

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 248

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 januari 2009

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 3 december 2008 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 mei 2008 over de reactie op het NPCF-rapport over de uitgifte van hulpmiddelen (29 689, nr. 189);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 november 2008 over het Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg (29 689, nr. 226);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 november 2008 over de toezeggingen m.b.t. hulpmiddelen (29 689, nr. 227).**

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

Voorzitter: Smeets
Griffier: Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouweland (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

De **voorzitter**: Ik open de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op de agenda van dit algemeen overleg staat het hulpmiddelenbeleid met drie brieven van de minister. Ik heet de minister van harte welkom, evenals zijn ambtenaren, het publiek en de geachte afgevaardigden. De heer De Vries zal de zaal verlaten op het moment dat de woordvoerder op dit onderdeel, mevrouw Willemse, binnenkomt. Zij zit op dit moment in de plenaire vergadering. Wij zullen dat afwachten. De spreektijd is zes minuten per fractie.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Voor de SP-fractie is de functionele omschrijving van waar het kabinet naartoe wil het centrale onderwerp bij dit overleg over het hulpmiddelenbeleid. De SP-fractie heeft daarbij de nodige vraagtekens. Cruciaal voor ons is de vraag of de patiënt straks nog wel het hulpmiddel krijgt dat hij nodig heeft. Dreigt dit toch weer een bezuinigingsmaatregel te worden? In de begroting zien wij een bezuiniging ingeboekt van ruim 22 mln. en wij vragen ons af hoe dat in de

toekomst verder gaat. Hoe garandeert de minister dat de mensen niet de dupe worden van die bezuiniging en van die functionele omschrijving? Het gaat immers om voor mensen onmisbare voorzieningen om een normaal leven kunnen leiden.

Het kabinet onderbouwt de functionele omschrijving met het argument dat er dan meer zorg op maat kan worden geleverd en er meer ruimte is voor innovatie. De zorgverzekeraars zijn daar ook voorstander van. Ik citeer de zorgverzekeraars ...«De ruimte die wordt geboden door functiegerichte aanspraak past bij de marktwerking in het nieuwe zorgstelsel en het streven van de zorgverzekeraars om te sturen op kwaliteit en doelmatigheid ...» Dat laatste begrip, «doelmatigheid» kan wellicht worden vervangen door «bezuinigingen» of door «zo goedkoop mogelijk». Het is maar hoe je het bekijkt. De SP bekijkt dit in ieder geval met argusogen. Ik noem een aantal nadelen van de functionele omschrijving. Ten eerste wordt het recht op zorg minder duidelijk. Voor welk hulpmiddel komt men wel of niet in aanmerking? Ten tweede neemt het zicht op kwaliteit voor de patiënten af. Ten derde neemt de bureaucratie toe als gevolg van een grotere administratieve belasting. Hoe denkt de minister te voorkomen dat deze drie genoemde nadelen zich voordoen? De functionele omschrijving moet de keuzemogelijkheden voor de patiënten vergroten, maar is het niet de praktijk van alledag dat patiënten zich graag laten adviseren door hulverleners in wat voor hen het beste is?

De heer **Jan de Vries** (CDA): Ik schrik opnieuw van het negatieve wereldbeeld van de heer Van Gerven. Hij heeft weinig vertrouwen in de zorgvragers en weinig vertrouwen in de mensen die de zorgvragers adviseren. Is het niet zo dat de zorgvragers met de patiënten- en cliëntenorganisaties juist gevraagd hebben om die functionele omschrijving? Die komt immers beter tegemoet aan hun wensen. Is de SP daar niet gevoelig voor of blijft zij liever steken in oude en vastgeroeste systemen?

De heer **Van Gerven** (SP): De SP is altijd voor oude systemen die goed zijn. U weet dat wij op een aantal vlakken soms conservatief zijn, vasthoudend en behoudend, omdat wij een bepaald systeem goed vinden. Ik heb aangegeven wat voor ons de knelpunten en risico's zijn van de functionele omschrijving en waar wij vraagtekens bij plaatsen. Daarbij gaat het om het recht op zorg, de mogelijke toename van de bureaucratie en de onduidelijkheid die kan ontstaan. Ik weet heel goed dat patiëntenorganisaties en allerlei adviesorganen positief staan tegenover de functionele omschrijving. Ik ben daar niet blind voor, maar ik wijs wel op de risico's. Wij weten allemaal dat er voortdurend wordt gediscussieerd over financiën. Wij zijn erg bang dat het recht op zorg, dat bij hulpmiddelen vrij nauwkeurig is omschreven, zodanig wordt veralgemeniseerd dat het onduidelijk wordt waar men al dan niet recht op heeft.

De heer **Jan de Vries** (CDA): Begrijp ik goed dat de SP-fractie ook voordelen ziet en uiteindelijk bereid is om zich te laten overtuigen van de wenselijkheid van dit nieuwe systeem?

De heer **Van Gerven** (SP): Wij zeggen niet categorisch «nee». Wij hebben een aantal punten neergelegd waarover wij ons zorgen maken. Een praktijkvoorbeeld is de elastische kous, waarvoor de functiegerichte omschrijving geldt. Op dit moment wordt 20% verstrekt op indicatie en 80% via een vaste prijs die is bedongen door de zorgverzekeraar. De bandagist moet leveren, ongeacht welke therapeutische kous hij verstrekt. Dat kan aan de ene kant leiden tot een zekere risicoselectie waarbij de bandagist bepaalde patiënten liever niet behandelt, omdat hij daarmee niet uitkomt. Aan de andere kant kan hij een te goedkope kous verstrekken, omdat hij anders geen marge heeft om zijn onkosten te dekken. Is het in dit geval niet beter om op indicatie te blijven verstrekken?

Hiermee is het recht van de patiënt op een goede steunkous immers geborgd.

Wij zouden graag zien dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een hulpmiddelengids maakt zoals bij het Farmacotherapeutisch Kompas. Het Farmacotherapeutisch Kompas is een echt kompas voor hulpverleners en patiënten. Voor hulpmiddelen mag een onafhankelijk kompas dat aangeeft welke hulpmiddelen wel of niet goed zijn, niet ontbreken. Op deze wijze kan het recht op hulpmiddelen voor patiënten goed worden geborgd. Ik hoor graag de reactie van de minister hierop.

De kwaliteit van de hulpmiddelen staat onder druk, omdat het Kwaliteits- en Bruikbaarheidsonderzoek Hulpmiddelen, het KBOH, per 1 januari is opgegaan in Vilans. Per 1 mei is Vilans gestopt met de GQ-keuringen. Vilans zegt namelijk geen geld te hebben voor de ontwikkeling en het onderhoud van dit keurmerk dat laat zien dat importeurs en fabrikanten oog hebben voor kwaliteit en bruikbaarheid. Nu blijft alleen het CE-keurmerk over, dat iedere fabrikant op zijn product kan plakken totdat de schade is bewezen. Wat vindt de minister van deze ontwikkeling en hoe garandeert hij in de toekomst de kwaliteit van de hulpmiddelen?

De prijzen vormen een groot probleem. Het is onrechtvaardig dat je voor hoortoestellen meer moet betalen naarmate je gehoorstoornis toeneemt, in tegenstelling tot bij een visiestoornis. Is de minister bereid de eigen bijdragesystematiek aan te passen? Wat kan en wil hij doen aan de prijsstelling van de hoorapparaten? Hetzelfde toestel kost bij de ene leverancier € 1375 en bij de andere € 2295. Die extra € 1000 moeten de patiënten of de verzekeraar opbrengen. Is de minister op de hoogte van dergelijke zaken en mogelijke prijsafspraken? Deze verschillen zijn niet aanvaardbaar. Moet daarin niet regulerend worden opgetreden?

Hoe zit het met reclame voor hulpmiddelen? Daarvoor is in feite niets geregeld. Producenten kunnen ongestraft patiënten benaderen. De glucosesensoren van Medtronic zijn daarvan een goed voorbeeld. Moeten wij dit eigenlijk niet verbieden? De ontwikkelingen rond die continue glucosemonitor zijn eigenlijk niet gezond of fris te noemen. Moet hier geen verbod op komen, net als bij geneesmiddelen het geval is?

Tot slot heb ik nog enkele praktische punten. De financiering van hulpmiddelen thuis valt onder de medisch specialistische zorg, zoals het geval is bij de vacuümtherapie. Die zorg is geen onderdeel van de dbc-bekostiging, maar hoe kunnen deze hulpmiddelen dan wel worden bekostigd? De ziekenhuizen stellen voor een aparte lijst te gebruiken, maar het is de vraag of de minister dit voorstel wil overnemen. Dan is er een probleem met de hulpmiddelenverstrekking via de apotheek die gekoppeld is aan de medicijnverstrekking. De verzekeraars kopen die hulpmiddelen in toeneemende mate los van de apotheek in. Is dit wenselijk en wil de minister hierover afspraken maken waardoor de koppeling met de apotheek in stand blijft?

Als laatste wil ik graag weten of de minister bereid is, het idee van een innovatiefonds voor nieuwe en veelbelovende hulpmiddelen over te nemen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. De VVD vindt het heel goed dat de hulpmiddelen op basis van functiebeperking worden omschreven. Dat is een functiegerichte benadering. Zoals u weet pleit de VVD daar al heel lang voor. Mevrouw Schippers heeft daartoe al de nodige moties ingediend, wat volgens mij mede aanleiding is geweest voor wat nu is ingezet. Eigenlijk is dit in de praktijk nu al het geval bij de Wmo. Het compensatiebeginsel is in feite een functiegerichte benadering. Wanneer je volgens de Wmo zelf mag kiezen wat je doet en je krijgt daarvoor compensatie, dan ben je eigenlijk functiegericht bezig. Je hebt een probleem, je bepaalt zelf wat de oplossing is en krijgt daarvoor compensatie. Waar wij nu mee bezig zijn, is dus helemaal zo gek nog niet. Desondanks heb ik een aantal vragen over wat nu voorligt.

De heer **Van Gerven** (SP): U haalt terecht de Wmo aan, waarbij het recht op zorg is vervangen door het compensatiebeginsel. U legt daarmee de vinger op de zere plek, want het recht op zorg is daarbij minder geborgd. Is dit niet een reëel risico? Hoe ziet u dat?

De heer **Zijlstra** (VVD): Wij vinden het een goede zaak dat de patiënt met dit beginsel centraal wordt gezet. Hij mag afwijken van wat het zorgpakket standaard aanbiedt en kiezen voor een oplossing die beter aansluit bij zijn situatie. De Wmo is juist een prachtig voorbeeld van het centraal stellen van de wens van de patiënt boven wat overheid in theorie heeft uitgedacht. Dat is het mooie van de Wmo en dat is het mooie van een functiegerichte benadering.

De heer **Van Gerven** (SP): Hebt u dan niet geconstateerd dat door de Wmo het niveau aan zorg minder is geborgd en is gedaald?

De **voorzitter**: Ik onderbreek de heer Van Gerven. Het gaat hier niet over de Wmo maar over hulpmiddelen. U moet uw vraag toespitsen op de brieven en de agendering van vandaag.

De heer **Van Gerven** (SP): Wij hebben dankzij de Wmo ervaring met het compensatiebeginsel. De ervaring met de functiegerichte omschrijving bij de hulpmiddelen is nog beperkt. Ik heb het voorbeeld genoemd van de therapeutische elastische kous, waaraan risico's verbonden zijn, maar de tijd is nog te kort om te zien hoe dat in de praktijk uitpakt. Is de heer Zijlstra niet bang dat het basisniveau van het recht op zorg onvoldoende gegarandeerd wordt met de functiegerichte omschrijving? Het compensatiebeginsel is immers rekbaar.

De heer **Zijlstra** (VVD): Nee, daar ben ik niet bang voor. Bij de Wmo spelen andere zaken. Daar speelt dat gemeenten niet alle middelen hebben aangewend om de mogelijkheden die de Wmo biedt volledig te benutten. Dat zijn heel andere problemen. Het kernpunt waar de Wmo op drijft, daarover gaat het ook hier, is het centraal stellen van wat de patiënt wil. Dat komt niet altijd overeen met wat wij in Den Haag of vanuit ivorens torens hebben bedacht. De patiënt heeft soms ingenieuze oplossingen voor zichzelf bedacht die beter passen in zijn persoonlijke situatie. Het centraal stellen van de patiënt is voor ons de crux van de Wmo. Wij vinden dat ook de crux van de functiegerichte omschrijving en zijn van mening dat het een heel goed uitgangspunt is. De SP is een meester in het aandragen van voorbeelden waar het net niet goed is gegaan, maar wij vinden dit als leidend principe een goede zaak. Wij hebben nog wel een aantal vragen, bijvoorbeeld over het terugbrengen van het aantal loketten, om het maar zo te omschrijven. Er komt een onderscheid tussen gezondheid- en welzijnsgerelateerde hulpmiddelen, waarbij nog een nader onderscheid wordt gemaakt tussen medische en chronische zorg, die beide gezondheidsgelateerd zijn, en welzijnsgerichte zorg. Laat ik vooropstellen dat dit een verbetering is. De VVD vraagt zich echter af of dit voor de gemiddelde consument voldoende helder is. Als voorbeeld noem ik alarmeringsapparatuur. Dat is een medisch hulpmiddel bij hartkwalen, want dan moet je snel hulp kunnen inroepen. Er zijn ook mensen die alarmeringsapparatuur aanschaffen omdat zij last hebben van angstpsychosen. Dan valt het onder de categorie welzijnsgerelateerde hulpmiddelen. Dit toont volgens mij aan dat dit onderscheid moeilijk te maken is. Daarnaast hebben welzijnsgrondslagen dikwijls een diepere medische oorzaak. Dementie brengt allerlei welzijnszaken met zich, maar die hebben uiteindelijk een medische oorzaak. Bij het bewegingsapparaat is het mogelijk om welzijnszaken in te brengen omdat mensen daardoor een betere kwaliteit van leven krijgen, maar het probleem is uiteindelijk terug te voeren op een medische oorzaak. In

hoeverre is dit onderscheid in de praktijk een helder onderscheid voor de gebruiker? Is het niet handiger – ik leg de suggestie maar neer – om toch voor één zorgloket te kiezen? Wanneer wij dat via de gemeente doen, is dat voor de consument helder. De consument vervoegt zich bij gemeente, die kan bepalen of het een Wmo-probleem is dan wel zorggerelateerd probleem. Het eerste geval valt onder de gemeente, in het tweede geval verhaalt de gemeente de kosten op de zorgverzekeraar. Volgens mij is deze oplossing vanuit de gebruiker gezien veel beter. Ik hoor graag een reactie van de minister.

Een volgende vraag betreft de semimurale instellingen. Wie is daar verantwoordelijk voor? Wij hebben een debat gevoerd over de tillift bij Philadelphia, die een voorbeeld is van een hulpmiddel dat daartussenin zou kunnen vallen. Kunt de minister aangeven hoe het daarmee zit? Is dat intramuraal of extramuraal, met andere woorden, valt dat onder deze regeling of niet en moet de instelling die verzorgen? Deze zaken moeten in het ontwikkelende zorglandschap worden opgepakt en mogen niet tussen de wal en het schip vallen.

Hoe zit het met de mantelzorgers? Wij willen dat de mantelzorgers in staat zijn om de zorg zoveel mogelijk te verlenen. Dat houdt soms in dat zij over hulpmiddelen moeten beschikken. Wij zien daar in de praktijk wel eens problemen en willen weten of dit goed wordt geregeld.

Ik heb nog een vraag over de kwaliteit van de hulpmiddelen. Wij hebben al eerder aangegeven dat wij het gek vinden dat de technische staat van een lift in een willekeurig ziekenhuis ieder jaar moet worden gecontroleerd en de technische staat van een hart-longmachine niet. Daarover is een motie met een bredere strekking dan dit probleem aangenomen bij de VWS-begroting. Wij vinden dat daarop kwaliteitstoetsing moet plaatsvinden. Voor de hart-longmachine is dat vanzelfsprekend, hoewel dat nog steeds niet gebeurt, maar het gaat wat ons betreft verder. Het probleem strekt zich ook uit naar hulpmiddelen en materiaalgebruik. Je moet altijd op zoek naar de perverse prikkel. Er is in toenemende mate sprake van nazorg. Dat gebeurt vaak door thuiszorginstellingen op basis van AWBZ-geld, terwijl de hulpmiddelen worden verstrekt op grond van de Zorgverzekeringswet. Hoe garandeert de minister de kwaliteit van de zorgverlening inclusief de hulpmiddelen? Hoe zorgt hij er bijvoorbeeld voor dat de beste kwaliteit hecht draad wordt gebruikt om daarmee te voorkomen dat in de nazorg tegen extra problemen met wonden wordt aangekomen, waardoor langere nazorg nodig is? Met andere woorden, hoe voorkomt hij dat wij penny wise, pound foolish bezig zijn, om het op z'n Engels te zeggen? De overheid moet naar het gehele pakket kijken, waar de zorgverzekeraar zich soms tot zijn eigen pakket beperkt. Wij hebben voorbeelden uit de eerste- en tweedelijnszorg te over waaruit blijkt dat dit soort perverse prikkels helaas optreedt. Hoe zorgt de minister ervoor dat dit goed komt?

Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat wij geïntegreerde zorg kunnen bieden? Ik heb met een apotheker gesproken over hulppakketten die aan patiënten worden aangeboden. Deze apotheker heeft een terminale patiënt die aan de morfine zit om zijn lijden te verlichten. Hij levert een heel pakket met morfinecassettes aan, maar het bijbehorende slangetje maakt geen onderdeel uit van de vergoedingen. Hierdoor ontstaat de merkwaardige situatie dat er een geïntegreerd pakket wordt aangeboden, waarvan een onderdeel als gevolg van aanbestedingsafspraken rond hulpmiddelen niet wordt vergoed. Hiermee moet een patiënt niet worden lastig gevallen. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat ook dergelijke zaken goed worden geregeld?

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Voorzitter. Wij hebben het hier niet vaak over de hulpmiddelen. Het is goed om daarover te spreken en het is goed om vast te stellen dat het traject van heroriëntatie vorm begint te krijgen en wij een vervolgstap kunnen zetten. Eigenlijk zou ik de minister willen

vragen om een beetje door te lopen. Volgens mij is de verkennende tijd goed gebruikt en weet iedereen welke kant het op moet, op de SP-fractie na, die er kennelijk een heel ander beeld bij heeft. Wij moeten de kant op van wat voor een bepaalde persoon in een bepaalde omstandigheid nodig is om zijn leven te kunnen leven zoals wij dat allemaal het liefst zouden doen. Wat is daarbij nodig aan medische zorg, ondersteuning, hulpmiddelen en mogelijk ook aan ondersteuning vanuit het welzijnsterrein? Wij hebben het over heel de mens en in dat opzicht is een functiegerichte benadering en een functionele aanspraak logisch en voor ons absoluut te volgen.

Bij het bekijken van de patiënt als geheel moeten wij constateren dat het bij keuzevrijheid essentieel is dat de patiënt ook weet wat er te kiezen valt. Met andere woorden, hoe komt hij aan informatie?

Wij zullen naar mijn idee een scheiding moeten maken tussen chronische patiënten en incidentele patiënten. Eigenlijk maak ik mij het minst zorgen om de chronische patiënt. Wanneer die weet dat een ziekte blijft, wordt hij lid van een patiëntenvereniging waar informatie te krijgen is die is gericht op zijn aandoening. Hoe komt de niet-chronisch zieke patiënt die wel degelijk te maken kan krijgen met een invaliderende situatie aan zijn informatie? Ik kan het nog lastiger maken als ik de co-morbiliteit erbij haal, waarbij een chronische patiënt tegen incidenten aan kan lopen, waardoor de wereld ineens heel onoverzichtelijk wordt. In dat licht werd ik behoorlijk enthousiast van het beeld van de zorgcoach. De heer Zijlstra wil deze zorgcoach achter het Wmo-loket plaatsen, maar ik kan mij voorstellen dat je hem koppelt aan de CG-raad of aan de NPCF, waardoor je de zorgcoach in de volle breedte beschikbaar houdt. Een patiënt kan op die manier bekijken wat er voor hem op de markt is.

Ik geef hierbij het volgende voorbeeld. Een reumapatiënt scheurt een achillespees en komt in het ziekenhuis terecht op de afdeling chirurgie. Daar maakt men de keus tussen conservatief behandelen of opereren en de patiënt wordt na twee dagen naar huis gestuurd met reuma en een gipsbeen. De enige die zich op dat moment over deze patiënt druk maakt, is de laatste die hem heeft gezien. Het ziekenhuis heeft geen kennis van de hulpmiddelen die in de thuiszorg gebruikt kunnen worden om de ziektelast niet verder op te laten lopen. De patiënt gaat naar huis met zijn oude ziekte, die hij al kende, en met een nieuwe kwaal waar hij nog kennis mee moet maken. In die zes weken waarin hij met zijn been in het gips zit, gaat de knie die niet al te best was ook nog eens stuk, omdat de patiënt aldoor die ene knie belast bij zijn transfer van bed naar rolstoel, toiletstoel of douchestoel. Deze informatie is niet in het ziekenhuis, niet op de polikliniek en niet op de afdeling beschikbaar. De patiënt gaat naar huis en weet zelf ook niet van het bestaan van de nodige hulpmiddelen. Dit betekent een verhoging van zijn ziektelast die behoorlijk aan kan komen. Wij zullen in het kader van de zorgketen nadrukkelijk moeten bekijken hoe wij die verbinding maken. Met hulp van alle specialismen en gespecialiseerde verpleegkundigen komt de informatie voor chronische patiënten redelijk terecht.

Ik ben erg blij met de functionele aanspraken, omdat die, in tegenstelling tot de limitatieve lijsten, eindelijk een oplossing bieden voor speciale groepen waar speciale oplossingen voor moeten komen. Daarbij moet flexibel gekeken worden naar wat voor deze patiënt onder deze omstandigheden het beste is en niet voor die 99 anderen uit de groep van 100. De bekostiging van de zorgcoach is een punt waar wij het nader over moeten hebben, ongeacht of hij wordt ondergebracht bij de Wmo of op de plaats die ik voorstelde. Dat zal nooit helemaal met een gesloten portemonnee kunnen. Hoe wij het wenden of keren, er blijft sprake van budgetafspraken. Ik zie in de aanhangsels en beleidsbrieven van de minister dat hij stuurt op innovatie. Daaraan wordt erg veel belang gehecht. Innovatie kan echter schuren, zo niet botsen, met budgetafspraken. Daar kan

misschien geen perverse, maar wel een negatieve prikkel inzitten. Ik hoor hierop graag een reactie van de minister.

Kinderen met zorgaanspraken vormen een speciale groep. Ik denk dat wij daarop een ander traject moeten loslaten, omdat daar de keuzemogelijkheid van het kind niet zozeer aan de orde is, als wel die van de begeleider. Ook dan is het zaak te weten wat er op de markt te koop is om een goede keus te kunnen maken.

Het pleidooi om bij het vaststellen van de protocollen de standaardtaal ICF in te voeren, is een verstandig pleidooi.

Ik wil graag dat de minister aan het eind van dit AO kan melden of hij halverwege komend jaar een leidraad klaar heeft en wij door kunnen gaan met dit traject met speciale aandacht voor co-morbiliteit. Hoe zorgen wij er op dat punt voor dat de zorgketen een keten blijft en niet in losse onderdelen uiteen valt?

De **voorzitter**: Inmiddels is mevrouw Willemse aangeschoven.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Voorzitter. De CDA-fractie heeft met belangstelling kennis genomen van de brieven van VWS. Het is voor de eerste keer – voor zover wij weten – dat er een apart algemeen overleg wordt gehouden over de hulpmiddelen. Dat geeft ons de mogelijkheid goed naar de regelingen te kijken en van gedachten te wisselen. De minister wil de hulpmiddelenzorg voor de cliënt verbeteren. Het is echter de vraag of dat met de lijnen die thans worden uitgezet ook daadwerkelijk zal lukken.

Het CDA wil ingaan op vier punten: een integrale aanpak, verbetering van de positie van de cliënt, verbetering van de informatie en communicatie en een aantal praktische punten.

Het hulpmiddelendossier is een versnipperd dossier. Wij kennen vier wettelijke regelingen die alle over de hulpmiddelen gaan: de Zorgverzekeringswet, de Wmo, de AWBZ en de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA). Deze versnippering is zeer ongewenst, zeker vanuit het oogpunt van de cliënt, maar ook vanuit het oogpunt van de professional. Het verbaast ons dus niet dat één van de veelgehoorde klachten uit het NPCF-onderzoek van december 2007 is dat cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd. Participatie wordt op deze manier eerder belemmerd dan bevorderd. Ook voor de professional is versnippering ongewenst. Versnippering werkt miscommunicatie tussen de betrokken instellingen in de hand en ook de bureaucratie zal er niet minder door worden.

Er moet niet worden gewacht op de uitkomsten van allerlei projecten. Volgens het CDA moet zo snel mogelijk worden ingezet op een klantvriendelijk systeem, op één loket waar alle burgers met hun aanvragen voor hulpmiddelen terecht kunnen. Achter dat loket worden de aanvragen doorgeleid naar de betrokken instellingen binnen de keten, waar maximaal wordt ingezet op betere samenwerking tussen de uitvoerende organisaties. De burger hoeft van die backoffice niets te merken. Het loket, de frontoffice, dient bemand te worden door goed geïnformeerde en voldoende opgeleide professionals. Het permanent inzetten op een stevige samenwerking kan op termijn hopelijk leiden tot één regeling voor het totale hulpmiddelenpakket. Dat ene loket kan volgens het CDA prima het Wmo-loket zijn. Veel burgers weten dat inmiddels te vinden. Ik hoor graag een reactie van de minister.

Het CDA ondersteunt de functiegerichte aanpak van de minister. De minister dient ervoor te zorgen dat de cliënt zicht krijgt op de hulpmiddelen waarop hij aanspraak kan maken bij de overstap van de limitatieve lijst naar de functiegerichte aanpak. Ook hier gaat het om transparantie voor de cliënt, die vertrouwen moet hebben en houden in een goede regeling.

Het CDA vraagt zich ook af hoe de inspraak van cliënten en hun organisatie is geregeld in het dossier hulpmiddelenzorg. In het beoordelingskader hulpmiddelenzorg staat dat het CVZ constateert dat het beoordelingskader niet door alle, maar wel door de meerderheid van de geraadpleegde partijen wordt gedragen. Het CDA wil graag weten welke partijen geraadpleegd zijn en welke partijen met welke argumenten niet met het beoordelingskader konden instemmen.

Voor de communicatie over de hulpmiddelen aan de burgers moet een heldere structuur zijn. De burger moet weten waar hij zijn informatie kan halen en zijn hulpmiddelen kan aanvragen. Dat kan via de digitale snelweg, maar dat is voor het CDA niet de enige weg. Wij willen standaard meerdere informatie- en communicatiekanalen voor de burgers. De overheid moet hierin zelf het goede voorbeeld geven. Welke alternatieve informatie- en communicatiekanalen hanteert de overheid bij het hulpmiddelendossier?

Ik heb nog een aantal praktische punten. Het CDA krijgt regelmatig de vraag waarom het niet mogelijk is een elektrische rolstoel aan te schaffen in plaats van een scootmobiel. Het moet ons toch veel waard zijn om mensen maximaal in beweging te houden wanneer zij dat zelf kunnen en wensen. Waarom wordt alleen een zwaarder middel vergoed? Eenzelfde vraag wordt gesteld door mensen die visueel gehandicapt zijn en met een tandem mee kunnen doen aan sportief en recreatief fietsen. Kan de minister aangeven op welke wijze dit mogelijk wordt gemaakt? Is het juist dat apothekers geen hulpmiddelen kunnen leveren die direct met het geneesmiddelengebruik te maken hebben als gevolg van de aanscherping van hulpmiddelencontracten door de zorgverzekeraars? Levert het gebruik van hulpmiddelen bij een overstap van verzekering ook problemen op? Tot slot zou er voor het CDA maximaal ingezet moeten worden op hergebruik van hulpmiddelen, uiteraard op die hulpmiddelen die daarvoor in aanmerking komen. Ik denk daarbij aan het in bruikleen uitgeven van hulpmiddelen, het terugvorderen na afloop, centraal inzamelen, repareren en keuren, om de hulpmiddelen daarna opnieuw uit te zetten. Zo horen wij met gemeenschapsgeld om te gaan. Ik verneem graag een reactie.

Antwoord van de minister

Minister **Klink**: Mevrouw de voorzitter. Het is volgens mij niet de eerste keer dat wij bij elkaar zijn om over de hulpmiddelen te spreken. Ik heb hierover een klein halfjaar geleden nog een algemeen overleg gehad. Desalniettemin onderstreep ik de opmerking dat het een belangrijk en boeiend terrein is. Voor mensen die op hulpmiddelen aangewezen zijn, vormen ze de voorwaarde om überhaupt aan het maatschappelijk verkeer deel te kunnen nemen. Ik onderstreep graag wat mevrouw Van Dijken daarover zei, namelijk dat wij daarbij moeten zoeken naar maatwerk, in die zin dat uniformiteit juist voorbij kan gaan aan de klachten en de beperkingen waarvan mensen last hebben. Wij moeten proberen de zelfredzaamheid van iedereen te waarborgen. Dat is de reden waarom wij naar flexibiliteit zoeken. Deze moet echter wel voor patiënten inzichtelijk zijn, zodat zij weten waarop zij aanspraak kunnen maken en waarvoor zij hebben gekozen, voor zover er variatie komt.

Dit geldt ook voor de polissen die verzekeraars aanbieden. Als men niet tevreden is met zijn keuze, kan men het volgend jaar met een kenbare keuze eventueel voor een andere verzekeraar kiezen. Dit zeg ik als aanloop naar de antwoorden op vragen die de heer Van Gerven stelde. De hierboven genoemde algemene opmerking is relevant, omdat het doel is, uiteindelijk maatwerk te leveren. De kenbaarheid van de keuzen die er zijn, mag niet lijden onder de flexibiliteit, zowel niet voor de patiënt, als voor de verzekeraar en de voorschrijver.

Hulpmiddelenzorg moet goed geregeld zijn, op welke manier dan ook. Ik vind van belang dat het hulpmiddelenbeleid voldoet aan een aantal

thema's de ik vandaag de revue laat passeren. Dit doe ik in mijn inleidende betoog aan de hand van een viertal punten die hier ter discussie voorliggen. Het eerste punt is dat de patiënt centraal moet staan. Het tweede punt is dat de toegankelijkheid van de hulpmiddelen gewaarborgd moet zijn. De heer Zijlstra heeft hierover een aantal vragen gesteld. Het derde punt is dat de kwaliteit en de veiligheid van de hulpmiddelen gegarandeerd moet zijn. Ook hiernaar verwees de heer Zijlstra. Het vierde punt is het vergroten van de keuzevrijheid, met het oog op het maatwerk dat ik als eerste noemde.

De patiënt centraal: het hulpmiddelenbeleid is erop gericht dat iemand zonder al te veel rompslomp het hulpmiddel kan krijgen dat voor hem of haar het meest passend is; daarop kom ik straks terug. De zorgvraag staat daarbij centraal. Meerdere belangenorganisaties – de heer De Vries verwees hiernaar tijdens een interruptie – waaronder MDC, FTK en GF, VNVN en Ergotherapie Nederland vragen daarvoor terecht aandacht. Een voorbeeld hiervan is de eind vorig jaar geïnitieerde meldweek hulpmiddelen. In mijn reactie daarop onderken ik dat gebruikers van hulpmiddelen momenteel knelpunten ervaren bij het verkrijgen van hulpmiddelen. Die knelpunten kunnen toenemen – dit zeg ik mevrouw Van Dijken graag na – op het moment dat mensen meer hulpmiddelen nodig hebben vanwege bijvoorbeeld co-morbiliteit. De vraag naar kennis over waar men terecht kan voor welke hulpmiddelen wordt versterkt doordat men te maken heeft met verschillende uitvoeringsregelingen en dus met verschillende instanties.

Voor het project Heroriëntatie Hulpmiddelen – waarvan mevrouw Van Dijken zegt dat wij plankgas moet geven om resultaten te boeken – wil ik de vergoedingsregelingen voor hulpmiddelen vereenvoudigen en stroomlijnen. Daarvoor is het belangrijk om naar vier wetten te kijken: Wmo, AWBZ, Zorgverzekeringswet en WIA.

Het beleid is als volgt opgezet. In 2007 is een interactief beleidstraject opgezet. Wij zijn begonnen met het inventariseren van de ervaringen van de hulpmiddele gebruikers. Degenen die aangewezen zijn op hulpmiddelen hebben wij in het traject voor de heroriëntatie van meet af aan betrokken. Zorgverzekeraars, gemeenten, leveranciers en zorgverleners hebben met ons meegedacht over de oplossingen voor de knelpunten. Wij willen toe naar een situatie – ik kijk naar de heer Zijlstra, mevrouw Van Dijken en mevrouw Willemse-van der Ploeg – waarin het aantal loketten zoveel mogelijk vermindert en de verschillende organisaties die betrokken zijn bij het verkrijgen van het hulpmiddel beter met elkaar samenwerken. Het verminderen van het aantal hulpregelingen kan daaraan sowieso een bijdrage leveren. Dan gaat het over de regelingen en nog niet over de organisatie, maar die twee hebben uiteraard wel met elkaar te maken. Het CVZ onderzoekt momenteel op mijn verzoek de mogelijkheden om in de toekomst over te gaan op een indeling in de categorieën medisch en participatie. Dat is ook de indeling die de heer Zijlstra waarschijnlijk beoogde toen hij sprak over medisch en welzijn. Het CVZ doet op dit moment dus onderzoek om de indeling in die zin te vereenvoudigen, dat je in feite nog maar over twee hoofdcategorieën spreekt, medisch en participatie. De categorie medisch zal leunen op de Zorgverzekeringswet en de categorie participatie uiteindelijk op de Wmo en op aan die regelingen gerelateerde hulpmiddelen.

Hoewel de Wmo een belangrijk dossier is van staatssecretaris Bussemaker, wil ik er in het kader van de hulpmiddelen toch even bij stilstaan. In de Wmo gaat het om het stimuleren en het mogelijk maken van maatschappelijke deelname van burgers en niet om het verlenen van zorg. Daar geldt het door de heer Zijlstra genoemde compensatiebeginsel. Met compensatie wordt bedoeld dat eerst wordt bekeken welke mate van participatie mogelijk is vanuit de burger zelf, vanuit de mantelzorg en dergelijke en vervolgens wordt bekeken in hoeverre de gemeente over de

brug moet komen om beperkingen te compenseren. Door die vraag-gerichte benadering ontstaat in elk geval op dat niveau maatwerk. Gemeenten zijn bezig met een omslag van aanbodgericht naar vraag-gericht, rekeninghoudend met de omstandigheden van mensen. Wij zijn daarom blij dat vertegenwoordigers van cliënten en de VNG op dit punt momenteel samenwerken. Wij zijn dan ook voorstander van een integrale benadering.

Naast die ontwikkeling zouden wij graag zien dat gemeenten ook met zorgverzekeraars gaan samenwerken, niet alleen om het een en ander in de regeling en in de met de regelingen gemoeide hulpmiddelen-verstrekking te stroomlijnen. Wij staan ook voor de taak om de hulpmiddelen te relateren aan enerzijds de Zorgverzekeringswet en anderzijds de Wmo. Daarvoor moeten nog criteria ontwikkeld worden; daar is het CVZ op dit moment mee bezig. Het is belangrijk om ten eerste de regelingen te stroomlijnen en ten tweede te weten welke hulpmiddelen aan die regelingen zijn gerelateerd. Vervolgens is het van belang om in de organisatie een zekere stroomlijning te krijgen. Dan komen wij bij de eenloket- dan wel de coachgedachte uit: de coachgedachte van mevrouw Willemse en de eenloketbenadering die de heer Zijlstra noemde.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Ik hoor de minister onderscheid maken tussen twee terreinen: het medische en het participatieterrein. Ik heb zelf een lichte neiging – ik ben benieuwd hoe de minister hierin staat – om in het medische ook een splitsing te maken tussen het direct medisch verzorgende deel, zoals het verbandmateriaal, stoma en alles wat op geneezing gericht is en het activiteitendeel, oftewel het kunnen functioneren ondanks een bepaalde medische conditie. Dan ben je nog niet eens buiten de deur. Ik denk dat wij elkaar daarin wel vinden, want daar gaat het over de participatie en de Wmo, maar ik meen dat in de medische categorie ook nog wel enige ruimte zit.

Minister **Klink**: Dat klopt, omdat bij er de categorie medisch ruimte zit, zit je met de vraag waar je de markeringen legt, de scheidslijn tussen wat op participatie en wat in feite op zorg, medische zorg, is gericht. De heer Zijlstra gaf een paar voorbeelden waarbij dit niet zo gemakkelijk te bepalen is. Er zit een zekere mate van willekeur in de vaststelling wat tot de Zorgverzekeringswet behoort en wat tot de Wmo. Een ding moet helder zijn: voor de patiënt moet op een gegeven moment inzichtelijk zijn bij welke categorie zijn vraag hoort.

Het CVZ zal in 2009 met zijn advies komen. Het kijkt op dit moment welke categorisering je kunt aanbrengen op basis van welke criteria. Het zou kunnen zijn dat voor een thematische indeling wordt gekozen, mede om pragmatische redenen. Die indeling heeft in elk geval het effect dat er voor de patiënt, de zorgverzekeraar en de gemeente volstrekte helderheid komt. Je zou kunnen zeggen dat alles wat met mobiliteit te maken heeft – waar het dwars door elkaar heenloopt – bij de Wmo zou kunnen horen. Dan delen wij de hulpmiddelen voor de mobiliteit daar in, want mobiliteit is vooral aan participatie gelieerd. Ik wil niet op de indeling en categorisering vooruitlopen, maar soms moet je een knoop doorhakken teneinde helderheid te creëren. Nu loopt het met verwijzing naar de gegeven voorbeelden, niet «willekeurig» maar «vrij genuanceerd» door elkaar heen. Ik kom daar zo op terug bij de nadere vraagstellingen.

Het tweede thema bij het hulpmiddelenbeleid is de toegankelijkheid van de hulpmiddelen. Die kan worden opgedeeld in de toegang tot de hulpmiddelen enerzijds en de financiële toegankelijkheid anderzijds. De financiële toegankelijkheid heeft natuurlijk een relatie met het pakketbeheer. In het AO over pakketbeheer van 25 juni 2008 zijn de gevolgen van de pakketmaatregelen op het terrein van de hulpmiddelen aan bod gekomen. Ik ben daarover destijds uitvoerig met u in debat gegaan, ook vanwege de pakketadviezen die toen voorlagen. Ik herinner mij nog levendig de

sta-opstoel die uiteindelijk in de begroting is teruggekomen. Over de financiële toegankelijkheid van hulpmiddelen voor chronisch zieken en gehandicapten heeft staatssecretaris Bussemaker onlangs het wetsvoorstel tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten met u besproken. In dit kader bedoel ik met toegankelijke hulpmiddelen dat ze noodzakelijk zijn voor de huidige en toekomstige gezondheidsbehoeften. Ik heb het project Priority Medical Devices ingesteld om dat in beeld te brengen; medio 2009 zal een eindrapport uitkomen. Het project wordt uitgevoerd door de WHO en heeft een internationaal karakter. Het project Priority Medical Devices moet duidelijk maken op welke volksgezondheidsgebieden wij in hulpmiddelen kunnen en wellicht moeten investeren en innoveren. Mogelijk vloeit daar van onze kant een onderzoeksprogramma uit voort om te bezien op welk gebied innovatie uiteindelijk noodzakelijk en gewenst is. Op basis van de daaruit voortvloeiende categorieën kunnen wij dan prioriteiten stellen met het oog op de ziektelast die gemoeid is met bepaalde aandoeningen en de eventuele innovaties en hulpmiddelen die daaruit zouden kunnen voortvloeien. Productinnovatie is van belang, omdat innovatieve hulpmiddelen niet alleen voorzien in maatwerk voor de gebruiker, maar ook een bijdrage kunnen leveren aan bijvoorbeeld arbeidsbesparing in de zorg. Zoals u weet, is dat een thema dat de staatssecretaris en mij nauw aan het hart ligt in het licht van de schaarste op de arbeidsmarkt. Wel is het zo dat hulpmiddelen, ook als zij vanwege innovatie tot stand komen, altijd van goede kwaliteit en op zijn minst veilig moeten zijn. Daarmee kom ik bij het derde thema, de kwaliteit en de veiligheid. Om de kwaliteit en de veiligheid van de hulpmiddelen te waarborgen, heeft de Europese Unie richtlijnen opgesteld. Die richtlijnen bepalen dat voor medische hulpmiddelen een CE-markering is vereist voordat zij op de markt mogen verschijnen. De fabrikant is daarvoor verantwoordelijk. Een CE-markering geeft aan dat het product voldoet aan de Europese eisen voor veiligheid, kwaliteit en functionaliteit. Ik zal de motie van de leden Van Miltenburg en Van der Veen van 5 november 2008 nader bestuderen om een wettelijk verplichte periodieke kwaliteits- en veiligheidscontrole in te stellen voor medische apparatuur en medische hulpmiddelen. Dit punt werd zojuist ook door de heer Zijlstra aangevoerd. Ik zal er op terugkomen, mede in het licht van het onlangs uitgebrachte rapport van de inspectie over medische apparatuur en de veiligheidsaspecten die daarbij spelen. Ik ga er vooral van uit dat het belangrijk is voor de medische hulpmiddelen en apparatuur die een hoger risico met zich meebrengen. Wij kennen de risicoclassificatie. Naarmate de risicoclassificatie hoger is, worden hogere veiligheidseisen gesteld. Ik realiseer mij dat uit onderzoek is gebleken dat achterstallig onderhoud een van de grote knelpunten is en in Almelo zelfs tot dramatische effecten heeft geleid. De inspectie bracht recent een rapport uit over de staat van de gezondheidszorg in 2008: Risico's van medische technologie onderschat. Ik heb de Tweede Kamer in de brief van 4 november 2008 meegedeeld dat ik uiterlijk 1 maart 2009 met een inhoudelijke reactie op het rapport zal komen. Naarmate de risicoklasse hoger is, zijn de eisen hoger en is de controle intensiever. Voor de hulpmiddelen met een hoge risicoklassering kan een CE-markering alleen worden gegeven met toestemming van een aangemelde instantie. Er gaat altijd een beoordeling vooraf aan het verkrijgen van een CE-markering. Het keurmerk wordt niet verleend en pas weer ontnomen als zich een risicovolle situatie heeft aangediend, maar elke lidstaat wijst een aangemelde instantie aan. In Nederland is dat KEMA. De inspectie houdt toezicht op die instantie, in dit geval de KEMA. De meeste fabrikanten ervaren ons systeem als relatief innovatievriendelijk. Als uit praktijkonderzoek blijkt dat een medisch hulpmiddel kan worden verbeterd, kan die verbetering vrij snel worden gerealiseerd zonder al te ingewikkelde procedures. Het kan echter nog beter, daar kom ik straks op terug. Het systeem stimuleert dus de voortdurende ontwikkeling van

veilige en hoogwaardige medische hulpmiddelen. Ik ben van mening dat dit systeem van regels voor kwaliteit en veiligheid van hulpmiddelen prima in orde is en voldoende ruimte laat voor innovatie, maar er zijn dus nog mogelijkheden voor verbetering.

Een van die punten is dat de eenduidige toepassing van de regels in Europa beter kan en beter moet. Dat is iets wat Europees aangepakt moet worden. Het gaat met name over de afstemming van de regels voor geneesmiddelen aan de ene kant en hulpmiddelen aan de andere kant. Terwijl de producten vaak in elkaar overvloeien, worden nog verschillende regimes gehanteerd. Voor bijvoorbeeld lichaamsmateriaal en hulpmiddelen dienen de regels en regimes beter op elkaar te worden aangepast, want de tussenvormen tussen geneesmiddelen en hulpmiddelen nemen toe, terwijl daarvoor verschillende regimes gelden. Het gaat vaak om innovatieve producten die technisch zeer hoogwaardig zijn. De regels voor de geneesmiddelen moeten beter op elkaar worden afgestemd om het op de markt brengen van deze combinatieproducten goed te regelen. Dit is echter een Europese aangelegenheid.

Van oorsprong is de aanspraak op hulpmiddelen aanbodgericht. Wij willen een overstap maken naar de patiënten, die representeren namelijk de zorgvraag. De Zorgverzekeringswet biedt ruimte voor keuzevrijheid en maatwerk. De huidige aanspraak op hulpmiddelen is aanbodgericht en mondt uit in een limitatieve lijst van hulpmiddelen op basis waarvan men een vergoeding kan krijgen. Er is sprake van een gesloten aanpak, die ervoor zorgt dat de verzekeraar niet altijd toegang heeft tot het meest adequate hulpmiddel. Omdat wij daarin verandering willen brengen, dienen de regelingen niet zozeer op het product en het aanbod, maar op de functiebeperkingen gericht te zijn.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik ga terug naar het vorige punt, de kwaliteit. De minister komt daar nog op terug naar aanleiding van de motie, dus die discussie zullen wij nog voeren. Volgens mij is het niet voldoende om alleen vooraf een CE-keurmerk mee te geven. Ik noem de lift als voorbeeld die een keurmerk heeft, anders mag hij niet worden geplaatst. Die lift wordt niet voor niets jaarlijks gecontroleerd. Los van de technische apparatuur, waarvoor de noodzaak van een keurmerk duidelijker is, heb ik de minister gevraagd hoe hij ervoor zorgt dat de kwaliteitsgarantie van de kleinere hulpmiddelen, zoals hecht draad, goed wordt ingebouwd in het systeem, om te voorkomen dat perverse prikkels optreden en kosten worden verschoven naar de nazorg. Dat heeft zeker met deze problematiek te maken.

Minister **Klink**: Het drama in het ziekenhuis in Almelo had te maken met gebrekkig onderhoud. Een keurmerk kan men krijgen, maar zodra men nalatig is met het onderhoud, ontstaat op een gegeven moment wel een probleem. Het is niet zo erg dat de instelling een probleem krijgt, maar het probleem vertaalt zich in gezondheidsschade. Daarop is onze hele benadering gericht, ook bij het door ons gewenste Veiligheidsmanagement-systeem (VMS).

Een van de kernpunten van het VMS is een risicoanalyse waarin zich problemen kunnen gaan vertalen, die altijd plaatsvindt vanuit het management van de ziekenhuizen. De inspectie ziet erop toe dat er een VMS is. In feite had die al geïmplementeerd moeten zijn in Almelo. De inspectie zit daar nu bovenop. De risicoanalyse is van betekenis voor de raad van bestuur, om goed te borgen dat het onderhoud plaatsvindt. Ik zou wensen dat de inspectie vanuit een soort tweedelijns toezicht beziet in hoeverre de risicoanalyses toereikend zijn en in hoeverre wordt ingegrepen door de instellingen. Dan hoeft de inspectie, bij wijze van spreken, niet met een compleet arsenaal van personeel te bekijken of er een datum op het keurmerk staat. Dat neemt niet weg dat er een behoorlijk urgente thematiek ligt voor raden van toezicht en voor de medisch specialisten. Laten wij die

laatst niet vergeten. Zij zijn als eerste verantwoordelijk, zij weten als geen ander in hoeverre zij met oude apparatuur werken. Ook voor de hecht draad is het van betekenis om met de kwaliteitsindicatoren die wij ontwikkelen zicht te krijgen of heroperaties en hersteloperaties in bepaalde instellingen vaak of te vaak gebeuren. Wij zijn bezig dat te ondervangen langs de lijn van kwaliteit en transparantie en met het VMS en de veiligheidsagenda. Desalniettemin kom ik daarop in maart 2009 terug op basis van het inspectierapport, want wij moeten hier bovenop zitten. Het is niet voor niets dat veiligheid het kernpunt is van de gezondheidsagenda van het kabinet.

De heer **Zijlstra** (VVD): U komt daar in het voorjaar van 2009 op terug en u zult dan ook richting geven aan de wijze waarop u denkt dit te kunnen oplossen, zover het op te lossen is.

Minister **Klink**: Dat klopt, met alvast één kanttekening die ik aan de Kamer heb gemeld naar aanleiding van het aantal separaties in de psychiatrische ziekenhuizen. Toen heb ik gezegd dat eigenlijk een lid van de raad van bestuur daarvoor verantwoordelijk zou dienen te zijn. Uiteindelijk heb ik in het kader van de IJsselmeerziekenhuizen aan de Kamer bericht dat ik vind dat iemand van de raad van bestuur de veiligheid en kwaliteit in portefeuille moet hebben. Per kwartaal of minimaal per half jaar dient over die thema's te worden gesproken en de inspectie dient inzicht te hebben in de uitkomsten van die gesprekken in de raad van bestuur. Zo kan een vinger aan de pols worden gehouden bij diegenen die primair verantwoordelijk zijn, ook voor het VMS, namelijk de besturen van de instellingen. Langs verschillende lijnen proberen wij daaraan te werken, maar het speelt ongetwijfeld ook bij de hulpmiddelen. Ik kom daar in maart 2009 graag op terug.

Bij de functiebeperking wordt bekeken welk hulpmiddel het meest geschikt is voor de situatie van de patiënten in die specifieke context en met die specifieke aandoeningen. Het CVZ werkt op dit moment samen met de zorgverzekeraars en de cliëntenorganisaties aan een hulpmiddelenaanspraak die gebaseerd is op de functiebeperkingen. Het CVZ zal dit meenemen in het jaarlijks pakketadvies vanaf 1 januari 2009. Daarover spraken wij ook in een vorig AO. Vanaf 2009 is de aanspraak van een aantal categorieën hulpmiddelen omschreven op basis van functiebeperkingen, waaronder de oogprothesen, de gezichtshulpmiddelen en de orthesen.

In de brief van 16 april 2008 heb ik aangegeven wat nodig is om een op de functiebeperking gerichte aanspraak te bewerkstelligen en wat nodig is om de zorgvraag centraal te stellen. Een meer uniform indicatieproces is daarvoor essentieel en vooral een zorgprotocol in de zorgketen; daar wil ik nog even de vinger opleggen. Wanneer op functiebeperkinggerichte aanspraken wordt overgegaan, vind ik het van groot belang dat degenen die hulp verlenen via de protocollen c.q. richtlijnen, invulling geven aan welk hulpmiddel feitelijk nodig is om de beperking op te heffen. Dat is weer van belang voor de bekostiging en de polissen van de zorgverzekeraars, zodat mensen onder verwijzing naar de zorgprotocollen inzicht krijgen om welk hulpmiddel het gaat bij welke aandoening. De inzichtelijkheid waarnaar de heer Van Gerven verwees is inderdaad van groot belang op het moment dat je naar die functiebeperkinggerichte aanpak toegaat.

Ik ben blij dat zorgverzekeraars samen met gebruikers het initiatief nemen om die instrumenten te ontwikkelen. Daarbij is de betrokkenheid van de beroepsgroepen van groot belang. Ik wijs op de analogie met de geneesmiddelen. Ook in de geneesmiddelensector willen wij namelijk toe naar geïncorporeerde doelmatigheid in de protocollen en richtlijnen. Dit betekent dat in de richtlijnen zelf, zoals bij cardiovasculair risicomanagement, verwezen wordt welk geneesmiddel bij welke indicatie uiteindelijk noodza-

kelijk is. Bij de hulpmiddelen kan dat ook, maar dan zijn wel eerst de functiebeperkinggerichte aanspraken nodig. In het traject naar de aan functiebeperking gerelateerde aanspraken moet ook de beheersbaarheid van de zorg in acht worden genomen. Vanwege de beheersbaarheid vind ik het van belang dat de mensen uit de medische praktijk in eerste aanleg die handschoenen oppakken en zich bewust zijn van het feit dat doelmatigheid daarbij een grote rol kan spelen. Een op functiebeperkinggerichte aanspraak houdt dus niet in dat the sky the limit is en dat elk middel direct wordt vergoed. Uiteindelijk zal het CVZ in twijfelgevallen altijd nog kijken naar in hoeverre een wetenschappelijk bewijs dan wel een aan de zorgverlening ontleende praktijk ondergeschoven kan worden. In die zin houden wij natuurlijk wel een vinger aan de pols bij wat zich aan innovaties aftekent. De zorgverzekeraars zullen dat van hun kant trouwens ook doen. Des te noodzakelijker is het dat die protocollen er komen.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): U noemt het twijfelgeval waarnaar het CVZ in uiterste instantie nog kan kijken. Stelt u dat ook voor bij meer individuele arbitrage? Waar komt dan de rol te liggen? Bijvoorbeeld: een cliënt en de verzekeraar zijn het absoluut niet eens, de cliënt wil een bepaalde robotarm aanschaffen maar de verzekeraar vindt dat hulpmiddel net iets te duur. Wie is dan aan zet?

Minister **Klink**: In algemene zin geldt voor de afweging of de hulpvraag al dan niet wordt vergoed in het pakket, dat CVZ aan zet is. Als bij een individuele situatie een meningsverschil ontstaat over welk middel bij een bepaalde indicatie hoort, is het eerder aan de geschillencommissie daarover een oordeel te geven. Dan gaat het niet om de aanspraken als zodanig, maar om de toewijzing in dat specifieke geval.

Ik hoop u duidelijk gemaakt te hebben dat er veel in gang is gezet rondom het traject van de heroriëntatie van de hulpmiddelen, zoals de regeling, de organisatie en het ene loket, de Priority Medical Devices en de ideeën rondom de vraagsturing ontleend aan de Zorgverzekeringswet en de aan functiebeperking gerelateerde aanspraken. Dit moet uiteindelijk uitmonden in een meer gerichte verstrekking van hulpmiddelen en in innovaties: die twee grijpen dan ook in elkaar. Voor meer innovaties moet tegelijkertijd in de bekostiging een inbedding worden gecreëerd, waardoor ze sneller bekostigd zullen worden. Zorgverzekeraars dan wel de mensen die aan de protocollen werken zullen die innovaties daadwerkelijk een plek te geven. Als ze een plek krijgen zullen ze bekostigd worden door de zorgverzekeraars en komen ze op die manier in een versnelling, die uiteindelijk maatwerk impliceert voor de patiënten. Dat is in feite de agenda waarvoor wij staan en waarover wij volgend jaar meer zullen horen als het CVZ met zijn indelingen is gekomen. Dan krijgen wij enig zicht op de mate waarin de aan functiebeperking gerelateerde aanspraken rond de voorbeelden die ik zo-even noemde, daadwerkelijk werken. Wij houden natuurlijk een vinger aan de pols.

De heer Van Gerven vroeg of de patiënt straks nog wel het hulpmiddel krijgt dat hij nodig heeft, dan wel of het een bezuinigingsmaatregel betreft. Ik hoop in elk geval via mijn algemene introductie aangegeven te hebben dat het niet om bezuinigingen gaat, maar dat het gaat om het uitlokken van innovaties. Het uiteindelijke doel is, aan die innovaties een nadere inbedding te geven, in die zin dat ze via de protocollen en de verzekeraars worden versneld op het moment dat mensen daaraan behoefte hebben. Hierbij plaats ik de kanttekening dat het voor de patiënt wel inzichtelijk moet zijn welke hulpmiddelen vergoed worden, op welke hij eventueel aanspraak kan maken en wat er in de polissen van de zorgverzekeraars is verdisconteerd. Dat is in elk geval van groot belang. Betere zorg is uiteindelijk de doelstelling die ons daarbij voor ogen staat.

Op dit moment worden door het CVZ – dit in antwoord op de vraag van de heer Van Gerven – geen hulpmiddelenkompassen ontwikkeld. Uit het veld krijg ik signalen dat er behoefte bestaat aan het ontwikkelen van zorgprotocollen voor de hulpmiddelenzorg. Dat kan mede gebruikt worden om die richtlijnen en protocollen ook daadwerkelijk op de hulpmiddelen betrekking te laten hebben.

Misschien nog een algemene opmerking, die ik ook in de richting van mevrouw Van Dijken plaats. Zij sprak over de chronisch zieken. Een van de punten die ik sowieso wil ontwikkelen voor de aanpak voor chronische ziekten in de nabije toekomst, is de ontwikkeling van een soort modules voor chronisch zieken die de samenhang in de zorg, zowel van de eerste als de tweede lijn moeten garanderen. Op het moment dat dit is gedaan, kunnen in de modules waaraan ook zorgstandaarden ten grondslag liggen wellicht ook hulpmiddelen worden geïncorporeerd. Die hulpmiddelen dienen met name bij de categorie chronisch zieken van toepassing te zijn en bekostigd te worden. Dan worden in de zorgprotocollen hulpmiddelen opgenomen die toegesneden zijn op bijvoorbeeld hartkwalen, diabetes of anderszins. Op basis van de protocollen kun je aflezen wat in ieder geval in aanmerking komt voor bekostiging van de kant van de verzekeraar, op grond van het feit dat product onder de aanspraken valt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik wil nog even terugkomen op het hulpmiddelenkompas. Het Farmacotherapeutisch Kompas is al lange tijd een zeer gewaardeerd instrument. Nu gaan wij over op een functiegericht systeem van hulpmiddelen, waarbij naar mijn idee het recht op zorg meer algemeen wordt omschreven en niet meer een op een is te herleiden tot deze rolstoel of dat hulpmiddel. Is het dan niet verstandig om een soort standaard te hebben waaraan getoetst kan worden, los van het spel of de dynamiek tussen zorgverzekeraars en patiënten? Dit is temeer het geval omdat – ik weet niet of u daar nog op terugkomt – bijvoorbeeld de GQ-controles of keurmerktoekenning niet meer plaatsvinden. Er vindt minder keuring plaats, het wordt wat algemener via het CE-keurmerk: betekent zo'n hulpmiddelenkompas dan niet echt een kompas in de nieuwe ontwikkelingen?

Minister **Klink**: In de begroting hebben wij middelen uitgetrokken om naar dit soort zaken te kijken. Wat ik nu belangrijk vind, komt dicht in de buurt van wat de heer Van Gerven meldt. Als wij straks rondom chronische aandoeningen – mensen die soms permanent zijn aangewezen op bepaalde hulpmiddelen – zorgstandaarden hebben gedefinieerd en de beroepsgroepen de verantwoordelijkheid hebben genomen om de hulpmiddelen in die zorgstandaarden te incorporeren, ontstaat voor de patiënt een aangrijpingspunt. De heer Van Gerven noemt dat een soort standaard of leidraad. De patiënt kan dan weten op welke hulpmiddelen hij in feite aanspraak kan maken. Dat vind ik van betekenis, omdat ik een risico zie bij die aan functiebeperking gerelateerde aanspraken, namelijk dat de patiënt niet meer weet waar hij specifiek recht op heeft en dat hijzelf als het ware een zoektocht moet beginnen of hij al dan niet bij zijn verzekeraar in aanmerking komt voor bekostiging. Dan zijn de zorgprotocollen c.q. standaarden heel belangrijk om aan te geven waar je aanspraak op kunt maken, want daar zitten referentiepunten in vanuit de beroepsgroep. Innovatie zal ook altijd langs die lijnen lopen, wat ik ook buitengewoon goed vind, want dan staat het keurmerk van de zorgverlener op de innovatie die men in feite aan de patiënt ten goede wil laten komen.

De heer **Van Gerven** (SP): Aan de ene kant gaat het erom dat het recht zichtbaar wordt, maar aan de andere kant gaat het ook om de kwaliteit en de bruikbaarheid. Ik trek toch weer de parallel met de geneesmiddelen. Met het Kompas kun je concluderen of het een goed of niet veilig of niet werkzaam geneesmiddel is. Dat zou ook voor de hulpmiddelen duidelijk

moeten zijn. Hoe gaat u dat borgen? Ik vind het Kompas daarvoor een heel goed instrument.

Minister **Klink**: De analogie die u maakt is best gepast. Ik borg het eigenlijk op een soortgelijke manier. Als in de protocollen duidelijk wordt dat de hulpmiddelen toereikend zijn om aan een bepaalde beperking tegemoet te komen, zal het duidelijk zijn dat je daar aanspraak op kunt maken, voor zover de middelen in de medische praktijk ontwikkeld worden. In het schemergebied zal het CVZ er altijd aan te pas komen om te kijken of wordt voldaan aan de criteria die nu eenmaal bij de pakketbeoordeling passen en om te kijken in hoeverre men daaraan tegemoet komt in de zin van doelmatigheid, effectiviteit en noodzakelijkheid enzovoorts.

De heer **Van Gerven** (SP): Het gaat mij om rolstoel A en rolstoel B van twee fabrikanten, die allebei kwalitatief goed en bruikbaar zijn. Dat element is ook van belang, weer naar analogie van geneesmiddelen die van tien fabrikanten kunnen komen. Hoe gaat u dat borgen?

Minister **Klink**: Het mag duidelijk zijn dat de kwaliteit toereikend moet zijn. Die moet aan de functiebeperking tegemoetkomen. Als er prijsverschillen zijn, ligt daar ook een rol voor de verzekeraars om daaraan in de contracten feitelijk invulling te geven; wat ik ook heel goed vind. Dat geeft tegelijkertijd aan dat er wellicht besparingen zijn te realiseren zonder dat die ten laste komen van de kwaliteit van het product; dat geldt ook voor de geneesmiddelen. Dit is natuurlijk de keerzijde van innovatie; sommige producten zullen goedkoper op de markt komen terwijl ze niet aan kwaliteit inboeten, integendeel. Ik vind het meer dan prima dat een versnelling wordt toegepast, zodat je die lijst niet steeds hoeft aan te passen en er een zekere mate van variatie kan ontstaan over de keuze van de verzekeraar.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Voorzitter. Ik denk dat wij het in grote lijnen met elkaar eens zijn. Ik hoor de minister een paar keer iets zeggen waarop ik wil reageren. Wij zijn met deze beweging, de heroriëntatie op de hulpmiddelen, begonnen om van de limitatieve lijst af te komen. Toch komt de minister daar elke keer weer op uit als het gaat om transparantie. Waar kun je recht op doen gelden, waar liggen je aanspraken? De minister zegt dan dat het volstrekt helder in de polis moet zijn waarop je recht kunt doen gelden. Ik denk vervolgens: verplaatsen wij de limitatieve lijst dan niet?

Minister **Klink**: Er zal altijd enige limitering moeten zijn, alleen de beweeglijkheid wordt vele malen groter. Het is niet zo dat een nieuw product het hele traject moet doorlopen voordat het in de lijst wordt opgenomen. Het kan best zijn artsen met protocollen of in de praktijk zeggen dat een nieuw product prima is en zij de verzekeraar er direct van weten te overtuigen dat het een goede innovatie is. Een schemergebied ontstaat, zoals mevrouw Van Dijken trouwens terecht opmerkt, wanneer een patiënt c.q. een arts meent een buitengewoon goed hulpmiddel te hebben die zij willen gebruiken en de verzekeraar vindt het te duur is of niet aan de maatstaven voldoende. Wanneer daarover signalen binnenkomen, zal het CVZ op een gegeven moment een oordeel uitspreken.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik haak aan op het voorbeeld over de rolstoelen van de heer Van Gerven: twee rolstoelen, die allebei voldoen aan de vereisten, waarvan de een goedkoper is dan de ander. Vanuit maatschappelijk belang zeg ik: doe maar die goedkoopste. Bestaat de mogelijkheid dat de patiënt de duurdere rolstoel krijgt tegen eventuele bijbetaling? Worden dat soort vrijheidsgraden ingebakken? Anders kom je toch weer op een vorm van limitering, juist daar waar wordt geprobeerd, de keuze-

vrijheid groter te maken. Ik vind wel dat het prijsverschil persoonlijk moet worden gedragen.

Minister **Klink**: De bijbetalingen door de betrokkenen komen nu al voor. De heer Van Gerven gaf dat aan bij het voorbeeld over de hoortoestellen. Nu wordt de richting aangegeven waarin wij denken. Die is nog niet over de gehele linie uitgewerkt, maar deze richting geldt ook voor de geneesmiddelen, voor de chronisch zieken en de modules die ik noemde. Ik wil wel plankgas geven, vandaar dat ik vrij uitvoerig stilsta bij de richting waarin wij denken. Een verzekeraar kan natuurlijk zo handelen. Die zou kunnen zeggen dat een patiënt met bijbetaling hulpmiddel X of Y kan krijgen. In die zin wijkt het niet zo heel veel af van de selectieve contracten van een restitutiepolis die een verzekeraar hanteert. Daarbij kan men ook via bijbetaling uiteindelijk een eigen keuze maken.

Over de hoortoestellen had de heer Van Gerven precies op dit punt vragen. De Zorgverzekeringswet kent een basisvergoeding voor een adequaat hoortoestel. Voor extra functies worden inderdaad meerkosten in rekening gebracht. De prijsverschillen van de vergelijkbare hoortoestellen zijn het gevolg van het verschillende aanbod en dus in zekere zin van de marktwerking. De basiskwaliteit en het adequaat functioneren van het hoortoestel zijn natuurlijk wel gewaarborgd. Daarop willen wij niet ingrijpen en ik gaf u zo-even aan hoe dat wellicht in de toekomst geregeld zal zijn.

Naar reclame voor hulpmiddelen is een onderzoek gestart, zeg ik tegen de heer Van Gerven. In 2009 hopen wij de uitkomsten daarvan te kennen.

De **voorzitter**: Er is nog een tweede termijn. Dan kunt u ook uw opmerkingen plaatsen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Volgens mij hebben wij ruim voldoende tijd.

De **voorzitter**: Die hoeven wij niet te rekken. De vraag is of de Kamerleden een tweede termijn willen of gewoon willen interrumpen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voor de dynamiek in de discussie ga ik door op de hoormiddelen. De minister beantwoordt niet al mijn vragen. Is het niet ongerijmd dat men een hogere eigen bijdrage moet betalen wanneer de kwaal erger is, terwijl er geen eigen bijdrage wordt gevraagd als men op een goedkoper hoortoestel uitkomt? Ik vind het vreemd dat de patiënt meer moet betalen als de kwaal erger is, omdat hij dan eigenlijk minder zou hoeven te betalen. Dit heeft te maken met de vergoedingensystematiek. Bovendien, als wij dat vrijlaten is het mogelijk dat voor twee precies dezelfde hoortoestellen voor het ene € 1000 en het andere € 2000 moet worden betaald. Dat heeft te maken met mogelijke prijsafspraken of met deals of met wat dan ook in de markt. Hetzij de zorgverzekeraar betaalt die extra prijs, hetzij de patiënt, afhankelijk van of hulpmiddel het al dan niet in de aanvullende verzekering zit. Kan daar een keer goed naar worden gekeken en kan dit enigszins worden gereguleerd? Ik kan mij nog herinneren dat ik een esculaap kocht toen ik arts werd, zo'n sticker. Die kostte fl. 2,50. Ik kon toen ook een Stop-de-Neutronenbomsticker kopen in die tijd en die kostte fl. 1,00. Het was algemeen bekend dat als de term «medisch» voor een product stond, de prijs werd verdubbeld. Wij zijn inmiddels een paar jaar verder, maar dat soort mechanismen spelen nog steeds. Wij zijn toch gek als wij de mogelijkheden om invloed uit te oefenen niet gebruiken. Wij doen het bij de geneesmiddelen wel, waarom zouden wij dat ook niet bij hulpmiddelen overwegen, als dit manifest is?

Minister **Klink**: Ik ben natuurlijk erg benieuwd welke sticker de heer Van Gerven op zijn ruit heeft geplakt. Allebei? Oké. Ik kan nu ook een beetje

traceren hoe lang dat geleden is en de leeftijd van heer Van Gerven raden, zou ik bijna zeggen.

Ik gaf aan dat het hulpmiddel adequaat moet zijn om tegemoet te komen aan de functiebeperking, dat moge duidelijk zijn. Als de heer Van Gerven voorbeelden heeft van prijsverschillen waardoor je niet aan adequate hulpmiddelen komt, wil ik die graag zien. Het prijsverschil dat net werd geschetst, is nu juist de reden voor de bijbetaling. Ik ben bang dat als je die niet zou realiseren, de prijs niet verdubbelt, maar twintig maal zo hoog wordt. Het voorbeeld van de heer Van Gerven gaf dat in feite aan. Ik ben er eerlijk gezegd niet zo bang voor dat dit schadelijk zou zijn, mits maar gegarandeerd is dat een adequaat hulpmiddel – in dit geval een hoortoestel – beschikbaar is voor een persoon. Het kan niet zo is dat men als vrager wordt afgescheept met een kwaliteit die alleen bij de lichtere categorieën van toepassing is en dat degenen die een zwaardere aandoening hebben in feite alleen maar suboptimaal worden geholpen.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister verder gaat en dat de leden in de tweede termijn hun resterende vragen en opmerkingen inbrengen.

Minister **Klink**: De heer Van Gerven vroeg nog naar innovatie. Daar hebben wij verschillende keren over gesproken en naar aanleiding van een motie van mevrouw Schippers is een innovatieloket ingericht door het CVZ, de NZA en ZonMw. Dat geeft inzicht in vragen over innovatie van hulpmiddelen en de mogelijkheden voor vergoeding. Het Zorginnovatieplatform (ZIP) onderzoekt mogelijkheden voor innovatie en maakt een analyse over de vraag in hoeverre onze stelsels van beoordeling een snelle implementatie van innovatie in de weg staan. De inzichten van het Innovatieloket en de onderzoeken van het ZIP zullen wij samen nemen en gebruiken voor de nieuwe vormgeving van aan functiebeperking gerelateerde aanspraken en de zorgprotocollen die ermee gemoeid zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een vraag gesteld over de apotheker en de hulpmiddelen in relatie tot de geneesmiddelenverstrekking. Ik geloof dat ook de heer Zijlstra en anderen daarop hebben gewezen.

Minister **Klink**: Ik verzoek de heer Van Gerven mij de gelegenheid te geven, daarop terug te komen bij het AO over de geneesmiddelen op 10 december a.s. Anders zal ik de Kamer daarover schriftelijk berichten.

De heer **Zijlstra** (VVD): U mag dat schriftelijk doen, maar dan wel voor volgende week.

Minister **Klink**: Ik voeg aan mijn eerdere opmerking toe dat het een goede voorbereiding is voor het algemeen overleg van volgende week.

De **voorzitter**: De minister zegt toe dat hij schriftelijk zal antwoorden voor 10 december a.s.

Minister **Klink**: De hulpmiddelen worden meegenomen in de dbc's. Als een hulpmiddel onderdeel is van de specialistische zorg, dient het door een dbc te worden bekostigd, ook als de specialistische zorg in de thuis-situatie wordt geleverd. De zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat er geen sprake is van dubbele kosten, waarbij zowel de extramurale als de intramurale zorg wordt bekostigd.

Ik ben afdoende ingegaan op de realisering van de geïntegreerde zorg door te melden dat ik deze integratie in de zorgprotocollen wil opzoeken, teneinde hulpmiddelen daarin deel te laten uitmaken van de gangbare en aangewezen zorg.

Intramurale voorzieningen worden vanuit de AWBZ gefinancierd en extramurale voorzieningen, bijvoorbeeld in de thuishulp, vanuit de Wmo. De

Zorgverzekeringswet is aan de orde als het om zorggerelateerde hulpmiddelen gaat. Ik ben nieuwsgierig wat de heer Zijlstra bedoelt met «semimuraal», want deze categorisering van AWBZ, Zorgverzekeringswet en Wmo dekt alle vormen van zorg.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik verwees naar onze discussie over kleinschalige zorginstellingen, waar mensen zorg krijgen, maar ook zelfstandig wonen. Dat wordt tegenwoordig «semimuraal» genoemd. Deze term toont goed aan dat dit tussen intra- en extramuraal in ligt. Het extramuraal aspect is dat men zelfstandig woont, maar er is ook een intramuraal aspect, namelijk dat men zorg krijgt van een zorginstelling.

Minister **Klink**: Ik kom er graag in tweede termijn op terug binnen welke categorie en onder welke regeling dit valt. In de toekomst moet dit worden ingedeeld als participatie of als zorg.

In het verlengde van de heroriëntatie moeten wij een aantal beslissingen nemen over de regelingen in relatie tot het ene loket, waarbij de indeling van groot belang is. Het is voorstelbaar dat er een loket komt bij de gemeenten dat ten minste een verwijfsfunctie heeft. Als men niet naar de gemeente wordt verwezen, zal bij dit loket de kennis aanwezig zijn om voor bepaalde hulpmiddelen te verwijzen naar de zorgverzekeraar. Dat geeft al een zekere duidelijkheid. Een stap verder zou geïntegreerde indicatie bij dit ene loket zijn, maar dat vergt nog de nodige ontwikkeling. Dit is een mogelijke uitkomst van de overwegingen bij de heroriëntatie. Als wij een andere richting kiezen, komen er misschien zorgcoaches, die patiënten begeleiding geven en de kennis van zaken hebben om deze te verwijzen naar de Wmo of de Zorgverzekeringswet. Chronische patiënten zullen zich tot patiëntenverenigingen wenden voor de nodige informatie. De gestelde vragen gaan alleen over degenen die de zorg eenmalig nodig hebben. Dan is het vanuit een kostenooptpunt natuurlijk een enorme stap om een coach toe te wijzen. Ik zie twee mogelijkheden, namelijk een loket bij de gemeenten met een verwijfsfunctie en eventueel een gemeenschappelijke indicatie, dan wel een coach die betrokkene inzichtelijk maakt waar deze moet zijn. Dit kunnen bijvoorbeeld in de eerste lijn de verpleegkundigen zijn, die vaak met de huisarts samenwerken. Deze ontwikkeling moeten wij afwachten.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Ik verzoek de minister, toch de mogelijkheid mee te nemen dat er één loket komt voor alle zorgvragen, waarbij alle partijen de zorg in de backoffice regelen. De klant heeft er juist bezwaar tegen om bij dat ene loket te komen en dan toch te worden doorgestuurd naar het volgende. Bij een centraal loket voor alle zorgvragen zal natuurlijk hoogwaardig personeel moeten zitten, dat in de backoffice kan zorgen dat de zorg wordt geregeld. Dat lost iets op voor de klant. Overigens, de minister heeft nog niet gezegd wat er met de WIA zal gebeuren.

Minister **Klink**: Dat is de tweede stap die ik noemde. Dit betekent dat zorgverzekeraar en gemeente heel nauw moeten samenwerken. Ik ben zelf al tevreden als de verwijfsfunctie bij één loket kan worden gelegd, niet in de zin van: «u kunt hier niet terecht en u zoekt het maar uit met de verzekeraar», maar in de zin van het daadwerkelijk begeleiden van het contact tussen betrokkene en verzekeraar.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Sommige aanvragen, bijvoorbeeld in verband met de mobiliteit, betreffen meer dan één regeling. Ik verzoek de minister, als optie mee te nemen, niet uit te gaan van de belangen van de zorgverzekeraar of de gemeente, maar van de belangen van de klant.

Minister Klink: Het overplaatsen van de extramurale uitleenhulpmiddelen uit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet is al een stroomlijning. Dit betekent een categorisering in participatie en zorg, wat al een loket scheelt. Een vervolgstap is dat ene loket met een verwijfs functie, waarbij men niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd, maar daadwerkelijk wordt begeleid. Geïntegreerde indicatie zou nog fraaier zijn; dat nemen wij zeker mee als een van de opties.

Ten aanzien van de inspraak van cliënten en hun organisaties is bij het project Heroriëntatie Hulpmiddelen van meet af aan gekozen voor een interactieve aanpak met consultaties van verschillende patiëntenverenigingen. Ook door Vilans wordt een gedegen hulpmiddelensite onderhouden. Ook koepelorganisaties zoals de NPCF, de CV-Raad en het CSO is om expertise gevraagd. Als de koepelorganisaties dieper op beleidsmaatregelen willen ingaan of zelf signalen willen geven, is daartoe nog alle gelegenheid. De genoemde organisaties overleggen met het ministerie over de verschillende onderwerpen. Ook het CVZ consulteert alle stakeholders op dit terrein.

Als alternatieve informatie- en communicatielijnen heeft het ministerie van VWS de websites kiesbeter.nl en regelhulp.nl in het leven geroepen. Een niet-digitaal voorbeeld is de veelvuldig bij Postbus 52 opgevraagde VWS-brochure «Ik heb wat en krijg ik ook wat?» In het kader van de Wmo zijn de meeste gemeenten inmiddels voorzien van een Wmo-zorgloket. Daarnaast benadrukt VWS met regelmaat dat zorgverleners en hulpmiddelenleveranciers een belangrijke rol hebben bij het informeren van cliënten.

Mevrouw Willemse-van der Ploeg (CDA): Is het beleid ook afgestemd op mensen met specifieke beperkingen? Ik doel op mensen met zintuiglijke beperkingen en mensen met een verstandelijke handicap, die informatie gepresenteerd willen krijgen in de vorm van pictogrammen.

Minister Klink: Ik neem aan dat kiesbeter.nl en regelhulp.nl toereikende informatie geven. Mocht dat niet het geval zijn, dan vergt dit inderdaad aandacht. Ik kom hierop terug in tweede termijn.

Ik ken geen voorbeelden dat het gebruik van hulpmiddelen bij een overstap naar een andere verzekeraar problemen oplevert. Over bruikleenhulpmiddelen hebben zorgverzekeraars onderling een protocol afgesproken om te zorgen dat er geen problemen ontstaan bij het overstappen.

Over de vraag of het niet mogelijk is om een elektrische fiets te krijgen in plaats van een scootmobiel: deze voorzieningen vallen onder de Wmo die door de gemeenten wordt uitgevoerd.

Zij zijn op grond van de compensatieplicht verplicht burgers te laten participeren in de samenleving. Voorzieningen die als algemeen gebruikelijk worden beschouwd, vallen doorgaans niet onder de compensatieplicht. In dat opzicht is een elektrische fiets kennelijk anders dan een scootmobiel. Maximaal hergebruik van hulpmiddelen is strikt genomen een zaak van de zorgverzekeraar en het UWV of de gemeenten. Hulpmiddelen kunnen in bruikleen worden gegeven of in eigendom worden verstrekt en zij kunnen door de verstrekker worden gekocht, gehuurd, geleased of middels koop en terugkoop worden verstrekt. Ik vertrouw erop dat veldpartijen de meest doelmatige vorm zullen kiezen. Ook hierop kom ik graag terug in tweede termijn.

Nadere gedachtewisseling

De heer Van Gerven (SP): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn beantwoording. Ik heb bij de functiegerichte omschrijving drie risico's genoemd, namelijk het recht op zorg, het mogelijk afnemen van het zicht op de kwaliteit en de grote administratieve belasting die kan optreden. Ik

verzoek de minister alsnog in te gaan op de mogelijke toename van de bureaucratie en de administratieve lasten. Ik ben blij met de opmerking dat het recht op zorg ook bij een functiegerichte omschrijving helder moet blijven en dat deze omschrijving dus niet bedoeld is om te bezuinigen. De maximale vergoeding voor een hoortoestel is € 476. Wie een ernstige gehoorstoornis heeft, heeft een hoortoestel nodig van € 1000 of meer. Naarmate de handicap erger is, komt er dus meer voor eigen rekening. Bij gezichtsbeperkingen is het andersom. De SP is überhaupt niet voor eigen bijdragen, maar in dit geval wordt men nog extra gestraft door de vorm van de regeling. Ik verzoek de minister dit goed te bezien, want het is niet consequent en niet rechtvaardig.

Wanneer kunnen wij de resultaten verwachten van het onderzoek naar de reclame voor hulpmiddelen? Is de minister van plan om daaraan vergelijkbare restricties te verbinden als bij de geneesmiddelen?

Er verschijnen steeds meer advertenties voor zorgcoaches of zorgmakelaars, die bijvoorbeeld € 70 per uur vragen. De SP vindt dat geen goede ontwikkeling. De minister heeft de plicht om de zorg zo eenvoudig mogelijk te organiseren, zodat dergelijke coaches niet nodig zijn. Het is echter wel goed dat wijkverpleegkundigen chronisch zieken in dit opzicht helpen. Ik ben niet tegen reclame voor hulpmiddelen waarin een bedrijf zijn assortiment toont, maar ik heb het voorbeeld genoemd van de glucosesensoren die aan patiënten worden aangeboden, maar niet worden vergoed. Zo wordt een vraag gecreëerd. Wij moeten er goed bijilstaan wat op dit terrein wel en niet moet worden toegestaan. Bij geneesmiddelen zijn wij terecht heel strikt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wij wachten het overleg in maart af, als de concrete uitwerking van de plannen bekend is. Ik heb nog twee vragen en een opmerking. Zal de Procesbeschrijving Hulpmiddelenzorg onderdeel uitmaken van de regeling? Mijn vraag over ICF als standaard is nog niet beantwoord.

Ik dank de minister voor zijn toezegging de mogelijkheden voor één loket te bezien, hoewel indiceren meer consequenties heeft dan alleen verwijzen. Dit zou vanuit de patiënt geredeneerd de ideale oplossing zijn. De zorgcoach kan bij individuele, complexe gevallen een optie zijn, maar als generieke oplossing vinden wij één loket beter.

Mevrouw **Van Dijken** (PvdA): Mijns inziens kan zowel één zorgloket als de zorgcoach een goede oplossing zijn, afhankelijk van de vraag en dus van de cliënt. Er is een verschil tussen hulpmiddelen waarvan de noodzaak te voorspellen is en hulpmiddelen die onverwacht nodig zijn. Mijn vraag over ICF is nog niet beantwoord. Als de minister inderdaad tot integrale indicatie door de behandelend arts wil komen, moet er nog veel gebeuren. Alle chirurgen en traumadeskundigen in de tweede lijn moeten dan veel bijleren. Dit zou de beste oplossing zijn, maar ik heb er een hard hoofd in, vooral omdat er vaak urgent iets moet worden geregeld.

Wat de kwaliteit betreft, heeft de PvdA-fractie er niets op tegen als het goedkoper kan. De voorzieningen moeten minimaal adequaat zijn, dus echt adequaat voor de vraag en het probleem. Als iemand een metallic scootmobiel wil, is bijbetaling niet ongepast.

Ik zou graag zien dat er een certificering voor hulphonden kwam. Dit is voor blindengeleidehonden goed geregeld, maar voor hulphonden zijn er veel verschillende opleidingen met verschillende kosten. Zo is er in Groningen een mbo-school waar hulphonden worden opgeleid als onderdeel van de opleiding. De sector zelf is bereid een standaard te gaan hanteren voor wat een hulphond minimaal moet kunnen. Het is ook mogelijk dat er «light» en «plus» hulphonden komen met verschillende eisen en prijzen.

Wij hebben het opnamerecht en de transparantie in de polis besproken. Als dit leidt tot een nieuwe limitatieve lijst, schieten wij ons doel voorbij.

Ik verzoek de minister om de informatie ook ter beschikking te stellen via de website ookjij.nl voor mensen met een verstandelijke beperking. Als bij één patiënt twee leveranciers betrokken zijn voor de elektrische rolstoel en voor de robotarm en een van beide moet worden gerepareerd, mag het niet zo zijn dat de klant drie weken zonder zit, omdat de leveranciers het onderling niet eens kunnen worden. Ik verzoek de minister dit met de sector te bespreken.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Voorzitter. Ik dank de minister voor zijn beantwoording en voor het feit dat hij zich maximaal wil inzetten voor de realisering van het ene loket. Dat is de beste optie voor de zelfredzaamheid van de klant. Gaan de hulpmiddelen die via de WIA verkrijgbaar zijn ook onder het ene loket vallen?

In de stukken staat dat bepaalde partijen niet instemden met het beoordelingskader. Welke partijen betreft dit? Slechts twee van de vijftien leden van de in te stellen klankbordgroep zijn vertegenwoordigers van de cliënten. Vindt de minister dit niet weinig, gezien het feit dat het gaat over cliëntenvoorzieningen?

VWS is een onderzoek gestart naar hulpmiddelenreclame.

Geldt hetgeen de minister zei over de overstap tussen zorgverzekeraars ook voor hulpmiddelen die onder de Wmo vallen? Iedere gemeente heeft de vrijheid om daarvoor eigen regelingen in te stellen. Het zou triest zijn als de klant aan de grens van de gemeente zijn rolstoel moet laten staan, om vervolgens met een ander hulpmiddel verder te gaan. Zo zouden mensen die in het verleden een overdekt mobiel hadden, in de toekomst wellicht moeten overstappen op een open mobiel en reumaondergoed. Dit mag in Nederland niet mogelijk zijn.

Ik heb het hergebruik niet alleen genoemd, omdat dan zorgvuldiger met de hulpmiddelen zou worden omgegaan. Het is ook van belang voor de duurzaamheid en het milieu. Wij kunnen zeggen dat dit aan de zorgverzekeraars en de gemeenten is, maar de overheid zou hiermee stimulerend of achter de schermen initiërend kunnen omgaan.

Minister **Klink**: Voorzitter. Bij de hulpmiddelen kennen wij alleen de categorieën intra- en extramuraal, niet semimuraal. Als mensen zelfstandig wonen en huur betalen, is dat extramuraal; als de AWBZ de woonvoorziening betaalt, is dat intramuraal.

De SP-fractie heeft eerder schriftelijke vragen gesteld over de eigen bijdrage bij hoortoestellen. Wij hebben toen gemeld dat het CVZ de genoemde verschillen binnenkort zal bezien. Wij zullen de Kamer informeren over het resultaat.

Wij hopen de resultaten daarvan in 2009 aan de Kamer te doen toekomen. Ik wijs erop dat de geneesmiddelenmarkt en de hulpmiddelenmarkt verschillend gestructureerd zijn. Het GWS zou een behoorlijke herberekening vragen om weer tot toereikende eigen bijdragen te komen, wat een zeker limitatief effect heeft op de kosten van de gezondheidszorg en de geneesmiddelen. Tegen de achtergrond van de verschillen in context van deze twee punten zullen wij de Kamer volgend jaar de uitkomsten van onze verkenning doen toekomen.

Er bestaat een algemene procesbeschrijving voor de hulpmiddelenzorg die breed wordt gebruikt. Voor enkele specifieke hulpmiddelen bestaan hulpmiddelenkompassen. Ik heb geld uitgetrokken voor de verdere ontwikkeling van deze protocollen in 2009, maar ik wil vooral inzetten op de ontwikkeling van de zorgprotocollen waarbij hulpmiddelen verwerkt zijn in de zorgstandaarden. Deze zijn onderliggend voor de functiebeperkinggerelateerde aanspraken.

Over de zorgcoach of zorgmakelaar is terecht opgemerkt dat het proces niet zo ingewikkeld moet worden. Dit is de reden dat het traject van de heroriëntatie is ingezet, en wij overgaan van een limitatieve lijst naar een lijst met uitzonderingen op wat er kan worden vergoed. Als wij van de

aanbodgerichte lijst afstappen en het CVZ gaat toetsen, zal in de zorgprotocollen te zien zijn waarop men aanspraak kan maken. Het CVZ zal de uitzonderingen vaststellen. Die worden dus niet in de zorgprotocollen en de polissen opgenomen. Dit is overigens consistent met de regelingen die wij bij de geneesmiddelen gewent achten.

De kwaliteit moet geborgd zijn. Wij zullen de mogelijke toename van de bureaucratie uiteraard meenemen in de nadere verkenningen rondom de aan functiebeperking gerelateerde aanspraken.

De genoemde limitatieve lijst is een voorbeeld van de vermindering van de administratieve belasting, doordat zaken via de protocollen en de zorgstandaarden worden meegenomen en het CVZ hiermee pas in laatste instantie te maken heeft.

Ik zal de vraag over ICF schriftelijk beantwoorden. Het is mogelijk dat ten aanzien van de zorgcoach en het ene loket een gedifferentieerde benadering nodig is, waarbij de begeleiding van chronische patiënten wellicht in de eerste lijn kan plaatsvinden, terwijl het ene loket dit kan verzorgen als mensen eenmalig zorg en hulpmiddelen nodig hebben. Dit moeten wij nader in kaart brengen.

Ik heb ooit een dag meegelopen met mensen die met hulphonden werkten, wat mijn interesse voorgoed heeft gewekt. Als de sector bereid is de certificering te realiseren, ben ik daar niet tegen. Dit kan wellicht uitmonden in een categorisering met verschillende prijzen. Ik zal dit meenemen bij de nadere verkenning.

Het project voor de heroriëntatie betreft ook de WIA. Deze regeling kan niet worden ondergebracht in de Zorgverzekeringswet of de Wmo, omdat hij door de gerichtheid op de arbeidsintegratie te specifiek is. De uitvoering van de WIA en het UWV wordt wel meegenomen bij de heroriëntatie in verband met het ene loket. Gemeenten werken al aan één loket voor Wmo en UWV en wij willen daarop geen inbreuk maken. Bij de nadere vormgeving van het loket kan de integratie van WIA, Zorgverzekeringswet en Wmo worden meegenomen.

In de klankbordgroep van de koepelorganisaties voor het toetsingskader zaten organisaties zoals de CG-Raad en het CSO, die via hun achterbannen de cliëntenorganisaties vertegenwoordigen. Daarnaast zijn er expertmeetings georganiseerd, waarvoor naast de genoemde partijen ook Per Saldo en de NPCF waren uitgenodigd. In de consultatieronde zijn naast de leden van de klankbordgroep ook de NPCF en de Consumentenbond in de gelegenheid gesteld om bestuurlijk een reactie te geven. Niet akkoord met het geheel waren de NPCF, de CG-Raad en de CSO.

Mevrouw **Willemse-van der Ploeg** (CDA): Uiteindelijk blijken de cliëntenorganisaties het hier niet mee eens te zijn. Dit is niet helder in de stukken, zodat wij onterecht de indruk krijgen dat er draagvlak is bij de groep waarom het gaat. Ik vind het belangrijk hieraan in volgende rapportages aandacht te besteden en de motieven te vermelden, zodat wij een afweging kunnen maken. Twee van de vijftien leden van de klankbordgroep vertegenwoordigden de cliëntenorganisaties. Als een van beiden afwezig is, bereikt de ander niets in een dergelijke grote groep. Ik verzoek de minister maximaal recht te doen aan het perspectief van de cliënten, ook in dit dossier.

Minister **Klink**: Ik ben het graag met mevrouw Willemse eens. Bij de presentatie van de uitkomsten zullen wij specificeren wie het er niet mee eens waren, zodat de Kamer hun argumenten bij de afweging kan betrekken.

Het hergebruik is met name een zaak van de zorgverzekeraars, de gemeenten of het UWV. Wij gaan daar niet over. Het argument van duurzaamheid spreekt ook mij aan, maar het gaat wel heel ver als ik hierin zou interveniëren. Ik zal bezien hoe wij dit kunnen benaderen.

De gemeenten gaan over de gang van zaken betreffende hulpmiddelen die onder de Wmo vallen bij het verhuizen van de ene naar de andere gemeente. De variatie tussen de gemeenten, die wij zo hebben gewild, zodat zij maatwerk konden leveren, brengt met zich mee dat mensen tegen verschillen kunnen oplopen als zij naar een andere gemeente verhuizen. Dit ligt besloten in de structuur van het geheel. Wellicht kunnen de gemeenten net als de zorgverzekeraars protocollen afspreken. Ik kan dit niet helemaal overzien. Wellicht dat private partijen hier een voorbeeld zijn voor publieke partijen.

De **voorzitter**: Wij zijn aan het eind gekomen van de tweede termijn van de minister. Alle vragen zijn beantwoord. De vraag van de heer Van Gerven over de apotheker en de hulpmiddelen in relatie tot de geneesmiddelenverstrekking zal voor het AO van 10 december schriftelijk worden beantwoord. Ik dank de minister en zijn ambtenaren en het publiek.

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

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