



ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

## Rapportage positionering hulpmiddelen

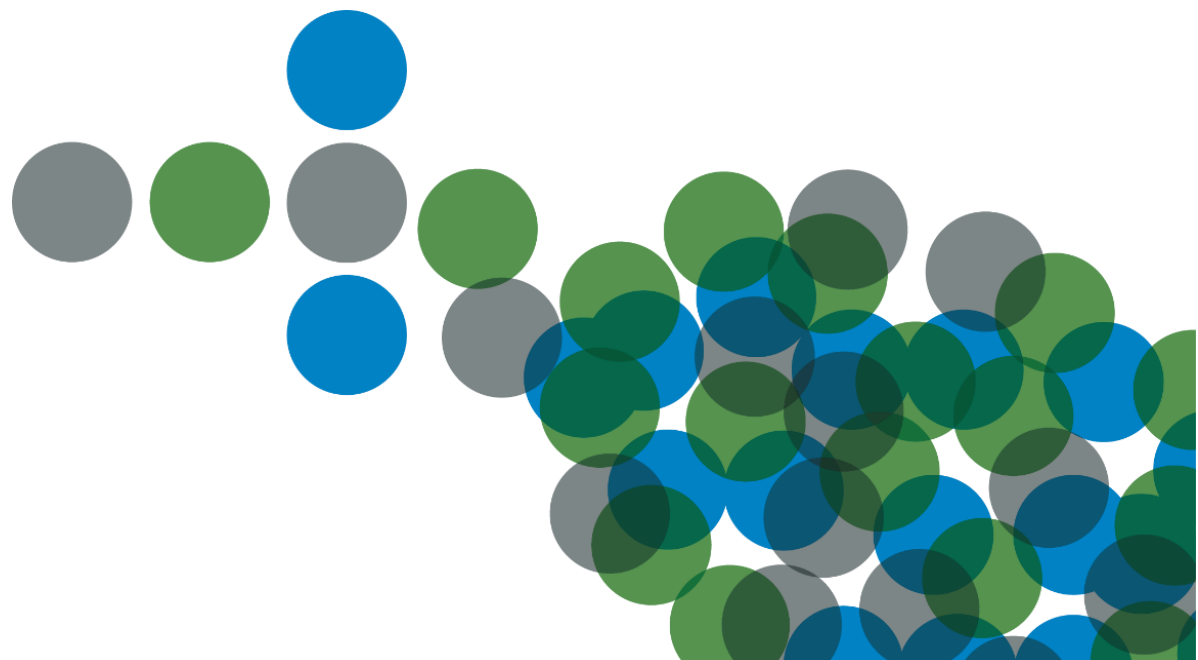
**Auteur(s)** dr. Patrick Jansen  
drs. Sylvia Schutte

**Opdrachtgever** Bureau HHM

**Kenmerk** SS/20/0922/hulpzvw

**Publicatiedatum** 17 juni 2020

© Bureau HHM



## Inhoud

Samenvatting .....	3
1. Inleiding .....	6
1.1 Aanleiding onderzoek .....	6
1.2 Vraagstelling .....	6
1.3 Doel .....	7
1.4 Aanpak .....	7
2. Persoonsgebonden hulpmiddelen in Wlz instellingen .....	8
2.1 Specifieke aanpak .....	8
2.2 Samenvattende bevindingen .....	8
2.3 Bevindingen per perspectief .....	10
2.4 Enkele specifieke hulpmiddelen in relatie tot positionering in de Wlz .....	13
3. Positionering hulpmiddelen in geclusterde settings .....	15
3.1 Specifieke aanpak .....	15
3.2 Samenvattende bevindingen .....	15
3.3 Bevindingen per perspectief .....	17
<b>1</b> Bijlage 1. Overzicht van onderzochte groepen van persoonsgebonden hulpmiddelen (vraag 1) .....	21
<b>2</b> Bijlage 2. Deelnemers aan de interviews .....	22
<b>3</b> Bijlage 3. Voorwaarden voor positionering van hulpmiddelen in de Wlz .....	24
Bijlage 4. Werkdefinitie geclusterde setting .....	25

Dit rapport is geoptimaliseerd voor lezen op een beeldscherm.  
 Navigeer tussen de hoofdstukken met de cijfers in de kantlijn.  
 Met de pijl daaronder komt u terug bij de inhoudsopgave.



## Samenvatting

Sinds 1 januari 2020 ontvangen cliënten in een Wlz-zorginstelling hun zogeheten roerende hulpmiddelen (bijvoorbeeld een tillift) en hun mobiliteitshulpmiddelen (bijvoorbeeld een aangepaste rolstoel) uit de Wlz. Voor de persoonsgebonden hulpmiddelen voor cliënten in een instelling, bestaat de wens om ook over te gaan naar één manier van verstrekken. Daarbij heeft positionering in de Wlz op dit moment de voorkeur. Persoonsgebonden hulpmiddelen zijn ge- en verbruiks-middelen die niet algemeen gebruikt kunnen worden, zoals verband-middelen en hoortoestellen. Deze hulpmiddelen worden nu soms uit de Wlz gefinancierd en soms uit de Zvw.

Voor de meeste persoonsgebonden hulpmiddelen was al verkend dat het mogelijk is ze in de Wlz onder te brengen. Voor een beperkt deel van deze hulpmiddelen was behoefte aan een nader onderzoek, met als **vraag (1)**: *Heeft de overheveling naar de Wlz meerwaarde voor deze persoonsgebonden hulpmiddelen of zijn er dwingende redenen om het betreffende hulpmiddel niet in de Wlz te positioneren?*

1  
2  
3

In opdracht van het Ministerie van VWS hebben wij dit onderzoek in het voorjaar van 2020 uitgevoerd. We hebben daarbij interviews gehouden met personen vanuit diverse organisaties die te maken hebben met de betreffende hulpmiddelen. Het ging onder meer om vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, het Zorginstituut, zorginstellingen, zorgkantoren, zorgverzekeraars, branches en leveranciers van hulpmiddelen.

In de gesprekken hebben we hen steeds de onderzoeksvraag voorgelegd en gevraagd deze te beantwoorden vanuit het perspectief van de cliënt, de uitvoeringspraktijk van hulp- en/of zorgverleners en instellingen, de uitvoeringspraktijk van financiers, de uitvoeringspraktijk van leveranciers of vanuit de inrichting van het stelsel.

Op basis van deze gesprekken komen we tot de **conclusie (1)** dat deze groep van hulpmiddelen in de Wlz gepositioneerd kan worden, mits wordt voldaan aan borging van dezelfde voorwaarden die ook gelden voor de andere persoonsgebonden hulpmiddelen. Het gaat hierbij om de volgende voorwaarden:

- kwaliteit en maatwerk;
- toegankelijkheid;
- doelmatigheid;
- expertise bij zorginstellingen;
- beschikbaarheid en het behouden van een aan de cliënt aangepast hulpmiddel bij verhuizing.

Om aan deze voorwaarden te kunnen voldoen, stellen partijen aanvullend dat bekostiging en inkoop van deze hulpmiddelen via het zorgkantoor de meest wenselijke optie is.

Vanuit de cliënt en het stelsel bezien worden overwegend voordelen genoemd van positionering in de Wlz. Vanuit de andere perspectieven zijn ook enkele aandachtspunten benoemd. Het rapport gaat hier verder op in.

Daarnaast was er behoefte te weten of het regime dat geldt dan wel gaat gelden voor cliënten in een instelling voor alle hulpmiddelen (dus



roerende, mobiliteits- én persoonsgebonden hulpmiddelen) ook kan gaan gelden voor cliënten die verblijven in een zogenoemde geclusterde setting met een vpt, mpt en/of pgb. Deze cliënten ontvangen nu hulpmiddelen uit de Zvw en/of de Wmo. De **vraag (2)** luidde hier: *Kan voor cliënten in een geclusterde setting hetzelfde regime gelden van hulpmiddelen? En zo ja, wat komt hierbij kijken?*

Dit onderzoek is op dezelfde manier uitgevoerd als het eerst deel. Onze aanpak bestond uit het houden van interviews met relevante stakeholders. Hier ging het om personen vanuit organisaties die te maken hebben met hulpmiddelen én/of met geclusterde settings.

We hebben hen wederom gevraagd de onderzoeksvraag te beantwoorden vanuit verschillende perspectieven, namelijk die van de cliënt, van de uitvoeringspraktijk van de geclusterde setting en vanuit de overzichtelijkheid van het stelsel.

Hier luidt onze **conclusie (2)** dat partijen, uitgaande van de situatie zoals die nu is, weinig voordelen verwachten van het onder de Wlz positioneren van de hulpmiddelen voor geclusterde settings. Tegelijkertijd is momenteel zodanig veel in beweging, dat het feitelijk nog te vroeg is om een advies uit te brengen over de positionering van hulpmiddelen voor geclusterde settings.









1  
2  
3

Deze rapportage bevat het verslag van beide onderzoeken. De informatie dient ter voorbereiding van besluitvorming door het volgende kabinet.

Zie in het schema op de volgende pagina hoe beide vragen zich tot elkaar verhouden.



## Aanspraken per 2020

Type hulpmiddel	Roerende voorzieningen bij zorg en wonen	Mobiliteits-hulpmiddelen	Persoonsgebonden hulpmiddelen	
Plaats van zorg ↓ <i>Bijvoorbeeld</i>	<i>Tillift of doucheplank voor algemeen gebruik</i>	<i>Rolstoel, scootmobiel voor persoonlijk gebruik</i>	<i>Verbandmiddelen, hoortoestel, bril voor persoonlijk gebruik</i>	
Wlz-instelling	<b>Wlz</b> 	<b>Wlz</b> 	<b>Wlz</b> 	Verblijf met behandeling en het hulpmiddel houdt verband met door de instelling gegeven zorg.
			<b>Zvw</b> 	Verblijf zonder behandeling of Verblijf met behandeling waarbij het hulpmiddel geen verband houdt met door de instelling gegeven zorg.
In een geclusterde setting met vpt, mpt of pgb	<b>Zvw en/of Wmo</b>  	<b>Wmo</b> 	<b>Zvw</b> 	

## Focus onderzoek

1  
Zijn er redenen om deze hulpmiddelen niet in de Wlz te positioneren?

2  
Kan voor cliënten in een geclusterde setting hetzelfde regime gelden van hulpmiddelen?

1  
2  
3



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

Sinds 1 januari 2020 ontvangen alle cliënten in een Wlz-zorginstelling hun zogeheten roerende hulpmiddelen (als een tillift of een douche-stoel) en hun mobiliteitshulpmiddelen (als aangepaste rolstoelen en scootmobielen) uit de Wlz.

Voor de zogeheten persoonsgebonden hulpmiddelen, bestaat de wens om ook over te gaan naar één manier van verstrekken. Deze hulpmiddelen worden nu soms uit de Wlz gefinancierd en soms uit de Zvw. Persoonsgebonden hulpmiddelen zijn ge- en verbruiksmiddelen die niet algemeen gebruikt kunnen worden, zoals verbandmiddelen, hoortoestellen en visuele hulpmiddelen.

Welk domein van toepassing is, wordt nu bepaald door het feit of een cliënt verblijft in een Wlz-zorginstelling met behandeling dan wel in een Wlz-zorginstelling zonder behandeling. De laatste groep krijgt de hulpmiddelen altijd uit de Zvw. Bij de eerste groep is bepalend of de hulpmiddelen verband houden met door de instelling gegeven zorg. Als dit het geval is, vallen de hulpmiddelen onder de Wlz en zo niet dan ontvangen cliënten de hulpmiddelen vanuit de Zvw.

Uit advies van het Zorginstituut, onderzoek van Berenschot<sup>1</sup> en een verkenning georganiseerd door het Ministerie van VWS (met deskundigen in twee bijeenkomsten in oktober 2019) komt de Wlz als

voorkeursoptie naar voren voor positionering van deze persoonsgebonden hulpmiddelen.

Voor een beperkte groep hulpmiddelen was behoefte aan een nadere verdieping. Dit omdat het weliswaar mogelijk is ze vanuit de Wlz te verstrekken, maar dat het misschien niet wenselijk is. Het gaat dan om de persoonsgebonden hulpmiddelen die nu voor cliënten in instellingen met behandeling vanuit de Zvw worden verstrekt.

Daarnaast is er behoefte te weten of het regime dat geldt/gaat gelden voor cliënten in een instelling voor alle hulpmiddelen (dus roerende, mobiliteits én persoonsgebonden) ook kan gaan gelden voor cliënten die verblijven in een geclusterde setting (uitgaande van een werkdefinitie hiervan) met een vpt, mpt en/of pgb. Deze cliënten ontvangen hulpmiddelen nu uit de Zvw en/of de Wmo.

Dit leidde tot een onderzoek met twee hoofdvragen.

## 1.2 Vraagstelling

De eerste hoofdvraag luidt:

*Heeft de overheveling naar de Wlz meerwaarde voor deze persoonsgebonden hulpmiddelen of zijn er dwingende redenen om het betreffende hulpmiddel niet in de Wlz te positioneren?*

<sup>1</sup>Zie de rapportage van Berenschot over dit onderwerp (59862 – 30 april 2019) en het *Advies positionering behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz* (Zorginstituut, 27 sept. 2017).



### Focus

Het gaat hierbij om de volgende (Zvw-) hulpmiddelen:

- enkele hulpmiddelen binnen de hoofdgroep 'Prothesen': mammaprothesen, oogprothesen, gelaatsprothesen en pruiken/haarwerken;
- de volledige hoofdgroep 'Visuele' en 'Auditieve hulpmiddelen', zoals bijzondere optische hulpmiddelen en hoortoestellen;
- binnen de hoofdgroep 'Communicatiemiddelen' de secundaire communicatiemiddelen, zoals voorleesapparatuur;
- enkele overige hulpmiddelen: in- en uitvoerapparatuur en computerprogrammatuur, computers en toebehoren en de uitwendige elektrostimulator.

In [bijlage 1](#) staat een volledige lijst.

De tweede hoofdvraag luidt:

*Kan voor cliënten in een geclusterde setting hetzelfde regime gelden van hulpmiddelen? En zo ja, wat komt hierbij kijken?*

In deze rapportage doen we verslag van het onderzoek naar beide vragen (zie samenvatting voor een visuele weergave van beide vragen in relatie tot de soorten hulpmiddelen). Het onderzoek vond plaats in de periode februari tot en met april 2020.

### 1.3 Doel

Beide verkenningen zijn onderdeel van een traject dat is gericht op het voorbereiden van besluitvorming voor het volgende kabinet. Invoering zal op zijn vroegst plaatsvinden op 1 januari 2023.

### 1.4 Aanpak

De aanpak van het onderzoek bestond per vraag uit vier stappen.

#### Stap 1 - Voorbereiding en deskresearch

We zijn gestart met deskresearch en overleg met betrokken beleidsmedewerkers van het ministerie van VWS voor nadere aanscherping van de vraagstelling, prioritering en te behalen resultaten. Dit heeft geresulteerd in een analysekader voor beide vragen. Het analysekader is vervolgens telefonisch getoetst bij enkele relevante contactpersonen.

#### Stap 2 - Telefonische gesprekken met relevante stakeholders

Vervolgens hielden we telefonische interviews. Ter beantwoording van de vragen hebben we met personen vanuit diverse organisaties gesproken die te maken hebben met de betreffende hulpmiddelen en/of geclusterde settings (één gesprek vond face-to-face plaats).

#### Stap 3 - Toetsing resultaten

Op basis van de interviews en in lijn met de analysekaders deden we verslag van het onderzoek in een conceptrapportage per vraag. Deze conceptrapportages zijn voorgelegd aan de deelnemers aan de interviews aangevuld met enkele beleidsmedewerkers (respectievelijk eind maart/begin april en eind april/begin mei). Aanvankelijk was per vraag voorzien in een bijeenkomst. Mede vanwege Covid-19 is dit vervangen door een schriftelijke ronde.

#### Stap 4 – Eindrapportage

De diverse reacties hebben wij vervolgens verwerkt, waarna beide deelnotities zijn samengevoegd in voorliggende rapportage. In ieder hoofdstuk wordt één vraag beantwoord en de specifieke aanpak, samenvattende bevindingen en nadere perspectieven beschreven.

1

2

3



## 2. Persoonsgebonden hulpmiddelen in Wlz instellingen

*Heeft de overheveling naar de Wlz meerwaarde voor een aantal bijzondere persoonsgebonden hulpmiddelen of zijn er dwingende redenen om het betreffende hulpmiddel niet in de Wlz te positioneren? Dat is de vraag die we in dit hoofdstuk beantwoorden.*

### 2.1 Specifieke aanpak

Hoofdstuk 1 beschrijft de aanpak op hoofdlijnen zoals deze voor beide vragen geldt. In dit en het volgende hoofdstuk benoemen we de specifieke elementen per vraag. Zoals weergegeven zijn we gestart met een analysekader waarin de volgende elementen naar voren kwamen.

- eventuele meerwaarde om het betreffende hulpmiddel in de Wlz te positioneren, en
- eventuele dwingende redenen om dit niet te doen vanuit het perspectief van:
  - de cliënt,
  - de uitvoeringspraktijk van hulp- en/of zorgverleners en instellingen,
  - de uitvoeringspraktijk van financiers,
  - de uitvoeringspraktijk van leveranciers,
  - de inrichting van het stelsel.

Vervolgens zijn we hierover in gesprek gegaan met in totaal 22 personen. Het ging om relevante vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, het Zorginstituut, zorginstellingen, zorgkantoren, zorgverzekeraars, branches en leveranciers van hulpmiddelen. De interviews vonden plaats in de periode februari en maart. Zie [bijlage 2](#) voor de deelnemers aan de interviews.

In alle interviews is gevraagd naar *alle* perspectieven. Het is dus niet zo dat de afwegingen die bijvoorbeeld staan onder 'vanuit het perspectief van leveranciers' enkel door leveranciers zijn benoemd.

### 2.2 Samenvattende bevindingen

Op basis van de gesprekken komen we tot de volgende samenvattende bevindingen.

*Overall zien partijen geen dwingende redenen om de persoonsgebonden hulpmiddelen niet in de Wlz te positioneren. Wel worden daarbij diverse afwegingen en/of voorwaarden benoemd.*

Een belangrijk deel van deze voorwaarden zijn ook benoemd in de Verkenning in oktober 2019, die in hoofdstuk 1 is beschreven. Destijds is gesteld dat bij een positionering van de persoonsgebonden hulpmiddelen naar de Wlz moet worden voldaan aan borging van (zie [bijlage 3](#) voor toelichting):

- kwaliteit en maatwerk
- toegankelijkheid
- doelmatigheid
- expertise bij zorginstellingen

1

2

3





- beschikbaarheid en het behouden van een aan de cliënt aangepast hulpmiddel bij verhuizing.

Om aan deze voorwaarden te voldoen, stellen partijen aanvullend dat bekostiging en inkoop via het zorgkantoor de meest wenselijke optie is (en dat instellingen niet risicodragend worden).

*Gevraagd naar meerwaarde zijn er verschillen, afhankelijk van het perspectief dat wordt ingenomen.*

Vanuit de diverse perspectieven worden zowel voordelen als risico's gezien, vaak afhankelijk van het beeld dat men heeft bij de concrete uitwerking en voorwaarden waaronder positionering in de Wlz plaatsvindt.

Voor de cliënt worden de volgende voordelen gezien:

- *overzichtelijker*: alle hulpmiddelen komen uit de Wlz, dit biedt vooral voordelen voor cliënten die tegelijkertijd meer hulpmiddelen gebruiken;
- *eenvoudiger*: de aanvraag van hulpmiddelen wordt overgenomen door de zorginstelling;
- *voordeliger*: de cliënt wordt niet geconfronteerd met extra betalingen, er van uitgaande dat de Eigen Bijdrage of het Eigen Risico uit de Zvw in de Wlz komen te vervallen;
- *meer uniformiteit*: dit geldt als de zorgkantoren deze hulpmiddelen gaan verstrekken vanuit een landelijk kader.

Vanuit het perspectief van de verschillende uitvoeringspraktijken worden voor- en nadelen benoemd, maar lijkt het overall mogelijk deze groep van persoonsgebonden hulpmiddelen in de Wlz te positioneren:

- Voor zorgverleners en -instellingen wordt het duidelijker en overzichtelijker; het leidt tot enige belasting voor zorgverleners en zorginstellingen, maar die is relatief beperkt als de bekostiging en inkoop van deze hulpmiddelen via het zorgkantoor gaat lopen.
- Voor de financiers leidt het tot een verschuiving. Het zorgkantoor zal te maken krijgen met een uitbreiding van werkzaamheden, zeker in het begin. Dit leidt tot meer beheerskosten. Voor de zorgverzekeraars worden de werkzaamheden minder.
- Voor leveranciers zijn er geen nadrukkelijke voor- of nadelen benoemd.
- Vanuit het perspectief van het stelsel wordt het als eenvoudiger en logischer gezien om alle hulpmiddelen in de Wlz te positioneren voor cliënten in Wlz-instellingen.

In paragraaf 2.3 zijn de bevindingen per perspectief gedetailleerd beschreven. De uiteindelijke meerwaarde hangt grotendeels af van hoe de zorg voor deze hulpmiddelen in de Wlz wordt ingericht. Daarbij zijn de voorwaarden zoals die uit de eerdere verkenning kwamen ook veelvuldig genoemd. Deze voorwaarden gelden dus niet specifiek voor deze hulpmiddelen, maar voor alle hulpmiddelen die in de Wlz worden gepositioneerd. Op basis hiervan komen we tot de volgende conclusie.

*Deze groep van hulpmiddelen kan in de Wlz gepositioneerd worden. Dit geldt mits wordt voldaan aan eerder genoemde voorwaarden, waarbij partijen aanvullend stellen, dat om aan deze voorwaarden te voldoen bekostiging en inkoop via het zorgkantoor de meest wenselijke optie is. Vanuit de cliënt en het stelsel gezien worden overwegend voordelen genoemd. Vanuit*

1  
2  
3



de andere perspectieven zijn ook enkele aandachtspunten benoemd.

### 2.3 Bevindingen per perspectief

Hieronder staat de weergave van de punten die naar voren gebracht zijn door de deelnemers van de interviews.

#### Vanuit het perspectief van de cliënt

##### Meerwaarde?

- Voor de cliënt (en zijn systeem) wordt **het eenvoudiger en duidelijker**.
  - Voor de cliënt wordt de instelling het aanspreekpunt/loket voor alle zorg en hulpmiddelen. De instelling brengt de cliënt in contact met de leverancier; de zorgverlener kan betrokken zijn bij de afstemming tussen leverancier en cliënt/mantelzorger (dit vraagt wel om informatie naar mantelzorgers; hun betrokkenheid zal anders zijn dan ze gewend zijn).
  - De cliënt en zijn beperkingen zijn bekend bij de instelling waardoor de noodzaak voor een hulpmiddel duidelijk is.
  - Cliënten hebben vaak tegelijkertijd meer hulpmiddelen nodig. Het is overzichtelijker, gemakkelijker en meer uniform als alles uit één domein komt.
- Het **vervallen van de Eigen Bijdrage** in de Zvw heeft voor cliënten meerwaarde (ervan uitgaande dat hierin binnen de Wlz niets wijzigt).

##### Afwegingen en voorwaarden

- Voor cliënten is van belang dat **de kwaliteit** kan worden gehandhaafd zoals nu geldt vanuit de Zvw.
  - Voor veel van deze hulpmiddelen is specialistische kennis nodig; hierin hoeft niets te wijzigen (voorbeeld: een optometrist kan worden

#### Vanuit het perspectief van de cliënt

- ingeschakeld, de factuur komt alleen ten laste van de Wlz in plaats van de Zvw).
  - Er moet een redelijke termijn als norm gelden tussen aanvraag en levering (conform de huidige situatie in de Zvw en als onderdeel van nog op te stellen kwaliteitskader of van afspraken tussen leverancier en zorgkantoor/zorginstelling).
  - Deze hulpmiddelen dienen niet ten laste te komen van het instellingsbudget (ter voorkoming van het risico van onderverzorging/kwalitatief minder goede hulpmiddelen als meer cliënten met vergelijkbare problematiek op één locatie wonen of als het gaat om een duur hulpmiddel; dit risico speelt niet als het hulpmiddel bovenbudgettair wordt bekostigd).
- Voor cliënten is het van belang dat de **keuzevrijheid** (keuze uit vergelijkbare alternatieven) kan worden gehandhaafd zoals nu geldt vanuit de Zvw.
  - Uitgangspunt moet zijn dat het hulpmiddel een adequate oplossing is voor de cliënt met behoud van voldoende keuzevrijheid.
  - Hierbij wordt opgemerkt, dat vergelijkbare keuzevrijheid (zoals nu bijvoorbeeld bij de restitutiepolis geldt) wellicht niet reëel is in de Wlz; zorgkantoren zullen hier mogelijk beperkingen hanteren vanuit verantwoordelijkheid voor doelmatigheid.
- Voor cliënten is van belang dat **maatwerk** mogelijk blijft zoals nu in de Zvw.
  - Met maatwerk wordt bedoeld dat waar nodig dat hulpmiddel kan worden ingezet dat adequaat is (en daarbij de meest doelmatige oplossing).
- Voor cliënten is van belang dat de **toegankelijkheid** kan worden gehandhaafd zoals deze nu geldt vanuit de Zvw.
  - Hierbij wordt aangegeven dat het wenselijk is om uit te gaan van een landelijk kader (Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg/ Functie Gerichte Aanspraak Hulpmiddelenzorg) als basis voor beoordeling. Dit geeft duidelijkheid en kan er voor zorgen dat cliënten niet tussen 'wal en schip' vallen met betrekking tot hulpmiddelenzorg.

1  
2  
3



### Vanuit het perspectief van de cliënt

- Aandachtspunt voor cliënten is de **overgang van thuis naar instelling**. Genoemd zijn:
  - Behoud van *hulpmiddel (en bijbehorende service- en garantieafspraken)*. Hierover dienen afspraken te worden gemaakt. Een wenselijk uitgangspunt is dat cliënten hun Zvw-hulpmiddel houden bij de overgang naar de Wlz; het moment van vervanging is het moment om over te stappen naar een Wlz-hulpmiddel.
  - Behoud van *leverancier*. Dit kan eveneens tot aan het moment van vervanging.

### Vanuit het perspectief van de uitvoeringspraktijk van zorgverleners en zorginstellingen

#### Meerwaarde?

- Positionering in de Wlz is **overzichtelijker**, zeker voor begeleiders en zorgverleners van instellingen.
- **Eén regime/loket is wenselijk**.
  - Nu gelden verschillende regimes binnen instellingen voor verschillende hulpmiddelen. Dat is onduidelijk (bijvoorbeeld de machtigingsprocedure).
  - Het is eenvoudiger en leidt tot minder bureaucratie.
  - Het bevordert samenhang en integrale benadering van oplossingen in functioneringsproblemen.
  - Meer invloed op kwaliteit.
  - Minder afhankelijk van beleid zorgverzekeraars.
- Het leidt tot een wat **zwaardere belasting van instellingen** om er voor te zorgen dat het hulpmiddel er komt (nu heeft de cliënt/mantelzorger een wat grotere rol).

### Vanuit het perspectief van de uitvoeringspraktijk van zorgverleners en zorginstellingen

#### Afwegingen en voorwaarden

- Helderheid over hoe **de inkoop** wordt geregeld is van groot belang. Hierbij zijn verschillende afwegingen genoemd.
  - Regelen via het zorgkantoor:
    - Het is doelmatiger omdat via het zorgkantoor meer inkoopmacht kan worden gegenereerd en kennis beter is te waarborgen. Het zorgkantoor kan ook gebruik maken van de kennis/ ervaring en de contracten van de zorgverzekeraar.
    - Regelen via instellingen: overwegend is als voorkeur benoemd om de inkoop via het zorgkantoor te laten verlopen. Tegelijkertijd: grotere instellingen of instellingen gericht op specifieke doelgroepen hebben wel behoefte aan regie op contacten met leveranciers (service afspraken en wensen ten aanzien van kwaliteit).
- Het **aanspreekpunt** voor zorg- en hulpverleners moet helder zijn (er zijn instellingen die locaties hebben in verschillende zorgkantoorregio's).
- Aandachtspunt is de **belasting van instellingen**:
  - Instellingen moeten zorgen dat het hulpmiddel er komt (behoefte signaleren, doorverwijzen naar deskundige, in de gaten houden dat hulpmiddel wordt geleverd, aanvraag/melding doen ten behoeve van bekostiging).
  - Instellingen niet belasten met de inkoop en administratie.
  - Concrete afspraken over wie welke rol heeft in het proces van aanvraag tot levering.
  - Instellingen faciliteren ten aanzien van de indicatiestelling.
- Ten aanzien van **budget en financiering** (rol NZa):
  - Er zijn voldoende financiële middelen nodig, ook naar de toekomst toe: de zorgbehoefte verzwakt en er is vergrijzing.
  - Van belang om bovenbudgettair te regelen (interne compensatiemogelijkheden voor instellingen zijn te klein voor deze hulpmiddelen).

1  
2  
3



## Vanuit het perspectief van de uitvoeringspraktijk van financiers

### Meerwaarde?

- Als er voor wordt gekozen deze hulpmiddelen via het zorgkantoor te verstrekken, levert dit, vooral in het begin **extra werk- en beheerskosten** (voorwaarden scheppen, regelen, aanpassing van systemen als Zorginfo) op voor de zorgkantoren en is er **geen directe meerwaarde**. Zij krijgen verantwoordelijkheid voor hulpmiddelen erbij die meestal relatief weinig zullen worden verstrekt.
- De werk en beheerskosten **vallen voor een deel weg** bij de zorgverzekeraars.

### Afwegingen en voorwaarden

- Voorwaarden ten aanzien van **kwaliteit**:
  - Als er een directe lijn is tussen zorgverzekeraar en zorgkantoor is kennis gewaarborgd en kan het zorgkantoor dezelfde Q-eisen stellen (of via een landelijk Q-kader). Hiermee wordt voorkomen dat de kennis van de zorgverzekeraar versplintert.
  - Bestaande afspraken in het veld ten aanzien van ontwikkeling en kwaliteit kunnen daarbij gehandhaafd blijven (als voorbeeld is genoemd dat een deel van de aanschafkosten van een hoorapparaat hiervoor wordt aangewend).
  - Er zijn afspraken nodig tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren voor de overgang (zie huidige situatie bij andere persoonsgebonden hulpmiddelen van thuis naar instelling of bij overstap tussen zorgverzekeraars).
  - Uitgangspunt moet adequate hulpmiddelenzorg zijn (combinatie van personeel en een hulpmiddel).
- Financiers moeten de mogelijkheid hebben om de **doelmatige inzet** van hulpmiddelen te controleren. Van belang is hierin te waken voor verkeerde prikkels (genoemd is dat nu afspraken mogelijk zijn over een gunstige verhouding budgettair-bovenbudgettair te leveren hulpmiddelen tussen

## Vanuit het perspectief van de uitvoeringspraktijk van financiers

instellingen en leveranciers los van wat de cliënt nodig heeft). Wellicht is ook hier te leren van de ervaringen van verzekeraars bij deze hulpmiddelen.

## Vanuit het perspectief van de leveranciers

### Meerwaarde?

- Voor leveranciers verandert feitelijk weinig. Ze hebben te maken met een beperkte uitbreiding van partijen waarmee zij contracten moeten sluiten (mits gekozen wordt voor inkoop via het zorgkantoor).

### Afwegingen en voorwaarden

- Ook vanuit het perspectief van leveranciers wordt de voorwaarde van **kwaliteit** genoemd. Het gaat dan om vergelijkbare condities (keurmerken, protocollen, kwaliteitsstandaarden) als in de Zvw.
- Ook voorwaarden ten aanzien van **toegankelijkheid** die gelden vanuit de Zvw worden genoemd, zoals vergelijkbare contractuele afspraken en procedures.
- Ook hier is genoemd dat afspraken nodig zijn tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars ten aanzien van de overgang van thuis naar een instelling (over onderhoud, garanties, et cetera).
- Tot slot is de zorg geuit dat het vervallen van de Eigen Bijdrage of het Eigen Risico wordt afgewenteld op de leverancier.

## Vanuit het perspectief van het stelsel

### Meerwaarde?

- Vanuit het stelsel is het **overzichtelijk** om alle hulpmiddelen in één wet te positioneren.
  - Dit past in de beweging naar meer eenduidigheid.

1  
2  
3



### Vanuit het perspectief van het stelsel

- Daarmee kan de uitvoeringspraktijk in lijn<sup>2</sup> worden gebracht met de wetgeving.
- Tegelijkertijd: hulpmiddelen thuis via de Zvw blijven bestaan voor cliënten die Wlz-zorg thuis ontvangen.

### Afwegingen en voorwaarden

- Ten aanzien van positionering in de Wlz zijn de volgende **aandachtspunten** genoemd:
  - Juiste borging in het wettelijk kader Wlz (uitvoeringspraktijk in lijn met (heldere) wetgeving; aandacht voor het feit dat de huidige Regeling zorgverzekering beperkingen kent, die niet gelden voor de Wlz; bijvoorbeeld wat algemeen gebruikelijk is).
  - Behoud van innovatie/toekomstbestendigheid.
  - Vertaling van wijzigingen in het Zvw-pakket (voor mensen die thuis gebruik maken van deze hulpmiddelen naar het Wlz-pakket (voor mensen in instellingen).
  - Overgang in de beginperiode (garanties, hoe vaak een nieuw hulpmiddel, et cetera).
  - Gevolgen voor andere woonvormen (dit is het tweede deel van het onderzoek).

### 2.4 Enkele specifieke hulpmiddelen in relatie tot positionering in de Wlz

Hierboven is beschreven hoe vanuit verschillende perspectieven wordt gekeken naar positionering in de Wlz. We hebben dit, waar mogelijk, ook per hulpmiddel bekeken. Specifiek per hulpmiddel zijn eveneens *geen dwingende redenen* genoemd om ze *niet in de Wlz* te positioneren.

- Ten aanzien van prothesen is daarbij nog genoemd: deze verlopen nu al voor het grootste deel via de Wlz, terwijl de mamma-, oog- en gelaatsprothesen en pruiken vanuit de Zvw komen. Het is niet logisch een knip tussen protheses te leggen. Getalsmatig gaat het om een kleine groep.

Omdat het uitgangspunt is dat hulpmiddelen meegenomen kunnen worden in de *overgang van thuis naar instellingen*, gaan we hieronder nog in op twee heel specifieke “hulpmiddelen” in dit verband, namelijk de blindegeleidehonden en de hulphonden.

- Blindegeleidehonden: De doorsnee cliënt is zelfstandig, zelfredzaam en thuiswonend. Een heel beperkte groep met LVG woont begeleid met een blindegeleidehond; daarnaast speelt het in ZG-instellingen. De vraag naar blindegeleidehonden vanuit instellingen is mede gering omdat daar weinig werkaanbod is voor de hond (deze is immers gericht op zelfredzaamheid van cliënten in de buitenomgeving). Als mensen hulpbehoevender worden, is het dus de vraag of een blindegeleidehond nog passend is. Positionering in de Wlz levert niet direct voordelen op, maar er is ook *geen* dwingende reden om ze *niet* in de Wlz te positioneren. Daar waar

1  
2  
3

<sup>2</sup> Er is een uitvoeringspraktijk ontstaan waarin deze hulpmiddelen onder de Zvw zijn geplaatst (oorspronkelijk omdat ze niet direct met de zorg te maken hebben).

De huidige wet- en regelgeving sluit niet in alle gevallen uit dat deze hulpmiddelen onder de Wlz vallen. De wet gaat nu uit van ‘verband houden met de door de instelling geleverde zorg’. Dit is breed uitlegbaar: vrijwel voor al deze hulpmiddelen (behalve wellicht de bijzondere prothesen, die voornamelijk een cosmetisch doel hebben) is te verdedigen dat ze verband houden met de zorg in de instelling.



het wel passend is, kan de eventuele overgang per casus worden beoordeeld en/of georganiseerd.

- Hulphonden: Ook hier woont het merendeel van de cliënten thuis én komt het ook beperkt voor in een instelling (soms wordt de vraag voor het eerst gesteld in een instelling; soms wordt de hond meegenomen naar een instelling; soms ontstaat in een instelling een nieuwe vraag bij overlijden van een hond). Een hulphond kan ADL-taken overnemen. De cliëntengroep is behoorlijk divers. Wat de hulphond daarmee kan toevoegen aan het leven van de cliënt (of zijn mantelzorger) is daarmee eveneens divers. Nu beoordeelt de zorgverzekeraar de doelmatigheid van dit hulpmiddel binnen een Wlz instelling. Bij positionering in de Wlz wordt deze *doelmatigheidsafweging eenvoudiger* omdat die binnen één domein kan plaatsvinden.



## 3. Positionering hulpmiddelen in geclusterde settings

### 3.1 Specifieke aanpak

Bij dit onderdeel zijn vanuit het ministerie van VWS twee mogelijkheden aangegeven:

- Cliënten in geclusterde settings vallen onder hetzelfde regime als cliënten in een Wlz-instelling (ofwel alle roerende -, mobiliteits- en persoonsgebonden hulpmiddelen volledig via de Wlz); *cliënten die hier wonen worden hiermee de facto beschouwd als cliënten in instellingen.*
- Cliënten in geclusterde settings blijven in het huidige regime van Zvw en Wmo; *cliënten die hier wonen worden hiermee de facto beschouwd als cliënten die thuis wonen.*

De werkwijze was vergelijkbaar. Van tevoren hebben we relevante elementen benoemd voor de te houden interviews:

- 1 Is voor cliënten in geclusterde settings een vergelijkbaar regime mogelijk als geldt voor cliënten in Wlz-instellingen? Waarom wel/niet?
- 2 Wat zijn voor- en nadelen en relevante afwegingen daarbij?
- 3 Als een vergelijkbaar regime de voorkeur heeft, wat komt hierbij kijken?

Dit vanuit het perspectief van:

- de cliënt,
- de uitvoeringspraktijk van de geclusterde setting,
- de overzichtelijkheid van het stelsel, en
- eventuele overige perspectieven.

Hierbij zijn we uitgegaan van een werkdefinitie van geclusterde settings zoals opgenomen in [bijlage 4](#).

Vervolgens zijn we hierover in gesprek gegaan met in totaal 13 personen vanuit organisaties die te maken hebben met hulpmiddelen én/of met geclusterde settings. Deze interviews vonden plaats in de periode maart en april. Zie [bijlage 2](#) voor de deelnemers aan de interviews. In alle interviews is gevraagd naar *alle* perspectieven.

### 3.2 Samenvattende bevindingen

Op basis van de gesprekken komen we tot de volgende samenvattende bevindingen.

*Uitgaande van de situatie zoals die nu is, verwachten partijen weinig voordelen van het onder de Wlz positioneren van de hulpmiddelen voor geclusterde settings. Tegelijkertijd is momenteel zodanig veel in beweging, dat het feitelijk nog te vroeg is om een advies uit te brengen over de positionering van hulpmiddelen voor geclusterde settings.*



Door de respondenten zijn verschillende argumenten aangedragen dat het *te vroeg* is om een advies te geven over de positionering van de hulpmiddelen in geclusterde settings:

- Er is nog geen eenduidig vastgestelde definitie van geclusterde settings.
- Het ministerie van VWS start een verkenning naar de positionering van hulpmiddelenzorg in één domein voor mensen die niet in instellingen wonen; uitkomsten hiervan kunnen mogelijk de Wlz optie in een ander daglicht plaatsen; dat geldt eveneens voor het volgende punt.
- De Commissie Bos adviseert mogelijk om kleinschalige woonvormen voor ouderen onder de Zvw te positioneren (in de zomer van 2020 volgt het definitieve advies). Overigens gaat dit advies enkel over de ouderenzorg; voor de gehandicaptenzorg speelt hier het *'te vroeg'* niet.
- In de huidige situatie zijn er knelpunten in de hulpmiddelenverstrekking (ook aan mensen in geclusterde settings) die mogelijk binnen het bestaande stelsel kunnen worden opgelost (zoals de informatievoorziening over welk hulpmiddel wanneer waaruit te bekostigen. In dit verband is relevant dat er, naar aanleiding van onderzoeken en signalen (met name in het gemeentelijk domein) een Actieplan Hulpmiddelen loopt. Dit leidt mogelijk tot verbetering van bestaande knelpunten.

1  
2  
3

Als argumenten om het *niet te doen* zijn genoemd:

- Bij pgb en mpt speelt 'eigen regie' een belangrijke rol en budgethouders zijn gewend zelf zaken te regelen. De vraag is in hoeverre dit uitgangspunt goed wordt geborgd indien hulpmiddelen via de geclusterde setting of het zorgkantoor worden geregeld.

- In het verlengde hiervan is wellicht een onderscheid nodig tussen vpt enerzijds en pgb/mpt anderzijds. Bij vpt is het mogelijk eenvoudiger om het regime van hulpmiddelen gelijk te trekken met cliënten in Wlz-instellingen.
- Er wordt betwijfeld of positionering in het Wlz regime leidt tot de veronderstelde vereenvoudiging. Welk probleem wordt opgelost als alle hulpmiddelen voor geclusterde settings onder de Wlz worden gepositioneerd? Kunnen die problemen op een andere manier eenvoudiger worden opgelost?
- De positionering van hulpmiddelen onder de Wlz veronderstelt dat er één loket en samenhang komt, maar hiervan is geen sprake als vormen van behandeling (zoals ergotherapie en fysiotherapie) voor deze bewoners vanuit de Zvw blijven gefinancierd.
- Diverse respondenten verwachten dat de positionering van hulpmiddelen onder de Wlz leidt tot diverse ingewikkelde financieringsvragen (worden de pgb/vpt/mpt-tarieven opgehoogd; wat betekent dit voor een geclusterde setting met relatief veel bewoners met dure hulpmiddelen; hoe voorkom je dat cliënten en geclusterde settings onevenredig worden belast; of worden alle hulpmiddelen voor geclusterde settings bovenbudgettair geregeld?).

Bij argumenten om de hulpmiddelen wél onder het Wlz-regime te positioneren, is het meest genoemd:

- meer gelijkheid en uniformiteit tussen cliënten in instellingen en cliënten in geclusterde settings met een vergelijkbaar Wlz-zorgprofiel; nu is het bijvoorbeeld voor geclusterde settings niet altijd eenvoudig om een tillift te regelen voor cliënten met een pgb; gemeenten gaan verschillend om met dit type hulpmiddel-aanvragen (bepaalde gemeenten zien deze settings als Wlz-





instelling waardoor deze gemeenten hiervoor geen hulpmiddelen verstrekken).

- het feit dat het voor cliënten overzichtelijker is (één loket, alle zorg en hulpmiddelen worden vanuit de Wlz gefinancierd en door de geclusterde setting of het zorgkantoor geregeld) en voordeliger (ervan uitgaande dat de bestaande eigen bijdrage voor de Wlz gelijk blijft).
- geclusterde settings hebben (over bijvoorbeeld incontinentiemateriaal) te maken met minder leveranciers (namelijk de leveranciers van één zorgkantoor, in plaats van diverse leveranciers van diverse zorgverzekeraars).

Een enkeling geeft aan dat het om het even is: als de kennis van hulpmiddelen goed overeind blijft, maakt het niet uit hoe het wordt gefinancierd.

Tot slot is opgemerkt, dat (indien wordt overgegaan tot positionering van de hulpmiddelen voor geclusterde settings onder de Wlz) de voorwaarden als toegankelijkheid, goede beoordeling, kwaliteit, keuzevrijheid en behoud van hulpmiddel bij overgang geborgd moeten zijn op een vergelijkbare manier als bij de Wlz-instellingen is geregeld. Aanvullend wordt aangegeven dat als sprake is van overheveling dit bovenbudgettair plaats zou moeten vinden (dit betreft de financiering). Echter, daarbij dient nog wel nader uitgewerkt te worden in hoeverre een en ander praktisch realiseerbaar is voor de geclusterde settings.

### 3.3 Bevindingen per perspectief

Hieronder staan verschillende afwegingen, veronderstellingen en punten van aandacht benoemd die zijn aangegeven in de gesprekken.

#### Algemeen

- Er is nog geen vastgestelde definitie van geclusterde settings. Er zijn verschillende beelden over wat hierin wenselijk is, bijvoorbeeld uitgaan van de oorsprong van het initiatief (wijkgericht versus instellingsgericht of ouderinitiatief versus professioneel initiatief), uitgaan van de aard van de zorg of het vpt alleen hanteren voor geclusterde settings en het ongeclusterd vpt vervangen door mpt/pgb.
- De toekomst ten aanzien van het mpt en vpt is niet zeker: blijven deze leveringsvormen in de huidige vorm en positionering bestaan; komt er nog meer differentiatie?
- Duurzaamheid (mogelijkheden van herverstrekking) en betaalbaarheid zijn gebaat bij volume. Vanuit dat argument is het niet logisch om bij een positionering onder de Wlz de verstrekking van hulpmiddelen geheel bij de kleine geclusterde settings neer te leggen, maar deze grotendeels te laten verstrekken door de zorgkantoren.

#### Cliënt

Allereerst is opgemerkt dat het perspectief van de cliënt kan verschillen. Indien de cliënt de geclusterde setting beschouwt als een “mini-verpleeghuis” is het vanuit cliëntperspectief logisch om alles vanuit de Wlz te regelen; indien de cliënt de geclusterde setting beschouwt als “woning in de wijk” dan is het vanuit cliëntperspectief logisch om alles vanuit de Zvw/Wmo te regelen.

1  
2  
3



*Voordelen* genoemd vanuit het perspectief van de cliënt:

- Voor de cliënt is het overzichtelijk als er zo min mogelijk loketten zijn.
- Positionering onder de Wlz leidt mogelijk tot betere kwaliteit voor de cliënt, omdat professionals van de geclusterde setting vanuit de Wlz kunnen worden betrokken bij de keuze voor een hulpmiddel. Echter, de financieringswijze is hierop eveneens van invloed (bovenbudgettaire financiering wordt door sommigen gezien als beter voor de kwaliteit).
- Als binnen de Wlz vanuit een landelijk kwaliteitskader wordt gewerkt is sprake van meer uniformiteit in de verstrekte hulpmiddelen.

Vanuit het perspectief van de cliënt zijn de volgende *nadelen* genoemd:

- 1 • Het is de vraag of cliënten erop zitten te wachten om de hulpmiddelen onder de Wlz te positioneren. Bij cliënten in geclusterde settingen speelt 'eigen regie' veelal een belangrijke rol en zij zijn gewend zaken zelf te regelen. Wat gaat het betekenen als deze regie voor wat betreft de hulpmiddelen overgaat naar de geclusterde setting of het zorgkantoor?
- 2 • Bij pgb en mpt speelt 'eigen regie' een belangrijke rol en budgethouders zijn gewend zelf zaken te regelen. De vraag is in hoeverre dit uitgangspunt goed wordt geborgd indien hulpmiddelen via de geclusterde setting of het zorgkantoor worden geregeld.
- 3 • Minder keuzevrijheid: de cliënt kiest voor de polis van een bepaalde zorgverzekeraar met de mogelijkheid voor verschillende hulpmiddelen, met een nog grotere keuze als de cliënt een aanvullende verzekering heeft (de veronderstelling is hier dat de keuze binnen de Wlz beperkter is).

- Samenhang tussen hulpmiddelen en andere vormen van behandeling uit de Zvw (zoals ergotherapie en fysiotherapie) verdwijnt.

#### Uitvoeringspraktijk van de geclusterde setting

Allereerst is opgemerkt dat het voor geclusterde settingen van belang is dat ze betrokken zijn in de keuze voor hulpmiddelen, want de hulpmiddelen moeten passen in de huiselijke setting.

Daarnaast is de vraag gesteld welke rol de Nza krijgt in de toetsing van geclusterde settingen als de hulpmiddelen (bovenbudgettair) uit de Wlz worden gefinancierd. Immers, de NZa heeft momenteel deze rol niet bij pgb-gefinancierde woonvormen.

Specifiek over de GZ-sector is opgemerkt dat een onderscheid zou kunnen worden gemaakt tussen het vpt enerzijds versus het pgb/mpt anderzijds:

- Voor het vpt is een vergelijkbaar regime als voor de Wlz-instellingen eenvoudiger te realiseren omdat hier meestal een professionele Wlz-aanbieder aan is verbonden en cliënten meer gewend zijn aan hulp vanuit de instelling.
- Het vpt komt ook vaak voor in combinatie met zorg-in-natura-met-verblijf vanuit de instelling (en minder vaak in combinatie met het pgb/mpt). Voor deze groep is het vreemd onderscheid te maken in waar je het hulpmiddel betreft.
- Hulpmiddelen op basis van pgb/mpt vraagt meer onderzoek om de consequenties voor de uitvoeringsorganisatie helder te krijgen.

Vanuit het perspectief van de geclusterde setting zijn de volgende *voordelen* genoemd:



- Geclusterde settingen hebben met een beperkt aantal leveranciers te maken als alles via één zorgkantoor wordt geregeld in plaats van via verschillende zorgverzekeraars (met een grote diversiteit aan leveranciers).
- Niet alle cliënten in geclusterde settingen hebben een vpt, soms is sprake van een combinatie met cliënten met zorg-in-natura-met-verblijf. Als alle hulpmiddelen via de Wlz worden verstrekt, voorkomt dit onduidelijkheden over de financiering van de hulpmiddelen.

Vanuit het perspectief van de geclusterde setting zijn de volgende *nadelen* genoemd:

- Indien in pgb-gefinancierde geclusterde settingen bewoners verblijven met zowel Wmo-beschikkingen als Wlz-besluiten levert dit mogelijk onduidelijkheden op over de financiering van de hulpmiddelen.
- Indien de uitvoering bij de geclusterde settingen wordt gelegd, levert dit een aparte stroom van financiering op en leidt het tot veel extra administratie voor de geclusterde settingen.
- Eén regime voor hulpmiddelen, (para)medische behandelaars en verplegend personeel is het meest helder. Als de (para) medische behandelaars in de Zvw blijven, levert positionering van de hulpmiddelen onder de Wlz geen voordelen in de uitvoeringspraktijk op.

Als aandachtspunt is vanuit dit perspectief ook benoemd dat tarieven moeten worden opgehoogd, omdat uit de huidige budgetten geen hulpmiddelen kunnen worden betaald. Een tariefopslag voor hulpmiddelen kan echter niet op cliëntniveau (gezien de grote verschillen in kosten per hulpmiddel). Partijen geven aan, dat om

cliënten en geclusterde settingen niet onevenredig te belasten de financiering bovenbudgettair dient te worden geregeld. Een alternatief is dat geclusterde settingen als instelling of setting een normbedrag ontvangen voor hulpmiddelen. Dat heeft effecten voor de groep onderling en leidt tot vragen als: wie bepaalt wie wat krijgt binnen het normbedrag; wie vraagt dit aan en beheert dit; wat te doen als het budget op is?

#### De overzichtelijkheid van het stelsel

De volgende opmerkingen zijn gemaakt om aan te geven dat het momenteel *te vroeg* is om een keuze te maken over de positionering van hulpmiddelen in de geclusterde settingen:

- Het is nog onduidelijk wat het advies van de Commissie Bos gaat betekenen voor geclusterde settingen in de ouderenzorg (dit advies is niet van toepassing op de gehandicaptenzorg). Voorgesteld wordt de positionering van de hulpmiddelen af te stemmen op het advies van de Commissie Bos dat in de zomer van 2020 wordt gepresenteerd. In die optiek moet eerst worden vastgesteld wat de nieuwe visie wordt op extramuraal leveringsvormen en dan wat de visie is op hulpmiddelen.
- Als het zorgkantoor een rol gaat spelen wordt het overzichtelijker en kan de doelmatigheid worden gecontroleerd. Dit betekent wel dat het zorgkantoor weet waar cliënten met een vpt in een geclusterde setting zitten. Momenteel weten zorgkantoren wel op cliëntniveau wie gebruik maakt van vpt, maar niet of cliënten dit in een geclusterde setting of zelfstandig thuis verzilveren. Dit is allemaal niet aan de orde als wordt gekozen voor een afbakening conform het voorstel van de Nza, waarbij clustering geen rol speelt. Maar er is nog geen besluit genomen over de definitie van geclusterde vpt's.

1  
2  
3



Vanuit het perspectief van het stelsel zijn de volgende *nadelen* genoemd:

- De geclusterde settings zijn meer op de wijk gericht dan Wlz-verblijfsinstellingen. De beleving is gericht op thuis wonen en het is logisch daarop aan te sluiten. Ze hebben ook hun eigen huisarts, tandarts en fysiotherapie (die uit de Zvw worden gefinancierd).
- Door de positionering onder de Wlz verdwijnt de samenhang van hulpmiddelen met andere zorgvormen uit de Zvw, zoals fysiotherapie en ergotherapie.
- Door de hulpmiddelen onder de Wlz te positioneren moet een ingewikkeld onderscheid worden gemaakt tussen geclusterde en ongeclusterde vpt's/pgb's en mpt's.

Vanuit het perspectief van het stelsel is het volgende *voordeel* genoemd:

- Voor gemeenten kan het helderder zijn als alle hulpmiddelen voor alle geclusterde settings onder de Wlz worden gepositioneerd. Nu zien veel gemeenten de geclusterde setting als een Wlz instelling en verwachten vervolgens dat alle hulpmiddelen via de Wlz worden geregeld. Door alles in de Wlz te positioneren wordt dit opgelost.

1

2

3



## Bijlage 1. Overzicht van onderzochte groepen van persoonsgebonden hulpmiddelen (vraag 1)

### 1. Prothesen

- Mammaprothese
- Oogprothese
- Gelaatsprothese
- Haar en pruiken

### 2. Visuele hulpmiddelen

- Bijzondere optische hulpmiddelen:
  - Gezichtshulpmiddelen: bril of lenzen op medische indicatie
  - Bijzondere optische hulpmiddelen
- Hulpmiddelen voor communicatie en informatie bij visuele beperkingen:
  - Beeldschermloep
  - Tactiele leesapparatuur met toebehoren
- Hulpmiddelen voor oriëntatie en mobiliteit:
  - Hulpmiddelen voor mobiliteit slechtzienden
  - Blindegeleidehond

### 3. Auditieve hulpmiddelen

- Hoortoestellen:
  - Hoortoestel
  - BAHA botverankerd hoortoestel op softband
  - Tinnitusmaskeerder tegen oorsuizen)
- Overige hoorhulpmiddelen:
  - Ringleiding, infrarood, FM-apparatuur en Bluetooth-apparatuur
  - Solo-apparatuur

- Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering bij auditieve beperkingen:
  - Telefoons en hulpmiddelen om te bellen,
  - Wek en waarschuwingsmateriaal

### 4. Communicatiehulpmiddelen

- Secundaire communicatiehulpmiddelen:
  - Voorleesapparatuur

### 5. Overige hulpmiddelen

- In- en uitvoerapparatuur en computerprogrammatuur
- Computers en toebehoren
- Uitwendige elektrostimulator
- ADL-hulphonden

1

2

3



## Bijlage 2. Deelnemers aan de interviews

Vraag 1 – persoonsgebonden hulpmiddelen in Wlz instellingen	
Naam	Organisatie
René Kuiphuis	Menzis zorgkantoor
Myriam Teklenburg	VGZ zorgkantoor
Nelly Pijnenburg	CZ zorgverzekeraar
Mascha den Haan	Zorginstituut
Sandra Reus	Zorginstituut
Jan Bangert	Nederlands Technisch Advies College
Peter te Moller	Zorgplan
Marleen Schout	Zorggroep Oude Nieuwe
Hennie van der Vlist-van der Meulen	Ipse de Bruggen
Jetty ten Napel-Hessels	's Heerenloo
Ricardo Bronsgeest	Dwarslaesie Organisatie Nederland
Cock Vergeer	Stichting Orthopedische Hulpmiddelenzorg Nederland
Marise van Montfoort	ZG instelling Bartimeus
Mirjam Boers	Oogvereniging, cliënten
Cobi Jonker	KNGF (over blindengeleidehonden)
Erik van Ginhoven	Expertisecentrum Visio
Hein Greven	Kwaliteit Audiciens
Wil Verschoor	Stichting Hoormij
Meindert Stolk	NVAB
Inge Verbiezen	Stichting Hulphonden
Jan van Ginneken	Ministerie van VWS, GMT
Leo Beekmans	Ministerie van VWS, LZ

1  
2  
3



Vraag 2 – hulpmiddelen in geclusterde settings	
Naam	Organisatie
Marc van Eck	ActiZ
Bianca Roos, en	VGN
Peter Boneschansker	Philadelphia
Jacqueline Gomes	Per Saldo
Angeline Ackermans	BVKZ (Branchevereniging Kleinschalige Zorg)
Deanie van Tuijl	Kenniz
Dorien Kloosterman	Naar-Keuze en Kans Plus
Johan Boonstra	ZN
René Martens	Medux
Else Reitsma	Vegro
Elmer Meurs	ElderCare
Leo Beekmans, en	Ministerie van VWS, LZ
Patrick Schuttel	Ministerie van VWS, LZ

- 1
- 2
- 3



### Bijlage 3. Voorwaarden voor positionering van hulpmiddelen in de Wlz

Ontleend aan *Verkenning positionering van persoonsgebonden hulpmiddelen aan Wlz-cliënten in een zorginstelling: eerste bevindingen* (verslag van bijeenkomsten oktober 2019).

- **Borging van kwaliteit:** hierbij dient te worden gezien of de beschikbare kwaliteitsstandaarden uit de Zvw kunnen worden overgenomen in de Wlz. In bijlage 2 van de Kamerbrief *de juiste medisch-generalistische zorg op de juiste plek* van 20 december 2019 is daaraan de voorwaarde 'maatwerk' toegevoegd.
- **Borging van de toegankelijkheid:** voor alle cliënten dient de toegang tot hulpmiddelen te zijn gegarandeerd. In het bijzonder wordt aandacht gevraagd voor cliënten met een complexe zorgvraag en de toegang tot hulpmiddelen die maar door een beperkt aantal cliënten wordt gebruikt. Daarnaast dient rekening te worden gehouden met de participatiewensen en – mogelijkheden van de cliënt.
- **Borging van de doelmatigheid:** hierbij wordt gewezen op het meer centraal inkopen van de hulpmiddelen zodat schaalvoordelen zijn te behalen (meer marktmacht). Deze centrale inkoop is te organiseren via het zorgkantoor of door een gezamenlijke inkoop van hulpmiddelen door zorgaanbieders.
- **Borging van expertise bij zorginstellingen:** in het bijzonder wordt aandacht gevraagd voor zorginstellingen die een verantwoorde

hulpmiddelenzorg mogelijk nog onvoldoende op hun netvlies hebben.

- **Borging van de beschikbaarheid:** het uitgangspunt is dat bij een verhuizing naar een zorginstelling de hulpmiddelen die aangepast zijn aan de cliënt (...) door de Wlz worden overgenomen. Bij de indicaties voor nieuwe maatwerkhulpmiddelen wordt gebruik gemaakt van beschikbare informatie over eerder afgegeven indicaties. In eerder genoemde Kamerbrief is weergegeven: **het behouden van een aan de cliënt aangepast hulpmiddel bij verhuizing.**

1  
2  
3





## Bijlage 4. Werkdefinitie geclusterde setting

Voor de pvg-vpt-mpt-geclusterde setting zijn we aangesloten op de definitie van een kleinschalig wooninitiatief zoals opgenomen in het Besluit langdurige zorg art. 3.1.4. lid 2.

Als een kleinschalig wooninitiatief als bedoeld in [artikel 3.1.3, eerste lid, onderdeel a, van de wet](#), wordt aangemerkt een woonsituatie waarbij:

- a. minimaal drie en maximaal zesentwintig bewoners een persoonsgebonden budget als bedoeld in de [wet](#), de [Wet maatschappelijke ondersteuning 2015](#), de [Jeugdwet](#) of de [Zorgverzekeringswet](#) ontvangen voor zorg en hiervoor door bundeling van persoonsgebonden budgetten gezamenlijk de zorg inkopen, en
- b. de bewoners verblijven op één woonadres als bedoeld in [artikel 1.1 van de Wet basisregistratie personen](#), of op verschillende woonadressen binnen een straal van honderd meter, waarin ten minste één gemeenschappelijke verblijfsruimte aanwezig is die geschikt is voor het ontplooiën van gezamenlijke activiteiten.

