

*Rapport*

## **Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen**

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

*Publicatienummer* **302**

***Uitgave*** College voor zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
Fax (020) 797 85 00  
E-mail [info@cvz.nl](mailto:info@cvz.nl)  
Internet [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

***Volnummer*** 2011017718

***Afdeling*** ZORG-ZA

***Auteur*** mw. E.C.M. Visser

***Doorkiesnummer*** Tel. (020) 797 87 75



## Inhoud:

*pag.*

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

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

***Bijlage(n)***

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

## Samenvatting

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1. Inleiding

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

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

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

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

### ***Leeswijzer***

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

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



## 2. Vergoedingslimieten en marktwerking

### 2.a. Wettelijk kader

#### 2.a.1. Besluit zorgverzekering

**Bzv**

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

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

#### 2.a.2. Regeling zorgverzekering

**Rzv**

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

#### **Artikel 2.6, onderdeel g, en artikel 2.14: Gehoorhulpmiddelen**

**Hoortoestellen**

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

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

**Maximum  
vergoedingen**

In 2011 gelden de volgende vergoedingslimieten:

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

**2.b. Deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010**

**PACT-studie**

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

**Highlights**

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

**Gebrek aan goede  
voorlichting**

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

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

***Consumenten-  
prijzen***

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

***Internationale  
prijsvergelijking***

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

***KCE-rapport***

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

particuliere respectievelijk private markt in de beide landen.

### ***Eigen betaling***

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

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

### ***Conclusie CVZ***

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

### ***Grote spreiding prijzen***

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

**Vergoedings-  
limieten  
afschaffen**

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

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

**2.c. Onderzoek Boer & Croon april 2010**

**NVAB**

Als reactie op het advies van het CVZ heeft de Nederlandse Vereniging van Audicien Bedrijven (NVAB) onderzoeksbureau Boer & Croon gevraagd nader onderzoek te doen naar de consequenties van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Omdat de door het CVZ geraamde kostenstijging naar mening van de NVAB aan de bescheiden kant was, heeft men het onderzoeksbureau opdracht gegeven de berekeningen van het CVZ financieel technisch te toetsen. Op basis van de resultaten van het onderzoek waarschuwde de NVAB het kabinet voor ‘een onbezonnen overname’ van het CVZ-advies. Het CVZ zou de kostenstijging veel te laag hebben ingeschat. Het zou om een verschil gaan van honderden miljoenen<sup>1</sup>.

In het rapport van Boer & Croon is het volgende gesteld:  
*“CVZ raamt de totale kosten van gebruikers van hoortoestellen in 2009 op € 108,5 miljoen. Uit het onderzoek<sup>2</sup> blijkt dat de werkelijke totale kosten van hoortoestellen in 2009 € 225,5 miljoen bedragen. Het verschil van € 117 miljoen wordt verklaard doordat CVZ alleen de bedragen meeneemt die in rekening zijn gebracht bij de Zorgverzekeringswet. In het geval deze kosten integraal gedekt zullen gaan worden, is het verstandig om in de basis uit te gaan van de huidige werkelijke kosten”.*

**Onjuiste  
vergelijking**

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

<sup>1</sup> Persbericht NVAB d.d. 18 mei 2010

<sup>2</sup> Boer & Croon

***Totale kosten per gebruiker***

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

***Meerkosten***

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

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

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

***2.d. Invloed vergoedingslimieten op marktwerking***

***Zorgdriehoek in balans***

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

***NZa en Wmg***

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

de Wmg staat het algemene consumentenbelang voor de NZa bij de uitoefening van haar taken voorop. In de considerans van de Wmg is de volgende opdracht meegegeven:  
*“dat het wenselijk is in verband met de informatieachterstand van de consument en het machtsverschil tussen partijen in de zorg, de positie van de consument te beschermen en te bevorderen”.*

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

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

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

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

***Informatie-  
achterstand***

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

***Prijzen kunstmatig  
hoog***

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

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

***Conclusie CVZ***

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

***2.e. Optimalisering hoorzorg***

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



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

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

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

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

***Redesign  
zorgketen***

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

***Project  
'Functiegericht  
protocol'***

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

## 3. Kostenconsequenties

### 3.a. Inverdieneffecten

#### 3.a.1. Inleiding

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

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

#### 3.a.2. Vermindering arbeidsverzuim en geneeskundige zorg

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

#### **Nationale Studie naar Horen**

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

#### **Psychosociale gezondheid**

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

---

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

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

## **Substitutie**

### *3.a.3. Substitutie naar eenvoudige luisterhulpen*

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

### *3.a.4. Gebruikstermijn hoortoestellen*

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

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

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

### **3.b. Budgetneutraliteit**

#### *3.b.1. Inleiding*

#### **Waarborgen budgetneutraliteit**

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

#### *3.b.2. Eigen risico of eigen bijdrage*

#### **Inconsistentie**

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

#### **Verhoging eigen risico**

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

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

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

### *3.b.3. Reactie zorgverzekeraars*

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

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

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

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

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



### *3.b.5. Conclusie*

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

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

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

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

## 4. Advies

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

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

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

#### ***Functiegerichte omschrijving***

##### **Artikel 2.10**

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

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

## 5. Consultatie

### **5.a. Geconsulteerde partijen**

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

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

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

### **5.b. Nationale Hoorstichting**

#### ***Impuls kwaliteit en doelmatigheid***

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

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

#### ***Analyse CVZ onderschreven***

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

**Reactie CVZ**

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

**5.c. GAIN**

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

**Inbreng consument**

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

**Voorwaarde voor  
afschaffing  
vergoedingslimieten**

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

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

**Reactie CVZ**

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

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

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

### **5.d. FENAC**

#### ***Dilemma***

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

#### ***Percentueel versus vast***

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

#### ***Denklijn***

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

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

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

**Reactie CVZ**

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

**Meest gunstige variant**

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

**5.e. NVAB**

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

**Bezwaren NVAB**

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

**Urgentie ontbreekt**

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

**Veronderstelling  
voorbarig**

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

**Eénvormige markt**

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

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

**Reactie CVZ**

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

***Contracteerbeleid  
zorgverzekeraars***

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

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

***Bevindingen  
PACT-studie***

***Prijsdaling niet  
onrealistisch***



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

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

### **5.f. NVVS en FOSS**

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

***Geen bijdrage  
geniet voorkeur***

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

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

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

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

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

### **5.g. Zorgverzekeraars Nederland**

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

#### ***Belang branchegedragen protocol***

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

#### ***Aanvullende verzekering***

#### ***Reactie CVZ***

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

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

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

## **6. Adviescommissie Pakket**

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

## 7. Besluit CVZ

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

### College voor zorgverzekeringen

*Wvd. Voorzitter Raad van Bestuur*



dr. A. Boer

Bijlage 1  
Kostenconsequentieraming deelrapport Hulpmiddelenzorg 2010

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

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

**Berekeningen**

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

Aantal verzekerden dat 1 of meer hoortoestellen vergoed heeft gekregen					
2006	2007	2008	Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2009	Raming 2010
97.300	102.600	114.300	8,4%	123.900	134.200

Gemiddeld aantal declaraties (hoortoestellen) per gebruiker, waarbij de kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008			
1,63	1,56	1,80			

Gemiddelde kosten per gebruiker (ten laste van de Zvw), waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008	Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2009	Raming 2010
€ 897	€ 892	€ 883	- 0,8%	€ 876	€ 869

Totale kosten van gebruikers, waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008		Raming 2009	Raming 2010
€ 87.346.300	€91.510.400	€100.952.400		€108.530.800	€116.678.000

Raming kosten uitgaande van gemiddelde inkooprijzen per jaar			Raming meerkosten		
Gemiddelde prijs	2009	2010		2009	2010
€ 600,00	€133.782.000	€144.982.200		€25.251.300	€28.304.200
€ 650,00	€144.930.600	€157.064.000		€36.399.800	€40.386.000
€ 700,00	€156.079.100	€169.145.900		€47.548.300	€52.467.900
€ 750,00	€167.227.600	€181.227.700		€58.696.900	€64.549.700
€ 800,00	€178.376.100	€193.309.600		€69.845.400	€76.631.500

Bron GIP/College voor zorgverzekeringen

Bijlage 2  
Update kostenconsequentieraming (met cijfers 2009)

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

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

**Berekeningen**

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

Aantal verzekerden dat 1 of meer hoortoestellen vergoed heeft gekregen					
2006	2007	2008	2009	Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2010
97.300	102.600	114.300	108.100	3,6%	112.000

Gemiddeld aantal declaraties (hoortoestellen) per gebruiker, waarbij de kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008	2009		
1,63	1,56	1,80	2,06		

Gemiddelde kosten per gebruiker (ten laste van de Zvw), waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008	2009	Gemiddelde jaarlijkse groei	Raming 2010
€ 897	€ 892	€ 883	€ 973	2,7%	€ 1.000

Totale kosten van gebruikers, waarbij de totale kosten per gebruiker > minimale vergoedingstarief					
2006	2007	2008	2009		Raming 2010
€ 87.346.300	€91.510.400	€100.952.400	€105.253.094		€116.678.000

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

Bron GIP/College voor zorgverzekering