



Monitor Hulpmiddelenzorg

Maart 2019

Inhoud

- [Samenvatting](#)
- [Inleiding](#)
- [Wet- en regelgeving hulpmiddelenzorg](#)
- [De hulpmiddelensector](#)
- [Productontwikkelingen](#)
- [Inkoop](#)
- [Krijgt de patiënt de zorg die hij nodig heeft?](#)
- [Inzicht en informatie voor de gebruiker](#)
- [Bijlagen](#)



Samenvatting

Samenvatting

Meer dan 2,2 miljoen mensen in Nederland gebruiken een medisch hulpmiddel om de belemmeringen die zij ondervinden van een lichamelijke beperking zo veel mogelijk op te heffen. Met deze hulpmiddelen zijn mensen in staat om - ondanks fysieke beperkingen - te werken, een sociaal leven te hebben en deel te nemen aan de maatschappij. Dat draagt bij aan de kwaliteit van leven.

Het doel van deze monitor is om meer inzicht te bieden in de hulpmiddelensector en om te inventariseren waar risico's liggen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van hulpmiddelenzorg.

We richten ons daarbij hoofdzakelijk op hulpmiddelen die vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden verstrekt. De totale kosten van deze zorg bedroegen ongeveer 1,5 miljard euro in 2016.

Er bestaat een breed spectrum aan hulpmiddelen en hulpmiddelen worden op allerlei plekken in de gezondheidszorg ingezet, zoals binnen ziekenhuizen, verpleeghuizen, revalidatie-instellingen en in thuissituaties. Mensen gebruiken de hulpmiddelen in de thuissituatie, soms onder begeleiding van een zorgverlener (bijvoorbeeld bij glucosemeters) en soms zelfstandig. In de meeste gevallen is instructie of een traject van aanmeten noodzakelijk om ervoor te zorgen dat mensen ook echt profijt hebben van het hulpmiddel (bijvoorbeeld bij hoortoestellen). Voor een deel van de hulpmiddelen is het middel direct na verstrekking klaar voor gebruik (bijvoorbeeld incontinentiemateriaal), in andere gevallen wordt het middel eerst op maat gemaakt voor de gebruiker (bijvoorbeeld een prothese).

Zorgverzekeraars kopen de hulpmiddelen namens hun verzekerden in bij medisch speciaalzaken en andere hulpmiddelenleveranciers. Wat de hulpmiddelensector anders maakt dan veel andere zorgsectoren, is een grotere diversiteit aan partijen (zoals fabrikanten met winstoogmerk), het feit dat hulpmiddelen internationaal beschikbaar zijn en dat de nadruk bij deze zorg ligt op producten en minder op inzet van dienstverlenend personeel.

Complexiteit en informatie

De hulpmiddelensector is complex. Hulpmiddelen worden niet alleen vanuit de Zvw verstrekt, maar kunnen ook vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en/of de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia) worden verstrekt. Als gevolg van de veelheid aan hulpmiddelen en de verschillende wettelijke kaders waarbinnen deze kunnen worden verstrekt bestaat het risico dat mensen 'verdwalen' en niet goed weten waar ze terecht kunnen wanneer ze een hulpmiddel nodig hebben. Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft het voornemen om een handreiking te publiceren om de hulpmiddelenzorg voor burgers met een Wlz-indicatie minder complex te maken.

Daarnaast bestaat er een risico op afwenteling van kosten tussen wettelijke kaders. Dat gebeurt met name als mensen overgaan van het ene bekostigingsregime naar het andere of als mensen meerdere hulpmiddelen nodig hebben waarvan een deel uit het ene potje wordt gefinancierd en een deel uit het andere.

Voor informatie over de hulpmiddelen kunnen gebruikers een beroep doen op zorgaanbieders, leveranciers en zorgverzekeraars. Ook bestaan er steeds meer online tools die mensen ondersteunen bij de keuze voor een hulpmiddel.

We zien dat gebruikers van hulpmiddelen regelmatig onduidelijkheid ervaren over de vergoeding van een hulpmiddel, de financiële gevolgen van de plaatsing in bepaalde gebruikerscategorieën en overige informatie over vergoedingen. Dit speelt bijvoorbeeld bij hoortoestellen. De vergoeding van een hulpmiddel is voor elke verzekerde mede afhankelijk van individuele factoren zoals passende zorg en maatwerk, wat de onduidelijkheid versterkt. Hoewel er veel informatie over hulpmiddelen beschikbaar is, kan de informatieverstrekking door zorgverzekeraars en zorgaanbieders op sommige punten beter.

Inkoop en kwaliteit

De afgelopen jaren hebben zorgverzekeraars voor diverse hulpmiddelen aanpassingen in de inkoop doorgevoerd. Voorbeelden zijn het wisselen van verstrekking in eigendom naar bruikleen en andersom, het terugdringen van machtigingen, het gebruik van meerjarencontracten en het verder doorvoeren van selectieve inkoop.

Bij een deel van de hulpmiddelen wordt scherp op prijs ingekocht wat de collectieve betaalbaarheid ten goede komt. Zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders geven aan dat bij een aantal hulpmiddelen de bodem is bereikt en dat de prijs niet verder omlaag kan. Partijen vinden het daarbij lastig om concreet aan te geven in hoeverre individuele cliënten daardoor een minder goed hulpmiddel zouden krijgen. Doorgaans krijgen cliënten namelijk een goed hulpmiddel.

Onder leiding van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is in samenwerking met zorgaanbieders en zorgverzekeraars een generiek [kwaliteitskader hulpmiddelenzorg](#) ontwikkeld. Hierop aansluitend zijn voor continëntie, stoma en diabetes specifieke kwaliteitsstandaarden ontwikkeld. Enkele zorgaanbieders hebben hun zorgen geuit dat bij de inkoop van hulpmiddelen de focus veelal ligt op de prijs. Hierdoor zou mogelijk onvoldoende rekening worden gehouden met de implementatie van de nieuwe kwaliteitsstandaarden. De NZa heeft dit niet kunnen vaststellen. Wel is uit recent onderzoek in opdracht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) gebleken dat de bewaking van de kwaliteit bij de verstrekking van medische hulpmiddelen in de thuissituatie, beter kan. Dit benadrukt het belang dat zorgverzekeraar hun inkooprol op kwaliteit sterker moeten vormgeven.

Passende zorg

Mensen hebben vanuit de Zvw recht op een hulpmiddel dat past bij hun individuele situatie en behoefte. Dat betekent dat wat voor de één een passend hulpmiddel is, dat voor een ander niet hoeft te zijn. Dit vraagt aandacht van de zorgaanbieders en leveranciers. Zorgverzekeraars proberen vanuit hun rol te sturen op een redelijke prijs en goede producten. Daarbij wordt steeds meer gebruik gemaakt van protocollen en standaardisatie door indelingen in categorieën.

De indeling in categorieën geeft houvast voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar kan voor individuele gebruikers ook betekenen dat zij, met een specifieke levensstijl of kenmerken, ten onrechte in een bepaald 'hokje' worden geduwd. Het risico bestaat dat deze gebruikers weliswaar recht hebben op een passend middel, maar dat het lastiger wordt om dat recht te halen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten er alert op blijven dat de gebruikers van hulpmiddelen toegang hebben tot een passend hulpmiddel. Ook is het belangrijk dat verzekerden inzicht hebben tot welke categorie zij behoren, wie hen indeelt en wat de gevolgen daarvan zijn.

Productontwikkelingen

De ontwikkelingen in de medische technologie volgen elkaar snel op, vooral op het vlak van digitalisering, zoals digitale glucosemeters die de glucoseconcentratie continue monitoren. We verwachten dat dergelijke ontwikkelingen in de toekomst alleen maar sneller zullen gaan. Dit biedt interessante mogelijkheden voor gebruikers van hulpmiddelen doordat zorg op afstand mogelijk en makkelijker wordt.

Niet alle ontwikkelingen hebben vanzelfsprekend voldoende toegevoegde waarde voor de gebruikers van hulpmiddelen. Ook komen niet alle ontwikkelingen direct in Nederland op de markt vanwege beperkingen in het verzekerde pakket en de volgens diverse partijen relatief lage prijzen voor hulpmiddelen in Nederland. Waar productontwikkelingen binnen het verzekerde pakket wel een duidelijke toegevoegde waarde hebben, kunnen zorgverzekeraars een meer actieve rol spelen in het wegnemen van drempels voor innovatie. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de soms eenzijdige nadruk op prijs.

Digitalisering brengt ook risico's met zich mee rond privacy. Het is belangrijk dat gebruikers van hulpmiddelen zeggenschap over hun data houden en dat zij hun gegevens kunnen meenemen als zij overstappen naar een andere zorgaanbieder of naar een andere zorgverzekeraar. De risico's hiervan moeten goed in beeld worden gebracht en de privacy worden geborgd. Ook verdient de inrichting van wetgeving en processen rond eigendom en verwerking van medische gegevens aandacht.

Gezien de verwachte innovatieve ontwikkelingen in de hulpmiddelensector, is het belangrijk dat de sector aandacht heeft voor de toegankelijkheid van innovatieve hulpmiddelen en de risico's rondom privacy en data. Zodoende kunnen burgers hiervan optimaal profiteren.

De ontwikkelingen in de medische technologie volgen elkaar snel op.



1. Inleiding

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en doel van deze monitor

In de monitor hulpmiddelenzorg brengt de NZa informatie samen over de hulpmiddelenzorg. De afgelopen jaren zijn er binnen de NZa verschillende signalen over hulpmiddelen behandeld. Deze signalen zijn divers van aard en gaan bijvoorbeeld over zorgplicht, het contracteerproces en transparantie over vergoedingen en machtigingen. Deze signalen zijn los van elkaar afgehandeld. Het doel van deze monitor is om meer inzicht te bieden in deze sector en daarmee de signalen over de hulpmiddelensector in samenhang te kunnen bezien en tevens te inventariseren waar risico's liggen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van hulpmiddelenzorg.

1.2 Begripsbepaling en afbakening

In Nederland bestaan verschillende wetten en regelingen om hulpmiddelen en aanpassingen (gedeeltelijk) vergoed te krijgen, die ieder worden uitgevoerd door een ander orgaan:

1. Zorgverzekeringswet (Zvw) - zorgverzekeraars
2. Wet langdurige zorg (Wlz) - zorgkantoren
3. Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) - gemeenten
4. Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia) - UWV
5. Participatiewet - gemeenten

De Zvw, Wlz en Wmo bevinden zich op het domein van zorg. Deze monitor focust zich op de extramurale hulpmiddelenzorg waar mensen vanuit het basispakket binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) recht op hebben en die de zorgverzekeraar inkoopt. Met extramuraal bedoelen we in deze monitor hulpmiddelen die rechtstreeks aan een patiënt worden verstrekt, buiten de muren van een instelling. Een meer gedetailleerde afbakening is te vinden op de website van het [Zorginstituut Nederland](#).

Buiten de Zvw worden extramurale hulpmiddelen verstrekt vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast zijn er hulpmiddelen waar mensen aanspraak op hebben op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wia) en de Participatiewet bevinden zich op het domein van arbeid en worden in deze monitor niet verder uitgediept. Ook andere wetgeving met betrekking tot hulpmiddelenzorg, zoals de Wet op de medische hulpmiddelen of de nieuwe Europese wetgeving voor medische hulpmiddelen (MDR en IVDR) vallen niet onder toezichtdomein van de NZa en vallen buiten de afbakening van deze monitor.

Deze monitor focust op de Zvw omdat de data over het gebruik van hulpmiddelen in de Wlz weinig gedetailleerd zijn en daarom minder goed bruikbaar. De hulpmiddelen die worden verstrekt vanuit de Wmo vallen bovendien buiten de invloedssfeer van de NZa.

Om te definiëren wat we verstaan onder een hulpmiddel, sluiten we aan bij de definitie uit de wet op de medische hulpmiddelen:

Medisch hulpmiddel

Een medisch hulpmiddel is elk instrument, toestel of apparaat, elke software of stof of elk ander artikel dat of die alleen of in combinatie wordt gebruikt, met inbegrip van elk hulpstuk en de software die voor de goede werking ervan benodigd is, dat of die door de fabrikant speciaal is bestemd om te worden gebruikt voor diagnostische of therapeutische doeleinden, en door de fabrikant is bestemd om bij de mens te worden aangewend voor:

- diagnose, preventie, bewaking, behandeling of verlichting van ziekten;
- diagnose, bewaking, behandeling, verlichting of compensatie van verwondingen of een handicap;
- onderzoek naar of vervanging of wijziging van de anatomie of van een fysiologisch proces;
- beheersing van de bevruchting, waarbij de belangrijkste beoogde werking in of aan het menselijk lichaam niet met farmacologische of immunologische middelen of door metabolisme wordt bereikt, maar wel door dergelijke middelen kan worden ondersteund.



De hulpmiddelenzorg is zeer divers. Er zijn veel verschillende hulpmiddelen waar verzekerden vanuit de Zvw aanspraak op kunnen hebben. Dat is te veel om in deze monitor uitputtend toe te lichten. Daarom is er voor gekozen om als illustratie 5 specifieke hulpmiddelen uit te lichten, met name in [hoofdstuk 3](#). De selectie hebben we gebaseerd op het feit dat deze hulpmiddelen relatief veel gebruikt worden met relatief hoge totale kosten en het feit dat over deze specifieke middelen veel meldingen bij de NZa zijn binnengekomen. De geselecteerde hulpmiddelen geven een goed beeld van de variëteit aan typen hulpmiddelen. Het gaat om:

- diabeteshulpmiddelen (glucosemeters en teststrips);
- ademhalingshulpmiddelen;
- orthopedisch schoeisel;
- hoorapparaten;
- incontinentiemateriaal.

De NZa reguleert geen tarieven en prestaties voor extramurale hulpmiddelen in de Zvw. De NZa houdt wel toezicht op de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de hulpmiddelen en kijkt bijvoorbeeld of patiënten en verzekerden goede informatie ontvangen.

1.3 Aanpak en bronnen

Het onderzoek is uitgevoerd tussen mei 2018 en eind 2018. Naast een literatuuronderzoek hebben we gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van verschillende organisaties om een beter zicht te krijgen op de werking van de sector en op mogelijke knelpunten. We spraken met (vertegenwoordigers van) fabrikanten, leveranciers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gebruikers van hulpmiddelen. Ook de signalen en vragen die door gebruikers van hulpmiddelen de afgelopen drie jaar bij de NZa zijn neergelegd, hebben we betrokken bij dit onderzoek. De data die we in dit onderzoek presenteren zijn grotendeels gebaseerd op de databank van het zogeheten Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP). Een gedetailleerd overzicht en nadere toelichting op onze bronnen staat in [bijlage 4](#).

2. Wet- en regelgeving hulpmiddelenzorg

2. Wet- en regelgeving hulpmiddelenzorg

2.1 Grondslag vergoeding hulpmiddelenzorg

Zoals in hoofdstuk 1 is toegelicht, worden in Nederland hulpmiddelen verstrekt op grond van 5 wetten, waarvan de Zvw, de Wlz en de Wmo zich op het domein van zorg bevinden. Vanwege een mogelijke overlap tussen deze 3 wetten, beschrijven we in dit hoofdstuk ook kort hoe de bovengenoemde wetten met elkaar samenhangen. Meer informatie hierover staat in [bijlage 3](#).

De individuele zorgvraag bepaalt of en welk hulpmiddel nodig is en daarmee welke wet of regeling van toepassing is. De uitvoerende instantie van een dergelijke wet, zoals de zorgverzekeraar of de gemeente, bepaalt of een patiënt een hulpmiddel of aanpassing (vergoed) krijgt en hoeveel de patiënt zelf moet bijdragen. Het is dus mogelijk dat een patiënt een deel van de kosten of alle kosten van een hulpmiddel zelf moet betalen.

De diverse wetten en regels onderscheiden of er sprake is van een aanspraak (Zvw en Wlz), een voorziening (Wmo) of privaat gefinancierde zorg (via een aanvullende verzekering of door middel van eigen aanschaf). Een aanspraak geeft de burger recht op (vergoeding van) bepaalde zorg als hij hier redelijkerwijs op aangewezen is. Bij een voorziening is de aanwending van daarvoor aangewezen zorg afhankelijk van het oordeel van de gemeente. Het oordeel kan ook per gemeente verschillen. Voor private zorg is de burger zelf sturend in zijn keuze voor zover financiële middelen daar toereikend toe zijn.

Een overzicht van welke hulpmiddelen er zijn en hoe deze eventueel vergoed worden, is te lezen op de [hulpmiddelenwijzer](#) van Vilans. Deze website is ontwikkeld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Wat goede hulpmiddelenzorg is, staat beschreven in het [Generiek Kader Hulpmiddelenzorg](#). Voor de Modules Diabetes, Continentie en Stomazorg loopt momenteel de implementatiefase om dit in de praktijk vorm te geven. Deze modules zijn in samenwerking met de verschillende partijen ontwikkeld en vastgesteld in het bestuurlijk overleg hulpmiddelen onder leiding van het ministerie van VWS.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Vanuit de Zvw wordt de vergoeding van de hulpmiddelen geregeld voor behandeling, verpleging, revalidatie en verzorging. Om voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking te komen, geldt dat het hulpmiddel voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door 'hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'. Hierbij moet elke verzekerde het hulpmiddel krijgen dat past bij zijn of haar persoonlijke situatie (functiegerichte passende zorg). Bij sommige hulpmiddelen kan een eigen bijdrage van toepassing zijn.

Wet langdurige zorg (Wlz)

Bij verblijf en behandeling door dezelfde instelling voor langdurige zorg, vallen alle hulpmiddelen die noodzakelijk zijn om de zorg in de instelling te kunnen bieden onder de Wlz. Het gaat dan niet alleen om de zorg die nodig is in verband met de reden waarvoor de verzekerde een Wlz-indicatie heeft gekregen, maar om alle zorg die de instelling levert. Het kan onder meer gaan om hulpmiddelen die persoonsgebonden zijn. Deze zijn aangepast of op maat gemaakt. Bijvoorbeeld: steunkousen, een prothese of orthopedische schoenen. Het kan ook gaan om niet persoonsgebonden hulpmiddelen, zoals verband- of incontinentiemateriaal of om een infuuspomp.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Op grond van de Wmo zijn gemeenten breed verantwoordelijk voor het bieden van ondersteuning aan mensen met beperkingen in het sociale domein. De Wmo draagt bij aan het realiseren van een inclusieve samenleving waarin mensen met beperkingen zoveel mogelijk in staat worden gesteld op gelijke voet met anderen te participeren.

Door middel van de Wmo worden diverse hulpmiddelen door de gemeente gefaciliteerd die blijvend nodig zijn om de beperkingen in de zelfredzaamheid of de participatie te verminderen of weg te nemen (artikel 1.1.1. Wmo). Voorbeelden zijn een rolstoel voor langdurig gebruik, traplift of een elektrische deuropener.

Op grond van de Wmo kan een beroep worden gedaan op vergoeding van een hulpmiddel. Er kan gekozen worden tussen 'zorg in natura' of een 'Persoonsgebonden budget (pgb)'. Bij zorg in natura kiest en regelt de gemeente het hulpmiddel of de aanpassing. Bij een pgb ontvangt men een bedrag waarmee de keuze en aanschaf zelf wordt geregeld.

Er geldt vanaf 1 januari 2019 een eigen bijdrage bij hulpmiddelen binnen de Wmo van maximaal € 17,50 per periode van 4 weken. Deze is onafhankelijk van het inkomen, vermogen, gezinssamenstelling en leeftijd (Uitvoeringsbesluit Wmo 2015, artikel 3.8, lid 4).

De gemeente beoordeelt een aanvraag van een hulpmiddel en afhankelijk van de indicatie en het type hulpmiddel wordt dit (deels) vergoed vanuit de Wmo. De verstrekking en vergoeding van een hulpmiddel wordt ook wel een voorziening genoemd. Het Wmo-beleid en de diverse vergoedingen verschillen per gemeente.

2.2 Eigen kosten voor verzekerden

Als er geen recht op vergoeding van een hulpmiddel is, is het mogelijk om een hulpmiddel zelf te kopen of te huren, bijvoorbeeld bij een thuiszorgwinkel. Hierbij zijn de individuele keuzes en beschikbare financiële middelen richtinggevend.

Het is mogelijk dat bepaalde hulpmiddelen die niet vanuit de Zvw, Wlz of Wmo worden verstrekt, wel worden vergoed vanuit een aanvullende verzekering. Steunzolen of brillen en contactlenzen (die niet onder de basisverzekering vallen) zijn een bekend voorbeeld, maar ook eenvoudige loophulpmiddelen, zoals rollators, krukken en looprekken vallen hieronder.

Tenslotte geldt voor veel hulpmiddelen een wettelijke eigen bijdrage. Denk aan 25% van de aanschafprijs voor een gehoorapparaat of de eigen bijdrage voor orthopedisch schoeisel.



3. De hulpmiddelensector

3. Hulpmiddelensector

3.1 Hulpmiddelenzorg

De definitie van een medisch hulpmiddel beschrijven we in de inleiding. Er is een grote diversiteit aan dergelijke hulpmiddelen. Mensen zetten hulpmiddelen in bij veel verschillende zorgvragen en aandoeningen. Sommige hulpmiddelen zijn tijdelijk nodig, andere permanent.

Om te illustreren op welke manieren de hulpmiddelenzorg in kaart kan worden gebracht volgt hieronder een overzicht van mogelijke indelingen:

Tabel 1. Mogelijke indelingen van hulpmiddelenzorg

Indeling	Onderscheid
Plek van verstrekking en/of gebruik	Intramuraal (binnen een instelling)
	Extramuraal (buiten een instelling)
Verantwoordelijkheid voor de inkoop	Intramuraal (door de instelling ingekocht)
	Extramuraal (door de zorgverzekeraar ingekocht)
Bekostiging	Zvw
	Wlz
	Wmo
	Aanvullende verzekering
	Eigen aanschaf
Inkoop	Zorgverzekeraar
	Zorgkantoor
	Zorginstelling
	Gebruiker
Solidariteit	Verzekerde zorg
	Niet-verzekerde zorg

Plek in de zorgketen	0e lijn
	1e lijn
	2e lijn
	3e lijn
	Langdurige zorg
Techniek	Tastbaar product buiten/aan het lichaam
	Product in het lichaam (bv pacemaker)
	Diagnostiek (bv MRI-apparatuur)
	E-health
Chronisch	Kort gebruik (bv rolstoel na operatie)
	Langdurig gebruik (bv glucosemeter of hoortoestel)
Toepassing van het middel	Gebruiksmiddel (lange levensduur, bv een tillift of een prothese)
	Verbruiksmiddel (eenmalig gebruik, bv incontinentiemateriaal)
Mate van specialisatie	Persoonsgebonden
	Niet-persoonsgebonden

Bron: NZa

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat er veel manieren en verschillende niveaus zijn om hulpmiddelenzorg in te delen in categorieën. Wij zien daarbij niet één logische categorisering van hulpmiddelen die in alle situaties toepasbaar is. Door deze diversiteit kunnen we niet één algemeen beeld schetsen van de hulpmiddelensector. In onderstaande tekst bespreken we een aantal kenmerken dat op vrijwel alle hulpmiddelen van toepassing is. Daarnaast kijken we meer in detail naar de vijf verschillende hulpmiddelen zoals we die noemen in de inleiding van de monitor.

In de volgende paragrafen bespreken we de sector voor hulpmiddelenzorg binnen de afbakening van de Zvw zoals we hebben toegelicht in de inleiding. In deze sector zijn diverse spelers actief. In deze monitor spreken we steeds over aanbieders van hulpmiddelen zoals fabrikanten, groothandelaren en de detailhandelaren.

Met fabrikanten doelen we op organisaties die de producten maken en leveren aan diverse afnemers zoals leveranciers van hulpmiddelen. Groothandelaren zijn organisaties die producten inkopen van fabrikanten en doorleveren aan zorgaanbieders, zorginstellingen, detailhandel en/of direct aan gebruikers van hulpmiddelen. In de detailhandel zijn kleinere MKB-ondernemers actief die voornamelijk hulpmiddelen rechtstreeks leveren aan gebruikers daarvan.

De hulpmiddelenmarkt is divers. Daarom is bovenstaande beschrijving een algemene duiding. Soms komt het voor dat fabrikanten ook worden gecontracteerd of dat kleine zorgaanbieders tegelijkertijd ook de fabrikant van het hulpmiddel zijn.

Onder zorgaanbieders (of hulpmiddelenleveranciers) verstaan we in deze monitor diegenen die rechtstreeks hulpmiddelenzorg leveren aan gebruikers van hulpmiddelen.

3.2 Karakteristieken hulpmiddelensector

Ondanks de grote variëteit aan hulpmiddelen zien we een aantal zaken dat kenmerkend is voor de gehele hulpmiddelensector of een groot deel daarvan. Deze karakteristieken beschrijven we hieronder op hoofdlijnen. Zo nodig diepen we deze onderwerpen verder uit in de hoofdstukken over zorginkoop van zorgverzekeraars en de keuzevrijheid en maatwerk voor de patiënt.

Focus op producten

De hulpmiddelensector is een zorgsector waar met name producten worden geleverd. In veel andere zorgsectoren worden diensten geleverd door zorgaanbieders. Als gevolg hiervan hebben fabrikanten van hulpmiddelen een belangrijke rol in de hulpmiddelensector, in tegenstelling tot zorgsectoren die meer georiënteerd zijn op diensten. Er wordt naast het hulpmiddel ook zorg geleverd, zoals aanmeten, begeleiding etc., maar relatief is het aandeel van het product groot.

Fabrikanten zijn vaak (onderdeel van) grote internationale bedrijven met winstoogmerk. De rol van deze bedrijven in de hulpmiddelensector maakt dat deze sector een meer zakelijke of particuliere sector is.

Zorgverzekeraars contracteren geen fabrikanten

Fabrikanten van hulpmiddelen spelen een grote rol als leveranciers van hulpmiddelen, maar zij worden vaak niet gecontracteerd door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars contracteren zorgaanbieders die de hulpmiddelen weer inkopen bij of fabrikanten of groothandelaren. De zorgaanbieder kan op haar beurt weer een goede prijs onderhandelen bij de inkoop.

De oorzaak hiervan ligt onder andere in het feit dat zorg functiegericht wordt ingekocht en dat ook hulpmiddelen van andere producenten moeten worden geleverd. Hierdoor is inkoop direct bij de producent niet goed mogelijk. Dit geeft een andere dynamiek dan wanneer de zorgaanbieder ook de fabrikant is van het hulpmiddel en kortingen op tarieven niet kunnen doorwerken in de eigen inkoop.

Een uitzondering hierop vormen de hulpmiddelen die meer op maat worden gemaakt (of aangepast) voor het individu, zoals orthopedisch schoeisel. In dit geval levert de producent zelf de hulpmiddelenzorg. Toch zien we ook bij orthopedisch schoeisel een trend naar meer standaardisering. Zorgaanbieders geven aan dat minder dan de helft van de orthopedische schoenen geheel maatwerk is. Een groot deel van de mensen kan goed worden geholpen met een standaard schoen of halffabricaat die door de schoenmaker verder wordt aangepast. Ditzelfde geldt voor prothesen en orthesen. Hoewel in bovenstaande voorbeelden de factor arbeid relatief het grootst is, geldt ook hier dat een significant deel van de kosten gaat naar de inkoop van materialen en standaardonderdelen.

De hulpmiddelensector kenmerkt zich dus door veel grote internationale fabrikanten waarbij het winstoogmerk belangrijker is dan in meer traditionele zorgsectoren. In de hulpmiddelensector stelt de NZa voor extramurale hulpmiddelen vanuit de Zvw geen tarieven vast.

Internationale markt met Nederland als deelmarkt

Zoals ook hierboven genoemd, wordt de hulpmiddelensector gekenmerkt door een aantal grote internationaal opererende fabrikanten en groothandelaren. Voor veel van deze organisaties is Nederland een deelmarkt. Deze grote organisaties kunnen grote aantallen leveren tegen relatief lage prijzen. Fabrikanten hebben bovendien een sterke positie bij zorgaanbieders. Dit zorgt voor hoge drempels om toe te treden tot deze markt voor relatief nieuwe of kleinere organisaties.

De door zorgverzekeraars gecontracteerde zorgaanbieders in Nederland proberen in hun onderhandelingen met de fabrikanten en groothandelaren een zo goed mogelijke prijs te bedingen, maar de invloed van individuele zorgaanbieders op internationale organisaties is relatief klein.

Fabrikanten maken strategische beslissingen op basis van de prijsontwikkelingen in de hulpmiddelensector in Nederland.

Uit gesprekken met zorgaanbieders blijkt dat bijvoorbeeld de gecontracteerde prijzen voor sommige hulpmiddelen zoals incontinentiemateriaal of stomamateriaal sterk zijn gedaald de afgelopen jaren. Uit gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt naar voren dat als gevolg hiervan fabrikanten zich lijken terug te trekken uit de Nederlandse markt of Nederland een lagere prioriteit geven in hun voorraadbeheer en in het uitrollen van innovaties. Aan de andere kant geven sommige zorgverzekeraars aan dat fabrikanten wel degelijk interesse hebben getoond in de aanbestedingen maar uiteindelijk niet hebben ingeschreven.

3.3 Omvang hulpmiddelenzorg

De hulpmiddelenzorg in de Zvw vormt het grootste aandeel in de totale omvang aan extramurale hulpmiddelenzorg (Zvw, Wlz en Wmo). De GIP-data van het Zorginstituut Nederland hierover betreffen de jaren 2012-2016. Vlak voor publicatie van deze monitor zijn GIP-data over 2017 gepubliceerd. De aard van deze data is echter voorlopig. Om deze reden baseren wij de trends en analyses in dit hoofdstuk op cijfers tot en met 2016. Voor een uitgebreide beschrijving en meer informatie over de herkomst en indeling van deze data verwijzen we naar [bijlage 3](#).

In totaal waren er in 2016 binnen de Zvw 2,2 miljoen unieke gebruikers van hulpmiddelenzorg. De unieke gebruikers zijn gebaseerd op de declaratiedata. Gebruikers van hulpmiddelen met een levensduur langer dan één jaar komen dus alleen terug in de data in het jaar waarin het hulpmiddel is gedeclareerd. De totale kosten in 2016 waren € 1,43 mld. De gemiddelde kosten bedroegen bijna € 650 per persoon per jaar. Veel gebruikers van hulpmiddelenzorg gebruiken meerdere hulpmiddelen. Gemiddeld maakten 100 gebruikers van hulpmiddelenzorg in 2016 gebruik van 145 soorten hulpmiddelen. Gebruikers van hulpmiddelenzorg zijn vaker vrouw dan man. Verder neemt het gebruik van hulpmiddelenzorg sterk toe vanaf 45-jarige leeftijd. [Bijlage 1](#) gaat in meer detail in op de kenmerken van gebruikers van hulpmiddelenzorg.

In 2016 bedroegen de totale uitgaven aan de Zvw ongeveer € 41,7 mld. (www.statline.cbs.nl, zie Zorguitgaven). Het aandeel hulpmiddelen daarin is met € 1,4 mld. ongeveer 3,4%. In hetzelfde jaar bedroegen de uitgaven vanuit de Zvw aan bijvoorbeeld farmaceutische zorg € 4,5 mld. (10,8%). Aan huisartsenzorg werd € 3,1 mld. (7,4%) besteed en aan medisch-specialistische zorg € 21,8 mld. (52,3%). (www.zorgcijfersdatabank.nl).

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste hoofdcategorieën hulpmiddelen naar aantallen gebruikers en totale kosten. Het aantal gebruikers in tabel 2 is niet te vergelijken met het totaal aantal unieke gebruikers van 2,2 miljoen, omdat er gebruikers zijn die meerdere hulpmiddelen tegelijk gebruiken. [Bijlage 1](#) geeft een totaaloverzicht van alle categorieën hulpmiddelen, aantallen gebruikers en de kosten per categorie.

Tabel 2. Overzicht hulpmiddelengebruik per categorie, 2012 en 2016

	2016			2012			2016 t.o.v. 2012
Categorie Hulpmiddelen (code)	Aantal gebruikers	Kosten (x € 1.000)	Kosten per gebruiker (€)	Aantal gebruikers	Kosten (x € 1.000)	Kosten per gebruiker (€)	Verschil kosten per gebruiker
Verzorgingsmiddelen (A)	775.200	451.800	583	894.500	530.200	593	-2%
Orthesen en schoenvoorzieningen (C)	166.200	175.900	1.058	208.500	192.700	924	15%
Auditieve hulpmiddelen (D)	161.400	140.200	869	225.400	200.600	890	-2%
Diabeteshulpmiddelen (F)	299.900	177.700	593	306.200	211.600	691	-14%
Inrichtingselementen van woningen (G)	338.600	99.800	295	41.400	38.700	935	-68%
Transportondersteuners van bloed en lymfe (H)	380.600	71.500	188	441.800	73.100	165	14%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (I)	578.800	120.600	208	376.400	86.600	230	-10%
Prothesen (J)	68.300	61.000	893	74.600	59.000	791	13%
Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen (L)	143.100	20.700	145	94.000	16.500	176	-18%
Hulpmiddelen in verband met behandeling (O)	151.300	28.100	186	139.700	25.000	179	4%
Overige categorieën	147.630	78.889	534	169.651	73.602	434	23%
Totaal		1.426.189			1.507.602		

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipdatabank.nl/>.

De tabel laat zien dat de categorie verzorgingsmiddelen zowel de meeste gebruikers als de hoogste kosten heeft. De categorie ademhalingshulpmiddelen, zoals voorzetkamers en Cpap-apparatuur, heeft relatief veel gebruikers. Daarnaast zijn orthesen en schoenvoorzieningen, auditieve hulpmiddelen en diabeteshulpmiddelen grote categorieën qua kosten.

Naast de absolute aantallen en kosten bevat tabel 2 ook de gemiddelde kosten per gebruiker. Interessant zijn de verschillen in de kosten per gebruiker tussen 2012 en 2016. Daar zijn grote wijzigingen in zichtbaar. Omdat deze tabel over vrij grote categorieën gaat, zijn de oorzaken zonder verder onderzoek niet goed te duiden. De verschillen laten wel zien dat er beweging is in het aantal gebruikers per hulpmiddel en de prijs van hulpmiddelen.

Onder de hoofdcategorieën uit Tabel 2 vallen weer subcategorieën. Hoofdcategorie verzorgingsmiddelen (A) bestaat bijvoorbeeld uit incontinentiematerialen (A05), voorzieningen voor stomapatiënten (A10), verbandmiddelen (A21) en kappen ter bescherming van de schedel (A22). Dit is nader gespecificeerd in de [GIP-databank](#). Om een beter beeld te krijgen van het gebruik en de kosten van specifieke hulpmiddelen, geven we deze in onderstaande tabel weer.

Tabel 3 bevat gegevens over 9 specifieke soorten hulpmiddelen. Deze 9 zijn geselecteerd door een combinatie van de top-5 hulpmiddelen met de meeste gebruikers en de top-5 hulpmiddelen met de hoogste kosten in 2016. Beide selecties bevatten incontinentiematerialen. Tabel 3 bevat daarom 9 specifieke soorten hulpmiddelen.

Tabel 3. Overzicht veel voorkomende hulpmiddelen, 2012 en 2016

	2016			2012			2016 t.o.v. 2012
Hulpmiddel (code)	Aantal gebruikers	Kosten (x € 1.000)	Kosten per gebruiker (€)	Aantal gebruikers	Kosten (x € 1.000)	Kosten per gebruiker (€)	Verskil kosten per gebruiker
Incontinentiematerialen (A05)	459.100	141.033	307	551.100	164.000	298	3%
Voorzieningen voor stomapatiënten (A10)	74.200	116.048	1564	85.700	141.367	1650	-5%
Overige verzorgingsmiddelen (A15)	182.700	110.383	604	182.300	124.578	683	-12%
Verbandmiddelen (A21)	330.300	84.071	255	376.700	96.271	256	0%
Orthopedisch schoeisel (C10)	101.600	125.417	1234	110.800	128.259	1158	7%
Hoortoestellen (D05)	144.800	123.302	852	199.000	170.334	856	-1%
Teststrips (F10)	267.400	62.493	234	280.600	108.124	385	-39%
Therapeutische elastische kousen (H05)	377.000	64.591	171	436.700	70.029	160	7%
Voorzetkamers (I45)	385.000	12.102	31	253.100	8.012	32	-1%
Totaal		839.440			1.010.974		

In tabel 3 zoomen we in op een aantal specifieke hulpmiddelen. Hierover laten we dezelfde gegevens zien als in Tabel 2. Wat opvalt, is dat de totale kosten voor deze negen specifieke hulpmiddelen tussen 2012 en 2016 met 17% zijn gedaald. Dat is een daling in kosten van ruim € 170 mln. In de belangrijkste categorie zien we een daling van zowel het aantal gebruikers als de totale kosten. De totale kosten per gebruiker veranderen daarbij weinig.

We zien een sterke daling van 39% in de kosten per gebruiker van teststrips voor het gebruik van de glucosemeter. Gebruikers gebruiken of minder strips of de prijs per strip is sterk gedaald. Bovenstaande twee tabellen zijn bedoeld om de lezer een beeld te geven bij de hulpmiddelensector en de ontwikkelingen daarin. We trekken daarom geen conclusies op basis van deze cijfers, maar gebruiken ze om de hulpmiddelensector te illustreren. Om conclusies te trekken en causale verbanden te onderzoeken is per hulpmiddel diepgaand onderzoek nodig.

Onderstaande tabel brengt de ontwikkeling van de uitgaven aan hulpmiddelen vanuit de Zvw in de periode 2012-2016 in kaart.

Tabel 4. Ontwikkeling uitgaven aan hulpmiddelen in het kader van de Zvw, 2012-2016

Jaar	Uitgaven (x € 1.000)	Groei t.o.v. voorgaand jaar
2.012	1.507.602	
2.013	1.450.440	-3,8%
2.014	1.493.876	3,0%
2.015	1.509.544	1,0%
2.016	1.426.189	-5,5%

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipdatabank.nl/>.

3.5 Specifieke groepen hulpmiddelen

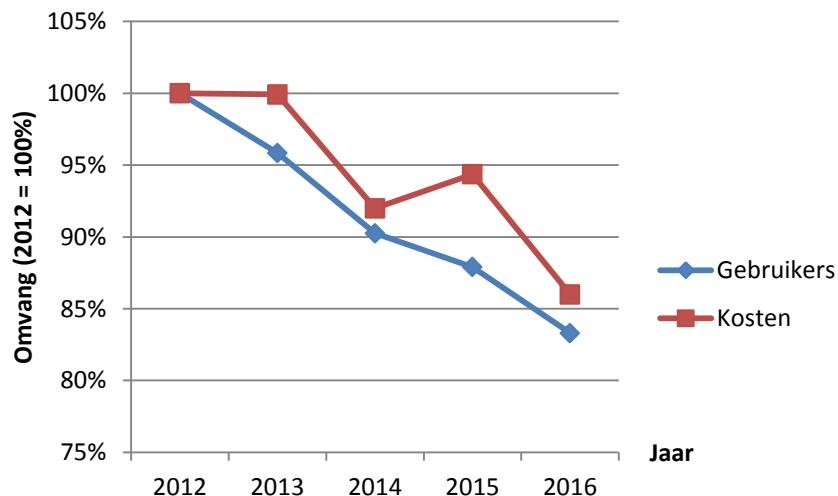
In dit hoofdstuk voegen we variatie en nuance toe aan bovenstaande bevindingen. We beschrijven hoe de sector er uit ziet voor de specifieke hulpmiddelen zoals we die benoemen in de inleiding. Voor elk van deze hulpmiddelen zetten we het verloop van de kosten af tegen het verloop van het aantal gebruikers. Net als bij de tabellen hierboven is het voornaamste doel om meer inzicht te geven in de hulpmiddelensector en de diversiteit daarbinnen. Zie hiervoor ook de ZiNL-publicaties 'GIPeilingen 2015, ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik' (2016) en 'GIPeilingen, ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik 2012-2016, raming 2017-2021' (2018) over ontwikkelingen in de hulpmiddelenzorg vanuit de Zvw.

Incontinentiemateriaal

In 2016 gebruikten ongeveer 459.000 mensen incontinentiemateriaal via de Zvw. Dat aantal is de afgelopen vijf jaar gedaald met 92.000 mensen, oftewel bijna 17%. De totale kosten zijn in de afgelopen vijf jaar met 14% gedaald. De totale kosten per gebruiker zijn met 3% licht toegenomen. De groep incontinentiemateriaal bestaat grofweg uit twee subgroepen, namelijk afvoerende en absorberende materialen. Er zijn relatief weinig gebruikers van afvoerende materialen, maar wel met hoge jaarlijkse kosten per gebruiker. Er is een groot aantal gebruikers van absorberende materialen, met lage gebruikskosten per jaar.

We gebruiken de cijfers niet voor conclusies, maar om de hulpmiddelensector te illustreren.

Figuur 1. Ontwikkeling gebruikers en kosten incontinentiematerialen, 2012-2016



Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie www.gipdatabank.nl.

De cijfers laten een beeld zien van een gelijke daling in gebruikers en kosten.

Kenmerken en ontwikkelingen markt incontinentiemiddelen

De markt voor incontinentiemateriaal kenmerkt zich door een groot volume en een lage prijs per stuk. Er zijn een aantal grote internationale fabrikanten die een groot deel van de markt voor hun rekening nemen.

Een aantal jaar geleden hebben zorgverzekeraars hun zorginkoop aangepast. Zorgverzekeraars geven aan op de inkoop van incontinentiemateriaal te hebben bespaard in de afgelopen jaren. Uit gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars blijkt ook dat er fabrikanten zijn die vanwege strategische overwegingen zoals de prijsdruk, de Nederlandse markt hebben verlaten. Bovenstaande cijfers laten een beeld zien van een vrijwel gelijke daling in gebruikers en kosten. Tenzij het aantal artikelen per gebruiker sterk is toegenomen, lijkt de prijs van incontinentiemateriaal niet sterk gedaald te zijn.

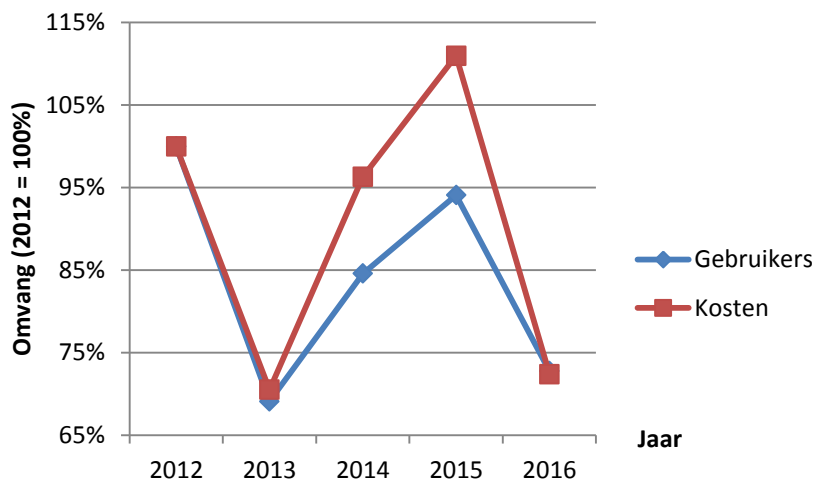
Zorgaanbieders geven als mogelijke verklaring voor de daling dat er minder artikelen worden toegekend per gebruiker en dat gebruikers vaker zelf incontinentiemateriaal aanschaffen.

Hoortoestellen

Verschillende ontwikkelingen hebben de afgelopen jaren gevolgen gehad voor het gebruik en de kosten van hoortoestellen. Per 1 januari 2013 is de omschrijving van hoortoestellen functiegericht. Ook is in 2013 de vergoedingssystematiek van hoortoestellen aangepast. Sindsdien is er sprake van een procentuele eigen bijdrage in plaats van een maximaal vergoedingsslimiet. Anticipatie op deze wijziging verklaart vermoedelijk een aanzienlijk deel van het verschil in gebruikers en kosten tussen 2012 en 2013.

De daling in gebruikers en kosten tussen 2015 en 2016 is waarschijnlijk voor een aanzienlijk deel het gevolg van strakkere afspraken tussen zorgverzekeraars en de branche over het voorschrijven van hoortoestellen.

Figuur 2. Ontwikkeling gebruikers en kosten hoortoestellen, 2012-2016



Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipdatabank.nl/>.

Kenmerken en ontwikkelingen markt hoortoestellen

Hoortoestellen hebben relatief hoge kosten per product en een lange gebruiksduur. Niet alleen het product zelf, maar vooral ook het inmeten, afstellen en onderhoud van de producten is bepalend voor het gebruiksgemak en het profijt dat mensen van het hulpmiddel hebben.

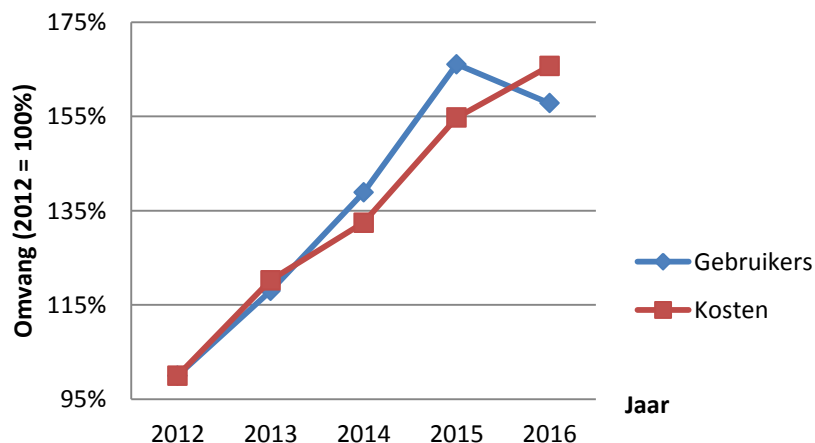
De markt kenmerkt zich door veel verticale integratie. Achter een aantal grote ketens zitten internationale fabrikanten. De markt in Nederland kent op hoofdlijnen 3 soorten winkels. De eerste soort betreft de aanbieders van zowel brillen als hoorzorg. Verder zijn er ketens die zich specifiek richten op hoorzorg en zich daarin specialiseren. Ten slotte zijn er kleine zelfstandigen die niet aangesloten zijn bij een keten. Deze kleine zelfstandigen leggen zich vaak toe op een marktsegment van buitencategorie hoortoestellen die buiten de verzekerde zorg vallen.

De figuur hiernaast presenteert de ontwikkelingen in de gedeclareerde bedragen in het kader van de Zvw en de bijbehorende gebruikers. De buitencategorie hoortoestellen worden niet vergoed vanuit de Zvw en zijn daarom niet weergegeven.

Ademhalingsapparatuur (Cpap en voorzetkamers)

We zien een toename van het gebruik van ademhalingshulpmiddelen tussen 2012-2016. In deze grafiek zijn de gegevens van Cpap apparatuur en voorzetkamers samengevoegd. Van 2012 tot 2016 stijgt het aantal gebruikers met 58% en stijgen de kosten met 66%. De gemiddelde kosten per gebruiker nemen met 4% toe van € 115 in 2012 naar € 120 in 2016. Het gebruik van voorzetkamers is vrij sterk toegenomen, alhoewel er in 2015 sprake was van een uitschieter die samenhangt met de introductie van een nieuw astmamiddel en bijbehorende nieuwe inhalator. Andere redenen voor de stijging zijn de vergrijzende samenleving en de toename in COPD-problematiek. Zorgverzekeraars zien verder een toename in het gebruik van hulpmiddelen ter behandeling van slaapapneu, zoals Cpap. De vraag naar deze hulpmiddelen neemt toe doordat er tegenwoordig meer aandacht besteed wordt aan het herkennen van deze aandoeningen.

Figuur 3. Ontwikkeling Cpap apparatuur en voorzetkamers, 2012-2016



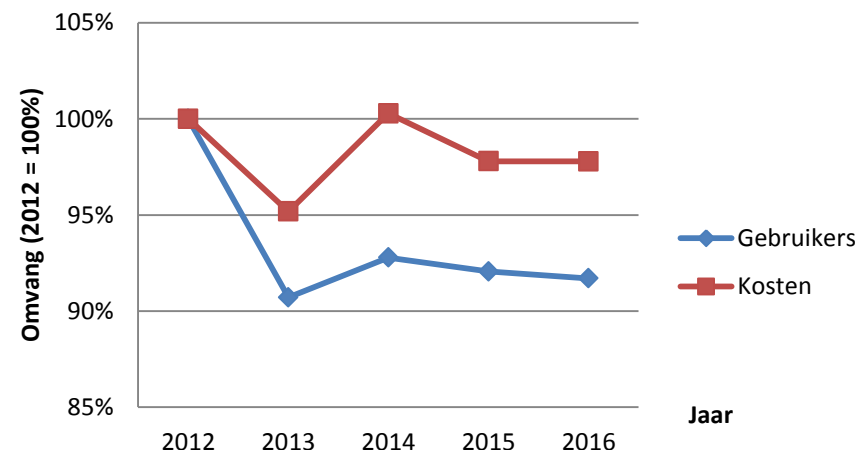
Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipdatabank.nl/>.

Kenmerken en ontwikkelingen markt ademhalingshulpmiddelen
Uit de gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars is weinig inzicht ontstaan over de markt voor ademhalingshulpmiddelen. Juist vanwege de sterke groei verdient het de aanbeveling om daar in de toekomst wel met meer aandacht naar te kijken.

Orthopedische schoenen

Het aantal gebruikers van orthopedische schoenen daalt tussen 2012 en 2016 met bijna 10.000 naar 101.600 gebruikers. De kosten dalen minder dan het aantal gebruikers. De kosten per gebruiker nemen daarom over deze periode toe met 7%.

Figuur 4. Ontwikkeling gebruikers en kosten orthopedisch schoeisel, 2012-2016



Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipdatabank.nl/>.

Kenmerken en ontwikkelingen markt orthopedische schoenen

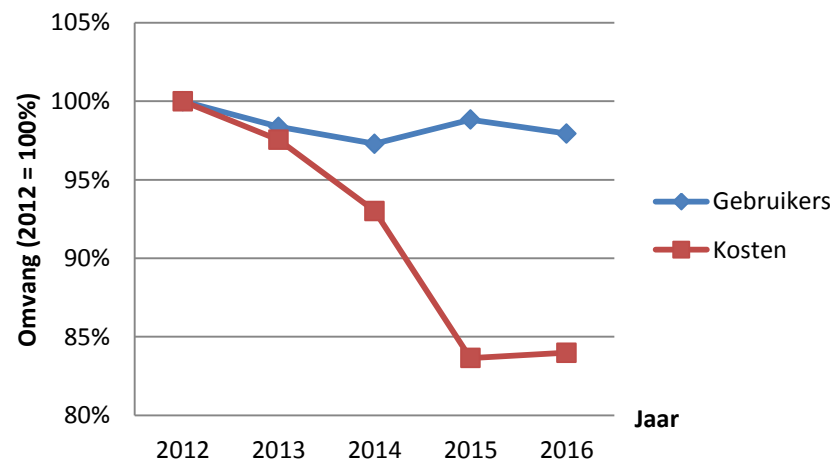
Van oudsher is het maken van orthopedische schoenen een ambacht. Nog steeds is het veel maatwerk. We zien dat er een verschil is tussen verwijzingen vanuit het ziekenhuis en verwijzingen vanuit bijvoorbeeld de huisarts. Meer complexe problematiek vraagt vaker om een volledig maatwerkproduct. Uit gesprekken met zorgverzekeraars en orthopedisch schoenmakers komt naar voren dat er steeds meer wordt gewerkt met standaardschoenen (confectieschoenen) en halffabricaten. Minder dan de helft van het orthopedisch schoeisel is volledig op maat gemaakt. Vaak kan iemand goed worden geholpen met een aangepaste standaardschoen of met een afgewerkt halffabricaat.

Diabeteshulpmiddelen

De gegevens in onderstaande figuur zijn gebaseerd op de hoofdcategorie diabeteshulpmiddelen (F) uit de GIP-data. Deze hoofdcategorie omvat alle verschillende diabeteshulpmiddelen. Tussen 2012 en 2016 zien we een lichte daling in het aantal gebruikers. De totale kosten laten een andere trend zien en dalen aanzienlijk meer. In 2016 zijn de totale kosten 16% lager dan in 2012. De kosten per gebruiker dalen in dezelfde periode met 14%. Op specifieke hulpmiddelen zoals de teststrips zien we dat de prijsdaling nog groter is dan de gemiddelde prijsdaling over de gehele categorie.



Figuur 5. Ontwikkeling gebruikers en kosten diabeteshulpmiddelen, 2012-2016



Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie www.gipdatabank.nl.

Kenmerken en ontwikkelingen markt diabeteshulpmiddelen

In de markt voor diabeteshulpmiddelen zijn een aantal grote internationale fabrikanten actief. Er is een grote variatie aan glucosemeters om bloedwaarden te meten. Kenmerkend daarbij is dat iedere meter een specifieke teststrip heeft die daarmee compatibel is. Verschillende partijen geven aan dat er de afgelopen jaren een daling is geweest in de prijs van deze hulpmiddelen. Bovenstaande grafiek bevestigt dat beeld. Er komen steeds meer producten op de markt die vormen van continu meten en digitaal uitlezen van de bloedwaarden, mogelijk maken. Het volgende hoofdstuk gaat hier nog verder op in.

4. Productontwikkelingen

4. Productontwikkelingen

4.1 Verbetering en innovatie

Hulpmiddelen vallen onder het begrip 'medische technologie' en de ontwikkelingen daarin staan niet stil. Fabrikanten ontwikkelen doorlopend nieuwe, verbeterde versies van bestaande hulpmiddelen. Niet al deze (versies van) producten zijn direct beschikbaar voor patiënten.

Leveranciers signaleren voor bijvoorbeeld glucosemeters en hoortoestellen dat de (vaak internationaal opererende fabrikanten) innovatieve producten maken, maar dat deze hulpmiddelen slechts beperkt en minder snel op de Nederlandse markt komen. Nederland zou een onaantrekkelijke markt zijn vergeleken met het buitenland. De omvang van de markt is relatief klein, er zijn barrières voor toegang tot het verzekerde pakket en de prijzen zouden in Nederland laag zijn. Voor gebruikers betekent dit dat zij mogelijk nieuwe initiatieven mislopen.

Aan de andere kant is er ook een beeld dat de meerwaarde soms beperkt is van als innovatief aangemerkte hulpmiddelen, terwijl de kosten soms fors hoger zijn. Het zou vaak gaan om 'gewone' kwaliteitsverbeteringen, waarbij de toegevoegde waarde zit in comfort en gebruiksgemak.

Een voorbeeld waar recent veel aandacht voor is geweest, is een type glucosemeter dat in vergelijking met andere apparaten minder invasief is (Flash Glucose Monitoring, FGM). Diabetespatiënten meten hun bloed met wisselende frequenties. Het nieuwe product is vooral nuttig voor degenen die relatief vaak hun bloed moeten meten. Op basis van de toegevoegde waarde voor de patiënt, bepaalde het Zorginstituut Nederland (ZiNL) op 30 april 2018 dat 4 patiëntengroepen in aanmerking komen voor vergoeding op basis van de Zorgverzekeringswet.

Het betreft kinderen met diabetes type 1, volwassenen met slecht ingestelde diabetes type 1, zwangeren en vrouwen met een kinderwens met diabetes (geen zwangerschapsdiabetes). Recent heeft het Zorginstituut hiervoor een beslisboom gepubliceerd. Echter, ook andere patiënten tonen interesse voor het apparaat.

4.2 Digitalisering en privacy

Het gebruik van hulpmiddelen wordt steeds vaker gekoppeld aan het monitoren van lichaamsfuncties in een digitale omgeving. Bijvoorbeeld bij bloedglucosemonitoring, CPAP-apparatuur en digitale luiers. In sommige gevallen hoeft de patiënt daardoor minder bezoeken aan artsen en instellingen af te leggen. Dit soort monitoring en zorg op afstand biedt de gebruikers van hulpmiddelen mogelijkheden om mobieler te worden en in de thuisomgeving zorg te ontvangen. Digitale luiers nemen schaarse verpleegkundigen werk uit handen omdat niet telkens hoeft te worden gecontroleerd op doorlekken. Daarnaast zijn deze luiers ook minder belastend voor de patiënt. Digitalisering kan dus allerlei nieuwe perspectieven op zorg bieden zoals meer eigen regie voor patiënten en werkverlichting voor zorgverleners.

Ook de markt voor hulpmiddelen verandert door digitalisering. Velen verwachten dat bedrijven uit de consumentenmarkt, zonder een traditionele link met de gezondheidszorg (bijvoorbeeld technologiebedrijven zoals Google, Alibaba en Apple), steeds directer deel gaan uitmaken van de markt voor medische technologie, waar de in deze monitor beschreven hulpmiddelen onderdeel van zijn.

Digitale toepassingen in de hulpmiddelenzorg brengen ook risico's met zich mee. Door de zorg op afstand te plaatsen is de zorgverlener ook op afstand, het vraagt van patiënten dat zij goed in staat zijn zichzelf te monitoren en (kunnen) handelen als de situatie erom vraagt. Patiënten kunnen soms tijd nodig hebben om een nieuw of ander hulpmiddel goed toe te passen, daarbij heeft de zorgverlener een ondersteunende rol. Daarnaast ontstaat er afhankelijkheid van toegang tot internet.

Het gebruik van hulpmiddelen met digitale eigenschappen brengt onlosmakelijk met zich mee dat er data worden gegenereerd. Het eigenaarschap van de data is daarbij een belangrijk aandachtspunt, omdat gegevens een toenemende commerciële waarde hebben. Naast de patiënt zal ook zijn zorgverlener toegang tot de data nodig hebben.

Vanuit privacy-perspectief is het van belang dat waarborgen worden getroffen dat gezondheidsgegevens niet oneigenlijk worden gebruikt. Het is daarom belangrijk dat gebruikers van hulpmiddelen weten wie toegang tot hun gegevens heeft en dat zij hierover zeggenschap houden. Tot slot is het ook belangrijk dat patiënten data mee kunnen nemen als zij van hulpmiddel of zorgaanbieder wijzigen, zodat data geen drempel vormen bij de keuze om over te stappen.

4.3 Conclusie

De ontwikkelingen in de hulpmiddelenzorg gaan snel, vooral op het vlak van digitalisering, zoals digitale glucosemeters die de glucoseconcentratie continue monitoren. We verwachten dat dergelijke ontwikkelingen in de toekomst alleen maar sneller zullen gaan. Dit biedt interessante nieuwe mogelijkheden voor gebruikers van hulpmiddelen, doordat zorg op afstand mogelijk en makkelijker wordt.

Verbeterde producten komen niet altijd direct op de Nederlandse markt vanwege beperkingen in het verzekerde pakket en de lage prijzen, waardoor de Nederlandse markt niet altijd aantrekkelijk is voor internationale fabrikanten.

Digitalisering van de hulpmiddelen geeft ook weer nieuwe risico's, bijvoorbeeld rondom privacy en (zeggenschap over) data of door een groter beroep op de zelfredzaamheid van patiënten doordat de zorg meer op afstand plaatsvindt.

5. Inkoop

5. Inkoop

5.1 Inkoopbeleid zorgverzekeraars

De inkoop door zorgverzekeraars vindt veelal zogenaamd functiegericht plaats. Dit is in overeenstemming met de functiegerichte aanspraken op grond van de zorgverzekeringswet. Er wordt niet specifiek op merken of typen ingekocht: inkoop is erop gericht dat een artikel passende zorg moet leveren.

Zorgverzekeraars maken steeds meer gebruik van meerjarencontracten bij de inkoop. Het gebruik van meerjarencontracten geeft eerder en over een langere periode duidelijkheid over prijs en keuzemogelijkheden ten aanzien van hulpmiddelen. Afhankelijk van het type hulpmiddel contracteren sommige zorgverzekeraars veel zorgaanbieders en voor andere hulpmiddelen vindt meer selectieve inkoop plaats en contracteren ze niet alle aanbieders of slechts enkele aanbieders. Zorgverzekeraars kopen uit kostenoverwegingen ook selectief in. Hierdoor kan de situatie ontstaan dat andere aanbieders uit de markt verdwijnen. Voor verzekerden betekent dit mogelijk een (gedwongen) overstap naar een ander product en vermindering van keuzemogelijkheden. Zorgverzekeraars geven hierover aan dat dit vanwege de functiegerichte inkoop niet voor zou mogen komen, aangezien de leverancier diverse merken moet blijven aanbieden. We hebben geen signalen dat er in de huidige markt onvoldoende keuzemogelijkheden voor gebruikers zijn.

Meerdere zorgverzekeraars geven aan de keuze voor een hulpmiddel niet te willen beperken voor hun verzekerden. Als gevolg van de functiegerichte zorginkoop is het assortiment dat door een hulpmiddelenleverancier of zorgaanbieder is ingekocht, bepalend voor de keuzevrijheid. Een voorbeeld hiervan is de indeling van hulpmiddelen in bepaalde klassen of categorieën.

Een tussenvariant die sommige zorgverzekeraars hanteren, betreft het gebruik van een voorkeursaanbieder. De verzekerde kan dan wel naar een andere aanbieder indien hij dat wenst.

Landelijke database hoortoestellen

Voor de inkoop van hoortoestellen geven diverse zorgverzekeraars aan dat dit plaatsvindt op basis van de landelijke hoortoestellen database. De landelijke database kent 5 categorieën van eenvoudig tot complex en daarnaast een buitencategorie. Deze zijn inzichtelijk op [Hoorwijzer.nl](https://www.hoorwijzer.nl). Fabrikanten van hoortoestellen bepalen zelf of ze een toestel opnemen in de database en voor welke categorie dat dan is.

Uit de gesprekken blijkt dat partijen vinden dat voor een groot deel van de patiënten de database goed bruikbaar is. Wel komt van diverse partijen het signaal naar voren dat het aanbod in de database niet snel vernieuwt ondanks technologische ontwikkelingen van producten.

Voor sommige hulpmiddelen hadden verzekerden voorheen een machtiging van hun zorgverzekeraar nodig om de kosten vergoed te krijgen. Dit is voor steeds minder hulpmiddelen het geval. Voor dure en complexe hulpmiddelen en bij ongecontracteerde zorg wordt in het algemeen nog wel gewerkt met een machtiging.

Inkoop op prijs

Uit gesprekken met zorgverzekeraars en zorgaanbieders komt naar voren dat de afgelopen jaren de focus met name bij de inkoop op de prijs lag. Zorgverzekeraars geven aan dat dit heeft geleid tot besparingen in de uitgaven voor hulpmiddelen. Tabel 2 in hoofdstuk 3 laat zien dat de totale kosten voor hulpmiddelen in 2012 ruim € 80 mln. hoger waren dan in 2016. De zorgaanbieders die we hebben gesproken geven aan dat verdere druk op de prijs voor bepaalde hulpmiddelen de kwaliteit negatief beïnvloedt, prikkels tot innovatie wegneemt of leidt tot vermindering in aanbod omdat fabrikanten voor andere markten kiezen.

Zorgverzekeraars geven aan dat kwaliteit van het hulpmiddel/product en kwaliteit van dienstverlening door de hulpmiddelenleverancier een belangrijk aandachtspunt is in het inkoopbeleid van hulpmiddelen. Dit gebeurt echter nog niet altijd omdat het niet eenvoudig blijkt om hieraan invulling te geven. Zo zijn niet voor alle hulpmiddelen landelijke kwaliteitsstandaarden beschikbaar. Aansluiting wordt dan bijvoorbeeld gezocht bij kwaliteitsstandaarden van specifieke beroepsgroepen.

Een aantal jaar geleden is voor verbandmateriaal door een aantal zorgverzekeraars een profielensysteem ontwikkeld op basis waarvan wordt ingekocht. In de gesprekken kwam naar voren dat zorgaanbieders aan andere zorgverzekeraars hebben gevraagd deze zelfde systematiek ook te (gaan) hanteren. Voor zorgaanbieders leidt het tot meer administratieve lasten als iedere verzekeraar een eigen inkoopssystematiek hanteert.

Een signaal dat naar voren komt is dat de huidige regelgeving belemmerend kan werken om zaken rondom de inkoop anders te (gaan) organiseren. Een voorbeeld hiervan is om een integraal tarief af te spreken als (de zorg rondom) een hulpmiddel in meerdere sectoren met een verschillende bekostigingssystematiek valt.

5.2 Het contracteerproces

Het is belangrijk dat dit proces transparant verloopt voor de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zorgaanbieders willen graag dat zorgverzekeraars het inkoopproces vormgeven zoals beschreven in het stuk over [Good Contracting Practices](#). In gesprekken met zorgaanbieders komt naar voren dat het inkoopproces niet bij alle zorgverzekeraars voorspelbaar en transparant verloopt.

Sinds 2016 bestaan er regels voor het contracteerproces. De [Regeling Transparantie Zorginkoopproces Zvw](#) schrijft onder andere voor dat zorgverzekeraars op 1 april van het voorafgaande jaar hun volledige inkoopbeleid publiceren.

Een deel van de uitspraken die de NZa heeft gedaan over (mogelijke) overtredingen van deze transparantieregels, gaan over de inkoop van hulpmiddelen. Het gaat dan bijvoorbeeld over [het niet tijdig bekend maken van wijzigingen in het inkoopbeleid door de zorgverzekeraars](#) en [de bereikbaarheid van zorgverzekeraars als zorgaanbieders vragen hebben over het voorgestelde contract](#).

5.3 Bruikleen en eigendom

Hulpmiddelen kunnen in bruikleen of in eigendom worden verstrekt. De vraag in welke vorm verstrekking plaatsvindt, hangt af van de gebruiksduur ten opzichte van de economische levensduur. Ook speelt mee in hoeverre er sprake is van een hulpmiddel dat aan de individuele gebruiker wordt aangepast. Zo worden bijvoorbeeld bedden vaak in bruikleen verstrekt, terwijl gehoorapparaten bijna altijd in eigendom worden verstrekt.

Bruikleen wordt steeds vaker toegepast, vooral bij duurdere hulpmiddelen zoals prothesen. Overwegingen voor zorgverzekeraars kunnen zijn dat de zorgverzekeraar bij bruikleen beter controle kan houden op bijvoorbeeld het onderhoud. Ook kan dan worden voorkomen dat verzekerden een eigen risico moeten betalen. Verstrekking in bruikleen geschiedt namelijk om niet. Omdat er geen vergoeding wordt betaald is er ook geen eigen risico. Zo is er een zorgverzekeraar die om deze reden gehoorapparaten in bruikleen verstrekt.

Wanneer hulpmiddelen in bruikleen worden verstrekt, kan dat gevolgen hebben voor verzekerden bij het overstappen. Verzekerden moeten namelijk het hulpmiddel teruggeven aan de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars hebben hierover landelijk afspraken met elkaar gemaakt. In beginsel worden hulpmiddelen om niet overgenomen door de nieuwe zorgverzekeraar. Wanneer dat niet het geval is, mag de verzekerde het oude hulpmiddel blijven gebruiken tot een nieuwe beschikbaar is.

Financieel gezien kan bruikleen voor een zorgaanbieder onaantrekkelijk zijn. Zorgverzekeraars verdelen de vergoeding van de totale kosten over de totale gebruiksduur, terwijl de investering voor de hulpmiddelenleverancier in het begin plaatsvindt. De zorgaanbieder moet dan het hulpmiddel voorfinancieren. Vooral bij bijvoorbeeld erg dure prothesen kan dit problematisch zijn voor een zorgaanbieder.

5.4 Tarieven

De inkoop van hulpmiddelen kent verschillende tariefstructuren, afhankelijk van het betreffende hulpmiddel en de individuele zorgverzekeraar. Voorbeelden van tariefstructuren zijn een vast bedrag per dag per patiënt per categorie voor incontinentiematerialen, of een stuksprijs per hulpmiddel. Per hulpmiddel kunnen prijzen wijzigen op initiatief van de zorgverzekeraar.

Zo werd bijvoorbeeld voorheen voor incontinentiemateriaal een stuksprijs betaald. Gebruik van stuksprijzen kan tot veel volume leiden, een vast bedrag per verzekerde kan weer leiden tot een neerwaartse druk op volumes.

Partijen geven wisselende signalen af over de hoogte van inkooprijzen, en de ruimte om de prijs te verlagen. Uit deze signalen leiden wij af dat er voor sommige hulpmiddelen weinig ruimte lijkt te zijn om deze verder te verlagen. Dit kan echter niet hard worden onderbouwd. Een verdere verlaging van de prijs kan er in die situatie toe leiden dat aanbieders zich terugtrekken van de Nederlandse markt.

Voor incontinentiemateriaal is bijvoorbeeld in de gesprekken door sommige zorgaanbieders en zorgverzekeraars aangegeven dat er geen ruimte meer is voor prijsverlagingen. De zorgverzekeraars hebben een sterke focus op prijs gehad in de voorgaande jaren. Uit de cijfers in hoofdstuk drie zien we deze beweging niet duidelijk terug.

5.5 Conclusie

Er is veel dynamiek in de inkoop omtrent hulpmiddelen, gegeven bijvoorbeeld wijzigingen in de inkoopssystematiek, prijsdiscussies, het verstrekken in bruikleen of eigendom, het terugdringen van machtigingen, het gebruik van meerjarencontracten en het verder doorvoeren van selectieve inkoop.

Voor sommige hulpmiddelen lijkt er weinig ruimte om de prijs verder te verlagen zonder dat de kwaliteit negatief wordt beïnvloedt of prikkels tot innovatie worden weggenomen. Hoewel zorgverzekeraars aangeven dat zij kwaliteit een belangrijk aandachtspunt in het inkoopbeleid van hulpmiddelen vinden, gebeurt dit echter nog niet altijd. Ook kan een verdere verlaging van de prijs ertoe leiden dat aanbieders zich terugtrekken van de Nederlandse markt. Partijen geven echter aan dat voor het grootste deel van de patiënten middelen beschikbaar zijn om adequate zorg te kunnen leveren.

**6. Krijgt de patiënt de zorg
die hij nodig heeft?**

6. Krijgt de patiënt de zorg die hij nodig heeft?

6.1 Passende zorg en zorgplicht

De zorgplicht in de Zvw is grotendeels een open norm, waarbij voor hulpmiddelenzorg in de beleidsregel toezichtkader zorgplicht geen nadere criteria zijn opgenomen. Zorgverzekeraars hebben een eigen verantwoordelijkheid om aan de zorgplicht invulling te geven. De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht.

Om aan hun zorgplicht te voldoen, moeten zorgverzekeraars hulpmiddelenzorg leveren die voldoende passend is. Hulpmiddelen en het gebruik ervan worden door iedere gebruiker anders ervaren. Een hulpmiddel dat voor de ene persoon een goede oplossing is, kan voor de ander een minder goede oplossing zijn. We zien dat maatwerk bij het uitzoeken en gebruiken van een hulpmiddel daarom erg belangrijk is.

De aanspraak voor hulpmiddelen in de Zvw is geheel functiegericht, maar niet verder gespecificeerd. Dit betekent bijvoorbeeld dat een blinde niet zozeer recht heeft op 'een blindenstok en/of een geleidehond', maar op 'hulpmiddelen bij een visuele beperking'. Door deze formulering komt er meer ruimte voor maatwerk rond de gebruiker. Met maatwerk bedoelen we dan het selecteren van een geschikt hulpmiddel dat aansluit op de specifieke behoefte en situatie van de gebruiker.

Keuzevrijheid is ook een belangrijk thema binnen de hulpmiddelenzorg. Keuzevrijheid gaat over de vraag of de gebruiker liever een specifiek hulpmiddel wil hebben of nog specifieker, een hulpmiddel van een bepaald type of fabrikant.

Verzekerden hebben op grond van de zorgplicht recht op goede zorg. Dit betekent echter niet persé dat de verzekerde kan kiezen voor een specifiek middel of duurdere categorie als dat niets toevoegt in het kader van passende zorg. Keuzevrijheid valt daarmee niet vanzelfsprekend onder het begrip zorgplicht.

Zorgplicht

Zorgverzekeraars hebben op grond van de Zvw een zorgplicht naar hun verzekerden. Dit is geregeld in artikel 11 lid 1 Zvw en is door de NZa nader uitgewerkt in de beleidsregel toezichtkader zorgplicht. De zorgplicht is in eerste instantie een resultaatsverplichting van de zorgverzekeraar tegenover zijn individuele verzekerde. Wat die verplichting precies inhoudt, is afhankelijk van de manier waarop verzekerde prestaties worden aangeboden.

Een zorgverzekeraar die een natura zorgverzekering aanbiedt, is verplicht zijn verzekerden de zorg te leveren waar zij recht op hebben. Doet de zorgverzekeraar dat niet, dan schendt hij zijn zorgplicht.

Een zorgverzekeraar die een restitutie zorgverzekering aanbiedt, is verplicht de kosten te vergoeden van de zorg waar de verzekerde recht op heeft. De zorgverzekeraar kan worden aangesproken op het geleverde resultaat: de vergoeding van kosten van zorg. Verder heeft de zorgverzekeraar bij het bemiddelen naar zorg een inspanningsverplichting. Hier kan een zorgverzekeraar niet worden aangesproken op het resultaat, maar op de inspanning die is geleverd.

6.2 Maatwerk versus standaardisering

Categorisering

Uit gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars constateren wij dat er bij een aantal hulpmiddelen (zoals incontinentiemateriaal, stomahulpmiddelen, hoortoestellen) mede als gevolg van de invoering van de functiegerichte aanspraken en de focus op prijs bij de inkoop, steeds vaker sprake is van standaardisering in de inkoop. Daarbij zien we dat hulpmiddelen bij de zorginkoop door zorgverzekeraars worden ingedeeld in klassen of categorieën.

We constateren op basis van deze gesprekken, en ook gesprekken met consumenten, dat de meeste mensen goed zijn geholpen met een hulpmiddel uit de toegewezen categorie. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is dat mensen in de juiste categorie worden ingedeeld conform het geldende protocol. Dit protocol is zorgvuldig tot stand gekomen met betrokkenheid van een breed palet aan veldpartijen. Desondanks kan het voorkomen dat het type hulpmiddel uit de toegewezen categorie niet toereikend is voor de gebruiker door bijvoorbeeld lichamelijke kenmerken of leefstijl. Uit gesprekken met zorgaanbieders kwam niet duidelijk naar voren hoe vaak dit in de praktijk voorkomt en in hoeverre dit daadwerkelijk leidt tot niet passende zorg. Daarbij geven zorgverzekeraars hierover aan dat in dergelijke situaties een individuele zorgvraag bij de zorgverzekeraar ingediend kan worden.

Om maatwerk en keuzevrijheid verder uit te werken, zijn de verschillende partijen in de hulpmiddelenzorg de afgelopen jaren in overleg gegaan. In een werkgroep onder leiding van VWS is een generiek kwaliteitskader hulpmiddelenzorg ontwikkeld. Voor continëntie, stoma en diabetes zijn specifieke kwaliteitsstandaarden ontwikkeld. Deze zijn te vinden op www.zorginzicht.nl van het Zorginstituut Nederland. Deze kunnen zorgverleners helpen om vast te stellen wat passende zorg is voor de individuele gebruiker van hulpmiddelen.

Zorgaanbieders geven aan dat de inkoop door zorgverzekeraars nog onvoldoende op de modules aansluit. De meeste zorgverzekeraars zouden bij hun inkoop veel focus hebben op de prijs en minder letten op de omstandigheden en de zelfredzaamheid van de gebruiker van hulpmiddelen. Enkele zorgverzekeraars geven ook aan dat de prijs het voornaamste aandachtspunt is bij de inkoop. Hierdoor zou mogelijk onvoldoende rekening worden gehouden met de implementatie van de nieuwe kwaliteitsstandaarden. Daarom gaan het Platform Continëntie Hulpmiddelenzorg en de Patiëntenfederatie Nederland in 2019 een meldactie organiseren om eventuele knelpunten in kaart te brengen en op te lossen. Op voorhand heeft de NZa in deze monitor niet kunnen vaststellen of er problemen zijn met de implementatie van deze kwaliteitsstandaarden. We benadrukken dat we het belangrijk vinden dat verzekeraars bij de inkoop van hulpmiddelen kwaliteit beschouwen als een belangrijk onderdeel.

Individueel maatwerk

De term 'maatwerk' kan in de hulpmiddelenzorg verwarrend zijn. Vanuit de wetgeving is er sprake van individueel maatwerk wanneer een hulpmiddel is afgestemd op de behoefte van de individuele gebruiker en zijn situatie. Dit wordt ook wel 'passende zorg' genoemd.

De term 'maatwerk' wordt ook gebruikt als een hulpmiddel op maat wordt gemaakt voor of aangepast aan het individu. Bij beperkte noodzakelijke aanpassingen kan het gaan om een confectieartikel dat wordt aangepast. In de situaties waar meer maatwerk nodig is, wordt voor de gebruiker een hulpmiddel aangemeten. Dit maatwerk is vooral van toepassing bij orthopedische hulpmiddelen zoals orthopedisch schoeisel en prothesen/orthesen. Wij hebben weinig signalen die er op duiden dat er bij deze hulpmiddelen onvoldoende maatwerk wordt geleverd.

Comfort en upgrades

Ten slotte speelt de vraag hoe passende zorg zich verhoudt tot comfort en upgrades. Dit speelt bijvoorbeeld bij hoortoestellen of geavanceerde microprocessor gestuurde beenprothesen. Bij hoortoestellen hebben patiënten vanwege de extra functies regelmatig interesse in een hoortoestel uit een hogere categorie binnen de database of uit de zogeheten buitencategorie. De verzekerde wordt op grond van een protocol ingedeeld in een bepaalde categorie en heeft alleen recht op een hoortoestel uit deze categorie.

Buitencategorie hoortoestellen worden door zorgverzekeraars alleen vergoed op voorschrift van een audioloog. Wanneer een patiënt een buitencategorie hoortoestel wil zonder dat de audioloog de noodzaak hiertoe heeft vastgesteld, wijst de zorgverzekeraar dit af omdat dit buiten de aanspraak valt.

Het uitgangspunt voor de NZa is dat de verzekerde aanspraak heeft op de zorg die hij nodig heeft. Een hoortoestel van een hogere categorie is in de meeste gevallen niet nodig en dus heeft de verzekerde daar geen aanspraak op. Een groot deel van de zorgverzekeraars staat niet toe dat mensen een hoortoestel uit een hogere categorie aanschaffen en bijbetalen voor de meerkosten.

De mogelijkheid tot bijbetaling lijkt in beginsel geen nadelige gevolgen te hebben voor de betaalbaarheid van de zorg. Bovendien komt het de klantgerichtheid ten goede. De bijbetaling leidt ertoe dat de verzekerde de noodzakelijke zorg (deels) krijgt vergoed en het meerdere, de upgrade, zelf betaalt. Tegelijkertijd worden er door veldpartijen zorgen geuit dat bijbetaling de solidariteit zou aantasten of het systeem van zorginkoop op volume door de zorgverzekeraar doorkruist. Daarnaast wordt aangegeven dat er een onduidelijke grens is tussen wat noodzakelijk en wenselijk is en dat hiermee een element van restitutie wordt geïntroduceerd aan een naturadekking.

6.3 Afspraken

We constateren dat veel zorgverzekeraars met zorgaanbieders afspreken dat de leverancier zelf het hulpmiddel aanmeet en levert. Naast een (eventuele) verwijzing uit de eerste of tweede lijn is toestemming door de zorgverzekeraar doorgaans niet meer nodig. Dit heeft als positief effect dat de verzekerde sneller kan worden geholpen aan het goede hulpmiddel en dat de administratieve lasten worden beperkt doordat geen toestemming hoeft te worden gevraagd.

Kanttekening hierbij is dat er wel sprake is van de slager die zijn eigen vlees keurt, omdat de zorgaanbieder zelf deels bepaalt welke middelen aangeboden worden. Dit kan er toe leiden dat niet het hulpmiddel wordt geleverd wat nodig is. Er kan te veel of juist te weinig worden geleverd. Zorgverzekeraars geven aan dat zij dit in de praktijk ook zien gebeuren. Als voorbeeld wordt door sommige zorgverzekeraars de verstrekking van gehoorapparaten genoemd waar volgens hen steeds meer gehoorapparaten uit hogere categorieën worden geleverd, zonder dat daarvoor aan hen een goede onderbouwing kan worden gegeven. Een ander voorbeeld is dat patiënten soms te weinig stomazakjes of continentiemateriaal ontvangen omdat wordt uitgegaan van gemiddeld verbruik, in plaats van het persoonlijke verbruik.

Wisselen van hulpmiddel

Een onderwerp wat af en toe naar voren komt is het wisselen van hulpmiddelen. Vooral bij glucosemeters komt het geregeld voor. Dit is deels het gevolg van innovatie, deels gevolg van overstappen van verzekerden naar een andere zorgverzekeraar of zelfs een andere leverancier die met andere fabrikanten werkt. Een andere reden kan de selectieve inkoop door zorgverzekeraars zijn. Zie de [brief van de NZa](#) in 2015 aan Diabetesvereniging Nederland.

Doordat alle meters een onnauwkeurigheidsmarge hebben, leidt dit bij het wisselen van meter tot schommelingen in de metingen, wat wordt bevestigd door een geïnterviewde diabetesverpleegkundige. Dit kan leiden tot gezondheidsrisico's, vooral bij diabetespatiënten die gevoelig zijn voor schommelingen.

Vaak wisselen van hulpmiddel is voor een aantal groepen gebruikers ongewenst. Zorgverzekeraars zouden hier terughoudend mee moeten zijn waar dit binnen hun macht ligt. Soms kunnen ook zorgverzekeraars hier maar beperkt invloed op uitoefenen. Teststrips voor glucosemeters zijn vaak metergebonden. Strips worden uit de handel genomen wanneer een nieuw model meter wordt geïntroduceerd waardoor wisselen soms onvermijdelijk is. In 2015 zijn door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) [kwaliteitscriteria](#) opgesteld die dit probleem moeten oplossen. Zorgverzekeraars hebben zich hieraan geconformeerd.

6.4 Bereikbaarheid, tijdigheid en kwaliteit van hulpmiddelenzorg

In het toezichtkader zorgplicht zijn voor veel zorgvormen nader ingevulde normen opgenomen die betrekking hebben op de bereikbaarheid en tijdigheid van zorg. Voor hulpmiddelenzorg bestaan echter geen uitgewerkte normen. Dit betekent niet dat de hulpmiddelenzorg niet tijdig en bereikbaar hoeft te zijn.

Hulpmiddelenzorg wordt door de meeste zorgverzekeraars breed ingekocht. Een enkele zorgverzekeraar wijkt hier van af en heeft alle hulpmiddelen bij enkele aanbieders ingekocht. We hebben geen signalen dat dit er toe zou leiden dat hulpmiddelenzorg in dat geval onvoldoende bereikbaar zou zijn. Dat komt doordat een deel van de hulpmiddelen besteld wordt en aan huis wordt bezorgd. Reistijd speelt dan geen rol. Een deel van de gebruikers stelt nog wel prijs op face-to-face contact bij het uitkiezen van hulpmiddelen.

Een risico dat in de gesprekken is genoemd is dat door de scherpe inkoop door zorgverzekeraars de marges van de zorgaanbieders dalen. Hierdoor kan de Nederlandse markt voor sommige fabrikanten minder interessant worden. Dit kan er op termijn toe leiden dat het aanbod in Nederland verschaalt. Aan de andere kant kan op basis van economische theorie worden verwacht dat een te beperkt aanbod leidt tot prijsopdrijving, waardoor de Nederlandse markt weer aantrekkelijker wordt voor hulpmiddelenfabrikanten. Op dit moment is het aanbod in Nederland niet dusdanig klein dat dit gevolgen heeft voor de zorgplicht.

In de praktijk hebben verzekerden binnen de Zvw snel genoeg toegang tot hun hulpmiddel. Dit komt onder meer doordat zorgverzekeraars met leveranciers afspraken hebben gemaakt over de indicatie en het aanmeten van een hulpmiddel. Zorgverzekeraars hanteren nauwelijks nog toestemmings-/machtigingseisen, waardoor het hulpmiddel snel kan worden geleverd. Ook zien we geen verontrustende signalen vanuit consumenten dat de tijdigheid een probleem zou zijn.

De IGJ heeft ten aanzien van de kwaliteitsborging van de door verzekeraars vergoedde, dan wel door gemeenten verstrekte extramurale medische hulpmiddelen het toezichtprimaat. De IGJ heeft dit door NIVEL/EMGO nader laten onderzoeken. Uit dit [onderzoek](#) is recent gebleken dat de bewaking van de kwaliteit bij de verstrekking van medische hulpmiddelen in de thuissituatie, beter kan.

6.5 Conclusie

Zorg moet passend zijn en dit geldt ook voor hulpmiddelen. Daarom is in een werkgroep onder leiding van VWS en in samenwerking met het veld een generiek kwaliteitskader hulpmiddelenzorg ontwikkeld. Daarnaast zijn voor continëntie, stoma en diabetes specifieke kwaliteitsstandaarden ontwikkeld.

Enkele zorgaanbieders hebben in de gesprekken aangegeven dat zorgverzekeraars bij de inkoop te weinig aandacht besteden aan deze kwaliteitsstandaarden. Uit recent onderzoek in opdracht van IGJ is gebleken dat de bewaking van de kwaliteit bij de verstrekking van medische hulpmiddelen in de thuissituatie, beter kan. Dit benadrukt het belang dat zorgverzekeraar hun inkooprol op kwaliteit sterker moeten vormgeven.

Voor de zorgplicht zien we voornamelijk risico's bij specifieke patiënten die net buiten de standaard vallen. Voor die verzekerden is een hulpmiddel uit de categorie-indeling mogelijk onvoldoende. Het kan daardoor voorkomen dat zij geen passende zorg krijgen. Op dit moment hebben wij echter geen signalen die er op wijzen dat dit een wijdverspreid probleem is.

Als het gaat om het aanbod van producten zien we dat dit mogelijk verschaalt omdat Nederland minder interessant is voor internationale fabrikanten als gevolg van de scherpe inkoop door zorgverzekeraars.

7. Inzicht en informatie voor de gebruiker

7. Inzicht en informatie voor de gebruiker

7.1 Complexiteit van de hulpmiddelensector

Hulpmiddelen worden op verschillende wijzen onderscheiden en afgebakend. We benoemen dit ook in hoofdstuk 3. Een belangrijk onderscheid is de manier waarop hulpmiddelen worden bekostigd (Zvw, Wlz, Wmo, Wia, participatiewet of eigen aanschaf). Binnen de Zvw wordt hulpmiddelzorg onderscheiden naar de beperking in (lichamelijke) functie. De [hulpmiddelenwijzer](#) (opgezet in opdracht van VWS) onderscheidt hulpmiddelen weer naar activiteiten of aandoeeningen. Het [Genees- en hulpmiddelen informatie project van het ZiNL \(GIP\)](#) onderscheidt hulpmiddelenzorg naar (categorieën) producten. Tot slot is er nog het onderscheid naar intramurale en extramurale hulpmiddelen, wat (mede) bepaalt hoe hulpmiddelen worden vergoed. Duidelijk is dat met de verschillende manieren van onderscheid geen eenheid van taal bestaat als het gaat om hulpmiddelen. Dit kan het voor iemand die een hulpmiddel nodig heeft lastig maken om zijn weg te vinden naar een passend hulpmiddel.

7.2 Juridische en financiële schotten

Zoals hierboven aangegeven kunnen hulpmiddelen op grond van een aantal verschillende wetten worden gefinancierd. Gevolg hiervan is dat een burger recht kan hebben op eenzelfde hulpmiddel op grond van verschillende wettelijke aanspraken. Een voorbeeld is een rolstoel die zowel op grond van de Wmo als de Wlz kan worden geleverd of orthopedische schoenen waarop recht kan bestaan vanuit de Wlz of de Zvw.

Zodra de zorgbehoefte van cliënten verschuift naar meer langdurige zorg (Wlz/Wmo) verandert er ook iets rond de verstrekking van hulpmiddelen. Dit betekent niet altijd dat er een andere behoefte is aan hulpmiddelen, maar wel dat praktische zaken veranderen zoals het aanvraagloket, de leverancier, de inkoper en de verantwoordelijkheid (de instelling, de gemeente, de zorgverzekeraar of de burger zelf). Vooral voor personen met een Wlz-indicatie is het 'recht' op zorg (via aanspraak of voorziening) complex vanuit verschillende bekostigingssystemen (Wlz/Wmo/Zvw).

Doordat er diverse wettelijke kaders zijn voor hulpmiddelen bestaat er een risico op afwenteling. Dit risico bestaat vooral wanneer in een ander wettelijk kader de levering beter is geregeld, de eigen bijdragen anders zijn vastgesteld, of omdat er budgettaire meer ruimte is.

7.3 Informatievoorziening over hulpmiddelen

Om de hulpmiddelenzorg voor burgers inzichtelijk te maken is transparante informatie nodig die centraal beschikbaar is. Zowel informatie over polisvoorwaarden als over de vergoeding van hulpmiddelen zelf. Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden goed informeren over wat er wel en niet in hun zorgverzekering zit en over de vergoeding hiervan. Transparante informatie is voor de consument een cruciale voorwaarde om keuzes te kunnen maken die het best aan zijn wensen voldoen. Nu zorgverzekeraars daarbij ook in toenemende mate selectief contracteren, neemt het belang van een heldere zorgverzekering en hulpmiddelenreglement alleen maar toe. Inhoudelijke informatie over de hulpmiddelen zelf wordt door zorgverzekeraars vaak overgelaten aan de aanbieders van hulpmiddelen.

Er is een grote diversiteit aan beschikbare hulpmiddelen en manieren om die hulpmiddelen aan te vragen. Daarom is daar duidelijke informatie over nodig. Die duidelijkheid kan op verschillende momenten nodig zijn:

- Bij het bepalen van de zorgvraag en de indicatie ('Welke middel heb ik nodig?', 'Kan ik ergens uit kiezen en hoe maak ik dan een keuze?', 'Wie bepaalt waar ik recht op heb?').
- Bij het verkrijgen van het middel ('Waar kan ik het middel halen?', 'Wat als ik na een tijdje ontevreden ben?'). Wanneer er uitgebreide formulieren nodig zijn, ervaren gebruikers dit vaak als een belasting.
- Bij het gebruik van het middel ('Hoe wordt omgegaan met onderhoud of vervanging en met de kosten daarvan?').
- Bij de vergoeding van het middel ('Moet ik bijbetalen en hoeveel dan?', 'Heeft dat invloed op mijn eigen risico?').

Er is nu weinig overzichtelijke informatie die centraal beschikbaar is, over wanneer iemand voor welk hulpmiddel waar moet zijn.

Veel mensen maken van een of enkele hulpmiddelen gebruik. In dat geval hebben ze niet met alle regels te maken maar alleen de regels voor dat ene hulpmiddel. Daarbij helpt het verzekeren ook dat veel informatie over een hulpmiddel door de leverancier wordt verstrekt. Een punt wat we in enkele gesprekken hebben gehoord is dat het voor verzekeren niet duidelijk is waar ze recht op hebben. Het gaat hierbij dan vooral om de vraag in welke categorie zij vallen (denk aan gehoorapparaten). We hebben een aantal keer het geluid gehoord dat een verzekerde een vragenlijst invulde terwijl niet duidelijk was dat op basis van de vragenlijst wordt bepaald in welke categorie zij vallen. Burgers weten namelijk niet dat zij door middel van het antwoorden op vragen zelf invloed hebben op waar zij recht op hebben.

De leverancier neemt bij de bepaling van het benodigde hulpmiddel al veel onduidelijkheid weg over de vraag onder welke wet het hulpmiddel valt. Zorgverzekeraars geven aan dat hulpmiddelen soms ten onrechte ten laste van de Zvw in rekening worden gebracht (de bovengenoemde 'afwenteling'). Wanneer zorgverzekeraars dit terugvorderen kan dat weer leiden tot vragen bij verzekeren. Zorgverzekeraars benoemen hier in beginsel coulant mee om te gaan wanneer vooraf niet duidelijk is tot welk wettelijk kader de zorg behoort. Echter, diverse zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij hun beleid in de toekomst gaan aanscherpen. Dit kan dan gaan leiden tot meer vragen bij consumenten hierover.

Over wanneer iemand voor welk hulpmiddel waar moet zijn, is nu geen informatie centraal beschikbaar.

De NZa krijgt geregeld klachten van consumenten over de kosten voor hulpmiddelen. Voor een burger is het vaak niet duidelijk op welk hulpmiddel en welke vergoeding hij recht heeft. Daarbij speelt ook dat verzekeren, bijvoorbeeld bij gehoorapparaten, niet altijd het best passende hulpmiddel krijgen aangeboden. Hierdoor kan het voorkomen dat zij zelf (een deel van) de kosten moeten betalen.

We krijgen ook veel vragen over vergoeding van glucosemeters (FGM). Voor veel verzekeren is het niet duidelijk waarom zij bepaalde meters (met name de Freestyle Libre) niet vergoed krijgen. Recent heeft het ZiNL een duiding gegeven voor de Freestyle Libre, maar dit heeft nog niet geleid tot een afname van de vragen. Voor de volledigheid wordt hierover opgemerkt dat dit geneeskundige zorg betreft waarvoor de behandelend medisch specialist bepaalt of de patiënt in aanmerking komt.

We constateren dat de grootste behoefte aan transparante informatie bestaat over de vergoeding van hulpmiddelen. Daarbij is het voor verzekerden niet goed te vinden waar ze recht op hebben en hoeveel dat kost. Dit geldt met name bij de eerste verstrekking van een hulpmiddel.

7.4 Vergroten duidelijkheid

De huidige hulpmiddelenzorg is ingedeeld vanuit de optiek dat financieringsstromen één op één verbonden zijn met een bepaalde organisatie van zorg. Het zou de gebruiker van hulpmiddelen helpen als onderliggende financieringsstromen géén invloed hebben op het loket waar hij een hulpmiddel aanvraagt en van wie hij het hulpmiddel krijgt geleverd.

Een voorbeeld van een goede stap in die richting is het voornemen om de hulpmiddelenzorg voor burgers met een Wlz-indicatie minder complex in te richten. Het ZiNL heeft hiertoe het voornemen om een handreiking te doen, wat er op neerkomt dat alle hulpmiddelen vanuit de Wlz zouden moeten worden verstrekt.

7.5 Conclusie

De veelheid aan hulpmiddelen en de verschillende wettelijke kaders waarbinnen deze kunnen worden verstrekt, zorgen voor onduidelijkheid en kunnen er toe leiden dat mensen 'verdwalen' als ze een hulpmiddel nodig hebben. In de praktijk blijken de meeste onduidelijkheden te gaan over de vergoeding: het is niet altijd goed vindbaar op welk hulpmiddel ze recht hebben en wat dat hulpmiddel kost.

Daarnaast bestaat er een risico op afwenteling van kosten tussen wettelijke kaders als de levering of kostenvergoeding van een hulpmiddel verschillend is geregeld.

Bijlagen

Bijlagen

Bijlage 1. Cijfers hulpmiddelenzorg Zvw

Deze bijlage presenteert meer uitgebreide cijfers van het hulpmiddelengebruik in het kader van de Zvw. Op het moment van publicatie van deze monitor zijn de GIP-data over 2017 recent gepubliceerd. De aard van deze cijfers is echter voorlopig. Om deze reden baseren wij de trends en analyses in dit hoofdstuk op cijfers tot en met 2016. Voor de volledigheid rapporteren wij in de meerjarentabellen ook de cijfers over 2017 (zie Tabel 10 en Tabel 11).

De omvang van het gebruik van hulpmiddelen

Verzorgingsmiddelen (A) vormen de belangrijkste hulpmiddelencategorie, zowel qua aantal gebruikers als qua kosten (zie de onderstaande tabel). Voorbeelden van verzorgingsmiddelen zijn incontinentiematerialen en verbandmiddelen. Verder zijn er veel gebruikers van inrichtingselementen van woningen (G), transportondersteuners van bloed en lymfe (H) en hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (I). Hulpmiddelcategorieën met hoge kosten zijn, naast verzorgingsmiddelen (A), orthesen en schoenvoorzieningen (C), auditieve hulpmiddelen (D) diabeteshulpmiddelen (F) en hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (I).

Het ZiNL raamt de jaarlijkse groei van de uitgaven aan hulpmiddelen op ongeveer 1,3% tot 2021 (ZiNL, 2018).

Tabel 5. Overzicht gebruikers en kosten van hulpmiddelen in 2016, uitgesplitst naar categorie

Hulpmiddelcategorie	Aandeel in gebruikers	Kosten (x € 1.000)
Verzorgingsmiddelen (A)	24,1%	451.800
Orthesen en schoenvoorzieningen (C)	5,2%	175.820
Auditieve hulpmiddelen (D)	5,0%	140.240
Diabeteshulpmiddelen (F)	9,3%	177.640
Inrichtingselementen van woningen (G)	10,5%	99.780
Transportondersteuners van bloed en lymfe (H)	11,9%	71.480
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (I)	18,0%	120.650
Prothesen (J)	2,1%	61.070
Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen (L)	4,5%	20.660
Hulpmiddelen in verband met behandeling (O)	4,7%	28.160
Overig (E, K, N, R, T, U, V, Y) *	4,6%	78.809
Totale kosten		1.426.109

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie www.gipatabank.nl.

* visuele hulpmiddelen (E), hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering (K), hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (N), hulpmiddelen t.b.v. arm-hand-vingerfunctie (R), zelfmeetapparatuur voor bloedstollingstijden (T), hulpmiddelen voor thuisdialyse (U), hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden (V) en niet gespecificeerde hulpmiddelen (Y).

Tabel 6. Gebruikers van hulpmiddelen, 2016

	Aantallen
Totaal aantal unieke gebruikers (x 1.000)	2.221
Gemiddeld aantal categorieën per gebruiker	1,45

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipatabank.nl/>.

De volgende tabellen presenteren het aantal gebruikers en de kosten van de vijf hulpmiddelen met, respectievelijk, het grootste aantal gebruikers en de hoogste kosten. Het aantal gebruikers en de kosten van incontinentiematerialen zijn het grootst. Verder zijn er relatief veel gebruikers van voorzetkamers, therapeutische elastische kousen, verbandmiddelen en teststrips. De kosten van deze hulpmiddelen behoren echter niet tot de top-5 van de hulpmiddelen met de grootste kosten. Dit zijn namelijk, naast incontinentiematerialen, orthopedische schoeisel, hoortoestellen, voorzieningen voor stomapatiënten en overige verzorgingsmiddelen.

Tabel 7. De hulpmiddelen met de meeste gebruikers, 2016

Hulpmiddel	Aantal gebruikers (x 1.000)
Incontinentiematerialen (A05)	459,1
Voorzetkamers (I45)	385,0
Therapeutische elastische kousen (H05)	377,0
Verbandmiddelen (A21)	330,3
Teststrips (F10)	267,4

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipatabank.nl/>.

Tabel 8. De hulpmiddelen met de hoogste kosten, 2016

Hulpmiddel	Kosten (x € 1.000)
Incontinentiematerialen (A05)	141.033
Orthopedisch schoeisel (C10)	125.417
Hoortoestellen (D05)	123.302
Voorzieningen voor stomapatiënten (A10)	116.048
Overige verzorgingsmiddelen (A15)	110.383

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipatabank.nl/>.

Kenmerken van gebruikers van hulpmiddelen

Hulpmiddelengebruik komt vaker voor onder vrouwen dan onder mannen: er zijn bijna 1,3 miljoen vrouwen die gebruik maken van hulpmiddelen ten opzichte van ruim 900.000 mannen (zie tabel 9). De kosten van hulpmiddelen voor vrouwen (ruim € 770 mln.) zijn ook hoger dan de kosten van hulpmiddelen voor mannen (ruim € 650 mln.). De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn vooral groot in de leeftijdsgroepen 25-44 jaar en 85+. Het verschil bij 25-44 jarigen komt voor een groot deel door overige hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed (G1000): er zijn 64.600 vrouwelijke en 910 mannelijke gebruikers. Het gaat hier om zwangerschapsgerelateerde hulpmiddelen. Bij 85-plussers is het verschil in mannelijke en vrouwelijke gebruikers verdeeld over de verschillende hulpmiddelcategorieën.

Zoals verwacht is het gebruik van bepaalde hulpmiddelen sterk leeftijdsgebonden (onderliggende cijfers zijn niet weergegeven in tabellen). Het gebruik van bijvoorbeeld auditieve hulpmiddelen en diabeteshulpmiddelen stijgt sterk met de leeftijd. Dit komt doordat de kans op gehoorproblemen of diabetes toeneemt met de leeftijd.

De kosten van hulpmiddelen verschillen sterk per verzekerde. Ongeveer dertien procent van alle verzekerden declareert kosten voor hulpmiddelen. 1% van de verzekerden veroorzaakt ongeveer 47% van de totale uitgaven aan hulpmiddelen. Mannen en 65-plussers behoren relatief vaak tot deze groep met hoge uitgaven aan hulpmiddelen (bron: Zorginstituut Nederland (2018) 'GIPeilingen, ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik 2012-2016, raming 2017-2021').

Tabel 9. Het gebruik van hulpmiddelen, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht, 2016

Leeftijd	Mannen		Vrouwen	
	Aantal gebruikers (x 1.000)	Kosten (x € 1.000)	Aantal gebruikers (x 1.000)	Kosten (x € 1.000)
0-24 jaar	137,3	70.668	120,7	60.744
25-44 jaar	78,2	57.082	190,9	75.179
45-64 jaar	263,7	181.784	320,0	194.532
65-74 jaar	209,1	158.220	240,5	152.143
75-84 jaar	165,5	126.300	239,1	156.990
85+ jaar	76,1	59.400	179,5	133.067
Totaal	929,9	653.454	1.290,8	772.655

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipdatabank.nl/>.

Ontwikkelingen in het gebruik van hulpmiddelen

Het aantal gebruikers en de kosten van inrichtingselementen van woningen (G), hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (I) en hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen (L) zijn sterk toegenomen tussen 2012 en 2016. De toename aan inrichtingselementen van woningen hangt mogelijk samen met de trend van zo lang mogelijk zelfstandig wonen en de vergrijzing. De overheveling van kortdurende uitleenhulpmiddelen van de voormalige AWBZ naar de Zvw speelt vermoedelijk ook een rol. De groei in het aantal gebruikers en de kosten van hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen wordt veroorzaakt door CPAP-apparatuur en voorzetkamers. Het aantal gebruikers en de kosten van hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen zijn gering. Daardoor zijn de gevolgen van de sterke procentuele groei gering. Ontwikkelingen hangen vaak samen met beleidsontwikkelingen of veranderingen in beleid van zorgverzekeraars.

Het aantal gebruikers en de kosten van auditieve hulpmiddelen zijn sterk gedaald tussen 2012 en 2016. Deze afname hangt samen met de strakkere afspraken tussen zorgverzekeraars en de branche over het voorschrijven van hoortoestellen.

Tabel 10. Ontwikkeling in het aantal gebruikers van hulpmiddelen 2012-2017, uitgesplitst naar type hulpmiddel, referentiejaar 2012 (=100%)

Hulpmiddelcategorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Verzorgingsmiddelen (A)	100%	92%	89%	88%	87%	87%
Orthesen en schoenvoorzieningen (C)	100%	86%	83%	80%	80%	81%
Auditieve hulpmiddelen (D)	100%	71%	81%	91%	72%	67%
Diabeteshulpmiddelen (F)	100%	98%	97%	99%	98%	99%
Inrichtingselementen van woningen (G)	100%	796%	810%	817%	818%	832%
Transportondersteuners van bloed en lymfe (H)	100%	82%	83%	84%	86%	88%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (I)	100%	117%	135%	162%	154%	183%
Prothesen (J)	100%	89%	94%	91%	92%	93%
Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen (L)	100%	142%	152%	151%	152%	152%
Hulpmiddelen in verband met behandeling (O)	100%	101%	103%	106%	108%	122%
Overig (E, K, N, R, T, U, V, Y)	100%	85%	77%	102%	87%	101%
Totaal	100%	101%	103%	107%	105%	110%

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipdatabank.nl/>.

Tabel 11. Ontwikkeling in de kosten van hulpmiddelen 2012-2017, uitgesplitst naar type hulpmiddel, referentiejaar 2012 (=100%)

Hulpmiddelcategorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Verzorgingsmiddelen (A)	100%	98%	96%	95%	85%	86%
Orthesen en schoenvoorzieningen (C)	100%	92%	93%	91%	91%	92%
Auditieve hulpmiddelen (D)	100%	65%	88%	101%	70%	68%
Diabeteshulpmiddelen (F)	100%	97%	93%	84%	84%	82%
Inrichtingselementen van woningen (G)	100%	230%	227%	235%	258%	260%
Transportondersteuners van bloed en lymfe (H)	100%	84%	91%	94%	98%	101%
Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (I)	100%	112%	120%	133%	139%	148%
Prothesen (J)	100%	94%	98%	99%	103%	108%
Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen (L)	100%	79%	88%	92%	125%	130%
Hulpmiddelen in verband met behandeling (O)	100%	110%	108%	109%	112%	126%
Overig (E, K, N, R, T, U, V, Y)	100%	97%	97%	104%	106%	114%
Totaal	100%	96%	99%	100%	95%	96%

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project, Zorginstituut Nederland, zie <https://www.gipdatabank.nl/>.

Bijlage 2. Cijfers hulpmiddelenzorg Wlz

Hulpmiddelen worden, naast de Zvw, ook vanuit de Wlz gefinancierd. De hulpmiddelen worden uitsluitend verstrekt aan bewoners van instellingen die een indicatie hebben voor verblijf en behandeling. Het gaat om twee categorieën hulpmiddelen: mobiliteits- en persoonsgebonden hulpmiddelen. Mobiliteitshulpmiddelen zijn rolstoelen en de daarbij noodzakelijke aanpassingen. De persoonsgebonden hulpmiddelen zijn de overige individueel aangepaste hulpmiddelen. Het gaat onder andere om prothesen, orthesen(-jassen), therapeutische elastische kousen, verband- en orthopedische schoenen, persoonsgebonden kleding, maatwerk tilbanden en ligorthesen.

De totale uitgaven aan hulpmiddelen vanuit de Wlz stijgen in de periode 2014-2017 van bijna € 117 mln. naar ruim € 135 mln. per jaar. Onderstaande tabel laat deze cijfers zien.

De data geven geen inzicht in het totaal aantal gebruikers van hulpmiddelen of de gebruikers per categorie hulpmiddel in de langdurige zorg.

Tabel 12. Ontwikkeling, uitgaven aan hulpmiddelen in het kader van de Wlz, 2014-2018

Jaar	Uitgaven (x € 1.000)	Groei t.o.v. voorgaand jaar
2014	116.818	
2015	123.970	6,1%
2016	124.749	0,6%
2017	135.560	8,7%

Bron: NZa-data opgeleverd in het kader van de Regeling - Monitoring beschikkingen persoonsgebonden budget en uitgaven individueel aangepaste Wlz-hulpmiddelen

Tabel 13 laat zien dat het merendeel van de uitgaven aan hulpmiddelen in het kader van de Wlz besteed wordt aan mobiliteitshulpmiddelen. De verhouding tussen uitgaven aan mobiliteits- en persoonsgebonden hulpmiddelen is ongeveer 6 op 1. Deze verhouding is gebaseerd op cijfers van januari tot en met juni 2018.

Tabel 13. Uitgaven Wlz aan hulpmiddelen, uitgesplitst naar mobiliteits- en persoonsgebonden hulpmiddelen, eerste helft 2018

Januari tot juni 2018	Uitgaven (x € 1.000)	Aandeel
Mobiliteitshulpmiddelen	60.621	85,9%
Persoonsgebonden hulpmiddelen	9.922	14,1%
Totaal individueel aangepaste hulpmiddelen	70.543	

Bron: NZa-data opgeleverd in het kader van de Regeling - Monitoring beschikkingen persoonsgebonden budget en uitgaven individueel aangepaste Wlz-hulpmiddelen

Bijlage 3. Wettelijk kader NZa

De artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) inzake tarief- en prestatieregulering door de NZa, zijn niet van toepassing op de hulpmiddelenzorg. Dit is neergelegd in artikel 3, lid 1 onder d van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Dit betekent dat de NZa de tarieven en prestaties voor hulpmiddelenzorg niet reguleert. De overige taken waarmee de NZa is belast op grond van artikel 16 Wmg, gelden onverkort wel ten aanzien van de hulpmiddelenzorg.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Op grond van artikel 10, onder de Zorgverzekeringswet is het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan hulpmiddelenzorg.

De inhoud van de hulpmiddelenzorg is nader geregeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering.

Op grond van het eerste lid van artikel 2.9 Besluit zorgverzekering omvat hulpmiddelenzorg bij ministeriele regeling (zie hierna Regeling zorgverzekering) aangewezen functionerende, hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij geregeld kan worden:

- a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
- b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.

Op grond van het tweede lid van artikel 2.9 Besluit zorgverzekering komen de kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen voor rekening van de verzekerde, tenzij bij ministeriele regeling anders is bepaald.

In artikel 2.6 Regeling zorgverzekering is verder uitgewerkt welke de aangewezen hulpmiddelen en verbandmiddelen zijn:

- uitwendige hulpmiddelen ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijk lichaam of bedekking daarvan ([artikel 2.8](#));
- uitwendige hulpmiddelen voor het ademhalingsstelsel ([artikel 2.9](#));
- uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie ([artikel 2.10](#));
- uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij urinelozing en defecatie ([artikel 2.11](#));
- uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem ([artikel 2.12](#));
- uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie ([artikel 2.13](#));
- hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn;
- hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden ([artikel 2.16](#));
- hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed ([artikel 2.17](#));
- hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van de huid ([artikel 2.18](#));
- injectiespuiten ([artikel 2.19](#));
- uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe;
- uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij stoornissen in de functies van het hematologisch systeem;
- uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel;
- draagbare, uitwendige infuuspompen ([artikel 2.22](#));

- hulpmiddelen voor het toedienen van voeding ([artikel 2.24](#));
- uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan en ter compensatie van beperkingen in het spreken;
- hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering ([artikel 2.26](#));
- uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn met toebehoren;
- met thuisdialyse samenhangende kosten ([artikel 2.29](#)).

Wet langdurige zorg (Wlz)

De vergoeding van hulpmiddelen op grond van de Wlz is geregeld in artikel 3.1.1 van de Wlz. Het gaat dan om:

- het gebruik van hulpmiddelen, noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg (artikel 3.1.1, lid 1, sub d4);
- het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen (artikel 3.1.1, lid 1, sub e);

Als mobiliteitshulpmiddel voor individueel gebruik kan alleen een rolstoel en de daarbij behorende voor de verzekerde noodzakelijke aanpassingen ten laste van de Wlz worden gebracht ([artikel 2.3, eerste lid, van de Regeling langdurige zorg](#)). Daarnaast kunnen alleen Wlz-gerechtigden die verblijf én behandeling van dezelfde Wlz-instelling ontvangen aanspraak maken op het individueel gebruik van een rolstoel ten laste van de Wlz ([artikel 11.1.6 van de Wet langdurige zorg](#)).

Bijlage 4. Geraadpleegde bronnen

De cijfers van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project

Het ZiNL presenteert periodiek een overzicht van de belangrijkste ontwikkelingen in het gebruik van genees- en hulpmiddelen. Dit is het zogeheten Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (hierna: GIP). De cijfers omvatten het extramurale hulpmiddelengebruik vanuit de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). De informatie is te vinden op de website www.gipdatabank.nl.¹

Het GIP is gebaseerd op declaratiegegevens van vierentwintig risicodragende labels van zorgverzekeraars. Het hulpmiddelengebruik van 16,4 miljoen verzekerden wordt meegenomen in het project. Dit komt overeen met een dekkinggraad van zesennegentig procent van de landelijke populatie. Het ZiNL extrapoleert de gegevens van de ontbrekende personen.

Het GIP hanteert de indeling voor hulpmiddelen van de Internationale Organisatie voor Standaardisatie (ISO). Ook de Zvw is op deze indeling gebaseerd.

Organisaties en personen

- a.s.r.
- Autoriteit Consument & Markt
- Beter Horen
- Coöperatie VGZ
- CZ groep
- de Kwaliteitsaudiciens
- Dwarslaesie Organisatie Nederland
- ElderCare B.V.
- FHI
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- Mediq B.V.
- Menzis
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Nederlandse Vereniging van Audicienbedrijven (NVAB) [alleen consultatie]
- Nefemed
- NIVEL
- NVOS-Orthobanda
- Patiëntenfederatie Nederland
- Platform Continentie Hulpmiddelenzorg
- Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen
- Vektis
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Vilans
- Zilveren Kruis
- Zorg en Zekerheid
- Zorginstituut Nederland
- Zorgverzekeraars Nederland

¹ Zie ook de ZiNL-publicatie 'GIPeilingen, ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik 2012-2016, raming 2017-2021' uit 2018 voor een uitgebreide omschrijving van de data van GIP.

Rapporten en onderzoeken

- ZonMw 2015 'Verkenning extramurale hulpmiddelen'.
- Nictiz 2009 (1e druk 2005) 'Procesbeschrijving hulpmiddelenzorg'.
- Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelen VWS 2017 'Generiek kwaliteitskader hulpmiddelenzorg'.
 - Module continëntie
 - Module diabeteszorg
- Ministerie van VWS 2014 'Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg'. Kst-32805-29.
- Ministerie van VWS 2015 'Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg'. Kst-32805-44.
- KPMG 2017 'The medtech market in the Netherlands'.
- Gupta Strategists 2017 'Waardegedreven inkoop: Inkoop als strategische topprioriteit voor ziekenhuizen'.
- RIVM 2018 'Horizon scan of medical technologies: Technologies with an expected impact on the organisation and expenditure of healthcare'.
- Ecorys 2011 'Sectorstudie medische hulpmiddelen: Onderzoek naar de structuur en werking van de markt voor medische hulpmiddelen'.
- Ecorys 2018 'The future of medical technology market: Addressing challenges and utilising opportunities'.
- Inkoopbeleid hulpmiddelen individuele zorgverzekeraars.
- Zorginstituut Nederland 2016 'GIPeilingen, ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik 2015'.
- Zorginstituut Nederland 2018 'GIPeilingen, ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik 2012-2016, raming 2017-2021'.

