw categorie, krijg je 75% van het aankoopbedrag door de zorgverzekeraar vergoed. Wat als je daarbinnen geen geschikt toestel kan vinden?

De Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS), die nauw betrokken is bij de introductie van het systeem, trekt in Kassa aan de bel. Ze ontvingen honderden klachten. "Wij blijven enthousiast over de wetgeving maar de wijze waarop verzekeraars deze in de praktijk uitvoeren met hun regels en met name ook met hun inkoopbeleid maakt dat er nu ook mensen in de kou komen te staan."

In de studio doen de NVVS (Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden), de NVAB (Nederlandse Vereniging van Audicien Bedrijven) en een aantal slechthorenden hun verhaal. Zorgverzekeraars Nederland wilde niet in de studio reageren, wel hebben ze schriftelijk gereageerd.

Schriftelijke reactie van Zorgverzekeraars Nederland aan Kassa

1. Waarom is er door ZN gekozen voor een nieuw systeem dat wetenschappelijk niet beproefd is?

Het nieuwe systeem is het gevolg van de nieuwe functiegerichte aanspraak van hoorzorg in de Zvw per 2013 en is opgesteld door het zorgveld en als geheel wetenschappelijk getoetst.

Vanaf 2013 staat niet langer de vergoeding van een hoortoestel centraal, maar het oplossen van een hoorbeperking. Daarnaast is het wettelijk maximum vergoedingsbedrag vervangen door een vergoeding van 75% uit de basisverzekering (met een wettelijke eigen bijdrage van 25% per hoortoestel). Om de kwaliteit en de doelmatigheid te garanderen, zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- het indicatieprotocol, waar al een belangrijke aanzet voor lag vanuit het zorgveld, is in de 2e helft van 2012 afgerond en geïmplementeerd per 2013. De NOAH-veldnorm is integraal opgenomen in het protocol, en alle verzekeraars hebben dit protocol omarmd. Met het protocol zijn de stappen duidelijk voor de verzekerde, en is duidelijk welke zorg hij of zij krijgt.
- De Amsterdamse Vragenlijst voor Auditief Beperkten (ontwikkeld door het VUmc) is toegevoegd aan het protocol om de klantbehoefte centraal te stellen. Dit past helemaal in het gedachtegoed van de functionele aanspraak en neemt de door de klant zelf ervaren beperkingen als uitgangspunt.
- De hoortoestellen in Nederland zijn door de wetenschappelijke vereniging van de audiologen in Nederland geclassificeerd in vijf verschillende categorieën op basis van bewezen werkzame functionaliteiten.

Sinds 2009 is systematisch gezocht naar alle relevante informatie om tot een verantwoord systeem te komen. Alle 'evidence' uit de literatuur is gebruikt, aangevuld met de expert opinion van een groep direct betrokken audiciens en audiologen.

2. Hoe vinden de zorgverzekeraars dat het tot nu toe gaat?

Voorheen hadden klanten onvoldoende zicht op de manier waarop hoortoestellen werden toegewezen, zo bleek uit een onderzoek van de Consumentenbond. Door de doorgevoerde verandering is de zorgvraag van de cliënt centraal komen te staan in de benadering. Niet langer is het de audicien die vaststelt welk toestel hij wil verkopen, maar zijn er (functiegerichte) kaders vastgesteld die de audicien helpen om wetenschappelijk, transparant en uniform hoorhulpmiddelen voor te schrijven die het best passend zijn bij de zorgbehoefte van de cliënt. De uitkomst leidt tot absoluut maatwerk: een eenvoudige hooroplossing waar het kan en complex waar nodig. Zorgverzekeraars hebben de inkooprol die ze van de overheid binnen het stelsel hebben gekregen opgepakt. In Nederland liepen de consumentenprijzen van hoortoestellen uiteen van € 485,- tot € 2100,- met een gemiddelde prijs van €1200,- per toestel.

De gemiddelde prijs van een hoortoestel is in 2013 verlaagd naar € 825,- per toestel. De wettelijke eigen bijdrage van 25% in combinatie met lagere prijzen, zorgt voor een gemiddelde eigen bijdrage van ruim € 200 per toestel. In 2012 lag dit nog op bijna € 700 per toestel. Aangezien er meestal 2 toestellen worden geleverd aan een verzekerde, is een verzekerde in 2013 gemiddeld € 1000,- goedkoper uit dan in 2012.

3. Wat vinden de verzekeraars van het punt van kritiek dat het nieuwe systeem vooral goed functioneert voor mensen met een lichte slechthorendheid en niet voor de categorie 4-5 categorieën?

Die signalen hebben ons niet bereikt en herkennen wij niet. Het indicatieprotocol is ingericht voor alle klantgroepen, van lichte tot zware gehoorproblematiek. De audicien heeft de bevoegdheid om voor elke cliënt een indicatie te stellen. Indien nodig verwijst de audicien door naar een audiologisch centrum of KNO-arts.

4. Wat vinden de verzekeraars van de kritiek dat hun inkoopbeleid zo stringent is dat daardoor:

- a. kleine audiciens over de kop gaan**
- b. extra zorgaanvraag beperkt**
- c. er een beperkt aanbod van toestellen in de 4-5 categorieën.**
- d. fabrikanten de nieuwste en beste toestellen uit de 'mandjes' houden**

De tarieven zijn tot stand gekomen op basis van aanbiedingen van audicienbedrijven aan de hand van inkoopbeleid van elke verzekeraar. Dit zijn dus de prijzen die de audiciens zelf offreren aan de zorgverzekeraars. Als audiciens niet uitkomen met de huidige tarieven moet zij dit aangeven bij de zorgverzekeraar. Tot op heden zien wij echter dat audicienbedrijven voor 2014 lager tarieven aanbieden dan in 2013.

- a. We beschikken niet over concrete cijfers. In een markt waarin wordt gestuurd op meer doelmatigheid is aanpassing aan de nieuwe situatie door audiciens vereist. Als dat onvoldoende snel gebeurt, komt de continuïteit in het gedrang.
- b. Audiciens die wij spreken komen prima uit met de toestellen uit de verschillende klassen, dat kan verklaren waarom er weinig beroep gedaan wordt op de extra zorgvraag.
- c. 47% van de toestellen in de database zit in categorie 4 en 5, dat zijn dus bijna 400 toestellen. Ongeveer 20 - 25% van de verzekerden wordt geïndiceerd in categorie 4 of 5.
- d. De verzekerde ontvangt altijd een adequaat hooroplossing conform de zorgplicht van alle partijen. De beslissing om toestellen niet aan te bieden ligt bij de fabrikant, zij hebben de ruimte om toestellen te laten classificeren en op te laten nemen. Audicienbedrijven verrichten de inkoop bij deze fabrikanten, offreren de prijzen bij de zorgverzekeraars en maken afspraken met zorgverzekeraars.

Het zijn niet de zorgverzekeraars die bepalen welke toestellen een audicien levert aan een klant. Verzekeraars maken afspraken met een audicienbedrijf over de kwaliteit van hoorzorg en de prijs voor een hooroplossing. Het is vervolgens het audicienbedrijf dat bepaalt welke merken zij inkoopt bij fabrikanten en welke assortiment ze wil voeren. Op basis van dit assortiment leveren ze een passende hooroplossing aan verzekerden die bij hen komen.

5. Waarom mogen alleen cliënten die bij Multizorg verzekerd zijn bijbetalen? Zijn er meer verzekeraars die zich hierbij gaan aansluiten?

Bijbetalen is individueel zorgverzekeraarbeleid. Bij Multizorg zijn verschillende zorgverzekeraars aangesloten. Ook bij deze zorgverzekeraars geldt dat bijbetalen alleen is toegestaan bij geclassificeerde toestellen en in heel specifieke gevallen (dus niet standaard). Het is ons niet bekend wat ontwikkelingen zijn van andere zorgverzekeraars op dit punt.

6. De NVVS krijgt veel meldingen over slechthorenden die niet op hun werk kunnen functioneren omdat ze geen adequaat toestel vergoed zouden krijgen. Met als gevolg, dat ze op eigen kosten een toestel buiten deze categorie moeten kopen. Waar gaat het in deze volgens ZN mis? En wat kunnen dergelijke mensen nog doen?

Die signalen hebben ons niet bereikt en herkennen wij niet. Het indicatieprotocol is ontwikkeld voor alle klantgroepen, van licht tot zware gehoorproblematiek. Wanneer een verzekerden niet tevreden is kan hij of zij een klacht indienen bij zijn of haar zorgverzekeraar.

7. Wat vindt ZN van de kritiek dat geen toestel is opgenomen dat waterdicht is? Hierdoor komen slechthorenden die veel sporten in de problemen, immers: sporten met een vochtig toestel gaat niet.

Deze kritiek is onbegrijpelijk. Er zijn 193 toestellen, verdeeld over alle klassen, die claimen te voldoen aan IP57, dat houdt in waterdicht tot 1 m diepte gedurende 30 minuten zonder problemen. Er zijn enkele toestellen (bv de Siemens Aquaris) waarvan de leverancier garandeert dat zwemmen geen probleem is.

8 Wat vindt ZN van de kritiek dat mensen met een extra hooraandoening zoals recruitment niet uit de voeten kunnen met de aan de klasse gekoppelde toestellen.

Dit signaal heeft ons niet eerder bereikt.

9. Wat vindt ZN van het effect dat bovengenoemde mensen doordat ze geen geschikt toestel aantreffen en het zelf niet kunnen betalen overwegen om een cochliair implantaat te nemen aangezien die wel vergoed worden?

Mocht dat het geval zijn dan is dat uiteraard niet wenselijk. Een specialist zal op die gronden nooit overgaan tot het plaatsen van cochliair implantaat. Het

indicatieprotocol is ontwikkeld voor alle klantgroepen, van licht tot zware gehoorproblematiek.

10. Naast de NVAB, is het de NVVS, voorstander van het systeem en medeontwikkelaar, die nu aan de bel trekt omdat het niet goed gaat. Ik neem aan dat dat geluid door de verzekeraars zeer serieus wordt genomen. Gaan de zorgverzekeraars nog veranderingen aanbrengen in het beleid om er voor te zorgen dat het meer aansluit? En zo ja welke?

Uiteraard nemen zorgverzekeraars dergelijke signalen serieus. We hebben daarom een overlegstructuur, waarin ook de audiciens en de patiënten zijn vertegenwoordigd. Knelpunten van verzekerden die duiden op een onjuiste werking of uitvoering van het systeem worden daarin besproken en opgelost. Op deze wijze wordt het systeem verder doorontwikkeld. Zorgverzekeraars staan open voor signalen van individuele verzekerden en zullen waar dat nodig is naar gerichte oplossing zoeken.

Factsheet

Totale kosten¹

	2009	2010	2011	2012
Hoortoestellen	109.195.000	114.987.000	116.532.000	142.544.000
Overige hoorhulpmiddelen	17.540.000	18.054.000	21.087.000	33.214.000
Reparatie hoorhulpmiddelen	3.654.000	2.415.000	1.762.000	1.446.000
Baha-hoortoestellen	1.240.000	1.406.000	1.612.000	.
Solo-apparatuur	2.101.000	2.169.000	2.481.000	2.422.000
Totaal	133.730.000	139.031.000	143.474.000	179.626.000

Aantal gebruikers

	2009	2010	2011	2012
Hoortoestellen	134.500	140.200	139.900	162.400
Overige hoorhulpmiddelen	129.800	130.300	136.800	164.500
Reparatie hoorhulpmiddelen	21.900	14.500	11.500	8.930
Baha-hoortoestellen	500	550	680	.
Solo-apparatuur	1.610	1.890	2.000	1.700

Beleid vóór 2013-

- Tot 2013 maximum vergoeding uit basispakket van € 500,
- verzekerde schaft op advies van de audicien het "beste toestel " aan
- gemiddelde prijs per toestel €1200
- verzekerde betaalde gemiddeld **€600 á 700** per toestel bij.
- Bijbetalingen van soms € 2000 per toestel kwamen regelmatig voor
- Indien noodzakelijk voor werk; aanvulling van UWV van max € 700
- Twee loketten systeem

Beleid per 2013

- Per 2013 nieuwe functiegerichte aanspraak op hoortoestellen
- één (Zvw)loket voor een adequaat toestel, óók geschikt voor op het werk;
- geen aanvullende vergoeding uit UWV meer.
- Alle kosten van toestel vergoedt uit het basispakket, minus 25% eigen bijdrage.
- Zorgverzekeraar contracteert voor zijn klanten hoorzorg bij audiciens (inkoopmacht) op basis van eenvoudig (goedkoop) waar dat kan, complex (duur) waar dat nodig is.
- Gemiddelde prijs hoortoestel circa € 825
- eigen bijdrage gemiddeld **€ 200** (voorlopige cijfers)

¹ Bron: GIP/College voor zorgverzekeringen 2013 Geactualiseerd op: 24-06-2013

Spreektekst mondelinge vragen Leijten

Geachte voorzitter,

- Ik vind het zeker niet prettig wanneer slechthorenden met – onnodige - hoge eigen bijbetalingen worden geconfronteerd.
- Dat was voor mij namelijk een belangrijke reden om de aanspraak per 2013 juist te wijzigen.
- In de uitzending van Kassa verklaren NVVS en NVAB dat het nieuwe vergoedingssysteem goed is, maar dat in de uitvoering problemen zitten.
- Volgens de NVAB sturen zorgverzekeraars te strikt op het protocol en is er weinig ruimte voor flexibiliteit
- Volgens de NVVS wordt er te weinig constructief gecommuniceerd tussen de betrokken veldpartijen.
- Ik heb de kamer toegezegd dat ik de ontwikkeling rondom de hoortoestellen zou monitoren en dat ik u daar eind 2013 over zou informeren.
- Omdat ik rond de jaarwisseling pas over de resultaten van een eerste meting beschik, kan ik u niet eerder dan het voorjaar 2014 informeren
- Ik roep intussen partijen op om met elkaar in gesprek te blijven.

Q Wat gaat u doen aan de hoge bijbetalingen

A

- In het oude vergoedingsstelsel betaalde men gemiddeld € 600 á € 700 per toestel bij.
- Door mijn besluit tot invoering van het nieuwe vergoedingsstelsel, is de eigen bijdrage intussen gedaald naar gemiddeld € 200.
- Terwijl de Zvw uitgaven op hoortoestellen nagenoeg gelijk blijft.

Q Hoeveel mensen moeten er nu bijbetalen?**A**

- In feite iedereen, want hulpmiddelen vallen onder het eigen risico.
- Daarnaast heb ik voor hoortoestellen de maximum vergoeding afgeschaft en in plaats daarvan een eigen bijdrage van 25% ingevoerd.
- In het maximum vergoedingssysteem moesten mensen gemiddeld juist veel meer bijbetalen, namelijk € 700), en in het nieuwe systeem gemiddeld €200)

Q Wat gaat u doen om het vergoedingssysteem verder te verbeteren?

A

- Het vergoedingssysteem is in principe heel flexibel
- Iedereen heeft namelijk recht op een adequaat hulpmiddel (hoortoestel) dat passend is voor zijn situatie en dus ook geschikt is voor op de werkvloer.
- Bovendien blijkt het probleem niet in de regels maar in de uitvoering te zitten.
- Ook heb ik u tijdens het AO Pakketadvies van 22 juni 2012 al toegezegd dat ik de hoorzorg zou gaan monitoren.
- Omdat de resultaten van een eerste meting pas eind dit jaar beschikbaar zijn, kan ik u in het voorjaar 2014 een betrouwbare rapportage presenteren.
- Ik wacht graag de bevindingen van het CVZ af alvorens ik iets ga ondernemen.

Q Klopt het dat steeds meer mensen i.p.v. een hoortoestel voor een Cochleair Implantaat kiezen?

A

- Ik heb daar op moment geen aanwijzingen voor.
- Echter, Ik kan me niet voorstellen dat mensen in plaats van een eigen bijdrage voor zo'n ingrijpende operatie – met alle risico's van dien - zouden kiezen.
- En ik kan me niet indenken dat een medisch specialist om die reden ook een dergelijke ingreep zou doen.
- Bovendien komt niet iedereen daar zomaar voor in aanmerking.

Q Is de indeling in “categorieën” in de wet opgenomen?

A

- Nee, in de wet en regelgeving is daar niets over opgenomen.
- Er wordt gewerkt met een protocol dat door het veld zelf is opgesteld.

Vergaderjaar 2017–2018

29 477

Geneesmiddelenbeleid

32 805

Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg

Nr. 489

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juni 2018

Met deze brief informeer ik uw Kamer zoals toegezegd in het Algemeen Overleg Geneesmiddelenbeleid van 22 november 2017 over de maatregelen die ik in deze kabinetsperiode neem voor een beheerste uitgavenontwikkeling voor genees- en hulpmiddelen (Kamerstuk 29 477, nr. 456). Hiermee geef ik invulling aan de maatregelen in het Regeerakkoord «Vertrouwen in de toekomst» van 10 oktober 2017 (Kamerstuk 34 700, nr. 34).

Patiënten moeten kunnen vertrouwen op goede, tijdige en betaalbare toegang tot geneesmiddelen en hulpmiddelen, nu en in de toekomst. Daarom kies ik voor een pakket van maatregelen en initiatieven dat niet alleen inzet op aanvaardbare prijzen van genees- en hulpmiddelen maar ook op het toegankelijk en beschikbaar houden van geneesmiddelen en het verminderen van bijbetalingen voor patiënten. Met dit pakket realiseer ik de beoogde besparing uit het Regeerakkoord oplopend tot € 467 miljoen. Mijn inzet op aanvaardbare prijzen kenmerkt zich enerzijds door prijsdrukkende maatregelen en instrumenten die ik centraal kan inzetten, en anderzijds door initiatieven op decentraal niveau die veldpartijen faciliteren bij een scherpere inkoop van genees- en hulpmiddelen.

De prijsdrukkende maatregelen die ik op *centraal* niveau neem, betreffen een aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) door Duitsland als referentieland te vervangen door een ander land met een vergelijkbaar welvaartsniveau en lagere prijzen (1.1), de voortzetting en uitbreiding van financiële arrangementen over dure geneesmiddelen (1.2), een modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (1.3), meer prijstransparantie (1.4), en het instrument «dwanglicentie» in relatie tot excessief hoge geneesmiddelenprijzen (1.5). De *decentrale* initiatieven die veldpartijen faciliteren scherper in te kopen, betreffen een overheveling van geneesmiddelen van de openbare apotheek naar het ziekenhuis (2.1), preferentiebeleid, platform inkoopkracht en scherpere inkoop hulpmiddelen (2.2), het verder inzetten op barcodering (2.3) en een verduidelijking rondom magistrale bereidingen (2.4). Ten slotte werk ik ook op *internati-*

onaal niveau aan de hoge geneesmiddelprijzen door een intensivering van de samenwerking (3).

Zoals gezegd wil ik behalve het aanpakken van hoge prijzen voor genees- en hulpmiddelen ook inzetten op het maximeren van bijbetalingen voor patiënten.

Dit Kabinet neemt immers maatregelen ter vermindering van de stapeling van eigen betalingen in de zorg. Daarom introduceer ik vanaf 2019 een maximering voor eigen betalingen aan geneesmiddelen van € 250 per verzekerde per jaar. Ook hierover informeer ik u nader in deze brief (5).

In hun initiatiefnota «Big Farma: niet gezond» doen de PvdA, GroenLinks en SP voorstellen om de grip op de kosten van geneesmiddelen te vergroten.

Ik waardeer de inzet van deze partijen. De voorgestelde maatregelen in de initiatiefnota overlappen voor een groot deel met de maatregelen die ik neem in deze kabinetsperiode en die ik in deze brief toelicht. Ik wil immers ook zorgen voor veilige, betaalbare en toegankelijke geneesmiddelen. Parallel aan deze brief stuur ik u in een aparte brief een meer gedetailleerde reactie op de initiatiefnota.

Vooraf

Het vorige Kabinet heeft in zijn geneesmiddelenvisie ingezet op het beschikbaar houden van (innovatieve) geneesmiddelen voor de patiënt tegen aanvaardbare prijzen. Deze visie blijft voor mij een belangrijk uitgangspunt voor het beleid voor de komende jaren.

Het beleid omtrent *extramurale* geneesmiddelen (geneesmiddelen verstrekt via openbare apotheken) is de afgelopen periode financieel succesvol gebleken.

Dit komt door centrale instrumenten zoals het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) en de centrale prijsonderhandelingen, financiële arrangementen door het ministerie. Maar ook door de werking van het stelsel en daarbij horend de ruimte die decentraal is geboden aan partijen, bijvoorbeeld voor het door zorgverzekeraars uitgevoerde preferentiebeleid. Sinds 2011 is er € 2,5 miljard bespaard ten opzichte van het beschikbare kader. Dit vertaalt zich naar lagere premies en hoge kwaliteit van zorg door gepast gebruik van geneesmiddelen.

De inkoop van extramurale hulpmiddelen wordt met name beïnvloed door beleid vanuit zorgverzekeraars en ook dit is de afgelopen jaren financieel gezien succesvol gebleken, waarbij ook is ingezet op de kwaliteit: sinds 2012 blijven de uitgaven (gemiddeld genomen) min of meer gelijk, bij een toenemend aantal gebruikers.

Op het gebied van *intramurale* geneesmiddelen (geneesmiddelen die verstrekt worden vanuit het ziekenhuis en onder de ziekenhuisbekostiging vallen) zien we een forse toename van de uitgaven. Om deze groei in uitgaven binnen de perken te houden en tegelijkertijd de toegankelijkheid van (dure) geneesmiddelen te borgen is door mijn ambtsvoorganger een groot aantal beleidsmaatregelen ingezet. Ook zijn afspraken met de partijen in de medisch specialistische zorg gemaakt (het integraal pakket aan maatregelen dure geneesmiddelen¹), op basis waarvan alle betrokkenen zich inzetten om de uitgaven aan dure geneesmiddelen onder controle te houden.

¹ Integraal pakket aan maatregelen ter borging van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dure geneesmiddelen (bijlage bij Kamerstuk 29 477, nr. 358)

Veel van deze maatregelen zet ik de komende periode voort en zal ik zo nodig doorontwikkelen en intensiveren.

Voorbeelden hiervan zijn de gezamenlijke inkoop van dure geneesmiddelen op internationaal, nationaal, en lokaal niveau; een aangescherpte pakketsluit voor dure geneesmiddelen, sneller en beter inzicht in de pipeline voor nieuwe middelen door horizonscanning op Europees en nationaal niveau, het versterken van de inkoopkracht van partijen, het stimuleren van het gebruik van biosimilars en de inzet op gepast gebruik.² In het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019–2022³ heb ik het integraal pakket aan maatregelen bestendigd.

De komende periode wordt met de akkoordpartijen besproken op welke onderdelen deze samenwerkingsafspraken uitgebreid of geïntensiveerd worden (Kamerstuk 29 248, nr. 309).

Behalve voorgaande inzet neem ik zoals aangekondigd in het regeerakkoord ook *aanvullende* maatregelen om de kosten van genees- en hulpmiddelen verder te beheersen. Ik ga hier in deze brief nader op in.

1. Centrale maatregelen voor aanvaardbare prijzen

Zoals gezegd zet ik in op «centrale» en «decentrale» maatregelen/initiatieven om te komen tot aanvaardbare prijzen voor geneesmiddelen en hulpmiddelen. Onder centrale maatregelen schaar ik de instrumenten die ik van overheidswege kan inzetten:

- Aanpassing van de Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp) (1.1);
- Financiële Arrangementen geneesmiddelen (1.2);
- Modernisering geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) (1.3);
- Prijstransparantie (1.4); en
- Dwanglicenties (1.5).

Ik licht de verschillende maatregelen hieronder toe.

1.1 Aanpassing Wet geneesmiddelenprijzen (Wgp)

Ik zal de Wet geneesmiddelenprijzen aanpassen door Duitsland als referentieland te vervangen door een ander land met een vergelijkbaar welvaartsniveau maar met lagere prijzen. Dit leidt naar verwachting tot een aanzienlijke besparing.

De doelstelling van de Wgp is het waarborgen van de beschikbaarheid van geneesmiddelen tegen redelijke prijzen. De Wgp bepaalt sinds 1996 de maximumprijs voor geneesmiddelen in Nederland op basis van het rekenkundig gemiddelde van de prijzen van vergelijkbare geneesmiddelen in vier referentielanden. Nu zijn dat België, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland. Bij de keuze voor de referentielanden is het prijsniveau in de betreffende landen relevant. Met name voor *spécialités* (geneesmiddelen waar nog een octrooi op rust en dus geen generieke concurrentie is) speelt de Wgp een belangrijke rol in de prijsbeheersing. Voor octrooiloze middelen (generieken) doet de markt haar werk en liggen de werkelijke handelsprijzen meestal (veel) lager, onder meer door het preferentiebeleid. Een aanpassing van de Wgp zal dus naar verwachting met name de prijs van *spécialités* verlagen.

De keuze om Duitsland als referentieland te vervangen door een ander land komt doordat de prijzen in Duitsland over het algemeen (aanzienlijk) hoger liggen dan in de andere drie referentielanden. Dit is zo omdat

² zoals via het ZonMw-programma Goed Gebruik Geneesmiddelen.

³ Kamerstuk 29 248, nr. 311

Duitsland een andere benadering kiest bij het vaststellen van geneesmiddelenprijzen. Het vervangen van Duitsland leidt daarom naar verwachting tot fors lagere prijzen in Nederland. Ik onderzoek op dit moment welk land met een vergelijkbaar welvaartsniveau en lagere prijzen Duitsland kan vervangen. Ik denk hierbij aan Noorwegen, Finland of Zweden. De wetswijziging leidt naar verwachting tot een besparing van structureel € 160 miljoen op extramurale geneesmiddelen. Het leidt ook tot uitgavenreductie bij intramurale geneesmiddelen, wat bijdraagt aan de beheerste uitgavenontwikkeling in de medisch specialistische zorg.

Ik heb ook zorgvuldig gekeken naar andere opties, waaronder een overstap naar het Noorse model⁴ zoals de PvdA, GroenLinks en SP in de initiatiefnota «Big farma: niet gezond!» adviseren. De reden om voor het huidige voorstel te kiezen, en niet voor één van de andere onderzochte opties, is dat in de voorgestelde variant de beste balans wordt gevonden tussen betaalbaarheid enerzijds en tijdige beschikbaarheid van geneesmiddelen anderzijds. Fabrikanten lijken hun strategie voor lancering van nieuwe geneesmiddelen (mede) te laten bepalen door de (introductie)prijs die ze in een land kunnen vragen. Voor Nederland speelt ook mee dat 15 andere Europese landen de Nederlandse prijzen meenemen in hun prijsberekening – omdat wij daar referentieland zijn. Een lagere prijs in Nederland werkt daarmee door in 15 andere Europese landen. Bij het Noorse model wordt te sterk gedrukt op de Nederlandse (introductie)prijs, wat reden kan geven voor de fabrikant een geneesmiddel hier later (of niet) te lanceren. Hierdoor kunnen nieuwe middelen waar patiënten graag snel toegang toe willen hebben pas later beschikbaar komen. Voor Noorwegen zelf is dit risico veel minder groot.

Hier spelen meerdere factoren een rol, maar een belangrijk verschil is dat Noorwegen zelf maar voor vijf landen referentieland is. Een prijsverlaging in Noorwegen heeft daarmee voor een fabrikant veel minder verdergaande consequenties. Ook speelt mee dat Noorwegen prijzen van geneesmiddelen gemiddeld minder vaak herijkt. Dit betekent dat een fabrikant een hogere introductieprijs (omdat op dat moment nog in weinig andere Europese landen een prijs is vastgesteld) daar langer kan behouden. In Nederland herijken we alle geneesmiddelen iedere zes maanden, waardoor een lagere prijs in een referentieland veel sneller tot lagere prijzen in Nederland leidt.

Kortom, het overnemen van het Noorse model in Nederland kan ertoe leiden dat Nederlandse patiënten langer op nieuwe geneesmiddelen moeten wachten en dat wil ik voorkomen.

Ik ga het voorstel tot vervanging van Duitsland als referentieland nu eerst verder uitwerken, voordat ik tot een definitieve keuze van aanpassing van de Wgp kom. Daarna start ik een wetswijzigingstraject. De beoogde inwerkingtreding van de wijziging van de Wgp waarin ik Duitsland vervang voor een ander land is 1 januari 2020. Uiteraard zal ik als onderdeel van dit traject het wetsvoorstel breed consulteren.

Ik ben ook bezig met andere wijzigingen van de Wgp, die ik in een apart wetstraject zal doorvoeren. Zo wil ik onder meer onderzoeken of de bezwaar- en beroepprocedures en de handhavinginstrumenten nog voldoen.

Verder bekijk ik op dit moment op welke manier ik gevolg wil geven aan de uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) van 7 juli 2017⁵ waarin is bepaald dat bij het vaststellen van de maximumprijs

⁴ Bij het Noorse model wordt een maximumprijs (in beginsel) vastgesteld op het gemiddelde van de drie laagste prijzen in negen referentielanden.

⁵ College van Beroep voor het bedrijfsleven, 7 juli 2017, ECLI:NL:CBB:2017:249 (Pfizer/Lyrica).

rekening gehouden moet worden met een nog geldend tweede-medische-indicatieoctrooi. U bent hierover eerder geïnformeerd.⁶ De reden om deze aanpassingen in een apart wetstraject te doen, is omdat ik de aanpassing naar aanleiding van het Regeerakkoord (waarin ik Duitsland vervang) niet wil laten wachten.

Dit met het oog op de besparingen.

1.2 Financiële arrangementen

Ik wil inzetten op het nog verder bevorderen van de scherpe inkoop van geneesmiddelen. Daar waar dat decentraal, door veldpartijen zelf kan, dient dat zo veel mogelijk nagestreefd en gestimuleerd te worden. Ik ga hier nader op in verderop in mijn brief (2.2). In sommige gevallen is het nodig om ook op centraal niveau scherpere prijzen te realiseren. Ik heb het dan over onderhandelingen door de overheid om te komen tot financiële arrangementen voor dure geneesmiddelen. Die arrangementen maken het mogelijk dat dure geneesmiddelen voor verlaagde en aanvaardbare kosten beschikbaar komen in het basispakket. Ik zet deze onderhandelingen voort en breidt het aantal geneesmiddelen waarover ik onderhandel nog verder uit.

In 2012 zijn de eerste centrale onderhandelingen vanuit het Ministerie van VWS gestart om grote verwachte financiële risico's van nieuwe geneesmiddelen af te kunnen dekken. Tot 2015 werd het instrument van centrale onderhandelingen met name ingezet bij extramurale geneesmiddelen, geneesmiddelen die vergoed worden op basis van het geneesmiddelvergoedingensysteem (GVS). Het aangrijpingspunt hiervoor is dat voor al deze geneesmiddelen, in tegenstelling tot bij de intramurale geneesmiddelen, voorafgaand aan toelating tot het basispakket, eerst een beoordeling door het Zorginstituut plaatsvindt en daarna pas een besluit volgt tot vergoeding. Voor intramurale geneesmiddelen geldt er niet een dergelijke toetsing aan de poort maar stroomt het middel na (Europese) markttoelating in principe vanzelf het basispakket van de zorgverzekering in mits de behandeling met het geneesmiddel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Voorgaande situatie voor intramurale geneesmiddelen is sinds 2015 gewijzigd met de introductie zogenaamde «sluis voor intramurale geneesmiddelen» (hierna: de sluis). Nieuwe geneesmiddelen die in de sluis komen, stromen niet vanzelf in het basispakket maar worden pas opgenomen in het pakket nadat het middel is beoordeeld door het Zorginstituut, vaak gevolgd door een prijsonderhandeling en eventueel het opstellen van gepast gebruik afspraken. Een vergelijkbare procedure dus met het systeem dat voor alle extramurale geneesmiddelen standaard is. De sluis wordt toegepast voor nieuwe geneesmiddelen (of nieuwe indicaties) met hoog «financieel risico».

Op 1 juli 2018 treedt een algemene maatregel van bestuur (AMvB) in werking, waarin de procedure en criteria zijn toegelicht op basis waarvan de sluis zal worden toegepast. Met de AMvB scherp ik de criteria voor de toepassing van de sluis aan ten opzichte van de huidige criteria. In mijn brief aan uw Kamer van 27 maart 2018⁷ heb ik op basis van de AMvB de nieuwe sluiskandidaten kenbaar gemaakt. Vooruitlopend op de inwerkingtreding van de AMvB wordt de sluis toegepast bij een uitzonderlijk hoog macrokostenbeslag, namelijk van meer dan € 40 miljoen voor de in de sluis te plaatsen behandeling (indicatie) en meer dan € 100 miljoen voor alle verwachte behandelingen met het geneesmiddel. Het

⁶ Kamerstuk 29 477, nr. 459.

⁷ Kamerstuk 29 477, nr. 475

verschil tussen de huidige situatie en de situatie na inwerkingtreding van de AMvB is dat straks ook geneesmiddelen met een hoog, maar niet uitzonderlijk hoog macrokostenbeslag aangepakt zullen worden. Een geneesmiddel komt dan in aanmerking voor de sluis indien:

- met de behandeling van één nieuwe indicatie of meerdere nieuwe indicaties samen het verwacht macrokostenbeslag € 40 miljoen of meer per jaar bedraagt. Alle nieuwe indicaties worden in de sluis geplaatst; of
- de kosten van een behandeling voor een nieuwe indicatie per behandeling per jaar € 50.000 of meer zijn en het verwachte macrokostenbeslag van die behandeling € 10 miljoen of meer per jaar bedraagt. Ook deze indicatie wordt in de sluis geplaatst.

Ik blijf uw Kamer elk jaar via een voortgangsbrief financiële arrangementen informeren over de opbrengsten van de financiële arrangementen (zowel intramuraal als extramuraal).

1.3 Modernisering Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

Ik ga deze kabinetsperiode aan de slag met een groot onderhoud en modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS).

Het GVS is ingevoerd als bijbetalingssysteem en hanteert vergoedingslimieten voor groepen (zogenaamde GVS clusters) van geneesmiddelen die therapeutisch gezien «onderling vervangbaar» zijn. Alle geneesmiddelen binnen een cluster hebben dezelfde vergoedingslimiet. Indien de prijs van een geneesmiddel hoger is dan die vergoedingslimiet, betaalt de patiënt het verschil zelf bij (bijbetaling).

Dit zorgt enerzijds voor een prikkel bij de farmaceut om de prijzen voor geneesmiddelen niet te hoog te stellen en anderzijds voor een prikkel bij de patiënt en voorschrijver om voor het meest doelmatige middel te kiezen. Zij willen immers voorkomen dat de patiënt moet bijbetalen.

De vergoedingslimieten zijn voor het laatst herijkt in 1999. Dat betekent dat voor de clusters die voor 1999 gevormd zijn, de vergoedingslimieten gebaseerd zijn op een gemiddelde van de prijzen van die geneesmiddelen die ten tijde van de herijking in het cluster aanwezig waren. Voor de clusters die na die tijd gevormd zijn is de vergoedingslimiet gebaseerd op de introductieprij van het geneesmiddel dat als eerste in de gehanteerde prijslijst (de G-standaard, ook wel *taxe* genoemd) vermeld stond. De prijs van geneesmiddelen die later aan het cluster zijn toegevoegd, waaronder generieke geneesmiddelen, wordt dus niet meegenomen in de bepaling van de vergoedingslimiet.

In de jaren 80 waren er zorgen rondom de beheersbaarheid van de kosten voor de extramurale geneesmiddelen. Dit heeft in 1991 geleid tot de gesloten aanspraak voor deze middelen, namelijk het GVS. Een groot deel van de capaciteit van het Zorginstituut gaat daardoor ook naar de beoordeling van extramurale geneesmiddelen.

Op dit moment liggen de zorgen rondom de beheersbaarheid van de kosten echter voornamelijk bij de intramurale geneesmiddelen. Deze vaak dure, innovatieve geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden verstrekt, stromen namelijk bijna altijd automatisch, dus zonder beoordeling door het Zorginstituut, het verzekerde pakket in, vanwege de open aanspraak voor intramurale middelen. Ik wil daarom beter kijken naar een goede verdeling van de beoordelingscapaciteit tussen extramurale en intramurale geneesmiddelen. Ik zal dat meenemen in mijn plannen om het GVS toekomstbestendig te maken en aanpassen aan de wensen van deze tijd.

Binnen het GVS kunnen zich bepaalde ondoelmatigheden voordoen. Zo komt het voor dat bij bepaalde clusters niet altijd het meest doelmatige geneesmiddel wordt gebruikt/voorgeschreven en dat er geneesmiddelen zijn zonder vergoedingslimiet. Ik wil onderzoeken of deze ondoelmatigheden voor zover mogelijk met maatwerkoplossingen kunnen worden aangepakt, zonder dat daarbij er elders in het systeem, of in andere clusters, nadelige effecten optreden. Daarnaast zal ik inzetten op het aanpakken van knelpunten die voor patiënten problemen opleveren, bijvoorbeeld situaties waarbij er ongewenst (hoge) bijbetalingen optreden voor de patiënt dan wel situaties waarbij een geneesmiddel als gevolg van de GVS systematiek niet op de markt beschikbaar komt of blijft. Ook zal ik in de modernisering van het GVS kijken naar een verbeterde verzekerde beschikbaarheid van magistrale bereidingen en de beheersing van de kosten daarvan.

Met bovenstaande acties zal ik werken aan een toekomstbestendig GVS. Ik stel hierbij als doel – op termijn – een kostenbesparing van € 140 miljoen te realiseren. Om hier toe te komen zet ik nog dit jaar in op een verdiepende analyse naar en inventarisatie van verbetermogelijkheden en knelpunten binnen het GVS. Daarbij kijk ik ook naar de inzet van de beoordelingscapaciteit van het Zorginstituut op de extramurale en intramurale farmacie. Daarna zal ik hierover in gesprek treden met verschillende betrokken partijen. Ik zal u uiterlijk eind dit jaar informeren over de uitkomsten van deze analyse en de vervolgstappen.

Thans géén brede herberekening GVS vergoedingslimieten, herberekening blijft sluitpost

De afgelopen jaren is er veel gesproken over een herberekening van de vergoedingslimieten in het GVS. Dit houdt in dat de vergoedingslimieten opnieuw worden vastgesteld, waarbij de prijzen van alle geneesmiddelen uit het cluster worden meegenomen. Er zijn onderzoeken uitgevoerd, waarover door mijn voorgangers met uw Kamer over van gedachten is gewisseld, waarin de gevolgen van een herberekening van de vergoedingslimieten in kaart zijn gebracht. Hieruit blijkt dat een herberekening zal leiden tot lagere limieten en dus lagere collectieve uitgaven. Maar een herberekening betekent ook dat miljoenen patiënten zullen moeten switchen naar een goedkoper geneesmiddel om bijbetaling te voorkomen of, als zij niet kunnen of willen switchen, zullen worden geconfronteerd met hogere en extra bijbetalingen. De gevolgen van een herberekening zijn onzeker en mogelijk ingrijpend voor de patiënt, zo blijkt uit deze onderzoeken. In het Regeerakkoord is dan ook opgenomen dat bij het invullen van de taakstelling de herberekening als een sluitpost fungeert.

Gezien de mogelijk nadelige gevolgen zal ik op dit moment niet kiezen voor een GVS brede herberekening van de vergoedingslimieten. Ook een selectieve herberekening (een herberekening van *een deel* van de clusters) acht ik om uitvoeringsredenen niet opportuun. Wel zet ik, zoals hierboven vermeld, in op het toekomstbestendig maken van het GVS. Met de modernisering beoog ik bestaande (onder andere hierboven genoemde) ondoelmatigheden in het systeem te adresseren, waarbij ik ook kijk naar de mogelijkheid van maatwerkoplossingen en zal ik knelpunten die in de loop van de jaren zijn ontstaan en de patiënttoegang kunnen belemmeren aanpakken.

1.4 Prijstransparantie

Fabrikanten zijn helaas vrijwel nooit transparant over de prijsopbouw van hun geneesmiddelen. En hoewel transparantie in de prijsopbouw van geneesmiddelen geen doel op zich is, wordt het vanwege de hoge en in

enkele gevallen excessieve prijzen van geneesmiddelen steeds meer van belang dat inzicht wordt gegeven in de prijsonderbouwing. De vraag of we met collectief opgebrachte premiemiddelen hoge winstopslagen of vooral onderzoekskosten betalen, maakt veel uit voor de maatschappelijke aanvaardbaarheid van de hoge prijzen en het borgen van de solidariteit die hieraan ten grondslag ligt. Transparantie stelt de samenleving, beroepsgroepen, zorgverzekeraars, het Zorginstituut en VWS in staat de geneesmiddelen op hun merites te beoordelen.

Ik concludeer dat een dergelijke verandering niet vanzelf tot stand is gekomen, daarom zoek ik naar mogelijkheden om dit te stimuleren. Ik ben hierover in gesprek met de farmaceutische industrie, waaronder de Vereniging Innovatie Geneesmiddelen, en heb hen gevraagd zelf met een voorstel te komen.

Ik verwacht van de industrie dat zij hierin hun verantwoordelijkheid nemen en inzetten op een open en duurzaam prijsbeleid. Ook in internationale discussies zet ik in op meer transparantie (zie verderop, hoofdstuk 3). Bij alle financiële arrangementen die ik met leveranciers afsluit verwacht ik in de onderhandeling ook meer transparantie van fabrikanten: naar gelang fabrikanten meer transparantie over de prijsonderbouwing betrachten, kan VWS hun prijzen beter op hun merites beoordelen en bezien of in gevallen relatief hogere prijzen legitiem kunnen zijn. Dit laatste kan met name bij weesgeneesmiddelen opportuun zijn. Ook mijn inzet op alternatieve prijsmodellen, zoals ondermeer blijkt uit de subsidiëring door het Ministerie van het Fair Medicine initiatief⁸ zal ik internationaal uitdragen, onder meer in Beneluxa verband. Kort gezegd wil Fair Medicine op een transparante manier geneesmiddelen ontwikkelen en produceren, en ze tegen zo laag mogelijke kosten beschikbaar stellen aan patiënten. Binnenkort ontvang ik een voortgangsverslag van Fair Medicine.

Ik wil een verandering tot stand brengen in de wijze waarop in Nederland geneesmiddelen ontwikkeld worden en op de markt worden gebracht. En daarmee ook een verandering in de transparantie over de ontwikkelkosten van geneesmiddelen.

Daarom pleit ik voor die delen van de markt waarin excessen optreden voor een verandering in het verdienmodel van de farmaceutische industrie. Dat moet resulteren in prijzen met een duidelijke relatie en aanvaardbare verhouding tussen de ontwikkelkosten en de prijs van het geneesmiddel.

Daar waar publiek geld wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van een geneesmiddelenoctrooi, moet via de licenties en de voorwaarden die daaraan worden verbonden, gestuurd wordt op »faire» geneesmiddelenprijzen.

1.5 Dwanglicenties

In mijn reactie op het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving⁹ heb ik de Tweede Kamer toegezegd een verkenning uit te voeren naar het instrument »dwanglicentie» in relatie tot excessief hoge geneesmiddelenprijzen. Ook tijdens het Algemeen Overleg Geneesmiddelenbeleid van 22 november jl. is hierover uitgebreid met uw Kamer gesproken, waar ik bevestigd heb dat ik samen met de Minister van Economische Zaken en Klimaat naar het instrument dwanglicenties zal kijken.

⁸ Subsidie is in 2016 verleend voor de periode van vijf jaar.

⁹ Brief van 20 november 2017, Kamerstuk 29 477, nr. 453

Een dwanglicentie is een uitzondering op een octrooirecht. Een octrooi biedt de houder een exclusief recht om zijn uitvinding (zoals een geneesmiddel) voor 20 jaar te exploiteren, en vormt zo een prikkel tot innovatie. Met een dwanglicentie worden de rechten van een octrooihouder beperkt, en wordt een derde partij gemachtigd om het geneesmiddel te produceren. Een dwanglicentie kan alleen worden verstrekt als het algemeen belang dat vordert. Omdat de dwanglicentie een ingrijpende beperking is van het eigendomsrecht van de octrooihouder, wordt dit instrument zelden ingezet. In Nederland is nog nooit een dwanglicentie verleend en ook in andere landen is deze situatie nauwelijks voorgekomen.

Zoals uit de verkenning blijkt (zie bijlage¹⁰) moet een geneesmiddel geregistreerd worden, ook als het een geneesmiddel betreft waarvoor een dwanglicentie is afgegeven. Data-exclusiviteit of marktexclusiviteit kan die registratie in de weg staan, waardoor het geneesmiddel ondanks een dwanglicentie niet op de markt gebracht kan worden. Dit is op Europees niveau geharmoniseerd in de Geneesmiddelenrichtlijn; ik kan de regels daarover niet zelf aanpassen.¹¹

Ik wil daarom onderzoeken of deze belemmeringen weg kunnen worden genomen. Ik ben van plan bij de Europese Commissie na te gaan welke mogelijkheden zij ziet om de markt- en data-exclusiviteit op te kunnen heffen in een situatie waarin een dwanglicentie wordt verleend. Aangezien het gaat om Europese regelgeving zal dit een proces van de lange adem zijn, zonder garantie op een (voor Nederland) gewenste uitkomst.

Daarnaast zijn tijdens de verkenning naar dit instrument de Minister van Economische Zaken en Klimaat en ik tot de conclusie gekomen dat de beperkte ervaring met het gebruik van een dwanglicentie er voor zorgt dat er nog veel onduidelijkheid is over het instrument. Ik zal, samen met de Minister van Economische Zaken en Klimaat, daarom een commissie inrichten en deze commissie vragen om de inzet van dwanglicenties, zoals de Raad van Volksgezondheid en Samenleving geadviseerd heeft, in een breder kader te beschouwen. Dit omvat in ieder geval een juridisch en een economisch perspectief, met daarbij aandacht voor oogpunten die de commissie verder van belang acht. Vragen voor de Commissie worden onder meer:

- Hoe ziet het juridische kader rondom de dwanglicentie eruit?
- Welke criteria zijn er voor de verlening van een dwanglicentie voor een geneesmiddel?
- Wat zijn de consequenties van het inzetten van dwanglicenties voor andere terreinen?
- Wat zijn de consequenties voor de geneesmiddelenmarkt?
- Wat is de proportionaliteit van het instrument?
- Zijn er andere juridische instrumenten waarmee de beschikbaarheid van kostbare geneesmiddelen kan worden bevorderd en hoe kansrijk zijn deze?

Ik verwacht dat de commissie na de zomer aan de slag kan, en ik zal in overleg met de commissie een realistisch tijdspad afspreken waarop zij aan de Minister van Economische Zaken en Klimaat en mij terug rapporteren.

¹⁰ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

¹¹ Richtlijn 2001/83/EG van het Europees parlement en de Raad van 6 november 2001 tot vaststelling van een communautair wetboek betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik, (PbEU 2001, L 311) zoals gewijzigd en gerectificeerd bij diversie richtlijnen.

2. Decentrale maatregelen

In aanvulling op de eerdergenoemde «centrale» maatregelen waarbij het Rijk aan zet is, zet ik in op maatregelen/initiatieven die partijen decentraal faciliteren om de inkoop van dure geneesmiddelen verder te verscherpen, zoals:

- Overheveling geneesmiddelen (2.1);
- Preferentiebeleid, platform inkoopkracht en scherpere inkoop hulpmiddelen (2.2);
- Barcodering genees- en hulpmiddelen (2.3); en
- Magistrale bereiding (2.4).

Ik zal hieronder per maatregel een toelichting geven over de voorgestelde aanpak en de te verwachten gevolgen.

2.1 Overheveling geneesmiddelen

De sinds 2012 ingezette overhevelingen van groepen dure geneesmiddelen van de extramurale farmacie naar de ziekenhuisfarmacie krijgen een vervolg. Ook in deze kabinetsperiode zullen diverse groepen geneesmiddelen worden overgeheveld, waarover in het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019–2022 is afgesproken dat wordt gestreefd naar een eerste overheveling per 2019. Doel van de overheveling van deze geneesmiddelgroepen is te komen tot een meer eenduidige regeling van de verzekerde aanspraak en bekostiging, en het bevorderen van een scherpere inkoop en doelmatige inzet door ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Met de overheveling worden deze groepen geneesmiddelen niet langer vergoed als onderdeel van de Zvw prestatie «farmaceutische zorg» (en vallen dus niet meer onder het GVS) maar worden zij als medisch-specialistische zorg uitsluitend vergoed als onderdeel van de Zvw prestatie «geneeskundige zorg». Hiermee wordt het ziekenhuis verantwoordelijk voor de verstrekking en inkoop van en zorg rondom deze geneesmiddelen. Het zal gaan om geneesmiddelen voor de behandeling van vaak ernstige aandoeningen, die uitsluitend door een medisch specialist worden ingezet, maar vaak in de thuissituatie worden toegediend.

De overheveling heeft geen gevolgen voor de vergoeding voor patiënten en ook niet voor het gebruik in de thuissituatie.

Bij de overhevelingen van de extramurale farmacie naar de ziekenhuisfarmacie zal ik de aanbevelingen die zijn gedaan in de evaluatie van de eerdere overhevelingen meenemen. Deze evaluatie is ook met u gedeeld.¹²

Een belangrijke reden om geneesmiddelen over te hevelen is dat doelmatige inkoop en inzet van geneesmiddelen wordt gestimuleerd en de kwaliteit kan worden verhoogd, door deze geneesmiddelen integraal onder de ziekenhuisbekostiging te brengen. Het ziekenhuis kan haar voorschrijf- en inkoopbeleid toesnijden op haar eigen patiëntenpopulatie, waarvoor zij meer mogelijkheden heeft dan verzekeraars in hun inkoopbeleid.

Een andere aanleiding voor de overhevelingen is gelegen in de zogenaamde «dubbele aanspraak» die bij sommige geneesmiddelgroepen bestaat. Van een dubbele aanspraak wordt gesproken bij geneesmiddelen die zowel verstrekt en vergoed kunnen worden vanuit de openbare

¹² Kamerstuk 29 477, nr. 352.

farmacie (extramuraal) als vanuit het ziekenhuis (intramuraal). Indien een geneesmiddel zowel in de huisartsenzorg als in de medisch specialistische zorg wordt voorgeschreven is dat ook logisch. Maar bij geneesmiddelgroepen die uitsluitend door medisch specialisten worden ingezet kan deze «dubbele aanspraak» leiden tot onduidelijkheid en tot onwenselijke prikkels in het voorschrijfgedrag van artsen. Om dergelijke prikkels tegen te gaan wil ik komen tot een eenduidige aanspraak en bekostiging voor alle geneesmiddelen uit deze geneesmiddelengroepen.

Voor een eerste overheveling kijk ik op dit moment naar de geneesmiddelen die vallen in de groepen van immunoglobulines en gonadoreline-agonisten en -antagonisten. Omdat ik veel waarde hecht aan een zorgvuldige overheveling ben ik op dit moment met veldpartijen in overleg over de uitvoerbaarheid. Ik zal u informeren of (een van) deze groepen worden overgeheveld per 2019.

2.2 Preferentiebeleid, platform inkoopkracht en scherpere inkoop hulpmiddelen

Ik wil er op inzetten dat er op decentraal niveau scherpere decentrale inkoop versterkt wordt, zowel bij geneesmiddelen als bij hulpmiddelen.

Preferentiebeleid verzekeraars

Ik zal ervoor zorgen dat het preferentiebeleid van zorgverzekeraars ook in de toekomst mogelijk blijft. Zorgverzekeraars mogen – in het geval er meerdere leveranciers zijn van een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof – zelf aanwijzen welke geneesmiddelen uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) zij vergoeden.¹³ Zorgverzekeraars vullen dit preferentiebeleid allemaal individueel in. Dit levert jaarlijks forse besparingen op.

In het kader van de werkgroep Tekorten¹⁴ zijn afspraken gemaakt om mogelijk nadelige effecten van preferentiebeleid te voorkomen, zoals het tijdiger aanwijzen van preferente middelen zodat fabrikanten meer tijd hebben om voorraden aan te leggen of op te maken, een meerjaarlijks preferentiebeleid zodat de markt voor fabrikanten voorspelbaarder wordt, en meer eisen opnemen over de leveringszekerheid van preferente geneesmiddelen. Het preferentiebeleid maakt het ook mogelijk dat meerdere kleinere spelers op de markt kunnen opereren. Dat is gunstig voor de concurrentie.

Platform inkoopkracht dure geneesmiddelen

Het Platform Inkoopkracht Dure Geneesmiddelen is vorig jaar door mijn ambtsvoorganger ingesteld met als doel de inkoop van dure geneesmiddelen binnen het huidige zorgsysteem te optimaliseren. Op 7 februari jl. heb ik de eerste bijeenkomst van het Platform geopend en is er een start gemaakt met het opstellen van de werkagenda voor het Platform. Het Platform zal partijen ondersteunen in het versterken van hun inkooppositie ten opzichte van de farmaceutische industrie, zodat zij effectiever kunnen onderhandelen.

Het Platform is primair gericht op het bieden van concrete oplossingen voor – door stakeholders geconstateerde – knelpunten op het gebied van inkoop, inkoop samenwerking, en gepast gebruik. Over de activiteiten en de resultaten van het Platform zal ik u regelmatig informeren.

¹³ artikel 2.8 van het Besluit Zorgverzekering.

¹⁴ met de koepels van (ziekenhuis)apothekers, artsen, patiëntenverenigingen, farmaceutische bedrijven, groothandels, zorgverzekeraars en overheidsorganisaties (College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.).

Biosimilars

De inzet van zogenaamde biosimilars kan tot een besparing op de uitgaven aan biologische geneesmiddelen leiden. Een biosimilar is een geneesmiddel dat zo is ontwikkeld dat het gelijkwaardig is met een bestaand biologisch geneesmiddel (het referentiegeneesmiddel – de biological). Door het beschikbaar komen van een of meerdere biosimilars naast de originele biological ontstaat er meer concurrentie tussen de producten. Dit leidt tot meer prijsdruk en de mogelijkheid tot strategisch inkoopbeleid door ziekenhuizen, apothekers en zorgverzekeraars.

Het is van belang dat de kansen die biosimilars bieden voor bovengenoemde partijen voor scherpe inkoop en meer doelmatige zorg worden gezien en benut. Een belangrijke stap hierin is het vergroten van de kennis en het wegnemen van vaak ononderbouwde twijfels over over biosimilars onder patiënten, voorschrijvers en andere betrokkenen. Recentelijk ben ik gestart met het subsidiëren van het programma «implementatie Biosimilars op Maat in ziekenhuizen» (2018–2020) van Initiatiefgroep Biosimilars Nederland te gaan subsidiëren voor een bedrag van circa € 750.000. Dit programma richt zich primair op het voorschrijfgedrag van biosimilars in de medisch specialistische zorg en zal voorlichtingsmateriaal en -bijeenkomsten organiseren. Ook worden vanuit dit programma ziekenhuizen ondersteund bij het maken van beleid op en de inkoop van biosimilars. Met deze subsidie wil ik bijdragen aan de bewustwording van de mogelijkheden van biosimilars en zorgverleners en aanbieders stimuleren hiervan gebruik te maken.

Inkoop hulpmiddelen extra- en intramuraal

Net als bij de geneesmiddelen maakt de Zorgverzekeringswet in de bekostiging van medische technologie (waaronder medische hulpmiddelen), onderscheid tussen «intramurale» en «extramurale hulpmiddelen». Intramurale medische hulpmiddelen worden in het ziekenhuis gebruikt (zoals implantaten, pacemakers en apparatuur zoals MRI scanners etc.) De kosten van deze hulpmiddelen vallen onder de ziekenhuiszorg. Tot de extramurale hulpmiddelen worden de medische hulpmiddelen gerekend die patiënten buiten het ziekenhuis gebruiken (zoals hoortoestellen en bloedglucosemeters). De kosten van extramurale hulpmiddelen worden rechtstreeks door de zorgverzekeraar vergoed.

De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars met hun inkoopbeleid op extramurale hulpmiddelen al behoorlijke besparingen gerealiseerd. Ook zijn er bestuurlijke afspraken gemaakt om de hulpmiddelenzorg voor de patiënt te verbeteren.¹⁵ Ik ga met zorgverzekeraars verder in overleg om afspraken te maken om binnen de beschikbare financiële ruimte te blijven. Deze afspraken gaan niet alleen over prijsdruk op de inkoop van hulpmiddelen, maar ook over aandacht voor kwaliteit en het juiste hulpmiddel voor de patiënt.

In het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019–2022 heb ik met partijen afgesproken dat zij zich inzetten voor het verscherpen van de inkoop van (dure) medische technologie en dat zij daartoe de mogelijkheden tot samenwerking in kaart brengen. Dit zal leiden tot meer efficiency en minder administratieve lasten in het inkoopproces, en het versterkt de onderhandelingspositie van ziekenhuizen (inkoopmacht) die tot besparingen zullen leiden. Wat betreft dat laatste heeft uw Kamer ook de motie van het lid De Vries (34 775 XVI, nr. 69) aangenomen waarin u de regering heeft verzocht om een onderzoek door de NZa en ACM te laten

¹⁵ Kamerstuk 32 805, nr. 53

doen naar de inkoop- en marktmacht bij hulpmiddelen, waarbij wordt gezien welke belemmeringen en oplossingen er zijn. Naar aanleiding van die motie heb ik met beide toezichthouders gesproken over de informatie die zij beschikbaar hebben en heb ik eerdere rapporten en onderzoeken geraadpleegd. Op basis daarvan hebben zowel de NZa als de ACM – op basis van hun respectievelijke bevoegdheden en toezichtstaken – bekeken hoe het gevraagde onderzoek kan worden uitgevoerd en welke informatie daarbij van belang is. De NZa werkt momenteel al aan een monitor over hulpmiddelenzorg.

In het onderzoek dat hieraan ten grondslag ligt zal in overleg met de ACM ook het onderwerp van de motie worden meegenomen. De monitor hulpmiddelenzorg wordt naar verwachting eind 2018 gepubliceerd.

Ik heb uw Kamer eerder toegezegd een visie op medische technologie en hulpmiddelen te geven waarin bovenstaande aspecten ook een plek zullen krijgen. De komende maanden ga ik met betrokken partijen in gesprek met als doel hoe we gezamenlijk met inzet van medische technologie de kwaliteit en organisatie van zorg kunnen verbeteren, betaalbaar kunnen houden en hoe we technologie beter kunnen laten aansluiten op de behoefte van de patiënt.

2.3 Barcoding

In lijn met het Regeerakkoord zet ik in op het verder stimuleren van de invoering van barcoding, zowel bij hulpmiddelen als bij geneesmiddelen, omdat barcoding een bijdrage kan leveren aan de verbetering van de patiëntveiligheid (minder kans op medicatie fouten en betere traceerbaarheid van medische hulpmiddelen) en de doelmatigheid (efficiënter voorraadbeheer).

Bij geneesmiddelen die in ziekenhuizen worden gebruikt is 80% van de primaire verpakking al voorzien van een barcode. Daardoor wordt *bedside scanning* mogelijk; de barcode van het geneesmiddel wordt dan gekoppeld aan de gegevens van de patiënt. Er is een kleine werkgroep met vertegenwoordigers vanuit de ziekenhuisapothekers en groothandels bezig om uit te zoeken op welke wijze de resterende 20% van deze geneesmiddelen ook voorzien kan worden van een barcode op de primaire verpakking.

Voor medische hulpmiddelen die worden gebruikt in ziekenhuizen zijn vorig jaar door partijen afspraken gemaakt voor de gefaseerde invoering van een eenduidige codering. Dit loopt vooruit op de nieuwe Europese regelgeving voor medische hulpmiddelen – die grotendeels in werking treedt op 26 mei 2020 – en die onder andere beoogt de patiëntveiligheid te vergroten door regels omtrent markttoelating en markttoezicht op medische hulpmiddelen aan te scherpen, inclusief de invoering van een Unique Device Identification (UDI).

2.4 Magistrale bereidingen

Ik wil voor meer duidelijkheid zorgen wanneer magistrale bereidingen, bereidingen van geneesmiddelen door de apotheek zelf voor patiënten, mogelijk zijn en eventuele belemmeringen hiervoor zo veel mogelijk wegnemen, binnen de kaders van de Europese regelgeving. Daarbij spelen zowel het geneesmiddelenrecht als het octrooirecht een rol. Een apotheekbereiding kan een alternatief zijn voor geregistreerde geneesmiddelen, bijvoorbeeld als er sprake is van een excessief hoge prijsstelling. Een verantwoorde inzet van apotheekbereidingen komt de beschikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg ten goede. Dit is in lijn met het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)

«Ontwikkeling nieuwe geneesmiddelen, beter, sneller, goedkoper» van eind vorig jaar.

Bij het beschikbaar stellen van geneesmiddelen verdient het in beginsel de voorkeur om geregistreerde geneesmiddelen te gebruiken. Deze middelen hebben alle controles op veiligheid, werkzaamheid en kwaliteit doorlopen. Ook de farmacovigilantie (geneesmiddelenbewaking om bijwerkingen van geneesmiddelen en problemen gerelateerd aan geneesmiddelen op te sporen, te beoordelen, te begrijpen en te voorkomen) is goed ingesteld op geregistreerde geneesmiddelen.

Aan de registratie van (wees)geneesmiddelen zijn bepaalde prikkels verbonden. Bijvoorbeeld in de vorm van dossierbescherming. Daarnaast geldt voor weesgeneesmiddelen dat als zij geregistreerd worden dat zij ook marktexclusiviteit krijgen. Tien jaar lang mag er geen ander gelijkwaardig product voor dezelfde weesziekte geregistreerd worden. Deze prikkels zijn bedoeld om nieuwe geneesmiddelen te maken of nieuwe toepassingen van bestaande medicijnen te onderzoeken waar nu geen behandeling voor is. Dit is van belang voor de industrie om onderzoek naar nieuwe (wees)geneesmiddelen te doen en om geneesmiddelen te registreren. Want dat onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen geld kost betwist niemand.

Ik zie echter ook dat er misbruik van de (wees)geneesmiddelenwetgeving wordt gemaakt om een al bekende werkzame stof (die al lange tijd bij een bepaalde ziekte wordt toegepast) te registreren. Daardoor wordt ook de marktexclusiviteit gebruikt om de prijs flink op te drijven. Recent is hier een voorbeeld van chenodeoxycholzuur (CDCA) in het AMC in de media gekomen. Ik heb hier in een brief aan uw Kamer op gereageerd.¹⁶ Ik vind het daarom toe te juichen als partijen binnen de kaders van de wet zelf de mogelijkheden opzoeken om alternatieven te vinden voor te dure geneesmiddelen of voor geneesmiddelen waarvan de meerkosten van de registratie niet te rechtvaardigen zijn.

In deze gevallen wil ik ervoor zorgen dat er voldoende duidelijkheid is wanneer apotheekbereidingen een goed, veilig en binnen de regels van de Geneesmiddelenwet alternatief kunnen zijn voor deze producten. Een apotheker mag daarnaast geen inbreuk op het octrooi van de octrooihouder maken als hij een geneesmiddel bereidt. Separaat stuur ik u een brief waarin ik, samen met de Minister van Economische Zaken en Klimaat, in ga op de apothekersvrijstelling in de Rijksoctrooiwet 1995.

Ik zal met ondermeer de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ i.o.), het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) bezien of er in de aanspraak cq bekostiging of praktijk belemmeringen zijn voor de toepassing van apotheekbereidingen in die gevallen dat de Geneesmiddelenwet deze toepassing wel toelaat en of er meer duidelijkheid verschaft kan worden over deze toepassing. Ik zal zelf ook naar het Besluit zorgverzekeringen kijken. Bij de modernisering van het GVS zal ik kijken naar een verbeterde verzekerde beschikbaarheid van apotheekbereidingen. Daarnaast ga ik met het veld in gesprek om te horen welke ontwikkelingen men ziet voor apotheekbereidingen in de toekomst. Uiteraard moet de kwaliteit van de bereidingen wel in orde zijn met oog op de patiëntveiligheid. En moet de toepassing van de apotheekbereidingen in lijn zijn met de Europese *guidelines* en geen inbreuk maken op intellectuele eigendomsrechten. Ik zal uw Kamer uiterlijk in oktober 2018 nader informeren over de voortgang op dit dossier.

¹⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/17/kamerbrief-over-zelf-medicijnen-maken-zodat-patientbehandeling-betaalbaar-wordt>

3. Internationaal

Ook op internationaal vlak zet ik in op meer aanvaardbare prijzen door een intensivering van de samenwerking tussen landen en door het gezamenlijk bevorderen van transparantie van prijzen. Ik zal mij er de komende periode op internationaal vlak voor blijven inzetten dat innovatieve geneesmiddelen snel bij de patiënt komen tegen een aanvaardbare prijs.

Zo wil ik samen met andere landen bekijken of de bestaande EU beschermingsmechanismen die specifiek voor geneesmiddelen zijn gecreëerd (zoals aanvullende beschermingscertificaten, data-exclusiviteit en marktexclusiviteit) de gewenste resultaten opleveren. Ik denk dat deze mogelijk leiden tot te hoge prijzen en ongebreidelde prijsstijging. Als dat zo is dan acht ik dit slecht verdedigbaar. De Europese Commissie heeft op 25 mei jl. – mede op verzoek van Nederland – een studie gepresenteerd naar de invloed van deze beschermingsmechanismen op de beschikbaarheid en betaalbaarheid van geneesmiddelen. Ook verschijnt er binnenkort een vergelijkbaar rapport van een door de Minister van EZK en ondergetekende uitgezette studie voor de Nederlandse context. Ik zal de uitkomsten van deze studies bestuderen en samen met andere EU lidstaten actief de discussie aangaan over hoe we eventuele ongewenste of onbedoelde effecten van deze beschermingsmechanismen in de praktijk kunnen aanpakken.

Veel aandacht blijft uitgaan naar concrete samenwerking met andere landen. Het BeNeLuxA initiatief verloopt positief, met bijvoorbeeld vijf gezamenlijke health technology assessment (HTA) beoordelingen in 2017, een uitgevoerde en een lopende gezamenlijke prijsonderhandeling en een gezamenlijke strategische inzet bij nationale prijsonderhandelingen. Ook is een Horizon Scanning Initiatief gelanceerd, waarin een groot aantal (ook niet EU) landen grote interesse heeft. Dit blijft niet onopgemerkt door andere landen.

Op 18 februari jl. heeft Nederland bekend gemaakt zich te willen aansluiten bij het BeNeLuxA initiatief. Dit betekent een bijzondere en waardevolle uitbreiding van het samenwerkingsverband. Ik verwacht dat het samenwerkingsverband niet alleen op korte termijn, maar ook op lange termijn een waardevolle bijdrage aan betaalbaarheid en toegankelijkheid van geneesmiddelen blijft leveren. Nederland blijft een actieve partner en zoekt naar landen die naast Nederland een positieve aanvulling kunnen zijn.

Naast het delen van technische expertise, het leren van elkaars best-practices en het onderling uitwisselen van informatie over prijzen en markten, maakt deze samenwerking het ook mogelijk om op belangrijke onderwerpen beleidsoplossingen en gezamenlijke standpunten te verkennen.

Op internationaal niveau zet ik in op meer transparantie van de prijzen tussen landen onderling. Als we van elkaar niet weten wat we daadwerkelijk betalen, spelen we fabrikanten in de kaart. In BeNeLuxA verband streven we onderling, met inachtneming van bestaande geheimhoudingsafspraken bij uitonderhandelde geneesmiddelen, naar transparantie over elkaars prijzen. Ook in Europees verband blijf ik mijn collega's uitnodigen om hetzelfde te doen.

4. Overzicht maatregelen en besparingen

In onderstaand overzicht geef ik weer hoe ik verwacht de taakstelling uit het Regeerakkoord in te vullen met de maatregelen in deze brief, waarbij de bedragen naar schatting zijn weergegeven:

	2019	2020	2021	2022
<i>Reeks Regeerakkoord</i>	€ 61	€ 158	€ 305	€ 467
Aanpassing Wet geneesmiddelenprijzen (1.1)	€ 0	€ 110	€ 150	€ 160
Modernisering Geneesmiddelenvergoedingssysteem (1.3)	€ 0	€ 0	€ 40	€ 140
Overheveling geneesmiddelen (2.1)	€ 5 / PM	€ 12	€ 12	€ 12
Scherpere inkoop genees- en hulpmiddelen (1.2, 1.4, 2.2, 2.4, 3)	€ 30	€ 36	€ 103	€ 155
Inzet ruimte volumegroei Zvw ¹	€ 26	€ 0	€ 0	€ 0
<i>Totaal maatregelen</i>	€ 61	€ 158	€ 305	€ 467

¹ Niet alle beschikbare middelen voor de volumeontwikkeling binnen de Zvw zijn nodig in 2019. Hierdoor ontstaat incidenteel ruimte om een deel van deze middelen in te zetten voor de invulling van de taakstelling genees- en hulpmiddelen.

Bovenstaande opbrengsten hebben betrekking op extramurale genees- en hulpmiddelen. Dat neemt niet weg dat sommige maatregelen ook intramuraal effect hebben (aanpassing Wgp, scherpere inkoop en barcodering): dat draagt bij aan de financiële doelstellingen bij de medisch specialistische zorg, waar in het Regeerakkoord een aparte taakstelling voor is opgenomen. De effecten van bovengenoemde maatregelen worden gemonitord. Indien de maatregelen niet leiden tot de in het Regeerakkoord vastgelegde besparing, zal ik zo nodig kijken naar alternatieve maatregelen.

5. Maximeren eigen betalingen € 250 per patiënt

Het Kabinet neemt maatregelen om de stapeling van zorgkosten te verminderen. Graag verwijs ik naar de brief van 17 november 2017 van de Minister van VWS en mij over deze maatregelen en de voorhangbrief van 1 juni jl. bij het ontwerpbesluit waarmee, onder meer, de vermogensinkomensbijtelling wordt verlaagd en een abonnementstarief voor Wmo-maatwerkvoorzieningen wordt geïntroduceerd.¹⁷ Mensen maken zich zorgen of de zorg die zij nodig hebben er wel is en of zij die wel kunnen betalen. Ik vind het belangrijk dat de zorg betaalbaar is en blijft voor iedereen en ik erken dat er een stapeling van eigen betalingen kan plaatsvinden. Ik ga de eigen betalingen voor geneesmiddelen uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem («GVS») voor deze kabinetsperiode vanaf 2019 maximeren op € 250 per jaar per verzekerde.

Zoals aangegeven, het GVS clustert op populatieniveau onderling vervangbare geneesmiddelen en stelt voor de geneesmiddelen binnen dat cluster een vergoedingslimiet. Indien de patiënt een geneesmiddel gebruikt dat duurder is dan de vergoedingslimiet, dan betaalt de patiënt het verschil bij. Deze eigen betalingen komen bovenop het verplicht eigen risico van € 385 per jaar per verzekerde van achttien jaar of ouder. Om de stapeling van zorgkosten tegen te gaan is in het Regeerakkoord afgesproken dat de eigen betalingen aan geneesmiddelen uit het GVS voor deze kabinetsperiode vanaf 2019 tot € 250 per jaar per verzekerde wordt gemaximeerd.

Ik zie bij deze maatregel voordelen voor de patiënt, namelijk dat zij voortaan nooit meer met bijbetalingen hoger dan € 250 kunnen worden geconfronteerd. De maatregel kent ook risico's. Zo kan de maatregel er ook toe leiden dat fabrikanten de prijzen mogelijk zullen verhogen, omdat ze weten dat de zorgverzekeraar het bedrag boven de € 250 toch vergoedt. Als fabrikanten de prijzen gaan verhogen dan heeft dat potentieel twee

¹⁷ Kamerstuk 29 538, nr. 199 en Kamerstukken 29 538 en 34 104, nr. 225.

effecten. 1: boven de € 250 zullen er geen eigen betalingen meer voor patiënten zijn, maar dit zal wel leiden tot hogere zorgkosten; 2: daar waar nu nog geen of lage eigen betalingen waren zullen, door het verhogen van de prijzen, straks meer patiënten geconfronteerd worden met een eigen betaling die voorheen niet hoefden bij te betalen (weliswaar gemaximeerd tot € 250). Deze nadelen zijn ook onder mijn aandacht gebracht door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), waarmee ik in de afgelopen periode over dit thema sprak. Vooral nog betreft de maximering een maatregel voor de periode 2019 tot en met 2021. Monitoring is van belang om de effecten te beoordelen.

Ik heb zorgverzekeraars verzocht gezamenlijk, in overleg met apothekers, voor een uniforme uitvoering te kiezen, dat wil zeggen op dezelfde wijze uitvoering hanteren richting verzekerden. Ik vind het namelijk van belang dat er voor patiënten geen onduidelijkheid bestaat.

De maximering van de eigen bijdragen voor geneesmiddelen wordt via een wijziging van de Regeling zorgverzekering geregeld. Deze wijzigingsregeling is op 13 juni jl. in de Staatscourant gepubliceerd en treedt in werking op 1 januari 2019. De maximering zal naar schatting € 15 miljoen per jaar kosten.

Slot

Met deze brief heb ik u geïnformeerd over mijn plannen voor de komende periode om de kosten van genees- en hulpmiddelen verder te beheersen en tegelijkertijd te zorgen dat genees- en hulpmiddelen toegankelijk en beschikbaar blijven voor patiënten.

Ook heb ik u geïnformeerd hoe ik de eigen betalingen aan geneesmiddelen voor patiënten ga maximeren.

Ik ga de komende periode aan de slag met de verdere uitwerking van de maatregelen en zal daarbij alle relevante veldpartijen betrekken.

Ik informeer uw Kamer over de voortgang.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

Veldnorm

hoortoestelverstrekking

2009

Voorwaarden voor kwaliteit

Federatie van Nederlandse Audiologische Centra
Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en van kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden
GAIN, Audiologische Industrie Nederland
Nationale Hoorstichting
Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven
Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus-, Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied
Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden

Amersfoort, januari 2009
Versie 3.0

Verantwoording

De in dit document vastgestelde veldnorm heeft betrekking op de handelwijze van KNO-artsen, klinisch-fysicus audiologen en de StAr-geregistreerde audiciens en is opgesteld door de volgende partijen:

- Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC),
- Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en van kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden (FOSS),
- GAIN, Audiologische Industrie Nederland (GAIN),
- Nationale Hoorstichting,
- Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven (NVAB),
- Nederlandse Vereniging voor Keel-, Neus-, Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (KNO-vereniging),
- Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS)

Vastgesteld te Amersfoort, 11 december 2008.

Ondertekend door:

FENAC, 5.1.2e

FOSS, G.L.G. 5.1.2e

GAIN, 5.1.2e

Nationale Hoorstichting, 5.1.2e

NVAB, 5.1.2e

KNO-vereniging, 5.1.2e

NVVS, 5.1.2e

Ten geleide

Omwillen van een goede hulpverlening aan individuele slechthorenden, maar ook uit maatschappelijk oogpunt, is een kwalitatief hoogstaande hoortoestelverstrekking noodzakelijk.

Bij de selectie en verstrekking van hoortoestellen zijn meerdere partijen betrokken: zorgverzekeraars, zorgaanbieders, fabrikanten/importeurs en leveranciers van hoortoestellen, en cliëntenvertegenwoordigers. Zorgaanbieders, fabrikanten/importeurs, leveranciers van hoortoestellen en cliëntenvertegenwoordigers hebben gezamenlijk veldnormen vastgesteld die de randvoorwaarden vormen voor adequate audiologische zorgverlening. Samenwerking tussen de professionals enerzijds en betrokkenheid van de cliënt in het selectie- en aanpassingstraject anderzijds zijn hierbij belangrijke uitgangspunten.

De veldnormen worden hieronder in vier deelgebieden uiteengezet: probleemsignalering, opstellen van een zorgplan, keuze van het hoortoestel en levering en begeleiding. De opstellers van de veldnormen verwachten hiermee een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de hoorhulpmiddelenzorg.

Motivatie

Slechthorenden hebben volgens het Besluit Zorgverzekering recht op een ‘functionerend hulpmiddel’. Binnen NOAH wordt dit beschouwd als een te allen tijde adequaat functionerend hulpmiddel. Bij het keuzen en aanpastraject van het beoogde hoorhulpmiddel zijn verschillende zorgaanbieders betrokken die hun ketenzorg optimaal moeten inrichten.

De vertegenwoordigers van patiënten, voorschrijvers, fabrikanten/importeurs en leveranciers, verenigd in het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH), willen gezamenlijk op dit punt een bijdrage leveren, omdat zij zeer gehecht zijn aan een hoog kwaliteitsniveau in de hoorhulpmiddelenzorg. Ook de zorgverzekeraar hecht waarde aan kwaliteit in hulpmiddelenzorg. De deregulering maakt het gewenst voor de uitvoeringspraktijk aan te geven wat hieronder wordt verstaan. Een belangrijk hulpmiddel daarbij is het formuleren van een veldnorm, die de essentie van de tegenwoordige audiologische zorgverlening beschrijft.

De kwaliteit van de verstrekking van hoortoestellen is vooral van belang omdat:

- slechthorendheid een toenemend volksgezondheidsprobleem is, enerzijds door de vergrijzing, die onvermijdelijk tot meer ouderdomsslechthorenden leidt, en anderzijds door de toenemende blootstelling aan industrieel lawaai en het toenemend gebruik van persoonlijke muziekapparatuur (mp3-spelers e.d.), die aanzienlijke risico's op lawaaislechthorendheid met zich meebrengen;
- de maatschappelijke en sociale positie van slechthorenden aanzienlijk kan worden verbeterd met een kwalitatief goede revalidatie van het gehoor;
- het aantal slechthorende mensen dat nog geen hoortoestellen gebruikt desondanks beduidend hoog is;
- slechthorenden door een onbehandeld gehoorprobleem de neiging hebben maatschappelijk minder actief te zijn en grotere gezondheidsrisico's lopen;
- niet adequate gehoorrevalidatie ernstige negatieve gevolgen heeft voor de slechthorende en zijn omgeving en bovendien is te beschouwen als verspilling van publieke middelen.

De verstrekking van hoortoestellen moet derhalve voldoende kwaliteit bieden bij een kostenefficiënte inrichting van het zorgproces.

Strekking van de veldnorm

Hoorhulpmiddelenzorg volgt de stappen van de door CvZ opgestelde Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg (2005) [1] en kent de volgende deelgebieden:

- A. Probleem signaleren en zorgvraag formuleren
- B. Maken van een zorgplan
- C. Selecteren, aanpassen, proefgebruik en beslissen
- D. Leveren, instrueren, gebruiken en evalueren

Deze deelgebieden worden hieronder nader omschreven.

De uitvoering van de hoorhulpmiddelenzorg wordt geleverd door professionals. Als professionals worden beschouwd: de KNO-arts, de klinisch-fysicus audioloog en de de StAr-geregistreerde audicien. De professionals voeren een aantoonbaar beleid om de kwaliteit van hun activiteiten te borgen. Deze professionals dienen in nauwe samenwerking te streven naar kwalitatief goede diagnostiek en gehoorrevalidatie die vraaggestuurd is en uitgaat van de functionele beperkingen, participatiewensen en omstandigheden van de cliënt. De verdeling van verantwoordelijkheden valt af te leiden uit het NOAH-3 protocol, dat als bijlage een integraal deel van deze veldnorm is. Hierbij zijn de onderstaande hoekstenen van de audiologische veldnorm het uitgangspunt.

A. Veldnorm “Probleem signaleren en zorgvraag formuleren”

Iedereen met klachten over slechthorendheid kan zich in eerste aanleg melden bij de huisarts of de de StAr-geregistreerde audicien. Bij kinderen tot 16 jaar zal de audicien geen gehoortesten uitvoeren, maar hij zal deze kinderen in alle gevallen verwijzen naar de huisarts.

Huisarts

Bij de huisarts ligt de veldnorm vast in de professionele NHG-standaard Slechthorendheid [2]. Op basis van gericht onderzoek vindt - op indicatie volgens breed geaccepteerde criteria (NHG-standaard slechthorendheid, NOAH-3 protocol) - verwijzing plaats naar een KNO-arts of Audiologisch Centrum ten behoeve van nadere diagnostiek, therapie, revalidatie en/of begeleiding.

De StAr-geregistreerde audicien

Voor de slechthorende (vanaf 16 jaar) is het ook mogelijk zich rechtstreeks te melden bij de StAr-geregistreerde audicien. Indien dit het geval is zal deze audicien een triageonderzoek uitvoeren. De richtlijnen voor dit onderzoek zijn ontwikkeld. Het triageonderzoek bestaat ten minste uit:

- Een medische en psychosociale anamnese.
- Een globale beoordeling van oorschelp, gehoorgang en trommelvlies.
- Een volwaardig toonaudiometrisch onderzoek (lucht- en beengeleiding) met adequate maskering in een geluidsarme omgeving, die aan de inrichtingseisen van StAr voldoet.
- Op indicatie een spraakaudiogram.

Op basis van de uitkomsten wordt beoordeeld of verwijzing naar de huisarts, de KNO-arts en/of het Audiologisch Centrum noodzakelijk is (conform de afspraken in het NOAH-3 protocol). Dit advies wordt met de cliënt besproken. Indien de cliënt niet hoeft te worden verwezen, bepaalt de audicien op basis van het toonaudiogram of er indicatie is voor een hoortoestel. De manier waarop de cliënt aanspraak kan maken

op vergoeding kan per verzekeraar verschillen. Bij sommige verzekeraars is een voorschrift van een verwijzer (KNO-arts of AC) vereist om voor vergoeding in aanmerking te komen.

KNO-arts en Audiologisch Centrum

Bij verwijzing naar een KNO-arts of Audiologisch Centrum zal medisch specialistische diagnostiek en audiologisch onderzoek worden uitgevoerd. Het audiologisch onderzoek bestaat minimaal uit volwaardig toonaudiometrisch onderzoek met adequate maskering in een voldoende geluidsarme omgeving, en een spraakaudiogram. Op basis van de uitkomsten zal een therapie worden ingezet of wordt (zodanig multidisciplinaire) hoorrevalidatie gestart, waarbij voor het selecteren, adviseren, aanpassen en leveren van de hoortoestellen nauw wordt samengewerkt met een audicien. Voor complexe problematiek zal de KNO-arts een Audiologisch Centrum inschakelen conform de afspraken in het NOAH-3 protocol.

B. Veldnorm "Maken van een zorgplan"

In het zorgplan stellen cliënt en professional gezamenlijk behandeldoelen vast en formuleren zij gezamenlijk het beoogd functioneren. Ook stellen behandelaar en cliënt gezamenlijk een programma van eisen op, op basis van:

- de zorgbehoeften van de cliënt,
- de doelen die de cliënt wenst te bereiken,
- een inventarisatie van de mogelijkheden van de audiologische hulpmiddelen,
- objectieve voorlichting.

Bij de advisering staat de behoefte van de cliënt centraal en geeft hij/zij expliciet akkoord op de opgestelde plannen. Keuzevrijheid voor de cliënt is essentieel om zorg op maat te kunnen bieden en houdt in dat de cliënt invloed heeft op de te kiezen hoorapparatuur. De keuzevrijheid wordt o.a. gegarandeerd door de cliënt:

- goede en objectieve voorlichting te geven;
- keuze uit meerdere merken en modellen te bieden;
- zo veel mogelijk nadere informatie te verstrekken over de vergoedingsmogelijkheden (basis verzekering, aanvullende verzekering, UWV, belasting, WMO, rugzakje) en met de cliënt te bekijken welke vergoedingsmogelijkheden in aanmerking komen;
- een vrijblijvende proef met hoorapparatuur aan te bieden van minimaal 8 weken;
- te wijzen op zijn recht om gebruik te maken van een 'second opinion' bij een (andere) audicien, KNO-arts of Audiologisch Centrum.

Het zorgplan behoeft de instemming van de cliënt en wordt zo nodig bijgesteld. De financiële consequenties worden vooraf besproken, waarna de cliënt expliciet instemt met de financiële consequenties van zijn/haar keuzen. In het zorgplan benoemen behandelaar en cliënt ook de eventuele andere revalidatiebehoeften.

C. Veldnorm "Selecteren, uitproberen en beslissen"

Cliënt en de StAr-geregistreerde audicien maken samen een afweging voor de selectie van een adequaat hoortoestel. De keuze betreft onder meer het aan te passen oor (of de aan te passen oren), het soort hoortoestel (achter-het-oor, in-het-oor of open-kanaal) en de technische functionele kenmerken. Deze keuze is gebaseerd op de mate van het gehoorverlies, het beoogd gebruik en de kosten van het hoortoestel en op de eventueel aanwezige informatie of opgestelde voorwaarden van de kant van een door cliënt geconsulteerde KNO-arts of klinisch fysicus audioloog.

Hoortoestellen zijn technologisch hoogwaardige producten die worden geleverd met een fabrieksinstelling. Deze instelling moet (door de audicien) verder verfijnd worden op basis van het beoogde gebruik van het hoortoestel, de onderzochte kenmerken van het gehoorverlies en de omstandigheden van de individuele cliënt.

Het is de taak van de audicien, vanuit zijn of haar kennis en kunde, om de hoortoestellen zodanig aan te passen aan de individuele omstandigheden van de cliënt dat hij/zij (zo) goed (mogelijk) kan horen. In de regel start de aanpassing op basis van evidence-based voorschrijfgeregels. Deze eerste aanpassing kan individueel worden bijgesteld aan de hand van de persoonlijke beleving van de klankkwaliteit en van de spraakverstaanbaarheid door de cliënt.

De resultaten van de aanpassing worden objectief geverifieerd met behulp van metingen van het spraakverstaan en - op indicatie - het richtinghoren en het niveau van onaangename luidheid. Ook een technische meting van de individuele overdrachtsfunctie van het hoortoestel op het oor behoort tot de mogelijkheden om de aanpassing te verfijnen.

Bij de aanpassing wordt aandacht besteed aan de verschillende technische mogelijkheden om beter te verstaan in lawaai dan wel om aanpassing aan verschillende akoestische luistersituaties mogelijk te maken. Ook wordt voorlichting gegeven over de mogelijkheden om met het hoortoestel te telefoneren en gebruik te maken van de ringleiding of overige randapparatuur.

Indien cliënt of audicien niet binnen 3 maanden van mening zijn dat een bevredigend revalidatieresultaat is bereikt, zal de audicien in contact treden met een audiologisch centrum in de regio of verwijzen naar het audiologisch centrum zinnig is.

D. Veldnorm “Leveren, instrueren, gebruiken en evalueren”

De levering van het hoortoestel start pas als alle betrokken partijen (cliënt, KNO-arts, klinisch-fysicus audioloog en audicien) tevreden zijn over het functioneren van het hoorhulpmiddel en de cliënt zich expliciet akkoord heeft verklaard met de aanschaf, mede op basis van het opgestelde zorgplan in fase B en de ervaringen in de proefperiode. De audicien verzorgt de gebruiksinstructie en regelt de wettelijke vergoedingen met de zorgverzekeraar en bespreekt met de cliënt welke aanvullende vergoedingsbronnen hij/zij zelf moet aanspreken. Indien het NOAH-3 protocol of de zorgverzekeraar dit noodzakelijk achten, gebeurt dit laatste op basis van een goedkeurende verklaring van de voorschrijver (KNO-arts of klinisch-fysicus audioloog).

De leverancier garandeert - in samenwerking met de fabrikant - dat de hoortoestellen bij normaal gebruik en onderhoud en onder normale omstandigheden niet binnen vijf jaren behoeven te worden vervangen.

Indien het gehoor of de akoestische behoeften van de cliënt zich na verloop van tijd wijzigen, zal de audicien de instelling van het hoortoestel aanpassen aan de nieuwe situatie (indien mogelijk). Zo nodig maakt hij hierbij gebruik van de adviezen van de voorschrijver (KNO-arts of klinisch-fysicus audioloog).

De audicien onderzoekt of de cliënt, enige tijd nadat hij is gerevalideerd, nog steeds een functionerend toestel heeft en of de cliënt eventueel andere, aanvullende revalidatiebehoeften heeft (gekregen).

Tot slot

Deze veldnorm biedt de noodzakelijke voorwaarden voor kwalitatief hoogstaande zorg op het gebied van hoorrevalidatie. NOAH acht de zorgverzekeraars verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ingekochte diensten. Om deze kwaliteit te kunnen garanderen, dienen zij bevoegde en bekwame zorgaanbieders te contracteren.

De partijen die betrokken zijn bij de opstelling van deze veldnorm spreken de intentie uit dat deze periodiek zal worden geactualiseerd; de eerste keer geschiedt dat uiterlijk voor 31 december 2011.

Noten:

- [1] Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg, te vinden op de website van het College voor Zorgverzekeringen (CvZ), pagina http://www.cvz.nl/resources/procesbeschrijvingen_hulpmiddelen_tcm28-18804.pdf
- [2] NHG-standaard Slechthorendheid 2005, te vinden op de website van het Nederlands Huisartsen Genootschap (<http://nhg.artsennet.nl>).

Tussenrapportage evaluatie beleidswijziging vergoeding hoortoestellen



5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e



<http://www.nivel.nl>

5.1.2e@nivel.nl

Telefoon 5.1.2e

Fax 5.1.2e

©2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

1 Inleiding	5
1.1 Achtergrond	5
1.2 Doelstelling project	7
1.3 Leeswijzer rapport	8
2 Methode	9
2.1 Oriënterende interviews	9
2.2 Methode NIVEL-activiteiten	10
2.2.1 CQI metingen 2010 en 2012	11
2.2.2 Analyses	11
2.3 Methode Ecorys-activiteiten	12
2.3.1 Financiële effecten ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds	12
2.3.2 Eigen betalingen	13
2.3.3 Prijzen van hoortoestellen	14
3 Oriënterende interviews met stakeholders	17
3.1 Wetgeving / nieuwe beleid	17
3.1.1 Functiegerichte omschrijving	17
3.1.2 Spanningsveld tussen commercie en zorg	17
3.2 Keuzeprotocol Hoorzorg	17
3.2.1 (Proces) / ontwikkeling en invoering protocol	17
3.2.2 Categorisatie hoorproblematiek	18
3.2.3 De Amsterdamse Vragenlijst	18
3.2.4 Categorisatie hoortoestellen	19
3.2.5 Digitaal Portaal	19
3.2.6 Bijzondere doelgroepen	20
3.3 Inkoopbeleid van zorgverzekeraars	21
3.4 Financiële aspecten	21
3.4.1 Totale uitgaven ten laste van het zorgverzekeringsfonds	21
3.4.2 Eigen bijdragen	22
3.4.3 Prijzen van hoortoestellen	23
3.5 Ervaringen hoortoestelgebruikers	23
3.6 Evaluatie van het beleid	24
4 Ervaringen van respondenten	27
4.1 CQI Audiciens 2010 en 2012	27
4.1.1 Achtergrondkenmerken van de respondenten in 2010 en 2012	27
4.1.2 Kenmerken zorggebruik en hoorzorg van de respondenten in 2010 en 2012	28
4.1.3 Ervaringen met de audiciens in 2010 en 2012	28
4.2 CQI Hoortoestellen 2010 en 2012	30
4.2.1 Achtergrondkenmerken van de respondenten in 2010 en 2012	30
4.2.2 Kenmerken gehoorproblematiek en hoortoestelgebruik van respondenten in 2010 en 2012	31
4.2.3 Ervaringen met het hoortoestel 2010 en 2012	31
5 Resultaten kosten hoorzorg	35

5.1	Totale uitgaven aan hoortoestellen die ten laste komen van het zorgverzekeringsfonds	35
5.2	Eigen bijdragen	38
5.3	Ervaren betaalbaarheid van het hoortoestel (2010 en 2012)	42
5.4	Prijzen van hoortoestellen	44

6 Reflectie / hoe verder

47

6.1	Belangrijkste bevindingen tot nu toe	47
6.1.1	Functionele verstrekking	47
6.1.2	Ervaringen hoortoesteldragers	48
6.1.3	Financiële aspecten	49
6.2	Beschikbaarheid data onderzoek	50
6.3	Aanpak 2014	51
6.3.1	Ervaringen van hoortoesteldragers	51
6.3.2	Financiële aspecten	52

Bijlagen:

- Bijlage 1 CQI Audiciens 2010
- Bijlage 2 CQI Audiciens 2012
- Bijlage 3 CQI Hoortoestellen 2010
- Bijlage 4 CQI Hoortoestellen 2012
- Bijlage 5 Aanvullende vragen CQI Audiciens

- **Inleiding**

- **Achtergrond**

Een slecht gehoor belemmert de sociale interactie en kan leiden tot isolement en depressiviteit. Slechthorendheid kan verschillende oorzaken hebben, maar vaak is het het gevolg van ouderdom (presbycusis). Schattingen over het aantal mensen dat een hoortoestel draagt lopen sterk uiteen. De Nederlandse Vereniging voor Audicien Bedrijven (NVAB) schatte het aantal hoortoestel dragers in 2011 op 650.000. Van deze hoortoestel dragers draagt 80% twee hoortoestellen. Sinds 2005 gaan de NVVS en de Nationale Hoorstichting ervan uit dat er in Nederland ongeveer 1,5 miljoen doven en slechthorenden zijn, waarvan circa 33% een hoortoestel gebruikt. Daarnaast schatte de NVAB dat 750.000 slechthorenden (54% van het totaal aantal slechthorenden) geen hoortoestel draagt. Uitstelgedrag voor het ontvangen van hoorzorg komt vooral bij ouderen voor. Van het totaal aantal slechthorenden stelt 40% een bezoek aan de KNO-arts of audicien uit met vijf jaar of langer.

Beleidswijzigingen hoortoestellen

Vanaf 1 januari 2013 is een nieuw systeem van vergoedingen voor hoortoestellen ingevoerd om de marktwerking in de hoortoestellenbranche te vergroten. Tot 2013 bestond de vergoeding van een hoortoestel uit een vaststaande vergoedingslimiet, afhankelijk van de leeftijd van de hoortoestel drager en de gebruiksduur van het vorige toestel. Hoe langer men het vorige hoortoestel had des te hoger was de vergoeding bij een volgende aanschaf. Als het vorige hoortoestel korter dan vijf jaar was gebruikt, kwam de verzekerde niet voor vergoeding in aanmerking, tenzij op indicatie van en na aanvraag door een KNO-arts of audiologisch centrum.² Door het systeem van getrapte vergoedingslimieten bestond er bij zorgverzekeraars geen financiële prikkel om te onderhandelen over de prijs van hoortoestellen. Dit bood audiciens de ruimte meer dure en gecompliceerde hoortoestellen te verstrekken wat uit het oogpunt van doelmatige zorg lang niet altijd noodzakelijk was.

Hoortoestellen komen na 1 januari 2013 nog steeds in aanmerking voor vergoeding via de basisverzekering, maar anders dan voorheen is een eigen bijdrage van 25% aan de voet geïntroduceerd. In het geval van een naturapolis wordt de overige 75% van de aankoopprijs nu standaard vergoed onder voorwaarde dat het hoortoestel wordt aangeschaft bij een door de eigen zorgverzekeraar gecontracteerde audicien. Wanneer een patiënt een restitutiepolis heeft, dan ontvangt deze 75% van een door de zorgverzekeraar bepaald marktconform tarief voor het hoortoestel. Bij niet-gecontracteerde zorg krijgt de verzekerde een lagere vergoeding. Indien de prijs van het hoortoestel het marktconform tarief overstijgt, moet de verzekerde het verschil zelf bijbetalen. De eigen bijdrage van 25% kan geheel of gedeeltelijk worden vergoed vanuit een aanvullende verzekering.

Ook is er sprake van een versoepeling in de vergoedingsvoorwaarden. Voor 2013 kwam een verzekerde pas in aanmerking voor vergoeding van een hoortoestel wanneer hij/zij te maken had met een gehoorverlies van 35 dB aan het beste oor. Vanaf 2013 komt een verzekerde al in aanmerking voor vergoeding met een gehoorverlies van 35 dB aan het slechtste oor.,

Functiegerichte verstrekking

Tegelijkertijd is in 2013 de ‘functiegerichte verstrekking’ ingevoerd. Dit betekent dat de hoortoestelverstrekking wordt gebaseerd op de zorgvraag: een eenvoudige hoor-oplossing wordt geboden waar dat kan en een complexe hoor-oplossing waar dat nodig is. Hiervoor worden mensen met gehoorproblemen door middel van het ‘Keuzeprotocol Hoorzorg’ ingedeeld in een categorie en komt uitsluitend een hoortoestel dat binnen deze categorie valt in aanmerking voor vergoeding. Voor cliënten is het derhalve niet langer mogelijk te kiezen uit alle beschikbare hoortoestellen indien zij het hoortoestel geheel of gedeeltelijk vergoed willen krijgen.

Er zijn vijf categorieën hoortoestellen lopend van categorie 1 voor relatief eenvoudig op te lossen gehoorproblemen tot categorie 5 voor de meest complexe gehoorproblemen. Op basis van door de audicien uit te voeren audiologische testen en de ‘Amsterdamse vragenlijst voor auditieve beperkingen’ die wordt ingevuld door de hoortoesteldrager, beoordeelt de audicien welke categorie van toepassing is. De hoortoesteldrager kan vervolgens een hoortoestel kiezen uit het aanbod van de betreffende audicien binnen de categorie waar hij/zij is ingedeeld.

Beoogde effecten van het nieuwe beleid

De idee achter de beleidswijzigingen is dat hierdoor de markt van de hoorzorg beter gaat werken teneinde zorg te leveren die kwalitatief hoogwaardig, doelmatig en toegankelijk is. Zo moet de functiegerichte verstrekking ervoor zorgen dat iedere hoortoestelgebruiker een hoortoestel krijgt dat past bij zijn of haar gehoorprobleem en situatie, terwijl onder- en over kwalificatie wordt voorkomen. De verwachting is dat door de nieuwe vergoedingsregels verzekerden gemiddeld minder hoeven bij te betalen dan eerder het geval was. Een consequentie is dat de keuzevrijheid van verzekerden bij het kiezen van een hoortoestel wordt beperkt wanneer zij aanspraak willen maken op vergoeding. De gedachte achter de functiegerichte verstrekking is ook dat de gemiddelde inkoopprijs van hoortoestellen zal dalen omdat zorgverzekeraars meer belang krijgen bij onderhandelingen over de prijs. Tevens stimuleert een procentuele eigen bijdrage de verzekerde tot een meer kostenbewuste keuze. Dit moet ervoor zorgen dat de totale uitgaven ten laste van het zorgverzekeringsfonds niet zullen stijgen door de beleidswijzigingen. Het ministerie van VWS verwacht dat de invoering van de eigen bijdrage aan de voet zelfs een geraamde opbrengst van € 27 miljoen met zich meebrengt.

• **Doelstelling project**

Het doel van het onderzoek is het monitoren en evalueren of het met ingang van 1 januari 2013 gewijzigde beleid voor de vergoeding van hoortoestellen door zorgverzekeraars het beoogde effect heeft. De verwachting van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is dat door de beleidswijzigingen de doelmatigheid van de hoorzorg verbetert net als de toegankelijkheid en betaalbaarheid voor de individuele hoortoesteldrager, bij gelijkblijvende lasten voor het zorgverzekeringsfonds (Zvf) en zonder noemenswaardig verlies van kwaliteit.

In deze evaluatie staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

‘Heeft het nieuwe vergoedingssysteem van hoortoestellen de beoogde effecten ten aanzien van de door cliënten ervaren kwaliteit van de hoorzorg en het hoortoestel en ten aanzien van de betaalbaarheid van de hoorzorg?’

Deze hoofdvraag splitsen we uit in de volgende deelvragen:

- Wat zijn de gevolgen van de beleidswijzigingen ten aanzien van door cliënten ervaren kwaliteit

van de hoorzorg?

- a. Hoe ervaren cliënten de kwaliteit van de dienstverlening van de audicien wanneer deze werkt volgens het 'keuzeprotocol hoorzorg'?
 - b. Is er verschil tussen de ervaren kwaliteit van de dienstverlening van de audicien met voorgaande jaren (2010 en 2012)?
- Wat zijn de gevolgen van de beleidswijzigingen voor de door cliënten ervaren kwaliteit en keuzevrijheid van het via het 'keuzeprotocol hoorzorg' aangeschafte hoortoestel?
 - Hoe ervaren cliënten de kwaliteit van het hoortoestel dat gekozen werd op basis van het 'keuzeprotocol hoorzorg'?
 - Hoe ervaren cliënten de keuzevrijheid van hoortoestel in het nieuwe systeem?
 - Is er verschil tussen de ervaren kwaliteit van het hoortoestel met voorgaande jaren (2010 en 2012)?
 - Wat zijn de financiële effecten van de beleidswijzigingen ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds?
 - Wat zijn de totale uitgaven aan hoortoestellen die ten laste komen van het zorgverzekeringsfonds per jaar?
 - Zijn de totale uitgaven aan hoortoestellen die ten laste van het zorgverzekeringsfonds worden gedaan hoger dan voordat de maatregelen werden genomen?
 - Wat zijn de financiële effecten van de beleidswijzigingen voor verzekerden?
 - Zijn de eigen betalingen door individuen hoger dan wat ze waren voor de genomen maatregelen?
 - Hoe ervaren cliënten de betalbaarheid van hoortoestel in het nieuwe systeem?
 - Is er verschil tussen de ervaren betaalbaarheid van het hoortoestel met voorgaande jaren (2010 en 2012)?
 - Zijn de prijzen van hoortoestellen veranderd na invoering van de beleidswijzigingen?
- **Leeswijzer rapport**

Dit rapport is een eerste tussenrapportage van het onderzoek voor de evaluatie van de beleidswijziging vergoeding hoortoestellen 2013, dat loopt van juli 2013 tot april 2015. Het rapport geeft een eerste inzicht in de situatie van voor de beleidswijziging, maar geeft nog geen antwoord op de onderzoeksvragen (zie paragraaf 1.2). In hoofdstuk 2 beschrijven wij de activiteiten die tot nu toe zijn uitgevoerd, waaronder oriënterende gesprekken met relevante veldpartijen. Het doel van deze gesprekken was om een goed beeld van het werkveld te krijgen en te inventariseren welke data beschikbaar zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvragen. In hoofdstuk 3 presenteren we de belangrijkste aspecten en belevingen die uit deze gesprekken naar voren kwamen en die nader geduid worden in de volgende fase van het onderzoek. De ervaringen van hoortoesteldragers voor de wijziging van het beleid staan beschreven in hoofdstuk 4; de kosten van de hoorzorg en prijzen van hoortoestellen voor invoering van de beleidswijziging in hoofdstuk 5. In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 6) beschrijven we de belangrijkste bevindingen tot nu toe en blikken we vooruit naar de aanpak van het onderzoek in 2014.

• Methode

NIVEL en Ecorys werken voor het huidige project samen, waarbij NIVEL de eerste twee onderzoeksvragen (1-2) beantwoordt en Ecorys richt zich op de laatste drie onderzoeksvragen (3-5). Onderstaand beschrijven we eerst het plan van aanpak betreffende oriënterende interviews die het NIVEL en Ecorys gezamenlijk hebben gevoerd met relevante veldpartijen. Daarna volgt de beschrijving van de activiteiten die tot nu toe separaat zijn uitgevoerd door het NIVEL en door Ecorys.

• Oriënterende interviews

In het begin van het onderzoek hebben de onderzoekers van NIVEL en Ecorys een aantal oriënterende gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van relevante veldpartijen. Het doel van de gesprekken was om een goed beeld te krijgen van het werkveld, te bepalen wat belangrijke aspecten zijn om uit te vragen bij hoortoestel dragers en welke data op welk detailniveau beschikbaar zijn. In tabel 2.1 staat een overzicht van de partijen die we hebben benaderd voor een interview. Allen hebben deelgenomen aan een gesprek.

Tabel 2.1 Veldpartijen die hebben deelgenomen aan een oriënterend interview

organisatie	gesprekspartner(s)
AMC	5.1.2e (klinisch fysicus audioloog KNO-afdeling)
Audicien Vereniging Nederland (Audined)	5.1.2e (oprichter en secretaris) 5.1.2e (bestuurslid)
Federatie Van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC)	5.1.2e (directeur)
Nederlandse Federatie van Ouders van Slechthorende kinderen en van kinderen met Spraak-taalmoeilijkheden (FOSS)	5.1.2e (beleidsmedewerker)
Gezamenlijke Audiologische Industrie Nederland (GAIN)	5.1.2e (voorzitter)
KNO-vereniging	5.1.2e (KNO-arts)
Nederlandse Vereniging van Audicien Bedrijven (NVAB)	5.1.2e (voorzitter)
Nederlandse Vereniging Voor Slechthorenden (NVVS)	5.1.2e (directeur) 5.1.2e (projectleider)
Oogvereniging	5.1.2e (projectgroep hoortoestellen) 5.1.2e (projectgroep hoortoestellen)
Zorgverzekeraars Nederland	5.1.2e (werkgroep audiologische hulpmiddelen)

Een interviewprotocol, opgesteld door het NIVEL en Ecorys, diende ter ondersteuning van de interviews. Tijdens de interviews kwamen de volgende vragen aan bod:

- Ervaringen met het nieuwe beleid
 - Wat vindt de organisatie van het nieuwe beleid en het keuzeprotocol?
 - Is er (veel) verandering merkbaar t.o.v. het oude beleid? Wat verwachten ze voor effecten met betrekking tot
 - doelmatigheid en kwaliteit hoorzorg?
 - toegankelijkheid en betaalbaarheid voor hoortoestel dragers?

- de prijzen van hoortoestellen?
- Reacties vanuit de doelgroep merkbaar (audiciens en hoortoestelgebruikers)?
- Onderzoek naar het nieuwe beleid
 - Wat is er volgens de organisatie nodig om het nieuwe beleid goed te kunnen evalueren?
 - Welke vragen moeten aan cliënten gesteld worden?
- Beschikbaarheid data voor onderzoek
 - Welke data heeft de organisatie die van belang is voor de evaluatie? En over welke data kunnen wij beschikken met name met betrekking tot kosten, prijzen en volumes van hoortoestellen?

Bij de vragen zijn de verschillende aspecten van het nieuwe hoorbeleid aan de orde gesteld. Dit waren onder andere:

- werkwijze Keuzeprotocol Hoorzorg;
- Amsterdamse Vragenlijst;
- categorisering hoorproblematiek en het gebruik van de rekenformule van ZN daarbij;
- indeling hoortoestellen in categorieën;
- digitaal portaal;
- keuzevrijheid voor hoortoesteldragers;
- tegemoetkoming kosten en mogelijkheden tot bijbetalen.

• **Methode NIVEL-activiteiten**

Het NIVEL richt zich op het in kaart brengen van de effecten van de beleidswijziging ten aanzien van de door cliënten ervaren kwaliteit van de hoorzorg (onderzoeksvraag 1) en de ervaren kwaliteit van het via het 'Keuzeprotocol Hoorzorg' verkregen hoortoestel (onderzoeksvraag 2). Dit brengen we in kaart met behulp van data van klantervaring-onderzoeken. We maken hierbij gebruik van data afkomstig van Consumer Quality index (CQI) vragenlijsten; de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen.

De Consumer Quality Index (CQI of CQ-index) is de Nederlandse standaard voor het meten van klantervaringen met de zorg. De CQI Audiciens vraagt naar de ervaringen van hoortoesteldragers met onder andere de bejegening, deskundigheid en dienstverlening van de audiciens (zie bijlage 1 en 2 voor de gebruikte vragenlijsten in 2010 en 2012). De CQI Hoortoestellen vraagt naar de ervaringen van hoortoesteldragers met het hoortoestel zelf onder andere in verschillende situaties (zie bijlage 3 en 4 voor de gebruikte vragenlijsten in 2010 en 2012).

• ***CQI metingen 2010 en 2012***

In het huidige rapport worden de resultaten beschreven van metingen die in 2010 en 2012 zijn uitgevoerd met de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen. Deze data geven inzicht in de ervaringen van hoortoesteldragers van vóór de ingevoerde beleidswijziging. De informatie over de ervaringen van hoortoesteldragers met het vorige vergoedingensysteem vormt een goede basis voor de te trekken conclusie ten aanzien van het nieuw ingevoerde beleid.

De metingen zijn in beide jaren georganiseerd door stichting Miletus. Zij hebben de data aan ons ter beschikking gesteld voor het huidige onderzoek. De vragenlijsten zijn in zowel 2010 als 2012 afgenomen onder een aselecte steekproef getrokken uit het verzekerdenbestand van enkele zorgverzekeraars

aangesloten bij stichting Miletus. In 2010 betrof dit klanten van audiciens aangesloten bij Beter Horen of bij Schoonenberg Hoorcomfort of zelfstandige audiciens aangesloten bij Hoorprofs. De meting in 2012 betrof alleen klanten van audiciens aangesloten bij Hoorprofs. Bij de zorgverzekeraars was niet bekend welke vestiging cliënten hadden bezocht. Daarom zijn mensen geselecteerd (op postcode) die woonden in het werkgebied van een aantal verschillende vestigingen van audiciens. Mensen werden gevraagd om zowel de CQI Audiciens als de CQI Hoortoestellen in te vullen. Daarnaast bevat de data uit 2010 ook gegevens van mensen die de vragenlijsten zonder uitnodiging hebben ingevuld op de website www.hoorwijzer.nl van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS).

- ***Analyses***

Met beschrijvende statistiek geven we voor de twee jaren (2010 en 2012) de ervaringen van de hoortoesteldragers weer met de audicien en zijn/haar hoortoestel. We kijken naar verschillen tussen beide jaren. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de twee metingen zijn uitgezet onder hoortoesteldragers van verschillende ketens (zie paragraaf 2.2.1). We kunnen daarmee niet bepalen of eventuele verschillen die we vinden samenhangen met veranderingen over de jaren of met verschillen tussen deze ketens. Bij de ervaringen met het hoortoestel maken we ook een vergelijking tussen ouderen (ouder dan 65 jaar) en jongeren. De reden hiervoor is dat de meeste ouderen te maken hebben met ouderdomsdoofheid. Verschillende partijen hebben tijdens de oriënterende interviews aangegeven dat bij ouderdomsdoofheid relatief gemakkelijk een adequate hooroplossing geboden kan worden. Mogelijk dat dit terug te zien is in de ervaringen met het hoortoestel in de zin dat ouderen meer gebaat zijn met het hoortoestel.

- **Methode Ecorys-activiteiten**

Ecorys richt zich op de betaalbaarheid en kijkt naar de betaalbaarheid op individueel niveau, veranderingen in de prijzen van hoortoestellen en de financiële gevolgen op macroniveau (onderzoeksvragen 3 tot en met 5). De analyse van dit deel van de evaluatie is gebaseerd op beschikbare literatuur, interviews en bestaande gegevensbestanden. Er zijn geen nieuwe gegevens verzameld.

- ***Financiële effecten ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds***

De beantwoording van de vraag naar de financiële effecten van de beleidswijziging ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds (onderzoeksvraag 3) vereist een nulmeting van de totale uitgaven aan hoortoestellen die de jaren voorafgaand aan de beleidswijziging ten laste zijn gekomen van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Trendanalyse

Aan de hand van gegevens uit de GIP databank van het CVZ is een trendanalyse uitgevoerd van de totale uitgaven in de periode 2008-2012. De GIP databank verschaft informatie over de kosten van hoortoestellen op macroniveau. Dat wil zeggen: de totale kosten van hoorzorg die door zorgverzekeraars zijn vergoed (per jaar). Tevens is – via het CVZ - tijdelijke toegang verkregen tot GIP data om op een gedetailleerder niveau de beschikbare GIP data te analyseren. Deze niet-publiek toegankelijke data maakt het mogelijk een uitsplitsing te maken van de totale kosten naar type hoortoestel. De typen hoortoestellen die in de GIP databank worden onderscheiden zijn: hoortoestel in het oor (IHO), hoortoestel achter het oor (AHO), hoortoestellen niet gespecificeerd, hoorbril, tinnitusmaskeerders en oorstukjes.

Een mogelijke verandering in de uitgaven ten laste van de Zvw over tijd kan op twee manieren worden verklaard, namelijk door een verandering in volume ofwel een verandering in de vergoeding van hoortoestellen. Middels het aantal declaraties voor hoortoestellen wordt een indicatie gegeven voor de verandering in volume over de jaren. Daarnaast geeft de gemiddelde vergoeding per declaratie per jaar een indicatie van de verandering in de vergoeding van hoortoestellen. Let wel, de gemiddelde vergoeding per declaratie geeft geen exacte weergave van de vergoeding per hoortoestel, aangezien sommige declaraties een vergoeding bevatten voor twee hoortoestellen. Hierdoor wijkt de hoogte van de gemiddelde vergoeding per declaratie af van de verwachte gemiddelde vergoeding per hoortoestel. De verwachte gemiddelde vergoeding per hoortoestel dient te liggen tussen de range van maximaal gestelde vergoedingslimieten per hoortoestel per jaar.

Additioneel bood de niet-publiek toegankelijke GIP data inzicht in kwartaalcijfers van de totale uitgaven aan hoortoestellen. Met de cijfers behorend bij de laatste kwartalen zijn de zogenoemde eindejaarseffecten in kaart gebracht. Een eindejaarseffect wil zeggen dat een relatief groot aandeel van de totale uitgaven wordt gedaan in het laatste kwartaal. Normaliter kan het eindejaarseffect worden verklaard door het verplichte eigen risico dat mogelijk verbruikt is aan het einde van het jaar. Door het ontbreken van een financiële prikkel zal het remgeldeffect afnemen en worden patiënten niet meer gestimuleerd hun zorggebruik te beperken. Eigen betalingen in de zorg kunnen twee effecten hebben: een deel van de zorg wordt nog steeds geconsumeerd, maar mensen betalen die zorg zelf, en een ander deel van de zorg wordt niet meer gevraagd. Het eerste deel duiden we aan als een financieringsverschuiving waarbij de particuliere zorguitgaven toenemen en de collectieve uitgaven afnemen (van collectief naar privaat). Het tweede deel is het gedragseffect of het remgeldeffect.

- ***Eigen betalingen***

De eigen bijdrage van hoortoestelgebruikers dient als een indicator voor het meten van de financiële effecten van de beleidswijziging voor verzekerden (onderzoeksvraag 4).

Trendanalyse

Voor de nulmeting is gekeken naar de hoogte van de eigen bijdragen in de periode van 2008-2012. Daarnaast is de cliëntervaring met de eigen bijdrage in kaart gebracht. Om de daadwerkelijke eigen bijdragen te berekenen is gebruik gemaakt van zowel objectieve data (prijzen) als subjectieve data (CQI data). Reden voor het gebruik van subjectieve data, de door de hoortoestelgebruiker ingevulde eigen bijdragen in de CQI vragenlijst, was de beperkte beschikbaarheid van objectieve data. Hierdoor werd de exacte berekening van de gemiddelde eigen bijdrage bemoeilijkt. Berekening van de gemiddelde eigen bijdrage aan de hand van subjectieve data dient daarom ter aanvulling van de objectieve methode. Hieronder worden beide methoden nader uiteengezet.

Objectieve meting van eigen bijdragen

Voor invoering van de beleidswijziging was de eigen bijdrage per hoortoestel afhankelijk van de consumentenprijs van een hoortoestel en de vergoedingslimiet. Voor een berekening van de gemiddelde eigen bijdrage per hoortoestel is daarom getracht inzicht te krijgen in zowel de gemiddelde vergoeding per hoortoestel als in de gemiddelde prijs per hoortoestel.

Voor een berekening van de gemiddelde vergoeding per hoortoestel per jaar is een aanvullende gegevensuitvraag gedaan bij het CVZ. De beschikbare GIP data beperkten zich tot informatie over de gemiddelde vergoeding per gebruiker. Om inzicht te krijgen in de gemiddelde vergoeding per hoortoestel

heeft het CVZ Ecorys voorzien van het aantal vergoede hoortoestellen per vaststaand vergoedingslimiet. Het vergoedingslimiet verschilt per gebruiksduur van het vorige hoortoestel. Vervolgens is de berekening van de gemiddelde vergoeding per hoortoestel gebaseerd op het aantal vergoede hoortoestellen per bijbehorend vergoedingslimiet (per jaar). Hiervoor is de som genomen van het aantal vergoede hoortoestellen vermenigvuldigd met het bijbehorende vergoedingslimiet, welke vervolgens is gedeeld door het totaal aantal vergoede hoortoestellen. Opgemerkt dient te worden dat niet alle vergoede hoortoestellen geïdentificeerd konden worden aan de hand van de vaste vergoedingslimieten, doordat sommige type declaraties afwijken van de vaststaande vergoedingslimieten. De declaraties waarop een afwijkende vergoeding is betaald zijn daarom niet meegenomen in de berekening van de gemiddelde vergoeding per hoortoestel. Per jaar is het percentage declaraties dat niet is meegenomen in de berekening van de gemiddelde vergoeding: 11% (2008), 4% (2009), 2% (2010), 2% (2011) en 2% (2012). Mogelijk kan de berekende gemiddelde vergoeding per hoortoestel hierdoor iets afwijken van de werkelijk betaalde gemiddelde vergoeding per hoortoestel.

Exacte informatie over de gemiddelde consumentenprijs per hoortoestel per jaar bleek onvoldoende te achterhalen. Een gedetailleerde beschrijving van geraadpleegde databronnen wordt gegeven bij onderzoeksvraag 5, waarin wordt beschreven op welke manier het overzicht van de prijzen van hoortoestellen tot stand is gekomen.

Subjectieve meting van eigen bijdragen

Subjectieve informatie omtrent eigen bijdragen van hoortoestellen is verkregen via de CQI data, welke is verzameld met de CQI Hoortoestellen. Voor de nulmeting is gebruik gemaakt van de CQI data uit 2010 en 2012 (zie bijlage 3 en 4 voor de gebruikte vragenlijsten). Naast de hoogte van de eigen bijdrage is ook gekeken naar de ervaren eigen bijdrage door hoortoestelgebruikers in 2010 en 2012, waarvoor tevens gebruik is gemaakt van de CQI data. Ook is voor beide jaren gekeken naar het gemiddelde cijfer (op een schaal van 1 t/m 10) dat door de hoortoestelgebruiker is gegeven voor de prijs-kwaliteit verhouding van zijn of haar hoortoestel(len).

De totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage per gebruiker uit de CQI data van beide jaren bevatten extreme waarden van meer dan 10.000 euro. Om betrouwbare schattingen te kunnen geven van de gemiddelde totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage per gebruiker zijn de extreme waarden niet meegenomen in de analyse. Daarnaast bleek er voor zowel de gemiddelde eigen bijdragen als voor de ervaren betaalbaarheid sprake te zijn van 'missing values' in de CQI data. Respondenten met missing values zijn niet geïncludeerd in de analyse.

In aanvulling op de kwantitatieve data is getracht kwalitatieve informatie over de betaalbaarheid van hoortoestellen voor hoortoestelgebruikers te verkrijgen via de oriënterende interviews met belanghebbende partijen. Hierin is de partijen gevraagd een schatting te geven van de hoogte van de eigen bijdragen.

• **Prijzen van hoortoestellen**

Voor het verkrijgen van inzicht in de prijzen van hoortoestellen in de jaren voorafgaand aan de beleidswijziging (onderzoeksvraag 5) is gebruik gemaakt van deskresearch, de CQI data, oriënterende interviews en aanvullende interviews.

Desk research

Uit de initiële search naar de beleidswijziging van hoortoestellen kon al worden afgeleid dat er beperkt informatie beschikbaar is over de prijsontwikkeling van hoortoestellen in het publieke domein. Kernrapporten, waaronder het rapport van Stichting PACT (2009) en het rapport van CVZ (2011) bevestigen deze beperkte beschikbaarheid van publieke informatie over hoortoestelprijzen. Om deze reden heeft de PACT-studie gebruik gemaakt van zogenoemde prijslijsten van fabrikanten, welke een overzicht geven van de inkooprijzen van hoortoestellen. Consumentenrijzen worden in de PACT-studie 200-300 euro hoger geschat. De prijzen vernoemd in het CVZ rapport bleken gebaseerd op de prijzen uit de PACT studie. Daarnaast maakt het CVZ in haar rapport gebruik van een KCE-rapport over hoortoestellen in België, waarin Europese prijzen van hoortoestellen worden vergeleken. Ook hierin werd geconcludeerd dat er een gebrekkige transparantie in hoortoestelprijzen bestaat, waardoor het inzicht in de prijsontwikkeling wordt bemoeilijkt.

CQI data

Wij hebben op basis van CQI data een inschatting gemaakt van de gemiddelde verkoopprijs voor 2010 en 2012. Het betreft een gemiddeld bedrag van de kosten per hoortoestel die in rekening is gebracht bij de hoortoestelgebruiker. Voor berekening van de kosten per hoortoestel zijn de kosten per gebruiker gedeeld door het aantal hoortoestellen dat de gebruiker heeft aangeschaft voor deze kosten. Vervolgens is de som genomen van de kosten per hoortoestel van alle respondenten en is deze gedeeld door het aantal respondenten.

Aanvullende interviews

Naar aanleiding van de oriënterende interviews (zie paragraaf 2.1) is (opnieuw) contact opgenomen met diverse partijen die in de interviews aangaven over relevante informatie/data te beschikken met betrekking tot dit deel van het onderzoek. Het betreft de partijen GAIN 5.1.2e ZN (Mevr.

5.1.2e NVAB 5.1.2e en Achmea 5.1.2e

In navolging op de interviews is zowel GAIN als de NVAB benaderd voor het verkrijgen van data omtrent prijzen en volumes van hoortoestellen in de periode 2008-2012. Beide partijen gaven aan niet over exacte prijsgegevens te beschikken. Wel heeft 5.1.2e van de NVAB Ecorys voorzien van schattingen van hoortoestelprijzen in 2011 en 2012. Daarnaast hebben beide partijen informatie omtrent het totaal aantal verkochte hoortoestellen in de jaren 2008 tot en met 2012 ter beschikking gesteld. In de data over volumes is tevens een uitsplitsing gemaakt naar type hoortoestel. Deze informatie faciliteert een vergelijking met de beschikbaar gestelde volume data door het CVZ. Aan de hand van deze gegevens kan in de tweede fase van het onderzoek een mogelijke verschuiving van hoortoestellen naar de particuliere markt aangetoond worden.

Door de beperkt beschikbare informatie over prijzen van hoortoestellen in de periode 2008-2012 is contact opgenomen met Vektis om te kijken of prijsinformatie af te leiden is uit declaratiegegevens. Dit bleek niet het geval. Daarnaast is bij 5.1.2e nagevraagd of de declaratiegegevens van verzekeraars informatie bevatten omtrent prijzen van hoortoestellen. 5.1.2e gaf aan hier onbekend mee te zijn.

- **Oriënterende interviews met stakeholders**

- **Wetgeving / nieuwe beleid**

- *Funcatiegerichte omschrijving*

Over het algemeen staan de geïnterviewde partijen achter de functiegerichte omschrijving van de aanspraak op hoorzorg. De meeste partijen herkennen dat er in het oude beleid steeds duurdere en complexere hoortoestellen voorgeschreven werden, terwijl de noodzaak hiervan niet altijd duidelijk was. AudiNed, GAIN en NVAB trekken dit echter in twijfel.

- *Spanningsveld tussen commercie en zorg*

Tijdens de interviews gaven verschillende partijen aan dat er volgens hen een spanningsveld bestaat tussen belangen van de industrie (bijvoorbeeld fabrikanten en audiciens) en de zorg. Waar volgens hen bij 'de industrie' de nadruk ligt op innovatie en marktwaarde, is verbetering en optimalisering van de zorg van groter belang vanuit het perspectief van zorgverleners. Zo klinken er volgens FENAC vanuit de industrie geluiden dat categorisatie van hoortoestellen te weinig ruimte biedt voor innovatie. Tegelijkertijd bestaat er twijfel over de meerwaarde van innovatie, omdat dit niet per definitie tot verbetering van de kwaliteit van zorg leidt. Een geavanceerd toestel met extra functies is mogelijk niet nodig om adequate zorg te bewerkstelligen.

- **Keuzeprotocol Hoorzorg**

- *(Proces) / ontwikkeling en invoering protocol*

Partijen staan kritisch tegenover het proces rondom de ontwikkeling van het keuzeprotocol. Zo hebben NVVS, NVAB en AudiNed het gevoel te weinig of te laat betrokken te zijn geweest bij de totstandkoming van het protocol. Hoewel het keuzeprotocol omschreven wordt als een 'lerend systeem' geven deze partijen aan dat het protocol voor alsnog geen ruimte gekregen voor verdere ontwikkeling. Het feit dat het digitale portaal nog niet in werking is vormt daarin een groot probleem. Bovendien is er volgens sommige geïnterviewden op dit moment sprake van wantrouwen en weinig samenwerking tussen belanghebbende partijen.

- *Categorisatie hoorproblematiek*

Doordat het digitale portaal nog niet in gebruik is, is het volgens de meeste geïnterviewde partijen niet mogelijk om klanten op basis van uitkomsten van de Amsterdamse Vragenlijst (AVL) en het toon- en spraakaudiogram te in te delen in een van de vijf categorieën van het hoorprotocol. AudiNed geeft daarnaast aan dat veel audiciens hun vertrouwde intake proberen te combineren met gebruik van de AVL, wat daardoor meer tijd kost dan voorheen. Aangezien er bij de audiciens onduidelijkheid bestaat over de criteria voor categorisatie wordt eenduidige voorlichting aan de klant volgens hen tegelijkertijd bemoeilijkt.

ZN geeft in het gesprek aan met het nieuwe classificatiesysteem te beogen dat 30% van de slechthorenden ingedeeld wordt in categorie 1, 30% in categorie 2, en 20% in categorie 3. De betrokken partijen hebben echter het gevoel dat er op dit moment vooral hoortoestellen uit categorie 3 verstrekt worden. Als mogelijke reden wordt genoemd dat de extra machtigingsprocedure of doorverwijzing die vereist is bij indeling in categorieën 4 en 5 audiciens teveel tijd kost. Daarnaast wordt door de NVVS en 5.1.2e gesuggereerd dat het ook zou kunnen dat audiciens graag de voorkeur geven aan categorie 3 boven categorie 1 en 2 omdat categorie 3 een hogere winstmarge kent. AudiNed noemt categorie 3 daarnaast als 'de veilige optie' zolang het digitale portaal nog niet in werking is. De verwachting van ZN is dat de beoogde verdeling gerealiseerd wordt na introductie van het digitale portaal.

- ***De Amsterdamse Vragenlijst***

De Amsterdamse Vragenlijst (AVL) wordt door de meeste geïnterviewde partijen gezien als het beste middel of handvat dat op dit moment beschikbaar is om te achterhalen hoe de klant zijn/haar problemen met het gehoor ervaart (voor en na een hooraanpassing). Wel worden in de oriënterende interviews verschillende verbeterpunten genoemd. GAIN en de Oogvereniging zijn van mening dat de AVL een globaal beeld van tekortkomingen geeft, maar de zorgvraag onvoldoende in kaart brengt. FENAC en de KNO-vereniging geven aan dat de vragenlijst eigenlijk voor een ander doel ontwikkeld is dan waarvoor hij binnen het nieuwe beleid gebruikt wordt. Dit wordt echter tegengesproken door 5.1.2e mede-ontwikkelaar van de vragenlijst. Volgens AudiNed worden beperkingen wel in kaart gebracht, maar is de vragenlijst niet geschikt om de koppeling naar een hoortoestel te maken. Daarbij wegen uitkomsten van de AVL volgens verschillende partijen te zwaar in de categorisatie van gehoorproblematiek. Vanuit de audiciensbranche is er daarnaast ook commentaar op de lengte en begrijpelijkheid van de vragenlijst. De Oogvereniging kaart aan dat het invullen van de vragenlijst voor doofblinden een probleem kan zijn. Het gebruik van braille, spraaksoftware, grote letters, of een gebarentolk zou mogelijkheden bieden.

- ***Categorisatie hoortoestellen***

Bij verschillende partijen bestaat onduidelijkheid en/of onvrede omtrent de criteria voor de categorisatie van hoortoestellen. Zo zou de categorisatie volgens GAIN gebaseerd zijn op een aantal losstaande kenmerken, zonder dat er gekeken is naar het totale effect van het hoortoestel. FENAC noemt de categorisatie van hoortoestellen vrij objectief en statisch. Doorontwikkeling van hoortoestellen zou er volgens FENAC toe kunnen leiden dat de huidige criteria voor categorisatie in de toekomst niet meer aansluiten bij de eigenschappen van nieuwe hoortoestellen. NVAB zegt ook signalen te hebben ontvangen van fabrikanten, die vinden dat hoortoestellen niet in de juiste categorie zouden zijn ingedeeld. Meerdere partijen geven bovendien aan dat het aantal toestellen beschikbaar binnen een bepaalde categorie beperkt is.

- ***Digitaal portaal***

In april 2013 is door ZN besloten om de toegang tot het digitale aanvraagportaal voor hoorzorg per direct tijdelijk af te sluiten. De reden hiervoor was dat de veiligheid van klantgegevens niet voldoende werd geborgd. Hoewel bovenstaande problematiek volgens ZN inmiddels verholpen is, is nog onbekend wanneer het digitale aanvraagportaal hoorzorg weer open wordt gesteld.

Het feit dat het digitale portaal niet beschikbaar is, wordt door veel partijen ervaren als belemmering voor het goed kunnen uitvoeren van het hoorprotocol. NVVS geeft aan dat er hierdoor onvoldoende inzicht is

in problemen met de categorisering en er geen materiaal voorhanden is om te analyseren en het systeem te verbeteren. ZN geeft aan dat audiciens door het ontbreken van het digitale portaal relatief veel bewegingsvrijheid hebben in de categorisatie van gehoorproblematiek.

NVAB, AudiNed en GAIN noemen een aantal bezwaren tegen het gebruik van het digitale portaal. Het digitale portaal beperkt volgens deze partijen de ruimte voor inbreng van de audicien en de interactie met de klant. Zo bestaat bij NVAB de vrees voor een snelle ‘mechanische’ toepassing van het protocol, waarbij voorbij gegaan kan worden aan individuele wensen en afwijkingen van de norm. Door AudiNed werd aangedragen dat het digitaal invullen van de vragenlijst voor de veelal oudere doelgroep van hoortoestel dragers moeizaam en tijdrovend kan zijn. Uit een evaluatie door AudiNed van het gebruik van de AVL kwam naar voren dat het digitaal invullen van de vragenlijst bij weinig klanten de voorkeur heeft.

Ook wordt er in de gesprekken veel kritiek geuit op het ogenschijnlijke gebrek aan transparantie ten aanzien van de rekenformule achter de categorisatie en het digitale portaal. Volgens NVAB is de werkwijze op deze manier niet falsificeerbaar, en is er geen ruimte voor verbetering. In reactie hierop geeft 5.1.2e aan dat deze rekenformule zeker niet geheim is en dat deze tijdens zijn masterclass wordt getoond. Echter, omdat het een lerend systeem is zal de formule volgens hem nog worden aangepast. Om te voorkomen dat er verschillende formules gebruikt worden, wordt de rekenformule voorlopig nog niet verspreid. De 5.1.2e geeft aan dat de totstandkoming van de formule desalniettemin transparant is.

• **Bijzondere doelgroepen**

Bij het bespreken van de mogelijke gevolgen van het nieuwe beleid voor hoortoestel dragers is door meerdere partijen vaak gewezen op de hoorzorg voor bijzondere doelgroepen. Zo vrezen de KNO-vereniging, NVAB, NVVS, FOSS, 5.1.2e en de Oogvereniging dat het keuzeprotocol geen ruimte biedt voor mensen met bijzondere hoorproblematiek of met bijkomende pathologie. Vertegenwoordigers van de patiëntengroep doofblinden (Oogvereniging) geven ook aan dat toewijzing van doofblinden aan een categorie problematisch is aangezien dit gebeurt op basis van het audiogram (waarbij geen rekening gehouden wordt met visuele beperkingen) en de AVL (welke eveneens te weinig inzicht geeft in bijkomende pathologie).

Wanneer het niet lukt om een passende oplossing voor het gehoorprobleem te vinden die valt binnen de vijf categorieën van het hoorprotocol kan een ‘bijzondere zorgvraag’ worden aangevraagd. Hiervoor is echter een speciale machtiging nodig, die de audicien volgens NVAB en AudiNed veel extra tijd kost, en die volgens hen niet vaak gehonoreerd wordt door zorgverzekeraars. De NVAB geeft aan dat hierdoor mogelijk het gevaar bestaat dat audiciens voor de makkelijkste weg kiezen, en dat hoortoestel dragers meer geavanceerde hoortoestellen volledig zelf moeten betalen. Op het moment worden er volgens NVVS weinig extra zorgaanvragen gedaan bij zorgverzekeraars. De 5.1.2e ervaart eveneens geen noemenswaardige toename in het aantal doorverwijzingen naar het audiologisch centrum (AC). Door de NVVS wordt aangedragen dat audiciens zo veel mogelijk willen voorkomen dat zij klanten verliezen en mensen daarom mogelijk niet indelen in categorie 4 of 5.

De NVVS en FOSS geven tenslotte ook aan dat het gevaar bestaat dat de audiciens zich teveel gaan richten op hoortoestellen voor ouderdomsdoofheid. Dit is volgens hen een makkelijke en kostenefficiënte hooroplossing, die ten kosten kan gaan van ‘bijzondere’ en kwetsbare groepen, zoals mensen met een meervoudige handicap. Ook vergoeding voor kinderen is een voor deze partijen een pijnpunt. In het

nieuwe systeem, waar vanuit de basisverzekering 75 procent van het toestel vergoed wordt, moeten de meeste mensen zelf een eigen bijdrage betalen voor hun hoortoestel(len). Als gevolg hiervan zeggen de audiologische centra en NVVS/FOSS signalen te hebben ontvangen dat er ouders zijn die hun kinderen een hoortoestel onthouden.

- **Inkoopbeleid van zorgverzekeraars**

In de oriënterende interviews wordt aangegeven dat zorgverzekeraars in toenemende mate scherp inkopen. AudiNed geeft aan dat, volgens de nieuwe afspraken, de intake, aanpassing en betaling van het hoortoestel vaak binnen drie uur moeten gebeuren. Hierdoor heeft de audicien volgens GAIN, NVAB en AudiNed minder ruimte en tijd om in te spelen op de diversiteit aan behoeften en zorgvragen van de klant. Vanuit de praktijk klinken volgens AudiNed bovendien geluiden dat werknemers van audiciens handelingen uitvoeren waartoe zij niet bevoegd zijn.

Volgens AudiNed, NVAB en 5.1.2e lijden met name zelfstandige ondernemers onder het verscherpte inkoopbeleid van zorgverzekeraars. De NVAB geeft aan dat dit mogelijk te wijten is aan het feit dat deze bedrijven niet meer aan Achmea-verzekerden kunnen leveren, behalve wanneer er sprake is van een restitutie-polis. Daarnaast kopen zelfstandige audiciens minder hoortoestellen in, waardoor ze meer per hoortoestel moeten betalen dan de grote audicienketens.

Als gevolg van selectief inkoopbeleid krijgen hoortoesteldragers van sommige zorgverzekeraars het hoortoestel maar bij een beperkt aantal audiciens vergoed. Het feit dat de mogelijkheid tot bijbetalen afhankelijk is van de zorgverzekeraar draagt er volgens NVVS, GAIN en AudiNed ook aan bij dat de keuzevrijheid van de cliënt binnen het nieuwe beleid beperkt is. De meeste partijen geven aan dat zorgverzekeraars bijbetaling zouden moeten toestaan wanneer een klant de voorkeur geeft aan een hoortoestel dat buiten zijn of haar categorie valt. FENAC en ZN zijn echter van mening dat zorgverzekeraars hiermee voor marktverstoring zouden zorgen: op deze manier kan de audicien alsnog een onnodig duur toestel voorschrijven, met bijbetaling van de klant.

- **Financiële aspecten**

- ***Totale uitgaven ten laste van het zorgverzekeringsfonds***

GAIN, de NVAB en ZN vragen zich af of de beoogde opbrengsten van het nieuwe systeem behaald zullen worden. ZN geeft aan dat het gaat om een verwachte besparing van drie miljoen euro. Volgens de NVAB moet onderscheid worden gemaakt tussen de verandering in het gehanteerde vergoedingsniveau en de verandering in het volume (verstrekke aantallen hoortoestellen). De NVAB is van mening dat een mogelijke daling in de kosten niet verklaard kan worden door een verandering in de vergoeding. Waar de gemiddelde vergoeding per hoortoestel ten tijde van het oude beleid rond de 500 euro lag, ligt de gemiddelde vergoeding per hoortoestel nu rond de 550 euro volgens de NVAB (uitgaande van een gemiddelde hoortoestelprijs van 700 euro).

Alle geïnterviewde partijen hebben aangegeven dat er begin dit jaar minder hoortoestellen zijn verstrekt. Zij suggereren dat dit grotendeels komt door het optreden van het eindejaarseffect in het laatste kwartaal van 2012. Dit kan gedeeltelijk samenhangen met het jaarlijks terugkerende eindejaarseffect van het eigen risico. Echter, het eindejaarseffect van het aantal verstrekte hoortoestellen in 2012 was volgens de

percepties van de geïnterviewden groter dan in voorgaande jaren. De NVAB is van mening dat het gedrag van hoortoestelgebruiker in het laatste kwartaal van 2012 kan worden verklaard doordat een deel van de klanten (ca. 25%) vóór 2013 zonder eigen betaling aan een relatief goedkoop hoortoestel kon komen (<500 euro) en deze daarom toen al aanschafte. Volgens de NVAB bestond er bij een andere groep hoortoestelgebruikers voor 2013 onzekerheid over het behoud van hun huidige leverancier en hoortoestel. Deze onzekerheid in combinatie met de tevredenheid over het huidige toestel en de huidige leverancier leidde er volgens de NVAB toe dat sommige hoortoestelgebruikers besloten om vervroegd, voor aanvang van de beleidswijziging, een nieuw hoortoestel aan te schaffen. Desalniettemin had de NVAB een tegenovergesteld effect van het aangekondigde nieuwe beleid verwacht, waarin hoortoestelgebruikers hun aankoop van een nieuw hoortoestel zouden uitstellen tot 2013 door de lagere eigen betaling die geldt in het nieuwe systeem.

FENAC verwacht in tegenstelling tot de andere partijen een kostenstijging met de introductie van het nieuwe beleid. FENAC denkt dat het aantal verwijzingen naar AC's wel zal toenemen. FENAC verwacht dat dit bijvoorbeeld komt door een nieuwe toestroom van andere patiëntengroepen naar AC's waardoor hogere zorgkosten kunnen worden verwacht. Daarnaast kan de verwachte kostenstijging (die ten laste komt van de Zvw) ook verklaard worden door overheveling van de taakstelling van het UWV naar de Zvw. Tot 31 december 2012 bestond er voor werknemers de mogelijkheid om via het UWV aanvullende financiering te verkrijgen voor de aanschaf van hoorhulpmiddelen die nodig zijn voor de arbeidssituatie. Met introductie van de functiegerichte aanspraak en afschaffing van de vergoedingslimieten per 1 januari 2013 is deze regeling komen te vervallen.

- ***Eigen bijdragen***

Uit de interviews met de NVVS en NVAB kwam naar voren dat het nieuwe systeem heeft geleid tot een reductie van de eigen betalingen. Volgens de NVVS betrof de eigen bijdrage ten tijde van het oude systeem gemiddeld 500 euro per hoortoestel. Ondanks het ontbreken van harde cijfers geeft de NVVS een ruwe schatting van de gemiddelde eigen bijdrage in het nieuwe systeem ter waarde van 231 euro per hoortoestel (gebaseerd op de gemiddelde som van de vijf categorieën en de aanname van een gelijk aantal verkochte hoortoestellen per categorie). Indien hierbij wordt gecorrigeerd voor de aanvullende verzekering komt de eigen bijdrage uit op een gemiddeld bedrag van 175-185 euro per hoortoestel.

Tegenovergesteld aan een lagere eigen betaling *per hoortoestel* voor het merendeel van de hoortoestelgebruikers verwacht AudiNed dat de eigen betaling *per gebruiker* zal stijgen in het nieuwe systeem. Volgens AudiNed is de gemiddelde prijs van hoortoestellen in het nieuwe beleid gedaald. Zij verklaren de toename in de eigen betaling per gebruiker door de toename van bijverkopen zoals droogboxen of nazorgpakketten. Op deze manier is de hoorzorg voor de consument duurder geworden volgens AudiNed. De toename van bijverkopen door audiciens werd ook aangekaart door de NVVS. Volgens hen zou dit een gevolg kunnen zijn van de daling in hoortoestelprijzen.

Ook denkt de NVVS dat een volledige vergoeding van een simpel en goedkoop hoortoestel niet meer mogelijk is door de afschaffing van de maximale vergoedingslimieten en een verplichte eigen betaling van 25%. Hierdoor is de eigen betaling voor de groep hoortoestelgebruikers met een relatief simpel hoortoestel gestegen met 100-200 euro volgens de NVVS.

De mogelijkheid tot bijbetalen, naast de verplichte eigen bijdrage van 25%, is beperkt volgens GAIN, de NVAB, AudiNed, de KNO-vereniging en de NVVS. Indien een cliënt een hoortoestel uit een andere categorie noodzakelijk acht dient deze persoon het gehele bedrag zelf te betalen volgens bovenstaande

partijen. Zij denken dat de toegang tot speciale voorzieningen hierdoor beperkt is tot een kleine groep hoortoestelgebruikers. De KNO-vereniging geeft aan dat een aantal zorgverzekeraars inmiddels wel een extra bijbetaling toestaat.

- **Prijzen van hoortoestellen**

Nagenoeg alle partijen gaven tijdens de interviews aan dat er sprake is van een prijsdaling van hoortoestellen na invoering van het nieuwe beleid. De gemiddelde verkoopprijs is volgens Achmea, ZN en de NVAB vanaf 2013 gezakt van 1000-1200 euro naar 700-800 euro. Deze indicaties zijn grotendeels gebaseerd op declaratiegegevens van zorgverzekeraars. Volgens ZN is de transparantie in prijzen voor verzekerden minder geworden na invoering van het nieuwe systeem.

Naast de in 3.4.2 beschreven toename in (bij)verkoop van service en verzekeringspakketten leiden de lagere verkoopprijzen volgens Audined ook tot een verschraving van de keuze in hoortoestellen. Audined denkt dat de relatief duurdere en complexe toestellen niet meer zullen worden aangeboden op de publieke markt. ZN is echter van mening dat audiciens met het nieuwe beleid juist gestimuleerd worden tot het maken van meer doelmatige keuzes, wat mogelijk betekent dat audiciens duurdere hoortoestellen zullen gaan aanbieden die minder afsteltijd vragen.

- **Ervaringen hoortoesteldragers**

AudiNed, NVVS en NVAB geven aan dat er bij audiciens, klanten en zorgverzekeraars veel onduidelijkheid bestaat over de werking van het protocol, en dat de voorlichting aan klanten door audiciens en zorgverzekeraars over de werking van het protocol daardoor mogelijk te wensen over laat. Hierbij wordt door AudiNed en NVAB benadrukt dat de kwaliteit van hoorzorg vanuit de ervaring van de slechthorende beïnvloed kan worden door de contracten die audiciens hebben gesloten met zorgverzekeraars.

Bij de NVVS zijn relatief weinig negatieve geluiden binnen gekomen vanuit de doelgroep van hoortoesteldragers. Het meldpunt van NVVS ontvangt voornamelijk klachten van hoortoesteldragers over de toepassing van het selectief inkoopbeleid door verzekeraars. De keuzevrijheid voor een audicien wordt hierdoor beperkt. Een andere relatief veelgehoorde klacht betreft de toewijzing van hoorhulpmiddelen aan de hand van categorisatie. De NVVS zegt dat hoortoesteldragers bij hen melden dat zij hoorhulpmiddelen krijgen aangeboden waarmee zij niet kunnen functioneren, vooral niet in hun arbeidssituatie. Deze klachten sluiten aan bij het vermoeden van AudiNed en 5.1.2e dat steeds meer mensen hun toevlucht tot de particuliere markt zullen zoeken doordat zorgverzekeraars contracten hebben gesloten met een beperkt aantal audiciens, of uit onvrede over de hoortoestelcategorie waarin zij ingedeeld zijn. Daarnaast valt het de NVVS op dat hoortoesteldragers aangeven dat ze niet weten in welke categorie ze zijn ingedeeld. Dit sluit aan op de klacht 'gebrekkige voorlichting'. ZN ontving met name begin 2013 vragen van audiciens en slechthorenden over de AVL.

• Evaluatie van het beleid

Verschillende partijen spreken de behoefte aan een grootschalig klantonderzoek uit, en benadrukken hierbij enkele aandachtspunten. Vooropgesteld moet worden dat voor volwaardige evaluatie van het nieuwe beleid en het keuzeprotocol volgens de geïnterviewde partijen de werking van het digitale portaal noodzakelijk is.

- Er worden vraagtekens gezet bij de korte termijn die het onderzoek hanteert bij de evaluatie van het nieuwe systeem, aangezien het systeem nog niet volledig werkzaam is.
- GAIN geeft aan dat het belangrijk is om onderscheid te maken tussen hoortoestelgebruikers die na de beleidswijziging geen aanspraak meer maken op vergoeding van hetzelfde toestel, en nieuwe gebruikers.
- FENAC en AudiNed geven aan dat onderzoek naar het nieuwe beleid zich niet teveel moet blindstaren op klantervaringen; deze zal volgens hen ongetwijfeld minder positief zijn dan voor de beleidswijziging. Aangezien hoortoesteldragers binnen het nieuwe beleid beperkte keuze hebben en de 'high-end' toestellen vaak niet beschikbaar zijn, zal waardering voor de audicien waarschijnlijk volgens hen ook minder worden. Ook krijgen hoortoesteldragers mogelijk van de audicien te horen dat deze door de zorgverzekeraar beperkt wordt in het verlenen van hoorzorg, en dat de audicien daarom niet het toestel en de kwaliteit van zorg kan leveren die hij zou willen.
- Bovendien moet er volgens FENAC rekening gehouden worden met veranderingen in het verwijstraject: stromen van cliënten zijn veranderd. Mogelijk wordt de ervaring van bepaalde groepen hoortoesteldragers onvoldoende getoetst omdat zij een ander behandeltraject volgen. De suggestie wordt gegeven om ook te kijken naar de tevredenheid van cliënten van de KNO-arts en bij AC's (niet alleen bij audiciens).
- Hoewel het om een relatief klein deel van de hoortoesteldragers gaat, geven NVSS en de Oogvereniging aan dat het van belang is om bij de evaluatie van het keuzeprotocol ook rekening te houden met mensen met bijzondere hoorproblematiek of bijkomende pathologie. In de huidige vorm geven de CQI Hoortoestellen en de CQI Audiciens geen inzicht in bijkomende pathologie.
- Naast een vergelijking van de macro kosten over tijd acht AudiNed een internationale vergelijking van kosten zinvol voor het onderzoek. Zowel AudiNed als 5.1.2e gaven aan dat ook gekeken moet worden naar het aantal toestellen dat verkocht is buiten categorieën om (op de private markt), anders worden financiële effecten van het beleid vertekend weergegeven.
- De gehanteerde prijzen in het oude en het nieuwe systeem kunnen volgens AudiNed niet zomaar één op één worden vergeleken, omdat er verschillen bestaan tussen wat er in de prijs is inbegrepen. Bij vergelijking van de prijzen moet rekening gehouden worden met een verschraving van het hoorzorg pakket in het nieuwe beleid ten opzichte van het oude beleid als mogelijk gevolg van de prijsverlaging.
- 5.1.2e geeft aan in zijn onderzoek 'Compensatie van Verminderd Horen', dat hij uitvoert in opdracht van ZN, ook een vergelijking te maken tussen de kosten ten tijde van het oude en nieuwe beleid. In het kader van efficiëntie is het niet onverstandig om het onderzoek uitgevoerd door het AMC en het onderzoek in opdracht van CVZ op elkaar af te stemmen ten einde dubbelmetingen te voorkomen.

• Ervaringen van respondenten

Dit hoofdstuk beschrijft de ervaringen van de respondenten met de audiciens en het hoortoestel. Ervaringen worden gegeven op vraag niveau en op het niveau van de gevormde schalen.

• CQI Audiciens 2010 en 2012

• *Achtergrondkenmerken van de respondenten in 2010 en 2012*

Het aantal respondenten die de CQI Audiciens invulden in 2010 betrof 1.282 en in 2012 6.034. Circa driekwart van de respondenten was 65 jaar of ouder. Dit komt overeen met het feit dat slechthorendheid vaker bij ouderen voorkomt. Ruim de helft van de respondenten was man. In de populatie van 2012 ligt het opleidingsniveau over het algemeen hoger dan in 2010: ruim een kwart van de respondenten in 2012 heeft hbo of hoger afgerond, tegen een kleine vijftien procent in 2010. De gezondheid van respondenten werd door een overgrote meerderheid ervaren als goed tot uitstekend, zie ook tabel 4.1.

Tabel 4.1 Achtergrondkenmerken van de respondenten vragenlijst audiciens, 2010 en 2012

	2010			2012	
	N	%		N	%
Leeftijd:					
0-24 jaar	6	0,5		45	0,8
25-34 jaar	9	0,7		63	1,0
35-44 jaar	30	2,4		132	2,2
45-54 jaar	76	6,0		359	6,0
55-64 jaar	212	16,6		1.139	18,9
65-74 jaar	357	28,0		1.987	32,9
75 jaar of ouder	583	45,8		2.309	38,3
Geslacht:					
Man	683	53,3		3674	61,5
Vrouw	599	46,7		2296	38,5

- tabel 4.1 wordt vervolgd -

- vervolg tabel 4.1 -

	2010			2012	
	N	%		N	%
Opleiding:					

Geen opleiding	57	4,5		105	1,7
Lager onderwijs	163	12,7		517	8,6
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	251	19,6		1.188	19,7
Middelbaar of algemeen voorgezet onderwijs	213	16,6		1.202	19,9
Middelbaar beroepsonderwijs	147	11,5		911	15,1
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	58	4,5		476	7,9
Hoger beroepsonderwijs	133	10,4		1.177	19,5
Wetenschappelijk onderwijs	44	3,4		458	7,6
Ervaren gezondheid:					
Uitstekend	83	6,5		572	9,5
Zeer goed	169	13,2		1.099	18,2
Goed	700	54,6		3.308	54,8
Matig	296	23,1		970	16,1
Slecht	34	2,7		85	1,4

- **Kenmerken zorggebruik en hoorzorg van de respondenten in 2010 en 2012**

In 2010 vulden de meeste respondenten de vragenlijst in over audiciens aangesloten bij Beter Horen (43,1%), Schoonenberg Hoorcomfort (29,5%) of zelfstandige audiciens aangesloten bij Hoorprofs (23,3%). Van 2012 was er alleen data beschikbaar van klanten van audiciens aangesloten bij Hoorprofs. Verder bleek dat het merendeel van de respondenten het toestel al had aangeschaft en niet nog op proef had, en dat ongeveer driekwart van de respondenten in 2010 en 2012 in hetzelfde jaar nog contact gehad had met de audicien.

- **Ervaringen met de audicien in 2010 en 2012**

Uit rapportcijfers blijkt dat respondenten over het algemeen positieve ervaringen met hun audicien hebben; ze gaven als totaal rapportcijfer gemiddeld een 8,3 (op een schaal van 0 tot 10). Overige rapportcijfers voor verschillende aspecten van de dienstverlening door de audicien zijn weergegeven in Tabel 4.2. Deze cijfers verschillen nauwelijks tussen 2010 en 2012.

Tabel 4.2 Rapportcijfers audiciens vragenlijst, 2010 en 2012

	2010			2012		
	N	M	SD	N	M	SD
Bereikbaarheid	1.273	8,6	1,34	6.011	8,5	1,25
Service	1.259	8,2	1,46	5.999	8,2	1,46
Deskundigheid	1.256	8,2	1,33	5.938	8,1	1,35
Communicatie	1.267	8,4	1,30	5.972	8,4	1,32
Nazorg	1.217	8,0	1,60	5.821	8,0	1,48
Eindcijfer	1.266	8,3	1,44	6.016	8,3	1,42

Ook in de schaa scores zijn weinig verschillen op te merken tussen respondenten in 2010 en 2012. Uit schaa scores blijkt dat respondenten over het algemeen de beste ervaringen hebben met de deskundigheid van de audiciens, en minder met onderhoud en reparaties en nazorg. Voor de schaa scores op het gebied van bejegening, onderhoud en reparaties, snelheid en bereikbaarheid, nazorg en deskundigheid, zie tabel 4.3.

Tabel 4.3 Schaa scores audiciens vragenlijst¹, 2010 en 2012

	2010			2012		
	N	M	SD	N	M	SD
Bejegening	1.275	3,64	0,01	6.016	3,71	0,01
Onderhoud en reparaties	528	3,14	0,04	1.949	3,08	0,02
Snelheid en bereikbaarheid	1.207	3,58	0,13	5.822	3,63	0,01
Nazorg	1.137	3,50	0,03	5.451	3,55	0,01
Deskundigheid hoortoestellen	1.202	3,72	0,01	5.569	3,75	0,01
Deskundigheid hoorzorg	227	3,39	0,05	1.309	3,59	0,02

¹ Schaa scores konden variëren van 1 tot 4. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe positiever de gerapporteerde ervaringen.

Bij de meeste respondenten werd de eventuele eigen bijdrage bij het eerste gesprek of tijdens de proefperiode besproken. Verder waren bijna alle respondenten van mening dat de audicien de financiële vergoeding en eventuele bijbetaling correct had afgehandeld. De ervaringen met het aantal hoortoestellen dat men kon proberen in de proefperiode verschilden tussen de twee jaren: in 2010 geeft het grootste deel van de respondenten aan dat zij meer hoortoestellen hadden willen proberen dan gebeurd is, terwijl de overgrote meerderheid van de respondenten in 2012 juist aangeeft dat dit niet het geval is.

Er lijken verschillen tussen respondenten in 2010 en 2012 te bestaan voor wat betreft de door de audicien uitgevoerde eindcontroles om te bepalen of het hoortoestel optimaal is afgesteld. In 2010 geeft 56% van de respondenten aan dat de audicien een spraakverstaan-test met nazeggen van woorden heeft uitgevoerd, tegen 71% van de respondenten in 2012. Voor het uitvoeren van een richtinghoren-test geldt dat deze volgens 31% van de respondenten in 2010 is uitgevoerd, tegen 50% in 2012. Insertion gain zou in 2010 bij 16% van de respondenten zijn uitgevoerd, tegen 30% in 2012. Ook het percentage respondenten dat aangeeft dat de audicien visual speech mapping heeft uitgevoerd is in 2012 ruim twee keer zo hoog (34%) als in 2010 (15%). Over het algemeen lijken er onder de respondenten in 2012 (allen klant bij een audicien aangesloten bij Hoorprofs) dus vaker eindcontroles te zijn uitgevoerd dan onder de respondenten in 2010 (klanten van zowel Beter Horen, Schoonenberg Hoorcomfort of Hoorprofs). Nadere analyses moeten uitwijzen of het aantal eindcontroles is toegenomen van 2010 naar 2012 of dat audiciens van Hoorprofs deze eindcontroles vaker uitvoeren dan audiciens van andere ketens.

- **CQI Hoortoestellen 2010 en 2012**
- *Achtergrondkenmerken van de respondenten in 2010 en 2012*

Het aantal respondenten die de CQI Hoortoestellen invulden in 2010 betrof 1.079 en in 2012 5.821. Respondenten waren over het algemeen 65 jaar of ouder, meer dan de helft was man. In de populatie van 2012 ligt het opleidingsniveau over het algemeen hoger dan in 2010, maar de verschillen zijn minder

groot dan bij de CQI Audiciens. De respondenten in 2010 en 2012 beoordeelden hun gezondheid als goed tot uitstekend in circa driekwart van de gevallen, zie ook Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Achtergrondkenmerken van de respondenten vragenlijst hoortoestellen, 2010 en 2012

	2010		2012	
	N	%	N	%
Leeftijd:				
18-24 jaar	6	0,6	22	0,4
25-34 jaar	5	0,5	53	0,9
35-44 jaar	32	3,0	146	2,5
45-54 jaar	81	7,6	386	6,6
55-64 jaar	219	20,5	1.216	20,9
65-74 jaar	316	29,6	2.036	35,0
75 jaar of ouder	408	38,2	1.962	33,7
Geslacht:				
Man	615	57	3.762	64,6
Vrouw	464	43	2.059	35,4
Opleiding:				
Geen opleiding	39	3,6	126	2,2
Lager onderwijs	111	10,3	499	8,6
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	194	18,0	1.165	20,0
Middelbaar of algemeen voorgezet onderwijs	198	18,4	1.049	18,0
Middelbaar beroepsonderwijs	160	14,8	934	16,1
Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	59	5,5	440	7,6
Hoger beroepsonderwijs	161	14,9	1.181	20,3
Wetenschappelijk onderwijs	58	5,4	427	7,3
Ervaren gezondheid:				
Uitstekend	82	7,6	544	9,4
Zeer goed	147	13,6	1.052	18,1
Goed	599	55,5	3.164	54,4
Matig	228	21,1	946	16,3
Slecht	23	2,1	115	2,0

- Kenmerken gehoorproblematiek en hoortoestelgebruik van respondenten in 2010 en 2012***

Van de respondenten die de CQI Hoortoestellen invulden in 2010 en 2012 gaf circa veertig procent aan een gehoorverlies van 31-60 dB te hebben; nog eens veertig procent rapporteerde een gehoorverlies van 61-90 dB. Grofweg driekwart bleek twee hoortoestellen te dragen. Het betrof veelal (circa zeventig procent) een toestel achter het oor (AHO). Circa zestig procent van de respondenten schafte het hoortoestel aan in het jaar van afname van de vragenlijst, of in het jaar daarvoor. Ruim de helft van alle respondenten bezocht de audicien twee tot vier keer om het hoortoestel te laten afstellen.

- **Ervaringen met het hoortoestel 2010 en 2012**

In de vragenlijst hoortoestellen werden veelal ervaringen ingevuld over de merken weergegeven in tabel 4.5.

Tabel 4.5 Merken van hoortoestellen waarover minstens 10% van respondenten ervaringen invulde in 2010 en 2012

Merk	2010		2012	
	N	%	N	%
Phonak	233	21,6	879	15,6
Oticon	197	18,3	1010	17,9
Widex	152	14,1	893	15,8
Resound	137	12,7	714	12,7
Siemens	133	12,3	587	10,4
Overig	227	21,0	1561	27,7

De meeste respondenten gaven aan het hoortoestel elke dag te gebruiken, en dat deze in de voorgaande twee weken dagelijks gemiddeld meer dan acht uur gedragen werd. Ruim driekwart van de respondenten gaf aan dat het hoortoestel in de voorgaande twee weken redelijk tot heel veel hulp bood in situaties waarin de respondent graag beter wilde horen. Opvallend is wel dat ruim de helft van de respondenten aan gaf in deze situaties nog steeds een beetje tot redelijk wat moeite met horen te hebben.

Uit rapportcijfers blijkt dat respondenten in zowel 2010 als 2012 minder positief oordeelden over het hoortoestel zelf dan over de audicien. Het hoortoestel kreeg als eindcijfer gemiddeld een 7,3 (op een schaal van 0 tot 10). Over het uiterlijk en het gebruiksgemak waren mensen iets positiever, en over de prijs iets minder positief. Op een aantal punten waren mensen boven de 65 gemiddeld genomen significant minder positief dan mensen jonger dan 65. In 2010 waren mensen boven de 65 minder positief over de geluidskwaliteit van hun hoortoestel dan mensen jonger dan 65. In 2012 waren mensen boven de 65 in 2012 minder positief over de geluidskwaliteit en het gebruiksgemak dan mensen jonger dan 65; ook gaven zij het hoortoestel een lager cijfer. Voor rapportcijfers uit de hoortoestellen vragenlijst 2010 en 2012, zie tabel 4.6.

Tabel 4.6 Rapportcijfers hoortoestellen vragenlijst, 2010 en 2012

	2010			2012		
	N	M	SD	N	M	SD
Uiterlijk	1.058	7,5	1,58	5.751	7,6	1,35
Gebruiksgemak	1.004	7,4	1,62	5.670	7,6	1,37
Geluidskwaliteit	1.055	7,1	1,57	5.686	7,3	1,37
Prijs	1.024	6,8	1,69	5.663	6,9	1,61
Eindcijfer	1.060	7,2	1,65	5.776	7,4	1,42

Uit schaalscores komt naar voren dat de geluidskwaliteit van het hoortoestel bij gesprekken over het algemeen het minst positief ervaren werd (gemiddeld 2,53 op een schaal van 1 tot 4). De ervaren geluidskwaliteit bij activiteiten scoorde beter, vooral voor activiteiten binnen. Het totaaloordeel van het hoortoestel was, in aanvulling op het eindcijfer, over het algemeen positief. Ook hier vonden we enkele

significante verschillen tussen mensen boven en onder de 65 jaar. In 2010 werd de geluidskwaliteit van het hoortoestel bij gesprekken, activiteiten binnen en activiteiten buiten door mensen boven de 65 minder positief ervaren dan mensen jonger dan 65; ook het eindoordeel van mensen uit deze leeftijdscategorie was lager. In 2012 werd alleen de geluidskwaliteit van het hoortoestel bij gesprekken lager beoordeeld door mensen ouder dan 65. Gemiddelde schaalscores gevonden in de hoortoestellen vragenlijst van 2010 en 2012 zijn weergegeven in tabel 4.7.

Tabel 4.7 Schaalscores hoortoestellen vragenlijst¹, 2010 en 2012

	2010			2012		
	N	M	SD	N	M	SD
Gesprekken	990	2,41	0,80	5.448	2,64	0,77
Activiteiten binnen	1.051	3,08	0,67	5.661	3,26	0,63
Activiteiten buiten	950	2,85	0,78	5.323	3,03	0,72
Hulpmiddelen	112	2,93	0,79	816	2,96	0,80
Totaaloordeel	1.073	3,86	0,75	5.771	3,45	0,72

¹ Schaalscores konden variëren van 1 tot 4. Hoe hoger de gemiddelde score, hoe positiever de gerapporteerde ervaringen.

• Resultaten kosten hoorzorg

De resultaten van de kostenontwikkeling voor de beleidswijziging worden in dit hoofdstuk beschreven op macro- en microniveau, waarna inzicht wordt gegeven in de ontwikkeling van prijzen van hoortoestellen. In paragraaf 5.1. presenteren we een trendanalyse van de totale uitgaven aan hoortoestellen die in de periode 2008-2012 ten laste zijn gekomen van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Paragraaf 5.2 beschrijft de resultaten van de eigen bijdragen van hoortoestelgebruikers en in paragraaf 5.3 geven wij een beschrijving van de ervaring van de hoortoesteldrager met betrekking tot de eigen bijdragen. Als laatst wordt in paragraaf 5.4 een overzicht gegeven van beschikbare gemiddelde prijzen die werden gehanteerd voor invoering van de beleidswijziging.

• Totale uitgaven aan hoortoestellen die ten laste komen van het zorgverzekeringsfonds

Figuur 5.1 verschaft inzicht in de nationale trend van uitgaven aan hoortoestellen per jaar die ten laste kwamen van de Zvw in de periode 2008-2012.

Figuur 5.1 Trend totale uitgaven hoortoestellen ten laste van Zvw

Uit figuur 5.1 valt allereerst op dat het verschil in totale uitgaven tussen 2011 en 2012 een aanmerkelijke stijging kent. Uitgedrukt in euro's betreft het een absolute stijging van ongeveer 40.000.000 euro. Dit betekent dat de uitgaven binnen één jaar zijn gestegen met 31,37% (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1 Totale uitgaven ten laste van de Zvw in de periode 2008-2012, inclusief het absolute en relatief verschil in uitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar

Jaar	Totale uitgaven (ten laste van de Zvw) (in euro's)	Absoluut verschil in uitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar (in euro's)	Relatief verschil in uitgaven ten opzichte van het voorgaande jaar (in %)
2008	122.302.000	-	-
2009	123.126.000	824.000	0,67%
2010	127.968.000	4.842.000	3,93%
2011	127.825.000	-143.000	-0,11%
2012	167.927.000	40.102.000	31,37%

Ten opzichte van de relatieve stijging in voorgaande jaren welke ongeveer tussen de 0 en 4% lag, betreft het een aanmerkelijke stijging. Voor het vinden van een mogelijke verklaring voor de stijging is gekeken naar de uitgaven per kwartaal (zie figuur 5.2).

Figuur 5.2 Totale uitgaven per kwartaal ten laste van Zvw in de periode 2011 en de eerste helft van 2013

Deze uitgaven laten duidelijk zien dat zowel in 2011 als 2012 sprake is geweest van een eindejaarseffect. Echter bij vergelijking van beide eindejaarseffecten laten de uitgaven van 2012 een aanmerkelijk grotere piek zien in het laatste kwartaal dan de uitgaven in 2011. Het absolute verschil in uitgaven tussen de laatste kwartalen van 2011 en 2012 is ongeveer gelijk aan 40.000.000 euro, welk bedrag gelijk is aan de absolute stijging van de totale uitgaven tussen 2011 en 2012..

Figuur 5.3 Gemiddelde vergoeding per declaratie ten laste van de Zvw in de periode 2008-2012

Uitgaven ten laste van de Zvw zijn een resultaat van het aantal declaraties vermenigvuldigd met het bedrag per declaratie (uitgaven = volume x prijs). De aanmerkelijke stijging in uitgaven zou hierdoor tweeledig kunnen worden verklaard. Gegeven de stabiele stijging in het gemiddelde vergoedingsniveau in de periode 2009-2012 voor hoortoestellen (figuur 5.3), kan worden geconcludeerd dat de aanmerkelijke stijging in uitgaven niet het resultaat is van een afwijkende toename in het vergoedingsniveau in 2012.

Figuur 5.4 Aantal ingediende declaraties ten laste van de Zvw in de periode 2008-2012

Figuur 5.4 laat zien dat de aanmerkelijke stijging in de uitgaven aan hoortoestellen in 2012 vooral kan worden verklaard door een plotselinge stijging in het aantal ingediende declaraties voor hoortoestellen in 2012 van 416.300 naar 505.700. Het betreft een procentuele toename van 21% (n=89.400) ten opzichte van 2011.

- **Eigen bijdragen**

In het oude beleid waarin vaste vergoedingslimieten golden, was de eigen betaling lineair afhankelijk van de prijs van het hoortoestel. Door de beperkte en gefragmenteerde informatie omtrent (gemiddelde) prijzen van hoortoestellen blijkt het nagenoeg onmogelijk om de (gemiddelde) eigen betalingen accuraat te berekenen. Hierdoor bestaat er onduidelijkheid over de exacte hoogte van de eigen betaling.

Gemiddelde kosten, vergoeding en eigen betaling per hoortoestel

Om een indicatie te kunnen geven van de gemiddelde eigen betaling per hoortoestel is gebruik gemaakt van ruwe schattingen omtrent gemiddelde jaarlijkse hoortoestelprijzen, afkomstig uit verschillende bronnen. De gemiddelde eigen betalingen, welke resulteren uit de jaarlijks gemiddelde prijzen minus de gemiddelde vergoedingen worden weergegeven in tabel 5.2.

Bij de interpretatie en vergelijking van de cijfers is voorzichtigheid vereist. Mogelijke verschillen in de gehanteerde definities van de hoortoestelprijs kan de berekeningswijze van de prijs hebben beïnvloed (bijvoorbeeld inclusief of exclusief servicekosten). Omdat we geen inzicht hebben in de wijze waarop de prijzen zijn berekend is het onmogelijk om betrouwbare conclusies te trekken over de hoogte van de eigen bijdragen in de periode 2008-2012.

Tabel 5.2 Gemiddelde prijs/kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestel

Jaar	Bron	Gemiddelde prijs/kosten	Bron	Gemiddelde vergoeding	Gemiddelde eigen bijdrage
2008	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
2009	Boer & Croon Pact studie	1019 485-2100	GIP	504,87	514,13
2010	CQI data	1251,79	GIP	520,13	731,66
2011	NVAB 2013	1017	GIP	526,48	490,52
2012	NVAB 2013	990	GIP	539,35	450,65
	CQI data 2012	1238			698,65

n.b. = niet bekend

Gemiddelde kosten, vergoeding en eigen bijdrage per gebruiker

Aanvullend bevat de CQI data van 2010 en 2012 informatie op microniveau over de totale kosten, vergoeding en eigen bijdrage per hoortoestelgebruiker (zie tabel 5.3). Hierbij dient rekening gehouden te worden met het subjectieve karakter van de resultaten uit de CQI-enquête voor hoortoestelgebruikers.

Tabel 5.3 Gemiddelde kosten, vergoeding en eigen betaling per hoortoestelgebruiker (in euro's volgens de CQI data uit 2010 en 2012)

Jaar	Gemiddelde kosten	Gemiddelde vergoeding	Gemiddelde eigen betaling
2010	2216	1025	1191
2012	2253	1141	1026
Verskil tussen 2010 en 2012 in %	1,67%	11,32%	-13,85%

De gemiddelde eigen betaling per gebruiker is 1191 euro in 2010 en 1026 euro in 2012. Aan de hand van deze gegevens kan worden geconcludeerd dat de gemiddelde eigen betaling per gebruiker in 2012 gemiddeld 13,85% lager was dan in 2010.

Vergelijking van objectieve en subjectieve data met betrekking tot de gemiddelde vergoeding per gebruiker

Bij een vergelijking van GIP en CQI data uit 2010 en 2012 valt op dat de jaarcijfers omtrent de gemiddelde vergoeding per gebruiker van elkaar afwijken. Tabel 5.4 laat zien dat de gemiddelde vergoeding per gebruiker in 2010 volgens de CQI data 31% hoger is dan de gemiddelde vergoeding per gebruiker berekend aan de hand van GIP data. Voor 2012 betreft het een procentueel verschil van 33%. Mogelijk zou dit voor een deel verklaard kunnen worden door het verschil in gehanteerde definities. Het is mogelijk dat niet dezelfde typen hoortoestellen meegenomen zijn in de berekening van de vergoedingen van hoortoestellen, zoals bijvoorbeeld oorstukjes. Daarnaast kan er sprake zijn van response bias in de CQI data, aangezien de resultaten uit de CQI-enquête voor hoortoestelgebruikers subjectieve consumentervaringen betreft.

Tabel 5.4 Het verschil tussen de gemiddelde vergoeding per hoortoestelgebruiker berekend met de GIP data en de CQI data

Gemiddelde vergoeding per gebruiker	GIP	CQI	Vershil tussen GIP en CQI (in %)
2010	780	1025	31%
2012	856	1141	33%

Relatie eigen bijdrage en prijs van een hoortoestel

In figuur 5.6 en 5.7 zijn de totale kosten per persoon in 2010 en 2012 afkomstig uit de CQI data afgezet tegen de eigen betaling per persoon in dezelfde jaren. Op basis van deze grafieken kan worden geconcludeerd dat er ten tijde van het oude beleid een positieve associatie bestond tussen de totale kosten per persoon en de eigen betaling per persoon. Hoe hoger de kosten per hoortoestel, hoe hoger de eigen betalingen voor de hoortoestelgebruiker.

Figuur 5.6 Relatie tussen de eigen bijdrage en totale kosten hoortoestel(len) per persoon in 2010

Figuur 5.7 Relatie tussen de eigen betaling en totale kosten hoortoestel(len) per persoon in 2012

- **Ervaren betaalbaarheid van het hoortoestel (2010 en 2012)**

Voor het in kaart brengen van de ervaren betaalbaarheid van het hoortoestel is gebruik gemaakt van het percentage respondenten van de CQI 2010 en 2012, dat aangaf de eigen bijdrage voor een hoortoestel te hebben ervaren als een probleem (zie figuren 5.8 en 5.9). In 2010 heeft 34 % (n=156) van de hoortoestelgebruikers aangegeven de eigen bijdrage te hebben ervaren als een groot probleem. 66% (n=306) van de hoortoestelgebruikers beschouwde de eigen bijdrage als een klein tot geen probleem. Opvallend is dat meer dan de helft van de hoortoestelgebruikers (n=618; 57%) geen antwoord heeft ingevuld. Deze worden beschouwd als ‘missing value’ en zijn niet meegenomen in de berekening van de percentages. Daarnaast bleek dat iedereen die de vraag heeft ingevuld een eigen bijdrage heeft betaald bij aanschaf van een hoortoestel.

Figuur 5.8 Percentage hoortoestelgebruikers in 2010 voor wie de eigen bijdrage een klein tot groot probleem vormden

Bij vergelijking van de bevindingen uit 2010 met de bevindingen uit 2012 blijkt dat het percentage hoortoestelgebruikers dat de eigen bijdrage als een groot probleem beschouwde in 2012 lager ligt dan in 2010. In 2012 beschouwde 14% de eigen bijdrage als een groot probleem ten opzichte van 34% in 2010. De categorie respondenten die de eigen bijdrage een klein tot geen probleem vindt in 2012 is uitgesplitst. 36% beschouwde de eigen bijdrage als een klein probleem en de helft van de hoortoestelgebruikers (50%) vond de eigen bijdrage geen probleem. Een mogelijke verklaring voor het dalend aantal respondenten dat de eigen betaling als een probleem ervaart is dat mensen meer gewend raken aan het zelf betalen van zorgkosten. Uit een onderzoek van het NIVEL naar ervaringen met zorg en zorgverzekeraars bleek dat er in 2010 nog veel onduidelijkheid bestond over bijbetalingen voor bepaalde typen zorg. Driekwart van de mensen was vooraf onbekend met de bijbetaling die zij moeten betalen. Het NIVEL verklaarde dit destijds aan de hand van de gewenning die nog moet optreden bij patiënten met betrekking tot het feit dat hun zorg niet altijd meer volledig vergoed wordt. Mogelijk is deze gewenning na 2010 langzaam opgetreden.

Figuur 5.9 Percentage hoortoestelgebruikers in 2012 voor wie de eigen bijdrage een klein, groot of geen probleem vormden

Prijs-kwaliteit verhouding

We hebben ook gekeken naar de ervaren prijs-kwaliteit verhouding van hoortoestellen in 2010 en 2012. Op een schaal van 0 t/m 10 beoordeelden de hoortoestelgebruikers de prijs-kwaliteit verhouding in 2010 gemiddeld met het cijfer 6,8 en in 2012 gemiddeld met het cijfer 6,9. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de beoordeling van de prijs-kwaliteit verhouding ongeveer gelijk is gebleven tussen 2010 en 2012.

- **Prijzen van hoortoestellen**

We hebben - op basis van de beperkte publiekelijk beschikbare data - een globaal overzicht gecreëerd van de jaarlijkse gemiddelde hoortoestelprijzen (zie tabel 5.2).

Geen van de geraadpleegde bronnen bevat informatie over gehanteerde hoortoestelprijzen in 2008. De studies van Boer en Croon en de PACT vereniging beschrijven informatie over gemiddelde hoortoestelprijzen in 2009. Uit het rapport van Boer en Croon bleek dat de gemiddelde prijs per hoortoestel uitkwam op 1.019 euro. Daarnaast deed stichting PACT in opdracht van het CVZ in 2009 onderzoek naar onder andere de kosten en vergoedingen van hoortoestellen. Stichting Pact heeft gekeken naar inkooprijzen van hoortoestellen, die in het onderzoek zijn vertaald naar consumentenprijzen. In tegenstelling tot een gemiddelde hoortoestelprijs werd in deze studie een range gehanteerd van prijzen: de hoortoestelprijs in 2009 varieerde tussen de 485 en 2.100 euro.

Wij hebben op basis van CQI data een inschatting gemaakt van de gemiddelde verkoopprijs voor 2010 en 2012. Het betreft een gemiddeld bedrag van de kosten per hoortoestel die in rekening is gebracht bij de hoortoestelgebruiker. Voor 2010 was dit bedrag 1.251,79 euro per persoon; in 2012 bedroeg dit 1.344 euro. De NVAB heeft tijdens een aanvullend interview een ruwe schatting gegeven van de gemiddelde hoortoestelprijzen in 2011 en 2012. Deze kwamen uit op respectievelijk 1017 en 990 euro. De door ons ingeschatte prijs valt daarmee rond de 300 euro hoger uit dan de gemiddelde prijs die geschat is door de NVAB. Zoals aangegeven in paragraaf 5.2 wordt een betrouwbare prijsvergelijking van hoortoestellen over tijd bemoeilijkt door het ontbreken van exacte en consistente prijsdata van hoortoestellen over de periode 2008-2013. De ruwe schattingen van jaarlijkse hoortoestelprijzen gebaseerd op afzonderlijke bronnen dienen daarom hoogstens ter indicatie van de range waarbinnen de gemiddelde hoortoestelprijs varieerde in de periode voor 2013.

• Reflectie / hoe verder

In dit hoofdstuk wordt gereflecteerd op de belangrijkste bevindingen van het onderzoek tot nu toe. Daarnaast worden aanvullende opmerkingen over beschikbaarheid van data uit de interviews besproken. Als laatst wordt de aanpak voor het vervolgonderzoek in 2014 beschreven, waarin een vergelijking zal plaatsvinden van de situatie voorafgaand en na invoering van de beleidswijziging (2013 en verder).

• Belangrijkste bevindingen tot nu toe

• *Oriënterende interviews*

Over het algemeen staan betrokken partijen achter de functiegerichte omschrijving van de aanspraak op hoorzorg. Het idee van eenvoudig waar het kan en complex waar nodig wordt door de meeste partijen gedragen. Wel staan de partijen kritisch tegenover een aantal aspecten van het beleid rondom de verstrekking en vergoeding van het hoortoestel.

Dit betreft met name:

- Het proces rondom de ontwikkeling van het keuzeprotocol. Partijen geven aan te weinig of te laat hierbij betrokken te zijn.
- Het digitale portaal: het feit dat het digitale portaal nog niet in werking is, wordt gezien als een groot probleem. Dit zorgt er voor dat de toewijzing tot een categorie hoortoestel nog niet gestandaardiseerd is. De geïnterviewde partijen hebben de indruk dat het merendeel van de mensen nu ingedeeld worden in categorie 3. Uit het vervolg van dit onderzoek zal blijken hoe de toewijzing van categorieën in de praktijk verloopt. Hiertoe wordt een vraag toegevoegd aan de CQI Audiciens waarin we vragen in welke categorie mensen zijn ingedeeld.
Het uitblijven van het digitale portaal heeft ook als gevolg dat het keuzeprotocol tot op heden niet geoptimaliseerd kan worden. Veel gehoorde argumenten tegen het gebruik van het digitale portaal zijn gebrek aan ruimte voor inbreng van de audiciens en gebrek aan interactie met de klant.
- De Amsterdamse Vragenlijst (AVL): sommige geïnterviewden vinden dat de AVL de zorgvraag onvoldoende in kaart brengt en dat de lijst niet geschikt is om de koppeling naar een hoortoestel te maken. Verschillende partijen zijn bovendien van mening dat de uitkomst van de AVL te zwaar meeweegt in de categorisatie van gehoorproblematiek. Er is daarnaast veel commentaar op de lengte en begrijpelijkheid van de lijst. Het zou dan ook goed zijn om de vragenlijst en digitale afname ervan kwalitatief uit te testen onder een kleine groep slechthorenden.
- De rekenformule voor het indelen van de gehoorproblematiek in één van de vijf categorieën: het feit dat de rekenformule niet openbaar lijkt te zijn is voor meerdere partijen moeilijk te begrijpen.
- Categorisatie van hoortoestellen: bij verschillende partijen bestaat onduidelijkheid en onvrede omtrent de criteria voor de categorisatie van hoortoestellen. Zo zou deze gebaseerd zijn op een aantal losstaande kenmerken, zonder dat er gekeken is naar het totale effect van het hoortoestel. Meerdere partijen geven bovendien aan dat het aantal toestellen dat beschikbaar is binnen een bepaalde categorie te beperkt is.

- Tenslotte denken een aantal partijen dat er bij audiciens, klanten en zorgverzekeraars veel onduidelijkheid bestaat over de werking van het protocol, en dat de voorlichting aan klanten door audiciens en zorgverzekeraars over de werking van het protocol daardoor mogelijk te wensen overlaat. De vraag of dit werkelijk zo is zal blijken uit het vervolg van deze studie
- ***Ervaringen hoortoesteldragers***

CQI data 2010 en 2012

De klantervaringsonderzoeken die zijn uitgevoerd in 2010 en 2012 met de CQI vragenlijsten laten zien dat respondenten over het algemeen positieve ervaringen met hun audicien hadden; ze gaven als totaal rapportcijfer gemiddeld een 8,3 (op een schaal van 0 tot 10). Respondenten hadden over het algemeen de beste ervaringen met de deskundigheid van de audicien, en minder met onderhoud en reparaties en nazorg. Verder waren bijna alle respondenten van mening dat de audicien de financiële vergoeding en eventuele bijbetaling correct heeft afgehandeld.

Er zijn weinig verschillen op te merken tussen de respondenten in 2010 (klanten van Beter Horen, Schoonenberg Hoorcomfort en Hoorprofs audiciens) en 2012 (klanten van Hoorprofs audiciens). We zien wel dat het aantal hoortoestellen dat men kon proberen in de proefperiode verschilt tussen de twee groepen: in 2010 gaf het grootste deel van de respondenten aan dat zij meer hoortoestellen hadden willen proberen dan gebeurd is, terwijl de overgrote meerderheid van de respondenten in 2012 juist aangaf dat dit niet het geval is. Ook lijken er onder de respondenten in 2012 vaker eindcontroles te zijn uitgevoerd dan onder de respondenten in 2010. Nadere analyses moeten uitwijzen of deze verschillen samenhangen met veranderingen over de jaren of met verschillen tussen de betrokken ketens.

Grofweg driekwart van de respondenten in 2010 en 2012 bleek twee hoortoestellen te dragen. Het betrof veelal (circa zeventig procent) een toestel achter het oor (AHO). De meeste respondenten gaven aan het hoortoestel elke dag te gebruiken. Ruim driekwart van de respondenten gaf aan dat het hoortoestel in de voorgaande twee weken redelijk tot heel veel hulp bood in situaties waarin de respondent graag beter wilde horen.

Uit rapportcijfers bleek dat respondenten in zowel 2010 als 2012 minder positief oordeelden over het hoortoestel zelf dan over de audicien. Het hoortoestel kreeg als eindcijfer gemiddeld een 7,3 (op een schaal van 0 tot 10). Over het uiterlijk en het gebruiksgemak waren mensen iets positiever dan over de prijs. De ervaringen met het hoortoestel verschilden niet tussen 2010 en 2012. Wel bleek dat mensen boven de 65 op een aantal punten minder positief waren over het hoortoestel dan mensen jonger dan 65 jaar.

Mogelijke gevolgen van het nieuwe beleid voor hoortoesteldragers

In de oriënterende interviews zijn verschillende mogelijke gevolgen van het nieuwe beleid voor hoortoesteldragers benoemd. Zo gaven verschillende partijen aan dat er een spanningsveld bestaat tussen belangen van de industrie (innovatie en marktwaaarde) en de zorg (verbetering en optimalisering van de zorg). Dit roept de vraag op of innovatie inderdaad wordt afgeremd binnen het nieuwe beleid en zo ja, of mensen hierdoor het recht op adequate zorg wordt ontnomen. Binnen het huidige onderzoek kunnen we nagaan of de ervaringen met het hoortoestel minder positief zijn na invoering van het nieuwe beleid.

Ook wordt gevreesd dat het keuzeprotocol niet voldoet bij mensen met bijzondere hoorproblematiek of met bijkomende pathologie. De meer geavanceerde hoortoestellen, die vaak nodig zijn bij complexe

hoorproblematiek of bijkomende pathologie, vallen volgens de partijen mogelijk buiten de vijf categorieën in de hoortoestellendatabase. Wanneer er binnen de vijf categorieën niet tot een passende hooroplossing gekomen kan worden zou de bijzondere zorgvraag een uitkomst moeten bieden. Hiervoor is echter een speciale machtiging nodig, die de audiciens veel extra tijd kost en die volgens sommige partijen niet vaak gehonoreerd wordt door zorgverzekeraars. Het is dan ook van belang om de ervaringen van mensen met een bijzondere hoorproblematiek of bijkomende pathologie met de verstrekking van een hoortoestel in kaart te brengen. Daarnaast zouden cijfers met betrekking tot doorverwijzingen naar de audiologische centra opheldering kunnen bieden. Beide punten vallen echter buiten de scope van de huidige evaluatie.

Naast de invoering van functionele verstrekking voeren zorgverzekeraars een verscherpt inkoopbeleid. Volgens de geïnterviewde partijen moeten de intake, aanpassing en betaling van het hoortoestel binnen de nieuwe afspraken vaak binnen drie uur gebeuren. Hierdoor heeft de audiciens mogelijk minder ruimte en tijd om in te spelen op de diversiteit aan behoeften en zorgvragen van de klant. In het vervolg van dit onderzoek zullen we nagaan of mensen inderdaad ervaren dat er minder tijd beschikbaar is, en dat de service bij de audiciens achteruit gegaan is.

Als gevolg van selectief inkoopbeleid krijgen hoortoesteldragers van sommige zorgverzekeraars het hoortoestel bovendien maar bij een beperkt aantal audiciens vergoed. Het feit dat de mogelijkheid tot bijbetalen afhankelijk is van de zorgverzekeraar draagt er volgens verschillende partijen ook aan bij dat de keuzevrijheid van de cliënt binnen het nieuwe beleid beperkt is. Aan de CQI Audiciens is een extra vraag toegevoegd om in de volgende fase van dit onderzoek te toetsen of hoortoesteldragers ook daadwerkelijk ervaren dat de keuzevrijheid binnen het nieuwe beleid beperkt is.

De NVVS heeft een meldpunt op hun website. Via dit meldpunt ontvangt de NVVS voornamelijk klachten over de toepassing van het selectief inkoopbeleid door verzekeraars. Een andere veelvoorkomende klacht betreft de toewijzing van hoorhulpmiddelen aan de hand van categorisatie. Hoortoesteldragers geven aan dat zij hoorhulpmiddelen krijgen aangeboden waarmee zij niet kunnen functioneren, vooral niet in hun arbeidssituatie. Iets anders dat de NVVS opvalt, is dat mensen aangeven dat ze niet weten in welke categorie ze zijn ingedeeld. Overeenkomstig gaven meerdere van de geïnterviewde partijen aan dat ze denken dat het op dit moment ontbreekt aan eenduidige voorlichting richting de klant. Dit komt mogelijk doordat er bij de audiciens onduidelijkheid bestaat over de criteria voor categorisatie van zowel de hoorproblemen als de hoortoestellen. Op basis van de CQI gegevens kunnen we inzicht krijgen in de ervaringen van de hoortoesteldragers met de voorlichting over de categorisatie door de audiciens.

- ***Financiële aspecten***

Kosten

Opvallend aan de trendanalyse van de kosten van hoortoestellen ten laste van de Zvw is de drastische kostenstijging in 2012 ten opzichte van de voorgaande jaren. Deze stijging kan volgens de geïnterviewde partijen worden verklaard door de aangekondigde beleidswijziging, waardoor een groot aantal hoortoestelgebruikers neigden tot een vroegtijdige aankoop van een hoortoestel door onzekerheid met het nieuwe beleid. De volumestijging die hiervan het gevolg is geweest, vormt de grootste verklarende factor voor de stijging van de kosten in 2012. Onze resultaten gebaseerd op de GIP data, bevestigen deze stijging in volume. Gegeven het stabiele vergoedingsniveau in de periode 2011-2012 kan worden geconcludeerd dat de aanmerkelijke stijging in uitgaven een resultaat is van de toename in het volume

niveau in dezelfde periode.

De sterke daling in het aantal verstrekte hoortoestellen in 2013 is volgens de geïnterviewde partijen het gevolg van de explosieve volumestijging in het laatste kwartaal van 2012. Hierdoor lijkt het alsof er een enorme besparing is opgetreden met invoering van het nieuwe beleid, terwijl dit in feite verklaard kan worden door het vervroegd aankoopgedrag van hoortoestelgebruikers gedurende het oude beleid.

Daarnaast wordt er getwijfeld aan de verwachte daling in kosten, omdat het nieuwe beleid leidt tot een groter aantal verwijzingen naar audiologische centra en overheveling van de taakstelling van het UWV naar de Zvw. Beiden resulteren mogelijk in hogere kosten.

Eigen betalingen

Door de beperkte en gefragmenteerde informatie omtrent prijzen kon geen betrouwbare conclusie worden getrokken over de hoogte van de eigen betalingen per hoortoestel in de periode 2008-2012. Aan de hand van de CQI data kon wel de eigen betaling per gebruiker in kaart worden gebracht voor de jaren 2010 en 2012. Met een bedrag van 1.399 euro per gebruiker viel de gemiddelde eigen betaling per persoon 17 % hoger uit dan de gemiddelde eigen betaling in 2010 (1.191 euro). Verwacht wordt dat de eigen betalingen per hoortoestel in het nieuwe beleid zullen dalen als gevolg van de verwachte daling in hoortoestelprijzen. NVVS en AudiNed hebben de verwachting dat de daling in de eigen bijdrage in 2013 zal worden gecompenseerd met een stijging in bijverkopen door audiciens. Zij denken dat audiciens de lagere prijzen trachten te compenseren met het genereren van extra inkomsten. Ze zijn van mening dat dit kan leiden tot een stijging van de eigen betalingen doordat bijverkopen voor eigen rekening komen van de hoortoestelgebruiker.

Prijzen

Een betrouwbare prijsvergelijking van hoortoestellen over tijd wordt bemoeilijkt door het ontbreken van exacte en consistente prijsdata van hoortoestellen over de periode 2008-2013. Gebaseerd op afzonderlijke bronnen, geven de onderzoeksresultaten ruwe schattingen weer van jaarlijkse hoortoestelprijzen. Deze prijzen dienen hoogstens ter indicatie van de range waarbinnen de gemiddelde hoortoestelprijs varieerde in de periode voor 2013. In het jaar 2012 zien we een prijs range van 990-1.344 euro. Achmea, ZN en de NVAB verwachten dat het nieuwe beleid zal leiden tot een daling in de prijs naar 700-800 euro per hoortoestel.

Tijdens de oriënterende interviews gaf AudiNed aan een internationale vergelijking van de prijzen van hoortoestellen zinvol te achten voor dit onderzoek. Naast dat betwist kan worden of een dergelijke vergelijking zinvol is aangezien in andere landen andere vergoedingssystemen gelden, valt een dergelijke vergelijking buiten de scope van het huidige onderzoek.

• Beschikbaarheid data onderzoek

De subjectiviteit die gepaard gaat met de kostengegevens uit de CQI data geven volgens 5.1.2e teveel ruis, omdat hoortoestelgebruikers niet precies weten hoeveel zij aan het hoortoestel hebben uitgeven. Daarnaast is er vaak sprake van extra kosten door extra verzekeringen en diverse zorgarrangementen, die hoortoestelgebruikers mogelijk meenemen in hun schattingen van de kosten van een hoortoestel. 5.1.2e noemt als alternatief dat de kosten van hoortoestellen gemakkelijk te achterhalen zijn via factuurgegevens van zorgverzekeraars. Naar aanleiding van deze suggestie is navraag gedaan naar de beschikbaarheid van deze kostengegevens bij ZN en Achmea. Echter is reactie tot op heden uitgebleven

Naast het gebruik van GIP data van het CVZ en de CQI data uit 2010 en 2012, is tijdens de interviews gevraagd naar de beschikbaarheid van aanvullende data. Als reactie hierop hebben GAIN en de NVAB informatie verschaft over het aantal verkochte hoortoestellen door fabrikanten in de periode 2008-2012. Tevens is een voorlopig overzicht gegeven van de verkochte hoortoestellen in 2013. De volumegegevens zouden bij de nameting kunnen dienen als vergelijkingsmateriaal voor de volumegegevens afkomstig uit de GIP databank, welke alleen informatie bevat over het aantal vergoede hoortoestellen. Een mogelijke verschuiving van verkochte hoortoestellen naar de private markt zou hiermee aangeduid kunnen worden.

- **Aanpak 2014**

Uitgangspunt voor het onderzoek is een vergelijking van de situatie voorafgaand en na invoering van de beleidswijziging (2013 en verder). Hieronder geven we aan welke activiteiten volgend jaar door het NIVEL en Ecorys uitgevoerd zullen worden om de verschillende onderzoeksvragen te beantwoorden.

- ***Ervaringen van hoortoesteldragers***

In dit rapport zijn de ervaringen van hoortoesteldragers met de dienstverlening door de audiciens en het hoortoestel voor de invoering van de beleidswijziging weergegeven. Deze ervaringen zullen in de tweede fase van het onderzoek vergeleken worden met de ervaringen van hoortoesteldragers met de audiciens en het hoortoestel vanaf 2013. In 2013 hebben BeterHoren en Schoonenberg de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen afgenomen bij een deel van hun klanten. Ze zullen dit ook doen in 2014. Beide ketens hebben toegezegd dat het NIVEL over de CQI data kan beschikken ten behoeve van dit onderzoek.

Daarnaast hebben we de overige ketens benaderd voor deelname aan het onderzoek. SpecSavers, Hoorprofs, ^{5.1.2e} en Hoorpartners hebben allemaal aangegeven in principe te willen deelnemen aan het onderzoek. Dit houdt in dat ze ongeveer 600 recente klanten selecteren uit hun klantenbestand die wij vervolgens uitnodigen om de CQI Audiciens en CQI Hoortoestellen in te vullen. Deelname van alle ketens maakt een evenwichtige evaluatie van het nieuwe beleid mogelijk. Indien we het onderzoek zouden beperken tot de audiciënetens die zelf al CQI metingen uitvoeren, dan zouden we slechts de kwaliteit van een deel van de hoortoestellen aanwezig op de markt in kaart kunnen brengen. Ook valt er te verwachten dat ketens verschillen in de dienstverlening die ze bieden.

De huidige CQI Audiciens en de CQI Hoortoestellen bieden niet voldoende informatie over het proces van aanschaf van een hoortoestel in relatie tot het nieuwe vergoedingssysteem en functiegerichte verstrekking. Derhalve hebben we elf aanvullende vragen over de ervaringen met het Keuzeprotocol Hoorzorg, de toewijzing van een categorie hoortoestel en de keuzemogelijkheden voor een hoortoestel opgesteld (zie bijlage 5). Deze vragen zijn conform de CQI systematiek geformuleerd waardoor deze eenvoudig kunnen worden ingebed bij de CQI Audiciens. De aanvullende vragen worden meegenomen in de CQI metingen van 2014.

Tijdens de tweede fase van het onderzoek vergelijken we de ervaringen van hoortoesteldragers tijdens de voorgaande jaren (2010 en 2012) met de jaren na de beleidswijziging (2013 en 2014). Ook worden ervaringen van cliënten met de kwaliteit van het hoortoestel en de dienstverlening door de audiciens vergeleken tussen categorieën hoortoestellen. Vervolgens bekijken we of er veranderingen zijn in de ervaringen in de loop der tijd. Hierbij is het van belang om rekening te houden met de hiërarchische ('geneste') datastructuur. Klanten horen bij een bepaalde audicien en de antwoorden van klanten van eenzelfde audicien staan niet los van elkaar. Hetzelfde geldt voor ervaringen met verschillende hoortoestellen. Daarom is het van belang dat bij de analyses gebruik wordt gemaakt van multilevel analyses.

- **Financiële aspecten**

Op basis van de uitgevoerde nulmeting waarin een nationale trend is geanalyseerd, kan in de tweede fase worden beoordeeld in hoeverre de gerealiseerde zorgconsumptie na invoering van de beleidswijziging afwijkt van het trendmatig verwachte gebruik.

Financieel effect op macroniveau

Voor het in kaart brengen van de zorgkosten na de beleidswijziging zal wederom gebruik worden gemaakt van de GIP data. Een consistent gebruik van data afkomstig uit dezelfde databron bevordert de vergelijkbaarheid van de zorgkosten voor en na de beleidswijziging.

In aanvulling op de GIP data zal gebruik worden gemaakt van de gegevens aangeleverd door GAIN over het aantal verkochte hoortoestellen op de particuliere markt voor en na de beleidswijziging. Met een vergelijking van de verkochte en vergoede volumes hoortoestellen kan een mogelijke financieringsverschuiving naar de particuliere markt in kaart worden gebracht. Een toe- of afname van de particuliere zorguitgaven en een toe- of afname van de collectieve uitgaven kunnen duiden op een gedragseffect van de eigen betalingen. De hoorzorg kan bijvoorbeeld nog steeds worden geconsumeerd, maar mensen betalen de zorg zelf.

Financieel effect op verzekerdeniveau

Voor de meting van het financiële effect op het niveau van de verzekerden dienen de eigen betalingen voor de beleidswijziging te worden vergeleken met de eigen betalingen na de beleidswijziging. Voor het in kaart brengen van de eigen betalingen na de beleidswijziging zal gebruik worden gemaakt van de subjectieve CQI data uit 2013 en 2014. Vervolgens worden deze vergeleken met de resultaten uit de CQI data van 2010 en 2012. Voor objectieve informatie over eigen betalingen in het nieuwe beleid kan gebruik worden gemaakt van de publiek toegankelijke informatie over hoortoestelprijzen via de rekentool van beterhoren.nl. Deze rekentool geeft objectieve informatie over de gehanteerde prijzen per zorgverzekeraar. Hiervan kan de eigen betaling worden afgeleid, aangezien de eigen betaling in het nieuwe beleid procentueel afhankelijk is van de aanschafprijs (25%). Vergeleken met de beperkte objectieve informatie over prijzen van hoortoestellen in het oude beleid, kan voor het nieuwe beleid wel een nauwkeurige meting van de eigen betalingen worden uitgevoerd. Hiermee kan een indicatie worden gegeven van de betaalbaarheid van hoortoestellen na de beleidswijziging.

Echter, door het ontbreken van betrouwbare objectieve informatie over eigen betalingen ten tijde van het oude beleid, kan het effect van de beleidswijziging op de eigen betalingen niet worden gebaseerd op objectieve informatie. De vergelijking van de eigen betalingen voor en na de beleidswijziging zal daarom uitsluitend moeten worden gebaseerd op de subjectieve CQI data.

Effect op de prijzen

Voor het meten van het effect van de beleidswijziging op de prijzen van hoortoestellen zullen de gehanteerde prijzen voor en na de beleidswijziging met elkaar worden vergeleken. Ook deze vergelijking wordt bemoeilijkt door de beperkt beschikbare prijsinformatie van het oude beleid. Voor een vergelijking van de prijzen zal daarom in eerste instantie worden uitgegaan van de subjectieve CQI data, waaruit de totale kosten per hoortoestel kunnen worden afgeleid. Daarnaast kan het effect worden geanalyseerd via een minder directe benadering, waarin een grove vergelijking kan worden gedaan tussen de geschatte prijzen in de oriënterende en aanvullende interviews, de prijzen genoemd in de literatuur en de publiek beschikbare prijzen via beterhoren.nl.



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Dialogoog Hoorzorg

Vrijdag 17 januari 2020
Woensdag 22 juli 2020



Afspraken 17 januari 1/2

1. Meer transparantie en betere communicatie richting cliënt over

- Het totale aanbod van hoortoestellen en aanbod per leverancier
- Keuzeprocess
- Regelingen zoals 25% eigen bijdrage en mogelijkheden tot bijbetaling

Via oa QA's, een cliëntenversie van Hoorprotocol 2.0, en/of een uitlegdocument over de private markt

Werkgroep bestaande uit:

Collectief van Zelfstandige Audiciens, Nederlandse Vereniging voor Audicienbedrijven, Audined, Consumentenbond, Stichting Hoormij, Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen, gefaciliteerd door VWS.



Afspraken 17 januari 2/2

2. Stichting Hoorprotocol onderzoekt of de implementatie van het hoorprotocol versnelt kan plaatsvinden. Met name de onderdelen gericht informatie en transparantie.
3. VWS onderzoekt (on)mogelijkheden voor het afschaffen van de 25% eigen bijdrage
4. VWS komt met standpunt bij betaling voor features boven de geïndiceerde zorg.
Met de komst van hearables zal deze discussie in de toekomst nog meer opspelen.
De Kwaliteitsaudiciens zorgen voor een conceptdocument vanuit het veld.
5. VWS organiseert een vervolgbijeenkomst over 2,5 maand. Hiervoor wordt extra uitgenodigd een vertegenwoordiger van audiologen. Daarnaast zal een tweede vertegenwoordiger vanuit GAIN aansluiten.
6. VWS informeert de Tweede Kamer over dit overleg, naar aanleiding van vragen in het Algemeen Overleg Hulpmiddelenbeleid in november 2019.



Afspraken 22 juli

1. De brancheorganisaties bieden aan hun achterban te attenderen op het belang van de financiële afdracht om de implementatie van hoorprotocol goed te kunnen vorm geven.
2. Stichting Hoorprotocol en NVAB zullen zorgen dat de infographic en hoorprotocol animatie goed op elkaar aansluiten.
3. De partijen aan tafel spreken nogmaals hun commitment aan snelle implementatie van het Hoorprotocol uit. De brancheorganisaties nemen contact op met de Stichting en hun achterban om de knelpunten zo mogelijk op te lossen.
4. De Kwaliteitsaudiciens geven aan binnenkort het discussiedocument over betaling voor features boven geïndiceerde zorg met andere partijen te kunnen afstemmen.
 - a. VWS zorgt voor standpunt over eigen bijdrage.
5. De NVAB en Kwaliteitsaudiciens stellen een discussiestuk op over een gezamenlijke visie op hoorzorg, als startpunt voor volgend overleg.
 - a. Stichting Hoorprotocol vult dit aan met een overzicht hoe het Hoorprotocol, PREM, STAR en NOAH zich tot elkaar verhouden.
6. NVAB zegt toe in volgend overleg een korte presentatie te geven over de stand van zaken SRIM rapport: verbetering inclusie Nederlandse cliënt.

Verslag Dialoog Hoorzorg

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

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

Deelnemers overleg

5.1.2e	GAIN
5.1.2e	Stichting HoorProfs
5.1.2e	De Kwaliteitsaudiciens
5.1.2e	Collectief van Zelfstandige Audiciens
5.1.2e	Nederlandse Vereniging voor Audicienbedrijven
5.1.2e	Audined
5.1.2e	Consumentenbond
5.1.2e	Hoormij
5.1.2e	ASR
5.1.2e	Zilveren Kruis
5.1.2e	VGZ
5.1.2e	ZN
5.1.2e	Protocol Hoorhulpmiddelen
5.1.2e	Audicienregister
5.1.2e	Voorzitter, Ministerie van VWS
5.1.2e	Ministerie van VWS

Verslag

Doel van de bijeenkomst is het komen tot een gezamenlijke visie op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van hoorzorg. Met als uitgangspunt goede, betaalbare, kwaliteit van zorg voor de patiënt. Scope van de bijeenkomst is de vergoede hoorzorg uit het basispakket.

Aanleiding voor het overleg zijn een aantal ervaren knelpunten in de verstrekking en vergoeding hoorhulpmiddelen, door verschillende partijen. Onderstaande lijst is samengevat uit de inbreng (schriftelijk/eerdere gesprekken) van betrokken partijen.

Knelpunten

- Vergoeding van hoortoestellen
 - o Prijsdruk
 - o Omzetplafonds
 - o Vaste vergoeding voor alle hoortoestellen, ongeacht de categorie
 - o Vooraf afspraken over verhoudingen qua zorgvraag (hoeveel toestellen uit welke categorie)
- Innovatie
 - o Nieuwe geavanceerde modellen worden niet beschikbaar gesteld in basispakket (door te lage vergoeding)
- Grote private markt
 - o Ongewenst groot % in private markt (15%)
 - o Ongewenste sturing van patiënten richting privaat

- Voor audicien gezonde bedrijfsvoering
 - Voor patiënt gewenste hoortoestellen
- Transparantie
 - Geen transparante informatieverstrekking over kwaliteit van toestellen en daardoor ook ongewenste sturing richting private markt
 - Onduidelijkheid over hoogte 25% eigen bijdrage vanwege prijsafspraken per toestel tussen zorgverzekeraar en leverancier.
- Preventie
 - Mensen wachten te lang met hoorzorg

Tijdens de bijeenkomst geven een aantal partijen aan de knelpunten wel te kennen, maar niet allemaal te delen. Met name de prijsdruk wordt niet door alle audicienverenigingen en zorgverzekeraars gedeeld. Daarnaast wordt de private markt an sich niet als knelpunt gezien, wel ongewenste sturing richting de private markt. Er is grote overeenstemming dat de informatievoorziening aan cliënten duidelijker, transparanter en objectiever moet.

Discussie

Tijdens de bijeenkomst wordt de informatievoorziening gezien als een belangrijk knelpunt. Signaal is dat cliënten onvoldoende informatie vooraf en onvoldoende voorgelicht worden met on

Binnen stichting hoorzorg wordt, mede ahv verkenning toekomst hoorzorg ook het gesprek gevoerd over reclame, bereikbaarheid, efficiëntie en wat gezien wordt als 'luxe'. De stichting heeft ook een consensusdocument als onderdeel van het protocol, dat adresseert deze aspecten ook

Keuzebeperking

Nog niet alle innovatieve toestellen in categorieën, maar wel veel – Er is ook snelle innovatie

Niet altijd mogelijk om bij te betalen voor 'luxe'

25% bijbetaling – kan leiden tot zorgmijding

Prijsdruk wordt niet door iedereen herkend

Kan Hoorprotocol sneller ingevoerd worden?

Prikkel tot makkelijke klant – in geval van uniforme vergoeding voor alle categorieën

Kwaliteitsborging / herorientatie op kwaliteit

Private markt is geen probleem – wel probleem is ongewenste sturing naar privaat

Transparantie : gelijke informatie vooraf – goede gesprek. Ook toetsbaarheid – gaat in principe via hoorprotocol, is dat genoeg?

Belangrijke: Hoorwijzer en goede gesprek – hoorwijzer is van Hoormij

In database zou voor iedereen een oplossing moeten staan. Maar hoortoestel wordt ook een consumentenproduct. Het hoorprotocol neemt wel levensomstandigheden mee.

Adiciens bieden verschillende oplossingen, assortissement moet vooraf duidelijk zijn.

Hoorwijzer geeft dit overzicht. Hoe weet client dat audicien de juiste oplossing aangeeft?

Afstelling is ook belangrijk

Hoge volumes verkeerde prikkel? Maar uit data blijkt geen populatieverschillen. Echter, er is geen kijk op de private markt.

Kwaliteit zit in wat de client ervaart, goede dienstverlening, diversiteit is goed voor client.

Eigen bijdrage is niet het belangrijkste struikelblok voor onderbehandeling – dat zijn bewustwording en schaamte.

Die bewustwording is een opdracht voor de hele maatschappij.

Stichting Hoorprotocol denkt erover om het protocol aan te bieden aan ZIN onder het Generiek Kwaliteitskader.

Afspraken

1. Meer transparantie en betere communicatie richting cliënt over
 - Het totale aanbod van hoortoestellen en aanbod per leverancier
 - Keuzeproces
 - Regelingen zoals 25% eigen bijdrage en mogelijkheden tot bijbetaling
 Een werkgroep zal werken aan betere informatievoorziening, bijvoorbeeld door QA's, een clientenversie van Hoorprotocol 2.0, of een uitlegdocument over de private markt.
 Deze werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van:
 Collectief van Zelfstandige Audiciens, Nederlandse Vereniging voor Audicienbedrijven, Audined, Consumentenbond, Stichting Hoormij, Stichting Protocol Hoorhulpmiddelen, gefaciliteerd door VWS.
2. Snellere implementatie Hoorprotocol 2.0
 Stichting Hoorprotocol onderzoek of de implementatie van het hoorprotocol versnel kan plaatsvinden. Met name de onderdelen gericht informatie en transparantie. De doorontwikkeling van het protocol is een belangrijk onderwerp op de agenda.
3. VWS onderzoekt (on)mogelijkheden voor het afschaffen van de 25% eigen bijdrage
4. VWS komt met standpunt over wenselijkheid bij betaling voor features boven de geïndiceerde zorg.
 Met de komst van hearables zal deze discussie in de toekomst nog meer opspelen. De Kwaliteitsaudiciens zorgen voor een conceptdocument vanuit het veld.
5. VWS organiseert een vervolgbijeenkomst over 2,5 maand. Hiervoor worden extra uitgenodigd een vertegenwoordiger van audiologen. Daarnaast zal een tweede vertegenwoordiger vanuit GAIN aansluiten.
6. VWS informeert de Tweede Kamer over dit overleg, naar aanleiding van vragen in het Algemeen Overleg Hulpmiddelenbeleid in november 2019.

Openstaande punten

- Lange termijn visie op hoorzorg
- Prijsdruk



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

Amica, *Edith*,

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.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop and several horizontal strokes.

P. de Krom

Vergaderjaar 2014–2015

32 805**Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg****Nr. 36****VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 24 maart 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 12 februari 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **hulpmiddelenbeleid**.
(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

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

Voorzitter: Lodders
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Leijten, Lodders, Ypma en Van Wijngaarden,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 14:03 uur.

De **voorzitter**: Welkom bij dit algemeen overleg. Ik heet de Minister van VWS en haar ambtenaren van harte welkom. Ook een hartelijk welkom voor de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en iedereen die dit debat op een andere manier volgt. Mevrouw Dijkstra van D66 laat zich verontschuldigen. Zij is op dit moment bij een hoorzitting in een andere zaal in dit huis. De heer Krol laat zich verontschuldigen wegens ziekte. We hebben drie minuten spreektijd per fractie met twee interrupties afgesproken. Ik zal niet heel streng toezien op de spreektijd, maar ik ga het ook niet meteen verdubbelen. Drie minuten is dus de richtlijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Als je het over hulpmiddelen hebt, dan heb je het over incontinentiemateriaal, borstimplantaten, glucosemeters, bekkenbodematjes die bij bekkenbodeminstabiliteit voor wat meer stevigheid moeten zorgen, nieuwe heupen, nieuwe knieën, stents die je in je lijf krijgt na bijvoorbeeld een dotteroperatie enzovoorts. Dit debat gaat dus over heel veel. Al deze hulpmiddelen bieden ontzettend veel mogelijkheden en kansen voor de zorg, maar het vereist wel heel kritische controle en absolute transparantie over wat er op de markt komt, wie wat gebruikt en hoe het wordt toegepast. Een aantal zaken gaat namelijk niet goed.

Twee jaar geleden stelde ik vragen aan de Minister over de mogelijke financiële belangenverstrengeling tussen de medische hulpmiddelenindustrie en medisch specialisten. Wij vroegen de Minister toen of zij bereid was om omkoperij te verbieden. Nu zijn we twee jaar verder en krijgen we in het jaar van de transparantie een transparantieregister. Dat klinkt natuurlijk heel mooi, maar klopt mijn gevoel dat de Minister zegt: omkopen mag wel een beetje, als je het maar meldt? Dat zou namelijk niet het goede signaal zijn. Gedragscodes zijn natuurlijk mooi, maar zolang reclame en beïnvloeding gewoon blijven bestaan, kan de patiënt er niet zomaar op vertrouwen dat de beslissingen op integere gronden worden genomen. En het gaat wel om iemands lichaam.

Sponsoring van patiëntenorganisaties blijft mogelijk zolang de onafhankelijkheid niet in gevaar komt. Waar ligt dan precies de scheidslijn? Er is wel erg veel ruis. Bij overtreding van de code zijn sancties mogelijk, maar de hoogte van de boete of de mogelijkheid van beroep zijn zaken die allemaal nog niet geregeld zijn. Een berisping is balen voor de arts, maar gaat niet ver genoeg als je de patiënt echt wilt beschermen.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Mevrouw Leijten heeft het over sponsoring en omkoping. Waar ligt voor haar dan de grens? Is iedere vorm van sponsoring ook meteen omkoping? Ik hoop het niet.

Mevrouw **Leijten** (SP): Wat mij betreft zouden we de volgende lijn moeten trekken: patiëntenverenigingen moeten voor hun voortbestaan niet afhankelijk zijn van de medische industrie, waarvan zij ook afhankelijk zijn. Dat is wellicht geen omkoping, maar dat wekt wel de schijn van belangenverstrengeling. Dat moeten we gewoon niet hebben. Hoe wij daarover denken, is heel helder. Relaties moeten nu in het transparantieregister gemeld worden. Ik vind dat er nog te weinig genormeerd wordt.

Ik denk dat het heel goed is om te kijken naar wat we hebben afgesproken in de farmaceutische industrie. Daar is het een stuk strenger. Wat mij betreft gaan we met de medische hulpmiddelenindustrie ook die kant op. Wat betreft patiëntenorganisaties zou ik graag zien dat zij niet meer afhankelijk zijn van subsidie of sponsoring van de sector waarvan zij ook afhankelijk zijn.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Mevrouw Leijten zegt dat we niet de schijn van belangenverstrengeling moeten hebben, maar werkt zij zelf niet mee aan die schijn van belangenverstrengeling door sponsoring en omkoping op een hoop te gooien?

Mevrouw **Leijten** (SP): Dat heb ik niet gedaan. Ik heb gezegd dat als er financiële belangen zijn bij een arts die het daadwerkelijk toepast en de medische industrie, er snel sprake kan zijn van omkoping. Vervolgens heb ik gezegd dat de sponsoring van de patiëntenorganisaties wat mij betreft ongewenst is. Ik heb dat in verschillende contexten gebruikt. Het gaat beide om belangenverstrengeling. Ik vind dat de sector, zowel artsen als de medische hulpmiddelenindustrie en de patiëntenverenigingen, erbij gebaat is om zuiver te kunnen zijn, zodat er geen onduidelijkheid is wiens belang wordt gediend. Het gaat immers om iemands lichaam en toekomst. Daar moeten we niet mee marchanderen.

Wanneer zetten we er nu eens de pas in wat betreft de toelating van hulpmiddelen tot de markt? De Minister zegt iedere keer dat dit het beleid van de Europese Unie is en legt de regie bij de sector. Intussen lopen mensen wel risico's. We hebben het bijvoorbeeld over de bekkenbodematjes. Is de Minister bereid hiervoor echt de pas erin te zetten?

We krijgen steeds vaker de melding dat de zorgverzekeraar bepaalt welk hulpmiddel iemand nodig zou hebben: stomamaterialen, glucosemeters, maar ook andere zaken. Een zorgverzekeraar vraagt uit wat je gebruikt, maar hij kan het middel te duur vinden en zeggen dat je een ander passend hulpmiddel moet gebruiken dat hij heeft ingekocht. Is dat een juiste manier? De gedachte hierachter is dat er een inkoopvoordeel is. Zou het niet beter zijn dat medische hulpmiddelen door een onafhankelijke partij ingekocht worden, waardoor je wel dat inkoopvoordeel hebt, maar niet door de zorgverzekeraar gestuurd wordt uit wellicht een ander belang dan gezondheidsbelang?

Een goede registratie en controle van medische hulpmiddelen is van groot belang. Over de mandarijnennetjes hebben we het al eerder gehad. We moeten het ook goed hebben over bijwerkingen. We kennen het Lareb, het Nederlands Bijwerkingen Centrum voor geneesmiddelen. Zou het niet heel goed zijn om ook een bijwerkingeninstituut te krijgen voor medische hulpmiddelen, zodat we niet alleen snel signaleren dat iets gebeurt – mensen met hetzelfde hulpmiddel die in het register staan snel waarschuwen – maar zodat we ook kunnen zeggen dat een bepaald hulpmiddel niet gebruikt kan worden totdat zeker is dat het veilig is om in iemands lichaam te gebruiken?

De **voorzitter**: Ik ben redelijk ruimhartig geweest met de spreektijd. Dan is nu het woord aan mevrouw Ypma. Zij vervangt haar collega.

Mevrouw **Ypma** (PvdA): Voorzitter. Je bedenkt het niet: je neemt een mandarijnennetje en laat dat registreren als een officieel medisch hulpmiddel. Als iemand dat tegen je zegt, geloof dat gewoon niet. Zoiets kan gewoon niet waar zijn. Het bleek helaas wel waar. De uitzending van Radar van vorig jaar liet zien dat het CE-keurmerk voor medische hulpmiddelen niets voorstelt en dat de veiligheid van implantaten niet gegarandeerd kan worden. Particuliere testinstituten testen namens de fabrikant de veiligheid van medische hulpmiddelen. Dat zo'n test niets voorstelt, blijkt helaas. Ook schokkend is de reactie van de instituten op

hun belabberde onderzoeken naar het mandarijnnetje: weinig zelfreflectie. De Minister heeft terecht aangegeven dat ook onacceptabel te vinden. Als ik het me goed herinner, sprak ze over kromme tenen. De Europese regels veranderen echter tergend traag. Op welke punten kan Nederland vooruitlopen en verdergaan? Hoe voorkomen we dat dit soort bizarre voorbeelden zich kunnen herhalen?

Het implantatenregister kan helpen om inzicht te krijgen in producten en om patiënten op te sporen als er iets mis is met het implantaat. Een patiënt moet ervan uit kunnen gaan dat een ziekenhuis weet wat ze in iemand stoppen. Hoe wordt ervoor gezorgd dat ook zbc's verplicht worden om mee te werken en gegevens aan te leveren? Per wanneer is er een werkend register waarin daadwerkelijk alle gegevens van implantaten staan die in Nederland worden toegepast? Is het convenant, vooruitlopend op de wet, inmiddels klaar en wordt het gedragen door alle partijen? Kan het Lareb de centrale plek worden om bijwerkingen van implantaten te melden, zoals de NPCF voorstelt?

Patiënten moeten erop kunnen rekenen dat de hulpmiddelen die zij krijgen het beste voor hen zijn. Zij moeten dat hulpmiddel niet krijgen omdat een arts daar toevallig financieel voordeel van heeft. Daarvoor is de gedragscode opgesteld: dat is mooi. Maar wat heeft een code voor zin als er geen toezicht is geregeld en er geen sancties zijn? Wie houdt er toezicht op naleving van de gedragscode en hoe? Hoe gaat de IGZ toezicht in de praktijk vormgeven?

In het jaarverslag wordt een aantal adviezen genoemd, waarbij de commissie sponsoring terecht heeft verboden. Er is slechts één uitspraak over een zaak uit 2012. Er zijn dus geen klachten binnengekomen van gunstbetoon. Ik vind dit wel een beetje merkwaardig. Gebeurt het dan helemaal niet in deze sector of wordt het niet gezien? Wie houdt er toezicht op naleving van de gedragscode en hoe?

Het transparantieregister is bedoeld om inzicht te geven. In 2015 wordt opgave gedaan en per 2016 wordt er gepubliceerd in het register. Waarom wordt er pas na een jaar gepubliceerd en niet meteen, zodat er een up-to-date register ligt? Wij twijfelen ook aan de huidige werking van het transparantieregister voor geneesmiddelen. De toegankelijkheid daarvan laat zeer te wensen over. Er staan nog steeds geen gegevens over 2014 in en er moet gezocht worden op BIG-nummer of op woonplaats. Alsof de patiënt weet waar zijn arts woont. Wanneer wordt dat nou eens aangepast? Het transparantieregister wordt gevuld met gegevens van de industrie zelf, op vrijwillige basis. Welk toezicht is daarop? Hoe wordt er gehandhaafd? Artsen zouden ook zelf hun inkomsten moeten opgeven, maar wie controleert of ze dat ook daadwerkelijk doen? Als het register al zo weinig waarde heeft voor de relaties met de farmaceutische industrie, wat is dan de waarde voor de hulpmiddelensector?

Tot slot heb ik nog een vraag over stomamiddelen. Het gevaar bestaat dat zorgverzekeraars alleen prijsafspraken met leveranciers maken en dat die dan, in plaats van een stomaverpleegkundige, bepalen wat nodig is. Hoe kunnen we dat voorkomen? Hoe kan de prijsstelling bovendien transparant gemaakt worden?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Medische hulpmiddelen zijn onlosmakelijk verbonden met de zorg. De kwaliteit van een hulpmiddel kan enorm veel invloed hebben op de kwaliteit van leven. Het valt mij op dat ik de laatste tijd meer mails krijg met klachten over keuze en kwaliteit van hulpmiddelen, en helaas ook over incidenten met hulpmiddelen. Dat vindt het CDA zorgelijk. De bekkenbodematjes en de metaal-op-metaal-heupimplantaten zijn natuurlijk de bekendste voorbeelden. Het is een grote deuk in het vertrouwen dat mensen in hulpmiddelen stellen. Ik zie overigens dat de Minister op dit punt actie onderneemt en dat is goed. Het RIVM constateert in zijn rapport echter wel dat de bekkenbodematjes en metaal-op-metaal-heupen vernieuwingen van bestaande

producten waren en dat ze niet de hele veiligheidsprocedure door moesten. Is de Minister van mening dat vernieuwingen van bestaande producten ook de hele veiligheidsprocedure door moeten, zodat er een goede veiligheidscheck op is? Wat gaat de Minister doen om dit voor elkaar te krijgen? Los daarvan zie ik dat er een heel Europees proces gaande is. Dat lijkt op dit moment echter een proces van stilstand te zijn. Welke pogingen kan de Minister nog nemen om daar meer snelheid in te krijgen? Ik vraag dit ook met het oog op het voorzitterschap dat zij zelf in 2016 heeft.

Anderen zeiden het ook al: bij geneesmiddelen is het gebruikelijk om bijwerkingen te melden bij het Lareb. Zo krijg je een goed overzicht van de problemen die er met bepaalde geneesmiddelen zijn. Bij hulpmiddelen is dit jammer genoeg nog niet zo goed geregeld, terwijl er juist steeds meer hulpmiddelen zijn die in het lichaam geplaatst worden. We weten inmiddels dat die helaas ook grote risico's met zich mee kunnen brengen. De meldingen komen nu bij de fabrikanten terecht, en zijn dus niet openbaar. Ik steun het pleidooi van onder andere de PvdA dat artsen en patiënten de bijwerkingen van hulpmiddelen ook zouden moeten kunnen melden bij het Lareb. Ik denk dat dit een goede stap voorwaarts zou zijn. Zoals ik aan het begin al zei, krijgt het CDA de laatste tijd veel vragen van burgers over hulpmiddelen. Het CDA ziet ook dat zorgverzekeraars vaak beslissen wat het standaardhulpmiddel is dat iemand krijgt. Patiënten moeten dan zelf de strijd aangaan met de zorgverzekeraar over het hulpmiddel dat zij nodig denken te hebben, vaak ondersteund met brieven van de zorgprofessionals, bijvoorbeeld een stomaverpleegkundige. Eigenlijk moet die de zorgverzekeraar dus oproepen om van keuze te veranderen omdat de patiënt maatwerk nodig heeft. Zou de rol van de zorgprofessional niet belangrijker moeten zijn dan die van de zorgverzekeraars als het om de toekenning en de keuze van een hulpmiddel gaat? Laat de professional kiezen welk hulpmiddel noodzakelijk is in een specifieke situatie. We zien dat de Minister en de Staatssecretaris bij de lijfgebonden zorg, de verpleging en de verzorging, de professional in zijn of haar vak heeft gezet. Het zou mooi zijn als de zorgprofessional, als er maatwerk nodig is, een sterkere rol tegenover de zorgverzekeraar kan krijgen in verband met het verstrekken van het juiste hulpmiddel. Het juiste hulpmiddel voor de juiste patiënt kan de kwaliteit van leven namelijk enorm verhogen.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Voorzitter. De patiënt moet kunnen vertrouwen op de kwaliteit van de 500.000 medische hulpmiddelen die er op de markt zijn. Dat kan vaak ook, want veel hulpmiddelen deugen en zorgen voor een betere kwaliteit van leven voor veel Nederlanders. Maar als het kan, moet voorkomen worden dat het misgaat. Een verkeerd implantaat of verkeerde informatie over de risico's van een implantaat kunnen leiden tot schrijnende gevolgen voor de kwaliteit van leven van patiënten en van de mensen in hun directe omgeving. De vraag is: kun je er als patiënt op vertrouwen dat implantaten in Nederland veilig zijn? Soms lijkt het alsof er pas een robuust Europees beleid voor implantaten komt als Pasen en Pinksteren op één dag vallen. Gaat Europa een keer over de gezondheidszorg, duurt het weer eindeloos lang totdat er resultaat is. Je kunt echter ook zeggen dat goede wijn lang moet rijpen en dat het in die zin goed is dat deze Minister volhoudt en in Europa inzet op een spoedige afronding van de lopende Europese onderhandelingen over veilige implantaten. Bovendien kost het nu eenmaal tijd om met 28 landen op één lijn te komen. Die tijd hebben we echter niet. Dus als het niet kan zoals het moet, dan moet het maar zoals het kan. Daarom is het van belang dat deze Minister ervoor heeft gezorgd dat er een landelijk implantatenregister is gekomen. Ook is het goed dat dit in de loop van dit jaar verder wordt uitgebreid.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Nou ben ik niet zo'n wijndrinker, maar ik weet wel dat wijn zuur wordt als je die te lang laat liggen. Ik deel de urgentie wat betreft de Europese richtlijn, want die zou echt een stap voorwaarts kunnen betekenen. Wanneer is voor de heer Van Wijngaarden de grens bereikt? Wanneer laten we het niet meer aan Europa en gaan we het zelf oppakken?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Die grens is wat mij betreft al bereikt. Volgens mij voeren we nu een tweesporenbeleid. Nationaal doen we wat er moet gebeuren, en ik denk dat dat ook heel goed is. Dat laat echter onverlet dat het een Europese markt blijft en dat het goed is om daar Europese afspraken over te maken.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als je een medisch hulpmiddel bij een bepaalde notified body aanmeldt, kan het ook in andere landen worden toegepast. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat, zolang er nog strengere veiligheidseisen moeten komen, dit voor elk medisch hulpmiddel in Nederland geldt? Dit is gewoon een open vraag.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Dat is nou precies het dilemma. Je zit in een Europese markt met een nationaal probleem en een nationale verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid. Ik denk dat het landelijke implantatenregister een heel mooie eerste stap is. Ik wil echter ook graag horen hoe de Minister hier zelf tegen aankijkt en welke vooruitgang we mogen verwachten van het Europese traject. Het moet uiteindelijk immers allebei gebeuren. Het is niet het een of het ander, het is en-en.

Het is prima – zij het overigens niet meer dan normaal – dat de privacy-waarborgen van dit register op orde zijn, anders krijgen we dat weer. De VVD ziet verder uit naar de wettelijke verankering van het implantatenregister. Dat moet uiteraard zorgvuldig gebeuren. Wij zijn benieuwd of de Minister een indicatie kan geven van haar ambitie. Wanneer kunnen we die wetgeving in de Kamer verwachten?

Over het bijhouden van bijwerkingen is al veel gezegd. Ik sluit mij aan bij die vragen. Hoe ziet de Minister dat voor zich?

Dan kom ik op de verzekeraars. In het kader van de transparantie stellen NPCF, patiëntenorganisatie Ieder(in) en de KNMP dat verzekeraars meer dan nu duidelijk moeten kunnen maken hoe zij de kwaliteit en keuzevrijheid voor hun verzekerden borgen in hun verschillende polissen. Ook dit verbeterproces gaat erg langzaam. De Minister ziet dat gelukkig ook en voert de druk op de verzekeraars op. De vraag is: kun je gewoon naar de apotheek op de hoek voor het hulpmiddel van je keuze, of moet je kiezen uit een voorselectie van je verzekeraar? Als dat laatste het geval is, moet duidelijk zijn waarop die voorselectie is gebaseerd. Nu stellen verzekeraars – terecht, denk ik – dat het niet erg economisch is als elke zorginstelling haar eigen hulpmiddelen inkoopt. Daarnaast pleiten zij voor meer richtlijnen voor goede hulpmiddelenzorg. Hierin lijken de zorgverzekeraars op hun wenken bediend te worden. Zo hebben de medisch specialisten de leidraad «Nieuwe interventies in de klinische praktijk» ontwikkeld. Wat is volgens de Minister de meerwaarde van deze leidraad voor zorgverlener en zorgverzekeraar? Heeft die leidraad de status van medisch tuchtrechtelijke toetsnorm en van professionele standaard waarmee ook zorgverzekeraars rekening moeten houden bij de zorginkoop?

Verder stellen de stomaverpleegkundigen van het Máxima Medisch Centrum in hun brief van 10 februari dat de evidencebased richtlijn stomazorg Nederland kaderstellend moet zijn voor de inkoop van stomazorg door zorgverzekeraars. In haar uitgebreide inhoudelijke reactie hierop verwijst de Minister naar het protocol «Hulpmiddelenzorg voor mensen met een stoma». Wat zijn de essentiële verschillen tussen dat protocol en de richtlijn van stomazorg Nederland waarnaar de stomaver-

pleegkundigen verwijzen? Welke overwegingen liggen ten grondslag aan die verschillen?

Mevrouw **Leijten** (SP): We weten dat de Europese markt voor medische hulpmiddelen enorm groot is – het gaat over meer dan 72 miljard – dus de belangen zijn ook groot. We weten ook dat er beïnvloeding plaatsvindt als er financiële belangen zijn. Door de sector is een gedragscode opgesteld. Toen ik die las, brak mijn klomp, want in die gedragscode staat letterlijk dat reclame en beïnvloeding zijn toegestaan. Wat vindt de VVD daarvan?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Als er een dialoog is tussen producent en afnemer en de afnemer rekening houdt met producteigenschappen die de producent meegeeft, dan is dat een vorm van beïnvloeding waarmee mevrouw Leijten ook niet heel veel problemen kan hebben. Het gaat uiteindelijk dus om de vraag hoe die beïnvloeding eruit ziet. Ik vind niet alle sponsoring op voorhand negatief. Ik denk wel, en daar vinden we elkaar ook wel in, dat je daar ontzettend kritisch naar moet kijken. Het gaat om grote belangen en het is voor een deel ook een industrie met een commercieel doel. Je moet dus bekijken in hoeverre die belangen de zorgbelangen niet verdringen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Natuurlijk moet een producent kunnen overleggen met een afnemer, en iemand die medische hulpmiddelen gebruikt, moet tegen een fabrikant kunnen zeggen hoe het beter moet. Dat lijkt me logisch. Maar in de gedragscode staat «reclame en beïnvloeding zijn toegestaan». Dan denk ik: waar zijn we mee bezig? We hebben toch juist gezegd dat we niet willen dat er op zo'n manier mee wordt omgegaan? Ik ben dus eigenlijk op zoek naar wat acceptabel is voor de VVD. Welke reclame en beïnvloeding is acceptabel, en wanneer ga je de grens over? De farmaceutische industrie hield mooie congressen aan de Côte d'Azur waar het eigenlijk helemaal niet meer over geneesmiddelen ging, maar om beïnvloeding door Pfizer. Tegenwoordig schijnt dat minder te gebeuren, maar we willen toch geen nieuwe schandalenreeks met de medische hulpmiddelenindustrie?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Ik deel het belang van een kritische grondhouding. Daarin verschillen wij niet van mening. Tegelijkertijd denk ik dat een orthopeed of een orthopedisch chirurg wel wil weten wat de ontwikkelingen zijn rond de 500.000 verschillende hulpmiddelen die er zijn. Hij wil weten welke nieuwe middelen er zijn en wat daarvan de voordelen zijn, want hij wil een goede keuze kunnen maken. Ik kan me ook voorstellen dat het voor eindgebruikers prettig is om te weten wat er uiteindelijk te koop is. Je moet goed bekijken wanneer het omslaat in een oneigenlijke vorm van beïnvloeding en wanneer reclame en beïnvloeding overgaan in – mevrouw Leijten gebruikte het woord zelf – omkoping.

Mevrouw **Leijten** (SP): Informatievoorziening en laten weten welke nieuwe medische hulpmiddelen er zijn, zijn inderdaad nodig, maar in de gedragscode staat uitdrukkelijk het woord «reclame». We weten wat het verschil is tussen informatieverstrekking en reclame. Reclame maak je om je product te promoten; dat is geen informatieverstrekking meer. Zou het geen goed idee zijn om de Minister te vragen deze passage aan te laten passen, zodat de woorden «reclame» en «beïnvloeding» vervallen en «informatieverstrekking» en «contact over toepassing van hulpmiddelen» wel mogen?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Ik ben blij dat de SP aangeeft dat informatievoorziening nodig is. Dan stel ik op mijn beurt dat informatievoorziening ook via een advertentie in een medisch wetenschappelijk tijdschrift kan verlopen. Die orthopeed leest daar dan in dat er een

bepaald nieuw implantaat te koop is. Dat is weliswaar een advertentie, waarvoor wordt betaald, maar daarmee wordt zo'n tijdschrift ook in de lucht gehouden. Ik vind dat we niet moeten doorslaan en zo iets ook meteen verdacht moeten vinden. Laten we de discussie wel scherp voeren. Waar ligt de grens en hoe organiseren we de tegenkracht?

De vergadering wordt van 14.26 uur tot 14.36 uur geschorst.

De **voorzitter**: Voordat ik de Minister het woord geef, wijs ik de leden erop dat ik maximaal drie interrupties toesta. Ze hoeven trouwens niet opgemaakt te worden, maar we hebben op zich ruim de tijd.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Er is een onnoemelijk aantal medische hulpmiddelen op de markt, namelijk 500.000. Die zijn ongelooflijk divers. Er komen ook steeds weer nieuwe hulpmiddelen bij die het leven van patiënten echt een stuk aangenamer kunnen maken. Medische hulpmiddelen zijn heel belangrijk voor de zorg. Ze leveren vaak een onmisbare bijdrage aan de behandeling en aan de kwaliteit van leven. De andere kant is dat die producten ook een risico kennen bij gebruik. Op verschillende terreinen in de hele keten werken we aan verbeteringen voor het medische hulpmiddelensysteem.

Ik ben het direct met degenen eens die zeggen dat een heleboel daarvan op Europees vlak ligt. We hebben één markt in Europa. Als een hulpmiddel in land A wordt toegelaten, dan hebben wij het hier dus ook. Is de wijn op volle dronk of is hij al zuur? Wat mij betreft is hij allang zuur. Punt is echter dat er beperkte mogelijkheden zijn. We kunnen in die vergaderingen wel jagen, maar dit gaat niet op een snelheid die wij graag willen. Ik weet nog dat ik met de vorige EU-Commissaris sprak en dat die zei dat het voor de zomer geregeld zou zijn, maar die zomer is allang voorbij en we zijn nog lang niet zover. Aan de andere kant zijn onze mogelijkheden op nationaal niveau ook beperkt. Als een middel in land A tot de markt is toegelaten, komt het immers ook ons land binnen. Wij doen er alles aan om dat een beetje vaart te geven. We hebben dus een parallel traject in Nederland waarbij we alvast vooruitlopen op wat we Europees willen regelen.

Het eerste is het landelijke implantatenregister. Dat is net gestart. Als er een veiligheidsrisico wordt geconstateerd bij een implantaat, dan kan de patiënt met tussenkomst van de zorginstelling worden getraceerd. Begin 2015 is er een koppeling gemaakt met de registers van orthopeden, cardiologen en plastisch chirurgen. Gynaecologen volgen in de loop van 2015. Wij koppelen dus langzaam maar zeker steeds meer specialismen aan dat register. Wij zijn druk bezig met verdere uitbreiding en met een wettelijke regeling waardoor artsen verplicht worden om implantaten te registreren en de patiënt van goede informatie te voorzien.

Het tweede traject dat wij volgen, is dat van de barcodering. Ook daarvoor zijn wij eigenlijk afhankelijk van Europa. We zouden dat liever direct in Europa goed organiseren. Daar heb ik ook gesprekken over gehad. Men was heel optimistisch, maar ook daar zit er nog geen schot in de zaak. Daarom zijn we er binnen Nederland zelf mee begonnen, want het is ontzettend belangrijk om een barcodering te hebben voor medische hulpmiddelen en geneesmiddelen. Die draagt namelijk bij aan de vergroting van de patiëntveiligheid, omdat je zo'n hulp- of geneesmiddel kunt identificeren en traceren. Vooruitlopend op Europese wetgeving maken wij ook op dit onderwerp afspraken. Er zijn nu 25 ziekenhuizen die werken met barcodering voor medische hulpmiddelen of geneesmiddelen. We willen dat uitbreiden. Zo beginnen we in Nederland dus alvast met de dingen die wij belangrijk vinden. De wet om het implantatenregister wettelijk te verankeren, ligt voor de zomer in de ministerraad. De incidenten die we allemaal hebben gezien en waar we allemaal met kromme tenen naar kijken, laten zien dat verbeteringen in de regelgeving

echt nodig zijn voor de markttoelating van medische hulpmiddelen. De onderhandelingen in Brussel lopen sinds 2012. Wij vragen aandacht voor meer spoed. Ook intensiveren wij onze inzet in Brussel, maar zolang er nog geen EU-regelgeving is, wil ik me ten eerste inzetten voor een strikter Europees toezicht op notified bodies onder het joint action plan. Ten tweede wil ik me inzetten voor toezicht door de inspectie, met name op hoogrisicohulpmiddelen. Ten derde wil ik me inzetten voor verbetering van toetsing van klinisch onderzoek met medische hulpmiddelen in Nederland, het stimuleren van samenwerking tussen alle actoren in de keten, het verbeteren van informatie over implantaten die de patiënten krijgen en het feit dat hun klachten over en bijwerkingen van hulpmiddelen goed terechtkomen.

Het veilig gebruik van medische technologie in de zorg moet echt veel beter. Daarvoor is ook betrokkenheid van raden van bestuur hard nodig. Dat blijkt ook uit het inspectierapport over implementatie van het convenant «Veilige toepassing van medische technologie in het ziekenhuis». Inmiddels nemen de ziekenhuiskoepels initiatieven om het convenant beter te implementeren. Ik blijf met de NVZ en de NFU in gesprek over de vraag hoe we hiervoor meer urgentie kunnen krijgen. Het vereenvoudigen van de regelgeving naar een functiegerichte aanspraak is de afgelopen jaren in de hulpmiddelen probleemloos verlopen. In de praktijk blijven er voor patiënten nog wel verbeter- en aandachtspunten in de hulpmiddelenzorg. Dan denk ik aan de verhouding tussen prijs en kwaliteit, meer maatwerk en meer duidelijkheid over bij welk loket men moet zijn. Ik roep gemeenten en verzekeraars dan ook op om hier werk van te maken.

2015 is het jaar van de transparantie. Dat geldt ook voor de hulpmiddelensector. Financiële banden die artsen met de medische hulpmiddelenindustrie hebben, worden geregistreerd. Dit jaar zet de sector op vrijwillige basis de eerste stappen hiertoe. Vanaf 2016 wil ik dat deze relaties in het transparantieregister staan. Ik werk ook aan een wettelijke titel zodat de inspectie hier toezicht op kan houden; daar is een wettelijke verankering voor nodig.

De voorzitter: Ik geef mevrouw Leijten het woord voor een interruptie. Ook deel ik alvast mee dat mevrouw Ypma straks vertrekt omdat zij een andere verplichting heeft.

Mevrouw **Leijten** (SP): Er zit voortgang in de gedragscode medische hulpmiddelen. De Minister weet dat wij dat af en toe wel wat sneller zouden willen, maar goed, het gaat de goede kant op. In die gedragscode staat een zin die mij zeer opvalt, namelijk dat reclame en beïnvloeding zijn toegestaan. De definitie van reclame is potentiële klanten de aanschaf van een product te laten overwegen. Dat is dus wat anders dan informatieverstrekking. Zou het niet goed zijn als dit eruit gaat? We begrijpen dat er contacten zijn tussen de industrie, artsen en patiënten – die gaan over toepassing, verbetering et cetera – maar het overhalen van zowel medici als patiënten tot het kopen van een product, zouden wij uit de gedragscode willen halen. Ik zou willen zeggen: dat hoort daar niet in thuis.

Minister **Schippers:** Ik wil eerst zeggen dat het al heel wat is dat we zo'n gedragscode met de medische hulpmiddelenindustrie hebben afgesproken. Zij waren daarin zelf de drijvende kracht. Zij hebben gezien dat dit bij geneesmiddelen is gebeurd en constateerden dat zij daar voor de hulpmiddelen ook behoefte aan hadden. Er zit ook een normering in. Boven de € 500 moet je melden. Dat is nu nog vrijwillig, volgend jaar niet meer. Er zit dus zeker een normering in. Ik vind het wel van belang dat we contacten tussen de artsen en de industrie houden omdat die nodig zijn om kennis en informatie uit te wisselen, bijvoorbeeld over ervaringen met

het product. Dat kan leiden tot verbetering en tot meer veiligheid voor de patiënt. Als een hulpmiddelenfabrikant reclame maakt, maakt hij geen reclame richting de patiënt – neem dit of dat hulpmiddel – maar richting professionals. Zij mogen hun reclame dus niet richten op particulieren, maar wel op professionals. Er staat ook in dat beïnvloeding mag, maar oneigenlijke beïnvloeding niet. Daar zit precies de grens waar mevrouw Leijten in het debat naar zocht. Wij moeten er wel voor zorgen dat er voldoende interactie is tussen de hulpmiddelenfabrikant en de professional. Ik vind het niet slecht als een hulpmiddelenfabrikant zijn product waaraan hij allerlei voordelen ziet, onder de aandacht van een professional kan brengen.

Mevrouw **Leijten** (SP): De derde alinea van de gedragscode gaat over de noodzakelijkheid van contact, scholing en uitwisseling van ervaringen. Dat vind ik ook logisch en goed. Dit is een gedragscode die is afgesproken tussen de industrie en de artsen. Als reclame daarin wel kan, geeft mij dat een dubbel gevoel. Het is niet nodig. In de derde alinea staat namelijk heel duidelijk welke contacten wel nodig zijn. De vraag is: wat is oneigenlijke beïnvloeding? Grote kans dat die grens voor verschillende personen hier aan tafel, verschillende politieke partijen, verschillende medische hulpmiddelenfabrikanten en artsen anders ligt. Ik zou zeggen: haal dat eruit. Het wekt toch de indruk dat die gedragscode een beetje wankel is.

Minister **Schippers**: Een beetje arts moet een professionele afweging kunnen maken. We moeten ook niet onderschatten dat die arts daar zit om die professionele afweging goed te kunnen maken. Zoals gezegd zit er een normering in. Als die er niet zou zijn, zou ik inderdaad vinden dat het in het luchtledige bleef hangen, maar dat is dus niet zo. We hebben aanbevolen zichtbaar te maken wanneer het boven de € 500 is. Waarom is dat bedrag gekozen? Omdat je anders wel heel veel dingen en transparantie in zo'n register verliest. Ik zeg niet dat we nu het perfecte beeld hebben en dat dit het eindplaatje is. Wel zeg ik dat we van ver komen, want er was totaal geen transparantie. Dat maken we nu inzichtelijk. We zijn begonnen met de farmaceutische industrie en nu komt de hulpmiddelensector daar achteraan. Het is ook nog eens zo dat de hulpmiddelensector gekeken heeft naar het farmaceutenregister. We sluiten daarbij aan. Er is ook gevraagd of dit register op z'n helderst is. Dat is het niet, want we hebben sowieso nog de wens om met het BIG-nummer te gaan werken. Ook willen we de arts beter kunnen vinden. Er zijn dus echt nog wel stappen te zetten. Ik leun ook niet achterover, maar ik vind wel dat we al een enorme slag hebben gemaakt met deze code.

Mevrouw **Ypma** (PvdA): In het jaarverslag staat dat er geen klachten over gunstbetoon zijn binnengekomen. Gebeurt dat dan helemaal niet, of zien we het niet?

Minister **Schippers**: Het is waar dat er nog geen klachten zijn ingediend. Dat wil niet zeggen dat er geen oneigenlijke beïnvloeding is. We zijn alvast begonnen, mede door het enthousiasme van de industrie die uit de hoek wil dat zij dingen doet die niet deugen. Ik vind het heel belangrijk dat zij dit signaal geeft. We moeten het echter ook kunnen toetsen. Daar hebben we de inspectie en een wet voor nodig, maar die moet via de Kamers natuurlijk. Hoe sneller dat gaat, hoe eerder het ingesteld wordt. De inspectie moet uiteindelijk kunnen ingrijpen en dat moeten we nog regelen. Dit wordt allemaal opgebouwd al vóór we die wet hebben.

Mevrouw **Ypma** (PvdA): Hoe wordt dat toezicht in de praktijk vormgegeven door de IGZ? Hoe ziet de Minister dat voor zich? Ik ben het met haar eens dat de gedragscode winst is en het is fijn dat die wet wordt gemaakt, maar hoe zal het toezicht eruit zien?

Minister **Schippers**: Het is belangrijk dat er onafhankelijkheid is, er in het belang van de patiënt wordt gehandeld en er geen oneigenlijke beïnvloeding is. Kortom, het is belangrijk dat getoetst wordt wat in die code is opgenomen. Dat zal de inspectie moeten doen, maar die bevoegdheden heeft zij nu nog niet. We zullen met elkaar te spreken komen over de vraag hoe we dat willen regelen en wanneer het voldoende is, en of de Kamer hetgeen de inspectie dan kan doen ook voldoende vindt. We hebben dat echter nog niet geregeld. We zullen dat in de Wet medische hulpmiddelen regelen. Ook de beleidsregels zullen de normen specifieker maken. Waarmee we begonnen zijn, is echt een eerste stap. Wij vinden onafhankelijkheid dus belangrijk en wij willen weten wat eventuele sponsoring inhoudt. Er staan normen voor sponsoring in de gedragscode medische hulpmiddelen. Die zullen worden aangevuld met een toezichtstitel voor de inspectie in de Wet medische hulpmiddelen. Beleidsregels zullen de normen die er nu zijn, steeds specifieker maken. De regelgever gaat er dus nog overheen. Dat wetsvoorstel stuur ik voor de zomer van 2015 naar de Kamer.

De manier waarop je nu in het register moet zoeken, is niet ideaal. Dat komt voor bij meer registers, ook bij het BIG-register zelf. Wij zijn heel druk bezig met te achterhalen hoe je dat kunt verbeteren. Het BIG-nummer zou daarbij een belangrijke rol kunnen spelen. Ik heb weleens gezegd dat een arts zijn BIG-nummer uiteindelijk bij alle contacten en op alle kaartjes zou moeten vermelden. Het nummer raakt dan ingeburgerd als iets waarmee je artsen kunt vinden. Wij bekijken hoe je het register transparanter kunt maken zodat de dingen beter vindbaar zijn. Ik vind dus ook niet dat we hiermee al zijn waar we moeten zijn. In de Europese Unie gaat het niet zo snel als wij zouden willen. Ook met het Nederlands voorzitterschap in het vooruitzicht, hebben wij aangeboden om Letland te ondersteunen en te bekijken hoe je in dezen echt een beetje tempo kunt maken. Het is heel complex. Het is niet voor niks dat er geen tempo in zit, want in verschillende landen wordt er verschillend over gedacht en dat maakt het proces heel erg lastig. Ik heb al gezegd waar wij op inzetten: een strikter Europees toezicht op notified bodies onder het Joint Action Plan van de Europese Commissie, maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de notified bodies en onderzoeken op welke manier deze beter kunnen worden geadresseerd. Verder noem ik meer toezicht door de inspectie, vooral op hoogrisicohulpmiddelen, en een verbetering van de toetsing van klinisch onderzoek naar medische hulpmiddelen in Nederland. Daar staat alweer onder «in Nederland», want dat is toch echt een beperking. Voorts meld ik het stimuleren van samenwerking tussen iedereen in deze keten en het verbeteren van de informatie die patiënten krijgen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Het is heel goed dat de Minister de verbetering van het toezicht op de klinische onderzoeken in Nederland noemt. Dat kan inderdaad alleen Nederland doen. Weet de Minister welke notified bodies in Europa de zwakke broeders zijn? Heeft zij daar zicht op? Gaan op het ministerie alarmbellen af als een hoogwaardig medisch hulpmiddel uit een bepaald land komt, zo van «oei, toch even beter controleren»?

Minister **Schippers**: Ik weet het niet uit mijn hoofd. De inspectie houdt risicogestuurd toezicht. Ik overleg even met mijn ambtenaren.

De **voorzitter**: Ondertussen stelt mevrouw Leijten een korte vraag.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik wil graag aanvullend opmerken dat de bellen misschien kunnen gaan rinkelen bij een bepaald land, maar dat dit ook kan gebeuren indien het om een bepaalde toelater gaat. Bij de mandarijnennetjes hebben wij dat gezien bij degene die test en beoordeelt of iets

tot de markt mag worden toegelaten. Het kan dus ook het toelatingsbureau zijn dat de bellen doet rinkelen. Het lijkt mij dat dit niet alleen aan het land gebonden hoeft te zijn.

Minister **Schippers**: Ik heb begrepen dat er een intensief gezamenlijk toezicht is op Europees niveau en dat er inmiddels al licenties zijn ingetrokken. Op Europees niveau wordt overigens onderkend dat er wel iets moet gebeuren; het debat gaat over de vraag wat wij precies moeten doen. Het toezicht op Europees niveau is echter wel geïntensiveerd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dit is nog niet helemaal een antwoord op mijn vraag. Het is heel goed dat de Minister zegt dat de licenties zijn ingetrokken. Dat stond ook in de brief. Is er in Nederland, bij de inspectie, de beroepsgroep of VWS, een soort overzicht waaruit blijkt dat misschien even extra goed moet worden gekeken als een product ergens vandaan komt waar de toetsing toch minder goed plaatsvindt dan wij, uitgaande van Nederlandse veiligheidsaspecten, zouden willen?

Minister **Schippers**: Nee, dat is er niet, want er is gezamenlijk toezicht op EU-niveau. Als er een zwakke broeder is, dan is het de bedoeling dat men daar daadwerkelijk gaat kijken en de licentie intrekt. Dat toezicht is dus niet vrijblijvend; er wordt daadwerkelijk actie aan verbonden. Ik heb overigens liever dat wij vooraan zitten dan, zoals hier, aan de achterkant. Maar ja, het is in ieder geval iets.

Mij is gevraagd of bepaalde klinische onderzoeken niet meer hoeven plaats te vinden als die op onderdelen al zijn gedaan. Ook is mij gevraagd of ik vind dat bij een nieuw product de hele cyclus doorlopen moet worden. Ja, dat vind ik. Bij een hoogrisicoproduct moet je altijd een eigen klinisch onderzoek doen. Je kunt dus niet volstaan met een verwijzing naar het klinisch onderzoek van een product dat erop lijkt of een product dat daaraan vooraf is gegaan. Ik steun het desbetreffende voorstel. Overigens sta ik daarin niet alleen; de meeste lidstaten steunen dat. Vooruitlopend op de regelgeving die daarover door de Europese Unie zal worden opgesteld, wil ik dat klinische onderzoek in Nederland alvast verbeteren. Een goed toezicht is daarbij zeker van invloed op kwaliteit en veiligheid. Daarover hebben wij ook gesprekken met betrokken partijen, onder wie de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), de Medisch Ethische Toetsingscommissies (METC's) en de inspectie.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat de Minister dat in ieder geval al vooruitlopend op het Europese voorstel in Nederland wil verbeteren, is een positief geluid. Gaat de Minister daarover een convenant opstellen? Hoe wordt dat in het vat gegoten?

Minister **Schippers**: Daarover zijn we in gesprek met de organisaties die ik net noemde. Ik zie dat er in de tussentijd op dit gebied wel consensus is in Europa. Ik wil eigenlijk dat wij vooral op het Europese niveau tempo gaan maken. Vandaar dat wij Letland willen gaan ondersteunen met het maken van tempo. In Nederland proberen wij dat hierop vooruitlopend te regelen met de organen die daarvoor in het leven zijn geroepen, zoals de CCMO en de IGZ.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Moet dat «vooruitlopend daarop regelen» nog gepaard gaan met bepaalde afspraken of regelgeving, of is dat iets wat in de praktijk gaat gebeuren?

Minister **Schippers**: Dat is iets wat wij in de praktijk doen en waarvoor geen regelgeving is. Dat is juist het probleem. Die moet uit Europa komen. Vooruitlopend op die regelgeving proberen wij het gewoon in het toezicht en met alle overheidsinstanties of aan de overheid gelieerde instanties

alvast in goede banen te leiden. Een convenant heeft geen zin, want als er een nieuw product op de markt komt dan voelt een nieuw bedrijfje zich helemaal niet aan wat voor convenant dan ook gebonden. Het is dus echt de bedoeling dat wij dat vooruitlopend op de regelgeving gewoon in de praktijk toepassen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat houdt dus eigenlijk in dat een en ander nu is gebaseerd op de goodwill van de betrokken partijen. Omdat er geen regelgeving onder ligt, kan de toezichthouder niet ingrijpen als het fout gaat. Het immers niet vastgelegd.

Minister **Schippers**: Nee. Het is van belang dat de regelgeving uiteindelijk van Europa komt, maar wij kunnen in ieder geval vooruitlopend op die regelgeving de toezichthouder erop zetten. Die gaat gewoon eens extra kijken en daar vooruitlopend al op toetsen. Om het echt te borgen moet het echter uiteindelijk echt uit Europa komen. We hebben één markt en dat heeft gewoon zijn beperkingen.

Een aantal leden heeft gevraagd of het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb niet kan worden aangewezen voor het bijhouden van bijwerkingen van hulpmiddelen. Het Lareb houdt immers ook de bijwerkingen bij van geneesmiddelen. Ik vind dat wel een aardige suggestie. Ik zal daar dieper induiken en bekijken of dat kan, wat dat betekent en wat daar in de weg kan staan. Dat kan ik nu niet zeggen. Ik vind het in ieder geval heel belangrijk dat je naar je zorgverlener gaat. Ik hoop toch echt dat mensen dat doen. Het is immers van belang dat de fabrikant ook van bijwerkingen op de hoogte wordt gesteld. Ik vind het echter een goede suggestie. Ik zal dit nader onderzoeken en ik kom daar bij de Kamer op terug.

Bij het landelijk implantatenregister is een koppeling gemaakt met het kwaliteitsregister van de wetenschappelijke verenigingen. Zelfstandige behandelcentra (zbc's) zijn via zorgverleners die daarbij aangesloten zijn, ook in het landelijk implantatenregister opgenomen. Ook met Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN) wordt gesproken over de vervolgfase: stappen zetten om de registratie in instellingen te verbeteren. Het klopt dus niet dat ziekenhuizen wel zijn aangesloten maar zbc's niet. Het is echt via de wetenschappelijke verenigingen gebeurd en de artsen die in de zbc's werken, zijn daar ook aan gelieerd.

Wij hebben geen volledige dekking. Ik heb al gezegd dat wij met drie specialismen zijn begonnen. Gynaecologie wordt daaraan gekoppeld. We zullen de komende periode echt bekijken hoe wij dat register zo snel mogelijk kunnen uitbreiden. Verder werk ik aan een wettelijke regeling om zorgverleners en zorginstellingen te verplichten om te registreren en aangesloten te zijn bij het landelijke implantatenregister. Maar vooralsnog is het in ieder geval voor belangrijke sectoren van start gegaan. Dat wetsvoorstel komt zoals gezegd voor de zomer in de ministerraad. Voor vergoedingen geldt een systeem waarin door zorgverzekeraars wordt ingekocht. Dat systeem wijkt voor hulpmiddelen eigenlijk niet heel veel af van dat voor geneesmiddelen. Je hebt een basiskwaliteit waaraan je moet voldoen en waarop wordt toegezien. Je kunt allergisch zijn voor bepaalde dingen. Als je een medische indicatie hebt waardoor je iets niet kunt doen, zou de betrokken professional dat moeten aangeven. Ik denk dat hier op een aantal punten ontzettend veel te halen is. We kennen nu om te beginnen de eisen en de controle door de inspectie. Verder kopen verzekeraars verschillend in, maar we hebben met elkaar afgesproken dat, zodra er bij het Kwaliteitsinstituut richtlijnen zijn gemeld, deze worden gehanteerd bij de inkoop. Het is ontzettend belangrijk dat dat proces sneller gaat. Ik denk dat daar veel te halen is en dat daar veel verwarring kan worden weggenomen. Als sprake is van mensen die een bepaald hulpmiddel niet kunnen verdragen, moet dat in goed overleg met professional en zorgverzekeraars worden opgelost.

Mevrouw **Leijten** (SP): We krijgen hierover veel meldingen. Of het nou gaat om glucosemeters of om stomamiddelen, zorgverzekeraars bellen mensen met de vraag waarom ze een bepaald hulpmiddel gebruiken. Dan moeten die mensen de hele medische santenkraam opentrekken om te verklaren waarom ze iets nodig hebben. Dat vinden ze een enorme inbreuk op hun privacy en ik snap dat wel. Mag een zorgverzekeraar dat op die manier doen? Zou die verzekeraar niet beter contact op kunnen nemen met de professional die heeft geoordeeld dat dat hulpmiddel nodig is? Mag een zorgverzekeraar ook zomaar beslissen om het hulpmiddel te wijzigen, zonder medische gegevens te hebben ingewonnen?

Minister **Schippers**: Dat is het nadeel van die hele range aan verschillende hulpmiddelen. Soms bepaalt de arts welk hulpmiddel nodig is en in andere gevallen doet iemand anders dat. Soms zit er een kwaliteitseis aan, waarop de inspectie toeziet. Op basis daarvan kijkt de zorgverzekeraar, waar hij voor zijn patiënten de beste deal kan maken. Ik heb een uurtje aan de telefoon gezeten bij een zorgverzekeraar, dus ik weet dat er onvrede over is en dat mensen er ontzettend aan moeten wennen dat de hulpmiddelen via de zorgverzekeraar thuis worden afgeleverd. Ik zie dus ook wel dat daar sprake is van een overgang en dat niet iedereen even blij is. Maar waar het mij om gaat, is dat verzekeraars een zorgplicht hebben, dat ze adequate zorg moeten contracteren, dat wij toezichthouders hebben die daarop toezien, zoals de NZa en dat de inspectie kwaliteitseisen stelt aan die zorg. Binnen dat kader is er een samenspel tussen de verzekeraar die inkoopt en de professional die aangeeft dat bepaalde hulpmiddelen of bepaalde versies daarvan al dan niet nodig zijn.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vroeg ook naar de uitvraag naar medische gegevens, die verzekeraars doen bij mensen. Mag dat zomaar? Is het nou werkelijk verstandig dat, als mensen al jarenlang een bepaald hulpmiddel gebruiken, daarmee tevreden zijn en weten hoe het werkt, een verzekeraar dat zomaar omwisselt, omdat daarmee een inkoopbelang is geïnd?

Minister **Schippers**: Dat werkt eigenlijk hetzelfde als bij farmacie. Daarbij heb je het preferentiebeleid. Daar wordt generiek anders ingekocht en daarbij moeten patiënten van tijd tot tijd wisselen van geneesmiddel, omdat er bij een andere fabrikant is ingekocht. Dat heeft de premiebetaler een ongelooflijke hoop geld gescheeld, terwijl de kwaliteit van de zorg er niet onder heeft geleden. Het laatste is wel een voorwaarde. Het moet adequate zorg zijn. Dat je soms als zorgverzekeraar een ander product inkoopt dan daarvoor en dat je moet wisselen, is niet altijd leuk, maar het is wel te doen als het adequaat gebeurt en als het voldoet aan de eisen die de patiënt terecht daaraan mag stellen. Wat een zorgverzekeraar wel mag doen, is toetsen of iemand redelijkerwijs op zorg is aangewezen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Wat je daarin ziet, is dat er soms getouwtrek optreedt, wat je niet wilt voor patiënt en verzekeraar. De Minister zegt dat ze een uurtje aan de telefoon heeft gezeten. Dan heeft ze vast ook wel de verhalen gehoord waarbij een patiënt moet gaan aantonen dat hij of zij toch een ander middel wil hebben, waarvoor een bepaalde zorgprofessional wordt aangewezen, waarna de verzekeraar terugverwijst naar bepaalde formulieren. Als blijkt dat iets niet toereikend is – laten we zeggen dat dat in 5% van de gevallen zo is – waarom kan de stem van de zorgprofessional dan niet zwaarder wegen, net als bij geneesmiddelen het geval is?

Minister **Schippers**: Je hebt verzekeraars die ook heel goed overleggen met zorgprofessionals. Ik wil ze niet allemaal over een kam scheren. Soms komt dat overleg veel minder tot stand en zie je veel meer problemen. Er

zijn verschillende verhalen aan mij verteld door de telefoon. Dat van u heb ik niet gehoord, maar het zal er zeker zijn. We hebben nu eenmaal een systeem waarin de zorgverzekeraar inkoopt en waarin de NZa daarop toezicht houdt. Als je vindt dat dat niet goed genoeg gebeurt, kun je naar de geschillencommissie stappen. Maar in zijn algemeenheid moeten professionals en zorgverzekeraars speciale situaties goed kunnen oplossen. Zo gebeurt het ook in de farmacie. Maar ik zie wel dat dat bij de medische hulpmiddelen minder gangbaar is. Wel wordt dat nu veel meer gedaan, maar het moet nog even zijn weg vinden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik zie een opening in de redenering van de Minister. Ik hoor haar zeggen dat een arts van geneesmiddelen kan bepalen dat sprake is van een medische noodzaak, waarna er geswitcht moet worden van geneesmiddel. Begrijp ik het goed dat we voor de hulpmiddelen toe kunnen naar een situatie waarin, als de zorgprofessional aangeeft dat sprake is van een medische noodzaak om van hulpmiddel te wisselen, de zorgverzekeraar zich daaraan moet houden? Ik denk dat dat wel een belangrijke stap voorwaarts zou zijn.

Minister **Schippers**: Medische noodzaak is een voorwaarde voor het verkrijgen van medische hulpmiddelen. Waar het bij de geneesmiddelen om gaat, is dat er een medische indicatie kan zijn waardoor je wel tegen het ene en niet tegen het andere geneesmiddel kunt. Die situatie kan ook voorkomen bij de medische hulpmiddelen. Daar wordt het overigens heel verschillend geregeld. Ik ken praktijkvoorbeelden waarbij een nieuwe arts andere merken voorschrijft. Het gaat bij de door u genoemde voorbeelden vaak om de eerstelijnszorg. Dan kan het voorkomen dat er een bijzondere situatie is, waarin dat wat de verzekeraar heeft aangekocht niet adequaat is voor een bepaalde patiënt. Dat kan. Dan moet de zorgverzekeraar adequate zorg leveren; dat is zijn zorgplicht. Je ziet dat dat in de farmacie al veel gangbaarder is, waardoor men daar beter samenwerkt. Dat is hier nog voor verbetering vatbaar.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Is het, als het gaat om het bij de inkoop nakomen van de zorgplicht door de verzekeraar, mogelijk om daarover in de begeleidende brief bij de wet op de medische hulpmiddelen de stand van zaken aan te geven? Ik hoor de Minister zeggen dat er een verbetering nodig is in de transparantie richting publiek en zorginkoop. Ik heb behoefte aan wat meer informatie op dat punt. Kan dat wellicht door de NZa in kaart worden gebracht?

Minister **Schippers**: Wij maken daar natuurlijk slagen in die we nu niet maken. Inderdaad is er een informatiebehoefte als het gaat om het inkoopbeleid van verzekeraars. Daar hebben mensen nu helemaal geen zicht op. In het plan van afgelopen vrijdag zijn onderdelen van de Zorgwet overgenomen, bijvoorbeeld als het gaat om het regelen van zaken via de NZa. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars moet transparanter. Dit is overigens geen op zichzelf staand onderwerp; het heeft heel veel te maken met de bredere inkoop van zorgverzekeraars. Ik zou eens bij de NZa kunnen navragen of zij hierop toeziet en wat de situatie is in deze beginperiode van selectieve inkoop. Ook de inspectie zal ik daarover bevragen. Daar zal ik de Kamer nog over berichten.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Ik begrijp in ieder geval dat dit punt niet op zichzelf staat. Maar het is wel zaak dat dit expliciet wordt meegenomen in het streven naar meer inzicht in de polis.

Minister **Schippers**: Ja, maar in die polis gaan wij niet voorschrijven dat bepaalde merken worden opgenomen. Er zit een grens aan wat je met elkaar communiceert. Dit is een nieuwe praktijk, die nog niet zo loopt als

bij geneesmiddelen. Ik kan me voorstellen dat daar meldingen over binnenkomen bij het Landelijk Meldpunt Zorg, bij de inspectie, de geschillencommissie en/of de NZa. Wij gaan op dit punt een scan uitvoeren. Samen optrekken bij de richtlijnen zou enorm veel schelen. Laten we daarin tempo maken.

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Het gaat ons er allemaal om dat het soepel gaat. In de apotheek gaat het vrij snel om een generiek medicijn van een ander merk. Hoelang duurt het voordat de patiënt duidelijkheid heeft?

Minister **Schippers**: We hebben een richtlijn en een protocol. De richtlijn voor de stomazorg is evidencebased; ze gaat over de behandeling door de medisch specialist. Het protocol beschrijft vooral de zorg van de stomapatiënt als het gaat om verzorging, verpleging en gebruik van stomamateriaal. Dat zijn dus twee verschillende dingen voor twee verschillende fases in de medische zorg. Dan hebben we ook nog de leidraad, ontwikkeld door medisch specialisten zelf om risico's en kostenafwegingen te formuleren voor de inkoop van medische hulpmiddelen door het ziekenhuis. Heeft deze leidraad de status van medisch-tuchtrechtelijke toetsnormen en professionele standaards, zodat ze als inkoopvoorwaarde voor zorgverzekeraars kan worden gezien? Nee, want de leidraad is geen medisch-tuchtrechtelijke toetsnorm. Ze maakt geen onderdeel uit van de inkoopvoorwaarden van de zorgverzekeraars. Je zou de leidraad eigenlijk als veldnorm moeten zien die is ontwikkeld in het kader van het convenant veilige toepassing van medische technologie. De inspectie ziet erop toe dat het convenant wordt uitgevoerd, waarbij ze de leidraad zal meenemen. Zij ondersteunt de leidraad ten zeerste. Het is erg belangrijk dat medisch specialisten hiermee hun verantwoordelijkheid hebben genomen. Nu moet die ook worden toegepast.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. We hebben een gedragscode tussen de sector die de medische hulpmiddelen ontwikkelt en de specialisten. Dat is goed. Dat wordt uiteindelijk een wet medische hulpmiddelen en dat is ook goed. Maar wat me nu zo tegenvalt, is dat reclame en beïnvloeding mogen. Daarmee begeven we ons op glad ijs. Ik zou niet willen dat ik over een jaar tegenover deze Minister sta en dat we een discussie moeten voeren over de vraag of het mag dat een bezoeker medische hulpmiddelen aan de man brengt. Volgens de gedragscode mag dat. Wat is dan nog geoorloofd en ongeoorloofd? Als je dit zinnetje uit de gedragscode haalt, is het opgelost. Dat een industrie reclame maakt, is evident; zo werkt men daar. Maar dat is geen onderdeel van de relatie tussen de medici en de industrie. Daar gaat die gedragscode over. De Minister wil bekijken of het Lareb kan gaan bijhouden welke bijwerkingen er zijn. Dat is mooi. Wanneer krijgen we hier informatie over? Een element waarom chronisch zieken niet over durven te stappen naar een andere verzekeraar, is dat ze totaal niet zeker zijn hoe hun zorg dan in de toekomst wordt geregeld. Is het geen idee om een centrale, onafhankelijke inkoop van hulpmiddelen op te zetten? Dan hebben we een inkoopvoordeel en dan heb je niet de discussie over de ene zorgverzekeraar die beleid X heeft en de andere zorgverzekeraar die beleid Y heeft. Dan kunnen we ook de patiënteninvloed beter regelen, waarmee de willekeur passé is. Daar zijn we namelijk allemaal naar op zoek.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor de antwoorden. Ik sluit me aan bij de vraag van de SP over de brief over de melding van de bijwerkingen bij het Lareb. Dank voor de toezegging op dit punt. Ik zit ook nog met de verschillen in beleid bij zorgverzekeraars als het gaat om het toekennen van hulpmiddelen, vooral in de gevallen waarbij maatwerk voor patiënten moet worden geleverd. Ik herken dat

wat mevrouw Leijten hierover zegt: het gedoe met hulpmiddelen is vaak reden om niet over te stappen naar een andere zorgverzekeraar, terwijl ze dat wel graag zouden willen. Ziet de Minister mogelijkheden om, analoog aan de geneesmiddelen, te kijken hoe we de rol van de zorgprofessional richting de zorgverzekeraar kunnen versterken? Als de zorgprofessionals aangeven dat een ander hulpmiddel noodzakelijk is, mag een zorgverzekeraar niet dwars gaan liggen, maar moet ze de kennis en de kunde van de zorgprofessional erkennen en daarmee akkoord gaan.

Een van de dingen die mij altijd opvalt bij meldingen, is dat het vaak gaat over hulpmiddelen. Vandaag krijgen we daar een brief over van de Unie KBO. Aan de ene kant gaat het daarbij om het beperkte, magere aanbod van middelen bij een audicien, terwijl we aan de andere kant zien dat de prijs is gedaald. Het laatste is uiteraard een goede ontwikkeling. Er is een soort wildgroei ontstaan in het extra betalen voor upgrades en/of dure nazorgcontracten. Is dat wel helemaal in de haak? Weet de Minister daar iets meer over te vertellen en wat is haar visie daarop?

De heer **Van Wijngaarden** (VVD): Voorzitter. We hebben het ontzettend veel gehad over de onduidelijkheid voor patiënten. Ik denk dat dat zeer terecht is. Stel: iemand krijgt darmkanker en heeft een stoma nodig. Dan is het nogal van belang, welke stoma dat wordt. Als je een chemokuur krijgt, heb je een andere stoma nodig dan zonder chemokuur. In die situatie moet sprake zijn van souplesse, zonder dat dit weken in beslag neemt. Ik vind de vergelijking met het preferentiebeleid een heel goede. Dat heeft de samenleving ontzettend veel geld opgeleverd. Laten we niet vergeten dat verzekeraars daarin een belangrijke rol hebben gespeeld. Bij medische hulpmiddelen is het net zo goed nodig om tegenkrachten te organiseren, omdat het veel efficiënter is om het via verzekeraars te laten regelen dan ieder voor zich. Er is tegenkracht nodig, waarbij ik denk aan de implantaatgedragen gebitsprotheses. Die zijn vele malen duurder, maar ze zijn toch heel vaak voorgeschreven omdat ze werden vergoed. Souplesse is hierbij het kernbegrip. Dank voor de toezegging van de Minister over NZa en IGZ en de zorgplicht.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik denk dat we ten aanzien van de gedragscode grote stappen hebben gezet. De sector zelf heeft daar ontzettend hard aan gewerkt. De sector zelf heeft deze gedragscode opgesteld, inclusief de tekst ervan. Ik denk dat we moeten oppassen dat de verschillen van mening niet semantisch worden. Het is ook afhankelijk van welke kant je de problemen bekijkt. Is reclame goed of is het altijd verkeerd? Zit daar iets oneigenlijks in of niet? In mijn visie is dat niet zo. Mevrouw Leijten vindt dat niet erg helder. Die gedragscode is, zoals gezegd, van de sector zelf. Ik zal dit punt voorleggen aan de sector. Want een gedragscode stel je op om draagvlak in de samenleving te verkrijgen, zodat je transparantie biedt aan anderen die van buiten naar binnen kijken. Wat je niet wilt, is dat er ruis ontstaat in de weging van woorden. Ik zal ervoor zorgen dat ik in de wettelijke regeling van dit onderwerp zo nauw mogelijk aansluit bij wat we in de farmaceutische sector kennen. Maar ik wil hierover zoals gezegd geen woordendiscussie gaan voeren, omdat ik denk dat we het inhoudelijk wel met elkaar eens zijn. Het Lareb-traject moet even worden doorlopen. Ik denk dat we een paar maanden nodig hebben voor de inventarisatie. Die suggestie heb ik in dit debat gekregen, waarmee ik verder aan de slag zal gaan. Rond de zomer zal ik daarop terugkomen.

Moet de inkoop van hulpmiddelen anders worden georganiseerd of niet? Wij hebben het voor alle medische zorg zo geregeld dat de verzekeraar inkoopt, tenzij we echt te maken hebben met een monopolistisch product dat een groot beslag legt op de middelen. Daar doet de overheid de inkoop, wat allerlei mitsen en maren heeft. In het debat over de farmacie hebben we het daar vaak over. Hier hebben we het anders geregeld, want

hier zijn heel veel producten waaruit kan worden gekozen, wat ook goed is, want het is belangrijk dat er concurrentie is, omdat je anders de prijs nooit kunt verlagen. We geven met elkaar heel veel geld uit aan hulpmiddelen, waarop soms marges zitten die een stuk kleiner kunnen zijn. Dat de zorgverzekeraars zich daar nu druk over maken, is ook in het belang van de premiebetaler. Maar ik ben het helemaal eens met diegenen die zeggen: we moeten dat wel soepel regelen: de tijd nemen en de professionals de ruimte geven om het net anders te doen. Daarom heb ik toegezegd dat ik daar nader naar zal kijken. Ik kom daarop nog terug. In het overleg met de sector zullen we bekijken of er geen verbeteringen mogelijk zijn. Heel veel zit hem in de praktische aanpak, de bejegening en de snelheid. Als je dat op een nieuw terrein doet, kan ik me voorstellen dat het in eerste instantie nog niet zo gaat zoals gewenst.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik hoor dat de Minister zegt: wat het toekennen van hulpmiddelen door de zorgverzekeraars betreft, ga ik met de toezichthouders in gesprek. Ik hoor niet heel duidelijk terug of de Minister ook met zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen, in gesprek gaat.

Minister **Schippers**: Uiteraard ga ik in gesprek met iedereen die daarmee te maken heeft. Voor de zomer zal ik de Kamer informeren, want we hebben wel even nodig om iedereen te spreken te krijgen. Ik wil niet alleen de toezichthouders, maar ook een paar verzekeraars hierover spreken, plus enkele partijen die daar nog achter zitten. We maken natuurlijk het hele rondje.

Ik denk dat de systeemverandering rond de hoortoestellen een goede is geweest, omdat je ziet dat niet alleen de premie, maar ook de bedragen die mensen zelf moeten betalen fors omlaag gaan. Het percentage gebruikers dat de eigen bijdrage als een probleem ziet, is afgenomen. Uit de voorlopige resultaten van het evaluatieonderzoek van het Zorginstituut Nederland lijkt de tevredenheid van de gebruikers over het algemeen gelijk gebleven. Dat gaat dan over de kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg. Voor de zomer wordt de evaluatie afgerond. Dan kunnen we zien hoe het nieuwe systeem werkt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat zijn de upgrades van de nazorgcontracten, een nieuw fenomeen. Je ziet ook bij andere producten dat je je dan ergens voor gaat verzekeren waarvoor je eigenlijk al via de normale consumentenvoorwaarden bent verzekerd. Ik begrijp dat de Minister daar nu nog niets over kan zeggen; in de evaluatie wordt dat soort aspecten meegenomen. Klopt dat?

Minister **Schippers**: Ja. Het beleid is veranderd. In de evaluatie wordt bekeken wat er daardoor is ontstaan. Die evaluatie, die voor de zomer wordt afgerond, wil ik afwachten. Dan komen we daarop terug.

De **voorzitter**: De Minister heeft de volgende toezeggingen gedaan.

- Voor de zomer wordt in de ministerraad het wetsvoorstel inzake verankering implantaten behandeld, waarna doorzending naar de Raad van State, gevolgd door de Kamer zal volgen.
- Bij de Kamer zal voor de zomer van 2015 een wetsvoorstel worden ingediend om de IGZ een titel mee te geven waarmee kan worden ingegrepen bij oneigenlijke gedragsbeïnvloeding.
- Om een standpunt te bepalen over de inschakeling van het Lareb bij meldingen van bijwerkingen van medische hulpmiddelen zullen gesprekken worden gevoerd. Daarover zal de Kamer in de zomer van 2015 worden geïnformeerd.

- Informatie over eventueel onderzoek van de NZa naar het inkoopbeleid van zorgverzekeraars – daarbij gaat het over de invulling van de zorgplicht – zal in de zomer van 2015 worden verstrekt.
- Er zal overleg met toezichthouders, verzekeraars en andere betrokkenen over het inkoopbeleid worden gevoerd. De evaluatie van het vergoedingsbeleid voor hoormiddelen zal voor de zomer aan de Kamer worden verstrekt.

Er is geen VAO aangevraagd.

Sluiting 15:30 uur.

Volledige agenda

1. *Antwoorden op vragen inzake resultaten onderzoek relaties orthopeden en de medische hulpmiddelenindustrie*
Kamerstuk 32 805-4 – brief regering d.d. 25-11-2011
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
2. *Rapport van een studie naar de structuur en werking van de intramurale medische hulpmiddelenmarkt in Nederland*
Kamerstuk 32 805-5 – Brief regering d.d. 15-02-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
3. *Gedragscodex Medische Hulpmiddelen*
Kamerstuk 33 000-XVI-166 – Brief regering d.d. 01-03-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
4. *Standpunt sectorstudie intramurale medische hulpmiddelenmarkt*
Kamerstuk 32 805-9 – Brief regering d.d. 17-04-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
5. *Reactie op motie Arib (32 805, nr. 11) over hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg*
Kamerstuk 32 805-18 – Brief regering d.d. 29-05-2012
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
6. *Reactie op het IGZ-rapport inzake bekkenbodematjes*
Kamerstuk 32 805-26 – Brief regering d.d. 02-07-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
7. *Beleidsbrief gunstbetoon in de medische hulpmiddelensector*
Kamerstuk 32 805-27 – Brief regering d.d. 19-12-2013
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
8. *Stand van zaken implantatenregister*
Kamerstuk 32 805-28 – Brief regering d.d. 18-03-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
9. *Praktijk evaluatie hulpmiddelenzorg*
Kamerstuk 32 805-29 – Brief regering d.d. 14-07-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
10. *Eindrapport van het RIVM over een verkenning en een pilot uitgevoerd ten behoeve van het landelijke implantatenregister*
Kamerstuk 32 805-32 – Brief regering d.d. 26-11-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
11. *Stand van zaken evaluatieonderzoek beleidswijziging hoortoestellen*
Kamerstuk 29 689-561 – Brief regering d.d. 16-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
12. *Voortgang transparantie van financiële relaties in de medische hulpmiddelensector*
Kamerstuk 32 805-33 – Brief regering d.d. 14-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
13. *Reactie op het rapport «Implantaatgedragen prothesen» van het Zorginstituut Nederland*
Kamerstuk 32 805-34 – Brief regering d.d. 15-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers
14. *Veiligheid medische hulpmiddelen*

*Kamerstuk 32 805-35 – Brief regering d.d. 04-02-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers*

Agenda Werkgroep Informatievoorziening Hoorzorg 19 februari 2020

Datum: woensdag 19 februari 2020
Tijdstip: 10:00-12:00
Locatie: Ministerie van VWS, Parnassusplein 5, Den Haag
 zaal A.09.08

Deelnemers

5.1.2e	(ipv 5.1.2e)	De Kwaliteitsaudiciens
5.1.2e		Collectief van Zelfstandige Audiciens
5.1.2e		Nederlandse Vereniging voor Audicienbedrijven
5.1.2e		Audined
5.1.2e		Consumentenbond
5.1.2e		Hoormij
5.1.2e		Protocol Hoorhulpmiddelen
5.1.2e	(ipv 5.1.2e) en 5.1.2e	Stichting Audicienregister
5.1.2e		Hoorprofs

In het overleg Dialoog Hoorzorg van 17 januari 2020 werd transparantie en de informatievoorziening richting cliënten genoemd als een van de knelpunten. Om dit knelpunt op te pakken is een werkgroep gevormd, waar u aan deelneemt.

Ter voorbereiding wil ik u vragen na te denken over het volgende:

- Wat wilt u bereiken?
- Waar liggen de precieze knelpunten: in het overleg is oa. benoemd
 - o Overzicht van totale aanbod van hoortoestellen en aanbod per leverancier
 - o Keuzeproces
 - o Financiële regelingen zoals 25% eigen bijdrage en mogelijkheden tot bijbetaling
- Wie is de doelgroep?
- Wat is de behoefte van de doelgroep?
- Welke informatie wordt al aangeboden en hoe; Wat mist er nu nog?
- Wat is de beste manier om de doelgroep te bereiken?
- Welke middelen heeft u hiervoor (nodig)?
- Het doel is te komen tot een concreet plan en afspraken over het verbeteren van de informatievoorziening.

Agenda

- 1. Welkom**
- 2. Vaststelling doel werkgroep**
Concretisering knelpunten, doelgroep, behoefte
- 3. Bepalen oplossingen**
Hoe kan doel worden behaald?
Welke acties zijn daarvoor nodig?
Welke middelen zijn er beschikbaar?
- 4. Afspraken**

[Evaluatie Hoorzorg]

1. Inhoud (rapport/ brief/)

- Op advies van ZinL is de aanspraak op hoorzorg per 2013 in de Regeling zorgverzekering gewijzigd (verruiming aanspraak; afschaffen maximum vergoeding; introductie van 25% eigen bijdrage per hoortoestel)
- De kamer is toegezegd dat de beoogde effecten geëvalueerd worden.
- Het ZinL rapport Evaluatie van beleidswijziging hoorzorg beschrijft dat de effecten zijn behaald en dat de hoorzorg voor de gemiddelde hoortoestel-gebruiker is verbeterd. ZINL ziet wel een noodzaak voor verbetering in de uitvoering door partijen op:
 - Verbetering en doorontwikkeling Keuzeprotocol,
 - betere inkoop en beschikbaarheid van verschillende typen hoortoestellen
 - betere informatievoorziening over mogelijkheden in het Keuzeprotocol.

2. Reactie kamerbrief

- gebruikers zijn nu even tevreden zijn over de kwaliteit van de geleverde hoorzorg als voor de beleidswijziging
- op sommige onderdelen is de waardering van de kwaliteit van audiciens zelfs toegenomen.
- terwijl t.o.v. voor 2013 de gemiddelde eigen betaling met 51% is gedaald (van circa € 600,- per toestel naar circa € 280,- per toestel).
- Het aantal gebruikers dat de eigen betaling als een probleem ervaart is gedaald van 47% naar 28%
- Het aantal gebruikers dat de eigen bijdrage als een groot probleem ervaart is gehalveerd van 15% naar 7%
- Partijen worden opgeroepen om verbeterpunten uit rapport op te pakken.
- Aansluiten bij Kwaliteitsbrief: de invloed van verzekerden op zorgverzekeraar wordt vergroot en er komt meer toezicht op kwaliteit en markt (kwaliteitsbrief)

3. Politieke opvattingen tot dusverre (incl. wat met Kamer is gewisseld en eerdere uitlatingen minister)

- Minister heeft meerdere malen gewezen op het belang van richtlijnen/ protocollen en dat idealiter zorgverleners, zorggebruikers en zorgverzekeraars zouden moeten samenwerken om die te ontwikkelen.
- Naar aanleiding van enkele Kamervragen heeft de minister de meeste misverstanden mbt het nieuwe vergoedingssysteem verduidelijkt.

4. Eventuele financiële aspecten

- Volgens ZinL rapport zijn door de wijziging de macrokosten tot nu toe niet toegenomen en zijn de kosten voor de individuele verzekerde afgenomen. Het rapport baseert echter de macrokosten over de eerste 3^e kwartalen 2014
- Volgens de meest actuele GIP data (inclusief 4^e kwartaal) lijken de totale Zvw kosten over 2014 met 20% te zijn toegenomen. Dit ligt niet zozeer aan de prijsstijging maar aan het feit dat voor slechthorenden meer 'dure' hoortoestellen worden voorgeschreven dan voorheen.

5. Mogelijke vragen vanuit de Kamer

- Waarom schaft u de eigen bijdrage niet af?
- Waarom schaft u de eigen bijdrage voor kinderen niet af?

- Wat gaat u doen om voor de gebruiker meer keuzevrijheid te waarborgen?
- Wat gaat u doen om de invloed van de zorgverzekeraar om te bepalen wat goede zorg is, te beperken
- Wat gaat u doen om het keuzeprotocol te verbeteren

6. Lijn beantwoording

- Voor het afschaffen van de eigen bijdrage (pakketuitbreiding) is er geen financiële ruimte (circa 50 miljoen)
- Ik ben voornemens om de eigen bijdrage voor kinderen wordt per 2017 af te schaffen.
- Ten aanzien van de keuzevrijheid ligt de zorgplicht voor adequate hulpmiddelen primair bij de zorgverzekeraar.
- Hoewel groot voorstander van richtlijnen en protocollen, is VWS voor de ontwikkeling of inhoud niet verantwoordelijk. Is verantwoordelijkheid van het veld, aanjaagfunctie voor zorgverzekeraar

7. Overige opmerkingen

Overige opmerkingen die relevant zijn voor dit onderwerp, maar niet onder een van de andere kopjes passen.

Zorgverzekeraar Achmea heeft voor 2016 haar inkoopbeleid voor hoorzorg verder aangescherpt. Achmea signaleert een stijging van kosten per hoortoestel omdat meer mensen door de audicien een duurder hoortoestel krijgen "voorgeschreven".

Aangenomen wordt dat de audicienbranche zo de prijsdaling wil compenseren. De branche heeft een kort geding aangespannen tegen het inkoopbeleid van Achmea en de pers benaderd. Achmea zou alleen op prijs selecteren; te weinig oog voor kwaliteit hebben en bovendien zo de markt saneren. Hierover kunnen Kamervragen verwacht worden.