BUREAU hhm

ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

Analyse van de extramurale hulpmiddelenmarkt

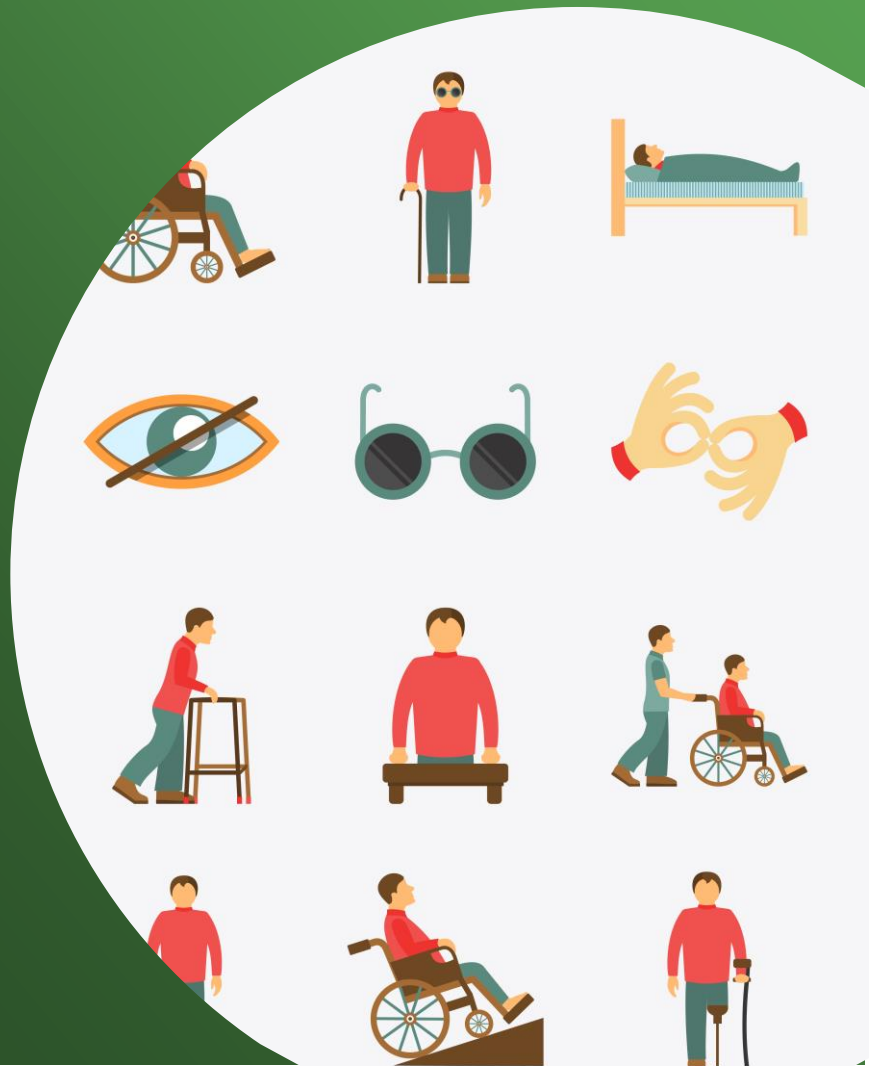
Auteurs: Patrick Jansen, Lieset Jenneboer, Moniek Rolleman, Nikita Buitenhuis

Opdrachtgever: Ministerie van VWS, directie Geneesmiddelen en Medische Technologie (GMT)

Kenmerk: MR/24/0366/mseh

Publicatiedatum: maart 2024

© Bureau HHM



Inhoud

Samenvatting 3

1. Inleiding 7
1.1 Doel- en vraagstelling 7
1.2 Aanpak 8
1.3 Focus van het onderzoek 9
1.4 Leeswijzer 9

2. Context extramurale hulpmiddelenmarkt 10
2.1 Extramurale hulpmiddelen 10
2.2 Functioneringsgericht voorschrijven 11
2.3 Stakeholders 11

3. Gebruikers en kosten 14
3.1 Introductie 14
3.2 Gebruikers 15
3.3 Kosten 16
3.4 Ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie 16
3.5 Prognose 18

4. Ontwikkelingen 21
4.1 Toename in het aantal hulpmiddelengebruikers 21
4.2 Arbeidsmarktproblematiek versterkt toename in gebruik 22
4.3 Betaalbaarheid hulpmiddelenzorg staat onder druk 23
4.4 Relatie zorgverzekeraars en leveranciers staat onder druk 24
4.5 Implementatie van functioneringsgericht voorschrijven stagneert 26
4.6 Te weinig aandacht voor het perspectief van gebruikers 28
4.7 Implementatie duurzaamheid verloopt moeizaam 29
4.8 Geen aandacht voor hulpmiddelenzorg in landelijke akkoorden 30
4.9 Wet- en regelgeving is veranderd en strenger geworden 30
4.10 Zicht op effecten van marktconcentratie ontbreekt 31

5. Duiding en aanbevelingen 33

Bijlage 1. Selectie hulpmiddelcategorieën 39
Bijlage 2. Figuren ontwikkelingen in aantal gebruikers en kosten 42
Bijlage 3. Tabellen hoofdcategorieën hulpmiddelen 45
Bijlage 4. Ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie 50
Bijlage 5. Voorbeelden concentratiezaken ACM 56

Samenvatting

In opdracht van het ministerie van VWS hebben wij een analyse uitgevoerd naar de ontwikkelingen op de extramurale hulpmiddelenmarkt (Zvw) en het effect van deze ontwikkelingen op de kwaliteit, de betaalbaarheid en het aanbod. In de voorliggende rapportage geven we antwoord op de volgende twee hoofdvragen:

1. *Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen vijf jaar en voor de toekomst op het gebied van de extramurale hulpmiddelenmarkt (Zvw)?*
2. *Wat zijn vanuit deze ontwikkelingen de gevolgen voor het aanbod, de kwaliteit en betaalbaarheid van de extramurale hulpmiddelen (Zvw)?*

Voor de cijfermatige analyse van dit onderzoek hebben we gebruikgemaakt van de meest relevante hulpmiddelencategorieën uit de GIP-databank. Op basis van deze cijfers constateren we dat het aantal gebruikers van extramurale hulpmiddelen de afgelopen vijf jaar (na een daling door corona in 2020) bij vrijwel alle geselecteerde categorieën is gestegen. Ook de totale (gedeclareerde) kosten van extramurale hulpmiddelen en de kosten per gebruiker zijn gestegen. Deze ontwikkelingen zijn uitgebreid weergegeven in een Dashboard dat we in het kader van dit onderzoek hebben ingericht. De categorieën uit de GIP-databank en de ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie die hieruit naar voren komen worden in het kwalitatieve deel van het onderzoek niet altijd door respondenten herkend. Hierdoor ontstaan tegengestelde aannames over de waarde en het gebruik van de GIP-databank voor inkoopgesprekken tussen zorgverzekeraars en leveranciers.

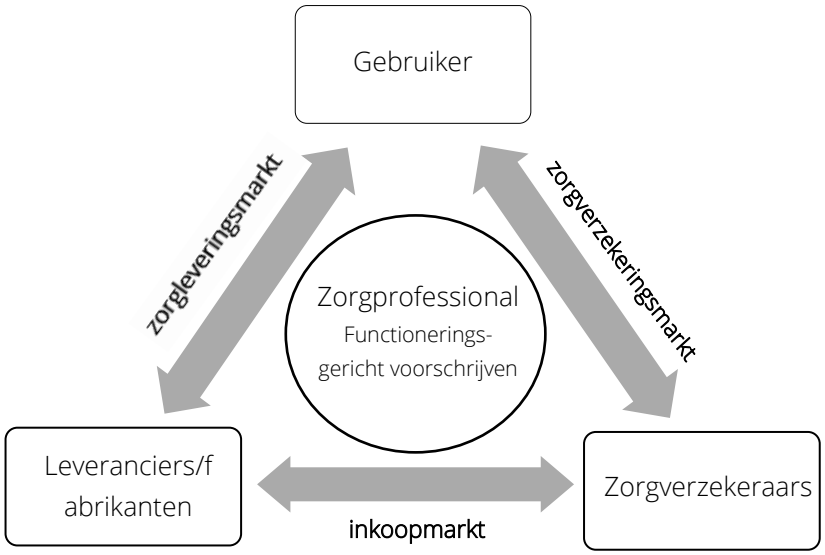
Als we kijken naar de verwachte ontwikkelingen op de extramurale hulpmiddelenmarkt tot en met 2032, dan verwachten we dat het aantal gebruikers gemiddeld met minimaal 16% groeit en daardoor ook de totale kosten gaan toenemen. Deze prognose is gebaseerd op de demografische ontwikkeling en hangt sterk samen met de verwachte stijging van het aantal ouderen en is exclusief de eventuele effecten van nieuwe beleidskeuzes.

Op basis van cijfers uit de GIP-databank (zie het Dashboard) en uit gesprekken met leveranciers, brancheorganisaties, zorgverzekeraars, landelijke (toezichthoudende) organisaties, patiëntverenigingen en zorgprofessionals komt het volgende beeld over de afgelopen jaren naar voren:

- er is een toename in het aantal hulpmiddelengebruikers,
- de arbeidsmarktproblematiek versterkt de toename in het gebruik,
- de betaalbaarheid van de hulpmiddelenzorg staat onder druk
- de relatie tussen zorgverzekeraar en leverancier staat onder druk,
- de implementatie van het functioneringsgericht voorschrijven stagneert,
- er is te weinig aandacht voor het perspectief van gebruikers,
- de implementatie van duurzaamheid verloopt moeizaam,
- er is geen aandacht voor hulpmiddelenzorg in landelijke akkoorden,
- de regelgeving is veranderd en strenger geworden,
- het zicht op de effecten van marktconcentratie ontbreekt.

Deze bevindingen maken duidelijk dat de markt van de extramurale hulpmiddelen niet optimaal functioneert. Het is een markt waarbinnen sprake is van verschillende dynamieken tussen gebruikers, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en leveranciers (die weer kunnen verschillen per hulpmiddelencategorie). Dat maakt de hulpmiddelenmarkt complex. Elke partij (gebruikers van hulpmiddelen, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en leveranciers/ fabrikanten) heeft een eigen rol en verantwoordelijkheid in de hulpmiddelenmarkt, zoals te zien in Figuur 1.

De genoemde bevindingen in acht nemend, concluderen wij dat er niet één onderliggend probleem is aan te duiden voor het niet optimaal functioneren van de markt, maar een constellatie van problemen (waarvan per hulpmiddelencategorie verschilt in hoeverre een knelpunt voor een probleem zorgt).



Figuur 1: Zorgsysteem extramurale hulpmiddelen

In de volgende alinea's beschrijven we de belangrijkste knelpunten op de extramurale hulpmiddelenmarkt inclusief daarbij passende aanbevelingen.

Tussen de partijen bestaat niet altijd een gedragen beeld over wat de waarde van het hulpmiddel is: wat het oplevert en wat het mag kosten
De relatie tussen leveranciers en zorgverzekeraars staat onder druk door het ontbreken van een gedragen onderbouwing van de waarde van een hulpmiddel (wat levert het op en wat mag het kosten). Er is sprake van wantrouwen met als gevolg dat beide partijen voor een belangrijk deel financieel gericht zijn, waarbij zij het perspectief van de gebruiker en zorgprofessional onvoldoende meewegen. Onze aanbeveling is daarom:

Zorg voor een gedragen beeld over de waarde van hulpmiddelen bij leveranciers, zorgverzekeraars en gebruikers.

We zien een rol voor de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg door (met informatie vanuit de andere partijen) maatschappelijke business cases uit te werken. Dit draagt bij aan vertrouwen tussen partijen en heeft een positief effect op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de hulpmiddelenzorg.

Kwaliteit is onvoldoende geborgd in de extramurale hulpmiddelenmarkt
Het functioneringsgericht voorschrijven[1], beschreven in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelen en Zorg en omarmd door alle partijen, is onvoldoende geïmplementeerd. Dit heeft gevolgen voor de kwaliteit; gebruikers ontvangen niet altijd het voorgeschreven hulpmiddel. Daarbij is ook sprake van beperkt toezicht op de kwaliteit. Daarom bevelen we aan:

Zorg dat het functioneringsgericht voorschrijven volledig wordt geïmplementeerd in alle processen (voorschrijving, inkoop en levering) bij alle betrokken partijen en dat de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg beter wordt geborgd.
Voor volledige implementatie zien we een rol voor de beroepsverenigingen van zorgprofessionals, platforms, de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg, leveranciers en fabrikanten. We verwachten dat na volledige implementatie de kwaliteit van hulpmiddelenzorg beter is gewaarborgd waarbij rekening is gehouden met doelmatigheid en betaalbaarheid.

[1] Zie paragraaf 2.2 voor een nadere omschrijving

De betaalbaarheid van de hulpmiddelenzorg staat onder druk
Het aantal gebruikers en de kosten van extramurale hulpmiddelen neemt toe. Dit maakt dat het een steeds grotere uitdaging is om de hulpmiddelenzorg betaalbaar te houden. Beleidskeuzes en andere knelpunten (zoals wet- en regelgeving die duurzamer gebruik belemmeren) versterken dit. Daarom is onze aanbeveling:

Onderzoek mogelijkheden om de hulpmiddelenzorg betaalbaar te houden en heb daarbij aandacht voor duurzaamheid.

Enkele mogelijkheden hiervoor zijn dat het Zorginstituut en zorgverzekeraars, op basis van de hiervoor beschreven business cases, keuzes maken over het wel of niet blijven vergoeden van bepaalde hulpmiddelen vanuit de basis-verzekering en dat VWS de mogelijkheden om budgetten binnen de Zvw over te hevelen onderzoekt. Mogelijkheden rondom verduurzaming van de hulpmiddelenzorg kunnen worden onderzocht door VWS en de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen.

Er is weinig aandacht voor hulpmiddelen in de landelijke akkoorden
Extramurale hulpmiddelen kunnen een grote rol spelen in het bereiken van de doelen uit de landelijke akkoorden. Echter, dit belang wordt onvoldoende benadrukt, omdat hier in de landelijke akkoorden weinig aandacht voor is. Daarom bevelen we aan:

Zorg dat binnen de overleggen over de landelijke akkoorden aandacht wordt besteed aan de hulpmiddelenzorg.

We zien voor het ministerie van VWS een rol om de meerwaarde van de hulpmiddelenzorg onder de aandacht te brengen bij overleggen over WOZO, IZA en GALA en voor de andere partijen (patiëntorganisaties, zorgverzeke-raars en brancheorganisaties van de hulpmiddelencategorieën) een rol om aan tafel te komen bij deze landelijke overleggen. Zodat besproken kan worden hoe de inzet van hulpmiddelen kan bijdragen aan extramuralisering van zorg en het langer thuis wonen.

Het zicht ontbreekt of concentratie van de markt een probleem vormt
Hoewel het aantal leveranciers afneemt bij verschillende hulpmiddelen-categorieën, lijkt dit voor nu geen grote gevolgen te hebben voor het aanbod. Wel worden risico's voor de toekomst gezien, door overnames door private equity die kunnen leiden tot marktmacht. Echter is onduidelijk waar deze risico's het grootst zijn. Onze aanbeveling is daarom:

Monitor actief de hulpmiddelencategorieën waarbij het aantal leveranciers dreigt te verminderen, vooral daar waar een monopolistische markt ontstaat.

Vanuit de zorgplicht dienen zorgverzekeraars de concentratie van de markt actief te volgen en als ze hierbij problemen ervaren melding te doen bij de ACM. Hierbij kunnen de zorgverzekeraars gebruikmaken van eigen ervaringen en informatie van gebruikers, zorgprofessionals en leveranciers (inclusief de documentatie en registratie die wordt verzameld in het kader van het functioneringsgericht voorschrijven).

De ACM heeft geen volledig beeld van de markt, mede omdat er geen meldingsplicht is voor overnames onder de 30 miljoen euro. Dit is zorgelijk gezien de toename van de marktconcentratie in Nederland en het feit dat een aantal leveranciers en fabrikanten in meerdere landen actief zijn, waardoor deze overnames bij de Europese Commissie worden gemeld (en de ACM hier niets over kan zeggen). Daarom is onze aanbeveling:

Geef de ACM de mogelijkheid om zelf te bepalen of overnames binnen de hulp-middelensector onder de drempelwaarde van 30 miljoen euro ook onderzocht moeten worden.

Het ministerie van VWS kan dit realiseren door de wetgeving aan te passen zodat ook bij overnames binnen de hulpmiddelensector onder de 30 miljoen een meldingsplicht bestaat bij de ACM. Het gevolg hiervan is dat de concentratie beter in beeld komt en kan worden voorkomen dat marktmacht ontstaat, met positieve effecten voor het aanbod en de keuzevrijheid van hulpmiddelen.

1. Inleiding

De medische hulpmiddelensector is complex, omvangrijk en divers. 'Medische hulpmiddelen' is een verzamelnaam voor meer dan vijfhonderd-duizend verschillende producten die een grote variatie hebben qua toepassing en technische uitvoering. Dit onderzoek richt zich op de hulpmiddelen die vallen onder de aanspraak Hulpmiddelenzorg binnen de zorgverzekeringswet (Zvw). Het betreft hulpmiddelen die mensen in de thuissituatie helpen om met een lichamelijke beperking deel te kunnen nemen aan het leven. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop, financiering en verstrekking van deze extramurale hulpmiddelen, evenals de toegankelijkheid en kwaliteit ervan.

1.1 Doel- en vraagstelling

Het ministerie van VWS ziet dat de afgelopen jaren diverse ontwikkelingen hebben plaatsgevonden op de hulpmiddelenmarkt, namelijk:

- Er komen signalen uit het veld over marktconcentratie en markt-verschraling. Een oorzaak hiervoor is de prijsdruk van zorgverzekeraars. Dit leidt tot minder producenten en leveranciers die een groeiend aantal gebruikers moeten voorzien van hulpmiddelen, wat niet altijd lukt.
- Een (in)direct gevolg hiervan is dat zorgverzekeraars de zorgcontractering niet altijd op tijd rondkrijgen. Hierdoor weten verzekerden niet (op tijd) welke leverancier de nodige hulpmiddelen gaat leveren.
- Daarnaast komt in de toekomst de toegankelijkheid en kwaliteit van de extramurale hulpmiddelenmarkt onder druk te staan door vergrijzing, krapte op de arbeidsmarkt en de overheveling van intra- naar extra-murale zorg. Het aantal gebruikers zal hierdoor naar verwachting toenemen.

Het doel van dit onderzoek is om door middel van een analyse van de markt meer inzicht te krijgen in de extramurale hulpmiddelenmarkt, waarbij de nadruk ligt op de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen jaren en voor de toekomst. Hieruit volgen twee hoofdvragen met een aantal subvragen:

1. *Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen vijf jaar en voor de toekomst op het gebied van de extramurale hulpmiddelen-markt (Zvw)?*
    - 1.1 Hoe heeft de extramurale hulpmiddelenmarkt zich de afgelopen vijf jaar per (sub)categorie ontwikkeld in termen van aantal hulp-middelen, aantal gebruikers, kosten per gebruiker en totale kosten?
    - 1.2 Hoe zal de extramurale hulpmiddelenmarkt zich de komende tien jaar ontwikkelen op basis van de trend uit het verleden en demo-grafische ontwikkelingen?

1.3 Welke ontwikkelingen zijn per (sub)categorie zichtbaar in het aantal leveranciers en fabrikanten (toe- of afname) en de mate van samenwerking en concurrentie over de afgelopen vijf jaar en de komende tien jaar?

1.4 Wat zijn (mogelijke) oorzaken van de ontwikkelingen die bij 1.1, 1.2 en 1.3 in beeld zijn gebracht?

1.5 In welke mate worden deze ontwikkelingen beïnvloed door het gedrag van verschillende partijen, zoals zorgverzekeraars, zorgprofessionals, ACM, VWS, toezichthouders en patiëntenverenigingen?

2. *Wat zijn vanuit deze ontwikkelingen de gevolgen voor het aanbod, de kwaliteit en betaalbaarheid van de extramurale hulpmiddelen (Zvw)?*

2.1 Welke invloed hebben de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het programma Wonen Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) op de verwachte ontwikkeling van de hulpmiddelenmarkt?

2.2 Wat zijn vanuit de verwachte ontwikkelingen de gevolgen voor het aanbod, de kwaliteit en betaalbaarheid van de extramurale hulpmiddelen (Zvw)?

2.3 Welke bijdrage kunnen de verschillende partijen, zoals leveranciers, fabrikanten, zorgverzekeraars, zorgprofessionals, ACM, VWS, toezichthouders en patiëntenverenigingen leveren zodat het aanbod, de kwaliteit en betaalbaarheid van de extramurale hulpmiddelen niet of zo min mogelijk onder druk komen te staan?

1.2 Aanpak

Aan de hand van vier stappen hebben we de analyse van de markt uitgevoerd. Daarbij hebben we gekeken naar de ontwikkelingen van de afgelopen jaren, de verwachte ontwikkelingen voor de toekomst en de gevolgen hiervan voor het aanbod, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de extramurale hulpmiddelen.

Stap 1. Inschatting clusters extramurale hulpmiddelen

Om de uitvoering van het onderzoek behapbaar te houden, ligt de focus in dit onderzoek op een deel van de extramurale hulpmiddelencategorieën. De geselecteerde hulpmiddelencategorieën en de manier waarop zij zijn geselecteerd staan nader toegelicht in paragraaf 1.3.

Stap 2. Onderzoek naar omvang van en spelers op de extramurale hulpmiddelenmarkt

De omvang van en spelers op de extramurale hulpmiddelenmarkt hebben we in beeld gebracht met een kwantitatieve en kwalitatieve analyse. De *kwantitatieve analyse* hebben we uitgevoerd met behulp van vrij toegankelijke data van de GIP-databank. Voor de geselecteerde hulpmiddelcategorieën hebben we data over het aantal gebruikers, de totale kosten, de totale kosten per declaratie en per gebruiker en het aantal declaraties verzameld en verwerkt in een dashboard in Tableau. Daarnaast hebben we gegevens over het aantal spelers op de markt in kaart gebracht, met behulp van gegevens via brancheorganisaties, zorgverzekeraars, en leveranciers. Voor de *kwalitatieve analyse* hebben we diverse partijen geïnterviewd. Met de interviews hebben we de kwantitatieve gegevens geduid. Daarnaast hebben we respondenten gevraagd naar de ontwikkelingen van de afgelopen vijf jaar, de huidige markt, de te verwachten ontwikkelingen, de gevolgen hiervan voor het aanbod, de kwaliteit en betaalbaarheid van de extramurale hulpmiddelen en de benodigde acties voor de toekomst. De interviews hebben we verwerkt in ATLAS.ti.

Met dit programma hebben we de onderwerpen die door de respondenten zijn aangedragen - aan de hand van de onderzoeksvragen - gelabeld tot een overzichtelijk geheel.

Stap 3. Analyse en bespreking bevindingen
De eerste kwantitatieve en kwalitatieve inzichten hebben we geanalyseerd en bij elkaar gebracht aan de hand van de onderzoeksvragen en verwerkt in een voortgangsrapportage. Deze hebben we met VWS en met de geïnterviewde partijen besproken tijdens een online reflectiebijeenkomst.

Stap 4. Uitwerking eindrapportage
Naar aanleiding van de twee besprekingen in de vorige stap hebben we de rapportage uitgewerkt met een beschrijving van onze bevindingen over de huidige en te verwachten omvang en spelers op de extramurale hulpmiddelenmarkt, de te verwachten ontwikkelingen op het gebied van het gebruik en toepassing van de extramurale hulpmiddelen en mogelijke factoren die hierop van invloed zijn.

1.3 Focus van het onderzoek

Om een beeld te krijgen van de extramurale hulpmiddelenmarkt focussen we ons op een aantal clusters, zodat de uitvoering van het onderzoek behapbaar is. Met behulp van data uit de GIP-databank hebben we gekeken naar totale kosten, kosten per gebruiker, aantal gebruikers en verwacht toekomstig gebruik. Daarnaast hebben we enkele experts gesproken of er andere omstandigheden zijn die relevant zijn om mee te nemen bij de selectie, zoals ontwikkelingen uit het verleden of innovatiekracht in de toekomst (zie bijlage 1 voor een uitgebreide toelichting op deze selectie). Op basis daarvan komen we tot de volgende categorieën (die samen 92% van de totale kosten vertegenwoordigen):

A. Verzorgingsmiddelen
C. Orthesen en schoenvoorzieningen
D. Auditieve hulpmiddelen
F. Diabeteshulpmiddelen
G. Inrichtingselementen van woningen
H. Transportondersteuners van bloed en lymfe
I. Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen
L. Hulpmiddelen voor mobiliteit van personen
N. Hulpmiddelen voor toediening van voeding

In bijlage 1 zijn voor de hulpmiddelencategorieën ook de subcategorieën weergegeven.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een nadere beschrijving van de context van de extramurale hulpmiddelenmarkt. In hoofdstuk 3 staan de resultaten van de kwantitatieve analyse over het aantal gebruikers en de kosten weergegeven. In hoofdstuk 4 staan de belangrijkste ontwikkelingen beschreven. Tenslotte geven we in hoofdstuk 5 een algemene duiding aan de bevindingen en hebben we een aantal aanbevelingen geformuleerd.

2. Context extramurale hulpmiddelenmarkt

Voordat we ingaan op de ontwikkelingen geven we in dit hoofdstuk eerst een korte toelichting op de extramurale hulpmiddelenmarkt en het functioneringsgericht voorschrijven. Verder beschrijven we de verschillende partijen die een rol spelen op de extramurale hulpmiddelenmarkt.

2.1 Extramurale hulpmiddelen

Wanneer we in deze rapportage spreken over extramurale hulpmiddelen, bedoelen we de hulpmiddelen die onder de aanspraak hulpmiddelenzorg binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen, inclusief de daarbij behorende zorg. Binnen de Zvw kan aanspraak worden gemaakt op hulpmiddelen. Hierbij is een onderscheid tussen hulpmiddelen die (kunnen) vallen onder de aanspraak hulpmiddelenzorg en hulpmiddelen die in het kader van een andere aanspraak worden ingezet, zoals de medisch specialistische zorg (Zvw) of vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Wet langdurige zorg (Wlz). Voorliggend onderzoek richt zich op de hulpmiddelenzorg die is geregeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) in relatie tot paragraaf 1.4 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). In de Rzv zijn de verzekeringsrechten in een functiegerichte aanspraak vastgelegd. Dit betekent dat in de Zvw is beschreven welke hulpmiddelen voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking kunnen komen. Het is aan de zorgverzekeraar om te beoordelen of een hulpmiddel voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking komt (ofwel of een hulpmiddel onder de functiegerichte aanspraak valt).

Als het hulpmiddel tijdelijk[2] wordt ingezet vanuit het ziekenhuis, valt het ook in de thuissituatie onder de medisch specialistische zorg (ziekenhuiszorg). Dat geldt ook als er een achterwachtfunctie voor het ziekenhuis blijft en als de medisch specialist eindverantwoordelijk blijft. De vergoeding van extramurale hulpmiddelenzorg loopt via de zorgverzekeraars. De vergoeding van hulpmiddelen via het ziekenhuis wordt betaald via dat ziekenhuis en valt onder de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's).

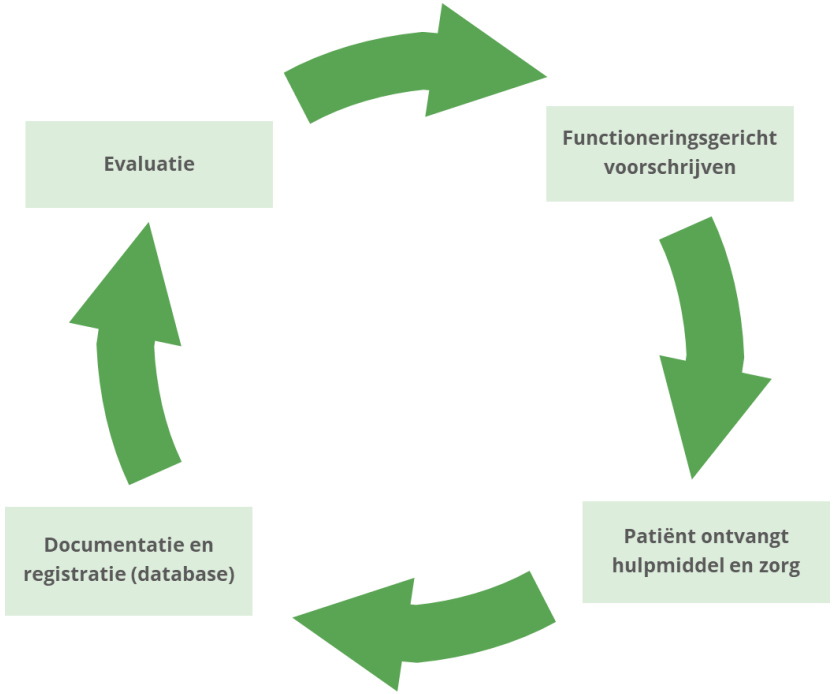
Een hulpmiddel moet gebruiksklaar worden geleverd aan de gebruiker. Daartoe behoort naast het daadwerkelijk leveren van het hulpmiddel ook het aanpassen en instrueren van de gebruiker en controles. Het gaat dus niet alleen om het hulpmiddel als zodanig, maar ook om de daarbij behorende zorg.

[2] Tijdelijk betekent hier in het kader van en tot het einde van een behandeling.

Vandaar ook de term hulpmiddelenzorg. In het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg en de daaraan hangende modules is dit verder uitgewerkt.

2.2 Functioneringsgericht voorschrijven

In het Kwaliteitskader is het proces van het voorschrijven van een hulpmiddel beschreven in vier stappen, zoals afgebeeld in Figuur 2.



Figuur 2: Proces van voorschrijven (bron: Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg)

De eerste stap is het functioneringsgericht voorschrijven: bij de keuze van een adequaat hulpmiddel wordt rekening gehouden met de functioneringsproblemen van de individuele verzekerde. De verzekerde krijgt dus het juiste hulpmiddel dat zo goed mogelijk past bij de omstandigheden (doeltreffend) en is niet duurder dan nodig om aan die eisen te voldoen (doelmatig). De competente zorgprofessional bepaalt in overleg met de gebruiker welke functionaliteiten nodig zijn door rekening te houden met het functioneren van de gebruikers (op basis van de ICF[3]). Zorgprofessionals geven aan dat zij hierbij een onafhankelijke rol vervullen en, onafhankelijk van prijzen en merken, hun keuze voor het best passende hulpmiddel maken.

Als de functionele eisen waar het hulpmiddel aan moet voldoen zijn opgesteld en bepaald is welke hulpmiddelen deze functionele kenmerken bezitten, kunnen merk en type worden bepaald zodat de gebruiker de hulpmiddelenzorg kan ontvangen (met de toevoeging zoals beschreven in de eerste alinea van paragraaf 2.1: de zorgverzekeraar beoordeelt of een hulpmiddel onder de functiegerichte aanspraak van de Zvw valt). Per hulpmiddel verschilt het door wie en de wijze waarop dit gebeurt; dit dient uitgewerkt te worden in specifieke modules (dit is voor een aantal hulpmiddelencategorieën al gedaan, maar nog niet voor allemaal).

Vervolgens wordt (per hulpmiddelencategorie) gedocumenteerd en geregistreerd in een database, zodat een gegevensbestand wordt opgebouwd met informatie over welk specifiek hulpmiddel (merk en type) bij welke functionaliteit is verstrekt.

Ten slotte wordt geëvalueerd om de kwaliteit van hulpmiddelenzorg te verbeteren. Bijvoorbeeld op ervaring/tevredenheid van de cliënt en de zorgprofessional of de transparantie van het hele proces.

[3] International Classification of Functioning, Disability and Health

2.3 Stakeholders

Op de extramurale hulpmiddelenmarkt zijn verschillende partijen actief. Hieronder geven we per partij een toelichting op de rol die zij vervult.

Patiëntenorganisaties

De belangen van de hulpmiddelengebruikers worden vertegenwoordigd in verschillende patiëntenorganisaties. Zij geven informatie aan patiënten, bieden lotgenotencontact en hebben een signalerende rol richting andere partijen.

Zorgprofessionals/voorschrijver

De rol van zorgprofessional of voorschrijver kan door veel verschillende personen worden vervuld, zoals een verpleegkundige, huisarts of verpleegkundig specialist en kan in dienst zijn van zorgorganisaties of leveranciers. Zorgprofessionals/voorschrijvers stellen op basis van het functioneren van en in overleg met de gebruiker vast welke functionaliteiten een hulpmiddel moet hebben en schrijven op basis daarvan het best passend hulpmiddel voor.

Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars kopen de hulpmiddelen in en beoordelen of een hulpmiddel onder de functiegerichte aanspraak van de Zvw valt. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de hulpmiddelenzorg. Zij moeten voldoen aan de zorgplicht[4], kwalitatief goede zorg inkopen en daarbij aandacht hebben voor de doelmatigheid van de zorg. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de brancheverenging voor zorgverzekeraars in Nederland en vertegenwoordigt de belangen van de zorgverzekeraars.

Leveranciers/medisch speciaalzaken

Leveranciers/medisch speciaalzaken worden gecontracteerd door de zorgverzekeraar en leveren de hulpmiddelen en bijbehorende diensten aan de verzekerden. Een leverancier kan aangesloten zijn bij een brancheorganisatie. Daarnaast zijn er ook landelijke koepels waar zowel brancheorganisaties als leveranciers zich bij kunnen aansluiten.

Fabrikanten/producenten

Fabrikanten en producenten produceren de hulpmiddelen en zorgen voor het aanbod op de Nederlandse markt. Verder ontwikkelen fabrikanten nieuwe producten.

Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg

In januari 2024 is de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg opgericht met als doel de kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en duurzaamheid van hulpmiddelen te borgen. Om zo de integrale kwaliteit van leven van gebruikers van hulpmiddelen en daarmee de levenskwaliteit op een duurzame wijze te verbeteren. In de Kwaliteitsraad zijn de vijf belangrijkste partners vertegenwoordigd: hulpmiddelengebruikers, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, zorgaanbieders/leveranciers en fabrikanten.

De Kwaliteitsraad werkt samen met zes platforms (continentiehulpmiddelen, stomahulpmiddelen, diabeteshulpmiddelen, prothesehulpmiddelen, compressiehulpmiddelen en hoorzorg) om gezamenlijk de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg te verbeteren. Niet alle extramurale hulpmiddelen zijn vertegenwoordigd in een platform.

[4] De zorgplicht van zorgverzekeraars betekent dat zij moeten zorgen dat iedere verzekerde binnen een redelijke tijd en afstand de zorg kan krijgen die nodig is.

Zorginstituut Nederland
Het Zorginstituut Nederland (ZIN) is verantwoordelijk voor wat binnen de aanspraak hulpmiddelenzorg valt. Een hulpmiddel kan binnen de aanspraak vallen zodra het voldoet aan de 'stand van wetenschap en de praktijk'.

Kwaliteitsraad Zorginstituut
De Kwaliteitsraad van het Zorginstituut is een onafhankelijke raad van deskundigen op het gebied van kwaliteit van zorg. De Kwaliteitsraad geeft gevraagd en ongevraagd advies aan het Zorginstituut en heeft een wettelijke rol in de doorzettingsmacht van het Zorginstituut.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor het zorgstelsel, inclusief de hulpmiddelenzorg. Daarnaast is het ministerie ook verantwoordelijk voor wet- en regelgeving, beleid en de financiële kaders op dit gebied.

Nederlandse Zorgautoriteit
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de uitvoering van de Zvw en op de zorgmarkt. Onder de zorgmarkt valt het toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. De NZA reguleert geen tarieven en prestaties voor de extramurale hulpmiddelen in de Zvw.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de prestaties, veiligheid en veilig gebruik van hulpmiddelen. De IGJ is toezichthouder van de producten die moeten voldoen aan de wet- en regelgeving en op de toepassing (hoe er mee wordt gewerkt en of het juist is aangeschaft).

Autoriteit Consument en Markt
De Autoriteit Consument & Markt (ACM) is verantwoordelijk voor goed werkende markten voor mensen en bedrijven, nu en in de toekomst. Met dat doel houdt de ACM toezicht op de mededinging, een aantal specifieke sectoren en het consumentenrecht. In de zorgsector houdt de ACM toezicht op naleving van de concurrentieregels, om een bijdrage te leveren aan de kwaliteit, de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg. Uitgangspunt daarbij is dat er voldoende keuzemogelijkheden voor patiënten, verzekerden en inkopers zijn. Hierbij zijn drie taken van belang:

- de ACM toetst fusies en overnames in de zorg op het mogelijk ontstaan van marktmacht,
- de ACM houdt toezicht op samenwerkingen in de zorg en treedt op tegen afspraken die de concurrentie onnodig belemmeren en die schadelijk zijn voor patiënten of verzekerden,
- de ACM ziet erop toe dat ondernemingen die actief zijn in de zorgsector geen misbruik maken van een economische machtspositie.

Daarnaast onderzoekt de ACM hoe zorgmarkten werken, door algemene marktstudies en sectoronderzoeken, los van concrete situaties of gevallen.

Stichting Erkenning Medische Hulpmiddelen
De Stichting Erkenning Medische Hulpmiddelen (SEMH) is een onafhankelijke en onpartijdige stichting die de kwaliteit van hulpmiddelenzorg in Nederland bewaakt, behoudt en verbetert. Dit doen ze door het bevorderen en bewaken van duurzaamheid, betaalbaarheid, toegankelijkheid, innovatie, transparantie, verbetering van effectiviteit en kwaliteit van hulpmiddelenzorg. De SEMH beheert diverse registers op het gebied van hulpmiddelenzorg.

3. Gebruikers en kosten

Met behulp van de gegevens vanuit de GIP-databank hebben we de ontwikkelingen van het aantal gebruikers en kosten per hulpmiddelen-categorie in kaart gebracht. Tijdens de gesprekken zijn deze ontwikkelingen besproken. In dit hoofdstuk zijn zowel de ontwikkelingen als de reacties daarop vanuit partijen beschreven.

In dit hoofdstuk beantwoorden we de onderzoeksvragen 1.1, 1.2 en 1.3a.

3.1 Introductie

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden hebben we met behulp van de GIP-databank een Dashboard ingericht. De meerwaarde van dit dashboard ten opzichte van de GIP-databank is dat in dit dashboard gefilterd kan worden op één of meerdere hulpmiddelencategorieën op de verschillende niveaus. Ook zijn het aantal gebruikers van of de kosten van declaraties binnen een hulpmiddelencategorie gemakkelijk te vinden en zijn de hulpmiddelen op alle niveaus in één oogopslag met elkaar te vergelijken. Voordat we nader ingaan op deze aantallen staan we eerst stil bij enkele kritische opmerkingen die zijn geplaatst rondom (het gebruik van) de GIP-data.

De hulpmiddelencategorieën in de GIP-databank zijn gebaseerd op de categorieën uit de wet Regeling zorgverzekering. Enkele leveranciers en gebruikers hebben hierbij aangegeven dat zij de categorie-indeling niet herkennen, waardoor ze het lastig vinden om de cijfers uit de GIP-databank goed te interpreteren.

Daarnaast kwam tijdens de gesprekken met diverse partijen (zowel vertegenwoordigers van gebruikers, leveranciers, brancheorganisaties, zorgverzekeraars als landelijke partijen) naar voren dat zij de cijfers van de GIP-databank niet volledig herkennen. Dit wordt grotendeels veroorzaakt door een verschil in registratie van declaratiegegevens van hulpmiddelen als gevolg van een verschil in inkoopsystematiek tussen verzekeraars. Dit is ook geconstateerd door het Zorginstituut en nader beschreven aan de hand van het gebruik van patiëntprofielen en dagprijzen.

Omdat de declaratiegegevens de basis zijn voor de GIP-databank kan dit registratieverschil leiden tot een vertekend beeld in de data op het laagste niveau van de GIP-databank. Op het hoogste en middelste niveau van de GIP-databank zouden de data volgens de zorgverzekeraars redelijk betrouwbaar moeten zijn. Daarbij geven vertegenwoordigers van gebruikers aan dat de

cijfers lastig zijn te koppelen aan patiëntgroepen, omdat bepaalde patiënten van meerdere type hulpmiddelen gebruik maken. Ook kan het voorkomen dat hulpmiddelen op het laagste niveau van de GIP-databank (bijvoorbeeld A1040 Aanvullende hulpmiddelen) worden gebruikt door andere gebruikers dan bij de categorie daarboven (in dit voorbeeld A10 Voorzieningen voor stoma-patiënten) wordt beschreven. Hierdoor is het aantal gebruikers van deze categorie hoger dan het daadwerkelijk aantal stomapatiënten

Daarnaast hebben enkele respondenten aangegeven dat ze zich afvragen of alle zorgverzekeraars wel op een goede manier gebruik maken van de GIP-databank voor de inkoop. Zorgverzekeraars geven hierbij aan dat ze goed weten op welke manier ze de GIP-databank kunnen gebruiken en dat ze dit op een juiste manier doen. Zorgverzekeraars krijgen spiegelinformatie op basis van de GIP-cijfers vanuit het Zorginstituut, waarmee ze hun eigen cijfers kunnen vergelijken met het landelijke beeld. Zorgverzekeraars geven aan dat het vergelijken van zorgverzekeraars onderling lastig kan zijn vanwege verschillen in de inkoopsystematiek. Daarom maken zij gebruik van cijfers op het hoogste niveau vanuit de veronderstelling dat de cijfers op dit niveau betrouwbaar zijn. Een aantal leveranciers vraagt zich hierbij wel af of bij de kostenvergelijking tussen zorgverzekeraars voldoende rekening wordt gehouden met het verschil in aantal gebruikers per zorgverzekeraar.

Tot slot hebben leveranciers aangegeven dat ze de cijfers over de kosten per gebruiker niet geschikt vinden om te gebruiken voor inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en leveranciers, omdat het geen informatie geeft over de feitelijke prijs van een hulpmiddel. Zorgverzekeraars hebben hierbij aangegeven dat ze geen inzage hebben in de feitelijke kostprijs van hulpmiddelen, omdat deze transparantie ontbreekt vanuit fabrikanten en leveranciers. Daarom maken zorgverzekeraars gebruik van alle informatie die wel beschikbaar is om toch een bepaalde vergelijking te kunnen maken over wat er met inkoop haalbaar is. Zonder deze informatie hebben zorgverzekeraars helemaal niets om de prijzen op te baseren.

Tijdens de interviews kwam naar voren dat er veel variatie zichtbaar is in de verschillende deelmarkten van de extramurale hulpmiddelenmarkt. Omdat we per categorie maar een aantal partijen hebben gesproken en de respondenten niet altijd zicht hebben op alle hulpmiddelen binnen een categorie, kan het voorkomen dat we per categorie niet alle relevante informatie hebben kunnen verzamelen met de interviews. In de volgende paragrafen schetsen we op hoofdlijnen de ontwikkelingen in gebruikers en kosten, in bijlage 5 staat een nadere uitwerking per hulpmiddelcategorie.

3.2 Gebruikers

Het aantal gebruikers per jaar is gebaseerd op het aantal verzekerden wat in dat jaar minstens één declaratie voor het betreffende hulpmiddel heeft ontvangen. Voor elke geselecteerde hulpmiddelencategorie hebben we de trend van het aantal gebruikers ten opzichte van 2018 weergegeven in Figuur B2.5: Relatieve ontwikkelingen in aantal gebruikers ten opzichte van 2018Figuur B2.5 in bijlage 3. Alle cijfers en trends zijn ook terug te vinden in het Dashboard.

Voor de totale trend is het totaal aantal gebruikers van de verschillende hulpmiddelencategorieën bij elkaar opgeteld. Dit getal ligt mogelijk hoger dan het werkelijk aantal gebruikers van deze hulpmiddelen, als mensen gebruik maken van hulpmiddelen uit meerdere categorieën. In Figuur B2.5 van bijlage 3 is te zien dat het totaal aantal gebruikers van de geselecteerde hulpmiddelencategorieën 3% is gestegen tussen 2018 en 2022. In 2019 en 2021 waren 5% meer gebruikers van hulpmiddelen dan in 2018. In Tabel B3.4 van bijlage 3 is het volledige overzicht met het aantal gebruikers en bijbehorende groeipercentages te zien.

Respondenten geven aan dat ze een grotere stijging in het aantal gebruikers hadden verwacht, gezien de vergrijzing en extramuralisering van zorg al gaande zijn. De verwachting is dat onder andere hierdoor het gebruik van hulpmiddelen in de toekomst toeneemt.

In de periode van 2020 tot eind 2022 heerste de coronapandemie. De algemene invloed van deze pandemie is dat er tijdelijk minder gebruik is gemaakt van extramurale hulpmiddelen en dat is terug te zien in de cijfers: rond 2020 ontstaat een afname in het aantal gebruikers, die daarna weer toeneemt.

3.3 Kosten

De kosten zijn gebaseerd op de totale kosten van de hulpmiddelen binnen de hulpmiddelenzorg, inclusief reparatie. Hieronder vallen dus alle gedeclareerde kosten. In Figuur B2.6 van bijlage 2 is voor elke hulpmiddelencategorie de trend van de totale kosten ten opzichte van 2018 weergegeven. In Tabel B3.5 van bijlage 3 is het volledige overzicht met de 'totale kosten' en bijbehorende groeipercentages te zien.

De totale kosten van de geselecteerde hulpmiddelen zijn tussen 2018 en 2022 gemiddeld toegenomen met 7%. Alleen bij hulpmiddelen voor het toedienen van voeding en verzorgingsmiddelen zijn de totale kosten gedaald.

Omdat de totale kosten sterk samenhangen met het aantal gebruikers van een hulpmiddel is in Figuur B2.7 van bijlage 3 ook de trend van de kosten per gebruiker weergegeven. In Tabel B3.8 van bijlage 3 is het volledige overzicht met de 'kosten per gebruiker' en bijbehorende groeipercentages te zien. Deze kosten zijn gebaseerd op de totale kosten gedeeld door het aantal gebruikers en geven de mate weer waarin de kosten zijn gestegen of gedaald ten opzichte van het aantal gebruikers. De kosten per gebruiker geven geen inzicht in de kostprijs van een product, omdat er meer kosten dan alleen het product worden gedeclareerd. Deze cijfers kunnen daarom alleen gebruikt worden om te signaleren dat grote verschuivingen plaatsvinden. Daarbij moet goed worden gekeken naar de oorzaak van deze verschuiving.

Een aantal leveranciers en gebruikers geven aan zich te herkennen in de toename van de totale kosten, maar het wel lastig te vinden om deze cijfers te duiden, omdat ze zijn gebaseerd op het declaratieverkeer van de zorgverzekeraars en daarom soms andere ontwikkelingen laten zien in vergelijking tot hun eigen data (zie de opmerkingen die in paragraaf 3.1 zijn beschreven). Wel zien veel respondenten een toename in kosten door onder andere inflatie en een stijging in kosten van materialen. Ook geven veel respondenten bij deze cijfers aan dat hogere kosten door de inzet van hulpmiddelen soms zorgt voor afname van kosten elders, bijvoorbeeld bij de inzet van thuiszorgmedewerkers. Deze verschuiving van kosten is in deze figuren niet inzichtelijk.

Alle cijfers en trends zijn ook terug te vinden in het Dashboard.

3.4 Ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie

De hulpmiddelencategorieën verschillen onderling van elkaar. Op basis van de interviews hebben we de data proberen te duiden en verklaringen gezocht voor de ontwikkeling in de aantallen gebruikers en de kosten. Daarnaast hebben we een globaal beeld opgehaald van het aantal leveranciers per deelmarkt . Deze informatie staat samengevat weergegeven in tabel 1.
Een uitgebreidere uitwerking is te vinden in bijlage 5.

Hulpmiddelencategorie	Leveranciers	Gebruikers 2018-2022	Kosten 2018-2022
A. Verzorgingsmiddelen	Incontinentie: 8 à 9 leveranciers Stomazorg: 4 leveranciers Aantal leveranciers is afgenomen	Lichte daling (-3%), deze trend wordt niet herkend, omdat er een stijging is in het aantal ouderen wat gebruik maakt van deze hulpmiddelen door vergrijzing, extramuralisering en langer thuis wonen	Vrijwel gelijk gebleven (-1%). De kosten per gebruiker laten een lichte stijging zien (3%). Er zijn verschillen per subcategorie, de totale kosten voor incontinentie materiaal is toegenomen, de kosten voor stoma-materiaal en verbandmiddelen zijn licht afgenomen.
C. Orthesen en schoenvoorzieningen	Ongeveer 25 leveranciers Aantal leveranciers is afgenomen	Vrijwel gelijk gebleven (-0,7%), daling in 2020 (corona)	Lichte toename (7%) De kosten per gebruiker zijn gestegen (8%), door een toename in de vraag naar complexe hulpmiddelen
D. Auditieve hulpmiddelen	Een aantal grote en kleinere audiciens, en een grote groep zelfstandigen. Er zijn 5 fabrikanten in NL actief	Lichte stijging (5%), door vergrijzing en toename in bewustzijn bij gebruikers	Stijging (13%) De kosten per gebruiker zijn toegenomen met 8%, door nieuwe technologische ontwikkelingen
F. Diabeteshulpmiddelen	Meer dan 10 leveranciers* *Voor de Flash Glucosemonitor (FGM) is één fabrikant	Lichte afname in totale groep gebruikers (-3%), maar meer gebruik van glucosemonitoren in plaats van test strips	Forse stijging (115%) door budgetverschuiving in Zvw Kosten per gebruiker nog sterker toegenomen (120%), mede door toename in gebruik van glucosemonitors
G. Inrichtingselementen van woningen	Ongeveer 5 leveranciers	Stijging (11%) door vergrijzing en het langer thuis wonen	Stijging (12%) door toename in gebruikers, geen stijging in kosten per gebruiker (0,3%)
H. Transportondersteuners van bloed en lymfe	Meer dan 100 zelfstandige leveranciers en 5 fabrikanten	Lichte afname -(3%), deze trend wordt niet herkend; stijging in aantal patiënten wat gebruikt maakt van deze hulpmiddelen	Lichte stijging (9%), kosten per gebruiker toegenomen (12%). Toename wordt herkend en wordt mede veroorzaakt door een toename in gebruikers van aan- en uittrekhulpen
I. Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	Cpap en zuurstofapparaten: ongeveer 5 leveranciers Mra-apparatuur: 8 leveranciers Tracheostoma: 1 leverancier	Toename (8%), door corona	Forse toename (23%), kosten per gebruiker toegenomen met 13% Voornamelijk door extramuralisering van zorg
L. Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	Ongeveer 5 leveranciers	Licht toegenomen (4%), daling in 2020 (corona) Toename te verklaren door vergrijzing en langer thuis wonen	Forse toename (21%), kosten per gebruiker zijn ook toegenomen (16%), volgens leveranciers door toename in complexiteit
N. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	2 tot 3 leveranciers, aantal leveranciers is afgenomen Ongeveer 4 fabrikanten	Forse stijging (22%), aantal patiënten met voedingssonde is toegenomen, daarnaast meer complexiteit en specialistischer	Forse afname (-14%), kosten per gebruiker ook fors afgenomen (-30%) Trend wordt niet herkend, mogelijk door een daling in contractprijzen

Tabel 1: Ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie

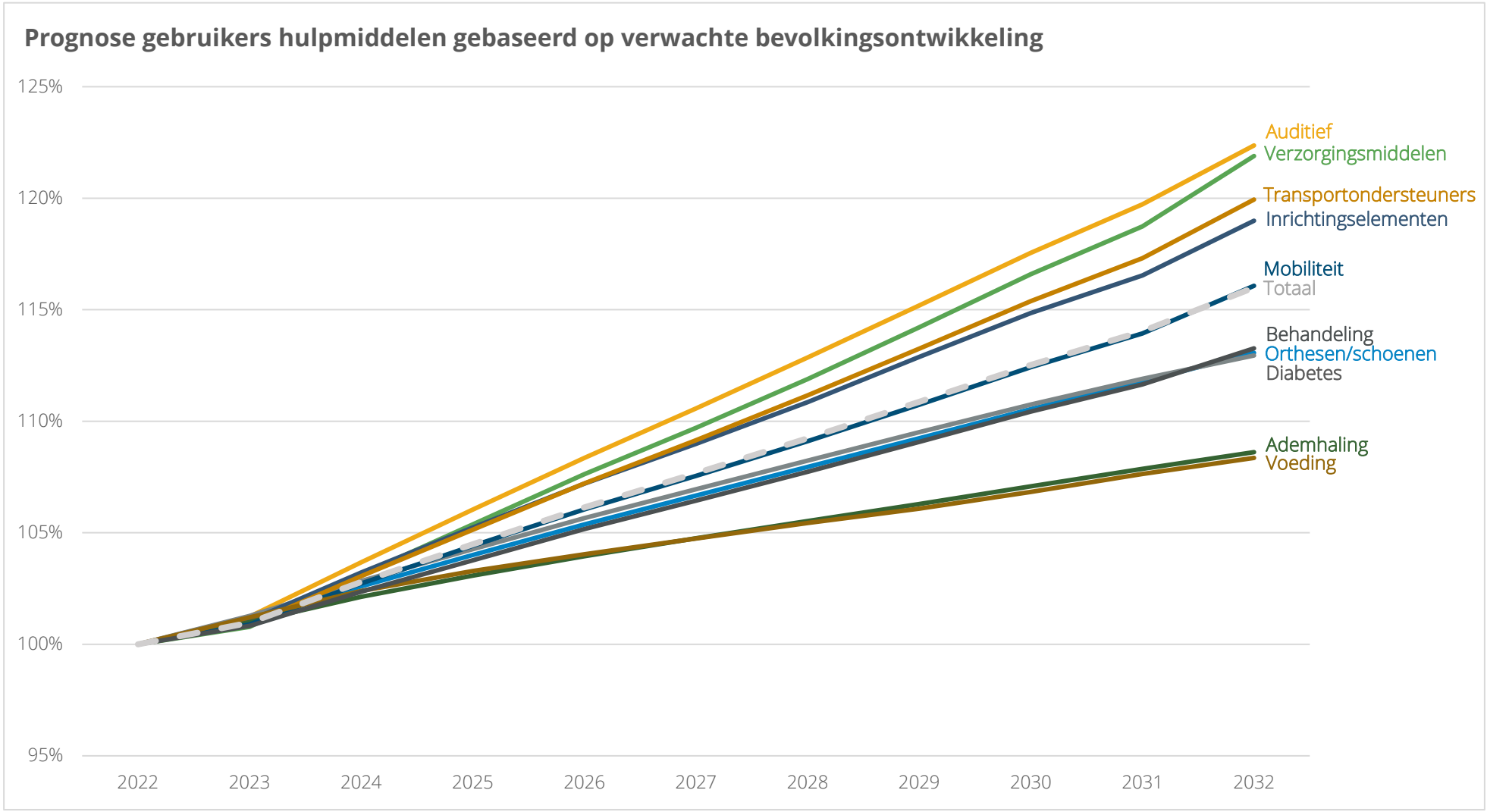
De afgelopen jaren is het aantal leveranciers bij veel categorieën afgenomen, en bij een aantal gelijk gebleven. Oorzaken en een verdere toelichting over het afnemen van aantallen leveranciers staat beschreven in hoofdstuk 4, paragraaf 10 (marktconcentratie). Het aantal leveranciers en fabrikanten varieert per categorie. Er zijn veel (kleine) leveranciers actief in de categorieën voor transportondersteuners van bloed en lymfe (100+), auditieve hulpmiddelen (100+), en orthesen en schoenvoorzieningen (+/- 25). Voor leveranciers van hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen en inrichtingselementen van woningen zijn ongeveer vijf leveranciers actief. Vooral bij hulpmiddelen voor het toedienen van voeding en hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen (tracheostoma) is het aantal leveranciers erg klein; hier zijn nu één tot drie leveranciers actief. Specifiek voor de Flash Glucosemonitor (FGM) is er één fabrikant, die een monopolistische positie heeft. Deze fabrikant levert maar aan twee leveranciers, waardoor de meest gebruikte diabeteshulpmiddelen (90%) alleen bij deze leveranciers kunnen worden ingekocht. Zorgverzekeraars vinden dit zorgelijk, zij hebben hierdoor geen grip op de kosten.

Als we kijken naar de ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie zien we dat het aantal gebruikers van extramurale hulpmiddelen de afgelopen vijf jaar bij vrijwel alle categorieën is gestegen, behalve bij verzorgingsmiddelen, transportondersteuners, diabetes en orthesen/schoenen. De toename in gebruikers komt volgens respondenten voornamelijk door de vergrijzing, de extramuralisering, en het langer thuis wonen.

De totale (gedeclareerde) kosten, die fors samenhangen met het aantal gebruikers van extramurale hulpmiddelen, zijn de afgelopen vijf jaar ook toegenomen. Er zijn grote verschillen zichtbaar tussen de categorieën voor de totale kosten (van -14% tot 115%) en voor de kosten per gebruiker (van -30% tot 120%). Opvallend is de forse toename in kosten van diabeteshulpmiddelen, die verklaard kan worden door een verschuiving van de kosten van glucosemonitoren binnen de Zvw (de kosten van de glucosemonitoren waren binnen de Zvw onderdeel van de medisch specialistische zorg en zijn sinds 2021 onderdeel geworden van de hulpmiddelenzorg). Mogelijke verklaringen voor de andere toenames zijn technologische ontwikkelingen en een toename in complexiteit (leveranciers geven aan dat door eerdere ontslagen uit het ziekenhuis en het langer thuis wonen complexere hulpmiddelen worden ingezet; zorgverzekeraars missen een objectieve onderbouwing voor deze veronderstelde relatie met de toename van complexiteit). Alleen bij hulpmiddelen voor het toedienen van voeding en bij verzorgingsmiddelen komt een daling van de kosten naar voren. De daling van deze kosten per gebruiker wordt niet herkend door de leveranciers, zij zien juist een stijging in de kosten.

3.5 Prognose

De verwachting is dat het aantal gebruikers van hulpmiddelen de komende jaren zal stijgen. De verwachte bevolkingsontwikkeling speelt hierin een grote rol, voornamelijk door de stijging in het aantal ouderen. Daarom hebben we een prognose gemaakt van het aantal gebruikers per hulpmiddelencategorie, gebaseerd op de verwachte bevolkingsontwikkeling van de komende jaren. Hiervoor hebben we het jaar 2022 als basisjaar genomen, waarbij het aantal gebruikers per leeftijdsgroep bekend is (bron: GIP-databank). Per leeftijdsgroep hebben we de verwachte bevolkingsontwikkeling berekend tot en met 2032 (Tabel B3.7 van bijlage 4). Deze verwachte bevolkingsontwikkeling hebben we gebruikt om een prognose te maken van het aantal gebruikers per hulpmiddelencategorie. Vanwege het ontbreken van betrouwbare objectieve gegevens zijn hierbij geen andere variabelen in meegenomen. In Figuur 3 hebben we de prognose van het aantal gebruikers per hulpmiddelencategorie weergegeven, gebaseerd op de verwachte bevolkingsontwikkeling. Bij elke hulpmiddelencategorie wordt op basis van de demografische ontwikkelingen een stijging in het aantal gebruikers verwacht.



Figuur 3: Prognose van het aantal gebruikers van hulpmiddelen gebaseerd op verwachte bevolkingsontwikkeling ten opzichte van 2022
Bron: GIP-databank en CBS Statline

Bij de geselecteerde hulpmiddelencategorieën wordt een stijging verwacht van gemiddeld 16%. De grootste stijging (22%) wordt verwacht in het aantal gebruikers van auditieve hulpmiddelen en verzorgingsmiddelen, omdat deze hulpmiddelen in verhouding het meest door ouderen worden gebruikt. De laagste toename in het aantal gebruikers wordt verwacht bij hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen en hulpmiddelen voor het toedienen van voeding (de hulpmiddelen worden relatief minder door ouderen gebruikt). In Tabel B3.8 van bijlage 4 en het Dashboard zijn de onderliggende getallen van de prognose te zien.

Omdat bij elke hulpmiddelencategorie een stijging in het aantal gebruikers wordt verwacht, wordt op basis van de bevolkingsontwikkeling ook minimaal een gelijke stijging in de totale kosten verwacht. Echter, er zijn ook andere factoren van invloed op de kosten, zoals inflatie, beleidskeuzes rondom het wel/niet vergoeden van bepaalde hulpmiddelen en prijsafspraken tussen zorgverzekeraars en leveranciers. Omdat we hierover geen betrouwbare gegevens hebben ontvangen kunnen we die kosten niet verwerken in de prognose.

De verwachting voor het aantal leveranciers naar de toekomst toe verschilt tussen respondenten. Een aantal verwacht dat de afname doorzet, terwijl anderen verwachten dat nieuwe aanwas opkomt wanneer de vraag naar hulpmiddelen toeneemt. Dit staat verder toegelicht in paragraaf 4.10.

4. Ontwikkelingen

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de beelden die uit het vorige hoofdstuk naar voren zijn gekomen. De ontwikkelingen die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden en de verwachte ontwikkelingen voor de toekomst hebben we in kaart gebracht door middel van interviews met relevante stakeholders.

Dit hoofdstuk geeft antwoord op de vragen 1.3b, 1.4, 1.5 en 2.1.

Op basis van gesprekken met een groot aantal stakeholders komt het beeld naar voren dat de markt van de extramurale hulpmiddelen niet optimaal functioneert. Dit lichten we toe aan de hand van de volgende bevindingen:

- er is een toename in het aantal hulpmiddelengebruikers,
- de arbeidsmarktproblematiek versterkt de toename in het gebruik,
- de betaalbaarheid van de hulpmiddelenzorg staat onder druk
- de relatie tussen zorgverzekeraar en leverancier staat onder druk,
- de implementatie van het functioneringsgericht voorschrijven stagneert,
- er is te weinig aandacht voor het perspectief van gebruikers,
- de implementatie van duurzaamheid verloopt moeizaam,
- er is geen aandacht voor hulpmiddelenzorg in landelijke akkoorden,
- de regelgeving is veranderd en strenger geworden,
- het zicht op de effecten van marktconcentratie ontbreekt.

4.1 Toename in het aantal hulpmiddelengebruikers

In de afgelopen jaren is het aantal gebruikers van hulpmiddelen toegenomen, daar zijn partijen het over het algemeen over eens en dit blijkt ook uit de cijfers van hoofdstuk 3. In 2020 is een tijdelijke daling in het aantal gebruikers te zien door de coronapandemie. Respondenten geven aan dat mensen in die periode minder gebruikmaakten van hulpmiddelen, omdat zij onder andere niet naar de huisarts durfden of mochten en leveranciers te maken hadden met leveringsproblemen omdat grondstoffen bij de fabrikant opraakten. Tussen 2020 en 2022 is bij bijna alle hulpmiddelencategorieën (behalve bij verzorgingsmiddelen, diabeteshulpmiddelen en transportondersteuners van bloed en lymfe) een toename in het aantal gebruikers te zien.

Voor deze toename in gebruikers zien de partijen een aantal verklaringen, namelijk de toenemende vergrijzing (het aantal ouderen in de totale bevolking neemt toe met als gevolg dat de gemiddelde leeftijd van de bevolking hoger

wordt), de ontwikkeling dat mensen langer thuis blijven wonen (door beleidskeuzes en behoefte van mensen zelf) en de toenemende extramuralisering van zorg (verschuiving in de verlening van curatieve zorg in de tweede lijn naar de eerste lijn). Leveranciers, gebruikers en brancheorganisaties ervaren hierdoor ook een toenemende complexiteit in de zorg- en ondersteuningsvraag van mensen in de thuissituatie, die voorheen in het ziekenhuis werden behandeld of Wlz-zorg vanuit een verblijfssetting kregen. Zorgverzekeraars geven aan dat, hoewel zij de toename in het aantal gebruikers herkennen, de toename in complexiteit van de hulpvraag niet is aangetoond en vragen zich af wat de echte oorzaak is van de complexiteitstoename: de genoemde ontwikkelingen, of omdat het beschikbare aanbod kwalitatief beter is geworden en daarom voor meer mensen een oplossing kan zijn? Tijdens voorliggend onderzoek hebben we geen nadere informatie kunnen verzamelen om deze vraag betrouwbaar te beantwoorden.

Als gevolg van de toenemende vraag naar hulpmiddelen merken leveranciers dat zij meer aanvullende diensten bieden naast het leveren van hulpmiddelen, zoals scholing of voorlichting (aan thuiszorgmedewerkers, gebruikers of mantelzorgers), het aanmeten van hulpmiddelen en tussentijdse controles. Deze toename in de hulpmiddelenzorg leidt volgens leveranciers tot een verbetering van kwaliteit, omdat volgens hen een passend hulpmiddel dat op de juiste manier wordt gebruikt een positief effect heeft op participatie in de maatschappij en latere en/of zwaardere zorg kan voorkomen. Een objectief beeld van het effect van hulpmiddelenzorg op het verminderen van bijvoorbeeld medisch specialistische zorg of wijkverpleging ontbreekt.

Naar de toekomst toe is de verwachting van de respondenten dat de vergrijzing doorzet. Dit geldt ook voor de ontwikkeling dat mensen langer thuis wonen en de extramuralisering van zorg (ervan uitgaande dat het door de overheid ingezette beleid de komende jaren wordt voortgezet). Dit betekent dat de gemiddelde toename van 16% van het aantal gebruikers (zoals beschreven in paragraaf 3.5 en Tabel B3.8 van bijlage 4) een voorzichtige prognose is en de werkelijke toename hoger zal zijn.

4.2 Arbeidsmarktproblematiek versterkt toename in gebruik

De arbeidsmarktproblematiek is een bekend probleem in alle sectoren. Bij de extramurale hulpmiddelen zien we dat arbeidsproblematiek effect heeft op zowel de zorg zelf als bij de leveranciers van hulpmiddelen. Allereerst zien leveranciers, gebruikers en zorgprofessionals dat door de arbeidsmarktproblematiek in de zorg en de ontwikkeling dat mensen langer thuis blijven wonen een groter beroep wordt gedaan op de zelfredzaamheid van zorgvragers en mantelzorgers. Hulpmiddelen vervullen een belangrijke rol bij het bevorderen en in stand houden van de zelfredzaamheid, zodat de thuiszorg/wijkverpleging minder vaak hoeft langs te komen. Dit versterkt de toename van het aantal gebruikers van hulpmiddelen.

Leveranciers en brancheorganisaties geven aan door het tekort aan personeel te worden belemmerd in het vinden van voldoende medewerkers die geschoold zijn om de hulpmiddelenzorg (zoals aanmeten van hulpmiddelen en scholing) te kunnen uitvoeren. Hierdoor kunnen niet alle hulpmiddelengebruikers tijdig en op de meest passende manier worden geholpen bij het verkrijgen van een hulpmiddel. De arbeidsproblematiek bij leveranciers lijkt nog niet voor grote problemen te zorgen, maar is mogelijk wel een risico voor de toekomst.

Respondenten verwachten dat de arbeidsmarktproblematiek in de toekomst zal toenemen. Door minder mensen in de zorg en meer mensen die zorg nodig hebben zal de vraag naar hulpmiddelen toenemen. Om als leveranciers

deze toenemende vraag te kunnen blijven bedienen, is het van belang dat zij hun bedrijfsprocessen zo veel mogelijk optimaliseren.

4.3 Betaalbaarheid hulpmiddelenzorg staat onder druk

In hoofdstuk 3 hebben we geconcludeerd dat de kosten van de extramurale hulpmiddelenzorg zijn toegenomen en naar verwachting de komende jaren blijven toenemen. Hiermee komt de betaalbaarheid van de hulpmiddelenzorg onder druk te staan. Respondenten hebben hierover in de interviews diverse reacties op gegeven.

Leveranciers ervaren bij de inkoop van hulpmiddelenzorg dat zorgverzekeraars alleen kijken naar de kosten van het hulpmiddel en dat niet wordt gekeken naar wat de investering in hulpmiddelen kan opleveren in andere domeinen (zoals minder zorg door de wijkverpleging, meer kwaliteit van leven en meer participatie). Gebruikers van hulpmiddelen begrijpen vervolgens niet goed waarom zorgverzekeraars bepaalde hulpmiddelen niet vergoeden: het vergoeden van bijvoorbeeld plakverwijderaar bij een stoma kan volgens hen huidproblemen voorkomen, waarmee een beroep op aanvullende zorg wordt voorkomen. Ook geven zij aan door het gebruik van hulpmiddelen maatschappelijke winst te ervaren doordat een deel van hen weer kan werken vanwege de hulpmiddelen. De zorgverzekeraars geven aan dat de focus bij de inkoop zeker niet alleen op de kosten ligt, maar ook op toegankelijkheid en kwaliteit. Bovendien geven zij aan dat niet is aangetoond dat een investering in hulpmiddelen daadwerkelijk leidt tot winst in andere domeinen. Zo lang dit inzicht ontbreekt zijn zorgverzekeraars voorzichtig met het vergoeden van hulpmiddelen, zodat de hulpmiddelenzorg betaalbaar blijft. Daarnaast wordt hierbij aangegeven dat het wel noodzakelijk is dat er op wordt toegezien dat door de inzet van een hulpmiddel ook daadwerkelijk minder zorg wordt ingezet. Als voorbeeld is genoemd dat met een bepaald diabeteshulpmiddel de diabeteswaarden van een persoon op afstand kunnen worden afgelezen, zodat de persoon niet naar de arts hoeft. Echter, zo lang deze persoon nog wordt uitgenodigd door de arts om de waarden te controleren levert dit hulpmiddel geen besparing op maar wordt het geheel juist duurder.
Een ander discussiepunt rondom de betaalbaarheid van hulpmiddelenzorg gaat over de mogelijkheid om als gebruiker bij te betalen aan een hulpmiddel voor meer luxe of comfort. De zorgverzekeraar vergoedt alleen een standaardtype hulpmiddel, dat in de basis de benodigde ondersteuning biedt (de keuze door het meest doelmatige hulpmiddel wordt bepaald door de leverancier in samenspraak met de verzekerde). Echter, er zijn gebruikers die behoefte hebben aan meer luxe of comfort in een hulpmiddel en daarvoor extra willen bijbetalen. Gebruikers en leveranciers vinden het logisch dat de zorgverzekeraar geen luxe of comfort gaat vergoeden en daarom wensen zij de mogelijkheid dat de zorgverzekeraar het basisdeel vergoedt en gebruikers kunnen bijbetalen voor aanvullende luxe of comfort. Dat is momenteel niet mogelijk waardoor de gebruiker het luxere hulpmiddel volledig zelf moet betalen (zie ook paragraaf 4.5, waar meer wordt toegelicht over het voorschrijven van hulpmiddelen). Zorgverzekeraars geven aan dat zij geen voorstander zijn van bijbetalingen en het een hele bewuste keuze is die zij vaak hebben uitgelegd aan het veld. Zij zijn hier geen voorstander van, omdat ze het belangrijk vinden dat de hulpmiddelenzorg een solidair stelsel blijft, waarbij functieverbetering centraal staat. Daarnaast geven zorgverzekeraars aan dat de grens tussen het basisdeel en luxe of comfort flinterdun is en het moeilijk is om te bepalen wat dan wordt vergoed en waar iemand voor kan bijbetalen. Ook vinden zij dat het aan de leverancier is om het hulpmiddel, binnen de contracteringsafspraken, zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de behoeften van een gebruiker. De mogelijkheid tot bijbetalen kan er volgens zorgverzekeraars voor zorgen dat leveranciers minder gestimuleerd worden om dit te doen en eerder gestimuleerd worden om extra opties te ontwikkelen waar ze extra aan kunnen verdienen.

Tot slot zijn er ook discussies over de betaalbaarheid van innovaties voor de komende jaren. Het gaat bijvoorbeeld over digitalisering van hulpmiddelen en zorg, waardoor meer zorg op afstand mogelijk is, om onder andere de druk op de arbeidsmarkt te verlagen. Respondenten noemen dat digitalisering van zorg beter geduid moet worden (wat is zorg en wat niet), omdat nu vaak discussie ontstaat of de digitale innovatie gefinancierd moet worden door de zorgverzekeraar. Volgens leveranciers staat namelijk vooral de financiering de doorontwikkeling en het gebruik van innovatievere hulpmiddelen in de weg. In dit kader werd door zorgverzekeraars genoemd dat het steeds vaker voorkomt dat fabrikanten een innovatief hulpmiddel ontwikkelen met allerlei extra's die vaak niet nodig zijn om het functioneren te verbeteren (bijvoorbeeld een hoortoestel met valdetectie). Dit maakt het voor hen moeilijker om te bepalen wat zij nog gaan vergoeden en wat niet, zeker met het oog op het betaalbaar houden van de hulpmiddelenzorg. Door innovatie wordt het nog belangrijker dat partijen vaststellen wat wel en niet wordt vergoed. Zorgprofessionals geven hierbij aan dat ze bij het functioneringsgericht voorschrijven ook steeds kritischer zijn in het maken van de afweging wanneer het hulpmiddel nodig is voor het functioneren of wanneer het alleen maar comfort biedt.

4.4 Relatie zorgverzekeraars en leveranciers staat onder druk

In de interviews is veel genoemd over de relatie tussen zorgverzekeraars en leveranciers. De samenwerking tussen beide partijen komt tot stand bij het maken van de inkoopafspraken; dit wordt wisselend ervaren en verschilt per zorgverzekeraar en leverancier. Over het algemeen is de onderlinge persoonlijke relatie goed, maar onderling vertrouwen is vaak niet aanwezig. Daarnaast wordt door beide partijen ervaren dat de inkoopgesprekken moeizamer verlopen. Ter informatie hebben we in het kader hiernaast kort weergegeven hoe de inkoopafspraken tot stand komen en welke inkoopsystematiek zorgverzekeraars gebruiken.

Inkoopafspraken worden gemaakt op basis van prijs, kwaliteit en toegankelijkheid. De inkoopafspraken die zorgverzekeraars met leveranciers maken verschillen onderling en per hulpmiddelencategorie, omdat zorgverzekeraars concurrenten zijn van elkaar en de ruimte hebben om te kiezen voor de *inkoopsystematiek* die zij het best passend vinden (in het kader van kosten, doelmatigheid, etc.).

Inkoopsystematiek zorgverzekeraars:

- Dagprijs: de leverancier ontvangt per gebruiker een vast bedrag per dag, onafhankelijk van wat en hoeveel de gebruiker verbruikt.
- Vaste prijs per product: de leverancier wordt per product betaald. De prijs is afhankelijk van merk, type of soort. Hierbij is keuze mogelijk uit eigendom of bruikleen.
- Clusterprijs: de leverancier ontvangt een vaste prijs voor een type hulpmiddel, onafhankelijk welk merk of soort wordt ingezet.

Leveranciers, zorgprofessionals en gebruikers ervaren deze variëteit in inkoopafspraken en tarieven als belemmerend voor een uniform proces van functioneringsgericht voorschrijven en inzetten van hulpmiddelen. Daarom pleiten zij voor meer uniformering in de inkoopafspraken en tarieven. Echter is er bij de leveranciers geen eenduidig beeld van de voorkeur voor de inkoopsystematiek. Op de dagprijs hebben zij veel kritiek (zie volgende alinea), een vaste prijs per product vinden zij eerlijker omdat zij vergoed krijgen wat zij leveren en een clusterprijs biedt meer ruimte dan de dagprijs, omdat zij een zorgvuldige afweging kunnen maken tussen een goedkoper en duurder product en voldoende marge overhouden: 'you win some, you lose some'. Echter

vinden leveranciers dat de dagprijs en clusterprijs wel nadelig voor hen is wanneer zij veel gebruikers met een complexe hulpvraag hebben, omdat de vaste prijs die zij krijgen uitgaat van een gemiddelde en zij bij veel complexe hulpvragen boven het gemiddelde zitten. Dit kan leveranciers stimuleren om gebruikers met een complexe hulpvraag te weigeren. Volgens zorgverzekeraars is uniformering op onderdelen mogelijk, maar niet als dit leidt tot beperking van de inkoopvrijheid van zorgverzekeraars; zij hebben grote behoefte aan vrijheid om de inkoopsystematiek te kunnen bepalen.

De dagprijs is een onderwerp dat vaak aan bod kwam in de interviews. De dagprijs is gebaseerd op een gemiddelde van een brede groep en is in gezamenlijkheid door leveranciers en zorgverzekeraars voorgesteld. De dagprijs wordt door zorgverzekeraars vaak gekozen bij verbruikscomponenten met een groot volume. De dagprijs die zij bieden klopt volgens zorgverzekeraars, terwijl leveranciers aangeven dat het tarief vaak te laag uitkomt, voornamelijk wanneer een leverancier veel gebruikers heeft met een complexe ondersteuningsvraag (waar meer, duurdere en/of specialistische) hulpmiddelen voor nodig zijn). De zorgverzekeraars merken hierbij op dat voor die groep een hogere vergoeding staat.

Een ander discussiepunt rondom de dagprijs is de voorfinanciering van hulpmiddelen (dit geldt voor verbruikshulpmiddelen zoals incontinentiemateriaal maar niet voor gebruikshulpmiddelen zoals hoog-laag bedden). Leveranciers geven aan vaak een hulpmiddel te moeten voorfinancieren en zien dat voornamelijk kleine leveranciers hier de middelen niet voor hebben. Daarnaast krijgen zij alleen de daadwerkelijke verbruiksdagen van het hulpmiddel vergoed; wanneer zij een hulpmiddel voorschrijven voor 30 dagen, maar de gebruiker overlijdt na 5 dagen krijgen zij 25 dagen niet vergoed en hebben zij het financiële risico. De meeste zorgverzekeraars vragen zich af hoe groot dit financiële risico daadwerkelijk is, omdat zij ook een aantal hulpmiddelen (zoals diabetespompen) voorfinancieren en vinden dat leveranciers hierin een eigen verantwoordelijkheid hebben door bijvoorbeeld niet voor 30 dagen materiaal te leveren bij een terminale gebruiker. Bij plotseling overlijden is het risico voor de leveranciers, maar hierop geven zorgverzekeraars aan dat leveranciers in andere situaties meer krijgen vergoed dan zij leveren (de dagprijs blijft in stand wanneer een leverancier minder levert).

De gesprekken over inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en leveranciers verlopen volgens deze partijen steeds moeizamer, ondanks de redelijk goede samenwerking. Het grootste knelpunt is de financiering. Zorgverzekeraars krijgen vaak het verwijt van leveranciers en brancheorganisaties dat zij te lage tarieven bieden (de afgelopen jaren hebben een aantal zorgverzekeraars volgens leveranciers niet of nauwelijks geïndexeerd) om hulpmiddelenzorg te leveren en lang niet altijd de kwaliteit voor de gebruiker als uitgangspunt nemen, maar redeneren vanuit de kosten (dit varieert wel per zorgverzekeraar). Leveranciers geven aan dat door deze prijsdruk het steeds moeilijker wordt om de gewenste hulpmiddelenzorg te leveren en dat er zeer beperkte ruimte overblijft om te kunnen investeren in duurzaamheid, digitalisering en standaardisering van de bedrijfsprocessen, omdat zij hogere kosten ervaren door inflatiecorrectie op lonen en andere bedrijfskosten. Terwijl zij dit eerder op konden vangen door de winstmarge van het bedrijf. Een gevolg hiervan kan zijn dat het aantal leveranciers afneemt (door faillissementen of overnames), een ontwikkeling die we in aantallen terugzien in hoofdstuk 3.

Deze signalen worden herkend door de zorgverzekeraars, maar zij vragen zich af in hoeverre dit klopt. Zorgverzekeraars hebben namelijk geen inzicht in de kostprijzen van hulpmiddelen en de uitgaven van leveranciers. Wel merken zij dat de onderhandelingen steviger worden en dat een aantal leveranciers altijd gaan voor het hoogste tarief, maar zij zien ook dat er altijd andere leveranciers zijn die tekenen voor een lager tarief. Daarnaast vinden zorg-

verzekeraars dat wanneer leveranciers niet tevreden zijn met de inkoopafspraken ze het contract niet moeten tekenen. Hoewel dit inmiddels een enkele keer is voorgekomen, geven de meeste leveranciers aan wel te tekenen wanneer zij het niet eens zijn met de afspraken, uit angst om geen contract meer te kunnen sluiten met een zorgverzekeraar en daardoor niet te kunnen leveren aan gebruikers. Gebruikers geven aan dat moeizame inkoopgesprekken tussen zorgverzekeraars en leveranciers voor onduidelijkheid en onrust zorgen bij gebruikers, omdat zij bijvoorbeeld niet weten of de huidige leverancier gecontracteerd blijft. Volgens zorgverzekeraars wordt hier door de NZa strak toezicht op gehouden, maar tijdens de interviews hebben we niet duidelijk gekregen of dit daadwerkelijk gebeurt. Op het signaal van leveranciers dat indexatie van tarieven onvoldoende gebeurt, geeft een aantal zorgverzekeraars aan dat het niet vanzelfsprekend is dat de zorgverzekeraar moet indexeren wanneer een bepaalde mate van indexatie vooraf in de afspraken is opgevangen. Ook vinden zij dat een leverancier dit op kan vangen door bijvoorbeeld het productieproces te optimaliseren (waardoor het goedkoper wordt). VWS heeft naar aanleiding van het signaal over indexatie het macrobudget voor hulpmiddelen voor 2023 verruimd om de tarieven voor hulpmiddelen te indexeren. Echter sloot deze verruiming niet aan op het inkoopproces dat zorgverzekeraars hanteren en de inkoopafspraken die zorgverzekeraars op dat moment al hadden gemaakt voor 2023.

Verder geven zorgverzekeraars aan dat ze het beschikbare budget voor de zorg niet willen besteden aan hoge winsten van leveranciers. Hier lijkt een spanningsveld te zitten tussen de belangen van beide partijen: enerzijds heeft de zorgverzekeraar de opdracht om de hulpmiddelenzorg betaalbaar te houden en anderzijds moeten leveranciers, om te kunnen blijven bestaan, een gezonde bedrijfsvoering voeren waar zij een bepaalde winstmarge voor nodig hebben. De leveranciers en zorgverzekeraars verschillen van mening over de juiste tariefstelling. Transparantie over de onderbouwing van de verwijten en aannames (voor zover dat mogelijk is gezien ieders rol en verantwoordelijkheid) ontbreekt. Uit dit onderzoek is dan ook niet duidelijk geworden of de prijsdruk daadwerkelijk leidt tot een forse afname van de marges van leveranciers.
Tot slot geven enkele respondenten aan dat men in de praktijk soms tegen praktische knelpunten aanloopt, bijvoorbeeld de vergoeding van hulpmiddelen bij mensen die uit het ziekenhuis worden ontslagen vindt niet altijd correct plaats. In sommige situaties krijgt de leverancier die het hulpmiddel thuis levert dit niet vergoed omdat de gebruiker nog onder behandeling is van een arts in het ziekenhuis en het ten laste is gebracht van de medisch specialistische zorg (het ziekenhuis) en daarmee niet meer ten laste kan worden gebracht van de hulpmiddelenzorg (de leverancier).

4.5 Implementatie van functioneringsgericht voorschrijven stagneert

De afgelopen jaren heeft een kwaliteitsslag plaatsgevonden rondom de extramurale hulpmiddelen. In 2017 is het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg opgenomen in het Kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Dit Kwaliteitskader beschrijft wat goede hulpmiddelenzorg voor patiënten is en geeft handvatten voor het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden voor gebruikers van specifieke categorieën hulpmiddelen. Hiermee beogen zij:

- de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg te verbeteren,
- te beschrijven hoe de keuze voor het juiste hulpmiddel tot stand behoort te komen, 'functioneringsgericht voorschrijven' genoemd[5],
- te zorgen voor een brede keuze tegen goede kwaliteit en aanvaardbare kosten,

[5] Zie paragraaf 2.2 voor een nadere omschrijving van functioneringsgericht voorschrijven

- te kunnen dienen als leidraad voor het toezicht op de invulling van de zorgplicht zoals bedoeld in de Zvw,
- eenduidige taal te hanteren met een woorden- en begrippenlijst.

Het Kwaliteitskader wordt door het veld gedragen en biedt volgens de stakeholders (gebruikers, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, leveranciers en fabrikanten) duidelijkheid over de uitgangspunten van goede hulpmiddelenzorg. Zodat zij gezamenlijk afspraken kunnen maken over taken en verantwoordelijkheden. Daarnaast is de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg opgericht en zijn er zes platforms (waarin de hiervoor genoemde stakeholders in vertegenwoordigd zijn):

- Platform Continentie Hulpmiddelenzorg (onderdeel van categorie A. Verzorgingsmiddelen),
- Platform Stoma Hulpmiddelenzorg (onderdeel van categorie A. Verzorgingsmiddelen),
- Platform Diabeteshulpmiddelen (categorie F. Diabeteshulpmiddelen),
- Platform Prothesen Hulpmiddelenzorg (categorie J. Prothesen),
- Platform Compressie Hulpmiddelenzorg (onderdeel van categorie H. Transportondersteuners van bloed en lymfe),
- Platform Hoorzorg (categorie D. Auditieve hulpmiddelen).

Deze platforms zijn actief met de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsstandaarden binnen de hulpmiddelenzorg.

In de interviews merken we dat kwaliteit bij veel respondenten iets vanzelfsprekends is en dat men streeft om volgens het Kwaliteitskader te werken. Respondenten zijn positief over de Stichting Kwaliteitsraad en de zes platforms die zijn opgezet, waar betrokken partijen praten over kwaliteitsverbetering en functioneringsgericht voorschrijven. Over de inhoud zijn de betrokken partijen het eens, maar de implementatie van het functioneringsgericht voorschrijven stagneert. Dit heeft tot gevolg dat gebruikers niet altijd het hulpmiddel krijgen dat een zorgprofessional heeft voorgeschreven, terwijl de zorgprofessional wel (in samenspraak met de gebruiker) heeft geconstateerd dat dit het best passende hulpmiddel is. Doordat het formulier wat door de voorschrijver wordt gebruikt nog niet is geïmplementeerd bij leveranciers, wordt niet het voorgeschreven hulpmiddel, maar een ander (vaak goedkoper) hulpmiddel geleverd. Zorgprofessionals missen bij zowel zorgverzekeraars als leveranciers het vertrouwen dat zij het best passende hulpmiddel voorschrijven. Zij geven aan dat zij als zorgprofessional de meeste kennis en expertise hebben wat betreft het functioneringsgericht voorschrijven, omdat zij toegang hebben tot het medisch dossier en daardoor goed kunnen beoordelen wat het best passende hulpmiddel voor de persoon is. Echter, in de praktijk wordt er vervolgens een ander hulpmiddel ingezet, omdat de zorgverzekeraar het voorgeschreven hulpmiddel niet vergoedt en/of de leverancier een andere (goedkopere) keuze maakt.

Ondanks dat er al een aantal jaren wordt gewerkt aan het functioneringsgericht voorschrijven, wordt het nog niet geïmplementeerd. Hiervoor worden twee oorzaken gegeven door de respondenten: het betreft een cultuuromslag die tijd vergt en er is geen eenduidig beeld over de financiering van de implementatie van de kwaliteitsverbetering die moet worden gemaakt.

De cultuuromslag komt tot uiting in het feit dat de kwaliteitsverbeteringen moeten worden doorgevoerd binnen verschillende organisaties (zoals leveranciers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) en van al deze partijen een andere manier van werken vragen. Er is bijvoorbeeld met alle partijen afgesproken om het uniforme formulier waarmee functioneringsgericht voorschrijven kan worden toegepast, te gebruiken. Echter gebeurt dit in de praktijk vaak nog niet bij leveranciers. Volgens respondenten geven leveranciers hierbij als reden aan dat dit komt door de kosten die hieraan verbonden zijn. De platforms zijn bezig met het geven van scholingen en e-learning om

het functioneringsgericht voorschrijven te implementeren. De snelheid waarmee deze scholingen effect hebben op het realiseren van de cultuuromslag is grotendeels afhankelijk van het aantal type zorgprofessionals dat een hulpmiddel kan voorschrijven. Bijvoorbeeld bij de stomahulpmiddelen is de groep professionals die moet worden bijgeschoold duidelijk afgebakend (de stomaverpleegkundigen), maar bij incontinentiemateriaal kunnen er meerdere type voorschrijvers van hulpmiddelen zijn, zoals de continentieverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, wijkverpleegkundigen en alle huisartsen. Het kost tijd om bij deze hele grote groep een cultuuromslag te realiseren. Daarbij verloopt het gesprek over de financiering van deze implementatie moeizaam; er is geen eenduidig beeld onder de partijen over wie de financiering van de implementatie moet oppakken. Er vinden momenteel wel gesprekken plaats tussen leveranciers en zorgverzekeraars om dit te bespreken.

Naast het stagneren van de implementatie van het functioneringsgericht voorschrijven, is tijdens een interview naar voren gebracht dat de dimensie kwaliteit slecht is verankerd in de wetgeving. De Zvw spreekt namelijk van een algemene verplichting van een zorgverzekeraar 'tot het voorzien in een passend hulpmiddel'. Dit is een eerste vrijheidsgraad en biedt geen duidelijkheid over wie en vanuit welk perspectief wordt bepaald wat passend is. Daarbij mist in de extramurale hulpmiddelenzorg de rol die vergelijkbaar is met de rol van een medisch behandelaar in de intramurale zorg om de kwaliteit te bewaken en daarop aanspreekbaar is door de IGJ. Hiermee mist een borging van de kwaliteit.

De verwachting voor de toekomst is dat kwaliteit belangrijk blijft en dat hier met de oprichting van de Stichting Kwaliteitsraad en de platforms ook stappen in worden gezet. Het succes van de kwaliteitsverbetering wordt bepaald door het vertrouwen en de bereidheid van partijen om daadwerkelijk volgens de principes van het functioneringsgericht voorschrijven te willen werken.

4.6 Te weinig aandacht voor het perspectief van gebruikers

In de gesprekken met gebruikers zijn in dit onderzoek diverse signalen en ontwikkelingen aan de orde gekomen. Zij hebben het idee dat andere partijen de kostenstijging van hulpmiddelen de gebruikers aanrekenen. Een aantal partijen bevestigt dit beeld; zij noemen dat gebruikers in de afgelopen jaren mondiger zijn geworden, meer kennis hebben over de hulpmiddelenzorg en hogere eisen stellen aan het hulpmiddel wat zij krijgen en veronderstellen dat hierdoor de kosten stijgen, omdat gebruikers het duurste hulpmiddel willen. Terwijl een duurder hulpmiddel niet altijd een beter resultaat betekent; dit is namelijk afhankelijk van de situatie van de gebruiker. Andere partijen vinden de toenemende mondigheid en kennis van gebruikers juist een positieve ontwikkeling, zodat in afstemming met de gebruiker een weloverwogen keuze kan worden gemaakt. Gebruikers geven aan niet vrijwillig te kiezen voor een hulpmiddel en dit liever ook niet gebruiken, maar nodig hebben om te kunnen leven en te kunnen functioneren in de maatschappij. Daarom willen zij graag een passend hulpmiddel (volgens het functioneringsgericht voorschrijven) en zijn zij bereid de kosten mee te laten wegen bij de keuze van een hulpmiddel.

Ook vinden zij het lastig een weg te vinden in het ketenstelsel. Vooral in complexe situaties waar meer of complexere hulpmiddelen nodig zijn ervaren gebruikers moeilijkheden en worden zij vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Dit blijkt ook uit het onderzoek verkenning vereenvoudiging hulpmiddelen van bureau HHM en In.Fact.Research. Dit geldt ook voor mantelzorgers, waar vaker een beroep op wordt gedaan door de extramuralisering en het langer thuis wonen. Hierbij is opgemerkt, dat hulpmiddelen vaak pas worden ingezet wanneer een mantelzorger overbelast raakt en de thuiszorg het (deels) overneemt. Terwijl respondenten aangeven dat eerder gebruik van deze hulpmiddelen er juist voor kan zorgen dat de zorg voor de naaste

dragelijker wordt, waardoor mantelzorgers het langer kunnen volhouden en aanvullende (thuis)zorg uitgesteld kan worden.

Daarnaast ervaren zij vanuit de zorgverzekeraar wantrouwen; gebruikers geven aan vaak te moeten verantwoorden dat zij daadwerkelijk een hulpmiddel nodig hebben, wat voor de gebruiker veel tijd kost en onnodig voelt, zeker wanneer zij door een chronische aandoening hulpmiddelen nodig hebben (zoals diabetes type 1). Daarnaast wordt door gebruikers en landelijke partijen gemerkt dat de keuze voor een hulpmiddel niet altijd in afstemming met de gebruiker en zorgverlener gebeurt en shared decision making niet altijd wordt toegepast.

Een ander knelpunt dat gebruikers noemen is dat als zij ongebruikte hulpmiddelen over hebben, ze die niet terug kunnen sturen (dit is een verspilling van hulpmiddelen). Verder noemen zorgverzekeraars en leveranciers dat gebruikers steeds vaker worden beïnvloed door reclames van fabrikanten op sociale media. Deze fabrikanten promoten dure hulpmiddelen als best passend (voornamelijk bij diabetes- en auditieve hulpmiddelen) die vaak niet vergoed worden (omdat er andere adequate hulpmiddelen zijn die goedkoper zijn) of die leveranciers niet leveren, waardoor onnodige discussies ontstaan tussen leverancier en gebruiker. Deze discussies vragen veel tijd van leveranciers. Gebruikers benadrukken hierbij dat zij niet het duurste, maar het best passende hulpmiddel willen. Zij willen graag meedenken over kostenbesparingen in de zorg, maar ervaren geen vertrouwen om dit te doen. In de toekomst hopen zij hier meer ruimte voor te krijgen, zodat het gebruikersperspectief meer wordt meegenomen bij de toegang tot en voorschrijving en inkoop van hulpmiddelen.

4.7 Implementatie duurzaamheid verloopt moeizaam

Vele respondenten vinden duurzaamheid een belangrijk thema en merken dat het de afgelopen jaren een steeds grotere rol heeft gekregen. Zij zien ontwikkelingen op het gebied van duurzaamheid bij de organisatie zelf en op hulpmiddelniveau. De organisaties van de leveranciers verduurzamen door bijvoorbeeld zonnepanelen en een elektrisch wagenpark. Bovendien richten leveranciers zich op het minimaliseren van hun transportbewegingen. Daarnaast hebben meerdere respondenten de Green Deal ondertekend. Op hulpmiddelniveau is meer aandacht voor bijvoorbeeld het hergebruiken van (delen van) hulpmiddelen, (het materiaal van) de verpakking van hulpmiddelen en mogelijkheden om hulpmiddelen oplaadbaar te maken in plaats van batterijen te gebruiken. Zorgprofessionals geven aan dat ze het onbegrijpelijk vinden dat het niet mogelijk is om ongeopende dozen met hulpmiddelen terug te sturen. Zij verwachten dat met het hergebruik van deze hulpmiddelen veel kosten kunnen worden bespaard. Zorgverzekeraars worden door leveranciers verweten dat financiering een belemmering is wanneer duurzame opties duurder zijn. De zorgverzekeraars vragen zich hierbij af waarom elke inspanning van een leverancier tot een stijging van het tarief moet leiden. Daarnaast geven leveranciers, zorgprofessionals en gebruikers aan dat maatwerk bijdraagt aan duurzaamheid; een passend hulpmiddel gaat vaak langer mee en als het juiste aantal hulpmiddelen geleverd wordt vindt minder verspilling plaats. Hierbij geven zorgprofessionals aan dat het soms even duurt voordat duidelijk is wat het best passend hulpmiddel voor de gebruiker is. Het is dan niet duurzaam om direct voor drie maanden een hulpmiddel te leveren, omdat het mogelijk is dat er na één maand een ander hulpmiddel moet komen en de voorraad van het vorige hulpmiddel niet wordt gebruikt. Een knelpunt dat vaak werd genoemd is dat bepaalde (delen van) hulpmiddelen, zoals spuiten of injectienaalden, niet worden hergebruikt volgens wet- en regelgeving, terwijl respondenten aangeven dat deze na sterilisatie wel vaker gebruikt kunnen worden maar dit dus niet mogelijk is.

Respondenten verwachten dat duurzaamheid steeds belangrijker wordt en meer invloed zal krijgen richting de toekomst.

4.8 Geen aandacht voor hulpmiddelenzorg in landelijke akkoorden

De afgelopen jaren zijn het Integraal Zorgakkoord (IZA), Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) geïntroduceerd. Respondenten geven aan dat hulpmiddelen (ten onrechte) niet of weinig voorkomen in deze akkoorden en daarom weinig aandacht krijgen. Dit beschouwen zij als een probleem, want de extramurale hulpmiddelen kunnen een grote rol kunnen spelen in de ontwikkelingen die de akkoorden teweeg (gaan) brengen. Dat in de akkoorden aandacht is voor samenwerking over domeinen heen vinden respondenten positief, omdat door meerdere partijen wantrouwen wordt ervaren in het veld. Gebruikers, leveranciers en landelijke partijen vinden daarom deelname aan de akkoorden een essentiële stap om meer ontschot te gaan kijken naar hoe hulpmiddelen 'slimmer' ingezet kunnen worden bij vraagstukken zoals preventie en arbeidsmarktproblematiek. Zodat mensen het juiste hulpmiddel krijgen op de juiste plek.

Het is onduidelijk welke rol deze programma's de komende jaren zullen hebben; dit hangt onder andere af van het nieuwe kabinet. Partijen hopen dat de hulpmiddelenzorg de komende jaren wordt meegenomen in deze akkoorden, omdat hulpmiddelenzorg volgens hen essentieel is om de verzwaring van zorg op andere gebieden te voorkomen. Daarom zijn diverse brancheorganisaties en koepels van verschillende hulpmiddelencategorieën actief bezig om aan tafel te komen en mee te denken.

4.9 Wet- en regelgeving is veranderd en strenger geworden

Een ontwikkeling die door een groot deel van de respondenten is genoemd is de verandering van de Medical Device Directive (MDD) in de Medical Device Regulation (MDR) in 2021. De MDD was een Europese richtlijn voor medische hulpmiddelen. Deze is veranderd naar een Europese wet, met als doel een verbeterde patiëntveiligheid en klinische veiligheid van hulpmiddelen te borgen. In de MDR zijn enkele zaken gewijzigd:

- De MDR omvat onder meer strengere eisen voor fabrikanten om een medisch hulpmiddel op de markt te brengen en ná de markttoelating de prestaties van het medisch hulpmiddel te bewaken ('post market surveillance').
- De definitie van een medisch hulpmiddel is uitgebreid, waardoor hulpmiddelen die eerder niet met de MDD te maken hadden nu wel onder de MDR vallen en moeten voldoen aan strenge eisen.
- Bestaande hulpmiddelen met een CE-markering moeten opnieuw gecertificeerd worden onder nieuwe regels.

Volgens respondenten is het gevolg van deze wijzigingen dat sommige fabrikanten bestaande hulpmiddelen niet langer onder de nieuwe wetgeving kunnen of willen continueren. Daarnaast ziet een zorgverzekeraar kleine leveranciers verdwijnen doordat zij niet kunnen voldoen aan de administratiedruk die de MDR met zich meebrengt. Een gevolg hiervan kan zijn dat beschikbaarheidsproblemen ontstaan of dat innovatie van nieuwe medische hulpmiddelen geremd worden, wat leidt tot een beperking van de keuzemogelijkheden voor gebruikers. Een ander gevolg is dat niet goed functionerende leveranciers verdwijnen en de kwaliteit verbetert.

Voornamelijk leveranciers ervaren dat de MDR zorgt voor extra administratie. Leveranciers, een landelijke partij en een zorgverzekeraar vinden dat dit veel tijd kost en vragen zich af of de MDR niet te 'zwaar' is voor de extramurale

hulpmiddelen. Aan de andere kant merken leveranciers wel op dat de controleprocessen en kwaliteitshandboeken beter zijn ingericht door de strengere eisen. Dit ervaren zij, ondanks de eenmalige tijdsinvestering, als prettig, omdat alles wat zij doen en moeten doen nu gedocumenteerd staat.

Naar de toekomst toe verwachten respondenten dat de gevolgen van deze veranderingen niet veel groter zullen worden.

4.10 Zicht op effecten van marktconcentratie ontbreekt

In de interviews kwam de ontwikkeling in de organisatie van de markt vaak aan de orde. Respondenten zien dat het aantal leveranciers de afgelopen jaren is afgenomen, waardoor de markt geconcentreerder wordt, en geven hier verschillende redenen voor. Zorgverzekeraars zien dat leveranciers samengaan of elkaar overnemen, om efficiënter te kunnen werken en hun schaalvoordeel te vergroten. Daarnaast geven leveranciers aan dat overnames plaatsvinden wanneer leveranciers bijna failliet gaan (volgens hen is dit een gevolg van de prijsdruk van zorgverzekeraars), zodat deze leveranciers kunnen blijven bestaan. In deze situaties worden zij vaak overgenomen door fabrikanten/private equity (voorwaartse integratie). Verder zien leveranciers internationale fabrikanten vertrekken uit Nederland, omdat zij in andere landen een hogere vergoeding krijgen voor de hulpmiddelen.

Zorgverzekeraars geven aan dat het feit dat leveranciers worden overgenomen door private equity laat zien dat de leveranciers nog winstgevend zijn en vinden dat dit de veronderstellingen van leveranciers over prijsdruk ontkracht. Immers, leveranciers met rode cijfers zijn volgens zorgverzekeraars namelijk niet interessant voor private equity. Echter, leveranciers geven aan dat zij juist door overname uit de rode cijfers kunnen komen en zo, ondanks de lage tarieven, een gezonde bedrijfsvoering kunnen hebben.

Marktconcentratie heeft meerdere gevolgen volgens de respondenten, die zowel positief als negatief kunnen zijn. Zorgverzekeraars zien enerzijds de markt efficiënter worden en anderzijds de macht van leveranciers toenemen door het verwerven van een sterkere positie, evenals de macht van fabrikanten/private equity. Overnames door private equity kunnen volgens leveranciers naar de toekomst toe een risico vormen voor het aanbod; marktverschraling (minder aanbod en afname van het aantal soorten/merken hulpmiddelen) kan optreden en heeft tot gevolg dat de keuzevrijheid van gebruikers afneemt (de mogelijkheid om een passend hulpmiddel te vinden wordt minder). Momenteel lijken deze gevolgen niet aan de orde, maar zicht op de concrete effecten per hulpmiddelcategorie ontbreekt.

De mening van respondenten of het een probleem is dat de markt geconcentreerder wordt, verschilt. Hoewel aan de ene kant partijen aangeven dat het niet erg is dat leveranciers verdwijnen zolang er geen monopolie ontstaat, uiten andere partijen hun zorgen. Leveranciers noemen dat overname van leveranciers door internationale fabrikanten en private equity leidt tot een afname van het aantal zelfstandige leveranciers. Investeerders blijven leveranciers overnemen totdat zij marktmacht hebben binnen een bepaalde hulpmiddelencategorie, zo is de veronderstelling van de leveranciers. De verwachte consequentie van leveranciers en gebruikers is dat VWS en zorgverzekeraars grip verliezen op de verstrekking van extramurale hulpmiddelen in Nederland, omdat dit steeds meer wordt bepaald door de internationale spelers. Door deze marktmacht kunnen zorgverzekeraars vervolgens niet meer onderhandelen over de prijs en worden zij afhankelijk van wat de monopolistische bedrijven willen. Bij diabeteshulpmiddelen is dit nu het geval: voor de glucosemonitoren is één fabrikant die een contract heeft met twee leveranciers. De zorgverzekeraar wil meer leveranciers contracteren, maar de fabrikant houdt dit tegen.

Hierdoor wordt de prijs hoger, omdat de zorgverzekeraar weinig invloed kan uitoefenen op de prijs die deze leveranciers vragen en ook geen andere leveranciers met eventuele lagere prijzen kan contracteren.

Een aantal leveranciers geeft aan dat zij landelijk beleid missen om deze ontwikkeling tegen te gaan. Toch verwachten zorgverzekeraars niet dat dit verder veel gevolgen heeft en denken zij dat er wel nieuwe aanwas van spelers op de markt zal komen als leveranciers met het huidige aanbod de vraag niet aankunnen (door een toenemend aantal gebruikers en dalend aantal leveranciers) , met bijvoorbeeld innovatieve producten. De ACM heeft een toezichthoudende rol om de markt gezond te houden en houdt toezicht op concurrentie bij overnames (zoals te lezen in paragraaf 2.3 Stakeholders).

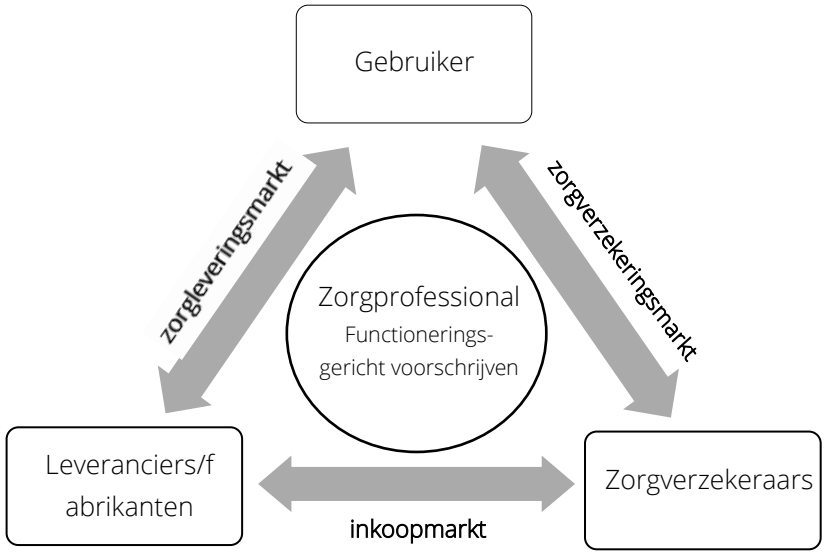
Zij houden toezicht op de concurrentie bij overnames. In bijlage 5 staat een lijst met linkjes naar concrete voorbeelden van concentratiezaken uit de afgelopen jaren. De ACM heeft momenteel geen volledig zicht op deze markt. Bedrijven hoeven zich pas te melden bij ACM wanneer zowel het overnemende bedrijf als het overgenomen bedrijf in Nederland een omzet heeft van ten minste 30 miljoen euro, en de bedrijven gezamenlijk wereldwijd een jaaromzet van 150 miljoen euro of meer hebben. De ACM vindt het een risico dat ze overnames onder deze drempelwaarde niet in beeld hebben, omdat ze daardoor slechts beperkt zicht op de gevolgen van marktconcentratie. De ACM ziet namelijk dat kleinere overnames wel concurrentieproblemen kunnen veroorzaken, bijvoorbeeld wanneer de concurrentie zich afspeelt op lokaal of regionaal niveau of wanneer sprake is van nichemarkten. Kleinere overnames kunnen ook leiden tot marktmacht, bijvoorbeeld wanneer de overnemende partij een grote partij is die één voor één kleine spelers overneemt.

Een mogelijke oplossing voor dit probleem is het in de wet opnemen van een zogeheten '*call-in* bevoegdheid' waarbij de ACM de bevoegdheid krijgt om kleinere overnames te kunnen onderzoeken (zie ook het blog van Martijn Snoep: Kleine overnames, grote problemen).

5. Duiding en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we een duiding van de belangrijkste ontwikkelingen en formuleren we aanbevelingen voor de toekomst.

We hebben onderzoek gedaan naar de extramurale hulpmiddelenmarkt. Een markt waarbinnen sprake is van verschillende dynamieken tussen gebruikers, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en leveranciers. Dat maakt de hulpmiddelenmarkt complex. Deze dynamiek kan verschillen per hulpmiddelencategorie. De gebruikers van hulpmiddelen, zorgprofessionals, zorgverzekeraars en leveranciers/fabrikanten hebben allemaal een eigen rol in de hulpmiddelenmarkt van waaruit deze dynamieken tussen de partijen ontstaan. In Figuur 4 is de verhouding tussen deze vier partijen schematisch weergegeven.



Figuur 4: Zorgsysteem extramurale hulpmiddelen

De extramurale hulmiddelenmarkt kent een open instroom: hulpmiddelen worden vergoed uit het basispakket van de Zvw, zodra partijen het erover eens zijn dat deze hulpmiddelen effectief zijn[6]. In eerste instantie bepaalt de zorgverzekeraar of een voorgeschreven hulpmiddel daadwerkelijk binnen de Zvw valt en dus vergoed mag worden. Hierbij hebben de partijen met elkaar het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg opgesteld met een beschrijving wat voor de cliënt goede hulpmiddelenzorg is.

Binnen deze context moet de vraag naar hulpmiddelen en het aanbod aan hulpmiddelen door zorgverzekeraars en leveranciers/fabrikanten bij elkaar worden gebracht. Hierbij is sprake van concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen leveranciers/fabrikanten, wat zorgt voor marktwerking. Op basis van de bevindingen van voorliggend onderzoek concluderen we dat de hulpmiddelenmarkt niet optimaal functioneert als gevolg van een aantal ontwikkelingen en knelpunten.

Vanuit de ontwikkelingen die staan beschreven in hoofdstuk 4 constateren we dat er niet één onderliggend probleem is aan te duiden voor de knelpunten, maar dat het een constellatie van problemen is. Daarnaast verschilt het per hulpmiddelencategorie in hoeverre een knelpunt daadwerkelijk voor een probleem zorgt. De belangrijkste knelpunten die in de gehele extramurale hulpmiddelenmarkt een rol spelen zijn:

1. Tussen de partijen bestaat niet altijd een gedragen beeld over wat de waarde van het hulpmiddel is: wat het oplevert en wat het mag kosten.
2. Kwaliteit is onvoldoende geborgd in de extramurale hulpmiddelenmarkt.
3. De betaalbaarheid van de hulpmiddelenzorg staat onder druk.
4. Er is weinig aandacht voor hulpmiddelen in de landelijke akkoorden.
5. Het zicht ontbreekt of concentratie van de markt een probleem vormt.

In de volgende alinea's werken we deze knelpunten verder uit, gevolgd door aanbevelingen.

Tussen de partijen bestaat niet altijd een gedragen beeld over wat de waarde van het hulpmiddel is: wat het oplevert en wat het mag kosten

We hebben tijdens de gesprekken gemerkt dat de relatie tussen leveranciers en zorgverzekeraars onder druk staat. Binnen de geschetste driehoek (Figuur 4) ontbreekt een gedragen onderbouwing van de waarde van het hulpmiddel: wat het oplevert en wat het mag kosten. Zorgverzekeraars maken prijsafspraken met leveranciers en fabrikanten over het leveren van een hulpmiddel. Zorgverzekeraars moeten voldoen aan de zorgplicht en zijn daarbij verantwoordelijk voor het betaalbaar houden van de hulpmiddelenzorg. Dit is een steeds grotere uitdaging door het toenemende aantal gebruikers en de toename in kosten. Daarom redeneren zij vanuit de beste prijs-kwaliteitverhouding voor een hulpmiddel, voor het collectieve belang van het Nederlandse zorggeld. Leveranciers en fabrikanten willen een kwalitatief adequaat hulpmiddel leveren waarbij ze een winstoogmerk hebben en voldoende inkomsten nodig hebben voor een gezonde bedrijfsvoering. Door deze tegengestelde belangen en gebrek aan transparantie bij het maken van prijsafspraken ontstaat wantrouwen tussen partijen. Met als gevolg dat zorgverzekeraars en leveranciers/fabrikanten voor een belangrijk deel financieel gericht zijn, waarbij het perspectief vanuit de gebruiker en de zorgprofessional niet altijd aanwezig is en/of onvoldoende wordt meegewogen. Daarom is onze aanbeveling:

Aanbeveling 1: Zorg voor een gedragen beeld over de waarde van hulpmiddelen bij leveranciers, zorgverzekeraars en gebruikers.

[6] In tegenstelling tot het gesloten systeem, waarbij het Zorginstituut een pakketadvies geeft aan VWS voor het wel of niet vergoeden uit het basispakket van de Zvw; dit geldt voor de extramurale geneesmiddelen en sommige dure specialistische geneesmiddelen (bron: Zorginstituut).

Door het uitwerken van maatschappelijke business cases kan worden aangetoond wat de waarde van een hulpmiddel is, zodat een gedragen beeld ontstaat of een hulpmiddel wel of niet moet worden ingezet. Vanuit het doel om de kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en duurzaamheid van hulpmiddelen te borgen, bevelen we aan dat de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg hierin het voortouw neemt (in afstemming met de partijen per hulpmiddelcategorie). Hierbij is het van belang dat alle partijen vanuit hun eigen perspectief informatie verstrekken. We denken onder andere aan de volgende vormen van informatie:

- Gebruikers kunnen aangeven op welke manier het hulpmiddel hen ondersteunt en welke (nieuwe) mogelijkheden het hen biedt om te participeren in de maatschappij.
- Zorgprofessionals kunnen aangeven welk effect de inzet van het extramurale hulpmiddel heeft op de inzet van bijvoorbeeld ziekenhuiszorg en wijkverpleging.
- Leveranciers en fabrikanten kunnen inzicht geven in de kosten die zijn gemoeid met het leveren van het hulpmiddel en de zorg er omheen.
- Zorgverzekeraars kunnen inzicht geven in de overwegingen die ze hanteren om hulpmiddelen wel of niet te vergoeden.

Onze verwachting is dat een meer gedragen beeld over de waarde van hulpmiddelen bijdraagt aan een meer gedragen beeld of een hulpmiddel wel of niet moet worden voorgeschreven, ingezet en vergoed. Door de waarde van het hulpmiddel te verbreden met de effecten op andere zorg- en maatschappelijke domeinen verwachten we een positief effect op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de hulpmiddelenzorg (zie ook aanbeveling 4).

Kwaliteit is onvoldoende geborgd in de extramurale hulpmiddelenmarkt

Functioneringsgericht voorschrijven is een belangrijke ontwikkeling die is beschreven in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelen en Zorg, door alle partijen wordt omarmd, maar nog onvoldoende is geïmplementeerd.
Bij het functioneringsgericht voorschrijven wordt het hulpmiddel afgestemd op de functioneringsgerichte behoefte van de verzekerde, waarbij rekening wordt gehouden met de kwaliteit en aanvaardbare kosten, zodat het zo doelmatig mogelijk wordt ingezet. Door de sterke toename in innovaties, wordt de afweging van wat functioneringsgericht is (en wat extra/luxe is) steeds belangrijker om de hulpmiddelenzorg betaalbaar te houden. Zorgprofessionals geven aan dat zij als voorschrijver steeds kritischer zijn bij het bepalen van welk hulpmiddel functioneringsgericht het best passend is. Zij missen bij zowel leveranciers als zorgverzekeraars het vertrouwen dat zij als onafhankelijke partij kiezen voor het best passende hulpmiddel. Met als mogelijk gevolg dat een ander hulpmiddel wordt ingezet en vergoed. Omdat voor bepaalde hulpmiddelen veel verschillende type professionals een hulpmiddel kunnen voorschrijven kost het voor deze hulpmiddelen veel tijd om al die personen goed te instrueren hoe het functioneringsgericht voorschrijven werkt. Daarnaast mist in de extramurale hulpmiddelenzorg de rol die vergelijkbaar is met de rol van een medisch behandelaar in de intramurale zorg, die de kwaliteit bewaakt en daarop aanspreekbaar is door de IGJ. Momenteel is de kwaliteit dus onvoldoende geborgd, omdat de toezichthouder maar in beperkte mate toezicht kan houden op onder andere veilig gebruik van hulpmiddelen.
Daarom is onze aanbeveling:

Aanbeveling 2: Zorg dat het functioneringsgericht voorschrijven volledig wordt geïmplementeerd in alle processen (voorschrijving, inkoop en levering) bij alle betrokken partijen en de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg beter wordt geborgd.

Het volledig implementeren van het functioneringsgericht voorschrijven vraagt allereerst om meer vertrouwen in de zorgprofessionals die voorschrijven. Dit kan worden verbeterd door te zorgen dat de voorschrijvers goed zijn geschoold. *Daarom bevelen we aan dat de beroepsverenigingen van de verschillende typen zorgprofessionals, de scholingen en e-learnings die reeds zijn ontwikkeld onder de aandacht brengen van de zorgprofessionals.*
We bevelen de platforms die nog geen scholingen hebben ontwikkeld aan om hier invulling aan te geven met behulp van de ervaringen van de platforms die al scholingen hebben ontwikkeld. Hierbij is het van belang om op een zorgvuldige wijze het perspectief van de gebruiker en innovatieve ontwikkelingen mee te nemen binnen het functioneringsgericht voorschrijven (dit geldt ook met betrekking tot het actualiseren van reeds bestaande scholingen).

We bevelen de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg aan om de implementatie van het functioneringsgericht voorschrijven te monitoren en waar nodig en mogelijk te stimuleren. Voor de hulpmiddelcategorieën waarvoor nog geen platforms bestaan bevelen we de Stichting aan om met de betreffende partijen te bespreken wat nodig is om te zorgen dat het functioneringsgericht voorschrijven hier ook wordt geïmplementeerd (een mogelijkheid kan zijn dat hiervoor nieuwe platforms worden opgezet die modules en scholingen ontwikkelen).

Daarnaast bevelen we de Stichting aan om te onderzoeken op welke wijze het mogelijk is om de rol/positie van voorschrijver te verduidelijken en/of te verstevigen, zodat het hulpmiddel dat wordt verstrekt daadwerkelijk voldoet aan de voorgeschreven functionele eisen. Met andere woorden, zodat de kwaliteit van het hulpmiddel is geborgd.

We bevelen de leveranciers/fabrikanten en zorgverzekeraars aan om de praktische afspraken die in het kader van het functioneringsgericht voorschrijven zijn gemaakt na te leven in de praktijk. Een concreet voorbeeld hiervan is het implementeren van de ontwikkelde formulieren in de software.

Door het daadwerkelijk implementeren van het functioneringsgericht voorschrijven verwachten we dat de kwaliteit van de hulpmiddelenzorg beter is gewaarborgd, waarbij tevens rekening is gehouden met doelmatigheid en betaalbaarheid.

De betaalbaarheid van de hulpmiddelenzorg staat onder druk
We zien een toename in de totale kosten van de extramurale hulpmiddelenzorg, die wordt verklaard door een toename in het aantal gebruikers, inflatie en innovatie. Om de toenemende kosten op te kunnen vangen dienen verschillende mogelijkheden te worden onderzocht om de hulpmiddelenzorg in de toekomst betaalbaar te houden. Dit gaat deels over beleidskeuzes, maar ook over het weghalen van bestaande knelpunten die voor extra kosten zorgen. Door inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en leveranciers wordt soms bijvoorbeeld te veel van een hulpmiddel geleverd, wat vervolgens niet teruggestuurd kan worden. Daarnaast missen partijen de mogelijkheid om (delen van) hulpmiddelen te hergebruiken (bijvoorbeeld na sterilisatie van hulpmiddelen). Deze mogelijkheden komen ten goede aan duurzaamheid, wat voor veel partijen een belangrijk onderwerp is, en kunnen bijdragen aan het betaalbaarder houden van de hulpmiddelenzorg door verspilling tegen te gaan. Echter, bestaande wet- en regelgeving en afspraken staan het verbeteren van duurzaamheid in de weg, waardoor het van belang is om deze belemmeringen in beeld te brengen en weg te nemen. Daarom is onze aanbeveling:

Aanbeveling 3: Onderzoek mogelijkheden om de hulpmiddelenzorg betaalbaar te houden en heb daarbij aandacht voor duurzaamheid.

Op basis van de bevindingen in het onderzoek zijn verschillende mogelijkheden naar voren gekomen om de hulpmiddelenzorg in de toekomst betaalbaar te houden, maar het is niet duidelijk geworden wat hierbij de beste keuzes zijn. Daarom dient eerst nader onderzocht te worden welke mogelijkheden er zijn, en welke het best passend zijn. Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan:

- Op basis van de resultaten van business cases (zie aanbeveling 1) kunnen keuzes worden gemaakt over het wel of niet blijven vergoeden van bepaalde hulpmiddelen uit de basisverzekering. We denken hierbij bijvoorbeeld aan bepaalde verzorgingsmiddelen, die passen bij het ouder worden. Omdat onduidelijk is wat de impact van een dergelijke keuze is dient dit verder onderzocht te worden. Het Zorginstituut en de zorgverzekeraars kunnen hierin het voortouw nemen.
- Op basis van de resultaten van business cases (zie aanbeveling 1) kan ook gekeken worden naar mogelijkheden in het overhevelen van budgetten binnen de Zvw (tussen hulpmiddelenzorg, medisch specialistische zorg en wijkverpleging) als gevolg van mogelijke besparingen in andere domeinen door de inzet van hulpmiddelen. Hierbij is het van belang dat hier een gedragen beeld over is, waarbij alle partijen betrokken zijn. Gezien de verantwoordelijkheid van VWS over het totaal beschikbare budget voor de Zvw ligt hiervoor het initiatief bij VWS.
- Tevens bevelen we aan te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om verspilling van (delen van) hulpmiddelen tegen te gaan. Duurzaamheid is een belangrijk aspect om de extramurale hulpmiddelenmarkt betaalbaar te houden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om het inventariseren van wet- en regelgeving dat het terugsturen en hergebruiken van hulpmiddelen in de weg staat. Gezien de verantwoordelijkheid van VWS voor de Nederlandse wet- en regelgeving ligt hiervoor het initiatief bij VWS (wanneer het gaat om internationale wetgeving is de invloed van VWS beperkt). Daarnaast is het van belang dat de vijf partners van de Stichting Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg (gebruikers, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, leveranciers en fabrikanten) met elkaar bespreken welke afspraken zij kunnen maken in het kader van duurzaamheid.

Er is weinig aandacht voor hulpmiddelen in de landelijke akkoorden

We zien een toename in het aantal gebruikers van extramurale hulpmiddelen en de verwachting is dat het aantal gebruikers in de toekomst blijft groeien. De groei verschilt per hulpmiddelcategorie en zal tot en met 2032 gemiddeld genomen meer dan 16% zijn. Dit is een goede ontwikkeling, omdat de veronderstelling is dat de inzet van extramurale hulpmiddelen het mogelijk maakt om (langer) te participeren in de maatschappij, langer thuis te blijven wonen en eerder uit het ziekenhuis te worden ontslagen. Het is daarom opvallend dat er weinig aandacht voor hulpmiddelen is in de landelijke akkoorden, waardoor het belang van hulpmiddelen onvoldoende wordt benadrukt. Hierbij ontbreekt een objectief beeld van het veronderstelde effect van de inzet van hulpmiddelen op de verminderde inzet van zorg (in de ziekenhuizen en wijkverpleging) en op de verbeterde participatie in de maatschappij. De resultaten van de business cases (zie aanbeveling 1) kunnen bijdragen aan dit objectieve beeld. Daarom is onze aanbeveling:

Aanbeveling 4: Zorg dat binnen de overleggen over de landelijke akkoorden aandacht wordt besteed aan de hulpmiddelenzorg.

We bevelen het ministerie van VWS aan om te zorgen dat binnen WOZO, IZA en GALA aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden die de hulpmiddelenzorg kan bieden om bij te dragen aan de gestelde doelen. We bevelen de vertegenwoordigers van de patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars die hierbij aan tafel zitten aan om de hulpmiddelenzorg onder de aandacht te brengen. Om het perspectief vanuit de leveranciers/fabrikanten hierin mee te laten wegen, bevelen we hen aan om te zorgen voor een passende vertegenwoordiging (van alle hulpmiddelcategorieën) die kan deelnemen aan de landelijke overleggen.

Door binnen de akkoorden meer aandacht te hebben voor hulpmiddelenzorg is het mogelijk om met alle partijen te bespreken op welke wijze hulpmiddelen doeltreffend en doelmatig kunnen worden ingezet om een bijdrage te leveren aan de doelen van extramuralisering en langer thuis blijven wonen.

Het zicht ontbreekt of concentratie van de markt een probleem vormt

Er is steeds meer sprake van een afname in het aantal leveranciers bij verschillende hulpmiddelencategorieën. Echter, dit lijkt momenteel nog niet voor grote problemen te zorgen. Wel zijn er bij een aantal hulpmiddelencategorieën zorgen over het verloop in de toekomst. Hierbij spelen onder andere overnames door private equity een belangrijke rol met als mogelijk risico dat door het verdwijnen van kleinere leveranciers marktmacht ontstaat en de keuzevrijheid voor gebruikers kleiner wordt als een deel van het relevante aanbod verdwijnt. Zorgverzekeraars zijn kritisch op partijen waarbij private equity een rol speelt (vanwege het winstoogmerk van deze partijen) en zijn daarom scherp bij de inkoop om de hulpmiddelenzorg betaalbaar te houden. Echter, zorgverzekeraars moeten er wel alert op zijn dat door de tariefafspraken niet te veel leveranciers afhaken, zodat voor elk hulpmiddel voldoende leveranciers overblijven om voldoende keuze in aanbod te behouden. Daarom is onze aanbeveling:

Aanbeveling 5: Monitor actief de hulpmiddelencategorieën waarbij het aantal leveranciers dreigt te verminderen, vooral daar waar mogelijk een monopolistische macht ontstaat.

Vanuit de zorgplicht zijn zorgverzekeraars ervoor verantwoordelijk dat gebruikers binnen een redelijke tijd en afstand het hulpmiddel kunnen krijgen dat nodig is. Om te zorgen dat er voldoende aanbod van hulpmiddelen blijft, dienen zorgverzekeraars de concentratie van de markt actief te volgen en als ze hierbij problemen ervaren melding te doen bij de ACM. Hierbij kunnen de zorgverzekeraars gebruik maken van eigen ervaringen en informatie van gebruikers, zorgprofessionals en leveranciers (inclusief de documentatie en registratie die wordt verzameld in het kader van het functioneringsgericht voorschrijven). Het doel hiervan is om de toegankelijkheid, diversiteit in aanbod en beschikbaarheid van de hulpmiddelenzorg te waarborgen.
De ACM is toezichthouder en toetst onder andere op fusies en overnames van partijen om te beoordelen of sprake is van marktmacht en of dit risico's heeft voor de markt. De ACM heeft echter geen volledig beeld van de markt, mede omdat er geen meldingsplicht is voor overnames onder de 30 miljoen euro. Dit is zorgelijk gezien de toename van de marktconcentratie in Nederland en het feit dat een aantal leveranciers en fabrikanten in meerdere landen actief zijn, waardoor deze overnames bij de Europese Commissie worden gemeld (en de ACM hier niets over kan zeggen). Daarom is onze aanbeveling:

Aanbeveling 6: Geef ACM de mogelijkheid om zelf te bepalen of overnames binnen de hulpmiddelensector onder de drempelwaarde van 30 miljoen euro ook onderzocht moeten worden.

Het ministerie van VWS kan dit realiseren door de wetgeving aan te passen zodat binnen de hulpmiddelensector ook bij overnames onder de 30 miljoen een meldingsplicht bestaat bij de ACM. Het gevolg hiervan is dat de eventuele concentratie beter in beeld komt en kan worden voorkomen dat marktmacht ontstaat, met positieve effecten voor het aanbod en de keuzevrijheid van hulpmiddelen.

Bijlage 1. Selectie hulpmiddelcategorieën

Om een beeld te krijgen van het aantal gebruikers, omvang en verhoudingen van leveranciers en fabrikanten van extramurale hulpmiddelen en de toekomstige ontwikkelingen op de markt, hebben wij op basis van data uit de GIP-databank eerst een inschatting gemaakt van de clusters van hulpmiddelen die in het bijzonder onderzocht kunnen worden. Hiervoor hebben we de volgende stappen uitgevoerd.

Binnen de extramurale hulpmiddelen zijn 18 hulpmiddelencategorieën. We hebben een eerste selectie van categorieën gemaakt op basis van vier criteria:

- Totale kosten per categorie in 2022. Dit is relevant omdat categorieën met de hoogste totale kosten een grote invloed hebben op de kostenontwikkeling.
- Kosten per gebruiker in 2022. Dit is relevant omdat een toename in gebruik van categorieën met de hoogste kosten per gebruiker een groot effect heeft op de kostenontwikkeling.
- Aantal gebruikers in 2022. Dit is relevant omdat deze categorieën veel worden gebruikt. Een toename van kosten per hulpmiddel uit deze categorieën heeft een grote invloed op de totale kosten.
- Toekomstig gebruik: Dit is gebaseerd op het aantal gebruikers van 65 jaar en ouder. Op basis van toekomstige ontwikkelingen verwachten we dat het aantal ouderen (65+) zal toenemen, dat zij langer thuis blijven wonen en daarom langer gebruik zullen maken van de Zvw, in plaats van de Wlz. We verwachten dus een toename in het gebruik van hulpmiddelen die nu veel door ouderen worden gebruikt. Dit is relevant, omdat een toename in aantallen van invloed is op de kostenontwikkeling.

Per criterium hebben we elke categorie de score -1, 0 of 1 toegekend. De drie categorieën met de laagste kosten of laagste aantal gebruikers hebben we score -1 gegeven, de drie categorieën met de hoogste kosten of hoogste aantal gebruikers kregen score 1 en de overige categorieën score 0. Vervolgens hebben we voor alle hulpmiddelencategorieën de scores opgeteld. De categorieën met een totaalscore van 1 of hoger hebben we geselecteerd. Daarmee komen we uit op zeven categorieën, zie hiervoor ook TabelB1.2.

Hulpmiddelencategorie	Totale kosten in 2022	Kosten per gebruiker in 2022	Aantal gebruikers in 2022	Toekomstig gebruik (65+)	Totaal score	Totale kosten 2022 (x 1.000)
A. Verzorgingsmiddelen	1	0	1	1	3	€ 461.700
C. Orthesen en schoenvoorzieningen	1	1	0	0	2	€ 372.600
I. Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	0	0	1	1	2	€ 47.100
D. Auditieve hulpmiddelen	1	0	0	0	1	€ 194.100
F. Diabetes-hulpmiddelen	0	1	0	0	1	€ 169.400
G. Inrichtingselementen van woningen	0	0	1	0	1	€ 113.200
H. Transport-ondersteuners van bloed en lymfe	0	0	0	1	1	€ 81.300

Tabel B1.2: Score GIP-hulpmiddelencategorieën

Vervolgens heb we de volgende categorieën hier nog aan toegevoegd:

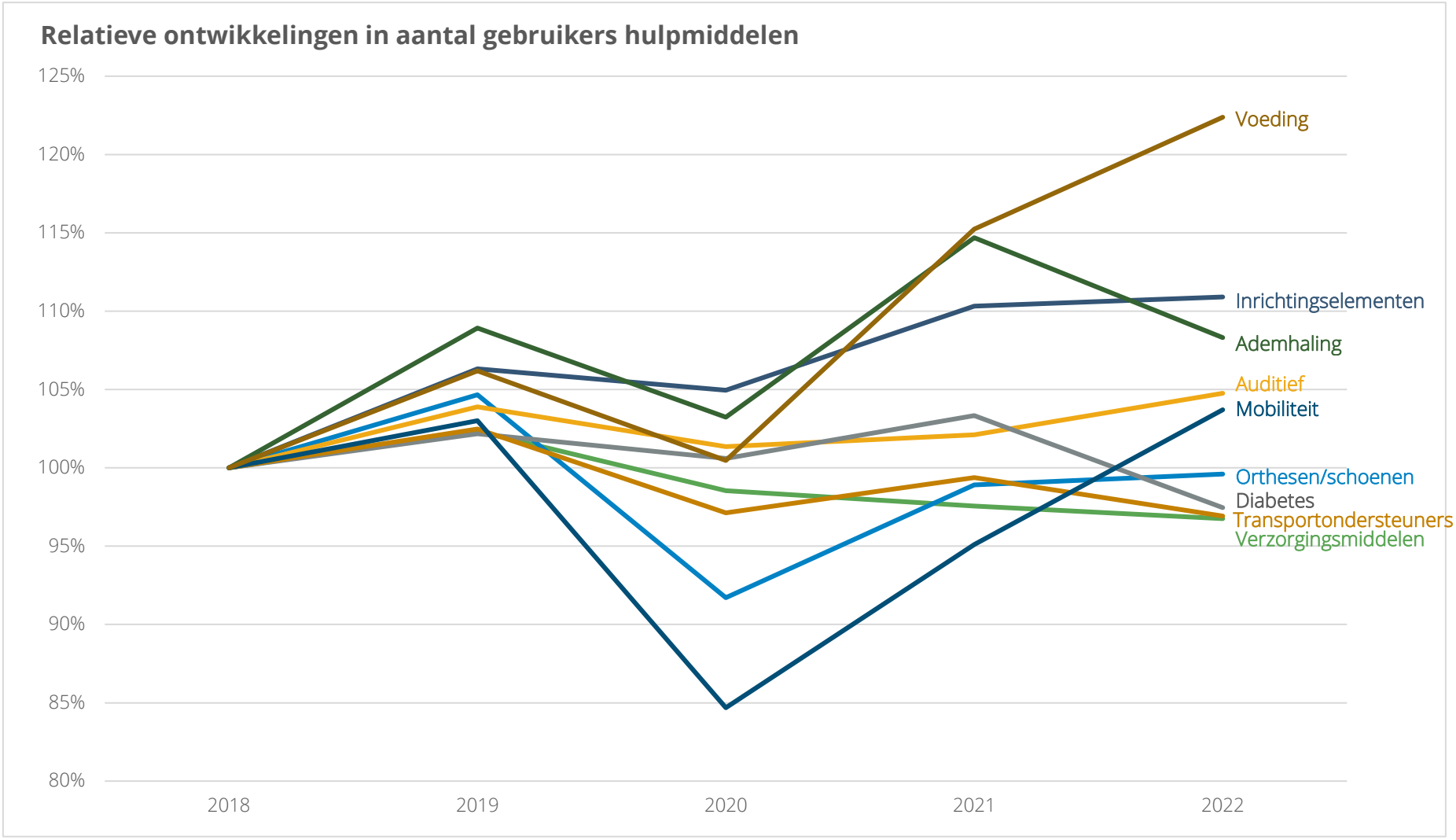
- Categorie '*L. Hulpmiddelen voor mobiliteit van personen*', omdat hulpmiddelen een belangrijke rol spelen om in de toekomst langer thuis te kunnen blijven wonen en voor hulpmiddelen in deze categorie heeft de afgelopen jaren een marktconcentratie plaatsgevonden. Het kan leerzaam zijn om terug te kijken wat hier is gebeurd en welk effect dat heeft gehad op de tariefstelling en de begeleiding bij verzekerden thuis.
- Categorie *N. Hulpmiddelen voor toediening van voeding*, omdat dit een relatief kleine categorie, is maar hier vinden momenteel ontwikkelingen plaats op het gebied van terugtrekking van leveranciers die mogelijk problemen kunnen veroorzaken (bijvoorbeeld een grote leverancier wil mogelijk stoppen met het leveren van infuuspompen wat een grote impact kan hebben op het kunnen leveren van palliatieve zorg in de thuissituatie).

Daarnaast hebben we gekeken naar hulpmiddelen waar veel innovaties plaatsvinden (en daardoor mogelijk van invloed zijn op de toekomstige markt). Op basis van een internet-inventarisatie naar innovaties kwamen geen andere hulpmiddelencategorieën naar voren. Verder zien we in de Monitor Hulp-middelenzorg van de NZa dat de door ons geselecteerde categorieën groten-deels overeenkomen met de categorieën die zij eerder hebben onderzocht. Deze categorieën bleken een goede afspiegeling te zijn van de totale extra-murale hulpmiddelen omdat zij een goed beeld geven van de variëteit aan typen hulpmiddelen. In Tabel B1.3 staan de hulpmiddelencategorieën onderverdeeld in subcategorieën weergegeven.

Categorie	Subcategorieën
A. Verzorgingsmiddelen	Incontinentiematerialen Kappen ter bescherming schedel Overige verzorgingsmiddelen Verbandmiddelen Voorzieningen voor stomapatiënten
C. Orthesen en schoen-voorzieningen	Orthesen Orthopedisch schoeisel Schoenvoorzieningen
D. Auditieve hulpmiddelen	Hoortoestellen Hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering Overige hoor hulpmiddelen Reparatie hoor hulpmiddelen
F. Diabetes-hulpmiddelen	Apparatuur voor het zelf afnemen van bloed Bloedglucosemeters Glucose monitor Injectiepennen en -spuiten bij behandeling van diabetes Insuline-infuuspompen Overige hulpmiddelen diabetes Teststrips
G. Inrichtingselementen van woningen	Hulpmiddelen bij het veranderen en handhaven van lichaamshouding Hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed Hulpmiddelen bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang
H. Transport-ondersteuners van bloed en lymfe	Therapeutisch elastische kousen (TEK) Aan- en uittrekhulpen Overige hulpmiddelen ter ondersteuning van bloed en lymfe
I. Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	Apparatuur voor een positieve uitademingsdruk Cpap-apparatuur Mra-apparatuur Slijmuitzuigapparatuur Tracheostoma hulpmiddelen Vernevelaar met toebehoren Voorzetkamers Zuurstofapparaten met toebehoren
L. Hulpmiddelen voor mobiliteit van personen	Hulpmiddelen voor de mobiliteit Overige hulpmiddelen voor de mobiliteit Rolstoelen
N. Hulpmiddelen voor toediening van voeding	Voedingshulpmiddelen

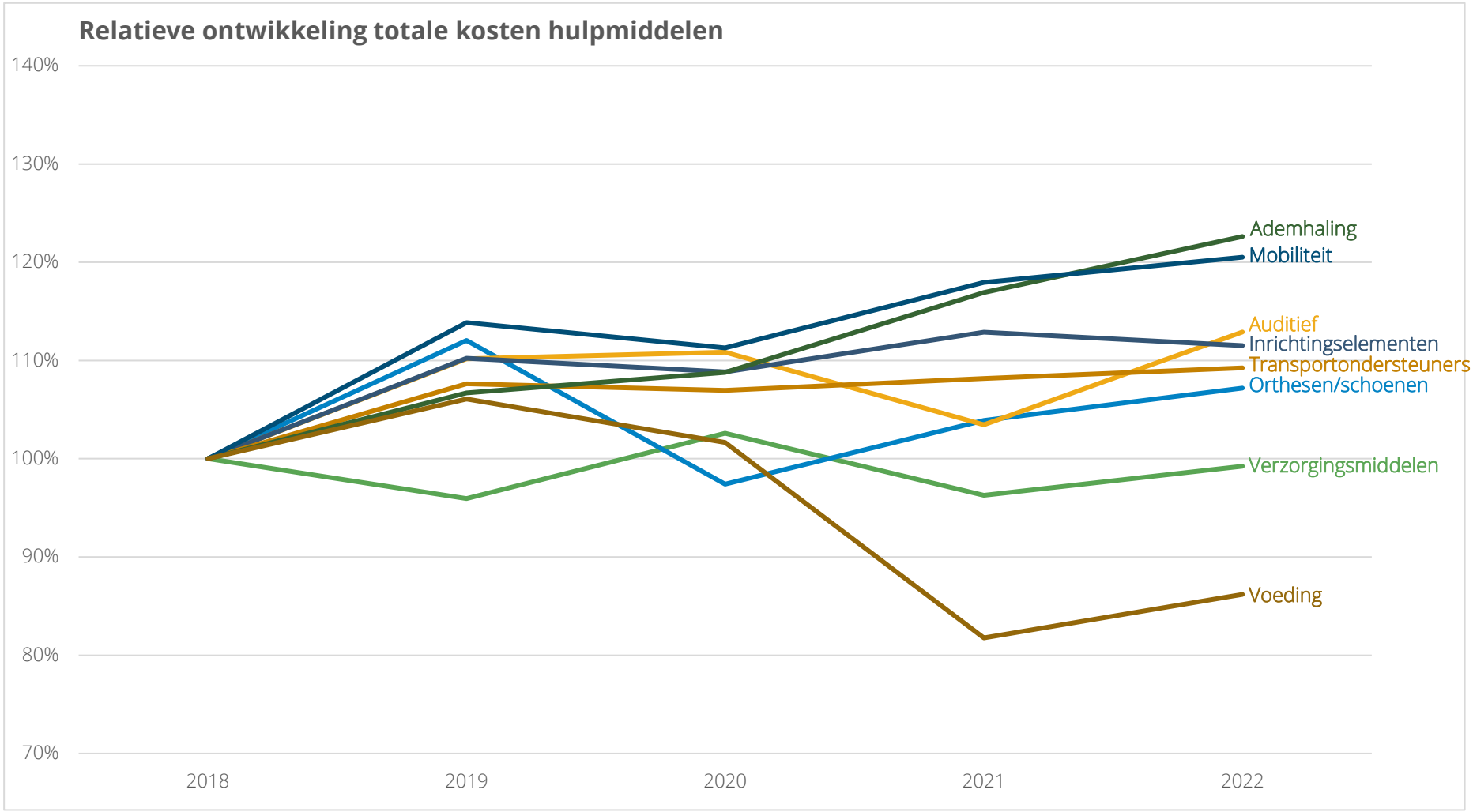
Tabel B1.3: Hulpmiddelencategorieën en subcategorieën

Bijlage 2. Figuren ontwikkelingen in aantal gebruikers en kosten



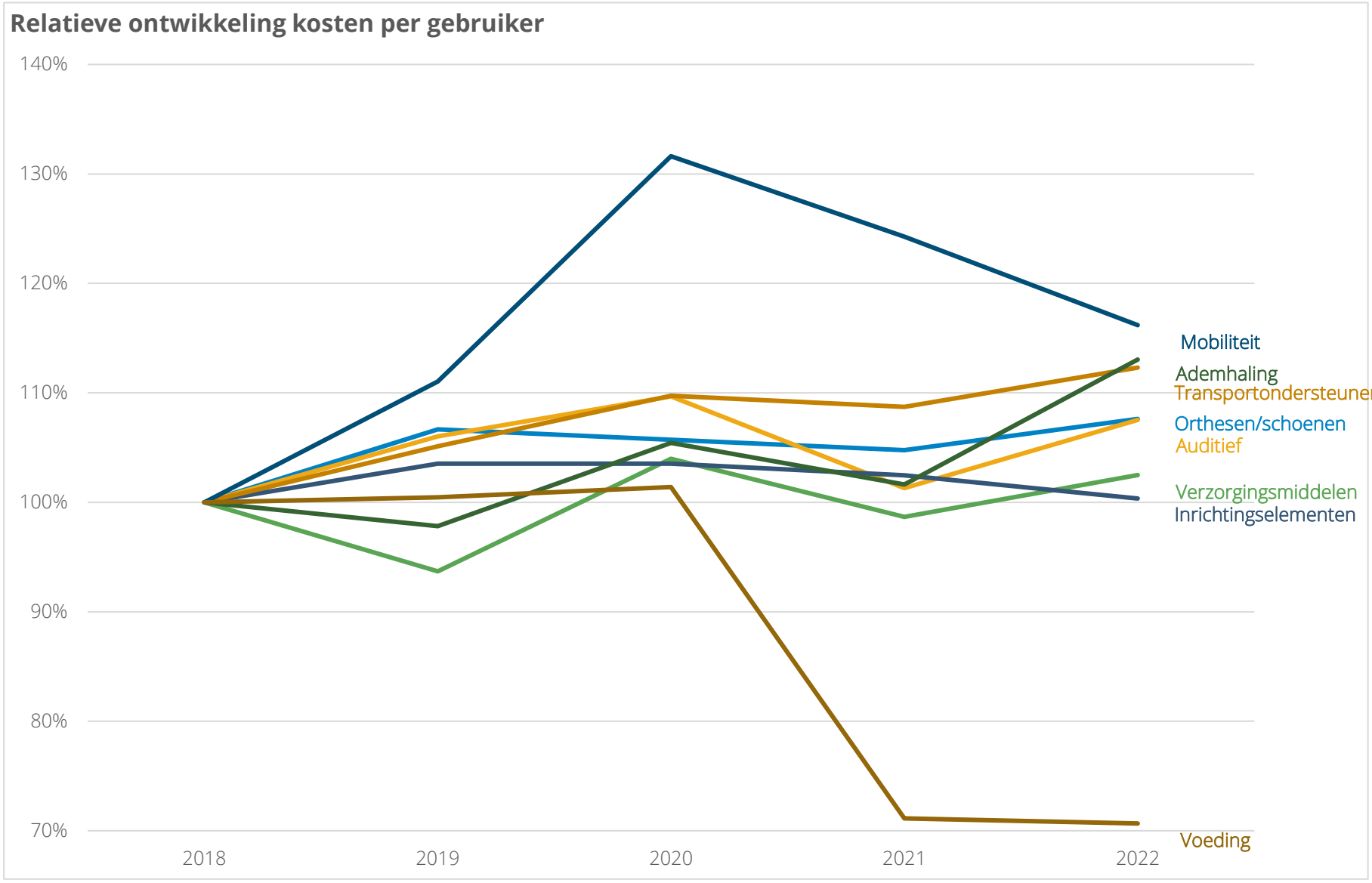
Figuur B2.5: Relatieve ontwikkelingen in aantal gebruikers ten opzichte van 2018

Bron: GIP-databank



Figuur B2.6: Relatieve ontwikkelingen totale kosten hulpmiddelen ten opzichte van 2018. De categorie Diabeteshulpmiddelen is niet weergegeven in dit figuur vanwege een grote uitschieter die voortkomt uit een overheveling van glucosemonitoren binnen de Zvw vanuit de medisch specialistische zorg naar de hulpmiddelenzorg in 2021. De cijfers zijn wel te zien in bijlage 4 en in het Dashboard.

Bron: GIP-databank



Figuur B2.7: Relatieve ontwikkeling kosten per gebruiker ten opzichte van 2018. De categorie Diabeteshulpmiddelen is niet weergegeven in dit figuur vanwege een grote uitschieter die voortkomt uit een overheveling van glucosemonitoren binnen de Zvw vanuit de medisch specialistische zorg naar de hulpmiddelenzorg in 2021. De cijfers zijn wel te zien in bijlage 4 en in het Dashboard. Bron: GIP-databank

Bijlage 3. Tabellen hoofdcategorieën hulpmiddelen

Aantal gebruikers

Hulpmiddelencategorie	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
A Verzorgingsmiddelen	773.700	100%	791.800	102%	762.400	99%	754.800	98%	748.600	97%
C Orthesen en schoenvoorzieningen	173.700	100%	181.800	105%	159.300	92%	171.800	99%	173.000	100%
D Auditieve hulpmiddelen	161.800	100%	168.100	104%	164.000	101%	165.200	102%	169.500	105%
F Diabeteshulpmiddelen	303.000	100%	309.600	102%	304.800	101%	313.100	103%	295.300	97%
G Inrichtingselementen van woningen	359.400	100%	382.100	106%	377.200	105%	396.500	110%	398.600	111%
H Transportondersteuners van bloed en lymfe	383.300	100%	392.800	102%	372.300	97%	380.900	99%	371.500	97%
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	754.900	100%	822.200	109%	779.300	103%	865.800	115%	817.700	108%
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	143.000	100%	147.300	103%	121.100	85%	136.000	95%	148.300	104%
N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	21.000	100%	22.300	106%	21.100	100%	24.200	115%	25.700	122%
Totaal*	**3.073.800**	**100%**	**3.218.000**	**105%**	**3.061.500**	**100%**	**3.208.300**	**104%**	**3.148.200**	**102%**

Tabel B3.4: Aantal gebruikers per hulpmiddelencategorie en de relatieve ontwikkeling ten opzichte van 2018

**Het totaal aantal gebruikers ligt mogelijk hoger dan het daadwerkelijke aantal gebruikers van deze hulpmiddelen, aangezien mensen meerdere hulpmiddelen uit verschillende categorieën kunnen gebruiken.*

Bron: GIP-databank

Totale kosten (x1.000)

Hulpmiddelencategorie	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
A Verzorgingsmiddelen	€ 466.300	100%	€ 447.400	96%	€ 478.400	103%	€ 449.000	96%	€ 462.800	99%
C Orthesen en schoenvoorzieningen	€ 181.900	100%	€ 203.800	112%	€ 177.200	97%	€ 189.000	104%	€ 195.000	107%
D Auditieve hulpmiddelen	€ 150.400	100%	€ 165.700	110%	€ 166.700	111%	€ 155.600	103%	€ 169.800	113%
F Diabeteshulpmiddelen	€ 173.300	100%	€ 195.600	113%	€ 257.700	149%	€ 334.500	193%	€ 373.100	215%
G Inrichtingselementen van woningen	€ 101.700	100%	€ 112.100	110%	€ 110.700	109%	€ 114.800	113%	€ 113.400	112%
H Transportondersteuners van bloed en lymfe	€ 74.600	100%	€ 80.300	108%	€ 79.800	107%	€ 80.700	108%	€ 81.500	109%
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	€ 138.800	100%	€ 148.100	107%	€ 151.000	109%	€ 162.300	117%	€ 170.200	123%
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	€ 19.500	100%	€ 22.200	114%	€ 21.700	111%	€ 23.000	118%	€ 23.500	121%
N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	€ 18.100	100%	€ 19.200	106%	€ 18.400	102%	€ 14.800	82%	€ 15.600	86%
Totaal	**€ 1.324.600**	**100%**	**€ 1.394.400**	**105%**	**€ 1.461.600**	**110%**	**€ 1.523.700**	**115%**	**€ 1.604.900**	**121%**

Tabel B3.5: Totale kosten (x1.000) per hulpmiddelencategorie en de relatieve ontwikkeling ten opzichte van 2018

Bron: GIP-databank

Totale kosten per gebruiker

Hulpmiddelencategorie	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
A Verzorgingsmiddelen	€ 603	100%	€ 565	94%	€ 627	104%	€ 595	99%	€ 618	102%
C Orthesen en schoenvoorzieningen	€ 1.050	100%	€ 1.120	107%	€ 1.110	106%	€ 1.100	105%	€ 1.130	108%
D Auditieve hulpmiddelen	€ 930	100%	€ 986	106%	€ 1.020	110%	€ 942	101%	€ 1.000	108%
F Diabeteshulpmiddelen	€ 572	100%	€ 632	110%	€ 845	148%	€ 1.070	187%	€ 1.260	220%
G Inrichtingselementen van woningen	€ 283	100%	€ 293	104%	€ 293	104%	€ 290	102%	€ 284	100%
H Transportondersteuners van bloed en lymfe	€ 195	100%	€ 205	105%	€ 214	110%	€ 212	109%	€ 219	112%
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	€ 184	100%	€ 180	98%	€ 194	105%	€ 187	102%	€ 208	113%
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	€ 136	100%	€ 151	111%	€ 179	132%	€ 169	124%	€ 158	116%
N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	€ 859	100%	€ 863	100%	€ 871	101%	€ 611	71%	€ 607	71%

Tabel B3.6: Kosten per gebruiker en de relatieve ontwikkeling ten opzichte van 2018

Bron: GIP-databank

Verwachte bevolkingsontwikkeling per leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
0-24 jaar	0,0%	1,2%	1,8%	1,9%	1,6%	1,3%	1,0%	0,6%	0,6%	0,8%	1,1%
25-44 jaar	0,0%	2,4%	4,3%	5,9%	7,3%	8,4%	9,6%	11,0%	11,9%	12,4%	12,7%
45-64 jaar	0,0%	-0,2%	-0,6%	-1,2%	-1,7%	-2,5%	-3,3%	-4,3%	-5,1%	-5,8%	-6,3%
65-74 jaar	0,0%	0,0%	0,8%	2,1%	3,5%	5,4%	7,1%	9,0%	10,9%	12,5%	13,7%
75-84 jaar	0,0%	6,0%	10,8%	14,8%	18,3%	21,7%	25,2%	27,9%	30,3%	33,2%	33,2%
85+ jaar	0,0%	-5,0%	-1,9%	1,7%	5,8%	9,2%	13,2%	18,5%	24,5%	29,0%	41,8%

Tabel B3.7: Verwachte bevolkingsontwikkeling per leeftijdscategorie tussen 2022 en 2032

Bron: CBS Statline

Prognose aantal gebruikers

Hulpmiddelencategorie	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
A Verzorgings-middelen	748.700	754.529	772.071	788.957	805.762	821.355	837.757	855.070	872.947	888.958	912.613
	100%	*101%*	*103%*	*105%*	*108%*	*110%*	*112%*	*114%*	*117%*	*119%*	*122%*
C Orthesen en schoenvoorzieningen	173.060	174.897	177.557	179.992	182.360	184.605	186.830	189.045	191.299	193.443	195.676
	100%	*101%*	*103%*	*104%*	*105%*	*107%*	*108%*	*109%*	*111%*	*112%*	*113%*
D Auditieve hulpmiddelen	169.430	171.533	175.667	179.661	183.591	187.351	191.228	195.166	199.165	202.858	207.324
	100%	*101%*	*104%*	*106%*	*108%*	*111%*	*113%*	*115%*	*118%*	*120%*	*122%*
F Diabeteshulpmiddelen	295.380	299.126	303.769	307.992	312.076	315.928	319.720	323.482	327.121	330.554	333.629
	100%	*101%*	*103%*	*104%*	*106%*	*107%*	*108%*	*110%*	*111%*	*112%*	*113%*
G Inrichtingselementen van woningen	398.520	402.754	411.338	419.367	427.243	434.352	441.812	449.871	457.690	464.422	474.200
	100%	*101%*	*103%*	*105%*	*107%*	*109%*	*111%*	*113%*	*115%*	*117%*	*119%*
H Transportondersteuners van bloed en lymfe	371.560	374.850	382.897	390.635	398.359	405.568	413.033	420.797	428.709	435.874	445.651
	100%	*101%*	*103%*	*105%*	*107%*	*109%*	*111%*	*113%*	*115%*	*117%*	*120%*
I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen	817.800	825.927	835.224	842.936	850.108	856.670	863.005	869.213	875.695	882.090	888.253
	100%	*101%*	*102%*	*103%*	*104%*	*105%*	*106%*	*106%*	*107%*	*108%*	*109%*
L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen	148.290	149.617	152.336	154.832	157.263	159.489	161.800	164.220	166.709	168.965	172.126
	100%	*101%*	*103%*	*104%*	*106%*	*108%*	*109%*	*111%*	*112%*	*114%*	*116%*
N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding	25.690	26.000	26.304	26.535	26.728	26.909	27.088	27.251	27.445	27.653	27.837
	100%	*101%*	*102%*	*103%*	*104%*	*105%*	*105%*	*106%*	*107%*	*108%*	*108%*
Totaal*	**3.148.430**	**3.179.234**	**3.237.163**	**3.290.907**	**3.343.489**	**3.392.226**	**3.442.273**	**3.494.117**	**3.546.781**	**3.594.818**	**3.657.309**
	100%	***101%***	***103%***	***105%***	***106%***	***108%***	***109%***	***111%***	***113%***	***114%***	***116%***

Tabel B3.8: Prognose op basis van de verwachte bevolkingsontwikkeling van het aantal gebruikers per hulpmiddelencategorie en de relatieve ontwikkeling ten opzichte van 2022

**Het totaal aantal gebruikers ligt mogelijk hoger dan het daadwerkelijke aantal gebruikers van deze hulpmiddelen, aangezien mensen meerdere hulpmiddelen uit verschillende categorieën kunnen gebruiken.*

Bron: GIP-databank en CBS Statline

Bijlage 4. Ontwikkelingen per hulpmiddelencategorie

In deze bijlage beschrijven we per geselecteerde hulpmiddelencategorie de markt en de ontwikkelingen in gebruikers en kosten.

A Verzorgingsmiddelen

Beschrijving van de markt

De verzorgingsmiddelen bestaan uit vijf subcategorieën: incontinentiematerialen, kappen ter bescherming schedel, overige verzorgingsmiddelen, verbandmiddelen en voorzieningen voor stomapatiënten. Er zijn acht á negen leveranciers actief voor incontinentiematerialen en voor stomazorg vier. Het aantal leveranciers voor verzorgingsmiddelen is volgens respondenten afgenomen in de afgelopen jaren.

Ontwikkeling in gebruikers

Bij verzorgingsmiddelen is over het algemeen een lichte daling (3%) te zien van het aantal gebruikers ten opzichte van 2018. Deze trend wordt niet herkend door respondenten, omdat voornamelijk ouderen gebruik maken van verzorgingsmiddelen. Respondenten zien namelijk juist een stijging in het aantal ouderen dat gebruik maakt van verzorgingsmiddelen door de vergrijzing, extramuralisering van zorg en de ontwikkeling dat mensen langer thuis blijven wonen. Wondzorg vindt bijvoorbeeld steeds vaker plaats in de thuissituatie volgens leveranciers en mensen met een wond worden minder snel doorverwezen naar het ziekenhuis. Leveranciers veronderstellen dat het lage aantal gebruikers mogelijk te verklaren is doordat incontinentiemateriaal steeds vaker door de gebruikers zelf wordt aangeschaft.

Volgens respondenten was er tijdens de coronapandemie wel een lagere instroom van gebruikers van bepaalde verzorgingsmiddelen; mensen gingen namelijk minder snel naar de huisarts. Omdat mensen met veel verschillende ziektebeelden gebruikmaken van verzorgingsmiddelen zoals incontinentiemateriaal, is het lastig om de cijfers te relateren aan een bepaalde ziekte.

Er is door veel respondenten aangegeven dat ze zich niet herkennen in de gebruikerscijfers van stoma. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat verschillende categorieën optellen tot de categorie *A10 voorzieningen voor stomapatiënten*. Een voorbeeld hiervan is de categorie A1040 aanvullende hulpmiddelen, waar bijvoorbeeld pleisters onder vallen die ook bij andere gebruikers dan stomagebruikers worden gedeclareerd, zoals mensen met een tracheostoma. Hierdoor lijkt het totaal aantal gebruikers bij A10 Voorzieningen voor stomapatiënten hoger dan het daadwerkelijke aantal stomapatiënten in Nederland. Echter, bij de laagste categorie A1010 Stomazakken eendelig lijkt het beeld wel overeen te komen met het daadwerkelijk aantal gebruikers.

Ontwikkeling in kosten

De totale kosten van verzorgingsmiddelen zijn tussen 2018 en 2022 vrijwel gelijk gebleven. Echter zijn per subcategorie verschillen zichtbaar. De totale kosten van incontinentie materialen en overige verzorgingsmiddelen zijn iets toegenomen, terwijl de totale kosten voor stomapatiënten en verbandmiddelen iets zijn afgenomen. De kosten per gebruiker laten geen grote stijging zien. Daarentegen geven leveranciers aan dat onder andere inflatie en hogere arbeidskosten juist hebben gezorgd voor hogere kosten per gebruiker voor de leverancier.

C Orthesen en schoenvoorzieningen

Beschrijving van de markt

Onder de categorie orthesen en schoenvoorzieningen vallen de subcategorieën orthesen, orthopedisch schoeisel en schoenvoorzieningen. In deze markt zijn ongeveer 25 grotere leveranciers (voor de drie subcategorieën

gezamenlijk). Ook hier zien respondenten marktconcentratie en opmerkelijk is de groeiende trend van voorwaartse integratie; fabrikanten nemen leveranciers over die (bijna) failliet gaan. Brancheorganisaties en leveranciers vinden deze ontwikkeling zorgwekkend, omdat het aantal spelers op de markt afneemt, de leveranciers als schakel verdwijnen en de fabrikanten daardoor meer macht krijgen. Zorgverzekeraars maken zich ook zorgen over de opkomst van monopolisten, maar tegelijkertijd realiseren zij zich dat investeerders deze markt als aantrekkelijk beschouwen.

Ontwikkeling in gebruikers

Bij orthesen en schoenvoorzieningen is het aantal gebruikers in 2022 vrijwel gelijk aan het aantal gebruikers in 2018. De doelgroep voor deze hulpmiddelen zijn voornamelijk ouderen. In 2020 is een daling te zien in het aantal gebruikers van orthesen en schoenvoorzieningen. Corona is waarschijnlijk de oorzaak van dit lagere aantal gebruikers, omdat winkels een deel van deze periode dicht moesten en omdat leveranciers niet altijd naar verzorgingshuizen mochten om orthesen of schoenen aan te meten. Een andere mogelijke verklaring is volgens een leverancier een toename in het aantal zorgmijders, die door het eigen risico dat zij moeten betalen de zorg uitstellen.

Ontwikkeling in kosten

De totale kosten van orthesen en schoenvoorzieningen zijn iets toegenomen tussen 2018 en 2022 (7%), terwijl het aantal gebruikers vrijwel gelijk is gebleven. De kosten per gebruiker zijn dus gestegen (8%). Bij de subcategorie orthesen is deze stijging het grootste (13%). Leveranciers geven aan dat er een toename is in de vraag naar complexere hulpmiddelen, waardoor er hogere kosten zijn. Er worden bijvoorbeeld steeds meer op maat gemaakte schoenen gemaakt, in plaats van fabrieksmatige geproduceerde schoenen. Zorgverzekeraars geven aan dat deze toename in complexiteit niet is aangetoond. Daarnaast zijn er veranderingen geweest in materiaalgebruik.

D Auditieve hulpmiddelen

Beschrijving van de markt

De markt van auditieve hulpmiddelen bestaat uit twee deelmarkten; een private markt (auditieve hulpmiddelen die niet door de zorgverzekeraar worden vergoed) en een verzekerde zorgmarkt. Subcategorieën zijn hoortoestellen, hulpmiddelen voor communicatie, informatie en signalering, overige hulpmiddelen en reparatie hoor hulpmiddelen. Deze indeling is niet herkenbaar voor respondenten. Zij gebruiken sinds het Hoorprotocol in 2013 is geïntroduceerd andere categorieën, namelijk hoortoestellen in categorie 1 tot 5 (waarbij categorie 1 eenvoudige hoor oplossingen betreft en categorie 5 meer geavanceerde hoor oplossingen)

In Nederland zijn voor de auditieve hulpmiddelen 5 fabrikanten, een aantal grote en kleinere audiciens (leveranciers) en een grote groep zelfstandige audiciens actief. Een aantal audiciens werkt met opticiens op een gezamenlijke locatie. Respondenten zien het aantal audiciens in de afgelopen jaren afnemen door vergrijzing onder audiciens; eigenaren gaan met pensioen en hebben geen opvolging en moeten de winkel sluiten en er is afname van instroom bij opleidingen tot audicien. Dit heeft geen grote gevolgen voor de auditieve hulpmiddelmarkt, omdat er veel leveranciers zijn.

Ontwikkeling in gebruikers

De trend van het aantal gebruikers van auditieve hulpmiddelen laat een lichte stijging (5%) zien. Respondenten zien ook een stijging in het aantal verstrekte auditieve hulpmiddelen binnen de verzekerde zorgmarkt. De verklaring voor het stijgen van het aantal gebruikers van auditieve hulpmiddelen is volgens respondenten de vergrijzing. Daarnaast laten mensen zich volgens respondenten eerder behandelen door een toename in bewustzijn. Verder zien leveranciers een stijging in het aantal hulpmiddelen in de private markt; deze hoortoestellen worden niet door de zorgverzekeraar vergoed en zijn dus

ook niet in de GIP-cijfers verwerkt. Zorgverzekeraars geven aan dat er geen objectief betrouwbare, transparante informatie over deze cijfers aanwezig is, waardoor ze het lastig vinden om hier conclusies aan te verbinden. Leveranciers en brancheorganisaties geven aan zelf gebruik te maken van GAIN data, waar het aantal verstrekte hoortoestellen te zien is per categorie. In deze data is een vergelijkbare stijging te zien (circa 6%) in het aantal verstrekte hoortoestellen (exclusief de private markt) als bij het aantal gebruikers in de GIP-databank.

Ontwikkeling in kosten

De totale kosten van auditieve hulpmiddelen zijn meer toegenomen (13%) dan het aantal gebruikers (5%). De kosten per gebruiker zijn daardoor toegenomen met 8%. Volgens respondenten heeft dit te maken met nieuwe technologische ontwikkelingen waardoor de hulpmiddelen duurder zijn geworden. Ook is vanuit de GAIN data een stijging te zien in het aantal duurdere hoortoestellen (categorie 5). De verandering in de mix van hoortoestellen wordt volgens leveranciers deels veroorzaakt door het gewijzigde Hoorprotocol in 2016. In dit nieuwe protocol vult de gebruiker nu zelf het protocol in, wat heeft geleid tot meer gepersonaliseerde zorg. Voorheen waren er afspraken over quota's, wat betekende dat gebruikers niet altijd het meest passende hulpmiddel kregen.

F Diabeteshulpmiddelen

Beschrijving van de markt

Onder diabeteshulpmiddelen vallen apparatuur voor het zelf afnemen van bloed, bloedglucosemeters, glucose monitor, injectiepennen en -spuiten bij behandeling van diabetes, insuline-infuuspompen, overige hulpmiddelen diabetes en teststrips. Diabeteshulpmiddelen zijn verkrijgbaar bij meer dan 10 leveranciers (die op meerdere deelmarkten actief zijn). Voor de Flash Glucosemonitor (FGM) is één fabrikant, die een monopolistische positie heeft. Deze fabrikant leveren maar aan twee leveranciers, waardoor de meest gebruikte diabeteshulpmiddelen (90%) alleen bij deze leveranciers kunnen worden ingekocht. Hierdoor ontstaat er een monopolistische markt.

Ontwikkeling in gebruikers

Bij diabeteshulpmiddelen is een lichte afname (3%) te zien in het aantal gebruikers ten opzichte van 2018. Deze trend wordt herkend door respondenten. Een enkele respondent gaf aan dat het aantal injectiepennen dat onder categorie F30 weergegeven staat hoger ligt dan het aantal wat daadwerkelijk door diabetespatiënten gebruikt wordt. Echter, bij het gebruik van injectiepennen wordt in het kader van de GIP-databank door het Zorginstituut wel gecontroleerd of het personen met diabetes betreft. Er is een verschuiving te zien in het type hulpmiddel dat wordt gebruikt door mensen met diabetes. Zij gebruiken vanwege o.a. de gebruiksvriendelijkheid vaker glucosemonitoren in plaats van teststrips. Het gaat om de continue glucosemonitor (CGM) of flash glucose monitor (FGM) (een nieuwe innovatieve methode). Deze trend wordt herkend door respondenten. Gebruikers ervaren hierdoor een betere kwaliteit van leven.

Ontwikkeling in kosten

Bij diabeteshulpmiddelen is een hele forse stijging (115%) te zien in de totale kosten. Respondenten geven aan dat de stijging komt doordat glucosemonitoren sinds 2021 onder de hulpmiddelenzorg vallen, terwijl ze daarvoor nog betaald werden uit het budget van ziekenhuizen (het is dus een gevolg van een budgetverschuiving binnen de Zvw). Daarnaast is deze stijging volgens respondenten deels te verklaren door het afnemen van het gebruik van teststrips en een toename in het gebruik van duurdere glucosemonitoren, zoals hierboven beschreven. Omdat het aantal gebruikers van diabeteshulpmiddelen is afgenomen, zijn de kosten per gebruiker nog sterker toegenomen (120%).

G Inrichtingselementen van woningen

Beschrijving van de markt

De subcategorieën van inrichtingselementen van woningen zijn hulpmiddelen bij het veranderen en handhaven van lichaamshouding, hulpmiddelen die samenhangen met verzorging en verpleging op bed en hulpmiddelen bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang. Hiervoor zijn ongeveer vijf leveranciers, waarvan twee tot drie grote.

Ontwikkeling in gebruikers

Het aantal gebruikers van inrichtingselementen van woningen laat een stijging zien van 11% tussen 2018 en 2022. Respondenten herkennen deze trend, en geven aan dat de vergrijzing en de ontwikkeling waarbij mensen langer thuis blijven wonen hiervan een oorzaak is. Ze benoemen daarbij wel dat ze een toename zien in het aantal hulpmiddelen dat per gebruiker wordt verstrekt.

Ontwikkeling in kosten

Er is een stijging van 12% te zien in de totale kosten van inrichtingselementen van woningen. Dit komt overeen met de toename in het aantal gebruikers (11%). Er is dus geen stijging te zien in de kosten per gebruiker. We zien de grootste stijging in totale kosten bij de subcategorie hulpmiddelen bij het zich wassen en zorgdragen voor de toiletgang (30%). Binnen deze categorie is het aantal gebruikers ook het meeste gestegen, wat een logische verklaring lijkt te zijn voor deze toename.

H Transportondersteuners van bloed en lymfe

Beschrijving van de markt

Transportondersteuners van bloed en lymfe zijn therapeutisch elastische kousen (TEK), aan- en uittrekhulpen en overige hulpmiddelen ter ondersteuning van bloed en lymfe. TEK is de grootste subcategorie; hiervoor zijn meer dan 100 zelfstandige leveranciers actief en ongeveer vijf grote fabrikanten.

Ontwikkeling in gebruikers

Er is een lichte afname (3%) te zien in het aantal gebruikers van transportondersteuners van bloed en lymfe. Deze trend wordt niet herkend door respondenten, zij zien juist een toename in het aantal gebruikers. Als reden wordt hiervoor benoemd dat de overlevingskans van mensen met kanker is gestegen, waardoor het aantal mensen met de bijwerkingen van kanker of de behandeling hiertegen (zoals oedeem of schade aan lymfevaten) zijn gestegen. Daarnaast is een stijging te zien in de inzet van aan- en uittrekhulpen, die door de respondenten wel wordt herkend. Volgens respondenten gaat het om een kwaliteitsverbetering waardoor mensen zelfstandiger worden en er minder vaak thuiszorg naartoe hoeft.

Ontwikkeling in kosten

Er is een lichte stijging van 9% te zien in de totale kosten van de transportondersteuners van bloed en lymfe. Dit laat een andere trend zien dan het aantal gebruikers, dat juist is afgenomen. De kosten per gebruiker zijn dus toegenomen (12%). Leveranciers geven aan dat sinds de coronapandemie vaker complexe compressiehulpmiddelen verstrekt worden. Zorgverzekeraars geven aan dat deze toename in complexiteit niet aangetoond is. Er is een toename in de totale kosten van de aan- en uittrekhulp, wat het gevolg is van de toename van het aantal gebruikers.

I Hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen

Beschrijving van de markt

Onder hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen vallen de subcategorieën apparatuur voor een positieve uitademingsdruk, cpap apparatuur, mra-apparatuur, slijmuitzuigapparatuur, tracheostoma hulpmiddelen, vernevelaar met toebehoren, voorzetkamers en zuurstofapparaten met toebehoren. Voor cpap apparatuur en zuurstofapparaten zijn ongeveer vijf leveranciers, voor mra-apparatuur ongeveer acht. Voor de tracheostoma (stemprothese) is één

grote leverancier actief. In 2021 zijn beademingsapparaten van een grote fabrikant teruggeroepen door een defect. De leveranciers waren niet toegerust om de plotselinge vraag die hierdoor ontstond op te vangen, waardoor er knelpunten zijn ontstaan rondom het leveren van deze apparaten.

Ontwikkeling in gebruikers
Er is een toename (8%) te zien in het aantal gebruikers van hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen. In 2021 is een piek te zien in het aantal gebruikers, met een toename van 15%. Volgens respondenten is corona hier de oorzaak van. Daarnaast neemt het aantal mensen met slaapapneu ieder jaar toe. Het aantal gebruikers is het meeste toegenomen in de subcategorie slijm uitzuigapparatuur. Deze forse toename wordt veroorzaakt door een coderingskwestie bij een zorgverzekeraar en is dus een fout in de data.

Ontwikkeling in kosten
Er is een forse toename (23%) te zien in de totale kosten van hulpmiddelen bij ademhalingsproblemen. Dit is een grotere stijging dan het aantal gebruikers (8%), waardoor de kosten per gebruiker zijn toegenomen (13%). Respondenten geven aan dat patiënten eerder uit het ziekenhuis gaan en daardoor ook het ademhalingshulpmiddel eerder gebruiken. Hierdoor kunnen de kosten per gebruiker hoger liggen.

L Hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen
Beschrijving van de markt
De markt bestaat uit hulpmiddelen voor de mobiliteit, overige hulpmiddelen voor de mobiliteit en rolstoelen. Hier zijn dezelfde leveranciers actief als bij hulpmiddelcategorie G. Inrichtingselementen van woningen (ongeveer vijf leveranciers, waarvan twee tot drie grote).

Ontwikkeling in gebruikers
Het aantal gebruikers van hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen is licht toegenomen (4%) tussen 2018 en 2022. Wel is er een forse daling (15%) te zien in 2020. Dit is volgens respondenten te verklaren door corona. De lichte stijging van het totale aantal gebruikers is een herkenbare trend voor respondenten, waarbij de vergrijzing en de ontwikkeling dat mensen langer thuis wonen een verklaring zijn.

Ontwikkeling in kosten
Er is een forse toename (21%) in de totale kosten van hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen, dat een gelijke trend laat zien als de totale trend voor alle geselecteerde hulpmiddelen. Door de kleinere stijging in het aantal gebruikers van de hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen (4%), zijn de kosten per gebruiker toegenomen. Dit is het geval bij rolstoelen en overige hulpmiddelen voor de mobiliteit. Leveranciers geven aan dat de complexiteit van de benodigde hulpmiddelen is toegenomen, door de verschuiving van zorg naar de eerste lijn. Mensen met een levenslange levensbrede beperking blijven bijvoorbeeld langer thuis wonen, waardoor er meer complexe hulpmiddelen thuis nodig zijn. Zorgverzekeraars geven aan dat deze toename in complexiteit niet aangetoond is. Van loopfietsen en stoelen voorzien van trippelfunctie zijn de kosten per gebruiker juist afgenomen.

N Hulpmiddelen voor het toedienen van voeding
Beschrijving van de markt
De hulpmiddelencategorie bevat voedingshulpmiddelen. Hier zijn twee tot drie leveranciers actief. Leveranciers zien een afname in het aantal leveranciers in de laatste jaren. Op de markt zijn ongeveer vier fabrikanten voor voedingshulpmiddelen.

Ontwikkeling in gebruikers

Er is een forse stijging (22%) te zien in het aantal gebruikers van hulpmiddelen voor het toedienen van voeding. Respondenten geven aan dat het aantal gebruikers van deze hulpmiddelen na corona zijn toegenomen, omdat het aantal patiënten met een voedingssonde is toegenomen. Enkele respondenten noemen de extramuralisering van zorg met betrekking tot voeding als verklaring. Zij zien dat de hulpmiddelenzorg hierdoor steeds complexer en specialistischer wordt en meer ouderen gebruikmaken van deze hulpmiddelen.

Ontwikkeling in kosten

Er is een forse afname (14%) te zien in de totale kosten voor hulpmiddelen voor het toedienen van voeding, terwijl het aantal gebruikers is toegenomen (22%). De kosten per gebruiker zijn hierdoor fors afgenomen (29%). Deze dalende kosten worden niet herkend door respondenten. Leveranciers zien op basis van hun eigen data een langzame groei in kosten, een mogelijke verklaring dat zij hiervoor geven is de daling in contractprijzen tussen zorgverzekeraars en leveranciers. Daarnaast geven zij aan dat een deel van de hulpmiddelen die onder deze categorie vallen door dagprijzen wellicht onder een andere categorie worden geregistreerd, waardoor dit een vertekend beeld geeft. Leveranciers vinden de indeling bij de GIP data lastig te interpreteren.

Bijlage 5. Voorbeelden concentratiezaken ACM

Voorbeelden van concentratiezaken ACM
Uitspraak Rechtbank over ACM-verbod overname van Eurocept door Mediq | ACM.nl
Orthopedisch schoeisel: Feeture Voetzorg mag OIM Voetzorg overnemen | ACM.nl
OneMed Netherlands mag HuCo en Holding Empé overnemen (eindmededeling) | ACM.nl
B. Braun Medical mag Inzorg overnemen (concentratiebesluit) | ACM.nl
VitalAire mag Medidis overnemen (concentratiebesluit) | ACM.nl
OneMed mag Boeren Medical overnemen (concentratiebesluit) | ACM.nl
Sonova mag gehoorwinkels Schoonenberg onder voorwaarden overnemen | ACM.nl
Covidien Group S.à.r.l. mag Between Investeringsgroep overnemen (concentratiebesluit) | ACM.nl
OneMed mag Careco mag overnemen (concentratiebesluit) | ACM.nl
Het Gezondheidshuis Mathot mag Dantuma Leeuwarden Beheer overnemen. (concentratiebesluit) | ACM.nl
OneMed mag Bosman en Meduon overnemen (concentratiebesluit) | ACM.nl
EmCart Thuiszorg Uitleen B.V - Vitaal Uitleenservice B.V., Vitaal Hulpmiddelen B.V. en Vitaal Transport B.V. concentratiebesluit | ACM.nl
Mediq mag Pannen Beheer Group overnemen(concentratiebesluit) | ACM.nl

Tabel B5. 1Voorbeelden concentratiezaken ACM