

Vergaderjaar 2001–2002

**28 120**

## Hulpmiddelen in de gezondheidszorg

**Nr. 2**

### RAPPORT

#### Inhoud

	<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>				
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>				
1.1	Het hulpmiddelenbeleid	8	4.3	Ziekenfondsbudgettering		24
1.2	Het onderzoek	8	4.3.1	Ontwikkelde instrumenten voor kostenbeheersing		24
1.3	Leeswijzer	9	4.4	Jurisprudentie		24
			4.4.1	Geschillen in de praktijk		24
			4.4.2	Bezwaarschriftprocedure		25
			4.4.3	Coulancebeleid		25
<b>2</b>	<b>Het hulpmiddelenbeleid</b>	<b>10</b>				
2.1	Wet- en regelgeving van hulpmiddelen	10	<b>5</b>	<b>Recente ontwikkelingen</b>		<b>27</b>
2.2	Historie van wet- en regelgeving hulpmiddelen	10	5.1	Inleiding		27
2.3	Financieel belang	11	5.2	Evaluatie Regeling hulpmiddelen 1996		27
2.4	Hulpmiddelenmarkt	12	5.3	Actieprogramma		27
2.4.1	Het aanbod	12	5.4	Ondersteuning onderzoek en initiatieven		28
2.4.2	Uitvoeringsorganisaties	12	5.5	Convenant doelmatiger hulpmiddelenvoorziening		28
2.4.3	Betrokken actoren	12	5.6	Modernisering toezicht		28
<b>3</b>	<b>Beleidsdoelen en doelbereiking</b>	<b>14</b>				
3.1	De doelen van het hulpmiddelenbeleid	14	<b>6</b>	<b>Autonome factoren</b>		<b>30</b>
3.1.1	Reconstructie beleid	14	6.1	Inleiding		30
3.1.2	Beoogde outcome	14	6.2	De invloed op kostenbeheersing		30
3.1.3	Te leveren output: adequaat voorzieningenniveau	14	6.3	Adequaat voorzieningenniveau		31
3.1.4	Te leveren output: kostenbeheersing	16	6.4	Ontwikkelingen in de informatievoorziening		32
3.1.5	Beschikbare beleidsinstrumenten	17	<b>7</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>		<b>33</b>
3.2	Beleidsinformatie	18	7.1	Conclusies		33
3.2.1	Ministerie van VWS	18	7.2	Aanbevelingen		33
3.2.2	CVZ, Zorgverzekeraars Nederland en Vektis	18				
3.2.3	Ziekenfondsen	19	<b>8</b>	<b>Reacties en nawoord Algemene Rekenkamer</b>		<b>35</b>
3.2.4	Patiëntenverenigingen	19	8.1	Inleiding		35
3.3	Daadwerkelijke doelbereiking	19	8.2	Minister van VWS		35
			8.3	College voor zorgverzekeringen		36
			8.4	College toezicht zorgverzekeringen		37
<b>4</b>	<b>Beleidsinstrumenten in de praktijk</b>	<b>21</b>	8.5	Nawoord		37
4.1	Inleiding	21				
4.2	De naleving van de Regeling hulpmiddelen	21	Bijlage 1	Verslag Group Decision Room		39
4.2.1	Inleiding	21	Bijlage 2	Onderbouwing schatting financieel belang hulpmiddelen		42
4.2.2	Gehoorhulpmiddelen	21				
4.2.3	Hulpmiddelen voor de mobiliteit	22	Bijlage 3	Onderzoek bij de zorgverzekeraars		46
4.2.4	Incontinentie-absorptiematerialen en diabetes-hulpmiddelen	22	Bijlage 4	Negen punten uit de reactie minister van VWS		49
4.2.5	De uitvoerbaarheid van de regeling	23				



## **SAMENVATTING**

### **Het onderzoek**

De Algemene Rekenkamer onderzocht de verstrekking van extramurale hulpmiddelen op basis van de Regeling hulpmiddelen 1996. De oorsprong van de hulpmiddelenverstrekking in Nederland voert terug tot de jaren zestig van de vorige eeuw met de inwerkingtreding van de eerste Ziekenfondswet en de Beschikking kunsten hulpmiddelen. In de loop der tijd is de Beschikking aangepast aan technologische ontwikkelingen. Tussen 1989 en 1996 werden hulpmiddelen vergoed op basis van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) maar sindsdien valt de verstrekking weer onder de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen. In 1994 is de toenmalige Regeling AWBZ uitgebreid met verstrekkingen die voorheen op basis van de Arbeidsongeschiktheidswet werden verstrekt. Dit gebeurde onder andere om de hulpmiddelen toegankelijk te maken voor personen van 65 jaar en ouder. Tevens werd een kostenbesparing beoogd door in de Regeling AWBZ een limitatieve lijst op te nemen.

De Regeling hulpmiddelen 1996 valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS.

Naar schatting zijn er 300 000 verschillende soorten hulpmiddelen verkrijgbaar in Nederland op basis van meerdere wettelijke regelingen zoals de Ziekenfondswet, de Algemene wet bijzondere ziektekosten en de Wet voorzieningen gehandicapten. Het onderscheid tussen de diverse wetten is niet altijd duidelijk waardoor het voor de burger niet eenvoudig te bepalen is waarop deze recht heeft. Het totale financiële belang van de hulpmiddelenverstrekking is onbekend. De Algemene Rekenkamer schat deze op f 2 miljard (€ 0,9 miljard) in 1998. Er zijn tal van uitvoeringsorganisaties en marktpartijen betrokken bij de hulpmiddelenverstrekking.

De Algemene Rekenkamer onderzocht onder andere welke doelen de minister van VWS in de periode 1996–1999 heeft gesteld bij de verstrekking van hulpmiddelen, of deze ook bereikt worden en welke instrumenten zij hiertoe heeft ingezet. Tevens is zij nagegaan hoe de verstrekking van de hulpmiddelen bij de ziekenfondsen geregeld is. Het onderzoek eindigde met een bijeenkomst van deskundigen uit de sector. De deelnemers discussiëerden interactief in een computernetwerk, een zogenaamde «Group Decision Room», over enkele stellingen. Verder werden casussen uitgewerkt. De bevindingen uit deze bijeenkomst zijn in dit rapport verwerkt.

### **Conclusies**

De Algemene Rekenkamer constateerde dat de minister van VWS geen integraal hulpmiddelenbeleid heeft geformuleerd. Dit wil zeggen dat de doelen, tussendoelen en in te zetten beleidsinstrumenten van het extramurale hulpmiddelenbeleid niet in samenhang met elkaar zijn gepresenteerd. Centrale begrippen in het beleid zijn onvoldoende uitgewerkt, zodat onduidelijk is wat de minister precies wil bereiken. Ook ontbreekt het aan voldoende beleidsinformatie. Het is daarom niet goed vast te stellen of, en zo ja in welke mate het hoofddoel van het hulpmiddelenbeleid – *het zorgdragen voor een voorzieningenpakket dat mensen in staat stelt normaal aan de samenleving deel te nemen tegen aanvaardbare kosten* – bereikt wordt.

Het belangrijkste beleidsinstrument van de minister, de Regeling hulpmiddelen 1996, wordt in de praktijk niet nageleefd of het is onzeker of dat gebeurt. Dit bleek uit onderzoek naar vier categorieën hulpmiddelen bij vijf ziekenfondsen. Het ging om gehoorhulpmiddelen, hulpmiddelen voor de mobiliteit, incontinentie-absorptiemateriaal en diabeteshulpmiddelen. De Algemene Rekenkamer constateerde dat bij 3% van de onderzochte gehoorhulpmiddelendossiers de Regeling is nageleefd en bij de hulpmiddelen voor de mobiliteit 5%. Het onderzoek naar de incontinentie-absorptiematerialen en de diabeteshulpmiddelen kon niet worden uitgevoerd. De ziekenfondsen hebben geen patiëntendossiers waarin gegevens over de aanspraak op deze hulpmiddelen zijn opgenomen. De controle op het genormeerde verbruik is door de ziekenfondsen in overeenkomsten overgedragen aan de leveranciers van de hulpmiddelen.

De hoge mate van detaillering maakt de Regeling hulpmiddelen 1996 moeilijk uitvoerbaar en kan bovendien leiden tot inefficiency. Het is daarbij moeilijk met deze regeling om adequaat in te spelen op technologische ontwikkelingen. Deze constatering, gevoegd bij de eerdere conclusie dat de mate van doelbereiking niet vast te stellen valt, leiden tot de conclusie dat zowel over de rechtmatigheid als de doelmatigheid van de hulpmiddelenverstrekking onzekerheid bestaat.

De Algemene Rekenkamer concludeerde tevens dat in het verleden essentiële beleidsinformatie ontbrak waardoor voorgestelde maatregelen voor kostenbeheersing weinig onderbouwd waren.

De minister zette sinds 2000 tal van activiteiten in gang. Hierdoor is inmiddels meer informatie beschikbaar over de extramurale hulpmiddelenverstrekking onder ziekenfondsverzekerden. Ook is een nieuw plan van aanpak gepresenteerd om de kostenbeheersing verder gestalte te geven en deregulering van de hulpmiddelenmarkt op te pakken.

### **Aanbevelingen**

De Algemene Rekenkamer constateerde dat de minister van VWS in 2000 vele activiteiten in gang heeft gezet op het terrein van de hulpmiddelenverstrekking. Zij waardeert de inspanningen van de minister en meent dat de aanbevelingen gebruikt kunnen worden ter ondersteuning van die nieuwe plannen en activiteiten.

De Algemene Rekenkamer ziet de ontwikkeling van de Monitor hulpmiddelen als een stap in de goede richting, maar zij zou graag zien dat de monitor wordt uitgebreid. Ook het recent door de minister van VWS opgerichte Hulpmiddeleninformatiecentrum zou voor veel duidelijkheid in de hulpmiddelensector kunnen zorgen als deze een rol kan spelen in het bundelen van de al aanwezige informatie over hulpmiddelen (van particulier verzekerden en ziekenfondspatiënten, van diverse wettelijke regelingen, van extramuraal en intramuraal verstrekte hulpmiddelen).

De minister stuurde eind augustus 2001 voorstellen aan de Tweede Kamer, die betrekking hebben op de vereenvoudiging van de Regeling hulpmiddelen. In deze voorstellen wordt de uitwerking van de Regeling neergelegd bij individuele ziekenfondsen. Het blijft onduidelijk welke rol de andere veldpartijen hierbij krijgen. De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan om experimenten op te zetten waarbij veldpartijen in de gelegenheid worden gesteld om de verstrekking van hulpmiddelen met behulp van protocollen nader in te vullen.

Daarnaast beveelt de Algemene Rekenkamer aan dat CTZ een onderzoek uitvoert naar de mate waarin en de wijze waarop ziekenfondsen controle-taken uitbesteden aan leveranciers en het toezicht dat daar vervolgens op wordt gehouden door de ziekenfondsen zelf.

### **Reacties en nawoord Rekenkamer**

De minister van VWS meent dat het onderzoek van de Algemene Rekenkamer zoals weergegeven in dit rapport onvolledig en onvoldragen is. Zij vindt dat niet alle gebruikte termen (bijvoorbeeld integraal beleid) duidelijk zijn uitgelegd en het hoofddoel van het beleid onjuist is geformuleerd. Zij kan zich niet vinden in de afbakening van het onderzoek tot de periode 1996–1999. De minister is van mening dat de Algemene Rekenkamer te weinig ingaat op de historische context van de hulpmiddelenverstrekking en de nieuwe ontwikkelingen na 1999. De negen punten die de reactie van de minister besluiten zijn van commentaar voorzien en staan opgenomen als bijlage 4.

Wel constateert de minister van VWS dat de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer aansluiten bij het reeds door de minister in gang gezette beleid om de Regeling hulpmiddelen te vereenvoudigen en de regie over het hulpmiddelenbeleid neer te leggen bij individuele verzekeraars. De Algemene Rekenkamer deelt deze mening, maar vraagt aandacht voor de positie van veldpartijen als voorschrijvers, patiënten en leveranciers. De uitwerking van de regeling op hoofdlijnen kan door het collectief van betrokken veldpartijen omgezet worden in nog op te stellen protocollen en richtlijnen.

Ook vraagt de Algemene Rekenkamer meer systematische aandacht voor de invloed van autonome factoren als vergrijzing. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met de samenhang en deels samenloop van het extramurale hulpmiddelenbeleid op het terrein van de volksgezondheid met ontwikkelingen op aanverwante beleidsterreinen als de voorzieningen voor gehandicapten.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) gaat in op de resultaten van de Werkgroep Deregulering en Instrumentering die voorstellen heeft gedaan voor de vereenvoudiging van de regelgeving waarbij de regierol bij de individuele verzekeraars zal komen te liggen. CVZ is van mening dat het voorstel van de Algemene Rekenkamer om hier alle veldpartijen bij te betrekken beter aansluit bij haar eigen ideeën. Verder meent ook het CVZ dat niet duidelijk is wat de Algemene Rekenkamer bedoelt met de term integraal beleid.

Het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) gaat in op de in de praktijk gegroeide werkwijze van delegatie van taken aan leveranciers door ziekenfondsen. CTZ meent dat de rechtmatigheid van de uitgaven vast te stellen is als hiertoe onderzoek wordt uitgevoerd bij de leveranciers. De Algemene Rekenkamer deelt de mening van het CTZ dat het uitbesteden van taken door ziekenfondsen aan derden onder voorwaarden mogelijk is. Deze voorwaarden – die vooral betrekking hebben op controle en toezicht, maar ook op privacybescherming – moeten onderdeel uitmaken van de wettelijke regeling (op hoofdlijnen) en van de nog op te stellen protocollen en richtlijnen.

## 1 INLEIDING

### 1.1 Het hulpmiddelenbeleid

In Nederland kunnen verzekerden op grond van hun ziektekostenverzekering aanspraak maken op medische hulpmiddelen. Daarmee kunnen verzekerden in staat worden gesteld om zo volwaardig mogelijk deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Dit doel heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) met het hulpmiddelenbeleid. Daaraan heeft zij toegevoegd dat de uitgaven aan hulpmiddelen binnen het beschikbare macrobudget moeten blijven. Om deze doelen te realiseren beschikt de minister over een aantal beleidsinstrumenten waarvan de belangrijkste de Regeling hulpmiddelen 1996 (hierna: de Regeling) is. Deze bevat een limitatieve lijst van hulpmiddelen alsmede de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een hulpmiddel<sup>1</sup>.

### 1.2 Het onderzoek

In de periode van september 1999 tot oktober 2000 heeft de Algemene Rekenkamer onderzoek gedaan naar de verstrekking van extramurale hulpmiddelen op basis van de Regeling die onder de verantwoordelijkheid valt van de minister van VWS. De aanleiding voor het onderzoek was de sterke kostenontwikkeling van de hulpmiddelen en de toegenomen politieke en maatschappelijke aandacht. Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer was aangekondigd in haar onderzoeksprogramma 1999, dat samen met het Verslag 1998 gepubliceerd werd in maart 1999. De Algemene Rekenkamer heeft onderzocht:

- welke beleidsdoelen door de minister van VWS worden nagestreefd bij de verstrekking van hulpmiddelen;
- over welke informatie de minister van VWS beschikt ten aanzien van de onderbouwing van maatregelen en de realisatie van de beleidsdoelen;
- in hoeverre de door de minister gehanteerde beleidsinstrumenten een bijdrage leveren aan het bereiken van de beleidsdoelen;
- hoe de verstrekking van hulpmiddelen in de praktijk verloopt, afgezet tegen de beleidsdoelen;
- welke autonome factoren van invloed zijn op (de doelen van) het hulpmiddelenbeleid.

Het onderzoek startte met het in kaart brengen van de beleidsdoelen en de beschikbaarheid van beleidsinformatie bij het Ministerie van VWS. Ook zijn gesprekken gevoerd bij vijf zorgverzekeraars en is een dossieronderzoek uitgevoerd naar de verstrekking van hulpmiddelen in vier deelmarkten.

De autonome factoren zijn in kaart gebracht door literatuuronderzoek en gesprekken met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties.

De Algemene Rekenkamer constateerde dat de beleidsvorming, informatievoorziening en verstrekking van de hulpmiddelen op een aantal onderdelen verbeterd zou kunnen worden. Zij heeft haar ideeën daarover voorgelegd in een bijeenkomst met deskundigen uit de sector. Daarin werd met behulp van het instrument «Group Decision Room» enkele stellingen besproken en zijn casussen uitgewerkt. In een Group Decision Room (GDR) kan een groep deelnemers in een computernetwerk interactief met elkaar discussiëren.

De Algemene Rekenkamer heeft vertegenwoordigers uitgenodigd uit alle geledingen van de sector (Ministerie van VWS, College voor zorgverzeke-

---

<sup>1</sup> Voorbeelden van hulpmiddelen uit de Regeling zijn hoortoestellen, incontinentiemateriaal, orthopedische schoenen.

ringen (CVZ), College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ), patiëntenorganisaties, behandelaars/-voorschrijvers, zorgverzekeraars en leveranciers) voor deze GDR-bijeenkomst. Alleen het Ministerie van VWS gaf geen gevolg aan de uitnodiging. De bevindingen uit deze bijeenkomst zijn verwerkt in dit rapport en in bijlage 1 is een kort verslag opgenomen van de bijeenkomst, alsmede een weergave van de schriftelijke reactie van de minister van VWS op de resultaten van deze GDR-sessie. Op 25 juni 2001 stuurde de Algemene Rekenkamer haar conceptrapport voor een reactie naar de minister van VWS, het College voor zorgverzekeringen, het College voor toezicht op de zorgverzekeringen en zorgverzekeraars Nederland.

### **1.3 Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 beschrijft kort de historie van wet- en regelgeving hulpmiddelen en de hulpmiddelenverstrekking in de praktijk. Hoofdstuk 3 gaat in op de doelen van het hulpmiddelenbeleid en de mate waarin deze doelen bereikt zijn. Hoe de beleidsinstrumenten in de praktijk werken, wordt beschreven in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 gaat over recente ontwikkelingen op het terrein van de hulpmiddelen. De autonome factoren die mogelijk invloed kunnen hebben op het al dan niet bereiken van de doelen van het hulpmiddelenbeleid worden toegelicht in hoofdstuk 6. In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 7, worden de conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Hoofdstuk 8 beschrijft de reacties van de minister van VWS, het College voor zorgverzekeringen en het College van toezicht op de zorgverzekeringen op het concept-rapport van de Algemene Rekenkamer. Tevens komt hier het nawoord van de Algemene Rekenkamer aan de orde. De bijlagen bevatten een verslag van de Group Decision Room (bijlage 1), de onderbouwing van de schatting van het financieel belang van hulpmiddelen (bijlage 2), de resultaten van het onderzoek dat de Algemene Rekenkamer heeft verricht bij de ziekenfondsen (bijlage 3) en negen punten uit de reactie van de minister van VWS (bijlage 4).

## 2 HET HULPMIDDELENBELEID

### 2.1 Wet- en regelgeving van hulpmiddelen

Hulpmiddelen kunnen een bijdrage leveren aan:

- de behandeling van een patiënt;
- de ondersteuning bij het dagelijks functioneren;
- de bevordering en ondersteuning van maatschappelijke participatie.

Een scala van wet- en regelgeving is van toepassing op de hulpmiddelenverstreking. Zo worden in de Wet op de medische hulpmiddelen en Europese richtlijnen kwaliteitseisen genoemd. De aanspraak op hulpmiddelen wordt omschreven in de Ziekenfondswet (ZFW), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Reïntegratie arbeidsgehandicapten (REA) alsmede de Wet Voorzieningen Gehandicaptenzorg (WVG). Ook de Algemene Bijstandswet (ABW) kent de mogelijkheid tot vergoeding van hulpmiddelen.

De Algemene Rekenkamer constateerde dat het onderscheid tussen de wetten niet altijd duidelijk is. Zo is het bij de verstrekking op basis van de AWBZ van belang dat het hulpmiddel noodzakelijk is voor de behandeling en verpleging in de instelling waar de patiënt verblijft. Echter, er is niet bepaald voor welke hulpmiddelen dit geldt. Er zijn geen criteria opgesteld om te beoordelen of een hulpmiddel onderdeel vormt van de noodzakelijke behandeling en verpleging. Daardoor ontstaat het risico van afwenteling van kosten op de AWBZ die ten laste van de ZFW dan wel particuliere ziektekostenverzekering zouden moeten komen of omgekeerd.

#### Een voorbeeld:

Diverse wettelijke regelingen geven recht op aanspraak op verschillende hulpmiddelen of verlenen dat recht voor verschillende omstandigheden. Zo kan een thuiswonende bejaarde die slecht ter been is, in het bezit komen van een rollator op grond van de ZFW. Indien een patiënt in een revalidatiecentrum is opgenomen vanwege mobiliteitsproblemen krijgt deze dezelfde rollator op grond van de AWBZ (gefinancierd uit het instellingsbudget). Diverse hulpmiddelen voor de mobiliteit (zoals bijvoorbeeld krukken) zijn te verkrijgen op grond van de ZFW en de AWBZ terwijl de aanspraak op een rolstoel is vastgelegd in de WVG. Indien verwacht wordt dat het gebruik van het hulpmiddel korter dan 26 weken zal zijn, dient een hulpmiddel in bruikleen te worden gegeven door de thuiszorgorganisatie (op grond van de AWBZ) en anders dient het hulpmiddel in bruikleen of eigendom te worden verstrekt op grond van de ZFW. Een volledig overzicht over de mogelijkheden en bijbehorende aanvraagprocedures is niet eenvoudig te verkrijgen.

### 2.2 Historie van wet- en regelgeving hulpmiddelen

Hulpmiddelen worden in Nederland al op wettelijke basis verstrekt sinds de invoering van de Ziekenfondswet<sup>2</sup> in 1966. In de Beschikking kunst- en hulpmiddelen ziekenfondsverzekering 1966 werden de hulpmiddelen vermeld waarop verzekerden aanspraak konden maken, alsmede de voorwaarden waaronder zij de aanspraak tot gelding konden brengen. De Beschikking werd in 1981 vervangen door het Besluit kunst- en hulpmiddelen ziekenfondsverzekering, aangezien de Beschikking was verouderd en niet aangepast aan de technische ontwikkelingen.

In 1989 werden de medische hulpmiddelen overgeheveld naar de AWBZ. Deze stap vormde een onderdeel van het proces om te komen tot de invoering van een basisverzekering (plan Simons). In 1994 werd de

<sup>2</sup> De eerste Ziekenfondswet werd overigens al voorafgegaan door een Ziekenfondsbesluit uit 1941.



Regeling AWBZ uitgebreid met een aantal voorzieningen uit het Besluit AAW-voorzieningenverstrekking. Het betrof de hulpmiddelen voor het voeren van een huishouding, de communicatie-hulpmiddelen en een deel van de ADL-hulpmiddelen (dit zijn hulpmiddelen die nodig zijn voor het uitvoeren van algemeen dagelijkse levensverrichtingen)<sup>3</sup>. Doelstelling van de overheveling was om deze voorzieningen voor alle verzekerden toegankelijk te maken, inclusief verzekerden van 65 jaar en ouder. Daarnaast zou deze maatregel tot een kostenbesparing kunnen leiden omdat de AWBZ een limitatieve lijst van hulpmiddelen kende. Onder de AAW was er meer keuzevrijheid dankzij de globale omschrijvingen van de hulpmiddelen in het Besluit. Tevens werd bereikt dat de voorzieningen zoveel mogelijk in één wettelijk kader werden ondergebracht. Bij de overheveling werd het criterium «algemeen gebruikelijk» gehanteerd. Dit betekende dat hulpmiddelen die door bijna iedereen werden aangeschaft, en daarmee gemeengoed waren geworden, niet in de nieuwe Regeling AWBZ werden opgenomen. Ook het kosten criterium werd gehanteerd: voorzieningen werden in de Regeling AWBZ opgenomen als de kosten «redelijk substantieel» waren.

Met ingang van 1 januari 1996 zijn de hulpmiddelen weer teruggeheveld naar de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekering. De invoering van de basisverzekering was inmiddels stopgezet. Het kabinet wilde verder dat alleen onverzekerbare risico's in de AWBZ waren ondergebracht<sup>4</sup>. Door de overheveling kwam de Regeling hulpmiddelen AWBZ van rechtswege te vervallen.

In 1996 werd hiermee de Regeling hulpmiddelen 1996 op grond van de Ziekenfondswet van kracht, die aanspraak op hulpmiddelen regelt. Particuliere ziektekostenverzekeraars hebben de Regeling opgenomen in hun polisvoorwaarden. Sinds de terugoverheveling 1996 is de Regeling ieder jaar gewijzigd. Door de technologische ontwikkelingen werden nieuwe hulpmiddelen in het pakket opgenomen. Ook werden kosten-beheersende maatregelen genomen door de minister van VWS. Voor zorgverzekeraars, leveranciers en gebruikers is het van belang te weten hoe de vergoeding nu en in de toekomst geregeld is. Immers, men is vaak voor een lange periode op een hulpmiddel aangewezen. Frequente wijzigingen in de Regeling kunnen daarom tot onrust leiden. Voor zorgverzekeraars en leveranciers betekent dit ook dat zij voortdurend hun administratieve systemen moeten aanpassen, wat de nodige kosten met zich meebrengt.

### **2.3 Financieel belang**

Er is geen inzicht in de totale kosten van hulpmiddelen. Dit komt door de spreiding over diverse instanties als het gaat om verstrekking van hulpmiddelen en door de verschillende wetten en regelingen. Niet één organisatie heeft overzicht over de totale uitgaven. De Algemene Rekenkamer heeft een schatting kunnen maken van de kosten in 1998.

---

<sup>3</sup> Voorbeelden zijn het eetapparaat, de braille-leesregel en de serveerwagen.

<sup>4</sup> Staatscourant 1995, nr. 229.

**Tabel 1. Overzicht kosten hulpmiddelen in 1998 in miljoenen guldens en euro's**

Wet- of regelgeving	Bedrag in guldens	Bedrag in euro's
Ziekenfondswet	1 198	545
Particuliere ziektekostenverzekering	323	147
AWBZ intramuraal	91	41
AWBZ uitleen door thuiszorg	70	32
WVG	315	143
Wet REA	3	1
Totaal	2000 miljoen	909 miljoen

De Algemene Rekenkamer schat dat de kosten van de medische hulpmiddelen in 2001 f 2,066 miljard (€ 909 miljoen) zullen bedragen. Zie bijlage 2 voor een onderbouwing van deze schatting. Een internationale vergelijking<sup>5</sup> van de kosten bleek niet mogelijk door de verschillen in de aard en omvang van het verstrekkingenpakket in diverse landen.

## 2.4 Hulpmiddelenmarkt

### 2.4.1 Het aanbod

Het aanbod van hulpmiddelenproducten is zeer divers en loopt uiteen van in massa geproduceerde goederen zoals incontinentiemateriaal en rollatoren tot individueel aangemeten en vervaardigde orthopedische schoenen. In totaal zijn naar schatting 300 000 soorten hulpmiddelen<sup>6</sup> verkrijgbaar in Nederland. Deze lijn is door te trekken naar de leveranciers van hulpmiddelen. Zo zijn er internationale, beursgenoteerde fabrikanten alsmede kleine, zelfstandige detaillisten. Het aanbod van een leverancier kan variëren van één type product tot een breed assortiment aan hulpmiddelen.

### 2.4.2 Uitvoeringsorganisaties

De diversiteit aan wet- en regelgeving heeft geleid tot een variëteit van organisaties die betrokken zijn bij de verstrekking van hulpmiddelen: zorgverzekeraars en -kantoren zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van respectievelijk de ZFW en AWBZ, gemeenten voor de WVG en de ABW en de uitvoeringsinstellingen voor de sociale verzekeringen voor de Wet REA. Diverse keuringsinstanties zoals TNO en KEMA toetsen de kwaliteitseisen.

### 2.4.3 Betrokken actoren

Op het terrein van de extramuraal hulpmiddelenverstrekking spelen de volgende actoren een rol:

- De *minister van VWS* bepaalt de omvang en de inhoud van de aanspraak op hulpmiddelen alsmede de voorwaarden waaronder die aanspraak tot gelding kan worden gebracht. Zij draagt tevens de verantwoordelijkheid om de kosten van hulpmiddelen binnen het beschikbare macrokader te houden.
- Het *College voor zorgverzekeringen (CVZ)* heeft tot taak de minister te adviseren over de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van de Regeling hulpmiddelen alsmede over de hoogte van het benodigde macrobudget.
- Het *College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ)* is belast met

<sup>5</sup> In februari 1996 heeft Andersen Consulting, naar aanleiding van een onderzoek, hieromtrent verslag uitgebracht aan het Ministerie van VWS.

<sup>6</sup> M. M. Y. de Klerk in haar proefschrift «Het gebruik van ADL-hulpmiddelen door ouderen: een onderzoek naar determinanten en substitutiemogelijkheden.» Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, s.l.: s.n. (1997). Drukker: Ridderprint, Ridderkerk.

het houden van toezicht op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Regeling hulpmiddelen door de zorgverzekeraars.

- De *zorgverzekeraars* (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars) voeren de Regeling hulpmiddelen uit en verstrekken de hulpmiddelen aan verzekerden of vergoeden de kosten hiervan. Hiervoor sluiten zij overeenkomsten met leveranciers van hulpmiddelen.
- De *leveranciers van hulpmiddelen* leveren de hulpmiddelen af bij de verzekerde. Verder geven zij voorlichting en instructie omtrent het gebruik van het hulpmiddel.
- De gebruiker heeft baat bij een goed functionerend hulpmiddel dat aansluit op zijn zorgbehoefte. De *patiëntenorganisaties* hebben tot doel het belang van de gebruiker te behartigen. De patiëntenorganisaties fungeren daartoe als gesprekspartner van de minister, zorgverzekeraars en andere partijen.
- De *voorschrijvers* (*huisarts, behandelend specialist*) geven aan welk hulpmiddel nodig is om het functiegebrek te compenseren of een medische behandeling (bij diabetes bijvoorbeeld) te ondersteunen.

Voorts zijn ook nog indicatiestellers en adviseurs te noemen als actoren die een rol spelen bij de hulpmiddelenverstrekking.

### 3 BELEIDSDOELEN EN DOELBEREIKING

#### 3.1 De doelen van het hulpmiddelenbeleid

##### 3.1.1 Reconstructie beleid

De Algemene Rekenkamer is nagegaan welke doelen de minister van VWS heeft gesteld ten aanzien van de hulpmiddelenverstrekking. Geconstateerd werd dat er geen integraal hulpmiddelenbeleid is geformuleerd. Hieronder verstaat de Algemene Rekenkamer een beleid waarin de doelen, tussendoelen en beleidsinstrumenten in samenhang gepresenteerd worden. De Algemene Rekenkamer is van mening dat het de voorkeur verdient om wel een integraal beleid te formuleren zodat duidelijk wordt hoe de afzonderlijke componenten van het beleid zich tot elkaar verhouden. Wel was het voor de Algemene Rekenkamer mogelijk om de doelen van het hulpmiddelenbeleid te reconstrueren. Figuur 3.1 vormt de weergave hiervan.

##### 3.1.2 Beoogde outcome

Het hoofddoel of het maatschappelijke doel (outcome) van het hulpmiddelenbeleid van de minister van VWS kan worden omschreven als: *het zorg dragen voor een voorzieningenpakket, dat mensen met een ziekte, handicap of gebrek in staat stelt normaal en volwaardig aan de samenleving deel te nemen tegen aanvaardbare kosten.*

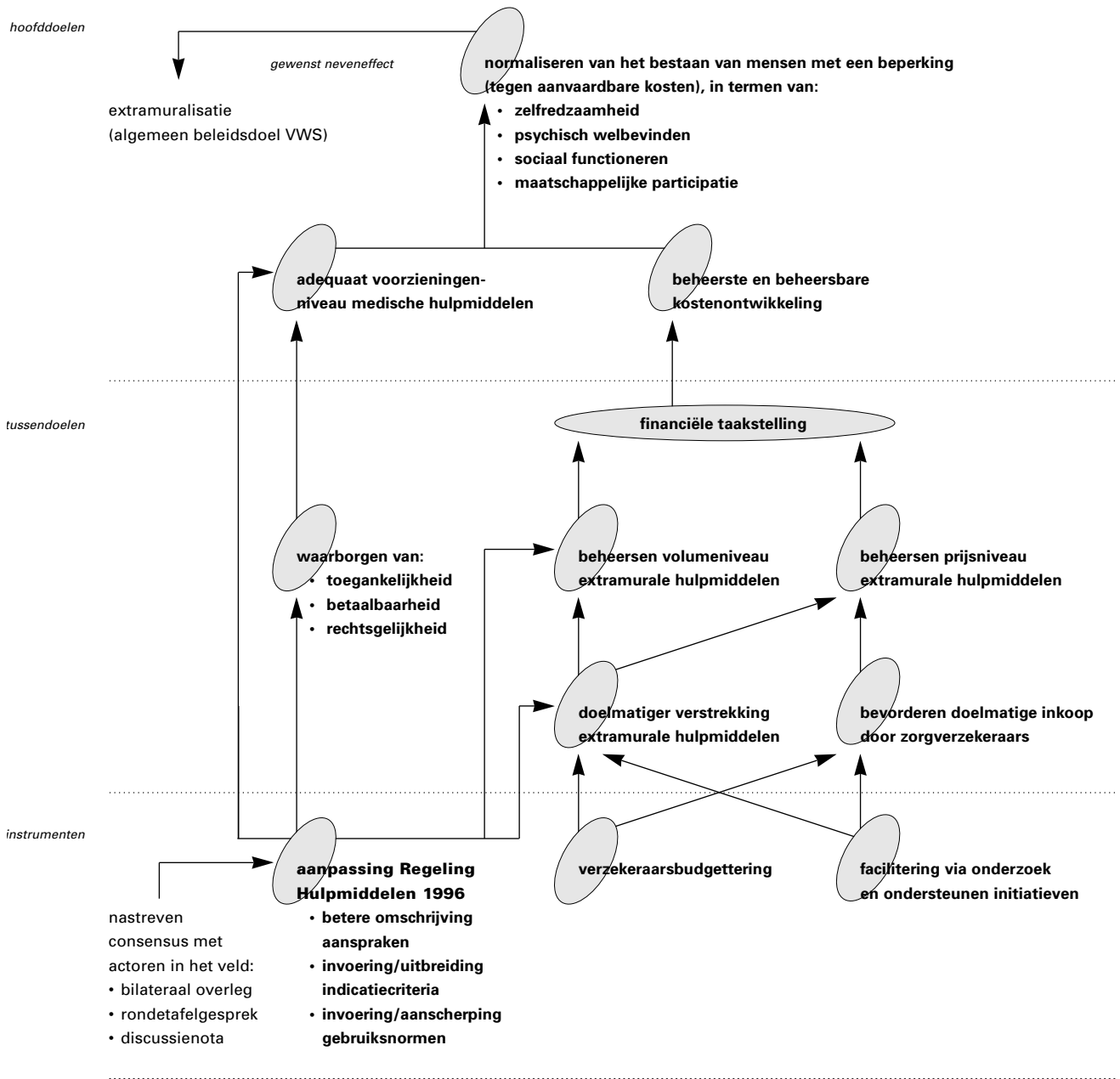
De Algemene Rekenkamer meent dat dit doel in weinig toetsbare termen is geformuleerd. Het blijft onduidelijk wanneer het doel bereikt is en op welke termijn de minister dit doel bereikt wil hebben. In principe is het hoofddoel van het hulpmiddelenbeleid consistent met andere beleidsdoelen die voor de zorgsector gelden, zoals extramuralisatie. Ook zijn de wegen waarlangs het doel bereikt dient te worden omschreven. Immers, uit figuur 3.1 blijkt dat de minister twee beleidsprestaties (output) zal moeten leveren:

- een adequaat voorzieningenniveau;
- kostenbeheersing.

##### 3.1.3 Te leveren output: adequaat voorzieningenniveau

De minister dient zorg te dragen voor een *adequaat voorzieningenniveau*. Voor het begrip «adequaat» is door de minister geen eenduidige definitie gegeven. Het is echter wel mogelijk om een aantal elementen aan te wijzen dat in ieder geval onderdeel uitmaakt van het begrip adequaat, zoals toegankelijkheid, betaalbaarheid en rechtsgelijkheid. De minister van VWS gaf aan bij de praktische invulling van het begrip «adequaat voorzieningenniveau» consensus te willen bereiken met de verschillende actoren in het veld, zoals ziekenfondsen en patiëntenverenigingen.

figuur 3.1 **doelboom hulpmiddelenbeleid Ministerie VWS 1996 - 2000**



In gesprekken van de Algemene Rekenkamer met patiëntenorganisaties gaven zij aan slechts incidenteel in de gelegenheid te worden gesteld met het ministerie te overleggen over gebruikersproblemen en -wensen. Door een gebrek aan middelen en professionele krachten menen de meeste patiëntenorganisaties niet de «countervailing power» voor het ministerie te kunnen zijn, die zij zouden moeten zijn. Overigens geven patiëntenorganisaties aan dat bij de ontwikkeling van het beleid te weinig wordt geredeneerd vanuit de ziekte of het functiegebrek van de gebruiker. Als belangrijk aspect werd hierbij naar voren gebracht dat door vroegtijdige diagnostisering en (preventieve) verstrekking van het juiste hulpmiddel hogere kosten op de wat langere termijn voorkomen kunnen worden.

Het Ministerie van VWS vat de term adequaat voorzieningenniveau zo op dat hieronder slechts de mate van toereikendheid (soorten en aantallen) van het aanbod aan hulpmiddelen begrepen wordt. Belangrijke aspecten als de kwaliteit van de verstrekte hulpmiddelen en de mate waarin de hulpmiddelenverstrekking voor alle potentiële gebruikers toegankelijk is worden in veel mindere mate gezien als een onderdeel van het te bereiken «adequate voorzieningenniveau».

De Algemene Rekenkamer acht het onduidelijk wat precies onder de term «adequaat voorzieningenniveau» moet worden verstaan, wanneer dat bereikt is en via welke wegen dat plaats dient te vinden (wie dient te signaleren of op te treden als het voorzieningenniveau zakt onder hetgeen als adequaat moet worden beschouwd).

#### *3.1.4 Te leveren output: kostenbeheersing*

De minister van VWS zal daarnaast zorg dienen te dragen voor een *beheerste kostenontwikkeling*. Het kostenbeheersingsbeleid richt zich op het beheersen van het prijs- en volumenniveau van de verstrekking van de extramurale hulpmiddelen. In eerste instantie werd voor het kostenbeheersingsbeleid een taakstelling gehanteerd van f 200 miljoen (€ 91 miljoen) structureel op jaarbasis. In de periode 1996–2000 veranderden de financiële taakstellingen van het door het ministerie ingezette kostenbeheersingstraject enkele malen in neerwaartse zin. Om de financiële taakstelling te realiseren werd ingezet op:

- het bevorderen van de doelmatige inkoop van hulpmiddelen door de ziekenfondsen;
- volumebeheersing.

De Algemene Rekenkamer is van mening dat de te leveren beleidsprestatie «kostenbeheersing» concreet gemaakt is doordat sinds 1996 telkens taakstellingen zijn geformuleerd. Deze taakstellingen zijn voorzien van een tijdshorizon en aan de Tweede Kamer gemeld. Duidelijk gemaakt is hoe de taakstellingen gerealiseerd dienen te worden (doelmatiger verstrekking en inkoop door de ziekenfondsen). Gemotiveerd is waarom voor deze doelgroep is gekozen. Onduidelijk is wat moet worden verstaan onder een doelmatige inkoop en verstrekking.

Echter, de taakstellingen die vanaf 1996 gerealiseerd dienden te worden, kenden geen gedegen onderbouwing omdat de hiervoor benodigde beleidsinformatie ontbrak. In de loop der jaren zijn de taakstellingen bovendien keer op keer bijgesteld omdat niet alle voorgestelde maatregelen op dit gebied doorgevoerd werden en bovendien ontbraken aanvullende plannen toen de aanvankelijk voorgestelde maatregelen niet doorgingen. In de afgelopen jaren dienden de ramings- en realisatiecijfers

daarom keer op keer naar boven bijgesteld te worden. Zo werd er bijvoorbeeld in 1998 van uitgegaan dat de kosten f 1,2 miljard (€ 0,5 miljard) zouden zijn. Enkele jaren later blijkt dit cijfer maar liefst f 300 miljoen (€ 136 miljoen) hoger te liggen.

De te leveren beleidsprestaties «kostenbeheersing» en «adequaat voorzieningenniveau» staan in wezen op gespannen voet met elkaar. Alleen wanneer meer doelmatig gewerkt wordt kunnen beide beleidsprestaties tegelijkertijd geleverd worden.

### *3.1.5 Beschikbare beleidsinstrumenten*

De minister heeft twee belangrijke beleidsinstrumenten in handen om de genoemde beleidsdoelen te kunnen bereiken:

- de Regeling hulpmiddelen 1996;
- de ziekenfondsbudgettering.

Figuur 3.1 laat zien dat de minister daarnaast nog onderzoek kan initiëren en initiatieven kan ondersteunen. Hoofdstuk 5 gaat in op hetgeen er in dit verband is gebeurd in de afgelopen periode. Daarnaast zijn er nog twee instrumenten beschikbaar die een mogelijke bijdrage kunnen leveren aan het bereiken van de doelen van het hulpmiddelenbeleid:

- jurisprudentie;
- uitvoeringsinstructies van het CVZ.

Deze worden verder niet beschreven in verband met hun geringe bijdrage aan de bereiking van de doelen van het hulpmiddelenbeleid.

#### *Regeling hulpmiddelen*

Een analyse van de Regeling hulpmiddelen 1996 van de Algemene Rekenkamer liet zien dat deze vooral de beleidsdoelen op het gebied van de kostenbeheersing ondersteunt. Dat is hoofdzakelijk toe te schrijven aan de gedetailleerde omschrijving van aanspraken, indicatiecriteria en normen voor gebruik en verbruik in de Regeling. De doelen betreffende de kwaliteit van het voorzieningenniveau worden tot op zekere hoogte ondersteund door de regelgeving. De gedetailleerde bepalingen uit de Regeling lijken vooral aspecten als rechtsgelijkheid en toegankelijkheid te waarborgen, zij het dat dit voornamelijk impliciet blijft: de ondersteuning voor deze doelen blijkt eerder uit de geest dan uit de letter van de wet.

#### *Ziekenfondsbudgettering*

Jaarlijks wordt bij ministeriële regeling het macroverstrekkingsbudget Ziekenfondswet vastgesteld en worden budgetten aan de ziekenfondsen toegekend. Door de budgettering dragen de ziekenfondsen in toenemende mate de financiële risico's van de zorgverlening. De achterliggende gedachte is dat de doelmatigheid wordt bevorderd door ziekenfondsen risicodragend te maken. In de afgelopen jaren is de ziekenfondsbudgettering stringenter geworden.

Het budgetteringsinstrument ondersteunt het beleid dat gericht is op de bevordering van de doelmatigheid van de hulpmiddelenverstrekking (en daarmee doelen op het gebied van de kostenbeheersing). Hierbij dient echter te worden aangetekend dat het budget niet specifiek gerelateerd is aan de hulpmiddelenverstrekking maar is bestemd om kosten van een breder zorgpakket (huisartsenzorg, geneesmiddelen en paramedische zorg) te vergoeden. Dit biedt ziekenfondsen de ruimte om eventuele overschrijdingen op het hulpmiddelendossier te compenseren met besparingen op andere zorgsoorten.

## 3.2 Beleidsinformatie

### 3.2.1 Ministerie van VWS

Het Ministerie van VWS beschikte bij de start van het project kostenbeheersing medische hulpmiddelen (juli 1996) niet over essentiële beleidsinformatie. Zo waren bijvoorbeeld geen geaggregeerde gegevens beschikbaar over prijzen en volumes per deelmarkt of het bereikte voorzieningenniveau. Het Ministerie van VWS heeft daarom een programma opgezet om de beschikbaarheid van beleidsinformatie in de toekomst te verbeteren.

De volgende rapporten zijn sinds 1995 verschenen:

- een analyse van de kunst- en hulpmiddelensector in het VWS-rapport *Zuinig met Zorg* (1995)<sup>7</sup>. Voor de onderbouwing van deze notitie zijn gesprekken in het veld gevoerd.
- een onderzoek naar de extramurale markt van verbruiksartikelen (1996)<sup>8</sup>.
- het *Structuuronderzoek Extramurale Medische Hulpmiddelen* (1997)<sup>9</sup>. Het betrof een vooronderzoek waarbij gegevens zijn verzameld over de verschillende actoren op de deelmarkten. Het accent lag daarbij op het inventariseren van de (vrijwillige) medewerking van de brancheorganisaties bij het voorgestelde vervolgonderzoek. Dit vervolgonderzoek is niet uitgevoerd.
- een tiental onderzoeksrapporten over de structuur van de verschillende deelmarkten (de zogenaamde SEO-onderzoeken verschenen in 1997 en 1998). In deze rapporten werd per deelmarkt aangegeven welke partijen een rol spelen op de verschillende deelmarkten en welke knelpunten er zijn voor de partijen en het realiseren van het beleid. Doel van het onderzoek was om zoveel mogelijk informatie aan te dragen over de hulpmiddelenmarkt.

De minister van VWS heeft tussen 1996 en 1999 nog andere initiatieven ontplooid die tot doel hadden de lacunes in de aanwezige beleidsinformatie te dichten. Dit resulteerde echter met name in het beschikbaar komen van «zachte» kwalitatieve beleidsinformatie. De resultaten van sommige initiatieven om de beschikbaarheid en bruikbaarheid van de beleidsinformatie te verhogen werden pas na medio 2000 verwacht.

### 3.2.2 CVZ, Zorgverzekeraars Nederland en Vektis

Het CVZ verzamelt jaarlijks bij de ziekenfondsen informatie over de totale uitgaven van de hulpmiddelenverstrekking op basis van de Ziekenfondswet. Deze gegevensverzameling is de basis voor de controles door het CTZ en wordt tevens aan het Ministerie van VWS geleverd voor het Jaaroverzicht Zorg (thans genaamd Zorgnota). Via Vektis (een dochteronderneming van Zorgverzekeraars Nederland) verkrijgt het Ministerie van VWS informatie over de uitgaven van de particuliere verzekeraars<sup>10</sup>. In de Zorgnota wordt alleen ingegaan op de totale kosten van de hulpmiddelenverstrekking. Hoe zich dit verhoudt tot het bereikte voorzieningenniveau is niet duidelijk. Ook wordt geen nadere informatie verstrekt over de afzonderlijke deelmarkten.

Het CVZ publiceerde in november 1999 de «Spiegelinformatie 1998». De Spiegelinformatie is gebaseerd op de hierbovengenoemde gegevensverzameling van het CVZ bij de ziekenfondsen en gaat in op de kosten per deelmarkt. Deze informatie was vooral bedoeld om de verschillen in

<sup>7</sup> Ambtelijke taskforce volumebeheersing en kostenbeperking, «Zuinig met Zorg», Den Haag, februari 1995.

<sup>8</sup> Andersen Consulting, «Onderzoek naar de extramurale markt van verbruiksartikelen», 9-2-1996.

<sup>9</sup> Teppema BV, «Structuuronderzoek Extramurale Medische Hulpmiddelen. Verslag van een vooronderzoek», Utrecht, september 1997.

<sup>10</sup> Zie voor een beoordeling van de informatie in het Jaaroverzicht Zorg/de Zorgnota: Verantwoorde cijfers in de zorg, 1999–2000, 27–285.



prestaties tussen de ziekenfondsen in beeld te brengen en zo een bijdrage te leveren aan een doelmatiger verstrekking van hulpmiddelen.

In mei 2000 publiceerde het CVZ voor het eerst een Monitor hulpmiddelen. Deze Monitor is het resultaat van het in 1999 gestarte Hulpmiddelen Informatie Project (HIP). In de Monitor is per deelmarkt een overzicht gegeven van de kostenontwikkeling in de periode 1995–1999 en van factoren die op deze ontwikkeling van invloed zijn geweest. In de Monitor wordt aangegeven dat de invoering van gebruiksnormen en -termijnen in de Regeling hulpmiddelen, succesvol is geweest omdat de kostenstijging in 1999 slechts 1,9% bedroeg. De Algemene Rekenkamer constateerde dat dit niet overtuigend wordt aangetoond omdat voor de meeste soorten hulpmiddelen nog geen geaggregeerde prijs- en volumegegevens bekend zijn. Daarom is het onmogelijk om de daling van de kostenstijging toe te schrijven aan de daling van het volumeniveau. Met de mogelijkheid dat de afvlakking van de kostenstijging een gevolg is van een verlaging van de gemiddeld betaalde prijs (als gevolg van een succesvol gevoerd prijsbeleid door de ziekenfondsen) wordt in de Monitor geen rekening gehouden.

Zorgverzekeraars Nederland kan voorts nog beschikken over de informatie van Vektis.

### *3.2.3 Ziekenfondsen*

Ziekenfondsen kunnen veelal uit de eigen geautomatiseerde verstrekkingenadministratie volumegegevens genereren. Deze volumegegevens kunnen worden gekoppeld aan diverse achtergrondvariabelen zoals leeftijd en geslacht. Ziekenfondsen hebben daarnaast informatie over prijsontwikkelingen beschikbaar uit de contracten die met leveranciers zijn afgesloten gedurende de afgelopen jaren. Deze informatie is minder toegankelijk dan de volumegegevens.

De hulpmiddelenmarkt was tot enkele jaren geleden, vanwege de relatief geringe financiële omvang, niet zo nadrukkelijk in beeld als het om het genereren van interne beleidsinformatie ging.

### *3.2.4 Patiëntenverenigingen*

Patiëntenverenigingen geven aan dat zij veelal niet in staat zijn om uitgebreide registraties bij te houden van het hulpmiddeleengebruik of knelpunten hierin. Zij wijten dit aan een gebrekkige financiële ondersteuning. Informatie van patiëntenverenigingen is hierdoor vaak weinig gestructureerd en ook niet als volledig en objectief te beschouwen.

## **3.3 Daadwerkelijke doelbereiking**

De Algemene Rekenkamer is van mening dat de vraag of de doelen van het hulpmiddelenbeleid verwezenlijkt worden, thans niet te beantwoorden valt. Dit is het gevolg van:

- een onvoldoende uitwerking van begrippen op het gebied van het te bereiken voorzieningenniveau waardoor onbekend is naar welke prestaties en effecten precies gestreefd wordt;
- het ontbreken van essentiële beleidsinformatie die zicht zou kunnen geven op eventueel bereikte prestaties en effecten. In de afgelopen periode is gestreefd naar het verbeteren van de financiële beleidsin-

- formatie. Plannen om te voorzien in een structurele informatiestroom ten aanzien van het bereikte voorzieningenniveau zijn er niet;
- het niet realiseren van de taakstellingen op het gebied van de kostenbeheersing.

## 4 BELEIDSINSTRUMENTEN IN DE PRAKTIJK

### 4.1 Inleiding

Behalve van de inzet van het soort beleidsinstrumenten hangt de mate waarin de doelen van het hulpmiddelenbeleid worden bereikt af van de wijze waarop de ingezette beleidsinstrumenten in de praktijk feitelijk worden gebruikt. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het gebruik van drie beleidsinstrumenten in de praktijk, te weten:

- de naleving van de Regeling hulpmiddelen;
- het gebruik van bezwaar- en beroepsmogelijkheden;
- de ziekenfondsbudgettering.

Omdat de uitvoeringsinstructies van het CVZ geen extra informatie bieden ten opzichte van de Regeling hulpmiddelen, zijn deze verder buiten beschouwing gelaten.

### 4.2 De naleving van de Regeling hulpmiddelen

#### 4.2.1 Inleiding

Bevindingen van het CTZ over de naleving van de Regeling zijn (nog) niet beschikbaar. Daarom is de Algemene Rekenkamer door middel van een dossieronderzoek bij vijf ziekenfondsen nagegaan in welke mate de Regeling hulpmiddelen in 1997 en 1999 werd nageleefd. De Algemene Rekenkamer heeft vier categorieën (deelmarkten) van hulpmiddelen in haar onderzoek betrokken. Het gaat om: *incontinentie-absorptiematerialen, diabeteshulpmiddelen, gehoorhulpmiddelen en hulpmiddelen voor de mobiliteit*. Gezamenlijk vertegenwoordigde dit viertal in 1999 een belang van f 404 miljoen (€ 184 miljoen) ofwel 38% van alle uitgaven voor hulpmiddelen die ten laste komen van de Ziekenfondswet. Bijlage 3 geeft nadere details omtrent de opzet en resultaten van het dossieronderzoek.

#### 4.2.2 Gehoorhulpmiddelen

De deelmarkt gehoorhulpmiddelen omvat verstrekkingen als electro-akoestische hoortoestellen, maskeerders ter behandeling van oorsuizen en hoortoestellen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider (BAHA-hoortoestellen). Het financieel belang van de gehoorhulpmiddelen bedroeg in 1999, voor wat betreft de Ziekenfondswet, f 124,5 miljoen (€ 56,6 miljoen).

De Algemene Rekenkamer heeft 153 dossiers van verstrekte gehoorhulpmiddelen door ziekenfondsen beoordeeld. Slechts 23 (15%) daarvan voldeden volledig aan de eisen die de Regeling daaraan stelt. Hiertoe behoren 19 verstrekkingen van oorstukjes in 1997. Aan de verschaffing daarvan werden toen geen specifieke voorwaarden gesteld. Als deze oorstukjes buiten beschouwing worden gelaten, blijken de wettelijke voorschriften voor de verstrekking van gehoorhulpmiddelen slechts in vier gevallen (3%) volledig te zijn nageleefd.

**Een voorbeeld:**

De Algemene Rekenkamer trof in 34 (49%) dossiers van verstrekte hoortoestellen niet de vereiste schriftelijke toelichting van een KNO-arts aan. Daarbij bleek bij ruim 90% van de verstrekte hoortoestellen niet duidelijk dat de in de Regeling opgenomen vervangingstermijnen waren nageleefd. Soms bleek de benodigde informatie niet aanwezig te zijn, soms ook bleek dat de ziekenfondsen zich niet aan de gestelde wettelijke termijnen hielden.

#### 4.2.3 Hulpmiddelen voor de mobiliteit

Onder hulpmiddelen voor de mobiliteit worden de volgende verstrekkingen verstaan: loophulpmiddelen (zoals krukken, loophulpen met drie of vier poten, looprekken, rollators en loopwagens), serveerwagens, blindentaststokken, stoelen voorzien van een trippelfunctie en loopfietsen. Het financieel belang van deze deelmarkt bedroeg in 1999, voor wat betreft de Ziekenfondswet, f 26,0 miljoen (€ 11,8 miljoen).

De Algemene Rekenkamer heeft 127 dossiers van mobiliteitshulpmiddelen beoordeeld bij de ziekenfondsen. Van deze 127 gevallen voldeden slechts 6 verstrekkingen (5%) volledig aan de normen die de Regeling (op enig moment) aan de verschaffing van de betreffende hulpmiddelen verbindt.

#### 4.2.4 Incontinentie-absorptiematerialen en diabeteshulpmiddelen

Onder incontinentie-absorptiematerialen worden de volgende verstrekkingen verstaan: inlegluiers en luierbroeken, anaaltampons en bedbeschermende onderleggers. Het financieel belang van deze deelmarkt bedroeg in 1999, voor wat betreft de Ziekenfondswet, f 159,9 miljoen (€ 72,7 miljoen).

Diabeteshulpmiddelen betreffen apparatuur voor het zelf afnemen van bloed, inclusief toebehoren als lancetten en teststrips, bloedglucose-testmeters en draagbare, uitwendige infuuspompen. In 1999 bedroeg het financieel belang van de diabeteshulpmiddelen, voor wat betreft de Ziekenfondswet, f 93,7 miljoen (€ 42,6 miljoen).

Ook voor diabeteshulpmiddelen en incontinentie-absorptiematerialen heeft de Algemene Rekenkamer getracht een dossieronderzoek uit te voeren om te bezien in welke mate de Regeling hulpmiddelen wordt nageleefd. Dit bleek niet uitvoerbaar te zijn als gevolg van het ontbreken van voldoende informatie bij de ziekenfondsen. De meeste ziekenfondsen bleken geen patiëntendossier beschikbaar te hebben waarin gegevens over de aanspraak op diabeteshulpmiddelen of incontinentiematerialen is opgenomen. De markten voor diabeteshulpmiddelen en incontinentiematerialen kunnen bovendien worden gekwalificeerd als bulkmarkten waarvoor leveranciers zogenaamde bulkdeclaraties indienen. De informatie op deze bulkdeclaraties is erg summier. Rond de wijziging van de Regeling hulpmiddelen in april 1999 hebben de meeste ziekenfondsen daarbij de bewaking van het genormeerde verbruik van incontinentiemateriaal en diabeteshulpmiddelen overgedragen aan de leveranciers van deze hulpmiddelen. In de overeenkomsten tussen leverancier en ziekenfonds ligt deze praktijk vast. Tevens is hierin opgenomen dat het ziekenfonds controles kan uitvoeren bij de leverancier. Ten gevolge van deze uitvoeringspraktijk was het niet mogelijk om na te gaan in welke mate de normen uit de Regeling hulpmiddelen voor deze deelmarkten zijn nageleefd door de ziekenfondsen.

De door de Algemene Rekenkamer tijdens de GDR-sessie geraadpleegde velddeskundigen zijn het niet eens over de vraag of het wenselijk is dat de uitvoering van het hulpmiddelenbeleid bij leveranciers berust. De tegenstanders wijzen op de schending van de privacy en het medisch beroepsgeheim; de voorstanders achten deze taakverdeling meer doelmatig.

**Een voorbeeld:**

De Diabetesvereniging Nederland (DVN) heeft een juridisch advies aangevraagd over de uitvoeringspraktijk die de controle op verstrekte hulpmiddelen aan de leveranciers overlaten. Het juridisch advies luidde: «Leveranciers van hulpmiddelen stellen vragen over de wijze van behandeling, over voorschriften van de behandelend arts en over op te stellen verzorgingsplannen, die ze niet mogen stellen; verzekerden behoeven deze vragen niet te beantwoorden; ziektekostenverzekeraars mogen niet van leveranciers eisen dat zij deze vragen stellen.»

#### 4.2.5 De uitvoerbaarheid van de Regeling

De Algemene Rekenkamer heeft gesprekken gevoerd met vijf ziekenfondsen en enkele patiëntenverenigingen. Deze beide gaven aan houvast te ontnemen aan de heldere, tamelijk stringente regelgeving. De hoge mate van detaillering van de Regeling blijkt echter enkele knelpunten op te leveren:

- de voor de ziekenfondsen toegenomen administratieve lastendruk met de inwerkingtreding van de Regeling, en de diverse wijzigingen daarvan;
- de onderhoudsgevoeligheid van de Regeling vanwege de vele details die er in zijn opgenomen.

Ziekenfondsen geven aan dat door de nogal schappelijke hardheidsclausule in de Regeling deze een tamelijk vrijblijvend karakter krijgt. De hardheidsclausule, die geldt voor een aantal categorieën hulpmiddelen geeft aan dat, indien de voorschrijver op medische gronden een groter verbruik dan de norm noodzakelijk acht, dit voor vergoeding in aanmerking komt.

Volgens de meeste ziekenfondsen hebben de wijzigingen van april 1999 in de Regeling geleid tot overregulering. Daarnaast geven zij aan dat de wijzigingen elkaar snel opvolgen, en dat weinig rekening lijkt te worden gehouden met de problemen die dit voor de ziekenfondsen met zich meebrengt, zoals herhaalde aanpassingen van de geautomatiseerde systemen. Ook de gewijzigde vergoedingslimieten gekoppeld aan de nieuwe minimale gebruikstermijnen voor gehoorhulpmiddelen is volgens de ziekenfondsen in de praktijk een slecht uitvoerbare aanpassing van de regeling.

**Een voorbeeld:**

Er zijn verschillen in de wijze waarop ziekenfondsen met de nieuwe vervangingstermijnen (7 jaar om voor maximum vergoeding in aanmerking te komen) van de gehoorhulpmiddelen omgaan. Omdat declaratiegegevens niet langer dan de wettelijke termijn van 5 jaar bewaard blijven, gaven twee ziekenfondsen aan dat deze maatregel eigenlijk niet uitvoerbaar is. Nieuwe aanvragen worden door deze ziekenfondsen gewoon vergoed. Andere ziekenfondsen geven aan veel moeite te doen om de gegevens over de vorige verstrekking te achterhalen. Dit brengt echter wel veel extra uitvoeringskosten met zich mee.

De Algemene Rekenkamer heeft tijdens de GDR-sessie met de velddeskundigen een mogelijke toekomstige verantwoordelijkheidsverdeling besproken. Consensus kon bereikt worden over de uitgangspunten dat:

- een regeling hulpmiddelen op hoofdlijnen volstaat waarbij wordt uitgegaan van een functionele omschrijving (dat wil zeggen dat wordt uitgegaan van het functiegebrek van de patiënt in plaats van het aanbod aan hulpmiddelen);
- voorschrijvers/behandelaars en patiënten zijn van mening de opstelling van protocollen en richtlijnen voor de verstrekking van hulpmiddelen het beste zelf ter hand te kunnen nemen.

### **4.3 Ziekenfondsbudgettering**

#### *4.3.1 Ontwikkelde instrumenten voor kostenbeheersing*

De ziekenfondsbudgettering heeft ziekenfondsen gestimuleerd instrumenten te ontwikkelen die bijdragen aan een meer doelmatige uitvoering van de Regeling. Sommige van deze instrumenten vertonen onderling sterke overeenkomsten; soms is sprake van een geheel eigen aanpak van een individueel ziekenfonds. Door de meeste ziekenfondsen wordt als voorbeeld de zuurstoflevering voor een vast dagtarief genoemd. In het verleden moest voor zuurstoflevering per patiënt een zeer uitgebreide administratie worden bijgehouden van wat per dag geleverd was.

Ziekenfondsen bevorderen de doelmatigheid door:

- prijsonderhandelingen bij de contractering van leveranciers in de bulkmarkten zoals de incontinentie-absorptiematerialen;
- sanering van de distributiekolom;
- samenstellen van voorkeurspakketten;
- openbare aanbestedingsprocedures.

Door enkele ziekenfondsen werd aangegeven dat onderhandelingen met leveranciers en/of fabrikanten over prijzen moeizaam verlopen, maar dat geldt niet voor alle ziekenfondsen. Bij de aanpak in de gehoorhulpmiddelenmarkt vallen de onderlinge verschillen op. Het ene ziekenfonds heeft de oplossing gezocht in vaste prijsafspraken en het andere ziekenfonds verwachtte meer heil van het contracteren van nieuwe spelers op de markt. Meerdere keren wordt aangegeven dat kartelvorming aan de aanbodzijde van de markt het bewerken van deze markt bemoeilijkt. Daarnaast stuiten ziekenfondsen een aantal keren op de grenzen van de Mededingingswet, die beoogt de concurrentie te waarborgen, wanneer ziekenfondsen trachtten de doelmatigheid te vergroten middels het bundelen van de eigen krachten.

### **4.4 Jurisprudentie**

#### *4.4.1 Geschillen in de praktijk*

Verzekerden kunnen bezwaar aantekenen tegen een besluit van een ziekenfonds indien zij ontevreden zijn over een beslissing. Er is dan sprake van een geschil. Geschillen kunnen voortkomen uit onduidelijkheden in de Regeling (interpretatieverschillen over de aanspraak), maar ook uit de aard van de bepalingen zelf (als de Regeling bijvoorbeeld te strenge normen zou aanleggen voor verbruik van diabetesteststrips) waardoor de verzekerde de hulpmiddelenvoorziening niet adequaat acht.

In geval van een geschil staan voor de verzekerde twee wegen open. Een eerste mogelijkheid is de bij wet geregelde bezwaarschriftprocedure tegen het ziekenfonds in kwestie<sup>11</sup>. Later kan eventueel tegen de uitkomst van de bezwaarschriftprocedure beroep en hoger beroep worden aangekend. Een tweede mogelijkheid is een beroep doen op de «coulance» van het ziekenfonds.

#### 4.4.2 Bezwaarschriftprocedure

De administraties van ziekenfondsen op het gebied van de bezwaarprocedures blijken zowel qua omvang (aantal jaren) als diepgang (mate van detaillering) sterk uiteen te lopen. Tabel 2 geeft een overzicht van de aantallen ingediende bezwaarschriften per ziekenfonds. De informatie hierover is verre van compleet. Desondanks valt op dat het aantal bezwaarschriften dat betrekking heeft op hulpmiddelen doorgaans een substantieel deel vormt van het totaal aantal bezwaarschriften. Tevens is opvallend is dat het aantal bezwaarschriften zowel in absolute als relatieve zin stijgt.

**Tabel 2. Aantal bezwaarschriften betreffende hulpmiddelen, per ziekenfonds en per jaar. Tussen haakjes is het percentage gegeven van het totaal aantal ingediende bezwaarschriften (in enig jaar).**

Ziekenfonds	Jaar			
	1997	1998	1999	2000
A		*56 (57%)	79 (65%)	**92 (67%)
B	32 (27%)	84 (35%)	177 (55%)	
C			± 325 (45%)	**390 (61%)
D		6***	16***	
E				8 (11%)

\* Incl. andere bezwaarschriften.

\*\* Gegevens van januari t/m augustus.

\*\*\* Geen percentage omdat totaal aantal bezwaarschriftprocedures niet bekend is. Gegevens 1998 hebben betrekking op maart t/m december.

Eén ziekenfonds tekende aan dat voor de verstrekkingen waar impliciet gemachtigd wordt (zoals bij stoma- en incontinentiemateriaal) formeel geen sprake meer kan zijn van een bezwaar in de zin van Algemene Wet Bestuursrecht, omdat er geen beschikking – de machtiging – meer wordt afgegeven. Hierdoor is de verzekerde afhankelijk geworden van de wijze waarop geschillen door de leverancier in samenspraak met het ziekenfonds worden opgelost.

#### 4.4.3 Coulancebeleid

Naast de procedures van bezwaar en beroep kunnen verzekerden, na een aanvankelijke afwijzing van de aanspraak, beroep doen op een «coulante» behandeling van een herhaald verzoek. Meestal worden «bijzondere omstandigheden» waarin de verzekerde verkeert hierbij aangevoerd. In welke mate een beroep wordt gedaan op het coulancebeleid van de betrokken ziekenfondsen is niet nagegaan.

Niet overal wordt op dezelfde wijze omgegaan met vergoeden op grond van bijzondere omstandigheden. De Regeling biedt volgens de ziekenfondsen veel ruimte (bijv. hardheidsclausules) om tegemoet te komen aan bijzondere omstandigheden, op grond waarvan dan alsnog vergoed wordt. Sommige ziekenfondsen declareren deze kosten gewoon als

<sup>11</sup> Ziekenfondswet, art. 74.

aanvullende kosten bij de Algemene Kas. Andere ziekenfondsen geven aan dat meestal vergoed wordt op grond van eigen coulancebeleid, waarmee de kosten ten laste komen van de eigen reserves.

Het bovenstaande staat los van de mogelijkheid dat verzekerden een aanvullende verzekering af kunnen sluiten ter dekking van op grond van de regeling niet vergoede kosten voor hulpmiddelen.



## **5 RECENTE ONTWIKKELINGEN**

### **5.1 Inleiding**

Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer naar het hulpmiddelenbeleid van de minister van VWS heeft primair betrekking op de jaren 1996 tot en met 1999. Maatregelen en activiteiten die sindsdien op dit beleids-terrein zijn uitgevoerd, worden in dit hoofdstuk beschreven.

### **5.2 Evaluatie Regeling hulpmiddelen 1996**

Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het CVZ de wijzigingen die per 1 april en 1 juli 1999 zijn doorgevoerd in de Regeling hulpmiddelen 1996 geëvalueerd. Eind 1999 verscheen het eerste evaluatierapport, het tweede rapport dateert van juni 2000. Op een aantal onderdelen van de verstrekking van hulpmiddelen werd knelpunten gesignaleerd. In het verlengde daarvan heeft het CVZ voorstellen gedaan tot een doelmatiger uitvoering van de Regeling. Verder is een aantal aanbevelingen gedaan om de aanspraak op bepaalde hulpmiddelen te verruimen. Op grond van deze evaluaties is de Regeling per 1 januari 2000 respectievelijk 1 januari 2001 gewijzigd.

### **5.3 Actieprogramma**

Op 28 januari 2000 heeft de minister een actieprogramma aan de Tweede Kamer gestuurd (TK 24 124, nr. 100). Dit actieprogramma was een nadere uitwerking van het *Plan van aanpak kostenbeheersing medische hulpmiddelen* uit november 1998 (TK 24 124, nr. 69).

In het actieprogramma is een belangrijke rol voor de verzekeraars weggelegd, omdat ziekenfondsen over de volle breedte invulling dienen te geven aan hun regierol. Daarbij wordt gedacht aan de vergroting van de transparantie in de distributiekolom (helderdere prijsvorming) en versterking van de inkoopfunctie. Ook zouden ziekenfondsen een centrale rol moeten gaan vervullen bij de vormgeving van (regionale) overlegstructuren tussen voorschrijvers en leveranciers van hulpmiddelen – één en ander naar analogie van het Plan Koopmans bij de geneesmiddelen.

Voorts wordt de vraag gesteld of de hulpmiddelen die thans onder de Ziekenfondswet vallen ook in de toekomst onderdeel moeten blijven uitmaken van de sociale ziektekostenverzekering. Voor specifieke hulpmiddelen zou (opnieuw) moeten worden overwogen of zij tot de noodzakelijke zorg gerekend dienen te worden, of zij betaalbaar zijn voor de gebruikers en of zij inmiddels het karakter van gemeengoed hebben gekregen (vgl. de «Trechter van Dunning» bij de geneesmiddelen). Het model voor in- en uitstroom (toelating van hulpmiddelen in het pakket), dat momenteel in ontwikkeling is bij het CVZ, moet handvatten gaan bieden voor de vaststelling van de doelmatigheid en de noodzakelijkheid van hulpmiddelen. Uit het actieprogramma wordt overigens niet duidelijk hoe de minister deze heroverweging van het huidige verstrekkingenpakket concreet vorm denkt te geven.

Verder wenst de minister een grotere keuzevrijheid van de gebruiker te realiseren bij de hulpmiddelenverstrekking. Daartoe wil zij het «productgebonden budget» (PGB) op zo groot mogelijke schaal gaan inzetten. In het eerste kwartaal van 2001 start het CVZ een experiment met het PGB in een drietal deelmarkten.

Tenslotte stelt de minister dat 2000 zal worden benut om de informatievoorziening te verbeteren.

#### **5.4 Ondersteuning onderzoek en initiatieven**

Verschillende instrumenten zijn in 2000 beschikbaar gekomen of zullen in de jaren daarna worden opgeleverd. Belangrijke voorbeelden hiervan zijn:

- Het *Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP)* is een verder te ontwikkelen databank waarin onder meer informatie over volumes en kosten van hulpmiddelen zijn opgeslagen. Het CVZ heeft momenteel informatie hierover beschikbaar over de jaren 1997 en 1998.
- De *Monitor hulpmiddelen* is een periodieke rapportage over de ontwikkeling van kosten van hulpmiddelen en over factoren die hierop van invloed zijn geweest. Het eerste exemplaar is in mei 2000 verschenen.
- Het *hulpmiddelenkompas* heeft tot doel het voorschrijfgedrag van zorgverleners te stroomlijnen en een eenduidige verstrekking van hulpmiddelen te bevorderen. Het eerste deel van het kompas komt in de loop van 2001 beschikbaar.
- In maart 2001 is het *Hulpmiddelen Informatiecentrum (HIC)* gesticht, met als doel het transparant maken van de hulpmiddelensector door informatie over hulpmiddelen toegankelijk te maken. Het HIC zal overigens pas medio 2002 operationeel zijn.

#### **5.5 Convenant doelmatiger hulpmiddelenvoorziening**

In juni 2000 is een «Convenant doelmatiger hulpmiddelenvoorziening» ondertekend door de minister van VWS en de voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland. Afsproken is onder meer dat verzekeraars meer gebruik gaan maken van de mogelijkheid medisch specialisten aan te spreken als uit een vergelijking met collega's blijkt dat zij relatief dure hulpmiddelen voorschrijven. De minister van VWS gaat meebetalen aan experimenten met «belonen en straffen» van artsen. Verzekeraars gaan hulpmiddelen via de groothandel zelf inkopen.

In het kader van dit convenant is verder een gemengde werkgroep (VWS, ZN, CVZ) ingesteld die een advies aan de minister moet geven, waarmee de regierol van zorgverzekeraars bij de hulpmiddelen kan worden versterkt. De Minister van VWS heeft op basis van het rapport van deze werkgroep op 30 augustus een brief aan de vaste kamercommissie voor VWS gestuurd waarin voorstellen voor deregulering van de Regeling hulpmiddelen worden gedaan.

#### **5.6 Modernisering toezicht**

Op grond van de ziekenfondswet houdt het CTZ toezicht op de rechtmatigheid van de besteding van de gelden van deze wettelijke verzekering en op het functioneren van de ziekenfondsen als uitvoeringsorgaan van die wettelijke verzekering. De modernisering van het toezicht leidt tot diverse wijzigingen in de toezicht- en controlerelatie. De wet die wijzigingen moet verankeren is 1 april 2001 van kracht geworden.

Hierop vooruitlopend heeft het CTZ, in samenwerking met de ziekenfondsen en hun externe accountants, een protocol rechtmatigheidsonderzoek ontwikkeld. Dit protocol heeft meer in het algemeen tot doel aanwijzingen te geven aan de externe accountant van de ziekenfondsen over de inhoud en reikwijdte van en de rapportage over het rechtmatig-

heidsonderzoek. Daarnaast wordt verwacht dat het protocol een doelmatige controle- en toezichtstructuur zal bevorderen.

In het protocol worden de voorwaarden opgenoemd waaraan voldaan dient te zijn om een uitgave, respectievelijk een ontvangst op grond van de ZFW als rechtmatig kan worden aangemerkt. Dit betreft de volgende voorwaarden:

1. de persoon voor wie de uitgave is verricht, is als verzekerde in het verzekerdenbestand opgenomen;
2. de verstrekking is door de zorgverlener in rekening gebracht tegen het overeengekomen tarief;
3. er is sprake van een tussen het ziekenfonds en de zorgverlener afgesloten overeenkomst;
4. de verstrekking heeft, indien vereist, plaatsgevonden op basis van een indicatie en/of een machtiging, afgegeven door een daartoe bevoegd persoon;
5. de prestatie waarvoor de verstrekking is gedeclareerd, is geleverd;
6. de verstrekking voldoet aan de overige wettelijke bepalingen.

Naast deze algemene voorwaarden, is ook een aantal specifieke punten met betrekking tot het rechtmatigheidsonderzoek naar de hulpmiddelenverstrekking opgenomen. In het protocol wordt aandacht gevraagd voor:

- de beschrijving van de inhoud van hulpmiddelen (verwijzing naar alle geldende besluiten en regelingen);
- de betreffende kostenrubrieken (zoals verschaffing in eigendom, danwel bruikleen, kosten van reparaties etc.);
- de specifieke punten voor de hulpmiddelen (max. bedragen en eigen bijdragen, verbruikshoeveelheden, contractering, aanvraag via leverancier etc.);
- relevante regelgeving en circulaires, inclusief wijzigingen in de regelgeving in het betreffende controlejaar.

Met het protocol is inmiddels in een aantal pilots ervaring opgedaan.

## 6 AUTONOME FACTOREN

### 6.1 Inleiding

De minister van VWS kan de doelen van het hulpmiddelenbeleid bepalen en tevens een aantal instrumenten inzetten om deze doelen te bereiken. Daarnaast echter is ook sprake van autonome factoren die van invloed kunnen zijn op de mate waarin de gestelde doelen worden bereikt. Autonome factoren zijn gebeurtenissen, omstandigheden of ontwikkelingen die niet beïnvloed (kunnen) worden door de minister, maar wel van invloed kunnen zijn op de mate waarin de doelen van het hulpmiddelenbeleid worden bereikt. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om:

- (Dubbele) vergrijzing;
- Technologische ontwikkelingen;
- Maatschappelijke acceptatie van hulpmiddeleengebruik;
- Overige ontwikkelingen als verbeterde diagnostiek en toegenomen welvaart en gerelateerd beleid als extramuralisering.

### 6.2 De invloed op kostenbeheersing

Van de hierboven genoemde autonome factoren blijkt de vergrijzing bij alle deelmarkten genoemd te worden als een factor die een rol speelt bij de ontwikkeling van de kosten. Daarnaast is bij sommige hulpmiddelen de toegenomen maatschappelijke acceptatie (doorbreken van taboes) sterk van invloed op toenemend gebruik en dus in potentie stijgende kosten. Hier moet evenwel bij worden opgemerkt dat door sterk toenemend gebruik (een grotere afzetmarkt) ook de gemiddelde prijs van een verstrekt hulpmiddel sterk kan dalen. Dit leidt vervolgens weer tot een afvlakking van de macro-kostenstijging voor deze verstrekking.

#### Een voorbeeld:

Steeds meer ouderen maken gebruik van een rollator, een loophulpmiddel met wielen en een boodschappenmandje, waardoor ouderen zich langer zelfstandig kunnen verplaatsen en bijvoorbeeld zelf de dagelijkse boodschappen kunnen blijven doen. Een aantal jaren geleden kostte een rollator ongeveer f 1000,- (€ 455). Door toegenomen gebruik en dus een grotere afzetmarkt voor rollators is de prijs inmiddels sterk gedaald, waardoor de macro-kosten voor deze verstrekking niet of nauwelijks zijn gestegen.

Bij andere hulpmiddelen, zoals diabetes testmateriaal, spelen ook andere factoren een rol, zoals een toename van het aantal mensen met overgewicht, verbeterde diagnostiek en technologische ontwikkelingen. Echter, van vroegtijdige opsporing en verbeterde behandeling kan een preventieve werking uitgaan doordat complicaties worden voorkomen. Dit bespaart, soms op termijn, kosten zoals langdurige ziekenhuisopnamen en operaties. Daarnaast leidt dit ook tot een verbeterd welzijn van de patiënt.

Om de effecten van diverse factoren op de ontwikkeling van de kosten vast te kunnen stellen zouden de volgende gegevens beschikbaar moeten zijn:

- Demografische gegevens;
- Inzicht in (ontwikkelingen in) de mate waarin bepaalde ziekten of gebreken zich voordoen, wijzigingen in de aard daarvan (prevalentie en incidentie);
- Ontwikkelingen in diagnostiek en behandeling(smogelijkheden);

- Hulpmiddelengebruik onderscheiden naar diverse leeftijdsgroepen en ontwikkelingen daarin;
- Inzicht in (achtergronden van) ondergebruik;
- Prijsgegevens.

Door het RIVM zijn kortgeleden onderzoeken uitgevoerd naar historische ontwikkelingen en toekomstverwachtingen voor de deelmarkten gehoor-hulpmiddelen en diabeteshulpmiddelen. Uit beide onderzoeken kwamen aanbevelingen naar voren om de noodzakelijk geachte gegevens-registraties tot stand te brengen. Op basis van de thans beschikbare registraties kon men niet meer dan voorzichtige schattingen geven voor toekomstige ontwikkelingen in gebruik en kosten.

Het RIVM, maar ook andere partijen, achten het daarnaast wenselijk dat het inzicht in de samenhang tussen stijgende kosten voor (extramuraal) hulpmiddelengebruik en kostenbesparingen in andere deelsectoren verbeterd wordt. Een voorbeeld hiervan is het voorkomen van ernstige complicaties (zoals amputaties, hart- en vaatziekten) door verbeterde diagnostisering en inzet van juiste en voldoende hulpmiddelen bij diabetespatiënten. Ook een verbeterde zelfredzaamheid bij ouderen door de verstrekking van een rollator is hier een voorbeeld van.

### **6.3 Adequaat voorzieningenniveau**

Factoren die bepalen wat een adequaat voorzieningenniveau (voor wat betreft de hulpmiddelen) is, zijn:

- Veranderingen in de samenleving, zoals de wens om langer zelfstandig te blijven;
- Vermaatschappelijking van de zorg en extramuralisering;
- De wensen/ervaringen van de gebruikers;
- Veranderende medische inzichten, verbeterde diagnostiek en technologie en daarnaast de maatschappelijke wens om van deze verbeterde technieken ook gebruik te kunnen maken;
- Het gedrag van «marktpartijen», die een (nieuwe) behoefte creëren.

Aan de ene kant wordt een adequaat voorzieningenniveau voornamelijk bepaald door de medische noodzaak tot het gebruik van specifieke hulpmiddelen (het zo gezond mogelijk blijven, verminderen van het risico op complicaties, etc. Een voorbeeld hiervan zijn de diabetes teststrips). Voor deze hulpmiddelen kan het gebruik enigszins objectieverbaar gemaakt worden, en daarmee is beter te bepalen wat een adequaat voorzieningen niveau is.

Aan de andere kant wordt de invulling van het begrip «adequaat voorzieningenniveau» ook bepaald door de politiek die kiest voor vermaatschappelijking van de zorg, bevordering van zelfredzaamheid, extramuralisering etc. Deze keuze maakt de inzet van hulpmiddelen die op de vergroting van de zelfredzaamheid gericht zijn (zoals bijvoorbeeld de rollator) logisch en noodzakelijk. De invulling van wat onder een adequaat voorzieningen-niveau moet worden verstaan wordt bepaald door de veranderende samenleving en door de politiek die de wensen vanuit die samenleving in nieuwe maatschappelijke doelen vertaalt.

Ook marktpartijen kunnen, door de ontwikkeling van nieuwe producten, nieuwe behoeften aanboren en daarmee de potentiële gebruikers beïnvloeden.

De daadwerkelijke gebruiker bepaalt wat hij voor zichzelf adequaat vindt. Bij de vaststelling van wat uiteindelijk een adequaat voorzieningenniveau is, is de inbreng van de gebruikers daardoor ook van belang. De invulling

van het begrip adequaat zal hier dan met de verandering van de individuele en maatschappelijke wensen en doelen meeveranderen.

Met het bovenstaande wordt eveneens aangegeven dat het een probleem van «verschuivende bakens» is. Het ideaal wordt nooit bereikt omdat het ideaal ook zelf steeds verandert. Dit laat onverlet dat bij voortduring nagestreefd kan worden het ideaal zo dicht mogelijk te benaderen.

#### **6.4 Ontwikkelingen in de informatievoorziening**

Door de sterke aandacht die het hulpmiddelenbeleid de laatste jaren heeft gehad, zijn eerste aanzetten gegeven om het inzicht in de effecten van autonome factoren te verbeteren. Zo heeft het CVZ in de recent verschenen hulpmiddelenmonitor aandacht besteed aan effecten van extramuralisatie en een vergrijzingscomponent becijferd. Wel heeft het CVZ aangegeven dat verdere analyses noodzakelijk zijn om de bruikbaarheid van deze gegevens te vergroten.

## 7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 7.1 Conclusies

De minister van VWS heeft geen integraal hulpmiddelenbeleid geformuleerd. Het ontbreekt in het extramurale hulpmiddelenbeleid aan samenhang tussen beleidsdoelen, beleidsinstrumenten en benodigde beleidsinformatie. Centrale begrippen in het beleid zijn onvoldoende uitgewerkt zodat onduidelijk is wat de minister precies wil bereiken. De Algemene Rekenkamer concludeert dan ook dat niet goed vast te stellen valt of, en zo ja in welke mate het hoofddoel van het hulpmiddelenbeleid – *het zorgdragen voor een voorzieningenpakket dat mensen in staat stelt normaal aan de samenleving deel te nemen tegen aanvaardbare kosten* – bereikt wordt.

Het belangrijkste instrument van de minister om het beleidsdoel te realiseren, de Regeling hulpmiddelen 1996, wordt in de praktijk niet nageleefd of het is onzeker of dat gebeurt. De hoge mate van detaillering maakt de Regeling moeilijk uitvoerbaar en kan leiden tot inefficiency. Tevens is het moeilijk met deze regeling om adequaat in te spelen op medische en technologische ontwikkelingen. Ziekenfondsen zoeken een oplossing voor de administratieve belasting door de toewijzing van en controle op verstrekte hulpmiddelen uit te besteden aan leveranciers. Dit heeft onder andere tot gevolg dat de rechtmatigheid van de uitgaven niet vast te stellen is. Deze constatering gevoegd bij de eerdere conclusie dat de mate van doelbereiking niet vast te stellen valt, leidt tot de niet te vermijden conclusie dat zowel over de rechtmatigheid als de doelmatigheid van de hulpmiddelenverstrekking onzekerheid bestaat.

De Algemene Rekenkamer concludeert tevens dat de samenhang van dit beleid met andere zorgsectoren, met de hulpmiddelenverstrekking door andere departementen of met de intramurale hulpmiddelenverstrekking grotendeels ontbreekt. Voor de burger is het daarom niet eenvoudig te bepalen waarop deze recht heeft. Ook ontbreekt in het hulpmiddelenbeleid een visie op toekomstige ontwikkelingen. Zo is er geen analyse van de verwachte werking van autonome factoren als vergrijzing en technologische ontwikkelingen en ontbreekt beleidsinformatie over dit onderwerp.

De Algemene Rekenkamer concludeert tot slot dat in het verleden essentiële beleidsinformatie niet aanwezig was waardoor voorgestelde maatregelen weinig onderbouwd waren. Wel is sinds 2000 meer informatie beschikbaar gekomen. Echter, dit is beperkt tot kostencijfers over de extramurale verstrekking onder ziekenfondsverzekerden. Er zijn nog geen volumegegevens over gebruikte aantallen of verstrekte hoeveelheden hulpmiddelen. Ook over bijvoorbeeld de verstrekking door particuliere verzekeraars, de intramurale verstrekking of het bereikte voorzieningenniveau ontbreken gegevens.

### 7.2 Aanbevelingen

De Algemene Rekenkamer constateerde dat de minister van VWS in 2000 vele activiteiten in gang heeft gezet op het terrein van de hulpmiddelenverstrekking. Zij waardeert de inspanningen van de minister en meent dat de aanbevelingen gebruikt kunnen worden ter ondersteuning van die nieuwe plannen en activiteiten.

De Algemene Rekenkamer ziet de ontwikkeling van de Monitor hulpmiddelen als een stap in de goede richting, maar zij zou graag zien dat de monitor wordt uitgebreid met informatie over:

- kosten en volumegegevens (aantallen gebruikers, aantallen hulpmiddelen) per soort hulpmiddel;
- hierin verwachte veranderingen als gevolg van demografische, medische en technologische ontwikkelingen;
- het productaanbod, verwachte ontwikkelingen daarin en de toereikendheid van het aanbod.

Het recent door de minister van VWS opgerichte Hulpmiddeleninformatiecentrum zou voor veel duidelijkheid in de hulpmiddelensector kunnen zorgen. De Algemene Rekenkamer beveelt aan dat de minister beziet of het Hulpmiddeleninformatiecentrum een rol kan spelen in het bundelen van de al aanwezige informatie over hulpmiddelen (van particulier verzekerden en ziekenfondspatiënten, van diverse wettelijke regelingen, van extramuraal en intramuraal verstrekte hulpmiddelen). Ook beveelt de Algemene Rekenkamer aan dat de minister van VWS nagaat hoe gebruikservaringen van patiënten beter benut kunnen worden.

De minister stuurde eind augustus 2001 voorstellen aan de Tweede Kamer, die betrekking hebben op de vereenvoudiging van de Regeling hulpmiddelen. In deze voorstellen wordt de nadere uitwerking van de nog te treffen Regeling hulpmiddelen neergelegd bij individuele ziekenfondsen. Het blijft onduidelijk welke rol de andere veldpartijen hierbij krijgen. De Algemene Rekenkamer beveelt de minister van VWS aan om experimenten op te zetten waarbij veldpartijen in de gelegenheid worden gesteld om de verstrekking van hulpmiddelen met behulp van protocollen nader in te vullen.

Daarnaast beveelt de Algemene Rekenkamer aan dat CTZ een onderzoek uitvoert naar de mate waarin en de wijze waarop ziekenfondsen controle-taken uitbesteden aan leveranciers en het toezicht dat daar vervolgens op wordt gehouden door de ziekenfondsen zelf. Ook zou de Algemene Rekenkamer er een voorstander van zijn als de minister van VWS een onderzoek laat verrichten naar knelpunten in de afbakening van de Regeling hulpmiddelen ten opzichte van andere regelingen zoals bijvoorbeeld de intramurale verstrekking op grond van de AWBZ en de WVG.



## **8 REACTIES EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER**

### **8.1 Inleiding**

Op 25 juni stuurde de Algemene Rekenkamer het conceptrapport aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het College voor zorgverzekeringen (CVZ), het College voor toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Het CVZ reageerde op 12 juli en het CTZ op 19 juli. Van ZN is geen reactie ontvangen.

De minister van VWS reageerde in juli 2001 niet op het conceptrapport. Wel stuurde zij op 19 juli een brief waarin zij stelde dat de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer een goede verwoording vormden van het reeds door haarzelf in uitvoering gebrachte of binnenkort in uitvoering te brengen beleid op het terrein van de hulpmiddelen. Het verbaasde de minister dat de Algemene Rekenkamer dit niet concludeerde in het conceptrapport. Tevens was zij van mening dat de conclusies niet te rijmen waren met de inhoud van het conceptrapport. Daarom meende zij dat het rapport onvolledig en onvoldragen was en wilde zij pas reageren op het conceptrapport als een aantal onduidelijkheden weggenomen zou zijn. De 52 vragen die de minister in de bijlage bij haar brief stelde, heeft de Algemene Rekenkamer beantwoord in een brief van 1 oktober 2001.

Op 14 oktober 2001 ontving de Algemene Rekenkamer de reactie van de minister van VWS op haar conceptrapport.

### **8.2 Minister van VWS**

De minister van VWS meent dat de conclusies die de Algemene Rekenkamer trekt over het gevoerde beleid in de periode 1996–1999 niet kunnen worden gebaseerd op de inhoud van het rapport omdat de Algemene Rekenkamer in de antwoorden op de vragen van de minister (die zij in haar brief van 19 juli stelde) naar de nota van bevindingen «Hulpmiddelen in de praktijk» of andere rapporten van de Algemene Rekenkamer verwees.

De minister van VWS begrijpt dat de Algemene Rekenkamer haar onderzoek moet afbakenen over een bepaalde periode. Met de afbakening 1996–1999 gaat de Algemene Rekenkamer volgens de minister van VWS voorbij aan het feit dat het voorzieningenbeleid met de achterliggende motieven een historie kent vanaf de eerste Ziekenfondswet. De minister van VWS meent dat 1996 géén breekpunt of startpunt is van extra inspanningen om impliciete doelen als het behoud van zelfstandigheid en extramuralisering van de zorg te bereiken. Vanaf 1996 is daar wel de ambitie bijgekomen om de kosten adequaat te beheersen. Daarbij is de periode 1996–1999 er een geweest van voornamelijk beleidsvoorbereiding. De beleidsvoornemens en de voortgang van de uitvoering daarvan zijn echter in 1998–2000 met de Tweede Kamer gecommuniceerd en bevestigd.

Inmiddels is de volgens de minister van VWS belangrijkste beleidsdoelstelling, het bereiken van een beheerste uitgavenontwikkeling voor de extramurale hulpmiddelenvoorziening zonder aantasting van het pakket, gerealiseerd. De minister meent dat ook vele andere beleidsvoornemens uit 1996–1999 zijn gerealiseerd of in uitvoering zijn genomen. De minister van VWS heeft de stand van zaken uitgebreid bericht aan de Algemene

Rekenkamer in haar reactie van 19 juli, maar zij vindt daarvan geen weerslag in het conceptrapport van 26 september 2001.

De minister is van mening dat de extramurale hulpmiddelenvoorziening in ons land van een hoog niveau is en momenteel tegen aanvaardbare kosten wordt uitgevoerd. Pakketbeperkingen zijn in de afgelopen jaren niet aan de orde geweest. Ondanks de op sommige punten wellicht terechte kritiek van de Algemene Rekenkamer op de vormgeving van het beleid beoordeelt de minister de uitkomsten van het beleid als een succes. De minister is erkentelijk voor de aanbevelingen die de Algemene Rekenkamer doet en ziet deze als een ondersteuning voor de reeds door haar ingeslagen weg van delegatie van verantwoordelijkheden naar de uitvoerders van de hulpmiddelenzorg.

De minister gaat tot slot in op negen punten uit de conclusies van de Algemene Rekenkamer. Deze staan met het commentaar van de Algemene Rekenkamer opgenomen als bijlage 4.

### **8.3 College voor zorgverzekeringen**

Het CVZ gaat in haar reactie allereerst in op de door de Algemene Rekenkamer geformuleerde conclusie dat de minister geen integraal hulpmiddelenbeleid heeft geformuleerd. Het CVZ meent dat de minister van VWS pas een integraal hulpmiddelenbeleid kan formuleren als zij daar ook de instrumenten voor heeft. De Wet voorzieningen gehandicapten en de Wet Reïntegratie arbeidsgehandicapten vallen onder de verantwoordelijkheid van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. In het conceptrapport kiest de Algemene Rekenkamer soms de invalshoek van het integraal hulpmiddelenbeleid en soms die van alleen de Regeling hulpmiddelen 1996. Soms lopen beide invalshoeken door elkaar heen. Omdat een aantal regelingen met betrekking tot hulpmiddelenverstrekking niet de minister van VWS regarderend trekt het CVZ het effect van de daarop betrekking hebbende aanbeveling van de Algemene Rekenkamer in twijfel.

Voorts brengt het CVZ onder de aandacht dat de Werkgroep Deregulering en Instrumentering, bestaande uit deelnemers van VWS en ZN, recent voorstellen heeft gedaan voor vereenvoudiging van de regelgeving. De regierol voor een doelmatige verstrekking van hulpmiddelen zal van de overheid naar de verzekeraars verschuiven. Het CVZ geeft aan ook van mening te zijn dat de Regeling hulpmiddelen 1996 aanpassing behoeft maar dat de voorstellen van deze werkgroep verder voeren. Er wordt namelijk voorgesteld een wettelijke regeling op hoofdlijnen te maken, die door de individuele verzekeraars zal worden ingevuld. Het CVZ vindt steun in het rapport van de Algemene Rekenkamer voor een eenvoudiger opzet van de regelgeving zoals zij die voorstaat. Het CVZ merkt op dat de positie van verzekerden aandacht verdient en geeft het belang van het waarborgen van de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid aan.

Het CVZ licht twee van de op verzoek uit 1998 van de minister ontwikkelde instrumenten toe: het Hulpmiddelenkompas en de Monitor hulpmiddelen. Eind 2001 zullen de eerste delen van het Hulpmiddelenkompas beschikbaar komen. Hiermee wordt beoogd een handvat te bieden voor een rationele indicatiestelling voor hulpmiddelen. De Monitor hulpmiddelen verschijnt sinds mei 2000 en is bedoeld om een bijdrage te leveren aan het systematisch verzamelen van beleidsinformatie. De door de Algemene

Rekenkamer op onderdelen voorgestelde uitbreiding van de monitor sluit aan bij de zienswijze van het CVZ.

Het CVZ meent dat met haar uitspraken over verstrekkingengeschillen een bijdrage wordt geleverd aan een eenduidige uitvoering van de Regeling. Dit in tegenstelling tot de constatering van de Algemene Rekenkamer dat met de jurisprudentie slechts een geringe bijdrage aan de doelbereiking van het hulpmiddelenbeleid zou worden geleverd. Het CVZ is daarbij van mening met haar publicaties van wijzigingen van de Regeling hulpmiddelen 1996 via de daarvoor beschikbare kanalen (Staatscourant, Staatsblad en Website overheid) de uitvoeringsorganen afdoende te informeren.

#### **8.4 College toezicht zorgverzekeringen**

Het CTZ gaat in op de problematiek van de in de praktijk gegroeide werkwijze van delegatie van taken aan leveranciers door uitvoeringsorganisaties. CTZ geeft aan dat in deze situatie periodieke controles door ziekenfondsen vereist zijn. Alhoewel in de uitvoeringspraktijk is overeengekomen dat ziekenfondsen te allen tijde het recht hebben om ingediende declaraties met bij de betreffende leverancier aanwezige gegevens te controleren, dienen deze controles wel meer structureel te worden opgepakt.

Het CTZ bestrijdt de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat als gevolg van deze praktijk de rechtmatigheid van de uitgaven niet vast te stellen is. Het CTZ meent dat Algemene Rekenkamer onvoldoende is nagegaan of door ziekenfondsen middels controles niet alsnog voldoende garanties zijn gecreëerd dat de doelstellingen van de regelgeving worden bereikt. Het CTZ is van mening dat het huidige wettelijke kader zich er niet tegen verzet dat ziekenfondsen taken uitbesteden aan derden, zoals in dit geval aan leveranciers, en merkt op dat dergelijke overdrachten sinds jaar en dag plaatsvinden. Het CTZ stelt op grond van de wet zonodig informatie te kunnen verzamelen bij derden.

Het CTZ is van mening dat de detaillering van de regelgeving op gespannen voet staat met de gewenste uitvoeringsruimte voor uitvoeringsorganen en hoopt dat met de uitkomsten van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer een extra impuls zal worden gegeven aan vereenvoudiging van wet- en regelgeving op het terrein van de hulpmiddelen.

#### **8.5 Nawoord**

Kennelijk apprecieert de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het in de onderzochte periode 1996 – 1999 bereikte anders dan de Algemene Rekenkamer. De Algemene Rekenkamer wil voorkomen dat zij met de minister raakt in een voor anderen niet te volgen «welles-nietesituatie» over het verleden. De acht punten die de reactie van de minister besluiten zijn van commentaar voorzien en samen opgenomen als bijlage 4.

De Algemene Rekenkamer acht het van meer belang dat haar aanbevelingen en de inmiddels door de minister van VWS in gang gezette wijzigingen en vernieuwingen met elkaar sporen. Het hulpmiddelen-dossier is bij eenheid van opvatting gebaat.

Ten behoeve van de toekomstige ontwikkelingen wijst de Algemene Rekenkamer met nadruk op twee kwesties:

- De Algemene Rekenkamer steunt op grond van haar onderzoek de totstandkoming van een wettelijke regeling op hoofdlijnen. Zij vindt echter dat zo'n regeling niet ingevuld kan worden door de individuele zorgverzekeraars alléén. De visie van groeperingen als patiënten, leveranciers en voorschrijvers moet hierbij betrokken worden. De uitwerking van de regeling op hoofdlijnen kan door het collectief van betrokken veldpartijen omgezet worden in nog op te stellen protocollen en richtlijnen.  
De Algemene Rekenkamer deelt daarbij de mening van het CTZ dat het uitbesteden van taken door ziekenfondsen aan derden *onder voorwaarden* mogelijk is. Ook die voorwaarden – die vooral betrekking hebben op controle en toezicht, maar ook op privacybescherming – moeten onderdeel uitmaken van de wettelijke regeling (op hoofdlijnen) en van de nog op te stellen protocollen en richtlijnen.
- Het ligt voor de hand dat in de komende jaren meer en meer systematisch aandacht wordt besteed aan de invloed van autonome factoren als vergrijzing. Daarnaast moet er rekening gehouden worden met de samenhang en deels samenloop van het extramurale hulpmiddelenbeleid op het terrein van de volksgezondheid met ontwikkelingen op aanverwante beleidsterreinen als de voorzieningen voor gehandicapten.

## Verslag Group Decision Room

### De Group Decision Room

Na afronding van haar onderzoek Hulpmiddelen in de Praktijk, constateerde de Algemene Rekenkamer dat de beleidsvorming, informatievoorziening en verstrekking van de hulpmiddelen op een aantal onderdelen verbeterd zou kunnen worden. Zij heeft haar ideeën daarover voorgelegd in een bijeenkomst met deskundigen uit de sector waarin met behulp van het instrument «Group Decision Room» (GDR) enkele stellingen besproken werden en casussen uitgewerkt zijn. In een GDR-sessie kan een groep deelnemers in een computernetwerk interactief met elkaar discussiëren. De Algemene Rekenkamer heeft vertegenwoordigers uitgenodigd uit alle geledingen van de sector (Ministerie van VWS, CVZ, CTZ, patiëntenorganisaties, voorschrijvers/behandelaars, zorgverzekeraars en leveranciers). Alleen het Ministerie van VWS heeft geen gevolg gegeven aan de uitnodiging.

### Uitgangspunten hulpmiddelenverstrekking

De resultaten uit de GDR-sessie lieten zien dat een meerderheid van de 10 aanwezige deelnemers zich kon vinden in de volgende uitgangspunten voor de hulpmiddelenverstrekking:

- een functionele omschrijving van de verstrekking van hulpmiddelen verdient de voorkeur boven een regeling waarin het aanbod is vastgelegd;
- het Ministerie van VWS dient een regeling op hoofdlijnen op te stellen en de uitwerking ervan overlaten aan het veld;
- protocollering en richtlijnen moeten bepalen welke soorten en aantallen hulpmiddelen worden vergoed;
- CTZ blijft verantwoordelijk voor integrale controle op de rechtmatigheid;
- het CVZ dient zicht te hebben op kosten en volumes per deelmarkt en verwachte veranderingen als gevolg van demografische, medische en technologische ontwikkelingen en de toereikendheid van het aanbod;
- de autonomie van de voorschrijver mag niet ingeperkt worden door de zorgverzekeraar.

### Functionele omschrijving

Loslaten van de Regeling hulpmiddelen en deze vervangen door een regeling waarin een functionele omschrijving het uitgangspunt is (dat wil zeggen de patiënt en diens functiegebrek), zou mogelijk risico's met zich mee kunnen brengen. Het merendeel van de deelnemers aan de GDR-sessie zag echter geen zwaarwegende risico's. Verzekeraars gaven daarentegen wel aan dat onduidelijk zou worden wat hun toetsingscriteria zouden moeten zijn. Ook werd gewezen op het risico op ongelijke behandeling van patiënten en de mogelijkheid van misbruik van hulpmiddelen.

Uit de behandeling van twee casussen (diabeteshulpmiddelen en medische zuurstof) is concreter gebleken hoe de hulpmiddelenverstrekking er, uitgaande van deze functionele omschrijving, uit zou kunnen zien.

### *Verantwoordelijkheidsverdeling*

Voorschrijvers stellen richtlijnen en adviezen voor zorgverlening op. Hierbij houden zij rekening met doelmatig gebruik van bestaande en nieuwe middelen. Zij doen onderzoek en werken zo aan innovaties.

Verantwoordelijk voor de kwaliteit van de producten is in eerste instantie de leverancier. Verzekeraars, CVZ en patiëntenorganisaties zien voor

zichzelf op dit vlak een toezichhoudende en toetsende rol. CVZ toetst eveneens of de toegankelijkheid en doelmatigheid gewaarborgd zijn. Patiëntenorganisaties geven voorlichting en educatie aan patiënten.

Leveranciers voelen zich verantwoordelijk voor de redelijkheid van het prijsniveau. Dit is ook gewaarborgd doordat in een stelsel met vrije marktwerking gewerkt wordt. Verzekeraars voeren vervolgens een toets uit op de kosten. CTZ is er om een toets uit te voeren op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitgaven en verschaft zekerheid over de correcte uitvoering van de regeling.

#### *Informatiebehoeften*

De aanwezigen in de GDR-sessie dachten dat in een nieuwe situatie meer informatie over de volgende aspecten van de hulpmiddelenmarkt gewenst zou zijn:

- productaanbod en verwachte ontwikkelingen daarin;
- prijsafspraken en leveringsvoorwaarden door leveranciers;
- gebruikerservaringen;
- indicaties en aantallen patiënten per gebruikerscategorie;
- beoogd gebruik en budget.

#### *Verantwoording afleggen*

Waar het gaat om de verantwoordingsrelaties gingen de meeste deelnemers uit van de bestaande situatie. Deze behoefte volgens hen weinig aanpassing als uitgegaan zou worden van een regeling die uitgaat van functionele omschrijvingen. De volgende verantwoordingsrelaties zijn omschreven:

- zorgverlener verantwoordt zich aan de verzekeraar over de kwaliteit van de geleverde zorg;
- de verzekeraar verantwoordt zich aan CTZ, financieel en over de uitvoering en prioritering van beleid;
- CTZ verantwoordt zich aan de minister;
- tussen collectieven van verzekerden en verzekeraars zou eveneens verantwoording moeten worden afgelegd;
- leveranciers moeten zich naar de patiënt verantwoorden en de patiënt naar de verzekeraar.

Overigens willen de organisaties wel iets terugdoen voor de aan hen afgelegde verantwoording, bijvoorbeeld:

- verzekeraars willen naar patiënten een consistent en transparant beleid voeren;
- CTZ wil thematisch onderzoek doen, ten behoeve van de zorgverzekeraar.

#### *Controle op een functioneel omschreven aanbod*

Een aantal deelnemers denkt dat de controle niet hoeft te veranderen indien er sprake zou zijn van een functioneel omschreven aanbod. Anderen zijn van mening dat dieper in de sector gecontroleerd zou moeten worden:

- bij de voorschrijvers of de leveranciers zou nagegaan moeten worden of afspraken danwel overeenkomsten zijn nagekomen;
- toetsing van het aanbod door gebruikersorganisaties;
- bij de verzekerde zou moeten worden nagegaan of het voorzieningenniveau adequaat is. Aansluitend hierbij zou de therapietrouw bekeken kunnen worden of dienen periodieke controles door artsen of verpleegkundigen uitgevoerd te worden.

Anderen wijzen er op dat een controle op de financiën (niet overschrijden van het budget) voldoende zou zijn.

### **Reactie VWS**

Door het Ministerie van VWS is schriftelijk gereageerd op het verslag van de GDR-sessie. In deze reactie wordt gewezen op een gemengde werkgroep (ZN, Zorgverzekeraars, CVZ en VWS) die aan het onderzoeken is op welke wijze de huidige regelgeving kan worden gedereguleerd, en waarbij ook de haalbaarheid van functiegerichte omschrijvingen aan de orde komt.

Protocollering en richtlijnen worden in deze reactie wenselijk geacht om indiceerders en verstrekkers van hulpmiddelenzorg van handvatten te voorzien. Resultaten van onderzoek en gebruikerservaringen dienen aan de basis van deze richtlijnen te staan.

Gewezen wordt verder op de nieuwe toezichtswetgeving en de rol van het CVZ bij de verbetering van de informatievoorziening (Monitor Hulpmiddelen) en de recente oprichting van het Hulpmiddelen Informatiecentrum (HIC) (zie ook hoofdstuk 5).

**Onderbouwing schatting financieel belang hulpmiddelen***Ziekenfondswet, extramuraal en intramuraal verstrekking*

De kosten van de extramuraal verstrekte hulpmiddelen zijn opgenomen in de Zorgnota en komen in 1998 op f 1198,2 miljoen (€ 544,6 miljoen) en in 2001 op f 1211,5 miljoen (€ 550,7 miljoen). Deze uitgaven betreffen ook de intramuraal verstrekte hulpmiddelen voor zover deze geen relatie hebben met de indicatie voor opname. In het kader van de discussie over het vanaf 2001 onder de AWBZ brengen van alle medische hulpmiddelen die in verzorgingshuizen worden gebruikt heeft het CVZ een onderzoek onder verzorgingshuizen uitgevoerd. Het CVZ heeft de declaraties van 4 ziekenfondsen geïnventariseerd en de gegevens gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht naar de totale populatie opgehoogd. Volgens het CVZ hebben bewoners van verzorgingshuizen in 1998 medische hulpmiddelen op basis van de Regeling hulpmiddelen gebruikt ter waarde van f 91,359 miljoen (€ 41,5 miljoen). Hoe hoog de kosten liggen van de intramuraal verstrekte hulpmiddelen in andere instellingen is niet bekend.

*Particulier verzekerden*

In de Zorgnota is voor medische hulpmiddelen gefinancierd door particuliere verzekeringen in het jaar 1998 een bedrag opgenomen van f 322,8 miljoen (€ 146,7 miljoen) en voor 2001 f 333,2 miljoen (€ 151,5 miljoen).

*AWBZ*

In de verstrekkingen op basis van de AWBZ kan een onderscheid worden gemaakt tussen:

- hulpmiddelen die worden gebruikt door mensen die intramuraal worden verpleegd of verzorgd en waarvoor het hulpmiddel wel verband heeft met de indicatie,
- hulpmiddelen die worden gebruikt door mensen die kortdurig thuiszorg krijgen.

*AWBZ, intramuraal verstrekking*

Prismant publiceert jaarlijks financiële gegevens (Financiële Statistiek) van alle soorten intramuraal zorginstellingen. In 2000 is statistiek over 1998 gepubliceerd. Hulpmiddelen zijn opgenomen in rubriek 464: «kosten verpleging en verzorging». Daaronder vallen:

- persoonlijke voorzieningen patiënten c.q. bewoners,
- verplaatsingshulpmiddelen,
- incontinentiemateriaal en
- andere kosten verpleging en verzorging.

Dit zijn de *materiële* kosten van verpleging en verzorging. Personele kosten en inwendige medische hulpmiddelen vallen onder andere rubrieken. Tabel B1.1 geeft een overzicht van de kosten van de hulpmiddelen.



**Tabel B1.1 Kosten intramurale verstrekking hulpmiddelen bij instellingen**

TYPE INSTELLING	bedrag x 1000 (tussen haakjes is het bedrag in euro's opgenomen)
Psychiatrische ziekenhuizen	5 1482 (2 340)
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	28 858 (13 117)
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	126 (57)
Medische kindertehuizen	366 (166)
Medische kleuterdagverblijven	1 131 (514)
Gecombineerde verpleeghuizen	41 055 (18 661)
Verpleeghuizen voor psycho-geriatrische patiënten	8 538 (3 881)
Verpleeghuizen voor somatisch zieken	5 407 (2 457)
<b>TOTAAL</b>	<b>90 729 (41 240)</b>

Prismant heeft een respons van 90–95%. Voor instellingen die in een jaar geen respons hebben gegeven maar in het voorafgaande jaar wel, wordt een projectie gemaakt op basis van de gegevens van het voorafgaande jaar. Voor instellingen die in een jaar en in het voorafgaande jaar geen respons hebben gegeven wordt een projectie gemaakt op basis van de grootte van de instelling.

De Algemene Rekenkamer komt tot dit bedrag op basis van gegevens van Prismant. Ook in andere overzichten (bijvoorbeeld: Tweede Kamer, 1999–2000, 24 124, nr. 100) wordt op basis van de gegevens van Prismant een schatting gegeven van de kosten die de medische hulpmiddelen met zich meebrengen. In dit overzicht wordt er echter niet uitgegaan van de f 91 miljoen (€ 41 miljoen) die de Algemene Rekenkamer uit de gegevens van Prismant afleidde maar van f 3,6 miljard (€ 1,6 miljard). Dit enorme verschil kan verklaard worden uit twee factoren:

- de in de opstelling betrokken zorgaanbieders;
- de in de opstelling betrokken hulpmiddelen.

In het genoemde Tweede Kamerstuk worden bijvoorbeeld ook de ziekenhuizen betrokken en worden meer soorten hulpmiddelen meegenomen. Het gaat dan om zaken als verband en gipsverband, de kosten van inwendig te gebruiken hulpmiddelen als hartkleppen en de kosten van instrumentarium en apparatuur. Omdat de registratie van Prismant niet precies overeenstemt met de Regeling hulpmiddelen is er geen eenduidig beeld te geven van de kosten die intramurale instellingen maken voor de hulpmiddelen zoals die in de Regeling zijn opgenomen.

#### *AWBZ, extramurale verstrekking*

De Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT) doet onderzoek naar de kosten die verband houden met de uitleen van artikelen ten behoeve van de verpleging en verzorging aan huis. Dit is inclusief de aanschaf, opslag, onderhoud, vervoer, etc. Het onderzoek zal waarschijnlijk eind 2000 worden afgerond. Het bedrag zal waarschijnlijk uitkomen tussen de f 70 (€ 32) en de f 80 miljoen (€ 36 miljoen). Voor 2001 wordt het midden van deze bedragen gekozen: f 75 miljoen (€ 34 miljoen). Voor 1998 wordt een bedrag geschat van f 70 miljoen (€ 32 miljoen).

#### *WVG*

De gemeenten ontvangen geld voor de uitvoering van de Wet voorzieningen gehandicapten via de Gemeentefonds. Voor de financiële omvang hiervan is het alléén mogelijk een inschatting te geven. De gemeenten

stellen hun eigen pakketten van voorzieningen vast en zijn niet verplicht de uitgaven te verantwoorden over afzonderlijke hulpmiddelen.

Volgens de begroting 2001 van het Ministerie van SZW hebben de gemeenten in 1998 de beschikking over ongeveer f 1,7 miljard (€ 0,8 miljard) voor de voorzieningen gehandicapten, in 2001 is dat f 1,9 miljard (€ 0,9 miljard). Deze begroting geeft ook de «bestedingsrichting» weer van de WVG-middelen in het Gemeentefonds zoals deze in 1998 was. Van het totaal werd 13% uitgegeven voor rolstoelen en 22% voor «wonen», 44% aan vervoer, 19% aan uitvoeringskosten en 2% aan overige.

Onder medische hulpmiddelen in de zin van het onderzoek «Hulpmiddelen in de praktijk» vallen de rolstoelen en een deel van «wonen». Waarschijnlijk gaat het grootste gedeelte van «wonen» naar de aanpassing van woningen (verbouwing van de douche etc.) en resteert zo'n 25% voor medische hulpmiddelen die voor dit onderzoek van belang zijn. Dit wordt dan in totaal:

$13\% + 0,25 \times 22\% \times f\ 1,7\ \text{miljard} = f\ 315\ \text{miljoen (€ 143 miljoen)}$ .

Voor 2001 zouden de kosten (berekend via dezelfde methode) f 350 miljoen zijn (€ 159 miljoen).

#### *Wet REA*

Op grond van de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten kunnen werkgevers een subsidie krijgen in geval van herplaatsing van een werknemer in een andere functie binnen het bedrijf of in het in geval van het aangaan van een dienstbetrekking met een arbeidsgehandicapte. Daarvoor zijn er standaard bedragen per gehandicapte werknemer. De werkgever kan deze subsidie gebruiken voor scholing, training of begeleiding van de arbeidsgehandicapte, voor aanpassingen van de werkplek of de inrichting van het bedrijf, voor bij de arbeid te gebruiken hulpmiddelen of ter bestrijding van kosten van tijdelijk mindere productiviteit van de geplaatste arbeidsgehandicapte. Aan een werkgever wiens kosten hoger zijn dan deze standaard bedragen kan een pakket op maat worden verstrekt. Deze kan bestaan uit een loonkostensubsidie, een trainings- en begeleidingsubsidie, een subsidie voor kosten van scholing en een subsidie voor kosten van aanpassingen van de werkplek en voor kosten van door de werknemer bij de arbeid te gebruiken hulpmiddelen. (bron: Memorie van Toelichting, 9-9-97)

Het is niet mogelijk vast te stellen hoeveel geld uit de Wet REA naar medische hulpmiddelen gaat. Werkgevers zijn niet verplicht de door hen gemaakte kosten te verantwoorden. Gezien de werkingssfeer van de wet, lijkt het er op dat slechts een klein deel van de beschikbare middelen voor medische hulpmiddelen worden gebruikt, uitgegaan wordt hier van 5% van de beschikbare middelen. Het gaat dan om zo'n f 3 miljoen (€ 1,4 miljoen) in 1998 en f 5 miljoen (€ 2,3 miljoen) in 2001.

#### *Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945/Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945*

Op grond van de Wet uitkeringen vervolgingsslachtoffers 1940–1945 en de Wet uitkeringen burgeroorlogsslachtoffers 1940–1945 krijgen vervolgings-slachtoffers of burgeroorlogsslachtoffers een pensioen en/of uitkering. Deze wetten kennen daarnaast (respectievelijk artikel 20 en artikel 32) de mogelijkheid van het toekennen van een tegemoetkoming in kosten van een met ziekte of gebrek verband houdende noodzakelijke voorzieningen. Indien de vervolgdde wegens ziekten of gebreken, welke door of in verband met de vervolging zijn ontstaan of verergerd, geneeskundige behandeling

en verpleging behoeft, worden de daaraan verbonden ten laste van de vervolgte blijvende noodzakelijk kosten, alsmede de daarmee direct verband houdende extra kosten voor noodzakelijke voorzieningen, volledig vergoed. Deze tegemoetkoming wordt slechts verleend voor zover deze niet ten laste kunnen worden gebracht van een ziekenfonds of particuliere verzekering. Hierover wordt geen afzonderlijke verantwoording afgelegd.

#### *Algemene militaire pensioenwet*

In deze wet is opgenomen dat in aanvulling op de bij of krachtens de Algemene arbeidsongeschiktheidswet, de Wet voorzieningen gehandicapten of de Algemene wet bijzondere ziektekosten, regels gesteld kunnen worden op grond waarvan militairen of gewezen militairen een vergoeding kunnen krijgen voor geneeskundige behandeling en verzorging. Onduidelijk welk bedrag precies gemeoid is met medische hulpmiddelen.

#### *Samenvatting*

Tabel B1.2 geeft een overzicht van de kosten die de medische hulpmiddelen naar schatting met zich hebben meegebracht in 1998 en 2001.

**Tabel B1.2. Overzicht van kosten gemeoid met de verstrekking van medische hulpmiddelen**

	Bedragen in gulden in 1998	Bedragen in euro's in 1998	Bedragen in gulden in 2001	Bedragen in euro's in 2001
Ziekenfondswet	1 198	545	1 212	551
Particuliere verzekeringen	323	147	333	152
AWBZ	161	73	166	75
WVG	315	143	350	159
Wet REA	3	1	5	2
Andere wetgeving	pm	pm	pm	pm
<b>TOTAAL</b>	<b>2000</b>	<b>909</b>	<b>2 066</b>	<b>939</b>

**Onderzoek bij de zorgverzekeraars****A. SELECTIE VAN ZORGVERZEKERAARS**

Bij het onderzoek *Hulpmiddelenbeleid in de praktijk* zijn vijf zorgverzekeraars betrokken. De selectie van deze verzekeraars is gebaseerd op een aantal, vooraf opgestelde, criteria zoals voldoende spreiding in grootte, geografische spreiding, participatie in ander Algemene Rekenkamer onderzoek (voorkómen van overbelasting) en niet betrokken zijn in fusieproces.

Alle zorgverzekeraars zijn aan te merken als ziekenfondsen, maar bieden daarnaast ook particuliere polissen aan. De zorgverzekeraars hebben anoniem aan het onderzoek deelgenomen.

**B. SELECTIE VAN HULPMIDDELENDEELMARKTEN**

Voor de selectie van hulpmiddelendeelmarkten is gebruik gemaakt van onderzoeken van SEO<sup>12</sup> en Seygraaf<sup>13</sup>. Deze onderzoeken hebben betrekking op 19 deelmarkten. De uitgaven aan hulpmiddelen, die tot deze deelmarkten zijn gerekend, bedroegen in 1999 voor ziekenfondsverzekerden f 1057 miljoen (€ 480 miljoen), gecorrigeerd voor overlap. Dit is ongeveer 85% is van de totale ZFW-gerelateerde uitgaven voor hulpmiddelen.

Op basis van een vergelijking op vier aspecten, te weten: financieel belang per deelmarkt, gemiddelde procentuele groei van de – ZFW-gerelateerde – uitgaven in de jaren 1996–1999, het (geschatte) aantal gebruikers en complexiteit van de regelgeving is een eerste selectie gemaakt. Met een volgende stap is uiteindelijk een selectie aan deelmarkten tot stand gekomen die een zo breed mogelijk spectrum van produkt- en gebruiksvormen bestreek.

Uiteindelijk heeft dit geleid tot de selectie van de onderstaande vier deelmarkten, die een gezamenlijk financieel belang vertegenwoordigen van f 404 miljoen (€ 183 miljoen) ofwel 38% van alle uitgaven voor hulpmiddelen onder de Ziekenfondswet:

- Hoortoestellen
- Incontinentie-absorptiematerialen
- Diabeteshulpmiddelen en
- Hulpmiddelen voor de mobiliteit.

**C. GEGEVENSVERZAMELING**

Bij de geselecteerde ziektekostenverzekeraars zijn gegevens verzameld die inzicht moeten bieden in de wijze waarop verzekeraars uitvoering hebben gegeven aan de wettelijke regelingen. Om zicht te krijgen op veranderingen in de uitvoeringspraktijk (t.g.v. wetswijzigingen en beleidsmaatregelen), is de factor tijd expliciet in het onderzoek meegenomen. Over de volgende tijdvakken zijn gegevens verzameld:

- *de maanden juni en december 1997*
- *de maanden juni en december 1999*

In totaal zijn 200 dossiers per deelmarkt geselecteerd. Voor de vier deelmarkten samen bleken uiteindelijk 280 dossiers bruikbaar voor verdere analyse. Dossiers over de periode 1997 bleken minder makkelijk toegankelijk dan dossiers over 1999. Om redenen van doelmatigheid is afgezien van kostbare acties om ontbrekende dossiers over 1997 alsnog te achterhalen. In enkele gevallen bleken dossiers zoekgeraakt te zijn. De

<sup>12</sup> «Het blijft behelpen. Deel 10. De markt van medische hulpmiddelen, een overzicht». SEO, november 1998.

<sup>13</sup> «Quick scan medische hulpmiddelen» (10 delen). Seygraaf BV, juni 1999.

bruikbare dossiers hadden betrekking op slechts twee deelmarkten, de gehoorhulpmiddelen en de hulpmiddelen voor mobiliteit. De opzet van het dossieronderzoek bleek niet uitvoerbaar voor de deelmarkten diabetestestmateriaal en incontinentie-absorptiemateriaal, omdat bij de zorgverzekeraars onvoldoende informatie beschikbaar was om de checklisten in te vullen.

## D. DE RESULTATEN

### 1. *Deelmarkt gehoorhulpmiddelen*

Het dossieronderzoek naar de deelmarkt gehoorhulpmiddelen (financieel belang ZFW in 1999: f 124,5 miljoen, € 56,6 miljoen) leverde de volgende resultaten op:

- Slechts in 23 van 153 onderzochte dossiers (15%) bleek volledig aan de normen die de Regeling stelde te zijn voldaan;
- Van de 23 als «goed» beoordeelde dossiers, bleken er 19 betrekking te hebben op verschaffing van oorstukjes in 1997. Hieraan waren op dat moment geen specifieke voorwaarden gesteld;
- De hierboven genoemde 19 dossiers buiten beschouwing latend, bleek slechts in 3% van de gevallen de Regeling volledig te zijn nageleefd.

Een verdere beschouwing van de verschillende normen die de regeling voor gehoorhulpmiddelen stelt leverde het volgende beeld op:

- In 49% van de gevallen ontbreekt bij de aanvraag van een hoortoestel de vereiste schriftelijke toelichting van de KNO-arts, of voldoet deze niet;
- In zeer veel gevallen (83%) is hierbij ook niet aangegeven of is onduidelijk of een normale of bijzondere uitvoering nodig is;
- Of de wettelijke vervangingstermijn wordt nageleefd is bij de termijn van 5 jaar in 90% van de gevallen onduidelijk. Ten tijde van een geldende termijn van 7 jaar is dit in 23% van de gevallen niet gebeurd en voor de overige 77% onduidelijk;
- In 58% van de gevallen ontbreekt ook bij de aanvraag van een ringleiding de vereiste schriftelijke toelichting van de KNO-arts.

### 2. *Hulpmiddelen voor de mobiliteit*

Het dossieronderzoek naar de deelmarkt hulpmiddelen voor de mobiliteit (financieel belang ZFW in 1999: f 26,0 miljoen, € 11,8 miljoen) leverde het volgende resultaat op:

- Voor slechts 6 van de 127 geanalyseerde verstrekkingen (5%) werd volledig aan de normen van de regeling voldaan.

In de Regeling voor loophulpmiddelen gelden relatief veel normen en is de Regeling vanaf (april) 1999 nog stringenter geworden.

Een verdere beschouwing van de verschillende normen die regeling voor hulpmiddelen voor de mobiliteit stelt leverde het volgende beeld op:

- In 81% van de onderzochte dossiers ontbrak de informatie dat verzekerde langdurig op het hulpmiddel aangewezen is, voorts was dit bij 13% onduidelijk;
- In 52% (dossiers 1997) respectievelijk 55% (dossiers 1999) van de dossiers was onduidelijk of de indicatie overeenkwam met de daaraan te stellen eis dat sprake moet zijn van functiestoornissen in de onderste extremiteiten (1997), danwel stoornissen in het uithoudingsvermogen, of lichamelijke zwakte en/of evenwichtsstoornissen (toegevoegd in 1999);
- De vereiste schriftelijke toelichting van de arts ontbrak 49 keer (42%) en 17 keer (15%) was deze onduidelijk.

### *3. Incontinentie-absorptiematerialen en diabeteshulpmiddelen*

In de dossiers bij de zorgverzekeraars bleek slechts summiere informatie beschikbaar. Reden hiervoor was dat bij deze zogeheten bulkmarkten in bulkfacturen wordt afgerekend door de leveranciers. Deze facturen bevatten slechts summiere informatie per verzekerde en onvoldoende om naleving van de regeling te toetsen in de gekozen onderzoeksopzet.

Het onderzoek naar de deelmarkten incontinentie-absorptiematerialen en diabeteshulpmiddelen (gezamenlijk financieel belang ZFW in 1999: f 253,6 miljoen, € 115,3 miljoen) heeft zich beperkt tot een beschrijving van de praktijksituatie en leverde de volgende resultaten op:

- In de praktijk blijken voor dit type verstrekkingen vanwege het chronische karakter van de kwaal slechts eenmalige machtigingen te worden afgegeven, onder meer uit doelmatigheidsoverwegingen. Bij een verandering in de aard van de klachten volgt wel een nieuwe machtigingsprocedure;
- Bewaking van het genormeerde gebruik is na de wijziging van de Regeling per 1 april 1999 in veel gevallen overgedragen aan de leveranciers op basis van door leveranciers op te stellen verzorgingsplannen;
- Naleving van de regeling wordt door zorgverzekeraars steekproefsgewijs danwel gericht getoets op basis van genoemde verzorgingsplannen. Dit is in de overeenkomsten tussen verzekeraar en leverancier vastgelegd;
- Bij één verzekeraar werd het geautomatiseerde systeem aangepast en daar wordt nog wel zelf deze toets op het genormde gebruik uitgevoerd;
- Omdat geen patiëntendossiers beschikbaar zijn met gegevens over dit type verstrekkingen kan niet worden nagegaan of aan vereisten zoals «bekkenbodetraining» of «blaastraining» voorafgaand aan een verstrekking voor incontinentie-absorptiematerialen is voldaan. Grosso modo geldt hetzelfde voor diabetestestmaterialen, voor bijvoorbeeld een eis als «uitbehandeld zijn met orale bloedsuikervervangende middelen».

Uit de door de verzekeraars beschreven wijze waarop deze hulpmiddelen doorgaans worden verstrekt wordt door de Algemene Rekenkamer geconcludeerd dat onzekerheid bestaat of de Regeling in zijn geheel wordt nageleefd. Dit is voor een deel toe te schrijven aan het beleid om behandeling van de aanvraag en controle op het gebruik van deze hulpmiddelen over te dragen aan leveranciers in kwestie. Overigens werd door voorschrijvers nog gewezen op het aspect van de privacy-bescherming. Het medisch beroepsgeheim dat voor specialisten geldt wordt in de beschreven praktijksituatie door andere actoren niet of onvoldoende gerespecteerd.

**Negen punten uit de reactie minister van VWS**

In haar reactie van 14 oktober 2001 gaat de minister van VWS in op de conclusies van de Algemene Rekenkamer om haar eigen slotopmerking, dat zij het conceptrapport onvolledig en onvoldragen acht, te onderbouwen. Zij merkte op dat:

- in de conclusies niet is opgenomen dat deze de periode 1996–1999 betroffen waardoor beleidsinspanningen uit hun historische context zijn gehaald;

*Algemene Rekenkamer:*

Ten einde de minister tegemoet te komen is paragraaf 2.2 toegevoegd. Tevens is in hoofdstuk 5 uitgebreider aandacht besteed aan het na afloop van de onderzoeksperiode gevoerde beleid.

Het dossieronderzoek bij de ziekenfondsen naar de hulpmiddelen incontinentie-absorptiematerialen, diabeteshulpmiddelen, gehoorhulpmiddelen en hulpmiddelen voor de mobiliteit betreft uitsluitend de periode 1996–1999.

- zij nooit heeft nagestreefd een integraal hulpmiddelenbeleid te voeren ten aanzien van de Ziekenfondswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en de Wet (re)integratie arbeidsgehandicapten omdat zij alleen verantwoordelijk is voor de Ziekenfondswet. De minister acht het daarbij onvoldoende duidelijk wat verstaan moet worden onder «integraal hulpmiddelenbeleid». Ook is het geen doel van de minister geweest om voor samenhang van het hulpmiddelenbeleid te zorgen met andere zorgsectoren, departementen of intramurale voorzieningen.

*Algemene Rekenkamer:*

Het gebruik van de term «integraal beleid» heeft niet alleen met de minister tot een misverstand geleid.

Integraliteit is in dit rapport gebruikt voor de afstemming tussen de doelen, tussendoelen en beleidsinstrumenten binnen het extramurale hulpmiddelenbeleid op grond van de Ziekenfondswet. Dit is inmiddels verduidelijkt in het rapport (paragraaf 3.1.1.).

- het door de Algemene Rekenkamer geformuleerde hoofddoel van het beleid onjuist was. Het doel van de minister was in de periode 1996–1999 het bereiken van uitgavenbeheersing zonder pakketbeperking. Pas vanaf begin 2000 gold het door de Algemene Rekenkamer geformuleerde hoofddoel van het beleid.

*Algemene Rekenkamer:*

De Rekenkamer is haar onderzoek zoals gebruikelijk gestart met een reconstructie van het beleid van de minister van VWS op het gebied van de extramurale hulpmiddelen. Omdat deze reconstructie nogal wat interpretatie vereiste van de kant van de Rekenkamer, is besloten tot het voeren van een overleg over deze reconstructie van de beleidsdoelen en instrumenten met ambtenaren van het Ministerie van VWS. Destijds is overeenstemming bereikt over de door de Rekenkamer opgestelde doelenboom (ook) voor de onderzochte periode 1996 – 1999 (paragraaf 3.1.3, figuur 3.1).

- de detaillering van de Regeling hulpmiddelen destijds heeft plaatsgevonden op verzoek van de zorgverzekeraars (de uitvoerders van de regeling) om een meer doelmatige uitvoering te kunnen bewerkstel-

ligen en in overeenstemming was met de wens van de Tweede Kamer om te komen tot kostenbeheersing en in overeenstemming was met het beleid zoals dat gevoerd werd ten aanzien van het geneesmiddelenbeleid.

*Algemene Rekenkamer:*

De minister verklaart daarmee de bron van de detaillering, niet de effecten ervan.

De kwaliteit van wet- en regelgeving die tot stand komt, is de verantwoordelijkheid van de minister en derhalve is zij ook de enige die hierop aan te spreken valt.

- zij de conclusie van de Algemene Rekenkamer niet deelt dat met een gedetailleerde regeling slecht kan worden ingespeeld op medische en technologische ontwikkelingen. De minister heeft na 1996 de Regeling hulpmiddelen diverse malen gemoderniseerd.

*Algemene Rekenkamer:*

De Algemene Rekenkamer wilde betogen dat er niet goed kan worden ingespeeld op technologische ontwikkelingen omdat de Regeling het **aanbod** aan hulpmiddelen omschrijft. Als het aanbod wijzigt (bijvoorbeeld ten gevolge van technologische veranderingen) moet de Regeling worden aangepast. Dat lijkt niet efficiënt. De minister verklaart dat de Regeling altijd kan worden aangepast aan nieuwe ontwikkelingen. Dit heeft echter wel gevolgen voor de uitvoerders van de Regeling (de verzekeraars). Zij hebben aangegeven dat ten gevolge van de telkens wijzigende regelgeving zij voor extra kosten komen te staan in verband met het steeds moeten aanpassen van hun geautomatiseerde administratie.

- zij de mening van het CTZ deelt dat toezicht op de rechtmatigheid van de uitgaven mogelijk blijft in een situatie dat de ziekenfondsen taken delegeren aan leveranciers. Zij vindt echter dat de zorgverzekeraars het doelmatigheidsaspect in het verleden onvoldoende hebben opgepakt. Daarom heeft de minister medio 2000 een convenant gesloten met de zorgverzekeraars om tot een doelmatiger uitvoering van de hulpmiddelenzorg te komen.

*Algemene Rekenkamer:*

Het CTZ heeft geen wettelijke (in de Ziekenfondswet of elders vastgelegde) controlebevoegdheden bij de leveranciers. Wel zijn er overeenkomsten gesloten tussen de ziekenfondsen en zorgaanbieders waarin de ziekenfondsen deze controles kunnen uitvoeren. Het is de vraag of CTZ op basis van deze overeenkomsten in staat is om vast te stellen of de verstrekking van hulpmiddelen bij uitbesteding van toewijzings- en controletaken aan leveranciers wel rechtmatig geschiedt. Het CTZ heeft in haar jaarverslag over 2000 zelf aangegeven van mening te zijn dat de controlewerkzaamheden door de ziekenfondsen meer structureel dienen te worden opgepakt.

Het CTZ kon ten tijde van het onderzoek van de Algemene Rekenkamer geen inzicht geven in de rechtmatigheid van de verstrekking van hulpmiddelen over de door de Algemene Rekenkamer onderzochte periode. Het CTZ was ten tijde van het onderzoek nog bezig met de ontwikkeling van de protocol rechtmatigheid, dat nog in een «pilotfase» verkeerde.



Dat het huidige wettelijke kader geen expliciete regels aan het overdragen door ziekenfondsen van wettelijke taken stelt, maar zich er ook niet tegen verzet, is voor het CTZ voldoende grond om met een dergelijke handelwijze accoord te gaan. Het CTZ stelt op grond van de wet zo nodig informatie op te kunnen halen bij derden als ware het een ziekenfonds. Het ontbreekt volgens de Algemene Rekenkamer aan de daartoe benodigde wettelijke kaders waarbij expliciete regels worden gesteld aan overdracht van taken en verantwoordelijkheden door de wettelijk aangewezen ziekenfondsen aan leveranciers of zorgaanbieders. Het CTZ stelt dat zij informatie bij derden op kan halen, maar geeft niet aan een dergelijke controle ooit te hebben uitgevoerd.

- zij de mening van de Algemene Rekenkamer niet deelt dat het in het hulpmiddelenbeleid ontbreekt aan een visie op toekomstige ontwikkelingen. De lange termijn visie betreft de doelstellingen: een voor iedereen adequate hulpmiddelenvoorziening in stand te houden en kostenbeheersing.

*Algemene Rekenkamer:*

Bij deze formulering blijft wat de Rekenkamer betreft te impliciet de mate waarin de minister de autonome ontwikkelingen van bijvoorbeeld de **vraag** (vergrijzing) in de uitwerking van haar beleid een plaats gaat geven.

- in de periode 1996–1999 alleen voldoende onderbouwde beleidsmaatregelen tot uitvoering zijn gebracht. Andere voorstellen zijn pas na 1999, nadat voldoende onderbouwing mogelijk was, in uitvoering gebracht. In overleg met de Tweede Kamer is besloten om sommige voorstellen niet uit te voeren en de daadwerkelijk tot uitvoering gebrachte voorstellen hebben inmiddels hun vruchten afgeworpen.
- de meest ingrijpende maatregel, de aanpassing van de Regeling hulpmiddelen per 1 april 1999, de sterke uitgavengroei significant heeft afgeremd. Meerdere evaluaties van het CVZ hebben aangetoond dat deze maatregel geen noemenswaardige problemen voor de ziekenfondsverzekerden heeft opgeleverd.

*Algemene Rekenkamer:*

De Rekenkamer doelde op de maatregelen die genomen zouden worden om de financiële taakstellingen te realiseren. Slechts een deel daarvan is tot uitvoering gekomen. De minister ontkent dit niet maar draagt hiervoor redenen aan, te weten de voorstellen waren onvoldoende onderbouwd of het was de wens van de Tweede Kamer om de maatregelen niet in uitvoering te nemen. Deze redenen staan echter los van de opmerking van de Rekenkamer dat onvoldoende beleidsinformatie beschikbaar was om de voorgestelde beleidsmaatregelen te onderbouwen.

Er is sprake van een afvlakking van de kostenstijging waar de minister aanvankelijk (1996) nog had ingezet op een kostendaling. In de bijgaande tabel is opgenomen wanneer de taakstellingen precies zijn geformuleerd en wanneer deze weer zijn bijgesteld.

**Overzicht financiële taakstellingen van het kostenbeheersingstraject voor het hulpmiddelenbeleid in de periode 1996–2000**

Datum taakstelling	Beoogd Realisatiejaar	Taakstelling
juni 1996	structureel	f 200 miljoen
juli 1996	1996 1997	f 100 miljoen f 200 miljoen (structureel)
dec. 1996	1996 1997 1998	f 100 miljoen f 150 miljoen f 200 miljoen (structureel)
nov. 1997	1996 1997 1998	f 0 f 50 miljoen f 200 miljoen (structureel)
mei 1998	1998 1999	f 100 miljoen f 150 miljoen (structureel)
sept. 1999	oplopend in 2001 tot	f 75 miljoen (structureel)

Kostenbeheersing is in zoverre bereikt dat er sprake is van een afvlakking van de uitgavengroei in 1999. Of deze afvlakking toe te schrijven is aan het beleid van de minister is niet duidelijk omdat daar onvoldoende beleidsinformatie over is. De monitor Hulpmiddelen geeft nog de meeste informatie maar kan geen uitsluitsel geven over de vraag of de afvlakking van de groei toe te schrijven is aan een beheersing van het volumeniveau of van een beheersing van het prijsniveau. Als de minister kan aantonen dat de afvlakking van de kostengroei samenhangt met een afvlakking van de groei van het volume, dan kan gesteld worden dat het beleid van de minister een succes is. Als de afvlakking voortkomt uit een beheerste groei van de prijzen dan kan het succes worden toegeschreven aan de ziekenfondsen die een succesvol prijsbeleid hebben gevoerd. Omdat zowel prijs- als volumegegevens ontbreken, kan het succes niet zonder meer aan het gevoerde beleid worden toegeschreven.

Of er sprake is van een adequaat voorzieningenniveau is eveneens niet duidelijk. Immers, het begrip is niet uitgewerkt zodat onbekend is wanneer dit doel bereikt zal worden. Er is in de afgelopen jaren geen vooruitgang geboekt met het uitwerken van dit begrip. Het ontbreken van het noemen van problemen voor de ziekenfondsverzekerden is voor «adequaats» wellicht een aanwijzing, maar vormt op zich onvoldoende bewijs voor de vaststelling van recht- en doelmatigheid van het voorzieningenniveau.