

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1825

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *het bericht «Medische hulpmiddelen: de patiënt betaalt de rekening»* (ingezonden 22 december 2020).

Antwoord van Minister **Van Ark** (Medische Zorg) (ontvangen 22 februari 2021). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2020–2021, nr. 1255.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht «Medische hulpmiddelen: patiënt betaalt de rekening»?¹

Antwoord 1

Ik heb met interesse kennis genomen van het bericht, en tevens vernomen dat de zaak van de in het artikel genoemde patiënt op dit moment aan de rechter voorligt. Ik zal daarom de vragen in algemene zin beantwoorden. Daarnaast zijn er door het Kamerlid Ellemeet (GroenLinks) over dezelfde casus Kamervragen gesteld.

Vraag 2

Wat vindt u ervan dat de patiënte in de reportage 800 euro per jaar kwijt is voor de juiste hulpmiddelen, omdat de zorgverzekeraar weigert deze te vergoeden?

Antwoord 2

De casus van deze specifieke patiënt ligt op dit moment voor aan de rechter. Het is op dit moment niet aan mij om mij daar over uit te laten. Wel wijs ik uw Kamer er graag op dat er, zoals toegezegd tijdens het Algemeen Overleg «»Hulpmiddelenbeleid»» van 27 november 2019, momenteel een onderzoek loopt naar de stapeling van de eigen betalingen voor hulpmiddelgebruikers en de effecten hiervan op het gebruik van hulpmiddelen.

¹ Reporter Radio, 13 december 2020, «Medische hulpmiddelen: de patiënt betaalt de rekening» (<https://www.nporadio1.nl/reporter-radio/onderwerpen/69182-2020-12-13-medische-hulpmiddelen-de-patient-betaalt-de-rekening>)

Vraag 3

Deelt u de mening dat deze hulpmiddelen medisch noodzakelijk zijn, aangezien er in het geval van deze mevrouw wonden ontstaan als ze deze lijmrestverwijderaar niet gebruikt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3

De vraag of zorg medisch noodzakelijke is, hangt samen met de termen «medische indicatie» en «verzekerde zorg». Daarover heb ik in de eerder genoemde Kamervragen van Kamerlid Ellemee het volgende gemeld. Of er al dan niet sprake is van «medische noodzaak» en een «medische indicatie», en in het verlengde daarvan de vraag of deze zorg vergoed moet worden, zijn belangrijke vragen voor het zorgstelsel en het functioneren van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In een Kamerbrief van mijn voorganger van 21 juni 2019² is uiteengezet hoe een medische indicatie wordt vastgesteld, wat het vaststellen van noodzakelijk betekent en wat dat betekent voor de vergoeding.

Kortweg komt het erop neer dat het aan de zorgprofessional is om de medische indicatie vast te stellen. Alleen zorgprofessionals stellen vast of er medisch gezien iets aan de hand is met een patiënt. Er moet sprake zijn van een noodzaak waaruit blijkt dat de patiënt redelijkerwijs op verantwoorde (hulpmiddelen)zorg is aangewezen (artikel 2.1 Besluit zorgverzekering). Hierbij baseert een zorgverlener zich bij voorkeur op de richtlijnen of kwaliteitstandaarden van de beroepsgroep. Juridisch gezien bestaat er daarmee geen onderscheid tussen het vaststellen van de medische noodzakelijkheid voor hulpmiddelen, geneesmiddelen of behandelingen.

Een separate vraag is of een medische behandeling in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de Zvw. Het wettelijk vastgelegde basispakket is voor iedereen gelijk en kent met name voor de medisch specialistische behandelingen, geneesmiddelen en hulpmiddelen een open instroom. Daarin is de «zorg die zorgprofessionals plegen te bieden» in principe leidend voor het verzekerde pakket. Tevens geldt voor het verzekerde pakket dat de behandeling, geneesmiddel en hulpmiddel moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, dus effectief en werkzaam zijn bij de vastgestelde indicatie (artikel 2.1 lid 2 Besluit zorgverzekering).

Voor de vergoeding van hulpmiddelen zijn bij ministeriële regeling zogenoemde «functionerende hulpmiddelen» en verbandmiddelen aangewezen.³ De term «functionerende» betekent hier dat het hulpmiddel adequaat en gebruiksklaar is. Daarmee kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde recht heeft op hulpmiddelenzorg. Op die manier is de omschrijving van hulpmiddelenzorg zo dat uitgegaan wordt van het opheffen of verminderen van de verloren gegane lichaamsfunctie, functiestoornis of functioneringsproblemen. Deze functiegerichte omschrijving van de hulpmiddelenzorg heeft als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening of handicap. Dit biedt meer ruimte voor maatwerk en innovatie in tegenstelling tot een gesloten limitatieve lijst van hulpmiddelen.

Vraag 4

Wat is het oordeel van het Zorginstituut Nederland in deze kwestie? Is dit passende zorg?

Antwoord 4

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraars zelf om de inhoud en omvang van het verzekerde pakket vast te stellen en te beoordelen of het om effectieve zorg en diensten gaat. Zorgverzekeraars kunnen onderling en indien nodig met inbreng van zorgverleners en patiëntenorganisaties de effectiviteit vaststellen aan de hand van de geldende literatuur en behandelrichtlijnen van beroepsgroepen. Dit is echter niet altijd eenvoudig. Het Zorginstituut heeft daarom de wettelijke taak gekregen de aard, inhoud en omvang van de prestaties te duiden.

In dit specifieke geval heeft de zorgverzekeraar het Zorginstituut niet betrokken omdat zij zelf de beoordeling hebben uitgevoerd. Partijen hebben

² Kamerstukken II, 2018–19, 29 689, nr. 998

³ Artikel 2.9 Bzv.

dit oordeel in twijfel getrokken, waarop zij ervoor hebben gekozen om het oordeel van de zorgverzekeraar te laten toetsen door de rechter.

Vraag 5

Wat is uw reactie op de brandbrief hulpmiddelenzorg van 11 december jongstleden van de Stomavereniging Nederland, Dwarslaesie Organisatie Nederland, NLNet (Nederlands Netwerk voor Lymfoedeem & Lipoedeem) en KorterMaarKrachtig (de landelijke vereniging voor mensen met een amputatie en/of aangeboren reductie van een ledemaat), waarin staat dat wanneer de indicatiestelling complex is en de nood hoog, patiënten steeds meer problemen ervaren om de hulpmiddelen te krijgen die het beste bij hen passen?

Antwoord 5

Ik neem dat signaal serieus, want dat kan niet de bedoeling zijn. Voor mensen die daarvan afhankelijk zijn, is het uitgangspunt dat zij aanspraak maken op adequate en verantwoorde hulpmiddelenzorg. Het juiste hulpmiddel bij de juiste patiënt onder het motto: «eenvoudig waar het kan; ingewikkeld waar het moet». Dat betekent dat ook complexe gevallen goed opgelost moeten worden. Dat is ook onderdeel van de zorgplicht van de zorgverzekeraar en daar biedt de wet- en regelgeving ook ruimte voor.

Vraag 6

Klopt het dat het de bedoeling was van de invoering van het functioneringsgericht (functiegericht) voorschrijven van hulpmiddelen enkele jaren geleden, dat patiënten gemakkelijker de juiste bij hen passende noodzakelijke hulpmiddelen zouden krijgen?

Antwoord 6

Ja, dat klopt. In het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelenzorg is daarvoor opgenomen dat bij het functioneringsgericht voorschrijven wordt aangegeven waar het hulpmiddel aan moet voldoen, opdat de cliënt het meest adequate hulpmiddel krijgt, passend bij de omstandigheden die het functioneringsprobleem en/of de therapiebehoefte van de cliënt bepalen. Het Generiek Kwaliteitskader is als kwaliteitstandaard in het Register opgenomen en is daarmee een beschrijving van «goede zorg» die zorgaanbieders dienen te leveren met betrekking tot hulpmiddelenzorg.

Vraag 7

Wat vindt u ervan dat door de handelwijze van zorgverzekeraars 8000 van de 40.000 stomapatiënten niet de juiste hulpmiddelen ontvangen, waardoor ze vaak veel problemen ervaren in hun dagelijkse leven? Hoe gaat u op korte termijn ervoor zorgen dat patiënten wel de juiste noodzakelijke hulpmiddelen krijgen, zonder dat zij daarvoor hoeven te betalen?

Antwoord 7

Het is voor de gezondheid en het welzijn van stomapatiënten van groot belang dat zij de juiste hulpmiddelenzorg krijgen. Om de zorg aan hen, en aan alle andere hulpmiddelengebruikers, merkbaar beter te maken is in 2017 gestart met het Bestuurlijk Overleg Hulpmiddelenzorg (BOH). In dit BOH van bestuurders van patiënten vertegenwoordigers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden verschillende knelpunten besproken en worden afspraken gemaakt die onder andere worden verwerkt in generieke en specifieke kwaliteitsstandaarden die onderdeel zijn van de zorgplicht. Over de doelstelling en voortgang van het BOH heb ik u eerder geïnformeerd.^{4 5} Daarin heb ik aangegeven dat een belangrijk oorzak vooral het gebrek aan transparantie over de beoogde kwaliteit en de bijbehorende overeenkomsten tussen zorgverzekeraars met zorgaanbieders is. Ik ben van plan om dat beter inzichtelijk te laten maken en om hierover in het volgend BOH duidelijke afspraken te maken.

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 32 805, nr. 53

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020–2021, 32 805, nr. 109

Vraag 8

Hoe kan het dat de problemen om het juiste hulpmiddel te krijgen de afgelopen jaren verergerd zijn?

Antwoord 8

In zijn algemeenheid bestaat niet de indruk dat er een generiek probleem is. Dit bleek ook uit de NZa monitor hulpmiddelen.⁶ De NZa constateerde dat de hulpmiddelenzorg over het algemeen goed is, maar dat in bijzondere gevallen patiënten niet altijd het juiste hulpmiddel krijgen. Klachten kunnen bij de NZa gemeld worden en als toezichhoudende instantie kan de NZa tot gerichte actie overgaan. Uit de signalen van patiënten maak ik op dat deze situatie nog niet verbeterd is. Zoals gemeld bij de voorgaande vraag, zal ik dat punt in het BOH aan de orde stellen.

Vraag 9

Wat vindt u ervan dat mensen via rechtszaken vergoedingen moeten afdwingen voor de zelfs door specialisten voorgeschreven noodzakelijke hulpmiddelen?

Antwoord 9

Indien een verzekerde een geschil heeft met de zorgverzekeraar, dan kan dat geschil worden voorgelegd aan de civiele rechter. Verder wil ik erop wijzen dat, omdat een gang naar de rechter een kostbare aangelegenheid kan zijn, de Zvw erin voorziet dat zorgverzekeraars hun verzekeringnemers en verzekerden de mogelijkheid van onafhankelijke geschilbeslechting moeten bieden.⁷ In het geval van een geschil over bijvoorbeeld hulpmiddelenverstrekking kunnen verzekerden zich wenden tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze stichting faciliteert onafhankelijke klachtenfunctionarissen die in klachten kunnen bemiddelen, en betrekken zo nodig een advies van het Zorginstituut over de reikwijdte van de dekking van de zorgverzekering.

Vraag 10

Wat is uw reactie met betrekking tot patiënten die zich in deze kwestie geminacht voelen, zeker gezien stoma's een gevoelig onderwerp is?

Antwoord 10

Ik kan me dat gevoel voorstellen, vandaar dat ik daar ook actie op onderneem met onder andere de acties zoals beschreven bij antwoord 7.

Vraag 11

Hoe gaat u ervoor zorgen dat functioneringsgericht voorschrijven de norm wordt, zodat patiënt en arts samen beslissen welk hulpmiddel het beste aansluit bij de lichamelijke en persoonlijke situatie van de patiënt en zorgverzekeraars deze materialen vervolgens ook vergoeden?

Antwoord 11

Zoals ik in het antwoord op vraag 6 heb aangegeven, is het functioneringsgericht voorschrijven in het Generiek Kwaliteitskader Hulpmiddelen al de norm. Ik heb echter gemerkt dat dit onder alle betrokken partijen nog onvoldoende tot zijn recht komt en ik zal partijen daarop blijven aanspreken.

Vraag 12

Wilt u deze vragen één voor één beantwoorden?

Antwoord 12

Ja.

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 32 805, nr. 81

⁷ Artikel 114 Zvw.