

Bijlage 3

Protocol t.b.v. verstrekken van hoorhulpmiddelen in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Inleiding

Dit protocol is vastgesteld door Zorgverzekeraars Nederland en is gebaseerd op:

- de Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg (BRL)
- de Veldnorm Hoortoestelverstrekking 2008, kortweg NOAH veldnorm.
- het NOAH-3 protocol (of in de toekomst nieuwe doorontwikkelde versie)
- het (concept) protocol Hulpmiddelenzorg voor mensen met hoorproblemen
- de Europese norm 'Services offered by hearing aid professionals' EN 15927;
- het kwaliteitshandboek van de Stichting Audiciensregister, kortweg StAr-handboek. (of in de toekomst nieuwe doorontwikkelde versie)

Het protocol beschrijft de activiteiten van de audicien en geeft aan welke gegevens minimaal moeten worden vastgelegd en hoe ze kunnen worden vastgelegd.

Het protocol kent acht stappen:

Stap 1 Probleem signaleren en triage

In deze stap onderkent/erkent de cliënt dat hij een hoorprobleem heeft - de hulpvraag van de cliënt - en neemt hij - desgewenst - contact op met een zorgdeskundige. In overleg met de zorgdeskundige wordt het probleem nader omschreven en wordt het de cliënt helder wat de route is die hij kan volgen.

Stap 2 Zorgvraag formuleren

In deze stap wordt het diagnostisch proces doorlopen. Het gaat erom de gezondheidstoestand en de prognose te bepalen. De gezondheidstoestand bestaat uit een beschrijving van (problemen in) het functioneren van de cliënt en de daarop van invloed zijnde medische, externe en persoonlijke factoren. In een aantal gevallen is door een arts de medische diagnose reeds gesteld; de problemen in het functioneren en de externe en persoonlijke factoren die daarop van invloed zijn bepalen de functionaliteitsdiagnose.

Als de cliënt niet is verwezen door een KNO-arts of Audiologisch Centrum zal de audicien triage uitvoeren volgens de richtlijnen van de NOAH-veldnorm.

Hiertoe verricht de audicien:

- Audiometrische triage op basis van Toon- en Spraakaudiometrie
- Otoscopische triage op basis van otoscopie
- Psychosociale triage op basis van anamnese, een vragenlijst die is samengesteld uit enkele triagevragen en de vragen van de Amsterdam Inventory of Auditory Disability and Handicap (AIADH).
 - o Deze vragenlijst wordt door de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig ingevuld. Hierbij verklaart cliënt formeel de vragenlijst naar waarheid en zelfstandig in te vullen. Indien er hulp van derden vereist is dient dit te gebeuren zonder beïnvloeding van de audicien. Bij nieuwe hoortoestelgebruikers beschrijft de vragenlijst de situatie zonder hoortoestellen; bij herhaal-aanmetingen beschrijft de vragenlijst de situatie met het oude hoortoestel cq. de oude hoortoestellen.

De uitkomsten van de triage leiden volgens elders beschreven richtlijnen tot een uitslag pluis/niet-pluis voor elk van de drie onderdelen. Op basis van de pluis/niet-pluis uitkomsten van de triage wordt besloten tot verwijzing van de cliënt naar een KNO arts of Audiologisch Centrum, indien noodzakelijk. In dat geval wordt het protocol bij de audicien pas vervolgd na consultatie van de KNO-arts of het Audiologisch Centrum.

De uitkomsten van de triage worden vastgelegd, zie het indicatieprotocol

Als de triage aangeeft dat de cliënt bij de audicien kan blijven gaat de audicien verder met (aanvullende) anamnese en (aanvullend) onderzoek. Bij het formuleren van de zorgvraag gaat het erom, dat het voor de cliënt helder wordt wat zijn zorgvraag is, dat hij weet wat de medische / verwijsdiagnose is, wat de prognose is en bij welke cliëntenorganisaties hij desgewenst terecht kan voor informatie en ondersteuning. Belangrijk is ook, dat tijdens deze stap de cliënt en de zorgdeskundige zicht krijgen op de wensen en verwachtingen van de cliënt in het algemeen.

Het belang van het zelf kunnen uitvoeren van een activiteit hangt af van de situatie van de cliënt. Daarbij gaat het zowel om de gezinssituatie als om bijvoorbeeld de werksituatie (sommige activiteiten (bijv. het spreken in het openbaar, of overleggen met grote groepen) kunnen van cruciaal belang zijn in het kader van een baan). In het kader van de gezinssituatie kan het relevant zijn om niet alleen de cliënt te bevragen (welke activiteiten en externe factoren zijn voor hem relevant) maar ook de (mantel)zorger c.q. andere gezinsleden.

Het is van belang om tijdens de anamnese inzicht te krijgen in de wensen en verwachtingen van de cliënt in het algemeen. Het gaat er daarbij om te weten te komen wat de cliënt wil, nu en in de (nabije) toekomst, en wat voor hem van belang is. Ook hierbij kan het relevant zijn om de mantel(zorger) / andere gezinsleden te bevragen. De wensen en verwachtingen ten aanzien van specifieke hoorhulpmiddelen komen bij stap 3a aan bod.

Bij het selecteren van hulpmiddelen is het relevant zicht te hebben op de prognose. Dat geldt zowel voor de te verwachten prognose van de ziekte / aandoening als voor de te verwachten ontwikkelingen rond het functioneren van de betrokkene.

Stap 3 Zorgplan maken: Oplossingsrichting en programma van eisen

Het gaat hier om het samen met de cliënt c.q. het cliëntstelsel beoordelen of een hulpmiddel al dan niet voor de betreffende cliënt de meest aangewezen behandeling is (dan wel dat de cliënt bijvoorbeeld beter geopereerd kan worden [bijv. cochleair implantaat] of andere zorg kan ontvangen [medicatie]).

Met de cliënt wordt op basis van de functioneringsproblemen, de prognose, het gewenste activiteitenpatroon en diens gebruiksomstandigheden (gunstige en ongunstige omstandigheden voor het gebruik van hulpmiddelen) gezocht naar een oplossingsrichting door de inzet van hoorhulpmiddelen.

Indien een hoortoestel (een deel van de) oplossingsrichting blijkt te zijn wordt een Human Related Intended Use (HRIU) profiel opgesteld volgens de normen van het ZN Keuzeprotocol.

Dit protocol gaat uit van de volgende gevaldeerde uitkomstmaten:

- Het toonaudiogram (inclusief beengeleidingsmetingen)

- Het spraakaudiogram, gemeten met hoofdtelefoon voor elk van beide oren
- De resultaten van de Amsterdam Inventory of Auditory Disability and Handicap¹

**** De uitkomsten van toon- en spraakaudiogram en AIADH worden vastgelegd, zie het indicatieprotocol ****

Het HRIU-profiel geeft een indicatie van de problemen in zes dimensies:

1. Horen / detectie / "audibility"
2. Verstaan in stilte
3. Verstaan in ruis
4. Lokaliseren / centrale verwerking
5. Focus / Aandacht / Cognitie / Discriminatie
6. Ruistolerantie / vermoeidheid

Voor de eerste drie factoren van het profiel worden twee schattingen van de complexiteit verkregen, eenmaal vanuit de objectieve testen en eenmaal vanuit de vragenlijst (AIADH) voor de situatie zonder hoortoestel(len). De laatste schatting is dus alleen beschikbaar voor eerste gebruikers. Voor de laatste drie factoren van het profiel is alleen een schatting op basis van de AIADH (met aanvullende vragen) beschikbaar.

De uitkomsten van het HRIU-profiel worden vastgelegd, zie het indicatieprotocol

De audicien maakt op basis van de anamnestiche gegevens, de onderzoeksresultaten en het HRIU profiel een inschatting van de haalbare eindsituatie in elk van de zes HRIU dimensies. Het verschil tussen de situatie voorafgaand aan aanpassing en de ingeschatte situatie na aanpassing wordt de compensatiebehoefte van de betrokken cliënt genoemd. Op basis van de compensatiebehoefte wordt een aantal punten berekend dat correspondeert met de complexiteit van het hoortoestel dat als adequaat wordt beschouwd.

Op deze manier wordt in eerste benadering invulling gegeven aan het programma van eisen (PvE). In de nabije toekomst zal dit systeem nader worden verfijnd met een benadering volgens de COSI-procedure, zodat aan verschillende dimensies van het horen een verschillend gewicht kan worden gegeven in overeenstemming met de individuele wensen en het patroon van activiteiten en participatie van de cliënt: de gebruikseisen en de gebruiksomstandigheden.

De cliënt wordt geïnformeerd over voor- en nadelen van de hoorhulpmiddelen. Contra-indicaties en consequenties voor keuze van hoorhulpmiddel(en) worden vastgesteld en er wordt instemming van cliënt gevraagd voor het zorgplan.

Stap 4 Selecteren

Binnen de kaders zoals hierboven geformuleerd zal in de regel keuze zijn uit verschillende soorten (typen en modellen) hoortoestellen. Vanuit de vakkennis van de audicien en de wensen van de cliënt wordt de keuze verder geïndividualiseerd.

Met behulp van het PvE wordt in overleg met de cliënt een keuze gemaakt voor een geprefabriceerd hulpmiddel of voor een hulpmiddel op maat (met name oorstukje[s]). Bij de keuze voor geprefabriceerde hulpmiddelen wordt uit het bestaande marktaanbod het meest passende

¹ Bij cliënten waarbij triage onderzoek is uitgevoerd zijn deze antwoorden al beschikbaar, zie stap 2

hulpmiddel gekozen. Er wordt als het ware een match gemaakt tussen de functie eisen aan en de eigenschappen van het beschikbare aanbod aan hoorhulpmiddelen², waarbij wordt gezocht naar een adequaat hulpmiddel.

Indien private label toestellen gebruikt worden (toestellen die niet door alle audiciens kunnen aangepast worden), dient de leverancier deze software aan alle Audiciens en Audiologische Centra in Nederland beschikbaar te stellen om het mogelijk te maken dat de hooroplossing elders in de zorgketen kan worden bijgeregeld en afgestemd op de behoefte.

Ook weet de cliënt aan het einde van deze stap wat dit betekent voor de financiering of welke alternatieven er zijn. Aan het einde van deze stap gaat de cliënt akkoord dat de audicien het hoorhulpmiddel bestelt c.q. het oorstukje / de oorstukjes laat maken. Cliënt wordt geïnformeerd over zijn recht om tijdens twee opeenvolgende proefperioden verschillende toestellen uit te proberen. Als de cliënt niet akkoord is, dan zal worden teruggegaan naar een eerdere stap.

Stap 5 Instellen en instrueren

In deze stap wordt het hoorhulpmiddel waar nodig door de audicien ingesteld (een hoortoestel wordt geleverd met een basisinstelling) / gepast en zo nodig bijgewerkt (in het kader van een oorstukje) / In- of afgesteld (bijv. bij koppelingen).

Daarbij hoort het geven van instructie over het gebruik van het hoorhulpmiddel (aan de cliënt, maar zo nodig ook aan andere personen uit het cliëntsysteem of aan de thuiszorg c.q. verzorgenden in het tehuis waar de cliënt verblijft).

Aan het einde van deze stap weet de cliënt (c.q. de andere mensen van het cliëntsysteem) hoe hij het hulpmiddel moet gaan gebruiken en weet hij waar hij met problemen terecht kan. Ook zijn er afspraken gemaakt over de duur van de proefperiode en wanneer de cliënt wordt terugverwacht voor tussentijdse controles.

De controles worden uitgevoerd door de audicien, maar er kunnen ook één of meer controlemomenten worden ingebouwd door de klinisch-fysicus audioloog / (KNO-)arts. De klinisch-fysicus audioloog / KNO-arts bepaalt ook of er aanvullende begeleiding dient plaats te vinden, zoals logopedische begeleiding, begeleiding door het maatschappelijk werk en psychosociale begeleiding.

Stap 6 Proefgebruik

In deze stap gebruikt de cliënt het hulpmiddel in het dagelijks leven. Als er acute problemen zijn in gebruik of vragen over de voorziening, kan contact worden opgenomen met de audicien, die de cliënt zo nodig doorverwijst naar een klinisch-fysicus audioloog, huisarts of KNO-arts, of rechtstreeks contact op neemt met een klinisch-fysicus audioloog, huisarts of KNO-arts. Daarnaast houdt de cliënt zich aan de afspraken die zijn gemaakt voor tussentijdse controles. Tijdens de controles door de audicien wordt het hulpmiddel zo nodig bijgesteld / ingesteld (fine tuning)

Cliënt heeft het recht om tijdens twee opeenvolgende proefperioden verschillende toestellen uit te proberen. Deze keuzeoptie zal altijd door de audicien aan de cliënt worden aangeboden.

Voor ieder hoortoestel dat op proef is gegeven wordt (per oor) vastgelegd:

- *het NVAB-nummer*
- *de duur van de proefperiode vastgelegd*
- *(bij een mislukte proef) de reden van mislukking*
zie het indicatieprotocol

² Hiervoor komt een database beschikbaar die ieder kwartaal wordt geactualiseerd

Stap 7 Evalueren

In deze stap vindt de evaluatie plaats. Evaluatie kan zowel plaatsvinden ter afsluiting van de proefperiode (die daarmee formeel wordt afgesloten) als tijdens het nazorgtraject (zie stap 8). Bij de evaluatie wordt bepaald of het gebruikte hulpmiddel (al dan niet in combinatie met andere hulpmiddelen) voldoet aan het plan van eisen en de doelstellingen, zoals in het zorgplan zijn vastgesteld. Voor de evaluatie zijn verschillende soorten meetinstrumenten nodig:

- meetinstrumenten om de tevredenheid van de cliënt en ervaringen met de audicien vast te stellen.
- meetinstrumenten om het functioneren van cliënten te meten. Hiervoor wordt de AIADH gebruikt. De resultaten worden bepaald voor de situatie met hoortoestel(len) en deze resultaten worden vergeleken met de uitkomsten voor aanpassing³.
- meetinstrumenten waarmee kan worden bepaald of het hulpmiddel doet wat het moet doen. Hierbij gaat het minimaal om vrije-veld audiometrie met spraak. Indien wenselijk kan ook een spraakverstaan in ruis meting uitgevoerd worden, maar dit is niet verplicht.

De evaluatie van de proefperiode vindt plaats door de audicien en – in dien er een voorschrijver bij de aanpassing betrokken is – door een klinisch-fysicus audioloog of KNO-arts, voor zover daar afspraken over zijn gemaakt.

Als de evaluatie negatief uitpakt kan besloten worden een ander hulpmiddel uit te proberen; in dit geval wordt teruggegaan naar stap 4 of naar stap 2 als de indruk bestaat dat men geen goed beeld heeft van de gezondheidstoestand of het functioneren van de cliënt. Nadat in dit geval twee proefperiodes met verschillende hoortoestellen zijn doorlopen wordt – mede op basis van de ervaringen en voorkeur van de cliënt – een keus bepaald.

Voor het hoortoestel dat voor levering in aanmerking komt wordt (per oor) vastgelegd:

- *het NVAB-nummer*
 - *de duur van de proefperiode*
 - *de resultaten van de evaluatiemetingen*
- zie het indicatieprotocol*

Het is mogelijk dat men bij sommige cliënten ook met verschillende oplossingen in de geïndiceerde klasse onvoldoende resultaat behaalt. In dat geval kan men een aanvraag doen voor een bijzondere hulpvraag. In een aantal gevallen kan de expertise van een Audiologisch Centrum worden ingeroepen voor een "second opinion". Indien de termijn van de proefperiode langer is dan 3 maanden is verwijzing geïndiceerd op basis van de NOAH veldnorm.

Stap 8 Leveren hoorhulpmiddel en maken afspraken over nazorg

In deze stap wordt het hoorhulpmiddel officieel door de audicien aan de cliënt geleverd en vindt de financiële afwikkeling plaats. Daarnaast krijgt de cliënt van de audicien instructie over het onderhoud door de cliënt, worden de garantiebepalingen besproken, worden afspraken gemaakt over de nazorg en het onderhoud van het hulpmiddel door de leverancier, en wordt besproken wat te doen bij eventuele problemen.

³ De vergelijking is voor eerste gebruikers anders dan voor herhaalaanpassingen. Bij eerste gebruikers wordt het effect van het hoortoestel gemeten. Bij herhaalaanpassingen wordt gecontroleerd of dat het nieuwe hoortoestel niet slechter functioneert dan het oude hoortoestel.

De soort en de hoeveelheid geboden nazorg zijn sterk afhankelijk van de achterliggende medische problematiek en van de behoefte van de cliënt c.q. het cliëntstelsel. Voor een systematische evaluatie maakt de audicien in ieder geval een afspraak voor nazorg in de periode van 3-6 maanden na aanschaf. Om het optimale resultaat uit het hoortoestel te kunnen halen wordt gekeken of de afstelling van het toestel nog adequaat is (aansluitend bij de 'leercurve' van de cliënt) en of er behoefte is aan aanvullende hoorhulpmiddelen. Ook wordt beoordeeld hoe veel het hoortoestel wordt gebruikt en of cliënt tevreden is.

Soms betekent dit dat stap 7 weer wordt doorlopen, een evaluatie met drie doelen:

- Is er reden om de afstelling van het toestel aan te passen
- Is er reden om het gebruik van aanvullende hulpmiddelen in overweging te nemen
- Zijn er andere oplossingsmogelijkheden (zoals spraakafzien) die de cliënt misschien in overweging moet gaan nemen?

Bij het nazorgbezoek worden de volgende gegevens vastgelegd:

- *het gebruik (zo mogelijk op basis van dataloggings)*
- *de tevredenheid op langere termijn*
- *eventueel uitgevoerde acties om de tevredenheid te verhogen zie het indicatieprotocol*

Voorbehouden handelingen

De hierna genoemde handelingen zijn (zonder mogelijkheid om deze te delegeren of over te laten aan een ander) voorbehouden aan de StAr geregistreerde audicien:

- het beoordelen van audiometrie en otoscopie bij de intake (hierbij dient opgemerkt dat de audiometrische en otoscopische metingen als zodanig, gedaan mogen worden door een niet-audicien onder voorwaarde dat deze persoon hiervoor aantoonbaar voldoende opgeleid is), het vaststellen van het risico op onbehandelde pathologie, het zo nodig doorverwijzen van de cliënt naar kno-arts of audioloog en het bespreken van de zorgvraag met de cliënt;
- het vaststellen van de eisen die aan een hulpmiddel moeten worden gesteld en het bespreken ervan met de cliënt;
- de selectie van een aan te meten hoortoestel en het verkrijgen van de instemming van de cliënt hiervoor;
- het aanmeten van het toestel en het verrichten van de eerste toestelinstellingen;
- het bewaken van mogelijk noodzakelijke aanvullende metingen tijdens de proefperiode en (van) het uitvoeren van noodzakelijke bijstellingen;
- de evaluatie van het resultaat van de aanpassing.

Elk van de hierboven genoemde voorbehouden handelingen wordt door de behandelende geregistreerde audicien uitgevoerd in aanwezigheid van en in directe samenspraak met de cliënt

Indicatieformat Lb.v. verstrekken van hoorhulpmiddelen in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Algemeen

- Geslacht
- Leeftijd
- Zorgverzekeraar
- Audiciens
- KNO-arts (indien betrokken bij de aanpassing)
- Audiologisch Centrum (indien betrokken bij de aanpassing)

Stap 2. De uitkomsten van de triage worden vastgelegd

- Soort audiologische triage: triage audiometrie of SAG test
- Uitslag audiologische triage: pluis / niet pluis
- Uitslag otologische triage: pluis / niet pluis
- Uitslag psycho-sociale triage : pluis / niet pluis
- Resultaten AIADH (pre) (directe invoer door cliënt)

Stap 3. De uitkomsten van het HRIU-profiel worden vastgelegd.

- Toonaudiogram R: luchtgeleidingsdrempels bij 250, 500, 1000, 2000, 4000 Hz
- Toonaudiogram R: beengeleidingsdrempels⁴ bij 250, 500, 1000, 2000, 4000 Hz
- Toonaudiogram L: luchtgeleidingsdrempels bij 250, 500, 1000, 2000, 4000 Hz
- Toonaudiogram L: beengeleidingsdrempels⁵ bij 250, 500, 1000, 2000, 4000 Hz

- Spraakaudiogram R: spraakverstaan bij 60 dB SPL (monosyllaben)
- Spraakaudiogram R: maximale discriminatiescore (monosyllaben)
- Spraakaudiogram R: spraakniveau waarbij een score van 50% wordt behaald
- Spraakaudiogram L: spraakverstaan bij 60 dB SPL (monosyllaben)
- Spraakaudiogram L: maximale discriminatiescore (monosyllaben)
- Spraakaudiogram L: spraakniveau waarbij een score van 50% wordt behaald

- optie: spraak in ruis R: SRT bij 60 dBA ruis (zinnen)
- optie: spraak in ruis R: SRT bij 80 dBA ruis (zinnen)
- optie: spraak in ruis L: SRT bij 60 dBA ruis (zinnen)
- optie: spraak in ruis L: SRT bij 80 dBA ruis (zinnen)

- resultaten AIADH (pre) (directe invoer cliënt, indien nog niet beschikbaar uit 2)

⁴ Bij gebruik van de SAG test kan worden volstaan met de SAG-som bij 1000 en 1500 Hz

Stap 6. Voor ieder hoortoestel dat op proef is gegeven wordt (per oor) vastgelegd:

- het NVAB-nummer
- de duur van de proefperiode vastgelegd
- (bij een mislukte proef) de reden van mislukking

- NVAB nummer van het toestel R
- NVAB nummer van het toestel L
- Duur van de proefperiode
- Succesvol ja/nee/twijfel
- Indien ja: vrije tekst voor toelichting

Stap 7. Voor het hoortoestel dat voor levering in aanmerking komt wordt (per oor) vastgelegd.

- het NVAB-nummer
- het aangemeten oor
- de resultaten van de evaluatiemetingen

- NVAB nummer van het toestel R
- NVAB nummer van het toestel L
- Duur van de totale proefperiode aantal weken van intake tot levering
- Succesvol ja/nee/twijfel
- Indien ja: vrije tekst voor toelichting
- "Aided" Toonaudiogram R⁵: vrije-veld drempels bij 250, 500, 1000, 2000, 4000 Hz
- "Aided" Toonaudiogram L⁶: vrije-veld drempels bij 250, 500, 1000, 2000, 4000 Hz
- "Aided" Spraakverstaan R+L: spraakverstaan bij 60 dB SPL (monosyllaben)
- "Aided" Spraakverstaan R+L: spraakverstaan bij 70 dB SPL (monosyllaben)
- optie: spraak in ruis R + L: SRT bij 60 dBA ruis (zinnen)- optie: spraak in ruis R + L: SRT bij 70 dBA ruis (zinnen)
- resultaten AIADH (post) (directe invoer cliënt)

Stap 8. Bij het nazorgbezoek worden de volgende gegevens vastgelegd:

- het gebruik (zo mogelijk op basis van datalogging)
- de tevredenheid op langere termijn
- eventueel uitgevoerde acties om de tevredenheid te verhogen

- gebruik toestel R schatting in uren per dag
- gebruik toestel L schatting in uren per dag
- tevredenheid
- nazorg acties vrije tekst voor toelichting

⁵ Met linker hoortoestel uitgeschakeld. Er komt ook een optie voor insertion gain waarden bij deze frequenties
⁶ Met rechter hoortoestel uitgeschakeld. Er komt ook een optie voor insertion gain waarden bij deze frequenties

Bijlage 4



Rapport

Functioneren van het Protocol Hoorzorg

Platform for Audiological Clinical Testing – PACT
p/a Postbus 222
3500 AE Utrecht

Opdrachtgever: Zorginstituut Nederland

Eindrapport, 3 maart 2015

Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding.....	4
1.1 Achtergrond.....	4
1.2 Vraagstelling en beknopte aanpak	4
1.3 Reikwijdte van de uitkomsten	5
2 Protocol Hoorzorg – beschrijving en achtergronden	6
2.1 Hoorzorg in Nederland in het kort.....	6
2.2 Beschrijving Protocol Hoorzorg	6
2.3 Wijzigingen in vergoedingssystematiek	8
2.4 Implementatie en functioneren protocol na 1 januari 2013.....	8
3 Aanpak van het onderzoek.....	10
3.1 Fase 1 – Selectie van de deelnemers.....	10
3.2 Fase 2 – dossieronderzoek	11
3.3 Fase 3 – Diepte-interviews	11
3.4 Fase 4 – Second opinions.....	12
4 Resultaten	14
4.1 Deelnemers.....	14
4.2 Dossieronderzoek	15
4.3 Diepte-interviews.....	16
4.4 Second opinions.....	20
5 Discussie.....	22
5.1 Dossieronderzoeken en diepte-interviews	22
5.2 Betekenis van de second opinions	23
5.3 Functioneren van het Protocol Hoorzorg	24
6 Samenvatting en conclusies.....	27
Referenties.....	29
Bijlage 1 – Tekst email uitnodiging deelname onderzoek	30
Bijlage 2 – Brief Zorginstituut Nederland.....	32
Bijlage 3 – Vragenlijst gebruikt bij de diepte-interviews.....	34
Bijlage 4 – Leidraad bij de second opinion op het AC.....	37

Samenvatting

Doelstelling. Dit onderzoek beoogt beter inzicht te krijgen in de werking van het Protocol Hoorzorg dat sinds 1 januari 2013 van kracht is. Op basis van klachten over de hoorzorg is onderzocht of het protocol aanleiding kan zijn tot onvoldoende functioneren van cliënten/verzekerden met de geadviseerde of verstrekte hoortoestellen.

Aanpak. Ruim 200 cliënten/verzekerden die klachten hebben gemeld bij de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) zijn benaderd voor dit onderzoek. Daarvan hebben 60 mensen deelgenomen. Van de deelnemers zijn, met hun toestemming, dossiers opgevraagd bij audiciens, audiologische centra en zorgverzekeraars. Op basis van de klachten en het dossieronderzoek zijn bij 36 mensen diepte-interviews gehouden. Bij 7 mensen die aangaven niet goed te kunnen functioneren met het verstrekte hoortoestel is een second opinion uitgevoerd op een audiologisch centrum.

Resultaten. De meest genoemde klachten betreffen onvoldoende kunnen functioneren met het aangeboden hoortoestel, de beperkte keuze uit hoortoestellen of het niet kunnen krijgen van het gewenste hoortoestel. Daarnaast waren er ook veel klachten over vergoedingen en het niet mogen bijbetalen (klachten die formeel niet met het protocol van doen hebben). Uit dossieronderzoek en interviews blijkt dat in grote lijnen gewerkt wordt volgens het Protocol Hoorzorg. Echter, gegevens over de Amsterdamse Vragenlijst (ALV, pre- en post) en de uitslagen zijn niet altijd terug te vinden in de dossiers. Er is geen uniforme aanpak gebleken voor het indelen van cliënten in een categorie voor de compensatiebehoefte. D.w.z. het is onduidelijk hoe de categorieën zijn afgeleid van scores op de AVL en andere cliëntgegevens. Er worden ook hoortoestellen aangeboden van een hogere categorie of een buitencategorie, maar daarbij is er bij de cliënt regelmatig onduidelijkheid over de mogelijkheden van een extra zorgaanvraag of een second opinion bij een audiologisch centrum. Bij de second opinions is in enkele gevallen een andere indicatie gesteld, een gevolg van het feit dat niet altijd goed gebruik is gemaakt van alle mogelijkheden binnen het protocol.

Conclusies. Er zijn geen aanwijzingen gevonden voor onjuiste indicaties of interventies die het gevolg zijn van de systematiek van het Protocol Hoorzorg. Wel zijn er aanwijzingen voor een verkeerd of onvolledig gebruik ervan, waardoor een onjuiste indicatie of interventie kan optreden. Onjuiste indicatie is niet eenduidig te koppelen aan een specifieke klacht, specifieke groep cliënten of aan een bepaalde hoorproblematiek. Onjuiste interventie leidt in veel gevallen tot het aanbieden van hoortoestellen uit een hogere (duurdere) categorie. Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van de mogelijkheden van een extra zorgvraag en verwijzing naar een AC, voor nader onderzoek of second opinion. Ook bij juiste interventie (volgens indicatie) wordt niet altijd het meest passende hoortoestel aangeboden, mede als gevolg van het beperkte keuze-aanbod bij audiciens van toestellen in het verzekerde assortiment.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Sinds 1 januari 2013 is de functiegerichte aanspraak voor hoorhulpmiddelen van kracht op basis van een herziening van de Regeling Zorgverzekering. Door deze herziening sluit de Regeling Hulpmiddelen aan bij de functiegerichte omschrijving van rechten en aanspraken zoals die eerder waren uitgewerkt in de Zorgverzekeringswet en het Besluit Zorgverzekering. In de toelichting bij de Regeling Zorgverzekering is het volgende te lezen: "Om te komen tot een transparante invulling is het aan de Zorgverzekeraars om de uiteindelijk te verstrekken hulpmiddelenzorg het eindresultaat te laten zijn van een geprotocolleerde vertaling van een diagnose en indicatie in concrete voorzieningen". Voor de hoorhulpmiddelen heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het Protocol Hoorzorg ingesteld waarbij de hoorzorgvraag protocollair in kaart wordt gebracht en wordt vertaald naar een indicatie voor een hoorhulpmiddel. Het komt neer op een keuze van een adequate oplossing voor verzekerden met gehoorproblemen in de vorm van een bepaalde categorie hoortoestel. Zowel zorgvragen als hoortoestellen kunnen in 5 categorieën worden ingedeeld, van eenvoudig (categorie 1) tot complex (categorie 5). Het uitgangspunt is dat er binnen iedere categorie voldoende keuzevrijheid behoort te zijn om tegemoet te komen aan individuele wensen, wat betreft het functioneren in verschillende situaties, maar ook bijvoorbeeld ten aanzien van cosmetische aspecten of ten aanzien van bedienbaarheid.

Er is echter kritiek op het protocol. In opdracht van Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft Stichting PACT onderzoek gedaan naar het functioneren van het Protocol Hoorzorg. In het bijzonder richt dit onderzoek zich op de oorzaak van klachten over de hoorzorg. Hiervoor zijn klachten onderzocht die sinds februari 2013 bij een meldpunt van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS)¹ zijn binnengekomen.

Onderhavig onderzoek van PACT heeft een andere insteek dan een recente studie van het AMC naar de effecten van de invoering van het protocol (Brons en Dreschler, 2014). Het AMC-onderzoek beoogde vast te stellen of behoud van kwaliteit tegen lagere kosten is behaald. Daarbij is in beperkte mate gekeken naar het aanpastraject, met o.a. vragen over aantallen hoortoestellen in de proefperiode en keuze uit toestellen. Met dit PACT-onderzoek gaan we dieper in op het protocol zelf om antwoord te kunnen geven op de vraag of en welke negatieve ervaringen met het protocol, zoals door slechthorenden geuit bij de NVVS, hun grond hebben in het protocol.

1.2 Vraagstelling en beknopte aanpak

De hoofdvraag die wordt onderzocht is of het gebruik van het protocol aanleiding kan zijn tot onvoldoende functioneren van de verzekerde met het geadviseerde dan wel verstrekte hoortoestel. Op basis van klachten die zijn ontvangen door de NVVS hebben we daarbij specifiek gekeken naar de volgende deelvragen :

1. Bij welke klachten is er sprake van onjuiste indicatie of interventie?
2. Als er sprake is van onjuiste indicatie of interventie ligt dan de oorzaak

¹ Met ingang van 2015 vormen NVVS, FOSS en SH-Jong een federatie onder de naam Stichting Hoormij. In de periode waarover klachten zijn verzameld bestond die federatie nog niet; daarom houden we het in dit rapport bij de NVVS.

- a. bij het protocol zelf (in de systematiek) of
 - b. bij onjuiste toepassing van het protocol?
3. Als er groepen zijn die niet binnen het protocol passen
- a. zijn die te identificeren (als groep) en
 - b. hoe zijn deze groepen behandeld?

In dit rapport wordt verslag gedaan van het onderzoek. We gaan in hoofdstuk 2 allereerst in op het protocol en de invulling daarvan – met focus op audicien, audiologisch centrum en zorgverzekeraar. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 de onderzoeksaanpak in een aantal fasen met de selectie van klachten, de dossieronderzoeken, de diepte-interviews met cliënten/verzekerden en de second opinions op audiologische centra. De resultaten van de verschillende fasen worden in hoofdstuk 4 gepresenteerd en in hoofdstuk 5 besproken in het licht van de vraagstelling. Tenslotte formuleren we de conclusies in hoofdstuk 6.

1.3 Reikwijdte van de uitkomsten

PACT heeft het onderzoek uitgevoerd in de wetenschap dat het om een belangrijke vraag gaat, namelijk het functioneren van het protocol. De opzet is die van een (grotendeels) kwalitatief onderzoek. Wij zijn ons ervan bewust dat de klachten van cliënten/verzekerden het uitgangspunt zijn, en die zijn per definitie subjectief. We hebben dit waar mogelijk getoetst aan de objectieve gegevens uit de dossiers om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen. We zijn ons er ook van bewust dat we te maken hebben met een selectie van cliënten/verzekerden die klachten hebben geuit; het is dus geen statistisch aselechte steekproef uit de volledige groep mensen die sinds januari 2013 hoorzorg hebben gekregen. Bovendien hebben we te maken met kleine aantallen. Van de paar honderd mensen die een klacht bij de NVVS hebben ingediend, zijn uiteindelijk enkele tientallen betrokken in dit onderzoek. Met een totaal van zo'n 250.000 cliënten sinds de start van het protocol (opgave GAIN; zie Van Pageé, 2014) hebben we het met deze klachten dus over fracties van procenten.

Dit zet de uitkomsten in een bepaald perspectief. Betekent het dat we a priori kunnen stellen dat er nauwelijks geklaagd wordt door de cliënten/verzekerden? Dat de overgrote meerderheid dus tevreden is? Of dat veel hoortoestelgebruikers onwetend zijn over de mogelijkheid een klacht te melden? Een andere mogelijkheid is dat mensen die ontevreden zijn hun klacht niet melden op de website van de NVVS, omdat dit niet direct bijdraagt tot verbetering van hun eigen situatie. Het is van belang om aan te geven dat dergelijke vragen (kunnen) spelen en dat daarom is gekozen voor een *kwalitatief* onderzoek. Juist door systematisch te inventariseren en te rubriceren welke klachten er zijn, proberen we inzicht te krijgen. Waar gaat het goed, waar niet, waarom, en zijn er aanknopingspunten om tot verbetering te komen? In dat licht zien wij de meerwaarde van dit onderzoek en we zullen de uitkomsten langs die lijn interpreteren.

In dit rapport zullen ervaringen van mensen en feitelijke (dossier)gegevens gerapporteerd worden. We zullen terughoudend zijn om resultaten te presenteren in de vorm van 'harde' cijfers of percentages, omdat ze gebaseerd kunnen zijn op enkele waarnemingen. We willen voorkomen dat buiten die context door ons genoemde percentages een eigen leven gaan leiden. Voor het overzichtelijk presenteren van gegevens zullen we in bepaalde gevallen wel gebruik maken van tabellen met cijfermateriaal.

2 Protocol Hoorzorg – beschrijving en achtergronden

Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen de inhoud van het Protocol Hoorzorg (zie 2.2). Bij klachten over het protocol blijkt vaak dat het protocol niet los is te zien van hoe de zorg voor personen met hoorproblemen is georganiseerd en inhoudelijk wordt uitgevoerd. Daarom wordt vooraf in paragraaf 2.1 een korte schets gegeven van de inrichting en inhoud van de hoorzorg in Nederland. Tegelijk met de invoering van het Protocol Hoorzorg zijn er wijzigingen in de wijze van vergoeding van hoorhulpmiddelen doorgevoerd. Hieraan wordt aandacht gegeven in paragraaf 2.3. In paragraaf 2.4 komt aan de orde hoe het protocol na 1 januari 2013 is geïmplementeerd en heeft gefunctioneerd.

2.1 Hoorzorg in Nederland in het kort

Als een persoon hoorklachten heeft, kan die bij verschillende deskundigen terecht: de huisarts, de KNO-arts, de klinisch fysicus-audioloog of de audicien. In het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH) is afgesproken wanneer welke deskundige betrokken hoort te zijn bij bepaalde hoorklachten. Deze criteria zijn vastgelegd in de Veldnorm Hoortoestelverstrekking 2013 en het NOAH-4 Protocol Hoortoestelaanpassing 2013 (NOAH, 2013). De afspraken volgens het NOAH-protocol leiden er in veel gevallen toe dat de meeste verzekerden met hoorklachten volledig door de audicien geholpen kunnen worden. Maar in andere gevallen kan het voorkomen dat een cliënt meerdere keren doorverwezen wordt. Dat dient de zorgvuldigheid, maar tevens wordt het traject van hoorzorg hierdoor complexer en langduriger. Dit kan een rol spelen in de klachten die bij de NVVS binnengekomen zijn.

Een andere mogelijkheid is dat het zorgtraject niet is verlopen volgens het NOAH-protocol. Dit kan vervelende consequenties hebben, zoals het ontbreken van een juiste diagnose, het hebben van te hoge verwachtingen van de mogelijkheden van hoorhulpmiddelen of het ontbreken van de expertise bij de aanschaf van hoortoestellen passend bij de hoorproblemen. Hoortoestellen zijn immers geen gebruiksklare apparaten, maar dienen deskundig gekozen en ingesteld te worden.

Zowel in de NOAH-veldnorm als in het NOAH-protocol is opgenomen dat een second opinion bij een audiologisch centrum (AC) dient plaats te vinden als een hoortoestelaanpassing via een ander traject niet succesvol afgesloten kan worden binnen 3 maanden.

2.2 Beschrijving Protocol Hoorzorg

Het Protocol Hoorzorg is gepubliceerd op de website van Zorgverzekeraars Nederland (ZN, 2013 a, b) en ook beschreven in de vakliteratuur (Groen, 2013). Het protocol beschrijft 8 stappen om te komen tot de levering van een hoorhulpmiddel:

- Stap 1 Probleem signaleren en triage
- Stap 2 Zorgvraag formuleren
- Stap 3 Zorgplan maken: Oplossingsrichting en programma van eisen
- Stap 4 Selecteren
- Stap 5 Instellen en instrueren
- Stap 6 Proefgebruik
- Stap 7 Evalueren
- Stap 8 Leveren hoorhulpmiddel en maken afspraken over nazorg

Deze stappen zijn in overeenstemming met reeds eerder opgestelde documenten over de hoorzorg (NOAH, 2013) en hulpmiddelenzorg (CG-Raad, 2010). De kern van het protocol betreft de stappen 3 en 4. Bij stap 3 wordt met de cliënt gezocht naar een oplossingsrichting door de inzet van hoorhulpmiddelen op basis van de functioneringsproblemen, de prognose, het gewenste activiteitenpatroon en de gebruiksomstandigheden (gunstige en ongunstige omstandigheden voor het gebruik van hulpmiddelen). Om dit te kwantificeren wordt gebruik gemaakt van een vragenlijst, de Amsterdamse Vragenlijst (AVL) en van aanvullende vragen over het vaak vóórkomen van complexe situaties.² De scores op deze vragenlijsten geven samen met de uitkomsten van toon- en spraakaudiometrie een indicatie van de hoorproblemen in zes dimensies:

1. Horen / detectie / audibility
2. Spraakverstaan in stilte
3. Spraakverstaan in ruis
4. Lokaliseren / centrale verwerking
5. Focus / aandacht / cognitie / discriminatie
6. Ruistolerantie / vermoeidheid

Voor de eerste drie factoren van het profiel worden twee schattingen van de complexiteit verkregen, eenmaal vanuit de objectieve testen en eenmaal vanuit de AVL voor de situatie zonder hoortoestel(len). De laatste schatting is dus alleen beschikbaar voor eerste gebruikers. Voor de laatste drie factoren van het profiel is de schatting alleen op basis van de AVL (met enkele aanvullende vragen). Het verschil tussen de situatie voorafgaand aan de aanpassing en de ingeschatte situatie na aanpassing wordt de compensatiebehoefte van de betrokken cliënt genoemd. Deze wordt per dimensie bepaald. Op basis van de compensatiebehoefte per dimensie wordt een totaalscore berekend die de compensatiebehoefte weergeeft. Deze compensatiebehoefte correspondeert met de complexiteit van het hoortoestel dat als adequaat wordt beschouwd. De compensatiebehoefte score wordt ingedeeld in één van de vijf vastgestelde categorieën. Personen met een lage compensatiebehoefte komen in categorie 1 en die met de hoogste compensatiebehoefte in categorie 5.

In stap 4 wordt een hoortoestel geselecteerd dat past bij de compensatiebehoefte-categorie waarin een cliënt is ingedeeld. Hoortoestellen zijn ook ingedeeld in 5 categorieën, waarbij hoortoestellen met de meeste en meest geavanceerde features volgens een puntensysteem in de hoogste categorie terechtkomen. Welke hoortoestellen in welke klasse zijn ingedeeld is vastgelegd in een door ZN opgezette landelijk database (www.hoortoestellendatabase.nl). Deze database is alleen toegankelijk voor audiciens, audiologische centra, zorgverzekeraars en hoortoestelfabrikanten / -importeurs.

Bij de evaluatie in stap 7 wordt de AVL nogmaals ingevuld om te beoordelen of de gewenste en haalbare eindsituatie met de geprobeerde hoortoestellen bereikt wordt. Zo niet, dan wordt in eerste instantie een ander hoortoestel uit dezelfde categorie en in tweede instantie een hoortoestel uit een hogere categorie geprobeerd. Vergoeding voor een hoortoestel uit een hogere categorie is mogelijk op basis van een "extra zorgvraag", een gemotiveerde aanvraag voor vergoeding van een hoortoestel uit een hogere categorie door de audicien en of klinisch fysicus - audioloog.

² De AVL is ontstaan uit de Amsterdam Inventory of Auditory Disability and Handicap (AIADH), in iets gewijzigde vorm ook bekend als de Amsterdamse Vragenlijst voor Auditieve Beperkingen (AVAB).

Het Protocol Hoorzorg is geïntroduceerd als een eerste versie, die doorontwikkeld zal worden op basis van analyse van data die tijdens toepassing van het protocol verzameld kunnen worden.

2.3 Wijzigingen in vergoedingssystematiek

Gelijktijdig met de invoering van de functiegerichte aanspraak op hoorhulpmiddelen is ook de vergoedingssystematiek gewijzigd. Voorheen was er sprake van een vast bedrag per hulpmiddel dat voor volwassenen oplopend was naarmate de vervangingsperiode langer dan 5 jaar was. In de nieuwe systematiek heeft een verzekerde recht op vergoeding van 75% van de kosten van hoortoestellen volgens de Regeling Zorgverzekering, voor zover er sprake is van een revalideerbaar oor met ten minste een verlies van 35 dB of ernstig oorsuizen. De te volgen procedures voor de aanvraag van de vergoeding zijn niet voor ieder hoortoestel gelijk. Deze procedures zijn onderdeel van het Protocol Hoorzorg en zorgen voor sturing in de keuze van een hoortoestel. Een andere mogelijkheid is om een beroep te doen op restitutie.

Binnen de procedures van het Protocol Hoorzorg wordt gewerkt met toestellen die voorkomen in de online hoortoestellendatabase. Of een toestel in die database voorkomt wordt bepaald door de hoortoestelfabrikant/-importeur. Ook wordt er sterker dan voorheen gewerkt met contracten tussen zorgverzekeraars en audiciens. In deze contracten is onder meer afgesproken tegen welke kosten hoortoestellen uit een bepaalde categorie geleverd worden en met welke service van de audiciens. Veel audiciens hebben niet met alle verzekeraars contracten. En binnen de contracten leveren audiciens ook niet alle hoortoestellen uit een categorie. Ook komt het voor dat slechthorenden/verzekerden om wat voor reden dan ook (uiteindelijk) geen beroep doen op hun zorgverzekering en de hoortoestellen volledig zelf bekostigen.

2.4 Implementatie en functioneren protocol na 1 januari 2013

De implementatie van het keuze Protocol Hoorzorg zou in de eerste helft van 2013 ondersteund worden door een te ontwikkelen web-based hoorportaal. Door vragen in dit hoorportaal te beantwoorden en gegevens in te voeren moest de klasse van de compensatiebehoefte worden vastgesteld. Tegelijkertijd zou op deze manier de systematische dataverzameling voor doorontwikkeling van het protocol gewaarborgd zijn. Echter, door problemen van verschillende aard is dit web-based hoorportaal er tot op heden niet gekomen. Dit heeft ertoe geleid dat het protocol niet volledig is gaan functioneren zoals het was beoogd en dat de beoogde doorontwikkeling op basis van verzamelde data niet van de grond kon komen.

In de huidige situatie vragen audiciens hun cliënten wel om de AVL in te vullen bij het maken van het zorgplan. Zorgverzekeraars kunnen hierop ook controleren. Navraag bij verschillende audiciensbedrijven leerde dat er echter geen systematische, protocollaire omzetting van de scores naar een klasse plaatsvindt. De scores van de vragenlijst worden door de audiciens wel in hun professionele oordeel meegewogen bij het bepalen van de klasse, maar in dit oordeel spelen ook andere factoren mee, zoals het audiogram, wensen van de cliënt en financiële aspecten. Er is onder audiciens geen sprake van een uniforme werkwijze. In een recent position statement stelt AudiNed, de beroepsvereniging van

audiciens, dat de audicien nooit de benodigde kennis tot zich heeft kunnen nemen, om de ingevulde AVL te interpreteren en te komen tot een correcte indeling van de slechthorende in de categorie waaruit het hoortoestel gekozen dient te worden (AudiNed, 2014).

Klinisch fysici-audiologen zien conform het NOAH-protocol voor het merendeel bijzondere patiëntgroepen, waarvoor het protocol minder goed toegepast kan worden. Voor de bijzondere doelgroepen is afgesproken dat de klinisch fysici-audiologen het prerogatief hebben om een functiegericht advies te geven op basis van hun eigen richtlijnen en professioneel oordeel en dat dit advies zonder consequenties kan worden opgevolgd door de audicien. Het gekozen toestel dient echter wel geclassificeerd te zijn of er moet een extra zorgaanvraag worden gedaan door de klinisch fysicus-audioloog. Maar ook voor patiënten waarbij de hoortoestelcategorie wel volgens het hoorprotocol bepaald zou kunnen worden, berust, bij het ontbreken van een duidelijke implementatie van de AVL, de keuze van de categorie op het professioneel oordeel van de klinisch fysicus-audioloog. KNO-artsen schrijven open recepten en laten de verdere selectie van hoortoestellen over aan de audicien.

Hoortoestelfabrikanten/-importeurs bieden niet alle hoortoestellen aan voor classificatie en opname in de hoortoestellendatabase. Vooral nieuwere, geavanceerde toestellen, vaak gepositioneerd aan de bovenkant van de markt, worden in eerste instantie buiten de hoortoestellendatabase gehouden. Audiciens bieden deze toestellen wel aan onder de officieuze omschrijving "categorie 6" of "buitencategorie" hoortoestellen.

3 Aanpak van het onderzoek

Het onderzoek is in verschillende fasen opgezet en uitgevoerd. Allereerst zijn relevante klachten geselecteerd en mensen benaderd met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens is, na hun toestemming, dossieronderzoek gedaan, zijn diepte-interviews afgenomen en in voorkomende gevallen second opinions uitgevoerd.

3.1 Fase 1 – Selectie van de deelnemers

Bij de NVVS zijn verschillende klachten binnengekomen via een speciaal meldpunt (www.hoorwijzer.nl/meldformulier.html). De klachten die mensen kunnen indienen zijn in te delen in verschillende typen, variërend van onduidelijke voorlichting, issues m.b.t. keuzen per verzekeraar en gebruik van het systeem/protocol. Voor dit onderzoek hebben we alleen gekeken naar klachten die relevant zijn m.b.t. het functioneren van het protocol. Deze klachten zijn geclassificeerd als verkeerd gebruik, beperkingen en fouten van het systeem. In Tabel 1 zijn de klachten weergegeven in de bewoordingen zoals gebruikt op het meldpunt.

Tabel 1. Overzicht van de klachten die zijn betrokken in het onderzoek, zoals geformuleerd op het meldpunt van de NVVS. Indeling naar typen (1, 2, 3) is gemaakt voor dit rapport.

1	Verkeerd gebruik van het systeem
1a	Ik twijfel aan het volgen van het protocol door de audicien
1b	Ik ben in een te lage categorie ingedeeld
1c	Met het aangeboden hoortoestel kan ik onvoldoende functioneren
1d	Ik kan uit te weinig hoortoestellen kiezen
2	Beperkingen van het systeem
2a	Ik krijg niet het toestel dat ik wil
2b	Ik mag niet bijbetalen
2c	Ik moet teveel bijbetalen
3	Fouten van het systeem
3a	Mijn audicien levert geen hoortoestellen voor de categorie waarin ik ben ingedeeld

Het was mogelijk om meerdere klachten aan te vinken. Daarnaast kon een korte toelichting worden gegeven en is gevraagd naar de audicien (winkel), zorgverzekeraar, KNO-afdeling en audiologisch of diagnostisch centrum. Verder is gevraagd naar de categorie waar de indiener als slechthorende is ingedeeld en de leeftijdsgroep (0-18, 18-67, 68 of ouder). Er is bij de melding is niet geregistreerd of men al eerder (een) hoortoestel(len) had of dat het om een eerste verstrekking ging.

In dit onderzoek hebben we meldingen betrokken die tussen 1 februari 2013 en 1 september 2014 zijn geregistreerd. Over die periode zijn er enkele honderden klachten bij de NVVS binnengekomen, maar we hebben, zoals gezegd, alleen gekeken naar klachten genoemd in Tabel 1. Op 11 september 2014 zijn door de NVVS e-mails gestuurd naar 219 mensen die (een) klacht(en) hadden ingediend met uitleg over het PACT-onderzoek en het verzoek om hieraan mee te doen. Mensen kregen tot 11 oktober – dus een maand lang – de tijd om te reageren.

3.2 Fase 2 – dossieronderzoek

Bij het opvragen van de dossiers hebben we ons beperkt tot de audiciens, audiologische centra (indien van toepassing) en zorgverzekeraars. Bij KNO-artsen hebben we niet om dossiers gevraagd, aangezien deze niet direct in het protocol zijn betrokken (uiteeraard wel in de Veldnorm en NOAH-4; zie NOAH, 2013). Vanaf eind september 2014 zijn de dossierhouders per e-mail benaderd met het verzoek gegevens te verstrekken van hun cliënt/verzekerde. Het verzoek was neutraal gesteld, zonder te melden wat de betreffende klachten waren. Het ging vergezeld van document met een verklaring van de cliënt/verzekerde (Bijlage 1) waarin toestemming werd gegeven om het dossier door PACT op te vragen en van een brief van ZiNL (Bijlage 2) met informatie over het belang van het onderzoek. We hebben in ons verzoek aangegeven dat het uitdrukkelijk ging om alleen die onderdelen die te maken hadden met het Protocol Hoorzorg vanaf januari 2013.

Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, wordt de AVL gezien als een belangrijk onderdeel van het protocol. Volgens het protocol moet de AVL worden afgenomen bij de triage (de pre-AVL) en in de evaluatie na succesvolle afronding van de proefperiode met het aangeboden hoortoestel (de post-AVL). De uitkomsten van de pre-AVL zijn voor het belangrijkste deel bepalend voor de categorie van het voor een proef te kiezen hoortoestel. Naast aanwezigheid van standaard toon- en spraakaudiometrie in de dossiers hebben we het volgende getoetst:

- Is de pre-AVL ingevuld?
- Is er een somscore van de ingevulde AVL gemaakt om de categorie te bepalen?
- Zijn er aanvullende overwegingen geweest om tot een categorie te komen (bijvoorbeeld bij herhaalaanpassing of op basis van bijzondere omstandigheden van de cliënt)?
- Indien het antwoord op een of meer van bovenstaande vragen 'nee' is, wat is er dan gedaan om tot een categorie te komen?
- Is er een post-AVL ingevuld na succesvolle afronding van de proefperiode?

De klachten van de deelnemers hebben we proberen te relateren aan de informatie uit de dossiers. Op die manier wilden we de ervaring/beleving van de mensen (subjectief) afzetten tegen de feitelijke gegevens (objectief).

3.3 Fase 3 – Diepte-interviews

Op basis van een combinatie van klachten en resultaten van het dossieronderzoek zijn mensen benaderd voor een diepte-interview. Een lijst met relevante vragen voor alle interviewkandidaten is opgesteld als basis voor elk persoonlijk interview (zie hieronder). Daarin was aandacht voor voorlichting over het protocol, de wijze van afnemen van hoortesten en vragenlijst, tevredenheid met de geboden oplossing, het (on)voldoende kunnen functioneren met het aangeboden hoortoestel en of er sprake was van een bijzondere zorgvraag of omstandigheden. Tijdens het interview was er ook ruimte voor onderwerpen die de geïnterviewden zelf aandroegen. Waar nodig kregen de geïnterviewden de beschikking over solo-apparatuur of een schrijf- of gebarentolk.

Voor de selectie van geschikte kandidaten voor de diepte-interviews is in eerste instantie gekeken naar klachten gerelateerd aan verkeerd gebruik van het systeem. Daarbij hebben we klacht 1c (onvoldoende kunnen functioneren) leidend gemaakt, aangevuld met 1a (twijfel over volgen protocol) en 1b (te lage categorie). Deze zijn aangevuld met klachten 1d (te

weinig keuze) en 2a (niet wat ik wil), gerelateerd aan beperkingen van het systeem c.q. de mismatch tussen protocol en wat de audiciens kan bieden. Tenslotte hebben we ook klacht 3a betrokken, gerelateerd aan fouten van het systeem.

Voor het afnemen van de interviews zijn de volgende punten nagegaan:

- *Informatievoorziening*: Is men tijdens het intakegesprek door de audiciens geïnformeerd over het protocol en de hoortoestelkeuze, incl. de werking van het vergoedingensysteem?
- *Oplossingsrichting*: Is de pre-AVL afgenomen, is audiometrie uitgevoerd en is op basis van deze gegevens de categorie voor compensatiebehoefte bepaald?
- *Selecteren*: Op welke manier heeft de selectie van een geschikt hoortoestel plaatsgevonden?
- *Instellen, instrueren en proefgebruik*: Is het hoortoestel ingesteld en heeft de cliënt een of meer proefperiodes mogen uitvoeren om tot een weloverwogen beslissing te kunnen komen?
- *Evaluatie en levering hoortoestel*: Heeft er een evaluatie – waaronder post-AVL – plaatsgevonden en hoe heeft de aanschaf en betaling (incl. eventuele vergoeding) plaatsgevonden?

Aan het einde van het interview zijn nog drie open vragen voorgelegd, waarmee de deelnemers de kans kregen om de volgende informatie te verstrekken:

1. Zaken m.b.t. de uitvoering van het Protocol Hoorzorg waarover zij *tevreden* waren.
2. Zaken m.b.t. de uitvoering van het Protocol Hoorzorg waarover zij *ontevreden* waren.
3. Zaken m.b.t. de uitvoering van het Protocol Hoorzorg die zij graag *anders* zouden zien.

De complete vragenlijst is opgenomen in Bijlage 3.

Doelstelling was om te komen tot gevalideerde beantwoording van de (deel)vragen over het protocol, de toepassing daarvan en of de geïnterviewde tot een bijzondere patiëntgroep behoort. Daarnaast is op grond van het interview bepaald of er reden was om een second opinion uit te laten voeren.

3.4 Fase 4 – Second opinions

Als uit de vorige fasen is gebleken dat de cliënt/verzekerde niet goed kan functioneren met het aangeboden hoortoestel, werd hij/zij uitgenodigd voor een second opinion op een AC. Daarbij moest komen vast te staan in welke categorie men zou worden ingedeeld, of dit gelijk was aan de eerder geïndiceerde patiëntcategorie, of het geleverde hoortoestel in de juiste categorie viel (uit de ZN-database van hoortoestellen) en ook of het passend was bij de gehoorbeperking.

Wanneer men al eerder op een AC was geweest voor indicatie of interventie m.b.t. het geleverde hoortoestel, dan werd de second opinion op een ander AC uitgevoerd. De second opinion betrof een uitgebreid onderzoek van ca. 2 uur, met de volgende invulling:

- Uitgebreide anamnese.

- Toon- en spraakaudiogram. Spraakaudiogram met hoortoestellen per oor en binauraal volgens de NVKF-richtlijn³ "Hoorrevalidatie volwassenen". Metingen met hoortoestelinstellingen zoals de cliënt die had bij binnenkomst.
- Real Ear Metingen met bestaande hoortoestelinstellingen.
- Nagaan instellingen hoortoestellen en waar nodig bijstellen.
- Indien bijgesteld: opnieuw Spraak met hoortoestellen en Real Ear Metingen.
- Spraak-in-ruis met hoortoestellen (met eventueel geoptimaliseerde instelling), binauraal.
- Eindgesprek met klinisch fysisch-audioloog; waar nodig met aanvullende adviezen, bijvoorbeeld over overige hulpmiddelen.

De second opinions hebben plaats gehad op vier verschillende AC's verspreid over het land in december 2014 en januari 2015. De leidraad met vragen die daarbij is gebruikt is te vinden in Bijlage 4.

³ NVKF = Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica, de beroepsvereniging van o.a. klinisch fysici-audiologen.

4 Resultaten

4.1 Deelnemers

Van de 219 door de NVVS verstuurd emails zijn er 203 daadwerkelijk ontvangen (d.w.z. niet onbezorgbaar teruggekomen). In de periode tussen 11 september en 11 oktober 2014 hebben zich 60 mensen als deelnemers, eventueel na een herinneringsmail, aangemeld voor het onderzoek. Deze 60 personen hebben hun gegevens verstrekt en toestemming gegeven aan PACT om dossiers op te vragen bij audicien, audiologisch centrum en/of verzekeraar. Alle deelnemers op één na wilden hun klacht(en) toelichten in een persoonlijk gesprek (diepte-interview).

Uit door de NVVS aangeleverde gegevens is een beknopte statistiek van de deelnemers verzameld m.b.t. geslacht, leeftijd en categorie van het geïndiceerde hoortoestel (Tabel 2). Opvallend is dat de meerderheid van de respondenten de categorie niet weet of niet heeft opgegeven bij het meldpunt.

Tabel 2. Beknopte gegevens van de 60 deelnemers, volgens eigen opgave en verzameld door de NVVS; n.b. = niet bekend of niet opgegeven.

Geslacht	man	vrouw				
	36	24				
Leeftijd	< 18	19-67	68+	n.b.		
	0	32	18	10		
Categorie	c1	c2	c3	c4	c5	n.b.
	1	0	5	8	14	32

Inventarisatie van de klachten

In totaal hebben de 60 deelnemers 130 klachten bij het meldpunt van de NVVS ingediend. Tabel 3 geeft een overzicht van de verschillende klachten volgens de eerder genoemde typen.

Tabel 3. Overzicht van aantallen malen dat klachten zijn benoemd door de deelnemers.

Genoemde klacht	Aantal
1 Verkeerd gebruik van het systeem	
1a Twijfel volgen protocol	3
1b In te lage categorie ingedeeld	5
1c Onvoldoende functioneren met aangeboden hoortoestel	25
1d Keuze uit te weinig hoortoestellen	20
2 Beperkingen van het systeem	
2a Krijg niet gewenste hoortoestel	31
2b Mag niet bijbetalen	18
2c Moet teveel bijbetalen	19
3 Fouten van het systeem	
3a Geen hoortoestellen voor ingedeelde categorie	9

Klachten van het type 1d, 2a, 2b en 2c hebben niet alleen met het protocol te maken, maar ook met de contractafspraken die audiciens en zorgverzekeraars hebben gemaakt.

De meeste deelnemers hebben bij hun klachtmelding(en) ook een toelichting gegeven. Die toelichtingen gingen vaak over de kosten, vergoeding van de verzekeraar of de beperkte keuze aan hoortoestellen binnen de geïndiceerde categorie.

4.2 Dossieronderzoek

De periode van verzamelen van de dossiers begon in de tweede helft van september en duurde 7-8 weken. Bij audiciens en zorgverzekeraars is regelmatig extra toelichting gegeven op het verzoek en zijn duidelijke afspraken gemaakt over het gebruik van de gegevens en de omgang met privacygevoelige informatie. Van de meerderheid van de deelnemers hebben we de gevraagde informatie ontvangen; voor 5 van de 60 mensen hebben we geen enkel dossier gekregen.

Uit de dossiers van 55 cliënten/verzekerden kunnen we het volgende vaststellen:

- In alle dossiers zijn gegevens over toon- en spraakaudiometrie terug te vinden.
- Dossiers van audiciens bevatten bij de helft (27) van de deelnemers de ingevulde AVL, soms in een versie zonder plaatjes. Het gaat dan om de pre-AVL, dus vóór aanbidding van het hoortoestel. In gevallen van particuliere aanschaf (d.w.z. buiten de zorgverzekering om) is nooit een ALV afgenomen. Mogelijk is de AVL wel vaker gebruikt bij verzekerde zorg, maar dat is niet uit de dossiers gebleken.
- In 39 gevallen is expliciet de geïndiceerde categorie vermeld. In geen enkel geval was dit categorie 1 of 2; in 9 gevallen categorie 3; in 22 gevallen categorie 4 of 5; in twee gevallen een bijzondere aanpassing (categorie 99, tinnitusmaskeerder of BI-CROS aanpassing). In zes gevallen was er sprake van particuliere aanschaf c.q. een buitencategorie toestel dat niet voorkwam in de database. Voor de categorieën zijn we uitgegaan van de informatie zoals die in de dossiers werd aangetroffen.
- Uit slechts 8 dossiers blijkt duidelijk dat er een AVL is ingevuld na aanpassing met het aangeboden hoortoestel (post-AVL). Mogelijk is dat wel vaker gebeurd, maar dat is niet op te maken uit de dossiers.
- AC's maken nergens melding van het gebruik van de AVL (door de audiciens of op het AC zelf). Als er informatie uit dossiers van audiciens naar AC is gegaan, ontbreekt informatie over de AVL of over de categorie van het aangeboden hoortoestel.
- In *geen enkel* dossier wordt verklaard hoe de uitkomst van de AVL leidt tot een categorie 1 t/m 5. Er worden geen (som)scores vermeld of berekeningen gegeven.
- In sommige gevallen is wel een toelichting gegeven op de keuze van het hoortoestel. Zie ook de resultaten van de diepte-interviews in hoofdstuk 4.4.

Er zijn 9 klachten geweest over het niet kunnen leveren van hoortoestellen voor de categorie waarin de cliënt/verzekerde is ingedeeld (klacht 3a, zie Tabel 3). Wij denken dat door de formulering op het meldpunt van de NVVS (zie Tabel 1 voor de letterlijke tekst) de klacht niet altijd eenduidig was. Uit dossiers van 7 cliënten/verzekerden (van 2 ontbraken de gegevens) blijkt namelijk dat er wel hoortoestellen leverbaar zijn binnen elke categorie, maar niet altijd de gewenste of meest geschikte. Vaak hebben mensen ook aangegeven dat ze uit te weinig hoortoestellen konden kiezen. Dat lijkt dus vooral een gevolg te zijn van het inkoopbeleid van

de betreffende audiciens. Binnen de categorieën van hoortoestellen hebben met name de grote audicienketens slechts een beperkte keuze uit merken en typen beschikbaar voor de verzekerde hoorzorg.

Selectie van klachten voor verder onderzoek

Op basis van het dossieronderzoek hebben we geen gevallen kunnen achterhalen waarbij klachten (a priori) ongegrond genoemd konden worden. Van alle deelnemers waren er 59 in principe bereid mee te werken aan een diepte-interview. Op basis van de criteria beschreven in hoofdstuk 3.3 waren er 44 kandidaten die gezien hun klacht in aanmerking kwamen voor een diepte-interview. Vanwege de omvang en doorlooptijd van het onderzoek, hebben we niet alle kandidaten benaderd. Verdere selectie is gebeurd op basis van de toelichting die mensen gaven, voor zover gerelateerd aan de klacht(en). Hierna bleven er 37 kandidaten over, een representatieve doorsnede van typen en aantallen klachten. Daarbij zaten ook twee kandidaten van de vijf waarvan we geen enkel dossier hadden ontvangen.

Uit de dossiers (aangevuld met informatie uit de diepte-interviews daarna) is duidelijk geworden dat van de 55 personen er 39 al eerder hoortoestel dragers waren; voor 7 was het de eerste aanschaf en in 9 gevallen ontbrak de informatie of ging het om aanschaf vóór 2013. We hebben geen verschillen gevonden in typen klachten tussen nieuwe en ervaren gebruikers en daarom in de rapportage hierin ook geen onderscheid gemaakt.

4.3 Diepte-interviews

Uiteindelijk hebben 36 kandidaten positief gereageerd op de uitnodiging voor een diepte-interview. Dat is dus 60% van de deelnemers. In totaal zijn 27 deelnemers voor een interview naar PACT in Utrecht gekomen; 6 mensen zijn thuis of op het werk geïnterviewd. Door omstandigheden (ziekte of afzegging) zijn bij drie mensen geen interviews afgenomen, maar is de vragenlijst die als basis voor de interviews gold naar hen gemaild, waarna de betreffende personen de vragenlijst hebben ingevuld en teruggestuurd.

Van de 36 geïnterviewde en schriftelijk bevroegde deelnemers bleken 5 personen hun hoortoestellen vóór 2013 aangeschaft te hebben; technisch gezien vallen zij dus buiten de doelgroep van dit onderzoek, ook al hebben zij later via de NVVS-website een klacht met betrekking tot het nieuwe vergoedingensysteem doorgegeven. Eén persoon bleek de procedure voor aanschaf van een hoortoestel slechts tot en met stap 4 te hebben doorlopen met als doel om informatie te verzamelen op grond waarvan hij met zijn zorgverzekeraar in gesprek wilde gaan; tot aanschaf van het hoortoestel was het ten tijde van het interview nog niet gekomen. Ook deze persoon hoort niet tot de doelgroep. De resultaten hieronder zijn derhalve gebaseerd op interviews c.q. afgenomen vragenlijsten onder 31 personen. Zij waren op één na al langere tijd hoortoestelgebruikers en hadden dus ervaring met hoorzorg uit het verleden, voorafgaand aan de instelling van het Protocol Hoorzorg.

Resultaten Informatievoorziening

- Vijf van de 31 personen zijn niet geïnformeerd over het protocol of het vergoedingensysteem; de overige 26 personen gaven gemiddeld een rapportcijfer 7,1 voor de kwaliteit van de verstrekte informatie, ten teken dat men over het algemeen vond ruim voldoende geïnformeerd te zijn.
- Van de 31 geïnterviewden hebben 3 personen aangegeven het oneens te zijn met het feit dat zij alleen bij een gecontracteerde audicien de maximale (75%) vergoeding konden

krijgen; dit was geen reden om naar een andere audicien te gaan omdat zij al langer een band met hun audicien hadden en daar zoveel waarde aan hechtten dat zij de mindere vergoeding voor lief namen of zich voornamen daarover te protesteren bij hun zorgverzekeraar.

Resultaten Oplossingsrichting

- Bij 22 personen is de ALV afgenomen, bij 8 personen niet, noch een andere vragenlijst, en één persoon was niet geïnteresseerd in een categoriebepaling omdat hij naar eigen zeggen "het beste hoortoestel" wilde hebben en dat geheel zelf zou betalen.
- Bij 24 personen is ook de eigen werk- en leefsituatie besproken om na te gaan of iemand bijzondere vragen had c.q. eisen stelde aan het te selecteren hoortoestel; bij de overige 7 personen heeft zo'n gesprek niet plaats gevonden.
- Bij alle personen is audiometrie uitgevoerd (toon- en spraakaudiogram), hetzij ter plekke bij de audicien, hetzij recentelijk bij KNO-arts of AC. In de meeste gevallen waarbij de audiometrische gegevens beschikbaar waren gesteld door KNO-arts of AC, heeft de audicien alsnog een toon- en spraakaudiogram bepaald.
- Volgens het protocol moet op grond van de verzamelde informatie nu de categorie voor compensatiebehoefte bepaald worden. Dit blijkt bij 27 personen gebeurd te zijn, van wie er 4 het niet eens waren met deze bepaling, omdat zij vonden dat te weinig rekening werd gehouden met hun werksituatie, die volgens hen in de AVL niet aan bod kwam. Eén persoon was niet geïnteresseerd in een categoriebepaling (zie boven) en 3 personen hebben verteld dat bij hen geen categorie bepaald is.

Resultaten Selecteren

- Volgens het protocol moet de audicien zijn/haar cliënt een keuze tussen meerdere hoortoestellen bieden. Van de 31 geïnterviewde personen waren er 18 die zo'n aanbod gekregen hadden, terwijl 6 personen slechts één mogelijkheid kregen voorgelegd. Voor 7 personen was het aanbod niet van toepassing omdat zij een duidelijk advies van het AC hadden gekregen (4 personen) dan wel zelf al op voorhand een toestel hadden uitgezocht (door op internet te zoeken) dat zij aangemeten wilden krijgen (3 personen).
- Volgens het protocol moeten de aangeboden hoortoestellen behoren tot de categorie waarbinnen de persoon geplaatst is. Voor 12 van de 31 gold dit, maar 19 personen kregen een toestel uit een hogere categorie aangeboden dan wel hadden dit zelf gekozen.
- Indien een hoortoestel uit een hogere categorie kwam, is nagevraagd wie dit hoortoestel uitgekozen had. Dit bleek 3 maal op basis van het AC-advies gebeurd te zijn, 3 maal heeft de cliënt zelf de keuze gemaakt, 4 maal heeft de audicien dit toestel voorgesteld en 9 maal is de keuze tot stand gekomen in overleg tussen de audicien en zijn/haar cliënt.
- Ten slotte was de vraag of mensen tevreden waren over het keuzeaanbod. Dat gold voor 18 personen (niet per se degenen die meerdere toestellen aangeboden hadden gekregen), terwijl er 9 ontevreden waren, bijvoorbeeld omdat ze uit meerdere toestellen hadden willen kiezen. Vier personen gaven aan dat dit niet speelde, omdat ze een advies voor een hoortoestel van het AC hadden gekregen (3) of zelf een hoortoestel hadden gekozen (1).

Resultaten Instellen, instrueren en proefgebruik

- In alle gevallen is het hoortoestel voorafgaande aan een proefperiode door de audicien ingesteld. Ook kreeg iedereen instructie over het gebruik dan wel hadden zij al genoeg ervaring met hoortoestellen om te weten hoe het bediend moest worden. Een enkeling was ontevreden over de kwaliteit van de meegeleverde handleiding.
- Ook waren de meeste geïnterviewden tevreden over de doorlopen proefperiode: die had naar hun idee lang genoeg geduurd en de audicien had voldoende aandacht besteed aan het bijstellen. Twee van de 31 lieten echter weten niet tevreden te zijn over de behandeling door de audicien: ze hadden naar hun mening te weinig tijd gehad om het toestel goed uit te proberen en hadden daardoor het gevoel tot aanschaf gedwongen te zijn.

Resultaten Evaluatie

- Voor 21 personen hebben de proefperiode en aanpassing tot succes geleid: zij hebben een hoortoestel gevonden waarmee ze naar eigen idee voldoende of goed geholpen waren. Voor 10 personen gold dit niet, meestal omdat ze de geluidskwaliteit of de functionaliteit (bv. ruisonderdrukking) onvoldoende vonden. Van deze ontevreden cliënten hebben 8 personen het hoortoestel toch aangeschaft, meestal met als reden dat een minder goed toestel beter is dan geen of het oude toestel (dat niet meer voldeed). Een van de twee personen die niet tot aanschaf zijn overgegaan liet tijdens het interview weten van aanschaf te hebben afgezien vanwege de hoge kosten en nog even te wachten met aanschaf. De andere persoon gaf aan binnenkort bij de eigen audicien een nieuwe poging te wagen met een beter toestel.
- Na een proefperiode moet volgens het protocol een evaluatie plaatsvinden (stap 7 van het Protocol Hoorzorg) om te beoordelen of de gewenste en haalbare eindsituatie bereikt is. Hiervoor dient de AVL nogmaals ingevuld te worden. Bij de deelnemers aan het onderzoek blijkt dit echter vrijwel nooit zo verlopen te zijn: wanneer iemand na een proefperiode met een bepaald hoortoestel niet tevreden is, wordt dit niet formeel geëvalueerd, maar wordt op basis van overleg tussen audicien en cliënt besloten tot een proefperiode met een tweede en zo nodig derde hoortoestel. Pas wanneer het laatst uitgetroefde toestel tot succes heeft geleid, wordt een evaluatie uitgevoerd. Ook dit gebeurt niet altijd consequent: slechts 12 van de 31 personen hebben aan het einde van het traject nogmaals de AVL ingevuld, de overige hebben of alleen een kort eindgesprek gehad of er is helemaal geen eindevaluatie geweest.
- Wanneer na een proefperiode met twee hoortoestellen binnen de aangewezen categorie besloten wordt dat een hoortoestel uit de aangewezen categorie geen soelaas biedt, kan overwogen worden een hoortoestel uit een hogere categorie uit te proberen. In verband met het recht op vergoeding moet dan wel een extra zorgaanvraag ingediend worden, waarin duidelijk wordt gemaakt waarom een hoortoestel uit de aangewezen categorie niet voldoet. Dit is slechts 5 maal gebeurd, terwijl er 19 maal een hoortoestel is geselecteerd uit een hogere categorie (zie boven). Voor het niet indienen van een extra zorgvraag werden diverse redenen aangevoerd: de audicien had aangegeven dat dit niet zinvol was "omdat het toch niet gehonoreerd wordt", het is niet ter sprake gekomen, of, éénmaal, "ik hoor pas in dit interview over het bestaan van die mogelijkheid".

Resultaten Levering hoorhulpmiddel

- Voorafgaande aan de aanschaf is de eventuele vergoeding bepaald aan de hand van de gegevens van de zorgverzekeraar. Vrijwel alle personen lieten weten dat zij daartoe een kostenoverzicht dan wel pro-forma factuur hadden ontvangen. Van de 31 personen waren 17 het eens met het bedrag dat zij zelf dienden te betalen, soms zelfs al waren ze het met het systeem van vergoedingen niet eens (reden voor hen om de oorspronkelijke klacht in te dienen). 13 personen waren het echter niet eens met het bedrag dat zij zelf moesten betalen, d.w.z. de volledige som in het geval een toestel uit een hogere categorie of buitencategorie werd geselecteerd. Voor één persoon was het niet relevant omdat zij binnenkort nog een nieuwe proefperiode (met een ander hoortoestel) wil ingaan (zie hierboven).

Resultaten Tevredenheid

Bij de vraag naar zaken waar de geïnterviewde tijdens het hele traject tevreden over was geweest, werd duidelijk dat de klachten die men had, niet gerelateerd waren aan de begeleiding en bejegening door de audicien. Een grote meerderheid van 26 van de 31 personen gaven spontaan aan tevreden te zijn geweest over de professionele begeleiding, het geduld en de prettige benadering. Dit gold ook voor een aantal mensen die uiteindelijk toch niet tevreden waren over de kwaliteit van hun hoortoestel. Van die 26 waren er 2 die eerder wel een audicien hadden getroffen waar zij niet tevreden over waren: een reden voor hen om naar een andere audicien over te stappen. Twee personen gaven expliciet aan niet tevreden te zijn geweest over de audicien. In die gevallen speelde het gevoel gedwongen te worden om in korte tijd te beslissen over de aanschaf en te weinig geduld en aandacht voor de persoonlijke omstandigheden.

Ook over de andere zorgprofessionals was men tevreden, indien geconsulteerd: het AC (8 keer genoemd), de kno-arts (3 keer genoemd), de logopedist (1 keer genoemd omdat de geïnterviewde zeer tevreden was met de cursus spraakafzien). Over het AC en de kno-arts werd met veel waardering gesproken vanwege hun professionele kwaliteiten en de geboden nazorg, o.a. bij het indienen van een goed onderbouwde extra zorgvraag. Er waren 4 mensen die expliciet aangaven tevreden te zijn met de kwaliteit die hun nieuwe hoortoestel hun bood. Ook waren twee personen tevreden over de proefperiode, waarin ze alle tijd kregen om een goed toestel uit te proberen. Ten slotte waren er nog een viertal diverse redenen voor tevredenheid. Eén persoon gaf aan nergens tevreden over te zijn.

Resultaten Ontevredenheid c.q. willen veranderen

De open vraag naar punten waar men ontevreden over was c.q. die verbetering behoefden, leverde in totaal 75 items op. Deze zijn als volgt te verdelen over een paar klachtentypen:

1. Ontevreden over *vergoeding* (o.a. alles zelf moeten betalen, beslissing verzekeraar afwachten): 21 keer genoemd
2. Ontevreden over het *systeem* (o.a. subjectief, niet transparant, verzekeraar op stoel AC): 16 keer genoemd
3. Ontevreden over *keuzevrijheid* (o.a. beperkt aantal hoortoestellen, contracten zorgverzekeraars met audiciens): 13 keer genoemd
4. Ontevreden over *maatwerk* (o.a. geen rekening met ernstig gehoorverlies, patiënt zelf meer invloed geven): 11 keer genoemd

5. Ontevreden over *informatie* (o.a. over mogelijkheid extra zorgvraag): 7 keer genoemd; ontevreden over *techniek* (o.a. instellen hoortoestel duurt lang): ook 7 keer genoemd.

4.4 Second opinions

De cruciale vraag om in aanmerking te komen voor een second opinion was of de cliënt/verzekerde goed kon functioneren met het aangeboden hoortoestel. Daarbij ging het om het *geïndiceerde* hoortoestel, wat in sommige gevallen niet hetzelfde was als waar men voor had gekozen. Als er bijvoorbeeld een indicatie was voor categorie 3, maar uiteindelijk gekozen is voor een hogere categorie (buiten het ZN-systeem, particulier), dan is de vraag gerechtvaardigd waarom er binnen het systeem geen adequate oplossing mogelijk was.

Nu waren kandidaten voor een second opinion toch niet zo eenvoudig te selecteren. Zoals uit hoofdstuk 4.3 (*Resultaat Selecteren*) blijkt, waren er 19 personen die een hoortoestel van een hogere categorie kregen aangeboden. Dat kon zoals gezegd om verschillende redenen zijn; het is een besluit geweest waar de cliënt/verzekerde uiteindelijk mee akkoord is gegaan. Met die hoortoestellen (of eventueel een 2^e keuze) zijn proefperioden doorlopen en is de evaluatie gedaan. Op basis van de vraag of de aanpassing tenslotte succesvol was hebben 10 mensen aangegeven dat ze niet tevreden waren over hun hoortoestel. Ze vonden dat ze daarmee niet voldoende konden functioneren.

We hebben van deze 10 kandidaten er uiteindelijk 9 gekozen voor een second opinion op een van de AC's. Eén persoon was op eigen initiatief al eerder betrokken geweest in een second-opinion traject, wat uiteindelijk tot een passende oplossing heeft geleid.

Van de 9 kandidaten hebben er echter twee geen second opinion ondergaan. Een van beide is niet verschenen op een geplande afspraak op het AC en kon vervolgens niet meer binnen de gestelde tijd gezien worden. De andere kandidaat heeft niet gereageerd op meerdere pogingen om een afspraak met het AC te maken. Gezien de beschikbare tijd op dat moment in het onderzoek hebben we ons moeten beperken tot 7 kandidaten voor de second opinions. Van deze 7 personen waren er twee geïndiceerd in categorie 3, twee in categorie 4, twee in categorie 5 en één in een buitencategorie ("categorie 6"). Vijf van hen (A, C, E, F en G in Tabel 4) waren ervaren hoortoestelgebruikers, bij twee (B en D) ging het om een eerste indicatie.

In Tabel 4 staan de belangrijkste uitkomsten van de second opinions. Hieruit komt naar voren dat alle kandidaten in principe binnen het Protocol Hoorzorg geholpen zouden kunnen worden. Maar volgens de bij de second opinion betrokken experts zijn daarbij niet altijd de juiste keuzen gemaakt.

Tabel 4. Resultaten van de second opinions voor 9 deelnemers.

Kandidaat	Geïndiceerde categorie	Categorie second opinie	Instellingen toestel optimaal?	Te helpen binnen protocol?
A	4	4	nee	ja
B	3	4 of 5	ja	ja
C	5	5	nee	ja
D	3	4	nee	ja
E	5	5 of buiten	nee	ja
F	4	4	ja	ja
G	buiten	3 of 4	ja	ja

Het blijkt dat 3 van de 7 kandidaten werden ingedeeld in een andere categorie dan eerder geïndiceerd; bij 1 kandidaat was er twijfel. De categorie bij de second opinie kon zowel hoger als lager zijn. Maar ook als de categorie op basis van de compensatiebehoefte wel juist was, was niet in alle gevallen een passend hoortoestel in die categorie beschikbaar. Bijvoorbeeld wanneer iemand bij flinke versterking behoefte heeft aan goede feedback cancellation, die pas bereikbaar is bij een hogere categorie. Het twijfelgeval betrof de vraag of categorie 5 voldoende was, omdat de kandidaat naar eigen zeggen meer tevreden was over een buitencategorie. Uiteindelijk viel de keuze op een toestel uit categorie 5, na een jaar lang zes toestellen geprobeerd te hebben.

In twee gevallen was ook de wens (cosmetisch) voor een bepaald type hoortoestel door de cliënt zelf zo sterk, dat dit een belemmering vormde voor een optimale keuze. Bijvoorbeeld kiezen voor een in-het-oor toestel, terwijl een achter-het-oor toestel beter was geweest. Een andere kandidaat heeft ook voor een buitencategorie toestel gekozen terwijl daar een voor hem belangrijke faciliteit van een ringleiding ontbrak. Mogelijk was hier met een alternatief uit categorie 3 of 4 een adequate oplossing gevonden mét vergoeding.

In één geval bleek de ontevredenheid met het toestel toch mee te vallen (eerdere klacht over vergoeding), maar had volgens het AC anders binnen het protocol moeten worden gekozen vanwege werkgerelateerde hoorproblemen. In dat geval is doorverwijzing naar een AC geïndiceerd, maar dat is toen niet gebeurd.

Eén kandidaat was ingedeeld in categorie 3, kon daarin geen goed toestel vinden en heeft particulier gekozen voor een toestel uit categorie 5. Van de mogelijkheid om dat onder begeleiding van een AC te doen, met een extra zorgvraag en kans op vergoeding door de zorgverzekeraar, is niet goed gebruik gemaakt.

Tenslotte waren volgens de experts op het AC in 4 gevallen de instelling van de hoortoestellen niet optimaal. Deze zijn bij de second opinie zo goed mogelijk aangepast wat het auditief functioneren ook zal verbeteren.

5 Discussie

In de inleiding in hoofdstuk 1 zijn de onderzoeksvragen geformuleerd en hebben we iets gezegd over kwalitatief onderzoek en de reikwijdte van de uitkomsten. Van enkele tientallen hoortoestelgebruikers met klachten over het protocol hebben we gegevens verzameld over een periode waarin ca. 250.000 mensen hoorzorg hebben gekregen (Van Pagée, 2014). Ook al gaat het om een relatief klein aantal betrokkenen, toch hebben we met dit onderzoek duidelijk trends naar boven gehaald en kunnen we enkele heldere uitspraken doen, waarvan wij verwachten dat ze representatief zijn.

5.1 Dossieronderzoeken en diepte-interviews

We hebben van 55 mensen dossiers ontvangen na aanvraag van complete informatie m.b.t. het protocol. We hebben de dossiers aanvaard "as is", dus met de eventuele beperking in de informatie. De resultaten van de interviews zijn in dit rapport uitgebreid behandeld, aangezien dit veel waardevolle informatie heeft opgeleverd. Deze resultaten zijn belangrijk om de klachten te duiden en ook gegevens uit de dossiers in perspectief te zien.

Zonder ons in allerlei details te verliezen, kunnen we stellen dat de informatievoorziening over het algemeen goed lijkt te zijn, al blijkt in een aantal gevallen dat mensen zich weliswaar goed voorgelicht voelden, maar er later (eenmaal zelfs pas tijdens het interview) achter kwamen dat hun niets was verteld over de mogelijkheid tot het indienen van een extra zorgvraag – en juist die mogelijkheid op een extra zorgvraag is erg weinig gebruikt.

Voor wat betreft de oplossingsrichting mag ook gesteld worden dat die in grote lijnen volgens het protocol is vastgesteld: de AVL is meestal afgenomen, audiometrie is altijd uitgevoerd en op 4 van de 31 geïnterviewden na is iedereen in een categorie ingedeeld. Slechts 4 personen hadden bezwaar tegen die indeling.

Over de AVL en categorie-indeling valt nog wel wat meer te zeggen. In de dossiers vinden we dat in ongeveer 50% van de gevallen een AVL (de pre-AVL) is afgenomen. Dat het vaker is gebeurd blijkt uit de interviews (22 van de 30). Waarschijnlijk ligt het werkelijke percentage hoger dan 75%, omdat tussen de 8 bij wie geen AVL is afgenomen er redenen waren om ervan af te zien (zoals a priori particuliere aanschaf).

We kunnen er dus van uitgaan dat audiciens vaak de AVL afnemen (AC's niet), maar niet altijd. Volgens het protocol zou dit wel altijd moeten bij verzekerde zorg. Vanuit de audicienswereld is er veel kritiek op de AVL (zie ook hoofdstuk 2.4; AudiNed, 2014) en met name over het niet kunnen interpreteren van de resultaten. Of dit terecht is laten we in het midden. Feit is dat ZN in april 2013 een masterclass heeft georganiseerd over het protocol en het gebruik van de AVL en dat nadere informatie daarover ook is gepubliceerd (Groen, 2013; ZN, 2013b). Wij zijn voor dit onderzoek niet nagegaan in hoeverre alle procedures tijdig en volledig aan individuele partijen bekend waren en als normatief (i.p.v. informatief) beschouwd kunnen worden.

Glashelder blijkt uit ons onderzoek dat in *geen enkel* geraadpleegd dossier de score op de AVL wordt beschreven en vertaald naar een categorie 1 t/m 5. De categorie wordt wel bepaald, blijkt ook uit de interviews, maar niet altijd zo in het dossier vermeld. Uiteindelijk leidt het wel tot de keuze van een hoortoestel uit de betreffende of hogere categorie. De

verstrekke hoortoestellen horen ook bij de uiteindelijk bepaalde categorie, d.w.z. we hebben hierin geen fouten ontdekt bij het gebruik van de ZN-database.

Over de keuzevrijheid zijn geïnterviewden minder te spreken. Van de 31 geïnterviewden hebben maar 18 personen een echt keuze-aanbod aan hoortoestellen voorgelegd gekregen. Regelmatig kreeg men van de audiciens te horen: "Helaas hebben wij gezien uw gehoorverlies maar een gering aanbod." Ook bij de open vraag naar dingen waar men niet tevreden over was, scoorde 'gering keuze-aanbod' hoog (zie onder). Dit is ook helemaal in lijn met de geuite klachten (Tabel 3): Als we 'Keuze uit te weinig hoortoestellen' en 'Krijg niet het gewenste hoortoestel' samennemen, is de beperkte hoortoestelkeuze de meest geuite klacht bij de NVVS binnen ons onderzoek (51 van de 130 klachten). Er zijn weliswaar honderden toestellen per categorie opgenomen in de ZN-database, maar het standaard-aanbod van de meeste audiciens is daar slechts een beperkte subset van.⁴

Het grootste aantal klachten werd geuit over twee samenhangende zaken: het uiteindelijk geselecteerde hoortoestel en de daarvoor geboden vergoeding door de zorgverzekeraar. Opvallend is namelijk dat bij slechts 12 geïnterviewden een hoortoestel geselecteerd werd binnen de categorie waarin de persoon geplaatst was; 19 keer kwam een hoortoestel uit een hogere categorie (c.q. buitencategorie) uit de bus. Dit houdt in feite in dat het voor de bevraagde groep bepaald niet standaard was dat ze tot tevredenheid geholpen werden binnen het protocol zoals het bedoeld is. Des te opvallender is dat er dan zo weinig gebruik is gemaakt van de extra zorgvraag, waarmee audiciens en cliënt kunnen onderbouwen dat binnen de vastgestelde categorie geen geschikt hulpmiddel gevonden kon worden. Van de 5 ingediende extra zorgvragen werden er 3 gehonoreerd, 2 niet. In beide gevallen was het argument van de verzekeraar dat het om hoortoestellen ging die niet waren opgenomen in de ZN-database. Het selecteren van een adequaat hoortoestel uit een hogere categorie zonder toestemming van de zorgverzekeraar leidde dus tot een afwijzing van de vergoeding van 75%.

Verder is opvallend dat er in de onderzochte trajecten niet altijd gebruik is gemaakt van de mogelijkheid tot een second opinion bij een AC. Uit de uitgevoerde second opinions in dit onderzoek blijkt dat dat wel een meerwaarde heeft. Het geeft helderheid over de mogelijkheden binnen de categorieën van het Protocol Hoorzorg en kan leiden tot een betere instelling van de hoortoestellen. Uiteindelijk hebben van de 31 behandelde personen er 9 aangegeven dat ze niet goed kunnen functioneren. Dat is een behoorlijk aantal, zelfs als we het afzetten tegen het totaal van 60 deelnemers aan ons onderzoek.

5.2 Betekenis van de second opinions

Het aantal second opinions was in dit onderzoek beperkt, maar verschaft ons wel heldere inzichten. In twee gevallen is bij de second opinion op het AC een hoortoestel geïndiceerd met een hogere categorie. Dit had te maken met de eisen bij uitoefening van het beroep c.q. de complexiteit van het gehoorverlies en bijkomende otologische problematiek. Beide keren hadden binnen het protocol andere keuzen gemaakt kunnen worden, waarbij de audiciens in overleg met een AC meerdere hoortoestellen had kunnen laten proberen, eventueel op basis

⁴ Ook in het onderzoek van Brons en Dreschler (2014) wordt genoemd dat hoortoestelgebruikers minder inspraak in de keuze van hoortoestellen hebben en ook minder toestellen hebben geprobeerd.

van een extra zorgvraag. In een enkel geval was de gehoorproblematiek zodanig dat ook bij de second opinion werd getwijfeld of indicatie in categorie 5 voldoende was of toch moest worden uitgeweken naar een buitencategorie ("categorie 6"). De betrokkenen heeft dat wel geprobeerd, maar uiteindelijk gekozen voor de tweede meest optimale oplossing uit categorie 5. Het omgekeerde is ook voorgekomen, waarbij iemand een buitencategorie hoortoestel heeft aangeschaft (particulier), terwijl de mogelijkheid van een toestel uit een lagere categorie binnen het protocol onvoldoende is onderzocht.

Uit de second opinions blijkt dat mogelijkheden en verwachtingen niet altijd goed op elkaar zijn afgestemd. De mensen die voor een second opinions zijn gezien waren volgens de experts te behandelen binnen het protocol, maar niet altijd is de juiste invulling hieraan gegeven. Hierboven en in hoofdstuk 4.4 zijn verschillende redenen genoemd t.a.v. verkeerde indicatie. Ook als de indicatie wel goed bleek te zijn, is niet altijd de juiste interventie gekozen, d.w.z. het meest passende hoortoestel. Daarbij speelt het eerder genoemde beperkte aanbod bij de audiciens, maar in enkele gevallen ook de wens van de cliënt zelf, die soms keuzes maakt op basis van (cosmetische) argumenten, waardoor niet de meest adequate hooroplossing wordt geboden.

Verder is regelmatig geconstateerd dat de instellingen van de hoortoestellen niet optimaal waren. Dit gebeurde op basis van metingen bij de ACs. Dit onderstreept de meerwaarde van een goede evaluatie van de hoortoestelproef, mede op basis van evaluatiemetingen.

5.3 Functioneren van het Protocol Hoorzorg

Aanleiding voor het onderzoek was een evaluatie van het Protocol Hoorzorg. Hierbij is gebruik gemaakt van klachten die bij de NVVS zijn gemeld. Wij hebben gestructureerd aandacht aan de klachten gegeven, terwijl uit de toelichting en in de interviews bleek dat ze niet altijd direct van doen hadden met het protocol op zich. Dat is begrijpelijk, omdat het voor de cliënten/verzekerden lastig is de verschillende aspecten los van elkaar te zien. Er is een nieuwe regeling gekomen per januari 2013 en mensen met hoorproblemen worden geconfronteerd met het integrale resultaat: functiegericht voorschrijven, veranderd aanbod aan hoortoestellen, contractering tussen audiciens en verzekeraars en veranderingen in het verloop van verstrekking en vergoeding.

Klachten die wij hebben aangeduid als beperkingen van het systeem (Tabel 1) gaan over gewenste toestellen en kosten. Daar spelen verzekeraars een belangrijke rol, zowel richting cliënt/verzekerde (meer of minder strikte vergoedingsregels) als richting audiciens (invloed op inkoop hoortoestellen). Soms moet een hoge eigen bijdrage worden betaald, en ook al is te verklaren (door de verzekeraar) waarom dat zo is, dit kan tot ontevredenheid leiden. Voor het merendeel van de geïnterviewden is het onbegrijpelijk, en voelt het zeer onrechtvaardig, dat door de keuze voor een geschikt toestel in een hogere categorie de vergoeding helemaal vervalt. Velen vragen zich af waarom het niet mogelijk is een maximum vergoeding te krijgen die past bij de categorie waarin zij geplaatst zijn en dan bij te betalen voor de meerkosten.

In de onderzochte groep komt de leeftijdscategorie van 25-67 jaar verhoudingsgewijs veel voor als meegewogen wordt dat de prevalentie van gehoorverlies in die categorie laag is vergeleken met de leeftijdscategorie 67 jaar en ouder. Ook is opvallend dat veel deelnemers te maken hebben met een actief leven en/of een complexe gehoorbeperking hebben. Dit

leidt tot een grote compensatiebehoefte. Het is aannemelijk dat juist in de leeftijdscategorie van 25-67 jaar relatief vaak een grote compensatiebehoefte voorkomt. Juist voor mensen met een grote compensatiebehoefte lijkt het Protocol Hoorzorg minder geschikt om *in één keer* tot de juiste hoortoestelkeuze te komen.

Er moet in die gevallen dus vaker gebruik gemaakt worden van uitgebreidere mogelijkheden binnen het protocol. Dat blijkt ook uit de second opinions in dit onderzoek, op basis waarvan we stellen dat cliënten/verzekerden in het algemeen binnen het Protocol Hoorzorg geholpen kunnen worden. We kunnen niet zonder meer concluderen dat dat altijd voor iedereen geldt. Er zullen bepaalde groepen zijn met complexe meervoudige problematiek (gelijktijdige lichamelijke of geestelijk stoornissen, naast gehoorproblemen), die mogelijk niet optimaal geholpen kunnen worden. Wij hebben dergelijke complexe gevallen niet in de onderzoekspopulatie gehad en kunnen er daarom ook geen uitspraak over doen. Volgens het protocol zijn dit echter bij uitstek cliënten die naar een audiologisch centrum verwezen zouden moeten worden. Het is wel de bedoeling dat met een extra zorgvraag ook in complexe situaties de meest adequate hoorzorg kan worden geboden.

Dat werpt ook de vraag op of er binnen het protocol behoefte zou zijn aan uitbreiding van het aantal categorieën (naar 6) voor patiënten en hoortoestellen. Aan de kant van de hoorbehoefte van de cliënt gaat het dan om zeer complexe gevallen en aan de kant van de hoortoestellen om modellen met de nieuwste technieken. Deze worden nu door fabrikanten/importeurs vaak buiten de ZN-database gehouden en als gevolg daarvan in de praktijk niet door zorgverzekeraars vergoed binnen het Protocol Hoorzorg. Dit sluit aan bij onze constatering dat er een neiging bestaat om te kiezen voor hoortoestellen buiten de geïndiceerde categorieën. Dit kan verschillende redenen hebben. Ten eerste kan het een keuze zijn op basis van inhoudelijke argumenten. Het betreft immers vaak mensen met een uitgebreide compensatiebehoefte. Ten tweede kan het zijn dat er te makkelijk voor is gekozen vanwege de onbekendheid met de extra zorgvraag en de second opinion (binnen het protocol). Ten derde zou er ook nog sprake kunnen zijn van een financieel motief bij de audiciens. Op basis van de beperkte aantallen biedt ons onderzoek onvoldoende materiaal om op dit punt eenduidig te kunnen zijn. De inschatting is wel dat een betere toegankelijkheid van de nieuwste technieken in de hoortoestellen binnen het Protocol Hoorzorg een verbetering van de zorg voor mensen met een complexe luisterbehoefte kan geven. Of hiervoor een extra categorie nodig is, is slechts een kwestie van uitwerking.

Het is belangrijk om te beseffen dat de bevindingen en overwegingen in dit rapport horen bij een situatie waarin het bepalen van de categorieën niet eenduidig met behulp van een rekenvoorschrift tot stand is gekomen, maar op basis van vakmanschap van audiciens. Wij kunnen uit dit onderzoek niet nagaan of de categoriekeuze in deze gevallen overeenkomt met een (gewogen) score op de AVL, of dat daar om geldige redenen van is afgeweken. Het is aannemelijk dat in de categoriekeuze het professioneel oordeel van de audiciens heeft meegewogen. Als in de toekomst de categoriekeuze wel strikter op basis van de AVL scores gemaakt zou worden, dient opnieuw bekeken te worden of het Protocol Hoorzorg leidt tot knelpunten voor de verschillende groepen slechthorenden.

Tenslotte is uit enkele interviews naar voren gekomen dat muziekbeleving voor mensen een belangrijk aspect kan zijn. Het is geen criterium binnen het protocol (zie hoofdstuk 2.2) en er

wordt nu ook nog niet naar gevraagd. Het lijkt wel iets om mee te nemen middels een aanvullende COSI (Client Oriented Scale of Improvement), waar extra ruimte is voor individuele wensen.

6 Samenvatting en conclusies

We vatten hieronder de belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek samen:

- Er wordt in grote lijnen gewerkt volgens het Protocol Hoorzorg. Voor verzekerde zorg wordt door de audiciens (meestal) de ALV afgenomen om de beperking in kaart te brengen (pre-AVL) en wordt de hoortoestelcategorie bepaald.
- De informatievoorziening aan cliënten/verzekerden is over het algemeen goed, maar verbetering is nodig m.b.t voorlichting over de mogelijkheden van extra zorgaanvraag en second opinion (binnen de voorwaarden van het protocol).
- Verzekerden hebben regelmatig klachten over de vergoeding en de onmogelijkheid tot bijbetaling. Hoewel dit formeel geen onderdeel van het protocol is, leidt dit bij verzekerden vaak tot ongenoegen en onbegrip.
- Het ontbreekt aan een uniforme aanpak voor het vaststellen van de categorie voor de compensatiebehoefte. In geen enkele onderzochte casus is vastgelegd volgens welke methodiek de patiëntcategorie is afgeleid van de scores op de AVL, al dan niet met inbreng van andere informatie uit audiometrie of anamnese.
- Slechts in een minderheid van de gevallen wordt een AVL afgenomen bij de evaluatie (post-AVL) om te beoordelen of de gewenste en haalbare eindsituatie bereikt is.
- In de gegevens van audiologische centra ontbreekt elke verwijzing naar een AVL.
- Vaker dan op grond van het protocol mag worden verwacht is een hoortoestel aangeboden van een hogere categorie. Wanneer dit niet op indicatie van het audiologisch centrum was, gebeurde dit meestal in overleg tussen cliënt en audicien, soms op verzoek van de cliënt en soms op voorstel van de audicien.
- Ondanks het relatief grote aantal hoortoestellen uit een hogere categorie, is er slechts beperkt gebruik gemaakt van de mogelijkheid voor een extra zorgvraag. Als gevolg daarvan moesten de kosten door de cliënt/verzekerde zelf worden gedragen.
- Het keuze-aanbod van hoortoestellen wordt door veel cliënten als mager beoordeeld. Er bestaan weliswaar honderden toestellen per categorie, maar het standaardaanbod van de meeste audiciens is per categorie slechts een beperkte selectie.
- De resultaten van de uitgevoerde second opinions geven aan dat cliënten in het algemeen binnen de kaders van het protocol geholpen kunnen worden. Dat wil zeggen, als op de juiste manier gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden van extra zorgvraag en/of verwijzing naar een AC.
- Het onvoldoende gebruik maken van die mogelijkheden binnen het protocol is een reden dat bij enkele second opinions een andere indicatie is gesteld.
- In enkele gevallen zijn keuzen van de cliënt zelf mede bepalend geweest voor het bereiken van een minder optimale hooroplossing, soms zelfs tegen hogere kosten.

In het licht van de onderzoeksvragen trekken we hieruit de volgende conclusies over het functioneren van het Protocol Hoorzorg:

- Het komt voor dat er een onjuiste indicatie wordt gesteld en niet de optimale hooroplossing wordt bereikt. Dit is in het algemeen niet een gevolg van de systematiek van het protocol zelf, maar van een verkeerd of onvolledig gebruik ervan. Binnen het Protocol Hoorzorg bestaat de ruimte voor meerdere proeven met hoortoestellen, het

indienen van een extra zorgvraag en de mogelijkheid van een second opinion. Het verdient aanbeveling om meer van die ruimte gebruik te maken en daarover ook de voorlichting aan hoorzorgprofessionals en cliënten te verbeteren.

- De meeste klachten van cliënten/verzekerden betreffen het uiteindelijk aangeboden en geselecteerde hoortoestel en de daarvoor geboden vergoeding door de zorgverzekeraar.
- Op basis van dit onderzoek is niet vastgesteld dat een onjuiste indicatie is te koppelen aan een bepaalde klacht, aan een bepaalde groep cliënten of aan een specifieke hoorproblematiek.
- Een juiste indicatie leidt niet altijd tot een juiste interventie. In een aanzienlijk aantal gevallen zijn hoortoestellen uit een hogere (duurdere) categorie aangeboden.
- Ook bij juiste interventie (volgens indicatie) wordt niet altijd het beste hoortoestel aangeboden. Dit is voor een belangrijk deel een gevolg van het (te) beperkte keuze-aanbod bij audiciens van merken en modellen in het verzekerde assortiment.
- Ook bij de juiste keuze van het hoortoestel is het uiteindelijke resultaat afhankelijk van een juiste instelling/programmering.
- Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van de mogelijkheid van een extra zorgvraag, zodanig dat deze niet door zorgverzekeraars zal worden afgewezen.
- Er wordt onvoldoende gebruik gemaakt van de mogelijkheid om door te verwijzen naar een AC, voor nader onderzoek of second opinion.

Referenties

- AudiNed (2014) Position Statement AudiNed. <http://www.hoorzaken.nl/wp-content/uploads/141120-Position-Statement-AudiNed.pdf>
- Brons, I., Dreschler, W.A. (2013). *Effecten van de invoering van het ZN protocol "verstrekken hoorhulpmiddelen" deel 2*. Rapport Afd. Klinische & Experimentele Audiologie, KNO, Academisch Medisch Centrum.
<https://www.zn.nl/WMSDownload/Download?file=R5q%2fPjIDidrXMuc%2bb24zJX%2bMCY03Ug33Bovyn7mpLaudIKJmdkdm2geiVslLb6x§ionName=Nieuws%20-%20Persberichten&type=files>
- CG-Raad (2010). Basisrichtlijn Hulpmiddelenzorg. Verslag van het Project Opstellen Richtlijnen voor Functiegerichte Aanspraak hulpmiddelen. RiFA. Fase 1 opstellen van een basisrichtlijn. Heerkens Y, Claus E, Hagedoren E, Jonker H, Muykens J, Bougie Th, Ravensberg D van, Vreeswijk P. Utrecht: Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad; 2010. <http://www.handy-wijzer.nl/viewmedia.asp?OID=34>
- Dreschler, W.A. (2014). *De pijlers HRIU en PRIU ... en de brug ertussen*. De Audiciens 8 (3), 12-16.
- Groen, R. (2013). *De ontwikkeling van het hoorprotocol*. De Audiciens 7 (2), 25-28. Zie voor de uitgebreide versie <http://www.deaudiciens.nl/uploads/Hoorprotocol.pdf>
- NOAH (2013). *Veldnorm Hoortoestelverstrekking en Protocol Hoortoestelaanpassing 2013*. Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen – NOAH.
<http://www.hoorwijzer.nl/downloads/veldnorm-noah4-protocol-april-2013.pdf>
- Pagée, H. van, (2014). *Het ZN-systeem heeft niets van doen met de functionele aanspraak*. De Audicien 8 (4), 27-31.
- ZN (2013a). Protocol t.b.v. verstrekken van hoorhulpmiddelen in het kader van de Zorgverzekeringswet. <https://zn-assets.zn.nl/p/32768/files/Hoorprotocol%20en%20Indicatieformat%20eindversie.pdf>
- ZN (2013b). Ontwikkeling van het hoorprotocol. https://zn-assets.zn.nl/p/32768/files/De%20ontwikkeling%20van%20het%20indicatieprotocol%201_1.pdf

Bijlage 1 – Tekst email uitnodiging deelname onderzoek

Geachte heer/mevrouw,

In Nederland worden hoortoestellen sinds 2013 op een andere wijze verstrekt en vergoed. Als patiëntenvereniging wil NVVS weten of dit tot ieders tevredenheid gaat of dat het beter kan. Wij hebben daarom lang aangedrongen op nader onderzoek. Dat onderzoek gaat nu van start. Het wordt uitgevoerd door onderzoeksbureau PACT, in opdracht van Zorginstituut Nederland.

De klachten die wij bij de NVVS hebben ontvangen over dit nieuwe vergoedingssysteem voor hoortoestellen, willen wij nader laten onderzoeken. Ook u heeft ons in 2013 of 2014 benaderd met een klacht. Wij zouden uw klacht dan ook graag in dit onderzoek meenemen. Daarvoor willen wij graag uw toestemming vragen.

Wat houdt het onderzoek in?

Met uw instemming geven wij uw contactgegevens door aan het onderzoeksbureau en kunnen de onderzoekers uw patiëntendossier opvragen bij uw audicien, kno-arts, audioloog en/of verzekeraar. De onderzoekers vergelijken uw gehoorgegevens met uw klacht.

Wellicht is er aanleiding om uw klacht nog verder te onderzoeken. De onderzoekers willen dat dan graag aan de hand van een gesprek met u doen. Als u daartoe bereid bent, zal dat gesprek plaatsvinden in Utrecht op een locatie die goed bereikbaar is met het openbaar vervoer en waarbij uiteraard uw reiskosten worden vergoed. Mocht het voor u niet mogelijk zijn om naar Utrecht te komen, dan kan het gesprek eventueel ook bij u thuis plaatsvinden.

Tenslotte kan een zogenaamd 'second opinion' onderdeel uitmaken van het onderzoek. U wordt dan uitgenodigd bij een audiologisch centrum bij u in de buurt (maar niet het centrum waar u eventueel al cliënt bent). Door een inventariserend gesprek en het afnemen van enkele hoortests zal gekeken worden of u een passend hoortoestel heeft gekregen en in hoeverre dit optimaal staat afgesteld.

Door deelname aan het onderzoek draagt u bij aan het verbeteren van de hoorzorg in Nederland. Ook krijgt u wellicht meer inzicht in de mogelijkheden van uw eigen hoortoestel.

Alle bevindingen worden verwerkt en meegenomen in de aanbeveling naar minister Schippers, die begin 2015 zal beslissen hoe het verder gaat met de hoortoestellen in de basiszorgverzekering.

Kortom, uw bijdrage in dit onderzoek is van groot belang en wij hopen dan ook van harte dat u uw medewerking wilt toezeggen.

Vul de bijlage in en stuur deze het liefst vandaag, maar in ieder geval voor 2 oktober 2014, naar XXXXXXX. Opsturen mag ook naar NVVS, Antwoordnummer 7002, 3990 TA Houten.

Bij voorbaat hartelijk dank!

Met vriendelijke groet,

Verklaring deelname onderzoek

Ja, ik ben bereid om deel te nemen aan het onderzoek in opdracht van Zorginstituut Nederland en uitgevoerd door PACT naar aanleiding van de melding die ik bij de NVVS heb gedaan over de aanschaf van mijn hoortoestel(len).

U mag mijn onderstaande contactgegevens doorspelen naar het onderzoeksbureau. Uiteraard worden deze vertrouwelijk behandeld.

Hierbij geef ik ook toestemming om mijn patiëntdossier op te vragen bij mijn:

- Audicien (naam, adres, postcode, plaats, eventueel uw klantnummer):
HIER GRAAG INVULLEN INDIEN VAN TOEPASSING

- Kno-arts (naam, adres, postcode, plaats, eventueel uw patiëntnummer):
HIER GRAAG INVULLEN INDIEN VAN TOEPASSING

- Audiologisch centrum (naam, adres, postcode, plaats, eventueel uw patiëntnummer):
HIER GRAAG INVULLEN INDIEN VAN TOEPASSING

- Verzekeraar (naam, adres, postcode, plaats, eventueel uw verzekeringsnummer):
HIER GRAAG INVULLEN INDIEN VAN TOEPASSING

Als het nodig is mijn dossier toe te lichten, ben ik bereid om een gesprek aan te gaan met één van de onderzoekers: **GRAAG AANVINKEN WELKE OPTIE VAN TOEPASSING IS**

- Ik ben bereid om voor dit gesprek naar Utrecht af te reizen en ontvang dan reiskostenvergoeding. De locatie ligt op 5 minuten afstand van station Utrecht Overvecht.
- Ik ben niet in staat om naar Utrecht te komen, maar wel bereid om bij mij thuis een onderzoeker te ontvangen voor een gesprek.

Een (mobiele) ringleiding is aanwezig op de locatie in Utrecht. Ik wil verder graag gebruikmaken van: **SCHRIJFTOLK / NMG-TOLK / NGT-TOLK / IK HOEF GEEN TOLK.**

Ik ben tevens bereid om eventueel voor een **second opinion** af te reizen naar een audiologisch centrum bij mij in de buurt (niet zijnde het centrum dat ik hierboven heb ingevuld).

Ondergetekende:

Voornaam: **HIER GRAAG INVULLEN** _____
Achternaam: **HIER GRAAG INVULLEN** _____
Straat: **HIER GRAAG INVULLEN** _____
Postcode en plaats: **HIER GRAAG INVULLEN** _____
Telefoonnummer: **HIER GRAAG INVULLEN** _____
E-mailadres: **HIER GRAAG INVULLEN** _____

(Indien u dit document per post terugstuurt, zet dan ook uw handtekening.)

Handtekening:

Bijlage 2 – Brief Zorginstituut Nederland



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan zorgverzekeraars, KNO-artsen, audiologen en audiciens

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

31 (0)20 7 8

Contactpersoon

0530_2014116532

Datum september 2014
Betreft Verzoek medewerking onderzoek functioneren Keuzeprotocol hoorzorg

Onze referentie
2014117713

Geachte heer of mevrouw,

Hierbij verzoek ik u medewerking te verlenen aan een onderzoek naar de werking van het Keuzeprotocol hoorzorg.

Aanleiding

Sinds 1 januari 2013 wordt aan de hand van het Keuzeprotocol hoorzorg vastgesteld op welk type hoortoestel een verzekerde met een beperking in de hoorfunctie redelijkerwijs is aangewezen. Er is echter kritiek op dit Keuzeprotocol.

Om beter zicht te krijgen op de werking van het Keuzeprotocol hoorzorg, laat Zorginstituut Nederland (verder: het Zorginstituut) onderzoek doen naar meldingen over de hoorzorg die sinds 1 januari 2013 zijn gedaan bij de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS).

Het onderzoek wordt uitgevoerd door Stichting Platform for Audiological Clinical Testing (PACT).

Op basis van dossierstudie, interviews met betrokkenen en second opinions, moet de vraag beantwoord worden of het Keuzeprotocol tot een juiste indicatie/interventiecombinatie leidt.

Daarnaast willen wij graag antwoord op de vraag in welke gevallen het Keuzeprotocol mogelijk niet tot de juiste indicatie/interventiecombinatie leidt en wat hier dan de oorzaak van is.

Om het onderzoek naar het functioneren van het Keuzeprotocol goed te laten verlopen, is het belangrijk dat PACT tijdig kan beschikken over de volledige dossiers van de personen die hebben aangegeven aan het onderzoek mee te willen werken en een machtiging tot gebruik van hun dossier(s) hebben afgegeven.

Wij verzoeken u daarom om in de voorkomende gevallen aan dit onderzoek mee te werken en de gevraagde informatie zo snel mogelijk aan PACT beschikbaar te stellen, zodat het onderzoek naar de werking van het Keuzeprotocol geen onnodige vertraging oploopt.

#pagina 1 van 2

Wij benadrukken dat het *doel* van het onderzoek *niet* is om het functioneren van (individuele) zorgverleners en/of leveranciers te beoordelen. Het Zorginstituut ontvangt geen informatie over individuele verzekerden, zorgverleners of leveranciers.

Zorginstituut Nederland
Postbus 10000

Datum
september 2014

Onze referentie
2014-16532

Achtergrond

Zoals u weet hebben er per 1 januari 2013 beleidswijzigingen plaatsgevonden in de hoorzorg. Met deze beleidswijzigingen is beoogd de doelmatigheid van de hoorzorg te verbeteren, evenals verbetering van de toegankelijkheid en betaalbaarheid op individueel niveau bij gelijkblijvende lasten voor het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) en met behoud van kwaliteit. Op dit moment loopt een onderzoek waaruit moet blijken of de per 1 januari 2013 ingevoerde beleidswijzigingen het beoogde effect hebben.¹ Het onderzoek naar het functioneren van het Keuzeprotocol is hier een aanvulling op.

Het resultaat van beide onderzoeken zal naar verwachting in april 2015 op onze website worden gepubliceerd.

Bij voorbaat hartelijk dank voor uw medewerking.

Hoogachtend,

Hoofd Pakket

¹ <http://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/lopende+dossiers/taupromiddelen/evaluatieonderzoek-beleidswijzigingen-hoortoestellen.html>

Bijlage 3 – Vragenlijst gebruikt bij de diepte-interviews

Vragen	Antwoorden	
	geïnterviewden	toelichting
<i>Bij uw eerste bezoek aan de audicien krijgt u uitleg over wat er gaat gebeuren, hoe voor u een hoortoestel geselecteerd wordt.</i>		
1 Heeft de audicien u uitleg gegeven over het te volgen protocol (de keuzeprocedure)?	ja/nee	
2 Zo ja, hoe duidelijk vond u de informatie?	rapportcijfer 1-10	
<i>Na de uitleg worden uw gehoorbeperkingen in kaart gebracht aan de hand van vragen.</i>		
3 Is er een vragenlijst afgenomen om na te gaan wat uw gehoorbeperkingen zijn?	ja/nee	
4 Is er aan u gevraagd welke zaken/situaties voor u van speciaal belang zijn (bv. of u veel muziek luistert, veel vergadert, intensief sport etc)?	ja/nee	
<i>Daarna wordt uw gehoor gemeten.</i>		
5 Is er een piepjestest (toonaudiometrie) afgenomen?	ja/nee	
6 Is er een woordentest (spraaudiometrie) afgenomen?	ja/nee	
7 Is er een woorden-in-ruistest (spraakaudiometrie in ruis) afgenomen?	ja/nee	
8 Zijn er evt. andere gehoormetingen uitgevoerd?	open	
<i>Op basis van de vragenlijst en de gehoormeting is bepaald in welke categorie u geplaatst bent.</i>		
9 Heeft u uitleg gekregen over hoe die bepaling tot stand komt?	ja/nee	
10 Heeft uw audicien u verteld in welke categorie u geplaatst bent?	nee/ja, nl.	
11 Heeft uw audicien daarbij toelichting gegeven (wat houdt die categorie in)?	ja/nee	
12 Was u het eens met deze bepaling?	ja/nee	
13 Zo nee, waarom niet? Heeft u dat kenbaar gemaakt aan de audicien? Hoe reageerde die?	open	
<i>Nadat uw categorie bepaald is, wordt er een hoortoestel uitgekozen die bij die categorie hoort.</i>		
14 Heeft uw audicien u verteld welke hoortoestellen er tot die categorie behoren (waar u uit kunt kiezen)?	ja/nee	
15 Was er een keuze tussen meerdere hoortoestellen?	ja/nee	
16 Zo ja, tussen hoeveel hoortoestellen kon u kiezen?	open	
<i>De audicien geeft u informatie over de verschillende hoortoestellen.</i>		
17 Heeft de audicien u geïnformeerd over de mogelijkheden van elk toestel?	ja/nee	

- | | | |
|----|--|--------|
| 18 | Heeft de audicien u geïnformeerd over de kosten van elk hoortoestel? | ja/nee |
| 19 | Heeft de audicien u geïnformeerd over eventuele extra kosten voor service, verzekering e.d.? | ja/nee |
| 20 | Heeft u diverse hoortoestellen mogen beluisteren? | ja/nee |

Daarna wordt de (eerste) keuze gemaakt.

- | | | |
|----|--|-------------------|
| 21 | Wie heeft (in eerste instantie) de keuze voor het hoortoestel gemaakt? | audicien/samen/ik |
| 22 | Weet u waarom juist voor dat hoortoestel gekozen is? | ja/nee |
| 23 | Heeft de audicien het hoortoestel voor u ingesteld? | ja/nee |
| 24 | Heeft de audicien u informatie gegeven over de bediening van het hoortoestel? | ja/nee |
| 25 | Wat vond u van de uitleg (uitgebreidheid, duidelijkheid)? | raportcijfer 1-10 |
| 26 | Had u het idee dat u met dit hoortoestel goed geholpen zou zijn, dat het u in belangrijke mate zou helpen? | ja/nee |
| 27 | Hoe tevreden was u met deze eerste keuze (nog voordat u het toestel goed had uitgeprobeerd)? | raportcijfer 1-10 |
| 28 | Als u niet tevreden was, hoe bent u dan verder geholpen door de audicien? | open |

<i>Na de keuze en eerste instelling volgt een proefperiode van enkele weken (deze vragen ook voor een evt. 2e proefperiode).</i>	<i>1e keuze</i>	<i>evt. 2e keuze</i>
--	-----------------	----------------------

- | | | | |
|----|---|--------------------|--------------------|
| 29 | Heeft u een proefperiode gehad met het (eerste) hoortoestel van uw keuze? | ja/nee | ja/nee |
| 30 | Heeft de audicien uitgelegd wat de bedoeling was van de proefperiode? | ja/nee | ja/nee |
| 31 | Hoe tevreden was u over die eerste instelling? | rapportcijfer 1-10 | rapportcijfer 1-10 |
| 32 | Hoe lang heeft de proefperiode geduurd? | ... weken | ... weken |
| 33 | Vond u de proefperiode lang genoeg? | ja/nee | ja/nee |
| 34 | Hoe vaak bent u tijdens de proefperiode naar de audicien geweest om het toestel te laten bijstellen? | ... maal | ... maal |
| 35 | Heeft de audicien u bij die controles naar uw ervaringen gevraagd? | ja/nee | ja/nee |
| 36 | Heeft de audicien naar aanleiding van uw ervaringen het toestel bijgesteld? | ja/nee | ja/nee |
| 37 | Heeft de proefperiode met uw (eerste) hoortoestel tot succes geleid, d.w.z. heeft u definitief voor dat toestel gekozen? | ja/nee | ja/nee |
| 38 | Zo nee, heeft u een proefperiode voor een alternatief gevraagd (G) of aangeboden (A) gekregen? | ja, G/ja, A/nee | ja, G/ja, A/nee |
| 39 | Zo nee, heeft u een proef mogen doen met een ander hoortoestel uit dezelfde categorie (Z) of uit een categorie hoger (H)? | Z/H | Z/H |

Na uw keuze wordt het hoortoestel definitief aan u geleverd.

- | | | |
|----|---|--------|
| 40 | Is er aan het eind van de proef weer een vragenlijst afgenomen? | ja/nee |
|----|---|--------|

- | | | |
|----|--|--------------------|
| 41 | Heeft u documentatie (handleiding, servicekaart, garantiebewijs etc.) meegekregen? | ja/nee |
| 42 | Bent u geïnformeerd over de prijs van het hoortoestel/de hoortoestellen? | ja/nee |
| 43 | Bent u geïnformeerd over eventuele bijkomende kosten voor service/onderhoud, verzekering e.d.? | ja/nee |
| 44 | Bent u geïnformeerd over het deel dat vergoed zou worden door de verzekering? | ja/nee |
| 45 | Bent u geïnformeerd over het deel dat u zelf moest betalen? | ja/nee |
| 46 | Hoe duidelijk vond u de uitleg over de kosten? | rapportcijfer 1-10 |
| 47 | Was u het eens met de kosten die voor uw rekening kwamen? | ja/nee |
| 48 | Zo nee, wat is er daarna gebeurd (toch betaald, contact met de verzekeraar, geen hoortoestel genomen, andere audicien gezocht, ...)? | open |

Zijn er nog andere zaken waar u iets over wilt vertellen:

- | | | |
|----|--|----------------|
| 49 | Dingen waar u tevreden over was? | 1.
2.
3. |
| 50 | Dingen waar u niet tevreden over was? | 1.
2.
3. |
| 51 | Wat zijn de belangrijkste dingen die u volgens u anders zouden moeten (3 dingen noemen)? | 1.
2.
3. |

Aanvullende opmerkingen:

Bijlage 4 – Leidraad bij de second opinion op het AC

Uitleg aan patiënt

Het is belangrijk dat de patiënt de juiste verwachtingen heeft van de Second Opinion. Het is binnen het onderzoek niet mogelijk dat de patiënt alsnog andere toestellen krijgt als deze al zijn aangeschaft. Tenzij ze aantoonbaar niet adequaat zijn. Wel kunnen de hoortoestellen anders/beter ingesteld worden en/of kunnen er aanvullende adviezen, bijvoorbeeld voor hulpmiddelen, gegeven worden.

Onderzoeken t.b.v. een second opinion

De second opinion dient te bestaan uit de volgende onderdelen:

- Anamnese (zie ook de volgende alinea)
- Toonaudiogram
- Spraakaudiogram
- Spraakaudiogram met hoortoestellen per oor en binauraal volgens NVKF-richtlijn Hoorrevalidatie volwassenen. De metingen worden gedaan met de hoortoestel instellingen zoals de patiënt die had bij binnenkomst.
- Real ear Metingen met hoortoestel instellingen zoals patiënt binnenkwam
- Nagaan instellingen hoortoestellen. Waar nodig bijstellen.
- Indien bijgesteld: opnieuw Spraak met hoortoestellen en Real Ear Metingen
- Spraak-in-ruis met hoortoestellen (met eventueel geoptimaliseerde instelling), binauraal
- Eindgesprek met waar nodig aanvullende adviezen, bijvoorbeeld over overige hulpmiddelen.

Graag de uitkomsten van bovengenoemde onderzoeken meesturen.

Vragen die tijdens de second opinion beantwoord moeten worden t.b.v. het onderzoek

1. Hoe functioneert de patiënt m.b.t. de verschillende deelgebieden van het Protocol Hoorzorg (detectie van geluiden; spraak in stilte; spraak in ruis; lokalisatie; focus/aandacht/discriminatie; ruistolerantie/vermoeidheid) en hoe zou de patiënt willen functioneren?
2. In welke categorie vallen de hoortoestellen? Categorie 1/2/3/4/5 of buitencategorie
3. Is deze categorie passend bij het gewenste auditief functioneren van de patiënt en de audiometrische gegevens?
 - Ja, want ...
 - Nee, wantWij adviseren categorie ... op basis van de volgende overwegingen:
4. Als de toestellen van de patiënt niet binnen de 5 categorieën passen: Zou het mogelijk zijn om de patiënt met een hoortoestel uit de hoortoestellen database (dus uit één van de categorieën) naar tevredenheid aan te passen denkt u?
 - Ja, want ...
 - Nee, want
5. Waarom is de patiënt niet tevreden met de hoortoestellen?
6. Om welk type hoortoestel(len) gaat het? IHO / AHO /(bi)CROS, nl ...
7. Is het NOAH-protocol correct toegepast (m.a.w. is de patiënt door de juiste hulpverlener gezien)?
8. Zijn de instellingen van de toestellen optimaal binnen de mogelijkheden van het toestel?

- Ja, ga naar vraag 10
 - Nee
9. Zijn instellingen van de toestellen zo te wijzigen dat het gewenste auditieve functioneren met deze toestellen wel gehaald wordt?
- Ja
 - Nee
10. Is de patiënt volgens u te helpen binnen het raamwerk van het protocol?
- Ja
 - Nee, want ...
11. Overige opmerkingen ...

Bijlage 5: Reacties geconsulteerde partijen

Reactie van Audined
Op het concept rapport
"Beleidswijzigingen hoorzorg 1 januari 2013"
van het Zorginstituut
Volgnummer 2015005612
Zaaknummers 2013002517 en 2014040400



Met de introductie van het keuzeprotocol, het nieuwe systeem van vergoedingen in de hoorzorg, is de eigen bijdrage voor de slechthorende veranderd. De vergoeding voor een hoortoestel was eerst een vast bedrag, nu is de vergoeding een percentage van de prijs van het hoortoestel. Er is tegelijkertijd ook door de zorgverzekeraar bepaald wat de prijs van hoortoestellen in de verschillende categorieën maximaal mag zijn. De prijs van een hoortoestel is nu gemiddeld veel lager dan voor de introductie van het keuzeprotocol.

Deze door de zorgverzekeraars opgelegde verlaging van de prijs van een hoortoestel heeft daardoor inderdaad als gevolg dat de tevredenheid over de prijs-kwaliteitverhouding is toegenomen. De slechthorende betaalt immers minder voor hetzelfde hoortoestel.

Een aantal zorgverzekeraars heeft bewust niet met alle audiciens(-ketens) een contract afgesloten. Aanschaf van een hoortoestel bij een audicien zonder contract met de zorgverzekeraar van de slechthorende is voor de slechthorende financieel onaantrekkelijk, want hij krijgt daar minder vergoed voor zijn hoortoestel. De slechthorende heeft echter veelal een goede relatie met zijn audicien. Vaak komt hij al jaren bij dezelfde persoon. Het aanpassen van een hoortoestel is individueel maatwerk. Dit maatwerk wordt door de audicien geleverd en dat waardeert de klant door jarenlang bij deze audicien klant te blijven. Vaak is dit ook de audicien die het gemakkelijkst bereikbaar is.

Door de verandering in het beleid van vergoeding van het hoortoestel moet de slechthorende (om economische redenen) uitwijken naar een andere audicien die wel een contract heeft met zijn zorgverzekeraar. Dat is niet altijd de vertrouwde audicien op een voor de slechthorende goed bereikbare locatie. Vermindering in de waardering van de bereikbaarheid van de audicien wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de gedwongen wisseling van audicienwinkel als gevolg van het nieuwe beleid van contracten met zorgverzekeraars.

Het valt te vrezen dat bij elke vernieuwing van de contracten met zorgverzekeraars groepen slechthorenden zullen moeten veranderen van audicien.

Dat zal een negatief effect hebben op de continuïteit van de individuele hoorzorg.

De eigen bijdrage bij de aanschaf van een hoortoestel is nu een minder groot probleem voor veel slechthorenden. Dat is voor een groot deel het gevolg van de verlaging van de prijs van het hoortoestel in het keuzeprotocol.

Maar met de introductie van het keuzeprotocol is ook het hoortoestel zonder eigen bijdrage niet meer beschikbaar. In de periode voor januari 2012 had elke verzekerde, met of zonder een aanvullende verzekering, de mogelijkheid om te kiezen voor een hoortoestel dat volledig vergoed werd. De audicien was ook verplicht om een dergelijk hoortoestel in zijn collectie te hebben en indien gewenst, te leveren. Nu deze mogelijkheid er niet meer is, wordt een kwetsbare groep slechthorenden geconfronteerd met een eigen bijdrage voor een hoortoestel, terwijl zij zich dat niet kunnen veroorloven.

Een eventuele aanvullende verzekering die (een deel van) de eigen bijdrage kan vergoeden is niet bij elke zorgverzekeraar beschikbaar en niet voor iedereen betaalbaar. Acties van bedrijven (ketens) die aanbieden om de eigen bijdrage voor hun rekening te nemen, moeten niet meegenomen worden in overheidsbeleid over de eigen bijdrage.

Het valt op dat een aantal zorgverzekeraars voor verschillende categorieën dezelfde verkoopprijs hanteert. Bij de introductie van het systeem werd gesteld dat de verkoopprijs van een hoortoestel in een bepaalde categorie een reflectie zou zijn van de complexiteit van het hoorprobleem van de slechthorende en daarmee ook een reflectie van de tijd en inspanning die de audicien nodig heeft om een hoortoestel uit een hogere categorie aan te passen. Door voor verschillende categorieën dezelfde prijs te bepalen wordt aan dit onderdeel van het systeem voorbij gegaan.

De audicien zou door een beperkte keuze aan hoortoestellen binnen een bepaalde categorie ook bij een juiste indicatie niet altijd het best passende hoortoestel kunnen leveren. Bij een goed werkend protocol met een goede indeling van de hoortoestellen in de verschillende categorieën zal dit niet voor kunnen komen. Immers, alle hoortoestellen zijn op basis van hun eigenschappen in die desbetreffende categorie ingedeeld en zijn dus gelijkwaardig en zouden dus bij een juiste indicatiestelling moeten voldoen voor de slechthorende die in de categorie is ingedeeld waar het hoortoestel uit gekozen moet worden.

Het is daarom opmerkelijk dat de werkgroep die zorgdraagt voor de indeling van hoortoestellen in de verschillende categorieën geen vertegenwoordiging van de fabrikanten heeft. Juist zij zijn bij uitstek de deskundige op het gebied van technologie en mogelijkheden van hoortoestellen. Hun inbreng is van cruciaal belang bij een juiste indeling van de hoortoestellen in de verschillende categorieën. Er is ook geen vertegenwoordiging van de audiciens in deze werkgroep. Zij kunnen met hun ervaringen met het aanpassen van hoortoestellen vanuit de praktijk aangeven welke eigenschappen van hoortoestellen door de slechthorende als effectief en belangrijk worden ervaren.

Bij de introductie van het keuzeprotocol werd gesteld dat introductie van hoortoestellen met nieuwe technologieën in de hogere categorieën zullen worden ingedeeld. Met als gevolg dat de technologieën van de lagere categorieën ook langzaam verbeterd worden. Een indeling in een categorie is op die manier een relatieve kwalificatie. Dat lijkt op dit moment niet het geval te zijn. Er zijn vaste, absolute criteria voor de indeling in een bepaalde categorie.

Het keuzeprotocol is ontworpen met de gedachte dat elke slechthorende op basis van zijn beperkingen kan worden ingedeeld in een van de vijf beschikbare categorieën. Het lijkt dan onlogisch om te verwachten dat de audicien de klant de mogelijkheid biedt om een hoortoestel te kiezen buiten de categorie die uit de AVL komt. Temeer daar een aantal zorgverzekeraars duidelijk aangegeven heeft dat dit niet toegestaan is, op straffe van ontbinding van het contract tussen de zorgverzekeraar en de audicien.

Het systeem biedt de mogelijkheid voor aanpassing van een hoortoestel buiten de categorie op grond van extra zorgvraag. De uitvoering van dit deel is echter tijdrovend en complex door de vele voorwaarden die daar aan gekoppeld zijn.

Doorverwijzing van de slechthorende naar een audiologisch centrum zou in dit geval een mogelijkheid kunnen zijn. Maar het is voor de audicien (en ook voor de audioloog) niet duidelijk of de audioloog zich in zijn advies ook moet houden aan de resultaten van de AVL en of een hoortoestel buiten de eerder toegewezen categorie wel wordt vergoed.

De waardering van de aanpassing van een complexer hoortoestel is hoger dan de waardering van de aanpassing van een eenvoudiger hoortoestel. Dat is begrijpelijk. Veelal wordt de waardering van een hoortoestel gekoppeld aan de mogelijkheden van dit hoortoestel. Eenvoudiger hoortoestellen hebben minder mogelijkheden om in uitdagende situaties voor een goede prestatie te zorgen dan complexere toestellen en krijgen daardoor een lagere waardering.

Bij de introductie van het keuzeprotocol werd er van uitgegaan dat er een digitaal portaal zou komen waarmee de slechthorende in een bepaalde categorie wordt ingedeeld. Daarom is er weinig moeite gedaan om de audicien voor te lichten over de manier van werken met de AVL en de manier waarop dit leidt tot een categorie. De indeling van de slechthorende in de verschillende categorieën zou immers door het digitale portaal plaatsvinden, waardoor het verdedigbaar is dat het minder

noodzakelijk is dat de audicien uitgebreide kennis heeft over de manier waarop de indeling in de verschillende categorieën tot stand komt.

Dit digitale portaal is er nog steeds niet. En de audicien weet veelal nog steeds niet op welke manier de score van de AVL leidt tot een indeling in een bepaalde categorie. De audicien bepaalt zijn keuze voor een bepaalde categorie hoortoestellen nog steeds op zijn eigen inzicht en expertise en maakt daarbij nauwelijks gebruik van de resultaten van de AVL.

Het keuzeprotocol is feitelijk niet geïntroduceerd bij de audicien. Het was er opeens. Bij de introductie van de AVL is er nooit duidelijk gecommuniceerd over de wijze waarop er met het keuzeprotocol gewerkt zou moeten worden. Er zijn geen duidelijke richtlijnen op papier betreffende het werken met het keuzeprotocol. Elke audicien heeft daar nu zijn eigen invulling aan gegeven, met als obligaat gevolg dat er geen duidelijke structuur waarneembaar is. Omdat ook de interpretatie van de resultaten van de AVL niet duidelijk is gecommuniceerd, weet de audicien niet wat hij met deze gegevens moet doen. Het grotere percentage hoortoestellen in categorie 3 en in mindere mate categorie 4, is waarschijnlijk het resultaat van een economisch tactische keuze van de audicien.

De AVL moet ook na de proefperiode worden ingevuld door de slechthorende. Er is echter nooit een richtlijn opgesteld over de wijze waarop de resultaten van invulling van de AVL voor en na de proefperiode met elkaar vergeleken kunnen worden en aan welke criteria vanuit deze vergelijking een hoortoestelaanpassing minimaal zou moeten voldoen. Daardoor ziet de audicien (terecht) het nut niet in van het gebruik van de AVL na de proefperiode.

Dit alles draagt er mede toe bij dat het keuzeprotocol niet werkt zoals het is bedacht.

Dit rapport is tot stand gekomen na onderzoek van de tevredenheid bij de slechthorenden, onder meer over het hoortoestel dat is aangeschaft in overleg met de audicien. Daarbij is er van uitgegaan dat bij de respondenten inderdaad het hoortoestel is aangepast dat hoort bij de categorie waarin zij op basis van de resultaten van de AVL zijn ingedeeld.

De audicien is, zoals hierboven vermeld, veelal niet bekend met de manier waarop de resultaten van de AVL verwerkt dienen te worden, mede als gevolg van onvoldoende communicatie hierover door de belanghebbende partijen (ZN).

Het valt te verwachten dat veel slechthorenden een hoortoestel hebben aangepast gekregen dat niet overeenkomt met de categorie waarin zij zouden moeten worden ingedeeld. Er zal dus mogelijk sprake kunnen zijn van een "over-adequate aanpassing". In dat licht bezien is het niet verwonderlijk dat de tevredenheid van de slechthorende met dit nieuwe systeem gelijk is gebleven.

Het juiste onderzoek zou gebaseerd moeten zijn op de tevredenheid van slechthorenden die een hoortoestel aangepast gekregen hebben dat hoort bij de categorie waarin zij zijn ingedeeld op basis van hun antwoorden op de vragen van de AVL.

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw C. N
Postbus 320
1110 AH DIEMEN
Nederland

Bezoekadres:
Chr. Krammalaan 8-10
3571 AX UTRECHT

Postadres:
Postbus 222
3500 AE UTRECHT

Utrecht, 06 mei 2015
Ons kenmerk: MS/FEN/2015/15874

Onderwerp: reactie FENAC conceptrapport Evaluatie beleidswijzigingen hoorzorg

Geachte mevrouw N:

Met genoegen reageert de FENAC op uw conceptrapport 'Evaluatie beleidswijzigingen hoorzorg'. Bij de invoering van functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen, meer specifiek de hoortoestellen, heeft de FENAC zich in beginsel voorstander getoond van deze nieuwe vorm van verstrekken. Eerdere CVZ-rapporten hierover zijn door de FENAC becommentarieerd. Daarbij zijn destijds positief kritische vragen gesteld en opmerkingen geplaatst over de uitwerking en uitvoering. Deze betroffen ondermeer de systematiek met betrekking tot de eigen bijdrage.

Het conceptrapport geeft een goede weergave van het evaluatieonderzoek dat zowel door NIVEL/Ecorys als PACT is uitgevoerd. De combinatie van meerdere onderzoeken, op kwaliteit, kosten en op juiste 'fit', maakt deze evaluatie uitermate geschikt voor het formuleren van verbetervoorstellen. De FENAC meent dat voorzichtig kan worden geconcludeerd dat de beleidswijzigingen een positief effect hebben gehad op de verstrekking van hoortoestellen, maar dat tegelijkertijd wordt geconstateerd dat er nog fundamentele verbetertrajecten in de hoorzorg nodig zijn.

Basisprincipes hoorzorg volgens de FENAC

De FENAC acht het noodzakelijk dat adequate hulpmiddelen worden verstrekt aan cliënten, waarbij er naast de aard van de beperking voor de client geen extra belemmeringen mogen ontstaan, noch in financiële zin, noch in beschikbaarheid.

Met de keuze voor een eigen bijdrage van 25 is de vergoedingssystematiek substantieel verbeterd. Toch heeft deze keuze sociaal-economische effecten. Immers, complexere hoorvraagstukken veronderstellen doorgaans zwaardere en dus veelal duurder hooroplossingen. Hierdoor stijgt de financiële last voor een cliënt evenredig door de aard van zijn beperking. Door de bijna jaarlijkse stijging van de eigen bijdrage op het verzekerde pakket wordt dit effect naar verwachting alleen nog groter.

Er kan geen sprake zijn van een one size fits all hooroplossing. Zelfs bij de hoortoestelverstrekking zal keuzevrijheid binnen eenzelfde categorie tussen meerdere goede alternatieven een belangrijke waarde moeten blijven. Het 'ziekenfondsbrilletje' mag niet een moderne variant krijgen in de vorm van een standaard hoortoestel voor iedere categorie. Uit uw conceptrapport blijkt dat het Inkoop- en contracteerbeleid, van zowel de audicien als de verzekeraar, gecombineerd met merkenbeleid, aantoonbaar 'schuurt' met het principe om binnen een categorie als cliënt te kunnen kiezen.

Het zal u niet verrassen dat hoorzorg volgens de FENAC meer behelst dan alleen het verstrekken van hoorhulpmiddelen. Dit lijkt niet de scope van uw evaluatie, maar de titel veronderstelt wel degelijk dit bredere perspectief. Juist omdat in het maatschappelijke debat Gehoorrevalidatie en hoorzorg regelmatig lijken te worden gereduceerd tot 'het verstrekken van hoorhulpmiddelen' vragen we u dit onderscheid in het

rapport nader te beschrijven en om formuleringen binnen het rapport op dit aspect waar nodig aan te scherpen.

Ten slotte vragen wij opnieuw en nadrukkelijk bijzondere aandacht voor de hoortoestelaanpassingen bij kinderen en de wijze waarop deze vergoed worden. In uw rapport wordt kort ingegaan op het vraagstuk van kinderen en de vergoedingssystematiek bij kinderen. De FENAC ziet dit graag prominenter benoemd.

Kinderen zijn afhankelijk van de (financiële) keuzen van ouders. Dit moet worden gezien in combinatie met de in de aanvullende voorstellen hieronder beschreven constatering rondom inkoop- en selectiebeleid en de feitelijke constatering dat kinderen doorgaans frequenter moeten overschakelen naar nieuwe toestellen. Dit alles maakt de kans groot dat kinderen vanwege het kostenaspect suboptimaal worden geholpen. De FENAC pleit met vele andere partijen voor een **volledige vergoeding van toestellen voor kinderen**.

Aanvullende voorstellen met betrekking tot het conceptrapport

Op onderdelen van uw rapport hebben we nog enkele aanvullende opmerkingen.

1. Op basis van de onderliggende evaluaties worden ons inziens de juiste conclusies getrokken en aanbevelingen genoemd, hoewel die aanbevelingen scherper geformuleerd mogen worden. Het gaat onder andere om de volgende zaken:
 - a. Het Keuzeprotocol voldoet, maar de uitvoering ervan kan beter. Een instrument om hier verbetering in te krijgen, is het digitaal hoorportaal. De aanbeveling om dit (alsnog) te ontwikkelen is ons inziens te voorzichtig geformuleerd.
 - b. Het toewijzen van een slechthorende aan een categorie moet uniformer worden uitgevoerd volgens een transparant protocol. Nu gebeurt dat vrij subjectief (niet-repiceerbaar). Dit mag in de aanbevelingen van paragraaf 8.2.1. scherper geformuleerd worden. Nu formuleert het rapport dit slechts als een constatering.
 - c. De cliënt wordt niet altijd geïnformeerd over de mogelijkheden die het Keuzeprotocol biedt, zoals de mogelijkheid om 2 of meer hoortoestellen op proef te nemen, het indienen van een extra zorgvraag of alsnog een verwijzing naar een AC te krijgen. Deze mogelijkheden worden volgens uw rapport weinig ingezet door de audiciens. Ook hier verwachten wij op basis van uw bevindingen een scherpere formulering. Uit het PACT-onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de extra zorgvraag vaak niet overwogen wordt omdat dit naar de mening van de audiciens zinloos is, 'de zorgverzekeraar keurt dit toch niet goed'.
 - d. Uit het onderzoek blijkt dat de inkoop door de audiciens/keten mede de omvang van de keuzevrijheid voor de cliënt bepaalt. De contractering van de verzekeraar versterkt dit effect. In de conclusies wordt dit nauwelijks aangestipt.
2. Geconstateerd wordt dat in 2012 een dip ontstond ten aanzien van de door cliënten ervaren kwaliteit van zowel audiciens als van hoortoestellen. De redenen worden in het rapport mager uitgediept. Een voor de hand liggende, niet genoemde reden zou kunnen zijn: de grote verkoopdrukke eind 2012. In dit verband is het opvallend dat in paragraaf 3.4, pagina 14, geen verwijzing wordt gegeven naar paragraaf 5.1, pagina 21, waar duidelijk wordt gewezen op een piek in de omzet van hoortoestellen. Zou verondersteld kunnen worden dat de tijdelijk ervaren mindere kwaliteit (van bv. service en nazorg) te wijten is aan een tijdelijk gebrek aan tijd c.q. aandacht door de audiciens? En als mensen minder tevreden zijn over hun audiciens, zijn ze mogelijk ook minder tevreden over hoortoesteleigenschappen zoals geluidskwaliteit en/of gebruiksgemak en over de ervaren prijs/kwaliteitverhouding? Dit mag, opnieuw, scherper geformuleerd worden omdat het, zo beredeneerd, in wezen veronderstelt dat gebrek aan tijd/aandacht tot meer ontevredenheid bij cliënten leidt. Dit ondersteunt onze visie dat hoorzorg veel meer is dan alleen aanschaffen van een hoortoestel.
3. Slechthorenden worden volgens het Keuzeprotocol ingedeeld in 5 categorieën, van minimale tot maximale compensatiebehoefte. Verwacht mag worden dat er een verdeling te zien is over die categorieën waarbij elke categorie een bepaalde vulling krijgt. Het blijkt echter dat categorieën 1 en 2 zeer mager (haast verwaarloosbaar) gevuld zijn. Dit roept vragen op, maar die vragen worden in het

rapport niet gesteld; er wordt alleen opgemerkt dat de reden hiervoor ligt in de uitvoering van het Keuzeprotocol. Is er geen behoefte aan categorieën 1 en 2? Als het gros van de mensen wordt ingedeeld in 3, moet daar dan niet meer gedifferentieerd worden? Is er een specifieke reden om mensen ten minste in categorie 3 te plaatsen? Het is niet uitgesloten dat de scheve verdeling bijvoorbeeld door commerciële redenen ontstaan is. Een andere mogelijkheid is het beperkte/gedateerde aanbod van hoortoestellen in de laagste categorieën. We zijn van mening dat de opstellers van het rapport op dit punt onvoldoende kritisch hebben doorgeredeneerd. Tenslotte benoemt het rapport ook niet de beperking in het huidige classificatiesysteem om nieuwe hoortoestellen met geavanceerde features in te passen. Deze vallen hierdoor nog vaak buiten het hoorprotocol. Dit is een onderkend probleem bij de betrokken veldpartijen, waarvoor vooralsnog geen goede oplossing is gevonden. Optimalisatie van het huidige classificatiesysteem zou daarom bij kunnen dragen aan een evenrediger verdeling van verstrekte hoortoestellen over de verschillende categorieën.

4. In paragraaf 4.1, onderaan pagina 15, wordt genoemd dat de audiciens een professionele inschatting maakt van de categorie waartoe een slechthorende behoort. Op basis van het PACT-onderzoek (de interviews met slechthorenden) is dit mogelijk een te rooskleurige voorstelling van zaken. De meeste respondenten gaven immers aan dat hun audiciens niet verteld had hoe ze in hun categorie terecht kwamen en/of niet konden vertellen hoe die plaatsing tot stand komt – iets wat bij een professionele houding verwacht kan worden. Ook hier zou het rapport meer kritisch reflectief kunnen zijn: blijkbaar is het toewijzen aan een categorie een subjectief (en daardoor niet-repliceerbare) proces, wat het, volgens de principes van het hoorprotocol, niet zou moeten zijn. Kwaliteit is daarmee niet geborgd in de protocollering, maar vooral afhankelijk van de kwaliteit of ervaring van de audiciens.
5. Tevredenheid is een relatief begrip. Toch wordt veel waarde gehecht aan dit concept. Echter, tevredenheid zegt niet per definitie iets over de 'kwaliteit van de aanpassing'. In extremo: een cliënt kan tevreden zijn over de zorg die hem is geboden en het gepercipieerde effect van een hoortoestel, terwijl in een dergelijk geval objectief mogelijk kan worden vastgesteld dat er beslist geen sprake is van een optimale aanpassing. In een dergelijk geval is er dan feitelijk sprake van een kostbaar placebo. Omgekeerd kan uiteraard ook: als een cliënt niet de optimale mogelijkheden heeft kunnen verkennen, weet hij mogelijk dus ook niet wat hij mist en kan derhalve hierover ook niet ontevreden zijn. Een objectieve maat voor goede hoortoestelaanpassingen, bijvoorbeeld een spraakverstaansscore of een IG-meting (technische controlemeting bij de patiënt van de instelling van het hoortoestel) is niet meegenomen in dit onderzoek. Dat had mogelijk meer objectief inzicht gegeven in de kwaliteit van hoortoestelaanpassingen volgens het nieuwe systeem.

We hopen dat onze opmerkingen u helpen in het verder aanscherpen van een in aanzet reeds veelomvattend en gedegen rapport. Wij veronderstellen dat dit rapport vooral aanzetten zal geven voor een verdere verdieping en verbetering van de reeds ingeslagen weg. Gezien de evaluatie blijven wij voorzichtig positief met betrekking tot de beleidswijzigingen, maar zijn we eveneens van mening dat er nog veel werk te verrichten is. Uiteraard zijn we als Federatie van Audiologische Centra gaarne bereid om ook in de toekomst over deze materie mee te denken.

Met vriendelijke groet, namens het bestuur van de FENAC,

Directeur FENAC



Zorginstituut Nederland
Mevrouw C N , Adviseur
Postbus 320,
1110 AH Diemen

Zoetermeer, 1 mei 2015

ONZE REF. : GAIN/005/HvP/ygr/2015
TELEFOON : (079) 353 12 244
06 55858859

BETREFT : commentaar op concept evaluatie van de
beleidswijziging hoorzorg per 1 januari 2013

Geachte mevrouw N ,

Hartelijk voor de mogelijkheid om commentaar te geven op uw concept evaluatie van de beleidswijziging hoorzorg per 1 januari 2013.

GAIN, de vereniging van fabrikanten van hoorhulpmiddelen, meent dat de beleidswijziging, met name de invoering van de functionele aanspraak, zeker niet de beoogde kwaliteitsverbetering van de hoorzorg heeft teweeg gebracht. Integendeel. Het systeem dat zorgverzekeraars hebben ingevoerd om de functionele aanspraak in te voeren dat de zorgvraag koppelt aan een categorie hoortoestellen, is verre van volmaakt. De zorgvraag wordt gebaseerd op een vragenlijst die voor een ander doel ontwikkeld is en de indeling van hoortoestellen in categorieën is gebaseerd op willekeurige en niet altijd even relevante uitgangspunten. Daar bovenop wordt de verkregen zorgvraag gekoppeld aan een categorie hoortoestel via een volstrekt niet transparant en zeker niet wetenschappelijk onderbouwde methodiek. Dit systeem kan in veel gevallen niet eens voorzien in oplossingen voor mensen met complexe hoorzorgvragen. Hoortoestellen die hieraan tegemoet kunnen komen, maken geen deel van het systeem.

Het is opmerkelijk dat uw concept evaluatie er van uitgaat dat de klanttevredenheid als gevolg van de beleidswijziging niet wezenlijk verschilt met de regeling die voor 1 januari 2013. Klanttevredenheid is mede afhankelijk van de eigen bijdrage en die is in het nieuwe systeem een stuk lager dan in de regeling van voor 1 januari 2013 en daar mee de verwachtingen. Daarnaast hangt de klanttevredenheid nauw samen met de stand van de technologie en zullen ook betrekkelijk eenvoudige hoortoestellen altijd een verbetering te weeg brengen. Met het centraal geleid voorschrijfsysteem waarmee zorgverzekeraars de functionele aanspraak hebben gerealiseerd, ontbreekt het de klant de mogelijkheid om de uiteenlopende kwaliteiten te ervaren. Maar vooral van belang is dat bij een verantwoorde toepassing van de functionele aanspraak, eerst de individuele doelstellingen van de gehoorrevalidatie in kaart worden gebracht en vervolgens na aanpassing van de hoortoestellen, wordt nagegaan in hoeverre de doelstellingen zijn gerealiseerd.

Boerhaavelaan 40 - Postbus 190 2700 AD Zoetermeer
Telefoon 079 353 12 44
Telefax
E-mail

FME CWM
Gelieerd aan de
Vereniging FME CWM

Z een voor de hand liggende en noodzakelijke aanpak in het kader van de wettelijke functionele aanspraak wordt in het systeem van zorgverzekeraars in het geheel niet toegepast.

Waar het systeem zich wel uitstekend toe leent, zijn besparingen op de inkoop van hoorzorg waardoor nu middenklasse hooroplossingen als top toestellen worden gepresenteerd. Van de classificatie van hoortoestellen in categorieën maken zorgverzekeraars gebruik om te sturen het aantal verzekerde in bepaalde categorieën. Zorgverzekeraars hebben zich dan ook zeer positief uitgelaten over de forse besparingen die zij hebben gerealiseerd en als het aan zorgverzekeraars ligt, zullen zij deze trend willen doortrekken, zonder oog te hebben voor de functionele aanspraak van de verzekerde en de reële kosten die aan een kwalitatieve hoorzorg ten grondslag liggen.

In uw evaluatie onder 4.1. vermeldt u dat onze vereniging bij de totstandkoming van het keuzeprotocol is betrokken geweest. Dit is juist voor zover het betreft de voorafgaande discussie over het systeem van zorgverzekeraars. Onze vertegenwoordigers hebben in dit stadium van het overleg aangegeven dat een al te strikte koppeling tussen zorgvraag en zorgoplossing niet verantwoord is en niet aangetoond is en dat een dergelijk systeem te ongevoelig zal zijn voor nuances die bij het vinden van oplossingen van hoorproblemen voor de klant een doorslaggevende rol kan hebben. Deze internationaal geaccepteerde standpunten kwamen de voorstanders van een voorschrijfsysteem niet goed uit en onze vertegenwoordigers werden vervolgens de deur gewezen.

Tenslotte spreken wij onze bevreemding uit over uw opvatting dat het systeem van zorgverzekeraars tegemoet zou komen aan de doelstellingen van de beleidswijziging. Vrijwel alle bij de hoorzorg betrokken partijen hebben inmiddels concrete maatregelen voor ogen om het systeem van zorgverzekeraars acceptabel te maken. Ook groeit het verzet tegen het streven naar verder gaande prijserosie die het inkoopbeleid van zorgverzekeraars tot gevolg heeft en dat er voor zorgt dat de aanbieders van hoorzorg met de laagste prijs en dito kwaliteit de standaard zullen zetten. Van een gezonde markt met concurrentie op prijs én kwaliteit is al geen sprake meer. Voorwaar een fraai resultaat van de introductie van de functionele aanspraak dat de beoogde verbetering van de kwaliteit in de verste verte niet realiseert en de hoorzorgmarkt verzielt. Onnodig te vermelden dat verzekerde, die de keuzevrijheid en behoud van vergoeding wordt ontzegd, het gelag betaald.

Vriendelijke groet,
Vereniging GAIN

Branchemanager GAIN

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevr. drs. C.B.M. N

Houten, 30 april 2015

Kenmerk : B15-3725

Uw kenmerk : 2015005612-v2 d.d. 14 april 2015

Betreft : **concept-rapport 'Evaluatie beleidswijzigingen hoorzorg'**

Geachte mevrouw N

De 8 patiëntenorganisaties voor doven, doofblinden, slechthorenden en mensen met tos (taalontwikkeling stoornissen) gaan als dé vertegenwoordigers van gebruikers van hoorhulpmiddelen graag in op uw aanbod om te reageren op het concept-rapport *'Evaluatie beleidswijzigingen hoorzorg'*.

Even opfrissen:

Standpunten patiëntenverenigingen bij invoer beleidswijziging hoorhulpmiddelen

Wij zijn voorstander geweest van het invoeren van functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen in combinatie met afschaffing van de tot dan toe geldende vergoedingslimieten en verruiming van de aanspraak door éézijdig slechthorenden

Reden hiervoor was dat wij voorzagen dat dit zou leiden tot doelmatige, kwalitatief goede, transparante, maar ook betaalbare hoorzorg. Hierdoor kunnen hoorhulpmiddelen in het basispakket van de zorgverzekering blijven, waar zij volgens 83% van de Nederlanders ook in thuishoren (Bron: NIVEL-onderzoek 2014).

Wel hebben wij gewaarschuwd voor het gelijktijdig doorvoeren van een bezuiniging, waardoor prijzen te veel onder druk komen te staan met mogelijke gevolgen voor de geleverde kwaliteit.

Het liefst zagen wij dat hoorhulpmiddelen voor 100% vergoed zouden worden vanuit de zorgverzekering, maar hebben ingestemd met invoering van een (tijdelijke) eigen bijdrage van 25% voor hoortoestellen om zo de stap naar functiegerichte verstrekking financieel mogelijk te maken. Daarbij hebben wij aangedrongen op het heroverwegen van de (hoogte) van de eigen bijdrage als daar financiële ruimte voor bestaat of als bepaalde doelgroepen in de problemen komen. Ook hebben wij gevraagd oog te hebben voor opstapeling van bijdragen naast het eigen risico.

Ten slotte hebben wij aangedrongen op invoer van een door zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten(verenigingen) gedragen protocol(len), goede monitoring en een lerende houding van alle branchepartijen.

Reikwijdte van onderliggende onderzoeken en van uw rapport

Wij willen graag helder aangeven wat in onze ogen de reikwijdte van de onderzoeken zijn die ten grondslag liggen aan dit rapport en dus ook waar de beperkingen van dit rapport liggen.

Alleen verstrekking hoortoestellen, niet van hoorhulpmiddelen

Terwijl de wetgeving gaat over alle hoorhulpmiddelen (zie Rzv art 2.10.1 a en b), beperken de twee onderzoeken die ten grondslag liggen aan uw rapport (1. CQI-onderzoek en 2. PACT-onderzoek) zich tot de hoortoestellen. Ook de financiële gegevens gaan, voor zover wij kunnen oordelen, alleen over de hoortoestellen. Uitspraken in uw rapport hebben dus alleen betrekking op hoortoestellen en niet op verstrekking en vergoeding van alle hoorhulpmiddelen.

Alleen verstrekking via audiciens, niet verstrekking onder regie van audiologen

Voor de wijze waarop audiciens hoortoestellen kunnen verstrekken is een hoorprotocol (door u

Keuzeprotocol genoemd) opgesteld onder regie van Zorgverzekeraars Nederland. Kinderen tot 18 jaar en mensen met een complexe zorgvraag moeten (volgens de NOAH4 richtlijnen) hoorhulpmiddelen verstrekt krijgen onder leiding van een klinisch fysicus audioloog. De verstrekking moet dan bij kinderen tot 18 jaar verlopen volgens het NVKF hoorrevalidatieprotocol en bij volwassenen volgens de NVKF/KKAU hoorrevalidatie richtlijn. De uitspraken in uw rapport gaan alleen over het hoorprotocol dat van toepassing is op audiciens.

Verstrekking aan kinderen niet expliciet onderzocht

Verstrekking van hoorhulpmiddelen aan kinderen tot 18 jaar moet (volgens NOAH4 protocol) plaatsvinden onder leiding van een klinisch fysicus audioloog en loopt dus via het hoorrevalidatieprotocol van audiologische centra. Wij constateren dat deze kinderen niet zijn uitgesloten voor deelname aan de CQI-vragenlijsten, maar dat deze niet expliciet zijn onderzocht. Bovendien blijken er geen kinderen te hebben deelgenomen aan het PACT-onderzoek. In uw rapport geeft u dus ook aan geen uitspraken te kunnen doen over verstrekking van hoortoestellen aan kinderen tot 18 jaar.

Hieronder treft u een schema aan dat duidelijkheid verstrekt over de reikwijdte van de onderzoeken en dus van uw rapport. Wij begrijpen de keuze voor de onderzochte groep, aangezien hoortoestellen de meest verkochte hoorhulpmiddelen zijn, de meeste hoortoestellen verkocht worden aan personen boven de 18 jaar en hierin het meeste geld omgaat. Wel vinden wij het belangrijk om helder te hebben dat delen van verstrekking van hoorhulpmiddelen niet (expliciet) in uw rapport zijn meegenomen, zoals verstrekking via audiologische centra aan kinderen en aan mensen met een complexe zorgvraag en verstrekking van overige hoorhulpmiddelen. In onze reactie hierna nemen wij deze onderdelen wel mee, omdat wij naar de verstrekking en vergoeding van alle hoorhulpmiddelen willen kijken aangezien de wetswijziging ook de volle breedte beslaat.

	Hoortoestellen		Overige hoorhulpmiddelen
	< 18 jaar	>18 jaar	
Verstrekking direct via audiciens	Niet van toepassing	Onderzocht	Niet onderzocht
Verstrekking onder leiding van klinisch fysicus audioloog	Niet uitgesloten, maar niet expliciet onderzocht	Niet uitgesloten, maar niet expliciet onderzocht	Niet onderzocht
Verstrekking via andere leveranciers overige hoorhulpmiddelen	Niet van toepassing	Niet van toepassing	Niet onderzocht

Inhoudelijke kanttekeningen t.a.v. het rapport

Hierna plaatsen wij enkele inhoudelijke kanttekeningen bij teksten opgenomen in uw rapport.

Op pagina 7 vermeld u onder 1.1 dat 'De functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelen ter correctie van stoomissen in de hoorfunctie is geïntroduceerd, en er is een eigen bijdrage van 25% ingevoerd in plaats van de tot dan toe geldende maximumvergoeding'. Graag brengen wij hierbij de nuancering aan dat de 25% eigen bijdrage alleen geldt voor hoortoestellen en tinnitusmaskeerders (zie Rzv art. 2.10.1a) en dat overige hoorhulpmiddelen (zie Rzv art. 2.10.1b) 100% worden vergoed dan wel in bruikleen worden verstrekt. Ook op pagina 10 bij 2.2.2 graag nuancering doorvoeren.

Op pagina 7 en 10 staat: "Aan de hand van het Keuzeprotocol hoorzorg wordt vastgesteld op welk type hoortoestel een slechthorende verzekerde redelijkerwijs is aangewezen." Het hoorprotocol moet echter bepalen in welke *categorie* iemand qua zorgzwaarte wordt ingedeeld, maar niet welk type hoortoestel het meest geschikt is. Dat is het domein van de audicien (of, in specifieke gevallen, van de

audioloog) en dat moet ook zo blijven: de zorgverzekeraar moet niet op de stoel van de zorgaanbieder gaan zitten.

In uw rapport staat op pagina 15 dat "Het Keuzeprotocol is opgesteld door een werkgroep van Zorgverzekeraars Nederland die bestond uit *afgevaardigden* van patiënten, audiciens en audiologen. Ook de fabrikanten zijn bij de totstandkoming van het Keuzeprotocol betrokken geweest."

Het thans geldende hoorprotocol is echter tot stand gekomen nadat zorgverzekeraars verenigd in Zorgverzekeraars Nederland in 2012 de regie van de NVVS hebben overgenomen. Na deze overname zijn weliswaar diverse specialisten betrokken, maar er is geen sprake geweest van vertegenwoordigers of afgevaardigden namens de zorgaanbieders. Patiënten(verenigingen) zijn vanaf overname van de regie door zorgverzekeraars in het geheel niet meer betrokken geweest. Er is op dit moment dus geen sprake van een zogenaamd tripartiet gedragen (dat wil zeggen door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten(verenigingen) geaccordeerd) protocol.

Eveneens op pagina 15 staat 'Welk hoortoestel binnen welke categorie thuishoort, beoordeelt de werkgroep classificatie, bestaande uit audiologen, audiciens en wetenschappers.'

Classificatie vindt op dit moment echter voor 50% plaats op basis van deze in uw rapport aangehaalde werkgroep en op 50% op basis van de inschatting van de fabrikanten met een maximale afwijking van 1 categorie.

Ook op pagina 15 staat 'het was de bedoeling dat de gegevens van de verzekerde in een digitaal hoorportaal zouden worden ingevoerd. Dat moest vervolgens automatisch leiden tot indeling van de verzekerde in een van de vijf categorieën.' Het is nooit de bedoeling geweest om van het portaal een automatisch selectietool te maken. Door het invullen van de Amsterdamse Vragenlijst zou er een eerste indicatie van een categorie komen, maar de vaststelling moet gebeuren mede op basis van de mate en soort gehoorverlies en specifieke wensen/eisen van de cliënt.

Algemene reactie op beleidswijziging

Voortzetten ingeslagen weg, maar verbeteringen noodzakelijk

Naar onze mening onderstreept uw evaluatierapport een groot aantal aspecten die wij voorzien hadden bij introductie van de wets- en beleidswijziging.

We zien stabilisering dan wel een lichte verbetering op bijna alle bevraagde onderdelen die gaan over kwaliteit van de onderzochte hoorzorg. De sterkste verbetering is te zien op prijs/prestatie-verhouding van de hoortoestellen. Dat laatste is verklaarbaar uit het feit dat mensen fors minder (37 – 51%) hoeven bij te betalen. Dit onderstreept voor ons dat het vorige systeem een prijsopdrijvend systeem was waar mensen soms onnodig dure hoortoestellen aanschafte en dat bewuste inkoop van zorgverzekeraars in het huidige systeem effect heeft.

Op papier kunnen alle mensen die op zoek zijn naar hoorhulpmiddelen goed geholpen worden binnen het systeem (dat wil zeggen binnen de categorisering, maar met de mogelijkheid van een extra proef en extra zorgaanvraag als men er binnen de oorspronkelijk geïndiceerde categorie niet uitkomt of met de mogelijkheid van doorverwijzing naar een audiologisch centrum).

Invoering van de beleidswijziging heeft niet gezorgd voor een toename in de kosten voor de zorgverzekeraars.

Kortom, de kwaliteit van geleverde hoorhulpmiddelen blijft na doorvoering van de beleids- en wetswijziging gemiddeld genomen gehandhaafd, dan wel laat een lichte verbetering zien. Personen die een hoortoestel aanschaffen betalen gemiddeld minder bij en bovendien is de beleidswijziging nagenoeg budgetneutraal doorgevoerd. Wij zijn daarom voorstander van het voortzetten van de ingeslagen koers.

Dat wil niet zeggen dat wij tevreden zijn. Mede op basis van uw rapport en ook op basis van recente ontwikkelingen in de hoorbranche maken wij ons zorgen en benadrukken wij dat er verbeteringen moeten worden doorgevoerd. Daarbij maken wij een splitsing tussen verbeteringen aangaande de wetgeving, het protocol of het inkoopbeleid.

Onze verbeterpunten

1. **Wetgeving: discussie adequaat en optimaal**

Op pagina 19 wordt melding gedaan van de mogelijkheid dat 'een verzekerde voor een adequate hooroplossing uitkomt op een hoortoestel buiten de categorie waarin hij/zij is ingedeeld, of zelfs op een hoortoestel dat niet binnen het Keuzeprotocol is geclassificeerd. In dat geval bestaat het risico dat de verzekerde het hoortoestel niet vergoed krijgt.'

Het PACT-onderzoek laat duidelijk zien dat deze situatie zich in de praktijk voordoet, omdat zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet altijd juist handelen. Maar we willen sterk benadrukken dat iedereen het wettelijke recht heeft op verstrekking en vergoeding van dat hoorhulpmiddel of die combinatie van hoorhulpmiddelen waarmee die persoon kan functioneren. Ook als dit een oplossing vereist buiten de geïndiceerde categorie of zelfs geheel buiten de geïndiceerde hoortoestellen om. Uiteraard moet de noodzaak hiervan dan onderbouwd worden. Maar juist wanneer mensen kennelijk in een zo'n ingewikkelde (hoor)situatie zitten dat een adequate hooroplossing niet te realiseren is binnen de eigen categorie of niet met de geïndiceerde hoortoestellen, moet het recht op functiegerichte verstrekking (en daarmee gepaarde vergoeding) gegarandeerd zijn.

Dit maakt dat wij behoefte hebben aan duidelijkheid in definities. In de wet wordt gesproken over adequate hoorzorg, maar er wordt in het midden gelaten wanneer er sprake is van adequaat. In de praktijk zien wij dat zowel audiciens als zorgverzekeraars het woord adequaat aangrijpen om (duurdere) hoorhulpmiddelen niet te hoeven verstrekken. Men maakt een verschil tussen adequaat en optimaal. Wij zijn als patiëntenverenigingen voorstander dat mensen kunnen bijbetalen voor eigenschappen die 'luxe' zijn, maar niet dat mensen moeten bijbetalen voor eigenschappen van hoorhulpmiddelen die je gewoon nodig hebt om te kunnen functioneren. Eigenschappen die nodig zijn om soort en mate van gehoorverlies te compenseren, maar ook eigenschappen die nodig zijn om in complexe situaties te kunnen functioneren en/of die nodig zijn ter compensatie van een andere hooraandoening of andere handicap. Wij roepen u en de branche op om duidelijkheid te verschaffen over het verschil tussen 'adequaat' en 'luxe'.

2. **Wetgeving: reparatie rondom kinderen**

Zoals bij de reikwijdte van uw rapport al aangegeven en ook in uw rapport zelf vermeld staat, is er geen expliciet onderzoek gedaan naar vergoedingen van hoortoestellen voor kinderen tot 18 jaar. Als patiëntenverenigingen krijgen wij vanuit diverse audiologische centra signalen dat er ouders zijn die de eigen bijdrage niet kunnen (of willen) betalen, waardoor kinderen niet de beschikking krijgen over (een) hoortoestel(len) die zij nodig hebben om te kunnen functioneren. Kinderen kunnen zelf niet de regie in handen nemen en zijn afhankelijk van de keuzes die hun ouders maken. Maar ieder kind in Nederland heeft het recht om mee te mogen doen in onze samenleving. Daarom hebben wij al eerder de minister verzocht om hoortoestellen voor kinderen tot 18 jaar 100% te vergoeden en doen wij hierbij opnieuw deze oproep. Wij vragen om een reparatie van de wetgeving op dit punt. De financiële gevolgen hiervan zijn verwaarloosbaar op de totale omzet van de hoorzorg, laat staan op de totale zorgkosten in Nederland. Wij hebben hiervoor een aparte notitie geschreven. Deze notitie wordt onderstreept door een verklaring die op 18 april jl. is ondertekend door alle Europese patiëntenorganisaties voor slechthorenden. Beide documenten zijn als bijlagen bijgesloten.

3. **Wetgeving: in toekomst heroverweging 25% eigen bijdrage**

Hoewel het prettig is te constateren dat steeds minder mensen problemen ervaren met het betalen van de eigen bijdrage, willen wij benadrukken dat nog steeds 28% van de mensen die een hoortoestel hebben aangeschaft de betaling als een probleem ervaren en 5 tot 6% de betaling als een groot probleem heeft ervaren (zie pag. 23 en 24 van uw rapport). In de onderzoeken zijn alleen mensen meegenomen die een hoortoestel hebben aangeschaft. Er is niet onderzocht of er mensen zijn die hebben afgezien van de aanschaf van een hoortoestel

omdat zij de eigen bijdrage niet konden betalen. Nader onderzoek hiertoe zou wenselijk zijn. Wij hebben bij introductie van de wetwijziging aangegeven akkoord te gaan met de 25% eigen bijdrage (hoewel dit in onze ogen eigenlijk een discriminerende regel is), onder voorwaarde dat verlaging of gehele afschaffing van dit percentage overwogen zou worden als daar financiële mogelijkheden toe zijn. Helaas wordt hierover in uw rapport geen uitspraken gedaan. Wel blijkt uit de cijfers geanalyseerd door Ecorys dat de regeling budgetneutraal is uitgevoerd. Daaruit trekken wij de conclusie dat op dit moment er geen ruimte is om het percentage van 25% voor alle verzekerden (dus niet alleen voor kinderen maar ook voor volwassenen) te verlagen. Wel willen wij dat deze optie in de toekomst, mede op basis van nader onderzoek naar zorgmijding, opnieuw wordt bekeken.

4. Protocol hoorzorg: doorvoeren protocol 2.0 en regelgeving voor continu verbeteren

In het PACT-onderzoek dat ten grondslag ligt aan uw rapport wordt terecht een verschil gemaakt tussen wat op papier is vastgelegd in het hoorprotocol en hoe er in de praktijk door audiciens, maar ook door zorgverzekeraars wordt gehandeld.

Het onderzoek toont aan dat er geen sprake is van een uniforme aanpak en dat instrumenten (zoals de rekenformule behorende bij de Amsterdamse vragenlijst, maar ook post-metingen) niet worden gebruikt. Audiciens delen thans naar eigen inzicht en deskundigheid (maar zonder inzet van instrumenten die tot meer uniformiteit en transparantie moeten leiden) mensen in een zorgzwaarte-categorie in. Daarbij is het opvallend hoe vaak personen in categorie 3 worden ingedeeld. Ook de mogelijkheid om een tweede proef aan te gaan of een extra zorgaanvraag in te dienen als men er binnen de geïndiceerde categorie niet uitkomt, zijn op papier goed geregeld maar worden in praktijk nauwelijks ingezet. Doorverwijzen naar audiologische centra op grond van de in het NOAH4 protocol (dat ten grondslag ligt aan het hoorprotocol) opgestelde criteria (bijvoorbeeld voor meervoudig gehandicapten en als men na 3 maanden niet tot een goede hooroplossing is gekomen) wordt te vaak achterwege gelaten. Blijkbaar is ook niet altijd duidelijk dat doofblinden vallen onder de meervoudig gehandicapten en moeten worden doorverwezen.

Naast gebrek aan kennis over de inhoud, is de belangrijkste oorzaak van het niet volgen van het hoorprotocol volgens ons het feit dat dit protocol niet door alle partijen wordt gedragen. Audicienbedrijven en hoortoestelfabrikanten hebben forse kritiek geuit op het hoorprotocol. Op basis van de kritiek is er, dit keer met instemming van alle partijen, een hoorhulpmiddelenprotocol 2.0 opgesteld. Dit protocol zal in een pilot moeten worden getest en de verbeteringen moeten wat ons betreft per 1 januari 2016 worden doorgevoerd.

Een goede ontwikkeling als deze pilot volgens planning wordt uitgevoerd, maar de kans is groot dat ook deze pilot niet van de grond komt. Dan duurt het dus meer dan 3 jaar voordat verbeteringen worden doorgevoerd. Deze periode vinden wij als patiëntenverenigingen te lang. Wij vinden dat er gekeken moet worden hoe verbeteringen in de (hoor)zorg sneller kunnen worden doorgevoerd. Wij bepleiten wet-/regelgeving die er in voorziet dat er tweejaarlijks een door alle branchepartijen gedragen evaluatie moet plaatsvinden met daaraan gekoppeld verbeterpunten.

5. Protocol hoorzorg: doorvoeren protocol 2.0 vanwege totaaloplossing

Zoals aangegeven beperkt uw rapport zich tot evaluatie van het verstrekken en vergoeden van hoortoestellen.

Er is sinds de invoering van het functiegericht verstrekken geen protocol voor overige hoorhulpmiddelen van kracht. Veel verzekeraars hanteren nog de criteria behorende bij het vorige systeem. Er is dus 3 jaar geleden bij wetwijziging bepaald dat alle hoorhulpmiddelen functiegericht verstrekt moeten worden, maar dit is voor overige hoorhulpmiddelen (niet zijnde hoortoestellen) dus nog niet geregeld. In hoorhulpmiddelenprotocol 2.0 wordt wel een aanzet gegeven tot het functiegericht verstrekken van alle hoorhulpmiddelen, omdat gekeken wordt naar een totaaloplossing. Niet langer wordt eerst het hoortoestel geselecteerd en dan pas naar eventuele aanvullende hoorhulpmiddelen gekeken (met alle connectiviteitsproblemen

van dien). In dit nieuwe protocol wordt vanaf het begin gekeken naar welke combinatie van hoorhulpmiddelen iemand nodig heeft om te kunnen functioneren. Dat is zoals de wet bedoeld is. Een tweede reden dus waarom patiëntenverenigingen doorvoering van hoorhulpmiddelenprotocol 2.0 bepleiten.

Overigens vinden wij dat het denken vanuit een totaaloplossing ook zou moeten plaatsvinden als hoorhulpmiddelen verstrekt worden door meerdere partijen die zich niet hoeven te houden aan hoorhulpmiddelenprotocol 2.0. Dat wil zeggen als verstrekking van hoorhulpmiddelen plaatsvindt via een combinatie van audiologische centra, CI-centra, audiciens en/of leveranciers van overige hoorhulpmiddelen. Dit vereist samenwerking tussen deze partijen.

6. Protocol hoorzorg: transparantie

Niet meegenomen in uw rapport, maar wel voor ons als patiëntenverenigingen van belang is transparantie van de hoorzorg.

De database waarin geclassificeerde hoortoestellen zijn ondergebracht is niet publiek toegankelijk. Als patiënt kan je niet nakijken in welke categorie jouw toestel is ingedeeld of andersom: welke toestel- en merkmogelijkheden er zijn in jouw categorie. Het niet publiekelijk maken van deze informatie gaat zelfs zo ver dat wij als patiëntenverenigingen geen inzage krijgen in de database. Dit gebrek aan transparantie is ons een doorn in het oog. De informatie is nodig om mensen keuzemogelijkheden voor te houden. Mensen moeten weten welke hoortoestellen in welke categorie zijn ingedeeld, zodat zij eigenschappen en ervaringen kunnen vergelijken.

Geef patiënten en patiëntenorganisaties volledige toegang tot data zodat zij bewust kunnen kiezen tussen verschillende hoorhulpmiddelen via het vergelijken van eigenschappen. Te beginnen met toegang tot www.databasehoortoestellen.nl.

7. Nader onderzoek naar werking protocol en richtlijn hoorrevalidatie audiologische centra (met speciale aandacht voor meervoudig gehandicapten)

Het PACT-onderzoek heeft de zorg die geleverd wordt aan meervoudig zintuigelijk gehandicapten zoals doofblinden en aan mensen die naast een auditieve beperking ook een lichamelijke en/of verstandelijke beperking hebben niet onderzocht. Verstrekking van hoorhulpmiddelen aan deze groepen mensen verloopt niet via het hoorprotocol audiciens, maar bij kinderen tot 18 jaar via het hoorrevalidatieprotocol en bij volwassenen via de richtlijn hoorrevalidatie onder regie van audiologische centra.

Zoals eerder al gemeld is ook voor deze personen een totaaloplossing van groot belang. Bovendien worden er andere en aanvullende eisen gesteld aan de (afstelling van) hoorhulpmiddelen. Het aanpastraject is langduriger, vraagt om intensievere begeleiding en vraagt vaak ook om meer tussentijdse aanpassingen bij een progressieve achteruitgang van één van de handicaps. Dat is ook de reden dat deze personen moeten worden begeleid door audiologen en niet door audiciens. Audiologen moeten dan ook over de benodigde specifieke kennis beschikken en goede afstemming hebben met andere medici.

Navraag bij enkele klinisch fysicus audiologen geven tegenstrijdige informatie of het hoorrevalidatieprotocol en de richtlijn van toepassing zijn op doofblinde mensen.

De toepassing van het hoorrevalidatieprotocol voor kinderen en de richtlijn hoorrevalidatie voor volwassenen door audiologische centra, op welke groepen deze van toepassing zijn en de klantervaringen hieromtrent zouden nader onderzocht dienen te worden.

8. Inkoopbeleid: focus op kwaliteit en controle

In het PACT-onderzoek staat dat niet alle cliëntendossiers compleet zijn, dat voor de slechthorende niet duidelijk is in welke categorie iemand is ingedeeld, dat er bij onvrede over het functioneren met het hoortoestel zelden een extra zorgaanvraag wordt gedaan en dat er ook niet altijd goed wordt doorverwezen.

De CQI-resultaten laten in het algemeen weliswaar een positief beeld zien, maar tonen ook aan dat de keuzevrijheid onder druk staat. Eigen analyse van CQI laat zien dat respondenten

in 2014 hun hoortoestel minder de moeite waard vinden dan in 2012 (3,04 in 2014 versus 3,15 in 2012 op een schaal van 1 tot 4). Ook zijn de respondenten in 2014 minder positief over de vraag of hun hoortoestel tot een verandering in hun levensvreugde heeft geleid (3,10 in 2014 versus 3,23 in 2012 op een schaal van 1 tot 4) en er is een negatieve trend bij het kunnen meebeslissen over het type en merk hoorhulpmiddel (2014: 48,8% versus 64,3% in 2012). Respondenten geven te kennen dat informatie over de eigen bijdrage tijdens het eerste gesprek is gedaald (2014: 64,2% versus 71,2% in 2012).

Trends die we in de gaten moet houden.

De interpretatie van NIVEL is dat de nazorg over het geheel een lichte verbetering laat zien.

Zelf concluderen wij uit onze analyse dat de nazorg van reparaties juist verslechterd is.

Diverse technische diensten in Nederland zijn opgeheven. Hoortoestellen moeten daarom

vaker naar het buitenland worden opgestuurd voor reparatie. Mensen moeten dan een langere periode (circa 2 weken) zonder hun eigen hoortoestel doen, omdat blijkt dat lang niet altijd een vervangend hoortoestel wordt verschaft. Hetgeen wel zo in de voorwaarden is geregeld. Bovendien moet dit een passend vervangend hoortoestel zijn, dus ook mensen met specifieke (instelling van hun) hoortoestellen moeten een dusdanig vervangend hoortoestel krijgen dat zij er goed mee kunnen functioneren.

Hoe is het mogelijk dat zorgverzekeraars zeggen meer naar kwaliteit te willen kijken, maar bij hun inkoop in 2016 weer de focus leggen op nog scherpere prijsonderhandelingen? Wij roepen zorgverzekeraars met klem op om hun focus te verschuiven van prijsbeleid naar kwaliteitsbeleid en daarbij speciale aandacht te hebben voor:

- het verbeteren van de keuzevrijheid,
- het aanbod aan mensen met een complexe zorgvraag,
- de nazorg,
- het naleven van reeds vastgelegde afspraken en
- op een gezamenlijk uit te voeren klantervaringsonderzoek.

Focus op kwaliteit leidt vaak tot kostenbeheersing en focus op prijs leidt op lange termijn vaak tot meer kosten omdat fouten hersteld moeten worden en tot afname van de kwaliteit.

9. Inkoopbeleid: verdeelsleutel en quotums per categorie onacceptabel

Niet vermeld in uw rapport, maar wel een nieuwe trend die wij reeds bij een enkele verzekeraar constateren is het hanteren van een vooraf afgesproken procentuele verdeling over de vijf in het protocol vastgestelde categorieën en/of het hanteren van een quotum daarbij. Wat ons betreft is dat onacceptabel.

Een audicien mag nooit 'gestraft' worden voor het feit dat deze meer cliënten met complexe hoorzorg in haar vestiging(en) krijgt. Een dergelijk beleid zou immers ongewenste effecten kunnen hebben. Het kan zijn dat audiciens cliënten met complexere zorg gaan weigeren door deze door te sturen naar andere audiciens. Het kan zijn dat audiciens cliënten op het eind van het jaar vragen om met aanschaf tot volgend jaar te wachten omdat ze in de categorie waarin de cliënt is ingedeeld al aan hun plafond zitten. Of nog erger: cliënten krijgen niet de hooroplossing waarmee zij kunnen functioneren omdat ze onterecht worden ingedeeld in een andere categorie. Dit kan en mag nooit de bedoeling zijn van goede hoorzorg.

Samenvattend

Kortom, als dé vertegenwoordigers van de gebruikers van hoorhulpmiddelen blijven wij voorstander van functiegerichte verstrekking van hoorhulpmiddelen. Na een kleine, maar belangrijke, reparatie van de wetgeving rondom het vergoeden van hoortoestellen voor kinderen, zijn wij van mening dat deze wetgeving goed is zoals die nu is geformuleerd. Wel zouden we nog graag een nadere duiding krijgen over het begrip 'adequaat' en pleiten wij voor onderzoek naar zorgmijding. Op basis hiervan zou opnieuw gekeken moeten worden naar het verlagen dan wel afschaffen van de 25% eigen bijdrage.

Verbeteringen zijn noodzakelijk en zitten wat ons betreft vooral in het hoorprotocol en het inkoopbeleid.

Het is onacceptabel dat drie jaar na de wetwijziging overige hoorhulpmiddelen (niet zijnde de hoortoestellen) nog steeds niet functiegericht worden verstrekt en er geen verbeteringen in het protocol zijn doorgevoerd vanwege de belangtellingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierdoor komen de ontwikkelingen in de hoorbranche tot stilstand. We bepleiten doorvoering van hoorhulpmiddelenprotocol 2.0 en wet-/regelgeving die erin voorziet dat er tweejaarlijks een, door alle branchepartijen gedragen evaluatie moet plaatsvinden met daaraan gekoppeld doorvoering van verbeteringen.

Zorgverzekeraars zouden bij hun inkoopbeleid de focus moeten leggen op kwaliteit in plaats van op prijs en daarbij vooral oog moeten hebben voor keuzevrijheid, complexe zorg, nazorg en het naleven van contractafspraken. Het hanteren van procentuele verdeelsleutels over patiëntcategorieën en quotums is onacceptabel.

Daarnaast moet ook de zorg geleverd aan doelgroepen volgens het hoorrevalidatieprotocol voor kinderen en de richtlijn hoorrevalidatie voor volwassenen van audiologische centra worden onderzocht

Met onze reactie hebben wij een bijdrage te leveren aan optimale participatie van doven, doofblinden, slechthorenden en mensen met taalontwikkelingsstoornissen van jong tot oud in een maatschappij waarin alles draait om communicatie en participatie

Met vriendelijke groet

Namens de 8 patiëntenorganisaties

Directeur Stichting Hoormij

Postbus 129, 3990 DC Houten

Bijlage 1

Laat kinderen met een hoorbeperving niet onnodig in isolement geraken

100% vergoeding van hoortoestellen voor kinderen tot 18 jaar

Wat is er aan de hand?

Patiëntenverenigingen krijgen signalen van klinisch-fysici audiologen dat diverse ouders van slechthorende en dove kinderen afzien van de aanschaf van hoortoestellen voor hun kind. De reden daarvan is de invoering van de 25% eigen bijdrage per 1 januari 2013. Stichting Hoormij vindt het een slechte zaak als om financiële redenen wordt afgezien van de aanschaf van een hoortoestel voor een slechthorend of doof kind. Zonder hoortoestel stopt de auditieve ontwikkeling van deze kinderen. Deze is essentieel voor de taalontwikkeling, de cognitieve en sociale ontwikkeling van deze kinderen. Juist in de voor hun ontwikkeling cruciale levensjaren, moeten zij kunnen beschikken over adequate hoorrevalidatie. Daarom een pleidooi om hoortoestellen voor kinderen tot 18 jaar 100% te vergoeden.

Sociaal contact en sociale acceptatie zijn basisbehoeften van de mens en zeker van opgroeiende kinderen. Goed communiceren is een voorwaarde hiervoor. Slechthorende en dove kinderen in het reguliere onderwijs voelen zich dan ook vaker dan hun goedgehoorde leeftijdgenoten onzeker, eenzaam en kunnen hierdoor psychische problemen krijgen. Problemen die invloed kunnen hebben op de rest van hun leven (*Bron: Kentalis 2012, Wolters e.a.*). Naast het persoonlijk leed, kunnen dergelijke achterstanden op latere leeftijd ook leiden tot maatschappelijke kosten. Zo is met 50% de werkloosheid onder doven en zwaar slechthorenden nu al relatief hoog (*Bron: OSA-Tilburg 2007*).

De reden dat ouders van slechthorende en dove kinderen afzien van de aanschaf van hoortoestellen voor hun kind is dat zij niet altijd in staat zijn om de 25% eigen bijdrage te betalen. Bij aanschaf van twee hoortoestellen gaat het daarbij gemiddeld om 25% van 1.400 ofwel 350 euro. Alleen wanneer ouders voor hun kind een aanvullende verzekering hebben afgesloten kunnen de kosten voor hoortoestellen soms geheel of gedeeltelijk gedekt worden. Maar het gaat juist om kinderen van ouders die het financieel moeilijk hebben en meestal geen goed dekkende aanvullende verzekering hebben. Om hoeveel kinderen het gaat is niet direct in cijfers uit te drukken. Een rondvraag bij audiologische centra leverde direct al vanuit diverse hoeken bevestigingen op.

In oude regeling ook speciale plek

Overigens hadden kinderen in de Regeling Hulpmiddelen tot en met 2012 een gunstigere positie met betrekking tot de vergoeding van hoortoestellen. In die regeling konden zij steeds aanspraak maken op het hoogste vergoedingsbedrag (in 2012 € 691,-) en werden niet geconfronteerd met lagere bedragen die voor volwassenen van toepassing waren.

Steun van gehele hoorbranche en ook Europees

Volledige vergoeding van hoortoestellen vergroot de ontwikkelingskansen van een slechthorend kind. Daarom ondersteunen alle partijen actief in de hoorbranche de noodzaak van gratis hoorhulpmiddelen voor kinderen en hebben zij allen een eerste verzoek hiertoe richting de minister ondertekend. Ook diverse Europese landen hebben hier oog voor en hebben volledige vergoeding geregeld voor kinderen. Wij zijn voor, zover bij ons bekend, het enige Europese land waarbij er geen zogenaamde “nuleuro”-toestellen voor kinderen zijn (m.u.v. speciale tijdelijke acties van audiciens). Dit wordt nog eens ondersteund door een Europees statement dat op 18 april ondertekend wordt door de leden van de EFHOH, de Europese organisaties voor slechthorenden, waarin zij stellen dat slechthorenden toegang moeten hebben tot kwalitatief goede hoorhulpmiddelen.

Dit alles is voor de Stichting Hoormij reden ervoor te pleiten dat kinderen tot 18 jaar voortaan hun hoortoestellen 100% vergoed krijgen.

Wat kost 100% vergoeding voor kinderen?

Zeker afgewogen tegen de maatschappelijke kosten op latere leeftijd, vallen de kosten alleszins mee. Geschat wordt dat 100% vergoeding – van de huidige 75% naar 100% - van gehoorapparaten voor kinderen de maatschappij circa 280.000 euro per jaar gaat kosten. De vervanging van hoortoestellen bij slechthorende kinderen is om de ca. 5 jaar aan de orde. Het gaat om een in omvang beperkte groep van ongeveer 4.000 kinderen, maar dat maakt het belang voor elk individueel kind er niet minder om.

Geraamde kosten 100% vergoeding hoortoestellen voor kinderen < 18 jaar: Nederland

Aantal slechthorende/dove kinderen	Gemiddelde levensduur hoortoestel in jaren	Aantal kinderen per jaar met 2 nieuwe hoortoestellen	Gemiddelde Eigen Bijdrage in € per toestel	Totale kosten op jaarbasis in € voor
4.000	5	800 kinderen 1.600 toestellen	175 *)	280.000

*) zonder rekening te houden met aanvullende verzekering

Gelet op de geringe omvang van de doelgroep is het reëel om onnodige bureaucratie met bijbehorende kosten te voorkomen. Een inkomensafhankelijke regeling is daarom ongewenst.

Hoe zit het met precedentwerking?

Waarom wel 100% vergoeding van hoortoestellen voor kinderen en niet voor alle medische hulpmiddelen die kinderen vanwege een fysieke of psychische handicap nodig hebben?

Hoortoestellen vallen onder de categorie hulpmiddelen conform het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Raadpleging van het Reglement Hulpmiddelen leert dat het vragen van een eigen bijdrage voor hulpmiddelen t.b.v. kinderen eerder uitzondering is dan regel. Van de circa 130 (categorieën) hulpmiddelen op de lijst van het Hulpmiddelen Reglement kennen naast hoortoestellen slechts 4 categorieën een eigen bijdrage. Als sprake is van een eigen

bijdrage is deze wettelijk geregeld. De hulpmiddelen waarvoor thans een eigen bijdrage wordt gevraagd staan in de volgende tabel.

Hulpmiddelen met eigen bijdrage 2015, uitgezonderd hoortoestellen:

Hulpmiddel	Eigen bijdrage
Orthopedisch schoeisel	< 16 jaar 70 €, ≥ 16 jaar € 140
Allergeenvrije schoenen	< 16 jaar € 70, ≥ 16 jaar € 140,50
Brillen met visuscorrectie (ptosisbrillen, kappenbrillen en brillenglazen, als verzekerde < 18 jaar)	€ 55,50 per brillenglas/lens, met een maximum van € 111 per kalenderjaar
Lenzen met visuscorrectie (corneale lenzen, scleralenzen, bandagelenzen)	gebruiksduur > 1 jaar € 55,50 per lens, gebruiksduur < 1 jaar € 111 per kalenderjaar, bij één oog € 55,50 per kalenderjaar

Veruit de meeste hulpmiddelen worden dus al 100% vergoed voor kinderen. En als er een bijdrage wordt gevraagd is deze voor kinderen vaak lager, terwijl voor hoortoestellen de bijdrage gelijk is voor kinderen en volwassenen.

Bovendien is alleen bij hoortoestellen sprake van een echte 'eigen bijdrage'. Bij orthopedisch schoeisel en allergenvrije schoenen is sprake van een besparingsbijdrage. Een bijdrage die gevraagd wordt omdat men anders ook schoenen had moeten aanschaffen.

Bovendien is het vreemd dat er voor kinderen tot 18 jaar bewust geen 'eigen risico' is ingevoerd en dat er voor een paar specifieke hulpmiddelen dan toch een eigen bijdrage wordt gevraagd.

Ten slotte hebben wij als patiëntenverenigingen al direct bij de introductie van het functiegerichte verstrekken van hoorhulpmiddelen aangegeven dat de eigen bijdrage veranderd moest kunnen worden als dat noodzakelijk is voor een deeldoelgroep of als er financiële ruimte is voor de totale doelgroep.

Wachten op evaluatie van de Zorgverzekeringswet?

NVVS, sinds 1 januari 2015 onder de paraplu van de Stichting Hoormij, heeft het initiatief genomen tot het schrijven van een brief op 19 juli 2013, ondertekend door alle branchepartijen, met het verzoek aan de minister van VWS om 100% vergoeding voor slechthorende etc. kinderen te realiseren. Dat verzoek heeft de minister met haar brief van 3 maart 2014 afgewezen met als reden dat de minister eerst het evaluatieonderzoek door het Zorginstituut Nederland van de nieuwe Zorgverzekeringswet wil afwachten. Echter, het evaluatieonderzoek bevat geen vragen over het onderwerp '100% vergoeding voor kinderen'. Daarom heeft de NVVS op 17 april 2014 een hernieuwd verzoek ingediend. Dat is weer afgewezen door VWS (brief 28-8-2014). Gelet op de aan het begin van deze notitie aangegeven urgentie van het probleem heeft de Stichting Hoormij opnieuw een ambtelijk overleg met VWS gevoerd. De ambtenaren hebben aangegeven dit punt te agenderen voor het overleg 'pakketbrief/maatregelen' van de vaste kamercommissie VWS in juni 2015.



STEDINGS PLATS



MEDELANDSCHE
DOVE JONGEREN



Oogvereniging
Oogvereniging

Bijlage 2 EFHOH-statement (zie aparte pdf)

Essen Declaration 2015



European Federation of Hard of Hearing People

“Access to hearing aids is access to opportunity”

All persons have a right to equal opportunity in the world. For 51 million hard of hearing people in the European Union this right can be best fulfilled through state-funded provision of hearing aids and the proliferation of assistive listening devices (ALD). For these many millions of people, including children and youth access to hearing aids is access to opportunity.

On behalf of the 51 million Europeans with hearing loss¹, the European Federation of Hard of Hearing People (EFHOH) Annual General Meeting in Essen, Germany is calling for all Member States to guarantee access to affordable, good quality, professionally approved hearing aids, ALD and the training and support standards to use them successfully. No one should be priced out of equal opportunity.

Access to Education and Employment: Hearing aids together with compatible assistive listening devices (ALD) provide cost effective access to education and further education, and as such to improved employment prospects. This is crucial to lowering unemployment levels among hard of hearing people.

Access to Rehabilitation: The use of hearing aids is also the most effective means of support provision for the majority of people who experience hearing loss. This is, however, reliant on certain standards being met. In its EU Standard (EN 15927) entitled Services Offered by Hearing Aid Professionals², the European standardization authority ANEC recognises that the process of providing a hearing aid must include rehabilitation. If this standard is not met then the hearing aid will not be effective, and the state and healthcare providers will incur further costs.

Access to an Independent Life: All governments have an obligation under Article 5 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities³ (UNCRPD) to ensure that persons with disabilities are able to lead full and independent lives. Hearing aids improve quality of life in all areas: communication, socialisation, education, employment, leisure and ultimately inclusion in society. This combination of factors has proven implications for the positive wellbeing of those who experience a hearing loss.

Rationale: Approximately 10% of the population of the European Union has some sort of hearing loss. Research suggests that those with hearing difficulties are at much greater risk of exclusion from the labour market. This has a negative effect on individual lives but also on national economies. For example, underemployment in those with hearing loss cost the UK economy an estimated £25bn (approx. €33.5bn) in 2013⁴. This vastly outweighs the cost of state funded hearing aid provision.


European Federation of Hard of Hearing People EFHOH

Marcel Bobeldijk
President

International Federation of Hard of Hearing People, IFHOH

Dr Ruth Warick
President

International Federation of Hard of Hearing Young People



Sidsel Munkebo Hansen
President

¹ - - - - -

AUTONOME PROVINZ BOZEN SÜDTIROL
Österreichischer
Schwerhörigenbund
ÖSB

BELGIUM
'Onder Ons'
Vereniging van en voor
volwassen
slechthorenden en
doofgewordenen

BELGIUM
Hörgeschädigte
Belgiens VoG

CZECH REPUBLIC
Svaz neslyšících a
Nedoslýchavých v ČR

CZECH REPUBLIC
Česká Unie Neslyšících

DENMARK
Høreforeningen

FINLAND
Kuuloliitto r.y

FINLAND
Svenska
hörselförbundet rf

FRANCE
Bureau de Coordination
des Associations de Devenus
Sourds et Malentendants
BUCODES

GERMANY
Deutscher
Schwerhörigen Bund
e.V.

GERMANY
Deutsche Tinnitus-Liga
e.V.

GERMANY
Internationaler Verband
für Schwerhörigen-
Selbsthilfegruppen e.V.

HUNGARY
Siketek és Nagyothallók
Országos Szövetsége -
SINOSZ

IRELAND
Hearing Loss Ireland

NETHERLANDS
NVVS

SLOVENIA
Zveza Drustev Gluhih
in Naglusnih, Slovenije

SWEDEN
Hörskadade
Riksförbundet

SWITZERLAND
Pro auditos Schweiz

UNITED KINGDOM
National Association of
Deafened People

UNITED KINGDOM
Action on Hearing Loss

Verzonden: vrijdag 15 mei 2015 12:15

Onderwerp: RE: Consultatie conceptrapport Evaluatie beleidswijzigingen hoorzorg

Geachte mevrouw N

Dank voor het toezenden van de conceptrapportage. Ten aanzien hiervan wil ik de input beperken tot een drietal opmerkingen. Alvorens dit te doen wil ik aangeven dat met het invoeren van de nieuwe aanspraak per 01-01-2013 een aantal aspecten gelijktijdig zijn doorgevoerd:

1. Procentuele eigen bijdrage
2. Aanspraak per oor
3. Invoeren van database voor hoortoestellen
4. Classificeren van zorgvraag in categorieën

Deze aspecten zijn geen eigenstandige aspecten, maar zijn volop in interactie met elkaar.

Inperking van assortiment

De maximale hoorrevalidatie in combinatie met bijbehorende hoortoestellen/audiologische hulpmiddelen (en dat mag zeker niet worden vertaald naar de duurste hoortoestellen/hulpmiddelen) is geen onderdeel meer van de te verzekeren prestatie.

De bijzondere zorgvraag buiten de hoortoesteldatabase laat zich het best omschrijven als een onbegaanbare weg met tal van hindernissen welke continue aan verschuiving onderhevig zijn. Doorlooptijden van meer dan 6 maanden met steeds wisselende eisen en criteria vanuit zorgverzekeraars zijn hierbij eerder regel dan uitzondering. Kortom een onuitvoerbaar traject.

HoorProfs is zeker voorstander van doelmatigheid, maar maakt zich ernstig zorgen over actuele situatie die in toenemende mate neigt naar onderverzorging.

Klanttevredenheid

De rapportage gaat in op ervaringen van de klant. Voor en na de beleidswijziging. Hierbij is het van evident belang te signaleren dat in de nieuwe aanspraak de klant zelf minder betaalt dan voorheen.

Wat niet naar voren komt is:

- Of de klant door de lagere eigen betaling minder kritisch is geworden.
- Of de klant zijn verwachtingen naar beneden heeft bijgesteld door de lagere eigen betaling.
- Welke hoortoesteltechniek er is geleverd bij:
 1. Eerste aanpassingen
 2. Herhaalverstrekingen
 - Eén van de uitgangpunten van het hoorprotocol is dat er geen teruggang in techniek mag zijn bij vervanging. Hanteren van Status Quo is achteruitgang. De techniek staat immers niet stil.
Dit staat op gespannen voet met het invoeren van de functionele aanspraak. Eén van de doelstellingen van de functionele aanspraak is het mogelijk maken van innovatie en nieuwe technieken.

Kosten Zorgverzekeraar

Onder 5.2.1 is de onderstaande passage opgenomen:

"De gemiddelde vergoeding door de zorgverzekeraar nam na de beleidswijzigingen met ongeveer 21,9% toe."

En ook in de rapportage van W D /Pact is een dergelijke passage opgenomen.

Hierbij wordt echter voorbijgegaan aan de onderliggende inhoud van deze kosten.

Namelijk 5 jaar functionerende hoorzorg inclusief:

- Alle reparaties
- Alle oorstukjes (OOK BIJ KINDEREN !!)
- Alle verbruiksmaterialen
- Negatieve proeven

EN

- Het risico van vervanging van het hoortoestel
 - o Het financiële risico van vroegtijdige vervanging van het hoortoestel is verschoven van zorgverzekeraar naar audicienbedrijf.

Het tarief dat verzekeraars met ingang van 2013 betalen is inderdaad hoger dan de maximale vergoedingslimiet van voor 2013. De toegevoegde waarde en de risico's voor de audicienbedrijven zijn echter ook gestegen.

Dit vergelijk van totale kosten over een periode van 5 jaar (verstrekking voor 2013) dient absoluut te worden gemaakt en deze cijfers zijn gewoon beschikbaar.

Globale indicatie kosten zorgverzekeraar hoortoestelverstrekking voor 2013

Hoortoestel:	€ 510
2x oorstukje a 75 euro :	€ 150
Reparatie:	€ 140
Globaal totaal:	€ 800

En dan hebben we het nog niet over de risico's die met het invoeren van de nieuwe regeling door de zorgverzekeraars bij de audicienbedrijven zijn geparkeerd en de sterk toegenomen administratieve lasten.

Met het bovenstaande hoop ik u van enige input te hebben voorzien en wisse graag nader met u van gedachte.

Tevens wil ik u en uw collega's uitnodigen om kennis te maken met de dagelijkse praktijk in een van onze workshops. Niet om problemen te ervaren, niet voor discussie, niet voor.. etc

Maar gewoon voor een kijkje achter de schermen en wat er al eemaal gedaan wordt in de praktijk. Want daar wordt op papier wel heel makkelijk aan voorbij gegaan.

Met vriendelijke groet,

D recte

Stichting HoorProfS
Edisonweg 30
4207 HG Gorinchem
T 088-0019299

www.hoorprofs.nl



Commentaar NIVEL rapport 215 Ecorys evaluatie beleidswijziging hoortoestellen

Uit het rapport blijkt dat de ondervraagde personen die een hoortoestel voorgeschreven hebben gekregen grotendeels tevreden zijn over de service en financiële eigen bijdrage.

Er wordt in het rapport een vergelijking gemaakt tussen personen die voor en personen die ná de invoering van het Hoorprotocol 2013 een hoortoestel voorgeschreven hebben gekregen. Uit het rapport blijkt niet dat een vergelijking wordt gemaakt tussen personen die een eerste hoortoestel vóór de invoering en een vervolg hoortoestel ná de invoering hebben gekregen. De kwaliteit van de typen hoortoestellen die voor en ná de invoering van het Hoorprotocol beschikbaar zijn bij de audiciëns kunnen op deze manier subjectief niet beoordeeld worden.

Commentaar PACT rapport 2015

Zoals de werkgroep het rapport zelf becommentarieert kan de groep hoortoestel-gebruikers niet worden geëxtrapoleerd naar de algemene groep hoortoestel-gebruikers daarvoor is deze te klein. Ik heb dit rapport ter kennisgeving aangenomen.

KNO-bestuur
9-5-2015

Zorginstituut Nederland
ter attentie van mevrouw drs. C.B.M. N
Postbus 320
1110 AH Diemen

(verstuurd per e-mail)

Datum : 17 mei 2015

Onderwerp : Consultatie Beleidswijzigingen Hoorzorg 1 januari 2013

Geachte mevrouw N ,

De Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven NVAB wil graag reageren op het concept consultatiedocument *Beleidswijzigingen hoorzorg 1 januari 2013*. NVAB is de brancheorganisatie van audicienbedrijven in Nederland. Bij NVAB zijn 200 audicienbedrijven aangesloten, waaronder alle ketenbedrijven. Samen beschikken zij over 850 verkooplocaties en zijn zij verantwoordelijk voor ruim 90% van de Nederlandse markt.

Het voorgelegde consultatiedocument noemt in paragraaf 8.1 als doel van de uitgevoerde onderzoeken: 'na te gaan of de (met de beleidswijzigingen) beoogde effecten werden behaald en om na te gaan of het Keuzeprotocol goed functioneert' en concludeert: 'Op grond van de uitkomsten van de onderzoeken kan worden gesteld dat dit het geval is'. NVAB is van mening dat deze onverdeeld positieve conclusie onvoldoende steun vindt in de gepresenteerde onderzoeksresultaten. De ter commentariëring voorgelegde stukken omvatten kritische noten en een oproep tot vervolgonderzoek die tot een minder stellige conclusie moeten leiden.

1. **De wetwijziging van 1 januari 2013 omvat een functiegerichte omschrijving van hoorzorg. Dat is gedaan om de doelmatigheid van de hoorzorg te verbeteren (paragraaf 1.1).**
Het gepleegde onderzoek is te beperkt om uitspraken te kunnen doen over de doelmatigheid – of liever: de functiegerichtheid – van de geleverde hoorzorg
 - a. Onderzocht is de door verzekerden ervaren kwaliteit van hoorzorg (paragraaf 1.2.1). Door klanten ervaren kwaliteit zegt misschien *iets* over de tevredenheid over hun functioneren, maar de gemeten klanttevredenheid wordt op alle meetaspecten sterk

beïnvloed door tevredenheid over de ervaren aandacht en bejegening en door de ervaring dat de aangemeten hoorhulpmiddelen inderdaad tot een verbetering van het gehoor leiden. Hiermee is nog niet gezegd dat de interventie voldoende doelmatig of functiegericht was. Om dit na te gaan is het nodig om ook objectief, door middel van audiometrie, vast te stellen of een optimale gehoorverbetering is bereikt. Naar dit aspect is geen onderzoek gedaan.

- b. Intussen geeft het PACT-onderzoek reden om aan te nemen dat de verleende zorg niet altijd zo functioneel is als ze behoort te zijn:
 - PACT meldt op pagina 25 en 26 dat muziekbeleving voor mensen een belangrijk aspect kan zijn, terwijl daar in het nu gehanteerde protocol geen rekening mee wordt gehouden.
 - PACT noemt op pagina 23 gevallen waarin de zorgverzekeraar desgevraagd geen toestemming gaf om een *adequaat* toestel te selecteren dat uit een hogere categorie afkomstig was. Dit leidde er dan toe dat de verzekerde geen toegang had tot een (gedeeltelijk) vergoede functiegerichte hooroplossing.

2. De wetswijziging van 1 januari 2013 is mede bedoeld om een onnodige belemmering weg te nemen tegen een snelle introductie van innovaties (paragraaf 2.1.1).

Of innovatieve hoorhulpmiddelen nu sneller in Nederland worden geïntroduceerd dan voorheen is niet onderzocht. De uiteenzetting op bladzijde 25 van het PACT-onderzoek doet het tegendeel vermoeden. Daar wordt gesteld dat hoortoestellen met de nieuwste technieken nu door producenten en / of importeurs vaak buiten de ZN-database van hoortoestellen gehouden worden en daarom door zorgverzekeraars niet worden vergoed.

3. De besproken beleidswijzigingen zijn ook bedoeld om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van hoorzorg voor individuele klanten te verbeteren (paragraaf 1.1).

De gemiddelde eigen bijdrage van gebruikers is gedaald met iets meer dan de helft (paragraaf 5.2.1). Deze doelstelling is dus gehaald. Paragraaf 5.2.2 van het consultatiedocument noemt het signaal dat ouders van slechthorende kinderen hun kinderen soms adequate hoorzorg zouden ontzeggen, omdat de eigen bijdrage als een onneembare drempel wordt gezien. Dit signaal is al eerder afgegeven door de NVVS, door Fenac en door NVAB en is nooit nader onderzocht. Het gaat hier om een mogelijk probleem dat niets te maken heeft met de hier aan de orde zijnde beleidswijzigingen. Mocht dit probleem inderdaad aan de orde zijn, dan is het voor de betrokken kinderen en hun ouders zo groot en dan is het maatschappelijk belang ervan zodanig dat het bij iedere gelegenheid die zich voordoet onder de aandacht gebracht moet worden.

4. Na invoering van de beleidswijzigingen zouden de lasten voor het Zorgverzekeringsfonds gelijk moeten blijven (paragraaf 1.1).

De totale uitgaven waren in 2013 vergelijkbaar met die in de jaren ervoor, maar in de eerste drie kwartalen van 2014 waren de uitgaven ten laste van het Zvf hoger dan daarvoor

(paragraaf 5.1). Bij dit laatste gaat het om een volume-effect dat vooral het gevolg is van de vergrijzing en dat zich ook de komende jaren zal voordoen. Zonder het verscherpte inkoopbeleid van zorgverzekeraars zouden de uitgaven ten laste van het Zvf niet (nagenoeg) gelijk gebleven zijn, dus ook op dit punt is een doelstelling behaald, al is het maar tijdelijk. Het (tijdelijk) behalen van deze doelstelling is veroorzaakt door een verscherpt inkoopbeleid van zorgverzekeraars. Nergens in de voorgelegde stukken komt expliciet de vraag aan de orde of dit verscherpte inkoopbeleid niet te eenzijdig gericht is op de prijs van de zorgverlening en of de daardoor opgelopen prijsdruk voor audicienbedrijven ook negatieve kanten kent. Nog afgezien van de gevolgen die een en ander heeft voor de rentabiliteit van de bedrijfstak – misschien een enkel bedrijf uitgezonderd – kan die prijsdruk ook gevolgen hebben voor de kwaliteit van hoorzorg. De voorliggende stukken geven hier enkele aanwijzingen voor:

- a. Op verschillende plaatsen wordt gesproken over mogelijke negatieve gevolgen van een te smal hulpmiddelenassortiment bij een aantal audicienbedrijven. Het is feitelijk juist dat audicienbedrijven scherper en selectiever zijn gaan inkopen. Audicienbedrijven streven er hierbij naar om het aantal merken te beperken en om toch binnen de gevoerde merken een volledig assortiment aan hulpmiddelentypen te kunnen aanbieden. Misschien lukt dit laatste niet in alle gevallen en is er dus wel eens sprake van een te beperkte inkoop. Die te beperkte inkoop kan echter niet anders gemotiveerd zijn dan als een door zorgverzekeraars gehonoreerd middel om prijzen te drukken. Het PACT-rapport noemt dit effect terloops op pagina 24.
- b. De eindprijs voor de door audiciens geleverde hoorzorg bestaat voor ongeveer 75% uit de kosten van de aan de klant bestede tijd. Het moge duidelijk zijn dat de toegenomen prijsdruk ook de tijd die wordt besteed aan de dienstverlening onder druk zet en dat het ene bedrijf op dit vlak 'doelmatiger' handelt dan het andere bedrijf. Het consultatiedocument plaatst enkele kritische kanttekeningen bij de dienstverlening door audiciens: ze kunnen vaker doorverwijzen, ze kunnen vaker een 'bijzondere zorgvraag' voorleggen en de toestelinstellingen zijn wel eens vatbaar voor verbetering. De bedrijfstak moet zich dit aantrekken en de Stichting Audicienregister – het kwaliteitsinstituut in de bedrijfstak – heeft deze zaken, net zoals de breedte van het hulpmiddelenassortiment - al eerder geagendeerd. Niettemin past ook hier de opmerking dat een sterk op de prijs van de dienstverlening gericht inkoopbeleid van zorgverzekeraars audiciens er niet alleen toe uitlokt de tijdsbesteding per klant zo veel mogelijk te beperken, maar dit ook honoreert.
- c. Zorgverzekeraars versterken de prijsdruk door selectief te contracteren en door het hun verzekerden niet toe te staan bij te betalen voor een hulpmiddel naar eigen keuze:
 - In het PACT-onderzoek (pagina 16 en 17) zijn enkele patiënten gezien die een lagere vergoeding voor lief namen, omdat zij geholpen wilden worden door de audicien met wie ze al jaren een zorgrelatie hadden. We mogen aannemen dat aan deze klanten functiegerichte hoorzorg is verleend, maar we moeten ook

vaststellen dat het selectieve inkoopbeleid van hun zorgverzekeraar daaraan niet heeft bijgedragen.

- Het PACT-rapport zegt op pagina 24 dat het merendeel van de door PACT geïnterviewden het onbegrijpelijk vinden en het als zeer onrechtvaardig beschouwen dat voor de keuze van een *geschikt* toestel in een hogere categorie de vergoeding helemaal vervalt.
- Het komt ook voor dat een verzekerde persisteert bij zijn of haar voorkeur voor een naar de maatstaven van het gehanteerde protocol minder geschikt toestel. Het PACT-rapport wijst hierop op pagina 21 en 24. Ook hier staan zorgverzekeraars bijbetaling niet toe. Blijkbaar vergoeden verzekeraars liever een geïndiceerd, maar door de klant niet gewenst hulpmiddel, dan dat zij hun verzekerde faciliteren om een oplossing te kiezen die misschien niet optimaal is, maar wel naar tevredenheid gebruikt wordt.

5. Het consultatiedocument bespreekt de vraag of het Keuzeprotocol leidt tot een juiste indicatie/interventie-combinatie. In paragraaf 8.1. wordt ook deze vraag beantwoord met een stellig 'ja'.

Het is te vroeg om deze vraag te stellen en zeker om de gestelde vraag zo stellig te beantwoorden. Het Keuzeprotocol zoals dat nu wordt gehanteerd is nog in bewerking. Juist ten aanzien van het vaststellen van de gewenste indicatie/interventie-combinatie verschilt de praktijk van vandaag nauwelijks van die van voor de invoering van dit protocol. Dit verklaart waarom er (behalve ten aanzien van de prijsbeleving) geen significante verschillen gemeten zijn in de klanttevredenheid voor en na de besproken beleidswijzigingen. In het consultatiedocument en in het onderzoeksrapport van PACT wordt erop gewezen dat het protocol binnenkort een nieuwe fase in gaat: er wordt – eerst nog in een pilot – gestart met een digitale ondersteuning voor het vaststellen van indicatie/interventiecombinaties. Terecht wijst het PACT-rapport erop dat deze tweede fase moet leiden tot onderzoek naar de vraag of dit aangepaste Hoorprotocol leidt tot knelpunten voor de verschillende groepen slechthorenden (pagina 25).

6. De beleidswijzigingen van 1 januari 2013 zouden de daarmee beoogde effecten moeten hebben 'met behoud van kwaliteit' (paragraaf 1.1).

Het rapport concludeert in paragraaf 8.1 dat alle gestelde doelen zijn behaald. Dit wekt de indruk dat ook de 'kwaliteit van hoorzorg' na de beleidswijzigingen behouden is. Het in het consultatiedocument gebruikte kwaliteitsbegrip is echter te eenzijdig om daaraan conclusies te verbinden over de 'kwaliteit van hoorzorg' en het ware dan ook verstandig om in het einddocument misverstanden op dit vlak uit te sluiten door uitdrukkelijk te wijzen op het tekortschietend karakter van het in het rapport gebezigde kwaliteitsbegrip.

- a. In paragraaf 3.1 wijst het consultatiedocument er nog eens nadrukkelijk op dat in dit document 'kwaliteit van hoorzorg' is gelijkgesteld aan de door klanten ervaren kwaliteit.

Hierboven onder punt 1 wordt toegelicht waarom de kwaliteit van de geleverde zorg op deze wijze te eenzijdig en daarom mogelijk onjuist wordt belicht en beoordeeld.

- b. Onze reactie op het consultatiedocument omvat - in elk geval voor NVAB - voldoende elementen die nopen tot bezorgdheid over de nu geleverde kwaliteit van hoorzorg.
- Hierboven onder 1.b. is erop gewezen dat het protocol in zijn huidige opzet niet aan alle functioneringsbehoeften van slechthorenden tegemoetkomt.
 - Eveneens onder 1.b. is vastgesteld dat niet iedere zorgverzekeraar altijd toelaat te kiezen voor een adequate oplossing,
 - Hierboven onder 4 a en b is gewezen op de mogelijke gevolgen voor de zorgverlening van een te eenzijdig op prijs gericht inkoopbeleid van zorgverzekeraars.
 - Hierboven onder punt 4.c. is gewezen op beperkingen van de keuzevrijheid van klanten als gevolg van een selectief inkoopbeleid en van het verbod op bijbetaling. Een nodeloze beperking van de vrijheid om de eigen zorgverlener te kiezen of om tegen bijbetaling een betere hooroplossing te kiezen dan de oplossing die de verzekeraar wil vergoeden wordt door velen beschouwd als een gebrek aan kwaliteit.

Met vriendelijke groet

Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven - NVAB

Zorginstituut Nederland
Ter attentie van C N

Betreft: Evaluatie onderzoek beleidswijziging hoortoestellen

Amsterdam, 28 april 2015,

Geachte mevrouw N

Allereerst hartelijk dank voor uw email van 14 april jongstleden waarin u ons de mogelijkheid biedt om een reactie te geven op de conceptrapportage van het Zorginstituut met betrekking tot het evaluatieonderzoek van de beleidswijziging in de vergoeding van hoortoestellen in 2013.

Wij hebben met belangstelling kennis genomen van uw concept rapportage. Zoals u bekend is streeft de Stichting Behoud Kwaliteit Hoorzorg naar versterking en behoud van de kwaliteit en de keuzevrijheid van de Nederlandse hoorzorg. Het onderzoek dat het Zorginstituut heeft laten uitvoeren speelt hier een belangrijke rol in. Wij waarderen het dan ook zeer dat u actief ruimte biedt aan betrokken partijen om een reactie te geven op het onderzoek; dat biedt inzicht in draagvlak en robuustheid van onderzoek en uitkomsten. Onze kritiek op uw onderzoek is –helaas- fundamenteel van aard. Dit heeft twee oorzaken.

Ten eerste zijn we van mening dat de centrale vraag van uw onderzoek te beperkt is. Deze luidt namelijk: *Heeft het nieuwe vergoedingssysteem van hoortoestellen de beoogde effecten ten aanzien van de door verzekerden ervaren kwaliteit van de hoorzorg en het hoortoestel, en ten aanzien van de betaalbaarheid van de hoorzorg? (pagina 9 conceptrapport)*

Het probleem met deze centrale vraag is dat deze zich beperkt tot de –per definitie subjectieve- beleving door cliënten en geen aandacht schenkt aan de objectief geboekte gehoorwinst. De cliëntbeleving (die natuurlijk wel van belang is) blijkt om twee redenen niet geschikt als enige maatstaf voor kwaliteit in de hoorzorg.

Allereerst wordt de beleving in grote mate bepaald door zaken als klantgerichtheid, vriendelijkheid, inrichting van de winkel van een audicien en de hoogte van de eigen bijdrage. Deze zaken zijn wel belangrijk, maar niet geschikt als uitsluitende of zelfs overwegende indicatie voor de kwaliteit van de kern van de geleverde hoorzorg. In onze visie is die kern namelijk in hoeverre de cliënt met het geleverde toestel en de

bijbehorende zorg weer beter kan horen en welke objectieve gehoorwinst er is geboekt ten opzichte van het maximaal bereikbare resultaat.

Het tweede probleem van uw centrale onderzoeksvraag is specifiek voor hoorzorg en versterkt het bovengenoemde bezwaar. Een cliënt loopt in het algemeen eerst een periode van gemiddeld zeven jaar door met slechthorendheid alvorens over te gaan tot het laten stellen van een diagnose en de aanschaf van een hoortoestel. Vrijwel elk hoortoestel dat daarna wordt aangemeten zal dan gehoorverbetering brengen en dus een cliëntervaring te zien geven die positief is. Dat zegt echter niet dat de *daadwerkelijk* geboekte gehoorwinst ten opzichte van de maximale mogelijkheid voor deze cliënt optimaal of zelfs adequaat was.

In de samenvattende conclusies van uw rapport wordt dan volgens ons ook te gemakkelijk de stap gemaakt van “de ervaren kwaliteit” naar “de kwaliteit” zoals blijkt uit het volgende citaat op pagina 31: “De beleidswijzigingen hebben tot nu toe geen nadelige gevolgen gehad op de ervaren kwaliteit van de door de audiciens geleverde zorg en de kwaliteit van de verstrekte hoortoestellen. De kwaliteit van de hoorzorg is dus behouden.” Dit is te kort door de bocht.

Ten tweede vinden wij het wat ongelukkig dat het huidige systeem van vergoedingen in de hoorzorg een direct advies is van het Zorginstituut zelf. Op uw eigen website spreekt u dan ook vooraf de verwachting uit “dat de doelmatigheid van de hoorzorg en de toegankelijkheid en betaalbaarheid op individueel niveau beter worden, bij gelijkblijvende lasten voor het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) en met behoud van kwaliteit”. Het Zorginstituut loopt daarmee vooruit op een positieve uitkomst van deze evaluatie. Zij heeft ook belang bij deze uitkomst omdat de deskundigheid en de waarde van het Zorginstituut daarmee bevestigd worden.

Het spijt ons dan ook te moeten concluderen dat de genoemde kritiekpunten in onze ogen afbreuk doen aan de waarde van de uitkomsten van het evaluatieonderzoek. Dit is des te schrijnender omdat we in de praktijk een ontwikkeling zien in de richting van “low price, high volume, low care” in de hoorzorg die in strijd is met de conclusies van uw onderzoek.

Wij zijn vanzelfsprekend graag bereid om hierover andere toelichting te verschaffen en/of van gedachte te wisselen.

Met vriendelijke groet,

n

Directeur Stichting Behoud Kwaliteit Hoorzorg

Verzonden: dinsdag 5 mei 2015 14:33

Onderwerp: RE: Consultatie conceptrapport Evaluatie beleidswijzigingen hoorzorg

Best

Bijgevoegd de reacties van zorgverzekers die ik tot nu toe van zorgverzekeraars heb ontvangen.

In de rapportage van Nivel/Ecorys lezen we dat de klant tevreden is met de wijzigingen en dat er voor audiciens nog wel een aantal verbeterpunten zijn. Dit beeld herkennen wij. Ook uit de evaluatie uitgevoerd door het AMC komt naar voren dat de klanttevredenheid gelijk gebleven is.

Wel merkt een zorgverzekeraar op dat hij de conclusies m.b.t. de financiële effecten ten aanzien van het zorgverzekeringsfonds (de kosten ten laste van het zorgverzekeringsfonds zijn gedaald na de beleidswijziging) niet herkent. Diens verwachting is namelijk dat de kosten ten laste van het zorgverzekeringsfonds in 2014 hoger uitkomen dan voor de beleidswijziging. In het conceptrapport van ZINL (hoofdstuk 5) staat de kostenontwikkeling genuanceerder beschreven, maar de opgenomen Figuur 5.1 (afkomstig uit de rapportage van Nivel/Ecorys) is v.w.b. de kostenontwikkeling is zijns inziens weer te suggestief.

En tekstueel wil ik t.a.v. de concept rapportage het volgende opmerken

- *“Maar ook in dat geval biedt het Keuzeprotocol over het algemeen voldoende mogelijkheden, zoals de mogelijkheid om een extra zorgvraag in te dienen of de mogelijkheid om de verzekerde te verwijzen naar een audiologisch centrum. Uit het onderzoek blijkt dat hieronvoldoende gebruik van wordt gemaakt. In plaats daarvan wordt dan vaak overgegaan tot het aanbieden van een hoortoestel uit een hogere categorie, of een niet-geclassificeerd hoortoestel.”*
In principe zou het geel gemarkeerde in de praktijk juist moeten leiden tot het indienen van een extra zorgvraag. De conclusie lijkt dus niet overeen te komen met de voorliggende zin.
- *“Maar ook als de indicatie wel juist is gesteld, wordt niet altijd het best passende hoortoestel aangeboden. Dit komt onder meer doordat audiciens een beperkt aanbod van hoortoestellen hebben binnen het verzekerde assortiment.*
Er is niet zozeer sprake van een verzekerd assortiment. Logischer is een gecontracteerd assortiment.
- *“Dat moest vervolgens automatisch leiden tot de indeling van de verzekerde in één van de vijf categorieën. Deze zin is correct, maar wekt de suggestie dat er voor de patiënt niets meer te kiezen valt. Echter, de bedoeling is dat in overleg met de audiciens een passend hoortoestel wordt gekozen uit de database (dus een geclassificeerd hoortoestel passend bij de beperking zoals uit het protocol volgt)*

Met vriendelijke groet,
Drs. M. P.
Zorgverzekeraars Nederland

Geachte mevrouw N

Hartelijk dank voor de concept-rapportage van het Zorginstituut Nederland met de evaluatie van de beleidswijziging hoorzorg 1 januari 2013. Wij maken graag gebruik van de mogelijkheid om te reageren op uw consultatiedocument.

De onderzoeken die het Zorginstituut heeft laten verrichten door het NIVEAL en ECORYS bevestigen hetgeen blijkt uit cijfers van zorgverzekeraars en van onderzoek dat in opdracht van ZN door het AMC is uitgevoerd. Verzekerden zijn onverminderd tevreden over de kwaliteit van de audicien en het hoortoestel, terwijl de prijzen voor een hoortoestel zijn verlaagd en de kosten voor de verzekerde fors zijn afgenomen.

We delen dan ook de conclusie die het Zorginstituut heeft met betrekking tot de evaluatie van de beleidswijziging. Deze zou naar onze mening met meer kracht en positieve bewoording kunnen worden uitgedrukt. Immers, de kwaliteit is behouden en op onderdelen verbeterd, terwijl de kosten zijn gedaald. Dit is in overeenstemming met de verwachtingen die er vooraf waren, maar mag daarom niet als vanzelfsprekendheid worden gepresenteerd.

In reactie op het consultatiedocument willen we nog een aantal punten opmerken:

1. Metingen van CQI, AMC en NIVEL genereren vergelijkbare uitkomsten er kan derhalve worden geconcludeerd er wordt gewerkt met een betrouwbaar instrument om kwaliteit te meten. Feitelijk zijn er door andere stakeholders ook geen andere bevindingen aangereikt die tot een ander oordeel komen over de kwaliteit van hoorzorg.
2. In aanvulling op de onderzoeken die het Zorginstituut heeft laten verrichten, brengen we ook graag het vonnis van de rechtbank van Utrecht onder uw aandacht. De rechtbank bevestigt in haar vonnis van 25 februari 2015, in uitspraak op een bodemprocedure die is aangespannen door de GAIN, dat het protocol op zorgvuldige wijze tot stand is gekomen en dat met het protocol adequate hoorzorg wordt geleverd.
3. Ook uit materiele controles die door zorgverzekeraars zijn uitgevoerd, blijkt dat het protocol verkeerd en onvolledig wordt gebruikt. Achmea heeft in vervolg op de uitgevoerde controles haar contractspartijen gewezen op een juiste naleving van het protocol. De bevindingen van de PACT zijn inhoudelijk in lijn met onze eigen bevindingen.
4. De audicien is te allen tijde gehouden om een adequate hooroplossing te bieden aan onze verzekerden. Een beperkt assortiment kan geen reden zijn dat een klant niet naar tevredenheid kan worden geholpen. In de overeenkomsten met audicienbedrijven zal nadrukkelijker moeten worden gewezen op de verplichting om keuzemogelijkheden te bieden, en te allen tijde de verantwoordelijkheid te hebben om een hooroplossing te bieden naar tevredenheid van de klant
5. Het protocol is opgesteld om invulling te kunnen geven aan de functiegerichte aanspraak. Het protocol geeft invulling aan de wettelijke taak van verzekeraars om toe te zien op een rechtmatige en doelmatige inzet van een hulpmiddel binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet en de aanspraak op hoorzorg. Uit het onderzoek van de PACT kan worden afgeleid dat hier in de onderzochte casussen niet altijd aan is voldaan.

Naar mening van zorgverzekeraars is objectivering van de toestelkeuze, in relatie tot de functiegerichte problematiek van de verzekerde, een belangrijk element in de uitvoering van

de functiegericht aanspraak op hoorzorg. In het rapport "afschaffen vergoedingslimieten hoortoestellen" van uw rechtsvoorganger CVZ wordt ook al benadrukt dat het protocol controleerbare handvatten moet bieden voor een gedifferentieerde verstrekking. We gaan er van uit dat het Zorginstituut zich nog altijd kan vinden in deze lijn en deze, desgewenst, ook wil uitdragen naar veldpartijen om het protocol door te ontwikkelen en te komen tot een transparante koppeling tussen het HRIU en PRIU profiel.

6. Opmerkelijk en zorgelijk zijn de bevindingen die het NIVEL rapporteert over de ervaringen van gebruikers met het protocol. Op zijn minst mag worden verwacht dat verzekereden adequaat worden geïnformeerd over de categorie waarin ze zijn ingedeeld op grond van het protocol.
7. We zien een duidelijk verbeterpunt bij de audiciens om onze verzekerde beter te informeren en de mogelijkheden van het protocol daadwerkelijk te benutten. De mogelijkheid voor een extra zorgvraag is juist gecreëerd om te voorzien in situaties waarin binnen de geïndiceerde categorie geen adequate oplossing kan worden gerealiseerd. Hoewel dit veelvuldig is gecommuniceerd, is het bijzonder dat het desondanks voorkomt dat verzekerden met hoge kosten worden geconfronteerd omdat ze een toestel uit een hogere categorie zelf moeten betalen terwijl de mogelijkheden voor vergoeding niet volledig zijn benut.