



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

2018064676

Datum 20 december 2018
Betreft Aanvullend advies ziekenvervoer

Geachte heer Bruins,

In april 2018 heeft het Zorginstituut een advies over ziekenvervoer aan u uitgebracht. In het advies *Op weg naar een nieuwe formulering van de prestatie ziekenvervoer* zijn twee opties uitgewerkt als alternatief voor de huidige prestatie ziekenvervoer. Met uw brief van 10 juli 2018 vraagt u de consequenties voor de huidige omschreven groepen in de aanspraak ziekenvervoer voor beide opties in kaart te brengen. U verzoekt dit te doen aan de hand van een zestal vragen. Later heeft u nog een vraag over verblijf als alternatief voor vervoer toegevoegd, met het oog op het feit dat steeds meer specialistische zorg in Nederland wordt gecentreerd.

Hierbij doe ik u het door u gevraagde rapport *Ziekenvervoer, in maat en getal* toekomen. Aan de hand van de beschikbare data geeft het Zorginstituut in dit rapport antwoord op uw aanvullende vragen.

In ons advies van april 2018 hebben we geconcludeerd dat een regeling voor het ziekenvervoer binnen de Zvw gehandhaafd moet blijven. Op basis van de bevindingen in dit rapport menen wij dat een regeling die in gelijke mate recht doet aan de uitgangspunten toekomstbestendig, rechtvaardig en uitvoerbaarheid niet mogelijk is. Aan het eind van rapport (in hoofdstuk 11) doen we niettemin een suggestie voor een regeling die, gegeven de beperkingen, deze doelen zo veel mogelijk benadert. Tenslotte we een aantal overwegingen en voorwaarden die naar onze mening een rol zouden moeten spelen bij een regeling voor verblijf als alternatief voor vervoer.

Hoogachtend,

Sjaak Wijma
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Zorg I
Ouderenzorg

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

Zaaknummer

2018036211

Onze referentie 2018064676

Uw brief van

10 juli 2018



Zorginstituut Nederland

Ziekenvervoer

Consequenties in maat en getal

Datum 11 december 2018
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2018056784
Contactpersoon	
Auteur(s)	
Afdeling	Zorg I
Uitgebracht aan	De Minister voor Medische Zorg en Sport

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1 Inleiding—7

- 1.1 Een nieuwe formulering van de prestatie ziekenvervoer—7
- 1.2 Aanvullend advies—8
- 1.3 Werkwijze—8
- 1.4 Verantwoording—8
- 1.5 Leeswijzer—9

2 Grootte van de groepen; frequenties en afstanden—11

- 2.1 Grootte huidige groepen gebruikers—11
- 2.2 Frequentie van de behandeling—12
 - 2.2.1 Nierdialyse - frequentie—13
 - 2.2.2 Chemotherapie en radiotherapie en immuuntherapie -frequentie—14
 - 2.2.3 Intensieve kindzorg - frequentie—16
 - 2.2.4 Visuele beperking - frequentie—17
 - 2.2.5 Geriatrische revalidatiezorg - frequentie—19
 - 2.2.6 Rolstoelgebruikers - frequentie—20
 - 2.2.7 Hardheidsclausule—20
- 2.3 Afstanden tussen verblijfsadres en instelling—20
 - 2.3.1 Afstand tot chronische hemodialyse in een instelling—21
 - 2.3.2 Afstand tot chemotherapie en radiotherapie en immuuntherapie—22
 - 2.3.3 Afstand tot geriatrische revalidatiezorg—23

3 Vervoer naar dagbehandeling (voormalige extramurale behandeling)—25

4 Huidige groepen gebruikers in de nieuwe regeling—29

- 4.1 Consequenties optie 1—29
- 4.2 Consequenties optie 2: een formule—29
 - 4.2.1 De formule binnen de hardheidsclausule—29
 - 4.2.2 Categorieën tegenover formule—29
 - 4.2.3 Categorieën tegenover de formule: oncologie, nierdialyse, geriatrische revalidatiezorg—30
 - 4.2.4 Verzekerden met dagbehandeling—30
 - 4.2.5 De categorieën intensieve kindzorg, rolstoelgebruikers, visueel beperkten—30
 - 4.2.6 Gebruikers onder de hardheidsclausule tegenover een categorie—31

5 Nieuwe groepen—35

6 Het effect op de administratieve lasten—37

7 De hoogte van een drempel—39

- 7.1 De hoogte van de drempel ligt niet vast—39
- 7.2 Toetsing medische noodzaak en financiële noodzaak tegenover uitvoerbaarheid—39
- 7.3 Consequenties van de huidige drempel—39
- 7.4 Variaties met drempel én wegingsfactor—40
- 7.5 Declaraties van de totale medisch specialistische zorg—41
- 7.6 Duur van de behandeling—42

8	Alternatieve mogelijkheden—43
8.1.1	Alternatieven: Wmo, fiscale tegemoetkoming—43
9	Verblijf in plaats van vervoer—45
9.1	Protontherapie in Groningen—45
9.1.1	Reiskosten—45
9.1.2	Verblijfskosten—46
9.2	Toestemming en berekening van het te vergoeden bedrag—46
9.2.1	Voorwaarden voor toestemming?—46
9.2.2	De vergoeding kan meerdere onderdelen omvatten—47
9.2.3	Hoe bepaal je de vergoeding?—47
9.3	Verblijffaciliteit verbonden aan ziekenhuis—47
9.4	Keuzevrijheid patiënt—48
9.5	Incidentie en prognose protontherapie in Groningen—48
9.6	Conclusie—48
10	Consultatie—51
11	Overwegingen—53
11.1	Inleiding—53
11.2	Wat vertellen de cijfers?—53
11.2.1	Overschatting—53
11.2.2	Belangrijkste bevindingen uit de cijfers—53
11.2.3	Budgettaire consequenties—54
11.3	Wat kunnen we afleiden uit de antwoorden op de vragen van de minister?—54
11.3.1	Uitgangspunten—54
11.3.2	Opmerkingen van partijen—55
11.4	Wat betekenen deze analyses en constatering voor een nieuwe regeling?—56

BIJLAGEN

- 1 Brief van de Minister van Medische Zorg en Sport van 10 juli 2018
- 2 Materiaal en Methodes kwantitatieve analyses zittend ziekenvervoer
- 3 Schema consequenties optie 1 en optie 2
- 4 Ontvangen reacties in de consultatieronde

Samenvatting

In april 2018 heeft het Zorginstituut een advies uitgebracht aan de Minister voor Medische Zorg en Sport rond de mogelijkheden voor een nieuwe regeling rond het ziekenvervoer. Een nieuwe opzet moest de regeling toekomstbestendiger en rechtvaardiger uitmaken. De uitvoerbaarheid van de regeling mocht daarbij niet in het geding komen. In het advies heeft het Zorginstituut hiervoor twee opties geschetst met een inhoudelijke beschrijving van de consequenties hiervan voor huidige categorieën verzekerden en nieuwe categorieën verzekerden. In zijn brief van 10 juli 2018 heeft de minister het Zorginstituut gevraagd om de consequenties ook nog kwantitatief te onderzoeken. In dit rapport beantwoordt het Zorginstituut de vragen van de minister en, voorzover kwantitatieve gegevens beschikbaar waren, zijn deze gevolgen in kaart gebracht.

Optie 1 uit het advies van april 2018 sluit aan bij de aard van de behandeling. Het gaat in deze optie om het vervoer naar een 'langdurige' medisch specialistische behandeling. Optie 2 verheft de hardheidsclausule uit de huidige regeling voor het ziekenvervoer tot regel. Deze optie sluit aan bij de frequentie van en de afstand tot de behandeling.

Belangrijke bevindingen uit de cijfers zijn de volgende:

- als de nieuwe regeling uitgaat van de formule zoals die nu geldt voor de toepassing van de hardheidsclausule, dan valt een aanmerkelijk deel van de huidige categorieën buiten de boot;
- dit effect maakt ook duidelijk dat de hardheidsclausule nu inderdaad 'uitzonderlijke' vervoersbehoeftes honoreert;
- verlaging van de drempel binnen de formule verzacht dit effect. In ons eerdere advies gaven we al aan dat dit ook redelijk zou zijn als de formule tot regel wordt verheven;
- uit de cijfers komt bij iedere onderzochte indicatie een grote spreiding van de vervoersbehoefte naar voren in de zin van frequentie en afstand. Geen enkele indicatie heeft qua frequentie en afstand altijd een hoge vervoersbehoefte. Dit is anders dan wij verwacht hadden in ons advies van begin 2018;
- beide opties gaan uit van één langdurige behandeling waardoor cumulatief incidenteel gebruik niet meer vergoed zal worden. Dit is een nadeel voor de categorie rolstoelgebruikers en visueel beperkten, vooral ook omdat hun vervoersbehoefte niet gerelateerd is aan een behandeling, maar aan hun blijvende beperking en dus door de jaren heen ook nog eens terugkomt.
- een soortgelijk nadeel geldt voor verzekerden met chronische hemodialyse in een instelling of verzekerden naar dagbehandeling. Ook al is de vervoersbehoefte in één jaar beperkt, dan nog kan tellen dat deze vervoersbehoefte jaarlijks terugkomt;
- vergoeding van vervoer naar de eerste lijn lijkt zich te beperken tot, met name, bezoek aan de fysiotherapeut;
- optie 1 en 2 gaan beide uit van een langdurige behandeling. In optie 1 is die medisch specialistisch van aard. In optie 2 is de aard van de behandeling niet van belang, maar de frequentie en duur hiervan. Bij verlaging van de drempel benaderen optie 1 en 2 elkaar.

De uitgangspunten, analyses en reacties bevestigen onze conclusie uit begin 2018 dat een ideale regeling niet bestaat. Elke regeling zal zo toekomstbestendig én rechtvaardig én uitvoerbaar mogelijk zijn binnen de gegeven mogelijkheden of, liever gezegd, beperkingen. Een nieuwe regeling op basis van deze uitgangspunten

én met behoud van de aanspraak voor alle verzekerden binnen de huidige categorieën is onmogelijk. Dit betekent dat in een nieuwe regeling niet in gelijke mate recht gedaan kan worden aan toekomstbestendigheid, rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid. Een regeling zal daarnaast noodgedwongen altijd uitgaan van vooronderstellingen rond de medische noodzaak en financiële noodzaak van het vervoer omdat een individuele weging hiervan niet uitvoerbaar is (medische noodzaak) of niet past binnen een schadeverzekering zoals de basisverzekering (financiële noodzaak).

De specialisatie en daarmee samenhangende centralisatie van zorg brengt met zich mee dat sommige patiënten gedurende een aaneengesloten periode dagelijks lange afstanden moeten reizen naar het ziekenhuis waar zij worden behandeld. Omdat dit voor de zieke patiënt erg belastend kan zijn, zou 'logeren' in plaats van 'vervoer' binnen de Zvw mogelijk moeten zijn. Het Zorginstituut meent dat een verblijffaciliteit verbonden aan het ziekenhuis waar de behandeling wordt verleend de beste optie vormt. Dit zal niet op korte termijn gerealiseerd kunnen zijn. Welke vorm ook gekozen wordt, het zal altijd nodig zijn om hiervoor een formele basis in de Zvw op te nemen via een regeling in het Bzv.

1 Inleiding

1.1 Een nieuwe formulering van de prestatie ziekenvervoer

Op verzoek van de Minister naar een rechtvaardige, toekomstbestendige en uitvoerbare regeling voor de prestatie ziekenvervoer heeft het Zorginstituut in april 2018 een advies uitgebracht¹. In dat advies zijn twee mogelijke opties als alternatief voor de huidige prestatie ziekenvervoer uitgewerkt.

- Optie 1 omvat een formulering die aansluit bij de aandoening en de aard van de behandeling:
Het te verzekeren vervoer omvat vervoer naar een langdurige of intermitterende behandeling (medisch specialistisch, GGZ, revalidatie waaronder dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is.
- Optie 2 omvat de hardheidsclausule die tot 'regel' wordt verheven:
Onder het te verzekeren vervoer valt het vervoer waarvan de frequentie, duur en afstand in *onderlinge samenhang* gezien de drempel van 250 overschrijdt.

Binnen optie 1 vallen de huidige grootste groepen gebruikers van ziekenvervoer (oncologiepatiënten en patiënten die nierdialyse moeten ondergaan) en de belangrijkste categorieën voor wie vervoer nu via de huidige hardheidsclausule verzekerd is (GGZ- en revalidatiepatiënten). Ook andere groepen met een chronisch, langdurige of blijvende aandoening die een langdurige behandeling moeten ondergaan, vallen hierbinnen.

Het vervoer naar de verpleegkundige dagopvang voor kinderen met intensieve kindzorg valt hier niet onder omdat hier geen sprake is van behandeling. Ook het incidenteel vervoer door rolstoelgebruikers en visueel beperkten valt hier niet onder.

Wanneer de hardheidsclausule als regel wordt toegepast (optie 2) krijgen alle groepen uit optie 1, ook de jeugdigen met intensieve kindzorg het vervoer vergoed, mits de drempel wordt gehaald. Incidenteel vervoer door rolstoelgebruikers en zintuiglijk beperkten komt in deze optie echter niet voor vergoeding in aanmerking. Alleen voor de patiënten die in de huidige regeling gebruik maken van de hardheidsclausule levert toepassing van optie 2 geen verschil op, omdat zij ook in de huidige situatie met een drempel te maken hebben.

Met optie 2 kunnen meer groepen aanspraak maken op vervoer dan in de huidige situatie en dan in optie 1, maar het levert voor alle groepen een drempel op, ook voor groepen patiënten, die in de huidige situatie geen drempel hebben. De bepaling is wel rechtvaardiger, maar niet voor iedereen 'voordeliger'. Deze optie 2 vraagt per verzekerde een individuele berekening, hetgeen een groter beslag op de uitvoerbaarheid legt dan een regeling die alleen optie 1 omvat.

Het Zorginstituut concludeerde dat er geen regeling te formuleren is, waarin aan de kwalificaties toekomstbestendig, rechtvaardig en uitvoerbaar in gelijke mate recht wordt gedaan én waarbij bestaande rechten blijven bestaan. Het Zorginstituut meende dat optie 2 het meest aan de uitgangspunten beantwoordt, ook al is dit niet geheel in lijn met de reacties uit de consultatie. Ook aan deze optie 2 kleven

¹ Zorginstituut Nederland, Ziekenvervoer, Op weg naar een nieuwe formulering van de prestatie ziekenvervoer, 3 april 2018

tekortkomingen, omdat onder deze formulering er mogelijk gebruikers zullen zijn die geen vergoeding voor het vervoer meer zullen krijgen door de drempel die dit in het verleden wel kregen.

1.2 Aanvullend advies

Met de brief van 10 juli 2018 heeft de minister aanvullend advies over het ziekenvervoer gevraagd waarin de consequenties voor de groepen patiënten die aanspraak maken op de prestatie ziekenvervoer gedetailleerder in kaart worden gebracht dan in het eerdere rapport mogelijk was. De minister stelt in deze brief zes vragen voor beide opties, die we in dit rapport successievelijk beantwoorden.

In dit advies gaan we ook in op een aanvullende vraag van de minister, namelijk over de vergoeding van niet medisch noodzakelijk verblijf in de buurt van het ziekenhuis, kortweg 'logeren', in plaats van de vergoeding van het vervoer. Deze aanvullende vraag legde de minister in september 2018 aan het Zorginstituut voor.

In het rapport van april 2018 hebben we de uitgangspunten en overwegingen weergegeven die hebben geleid tot de voorgestelde opties. In dit rapport geven wij een kwantitatieve analyse en de consequenties van de twee opties die we in het advies van april 2018 hebben voorgesteld.

We merken hierbij op dat in dit rapport de principiële keuze over het wel of niet vergoeden van het zittend ziekenvervoer niet aan de orde is. Deze vraag hebben we in ons advies van begin 2018 immers al bevestigend beantwoord. Het Zorginstituut gaat in dit rapport uit van het gegeven dat ziekenvervoer voor vergoeding in aanmerking kan komen. Wij doen derhalve geen uitspraak over de wenselijkheid van de vergoeding van het ziekenvervoer noch over de mogelijke vorm.

In dit rapport geven we aan de hand van data antwoord op de aanvullende vragen die de Minister in juli 2018 heeft gesteld. Op basis van deze antwoorden formuleren wij overwegingen die de Minister kan gebruiken bij het maken van zijn keuze ten aanzien van de formulering van de aanspraak van het ziekenvervoer.

1.3 Werkwijze

Het Zorginstituut heeft twee consultatiebijeenkomsten georganiseerd. De eerste vond plaats op 14 november 2018 en hierbij waren Zorgverzekeraars Nederland en de zorgverzekeraars Menzis, VGZ, Zilveren Kruis en CZ aanwezig.

De tweede consultatiebijeenkomst vond plaats op 21 november en hiervoor waren de volgende organisaties uitgenodigd: GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Actiz, Oogvereniging, Ieder(in), Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN), Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK), en de Patiëntenfederatie. GGZ Nederland en de NVZ waren verhinderd deze bijeenkomst bij te wonen.

Later is het concept van dit advies ter consultatie aan deze organisaties toegestuurd (zie hoofdstuk 10).

1.4 Verantwoording

Voor de beantwoording van de vragen van de minister hebben wij gegevens verzameld over gebruik, frequentie, kosten en aantallen van het zittend ziekenvervoer door de huidige groepen gebruikers, voor zover mogelijk. Voor het aantal gebruikers per categorie hebben wij ons gebaseerd op de cijfers van zorgverzekeraar Zilveren Kruis en van Menzis, die samen 33% van de totale kosten van het zittend ziekenvervoer declareren. Deze aantallen zijn geëxtrapoleerd naar 100%. De kosten van 2016 en 2017 zijn opgehoogd met de respectievelijke

balanspost (ten tijde van mei 2018). Voor frequentie van behandelingen en de afstand tussen geregistreerd verblijfsadres en de instelling zijn de declaratiegegevens van Vektis het uitgangspunt geweest. Er zijn echter geen declaraties ziekenvervoer beschikbaar via Vektis. Er is daarom gekeken naar diagnoses. Dat betekent dat we bij sommige categorieën niet alleen kijken naar de verzekerden die daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van het ziekenvervoer onder de Zvw, maar naar alle verzekerden met de relevante diagnose binnen de declaratiegegevens (bijvoorbeeld oncologische behandeling met chemo-/radiotherapie; nierdialyse), dus alle *potentiële* gebruikers. Dit was de enige bron die we hadden om te kijken naar frequentie van de behandeling en de afgelegde afstand naar de behandeling. Voor een volledige beschrijving van de kwantitatieve methoden zie bijlage 1.

1.5

Leeswijzer

In de hoofdstukken 2 tot en met 8 beantwoorden we successievelijk de vragen van de minister. Hoofdstuk 2 tot en met 4 vatten de cijfermatige analyses samen en beschrijven, in kwantitatieve zin, de consequenties voor de huidige categorieën binnen een nieuwe regeling. In hoofdstuk 5 geven we aan welke nieuwe categorieën onder een nieuwe regeling kunnen vallen. In hoofdstuk 6 beschrijven we de effecten op de administratieve lasten van een nieuwe opzet. Hoofdstuk 7 geeft aan welke effecten voortvloeien uit een verlaging van de drempel binnen optie 2, vervolgens gaan we in hoofdstuk 8 in op alternatieve mogelijkheden voor regeling van ziekenvervoer voor categorieën die buiten de Zvw zouden vallen. Hoofdstuk 9 omvat de beantwoording van de additionele vraag die de minister bij het Zorginstituut heeft neergelegd: is het mogelijk om 'verblijf' te vergoeden als substituuut voor (vergoeding van) vervoer. Hoofdstuk 10 vat de reacties uit de consultatie samen en tenslotte geven we in hoofdstuk 11 overwegingen mee voor een nieuwe regelingen op basis van de bevindingen uit de cijfermatige analyses, de reacties uit de consultatie en de uitgangspunten voor een nieuwe regeling.

2 Grootte van de groepen; frequenties en afstanden

Vraag 1 van de minister luidde:

Hoe groot zijn de huidige groepen gebruikers; hoe vaak maken ze gebruik van het vervoer en over welke afstand?

Hierna geven we antwoord op deze vraag. De cijfers vatten we samen in een tabel en visualiseren we in een grafiek.² In sommige paragrafen geven we kort commentaar op aspecten van de cijfers die van belang kunnen zijn voor het uiteindelijke doel van deze kwantitatieve analyse: een rechtvaardige, toekomstbestendige, uitvoerbare regeling van de prestatie ziekenvervoer onder de Zorgverzekeringswet.

2.1 Grootte huidige groepen gebruikers

Hierna volgen het totaal aantal gebruikers van het ziekenvervoer en de aantallen gebruikers per categorie over de jaren 2015, 2016, 2017. Deze cijfers zijn gebaseerd op gerapporteerde aantallen van de zorgverzekeraars Zilveren Kruis en Menzis (samen 33% marktaandeel). Deze cijfers zijn vervolgens geëxtrapoleerd naar een volledig beeld.³ De aantallen zijn de gebruikers die hun jaarlijkse wettelijke eigen bijdrage hebben volgemaakt en dus voor vergoeding in aanmerking kwamen.

AANTAL GEBRUIKERS ⁴	2015	2016 ³	2017 ⁵
chemo-/radiotherapie	38.580	40.070	39.132
nierdialyse	8.396	8.631	9.230
visueel gehandicapten	4.435	4.358	3.951
rolstoelgebruikers	47.765	47.496	43.617
intensieve kindzorg	-	91	92
hardheidsclausule	18.340	19.641	19.826

Tabel 1: Totalen van gebruikers per indicatie

Weergegeven zijn de totalen per indicatie, dit zorgt voor een lichte overschatting, omdat er gerapporteerd wordt op unieke gebruikers per vervoerscategorie per indicatie. Voor 2016 en 2017 geldt dat er gecorrigeerd is voor de nog openstaande balansposten (respectievelijk 0,9% en 15,4%). Cijfers zijn op basis van een extra

² Basis voor de tabel en de grafiek zijn steeds de Vektis declaratiegegevens over 2015.

³ Zilveren Kruis en Menzis registreren per vervoerscategorie (OV; eigen auto; taxi) een verzekerde als unieke gebruiker. Dat betekent dat een verzekerde die zowel van de ene als de andere categorie gebruik maakt in een kalenderjaar meerdere keren in de telling voorkomt. Het aantal unieke gebruikers per vervoerscategorie stemt dus overeen met de werkelijkheid, maar het totaal is meer dan het aantal unieke verzekerden dat gebruik maakt van het vervoer als geheel

⁴ In de totalen zijn de aantallen OV, taxi en eigen auto bij elkaar opgeteld.

⁵ In 2016 en 2017 zijn de aantallen verhoogd met de balanspost, omdat er nog niet volledig uitgedeclareerd was voor die jaren (peilmoment mei 2018).

aanlevering van Zilveren Kruis en Menzis en geëxtrapoleerd naar landelijk beeld op basis van omzetcijfers.

Hierna volgen de totalen per vervoerscategorie.

CATEGORIE	OV	TAXI	EIGEN AUTO
chemo-/radiotherapie			
2015	315	19.646	18.619
2016	500	21.347	18.223
2017	330	22.793	16.010
nierdialyse			
2015	39	7.589	768
2016	58	7.760	813
2017	39	8.451	740
visueel gehandicapten			
2015	133	2.926	1.376
2016	197	2.976	1.184
2017	55	3.052	845
rolstoelgebruikers			
2015	98	39.012	8.656
2016	117	38.892	8.486
2017	102	37.965	5.549
intensieve kindzorg			
2015	-	-	-
2016	-	62	29
2017	-	70	22
hardheidsclausule			
2015	2.126	7.126	9.088
2016	2.219	7.760	9.662
2017	2.137	9.070	8.619

Tabel 2: Totalen van gebruikers per categorie in de jaren 2015-2016-2017
(dezelfde gebruiker kan in meerdere categorieën voorkomen)

2.2 Frequentie van de behandeling

Voor de frequentie waarmee verzekerden naar hun behandeling reizen, hebben we als uitgangspunt genomen de unieke patiënten met een specifieke diagnose, bijvoorbeeld nierdialyse. Vervolgens hebben we gekeken op hoeveel unieke dagen deze patiënten binnen één jaar een instelling bezochten binnen deze diagnose. Dat betekent dat we niet de frequentie hebben geteld van de verzekerden die daadwerkelijk gebruik hebben gemaakt van vervoer (zie: vraag ministerie VWS). Deze informatie is namelijk niet beschikbaar. We hebben de frequentie van het bezoek aan de instelling geteld van alle verzekerden binnen de diagnose. Dit is dus

niet het daadwerkelijke vervoersgebruik maar het potentiële vervoersgebruik. Dit is een belangrijk onderscheid daar waar er een verschil is tussen het totale aantal verzekerden binnen de diagnose en het aantal verzekerden dat gebruik maakt van vervoer binnen de diagnose.

2.2.1

Nierdialyse - frequentie

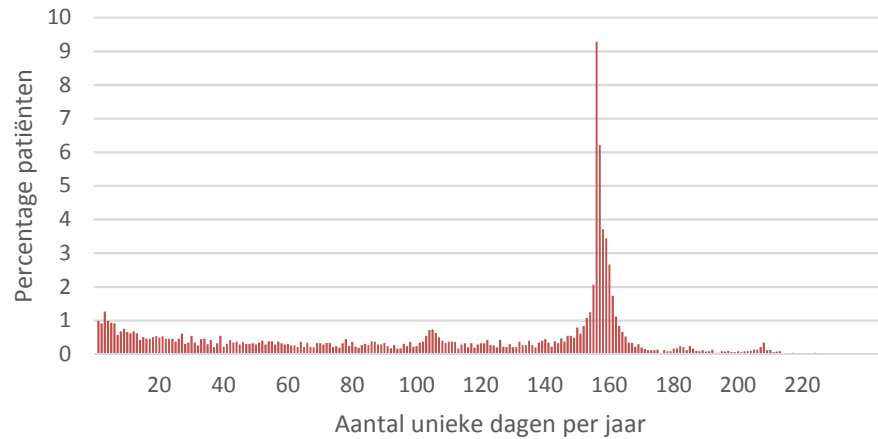
In de volgende tabel is het aantal unieke dagen te vinden waarop unieke patiënten met de diagnose chronische hemodialyse in één jaar een instelling bezochten binnen deze diagnose (in totaal, gemiddeld enz.).

chronische hemodialyse in een instelling - frequentie	
unieke patiënten⁶	7.566
totaal aantal dagen	813.104
aantal dagen: gemiddeld	109
aantal dagen: mediaan	131
aantal dagen: modus	156
spreiding	1 - 312
<= 1x per week	25,89%
1 – 2x per week	15,41%
2 – 3x per week	16,74%
= 3x per week	9,28%
> 3x per week	32,68%

Tabel 3: Frequentie bezoek aan een instelling binnen de diagnose chronische hemodialyse in een instelling

⁶ De aantallen hier gepresenteerd zijn verzekerden die minstens eenmaal in het desbetreffende jaar een DBC met de diagnose "Chronische hemodialyse in een instelling" hadden gedeclareerd. Het betreft dus zowel de nieuwe instroom, de uitstroom (overleden, transplantatie of over op thuisdialyse), en de groep chronische gebruikers. De aantallen zijn daarom iets hoger dan de aantallen zoals Nefrovisie rapporteert.

Verdeling aantal bezoeken per patiënt - 2015



Grafiek 1: Frequentie bezoek aan een instelling binnen de diagnose chronische hemodialyse in een instelling

Opmerkingen

Als we deze gegevens vergelijken met het aantal gebruikers van de prestatie vervoer, dan valt het op dat het aantal vervoersgebruikers en het aantal dialysepatiënten in een instelling min of meer overeenstemt. Kennelijk maken de meeste patiënten die voor hun dialyse naar een instelling reizen, gebruik van vervoer binnen de Zvw. Er is ook een substantiële groep met een frequentie tot 1x keer per week (25,89%). Dit kunnen verzekerden zijn die overgaan op thuisdialyse, een transplantatie krijgen of verzekerden die overlijden.

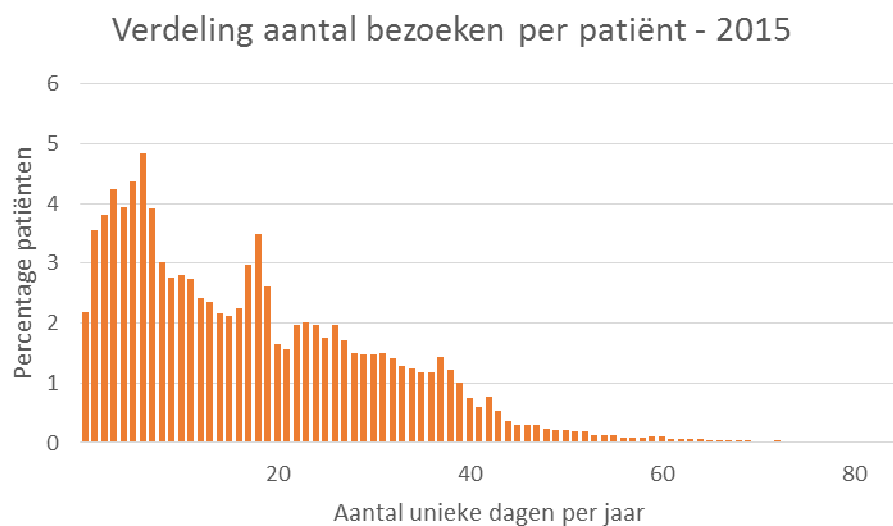
2.2.2

Chemotherapie en radiotherapie en immuuntherapie -frequentie

In de volgende tabel is het aantal unieke dagen te vinden in één jaar waarop unieke patiënten met de diagnose maligniteit en activiteiten chemotherapie of bestraling of immuuntherapie een instelling bezochten binnen het product waaronder ook de therapie gedeclareerd werd. Dat betekent dat niet alleen de bezoeken in verband met de 'chemotherapie' of 'bestraling' zijn meegeteld, maar ook consultbezoeken en bezoek in verband met diagnostiek (overeenkomstig de huidige regelgeving).

chemotherapie - bestraling - frequentie	
unieke patiënten	90.453
totaal aantal dagen	1.663.557
aantal dagen: gemiddeld	19
aantal dagen: mediaan	15
aantal dagen: modus	7
spreiding	1 - 222
1 – 7 dagen	26,96%
8 – 15 dagen	22,18%
16 – 35 dagen	37,97%
36 – 222	12,83%

Tabel 4: Frequentie bezoek instelling bij de diagnose maligniteit en activiteiten chemotherapie/bestraling/immunotherapie binnen het product waaronder ook de therapie gedeclareerd werd



Grafiek 2: Frequentie bezoek instelling bij de diagnose maligniteit en activiteiten chemotherapie/bestraling/immunotherapie binnen het product waaronder ook de therapie gedeclareerd werd

Opmerkingen

Bij deze categorie valt op dat er een groot verschil is tussen het aantal unieke patiënten (2015: 82.343) en het aantal gebruikers van vervoer (2015: 36.828). Kennelijk zijn er veel patiënten binnen deze categorie die het vervoer zelf regelen en geen beroep doen op het vervoer onder de basisverzekering. Volgens de patiëntenvereniging zou dit door onbekendheid met de regeling kunnen komen.

Opvallend is verder dat de lage frequenties (2 - 8 dagen) de grootste groepen gebruikers hebben (frequentie ligt tussen 3.306 en 4.537, dat is voor elke van deze frequenties tussen 4 en 5.5% van het totaal). Verklaring kan zijn dat radiotherapie eenmalig gegeven kan worden als het palliatief ter pijnbestrijding is en kan dan eenmalig herhaald worden als dit niet voldoende effectief is. Bij een bedreigende lokalisatie of bij een langere prognose met een solitaire metastase, is een schema mogelijk van 5 keer.

2.2.3

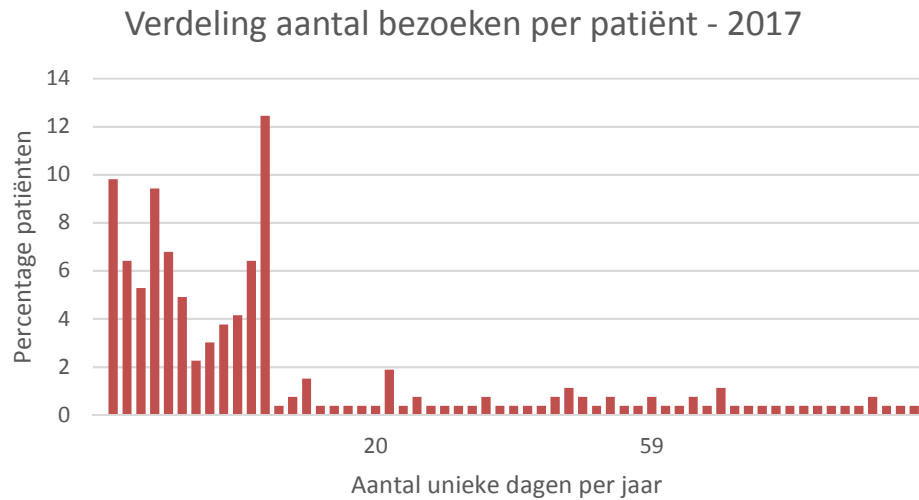
Intensieve kindzorg - frequentie

In de volgende tabel is het aantal unieke dagen te vinden waarop in één jaar unieke patiënten een instelling bezochten binnen de prestatie dagverpleging intensieve kindzorg.

dagverpleging intensieve kindzorg	
-	
frequentie	
unieke patiënten	265
totaal aantal dagen	3.483
aantal dagen: gemiddeld	13
aantal dagen: mediaan	9
aantal dagen: modus	12
spreiding	1 - 147
1 - 12 dagen	74,72%
13 - 27 dagen	7,92%
30 - 60 dagen	9,06%
62 - 147 dagen	8,3%

Tabel 5: Frequentie bezoek instelling binnen de prestatie dagverpleging intensieve kindzorg ⁷

⁷ Basis voor deze tabel zijn de Vektis gegevens over de Verpleging & Verzorging uit 2017.



Grafiek 3: Frequentie bezoek instelling binnen de prestatie dagverpleging intensieve kindzorg

Opmerking

Opvallend is dat volgens deze gegevens bijna driekwart van de betrokken kinderen op jaarbasis sporadisch deze dagverpleging krijgt (maximaal 1 keer per maand). Zorgverzekeraars geven aan dat de declaraties een ander beeld scheppen dan de werkelijkheid en dat het gebruik van vervoer bij deze groep niet eenduidig wordt gedeclareerd. Verpleegkundige dagopvang gaat vaak mee in de algemene prestatie wijkverpleging. Het gebruik van verpleegkundige dagopvang is dan niet meer te identificeren voor een verzekerde. Hierdoor ontbreken exacte gegevens over de frequentie van het vervoer tussen thuis en verpleegkundige dagopvang.

2.2.4

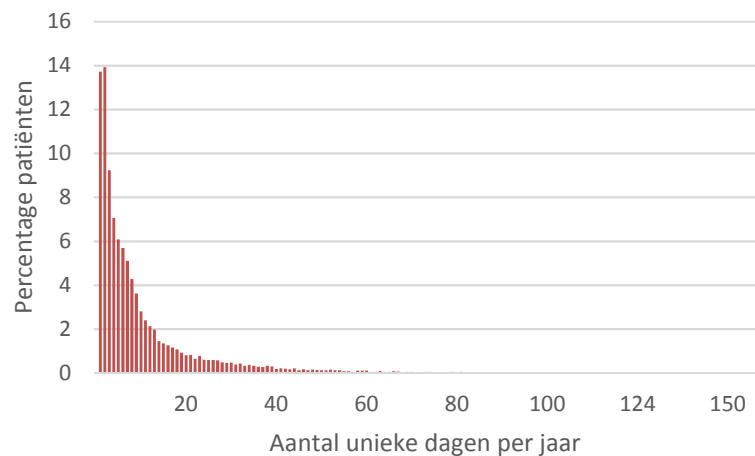
Visuele beperking - frequentie

De regelgeving (artikel 2.4 Bzv) geeft de categorie visueel beperkten aanspraak op ziekenvervoer, los van de aard van de zorg die bezocht wordt. Voor de aanspraak geldt alleen de voorwaarde dat de visuele beperking zo ernstig is dat de betrokkene niet zelfstandig kan reizen. In het gebruik van het vervoer zitten dus uiteenlopende bestemmingen, zowel in de eerste lijn als in de tweede lijn. Vanwege deze diversiteit is het niet mogelijk om precies een beeld te krijgen van de frequentie van het vervoer bij deze groep naar de uiteenlopende bestemmingen. Wél hebben we gegevens over de frequentie van vervoer naar een instelling in verband met een visuele beperking. Die gegevens vormen de basis voor de volgende tabel en grafiek.

visuele beperking - frequentie	
unieke patiënten	24.062
totaal aantal dagen	199.752
aantal dagen: gemiddeld	8
aantal dagen: mediaan	5
aantal dagen: modus	2
spreiding	1 - 329
1 - 10 dagen	71,52%
11 - 20 dagen	14,57%
20 - 100 dagen	13,36%
101 - 329 dagen	0,55%

Tabel 6: Frequentie van vervoer naar een instelling in verband met een visuele beperking

Verdeling aantal bezoeken per patiënt - 2016



Grafiek 4: Frequentie van vervoer naar een instelling in verband met een visuele beperking

Opmerking

Opvallend is dat het aantal unieke patiënten in één jaar aanzienlijk groter is dan het aantal gebruikers in één jaar. Bij het zorggebruik zijn alle patiënten meegeteld, los van de ernst van hun beperking. Voor het vervoer gelden echter indicatiecriteria: de

visuele beperking moet dermate ernstig zijn dat de betrokkene niet zelfstandig kan reizen. Dit kan één (van meerdere) verklaring(en) zijn voor het verschil.

2.2.5

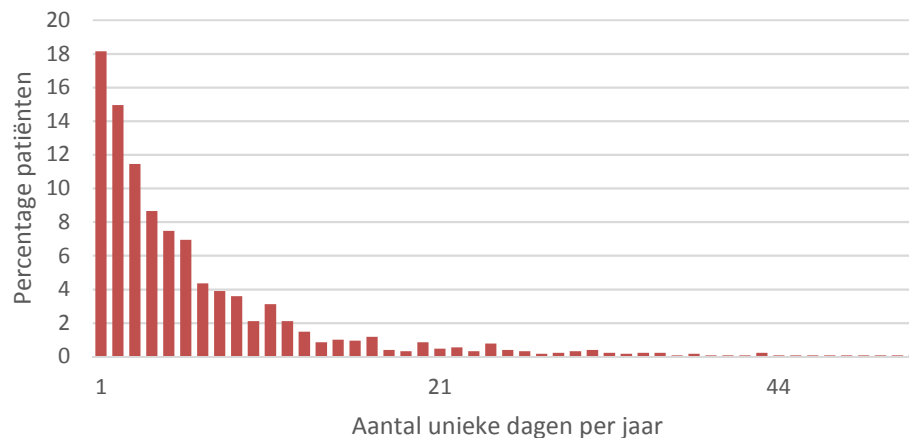
Geriatrische revalidatiezorg - frequentie

In de volgende tabel is het aantal unieke dagen te vinden waarop unieke patiënten met het product geriatrische revalidatiezorg in één jaar een instelling bezochten binnen deze diagnose.

ambulante geriatrische revalidatiezorg - frequentie	
unieke patiënten	1.283
totaal aantal dagen	8.603
aantal dagen: gemiddeld	7
aantal dagen: mediaan	4
aantal dagen: modus	1
spreiding	1 - 65
1 – 4 dagen	53,23%
5 - 10 dagen	28,38%
11 – 20 dagen	9,08%
21 – 65 dagen	6,16%

Tabel 7: Frequentie bezoek instelling binnen het product geriatrische revalidatiezorg

Verdeling aantal bezoeken per patiënt - 2015



Grafiek 5: Frequentie bezoek instelling binnen het product geriatrische revalidatiezorg

Opmerking

Opvallend is dat ruim de helft van de patiënten maar 1-4 keer een instelling bezocht in 2015. Meer dan 10 bezoeken aan een instelling geldt slechts voor 15,24% van het aantal unieke patiënten.

2.2.6 *Rolstoelgebruikers - frequentie*

Ook voor de rolstoelgebruikers geldt dat de aanspraak geldt los van de aard van de behandeling waarnaar vervoerd wordt. Net als bij de visueel beperkten kunnen het behandelingen in de eerste én in de tweede lijn zijn. Het is jammer dat we dit gebruik niet kunnen preciseren, ook omdat het aantal gebruikers binnen deze categorie hoog is: in 2015 en 2016 rond de 49.000. Van één zorgverzekeraar hebben we aanvullende informatie gekregen over de bestemmingen van deze groep vervoersgebruikers. Het gaat vooral om de volgende bestemmingen:

- ziekenhuizen, niet nader gespecificeerd: ca 80% van het aantal ritten;
- revalidatiecentra en revalidatiedagbehandeling: ca 6% van het aantal ritten;
- paramedische zorg, met name fysio-/oefentherapie en een heel klein deel logopedie: ca 6% van het aantal ritten.

2.2.7 *Hardheidsclausule*

In een prestatie waarin de formule van de hardheidsclausule tot regel wordt verheven, blijft de situatie voor degenen die onder de hardheidsclausule kunnen vallen, onveranderd. Voor de volledigheid is het goed om de meest voorkomende diagnoses te vermelden binnen de hardheidsclausule. Zorgverzekeraars zijn het erover eens dat dit zijn:

- ambulante GGZ-behandeling;
- chronische-pijnbehandeling;
- revalidatiedagbehandeling.

2.3 Afstanden tussen verblijfsadres en instelling

In de volgende tabellen hebben we de afstand tussen het geregistreerde verblijfsadres van de patiënt en de instelling berekend op basis van de postcode van de betrokken instelling en de postcodes van de unieke patiënten.⁸Vervolgens hebben we aangegeven hoe vaak een afstand in een bepaalde categorie valt. Bijvoorbeeld in de tabel hierna over chronische hemodialyse in een instelling bedraagt voor 22,94% van de unieke patiënten de afstand tussen hun verblijfsadres en de instelling 0 tot 5 kilometer.

We konden deze cijfers berekenen voor de volgende diagnoses:

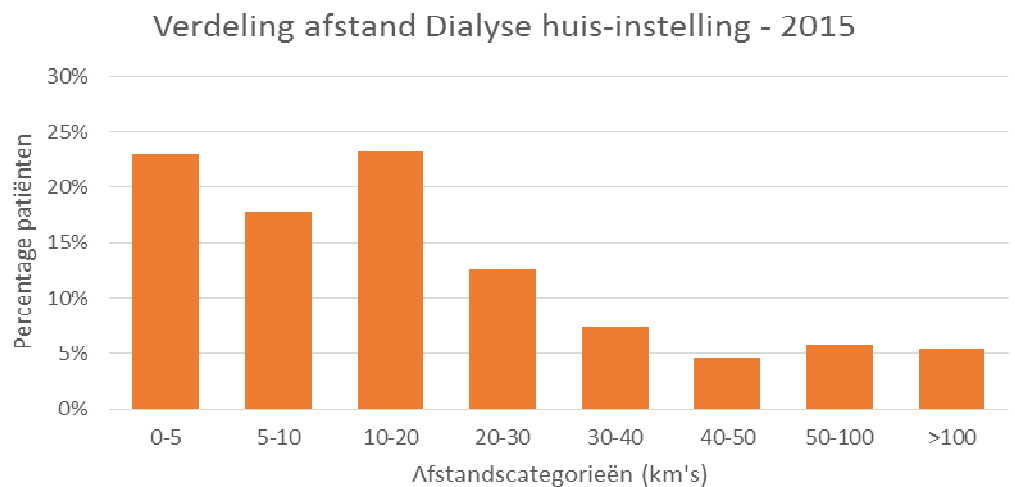
- chronische hemodialyse in een instelling;
- chemo-/radio-/immunotherapie in een instelling;
- geriatrische revalidatiezorg.

⁸ Hiervoor zijn alleen de vier getallen van de postcodes gebruikt.

2.3.1 Afstand tot chronische hemodialyse in een instelling

Afstand in km's - categorie	frequentie	percentage	frequentie cumulatief	percentage cumulatief
0-5	2.037	22,94	2.037	22,94
5-10	1.584	17,84	3.621	40,77
10-20	2.063	23,23	5.684	64
20-30	1.119	12,6	6.803	76,6
30-40	664	7,48	7.467	84,08
40-50	411	4,63	7.878	88,71
50-100	522	5,88	8.400	94,58
>100	481	5,42	8.881	100

Tabel 8: Afstand instelling en verblijfsadres binnen de diagnose chronische hemodialyse in een instelling verdeeld in categorieën en de frequentie per categorie



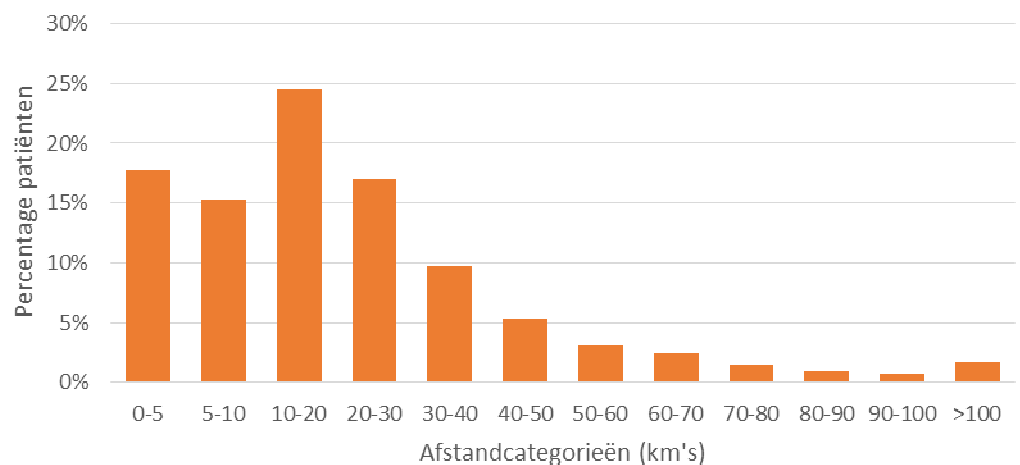
Grafiek 6: Afstand instelling en verblijfsadres binnen de diagnose chronische hemodialyse in een instelling verdeeld in categorieën en de frequentie per categorie

2.3.2 Afstand tot chemotherapie en radiotherapie en immunotherapie

Afstand in km's - categorie	frequentie	percentage	frequentie cumulatief ⁹	percentage cumulatief
0-5	18.190	17,77	18.190	17,77
5-10	15.632	15,27	33.822	33,05
10-20	25.106	24,53	58.928	57,58
20-30	17.393	17	76.321	74,58
30-40	9.934	9,71	86.255	84,28
40-50	5.401	5,28	91.656	89,56
50-60	3.206	3,13	94.862	92,69
60-70	2.492	2,44	97.354	95,13
70-80	1.535	1,5	98.889	96,63
80-90	975	0,95	99.864	97,58
90-100	692	0,68	100.556	98,26
>100	1.782	1,74	102.338	100

Tabel 9: Afstand instelling en verblijfsadres binnen de diagnose chemo-/radio-/immunotherapie in een instelling verdeeld in categorieën en de frequentie per categorie

Verdeling afstand Oncologie huis-instelling - 2015



⁹ Deze totale aantallen zijn iets hoger dan de unieke verzekerden, omdat het hier gaat om unieke combinaties postcode verzekerden en postcode instelling. Als een verzekerde meerdere instellingen bezoekt, tellen die beide mee.

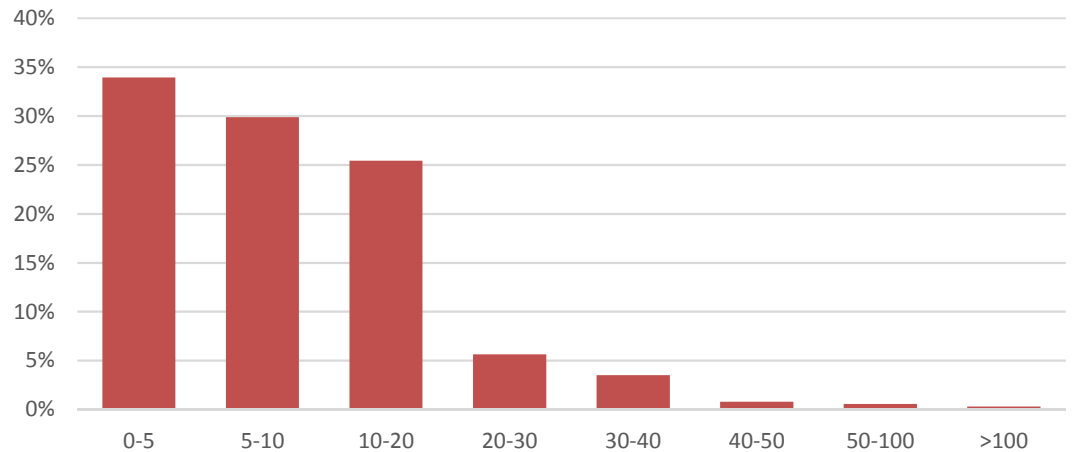
Grafiek 7: Afstand instelling en verblijfsadres binnen de diagnose chemo-/radio-/immunotherapie in een instelling verdeeld in categorieën en de frequentie per categorie

2.3.3 *Afstand tot geriatrische revalidatiezorg*

Afstand in km's - categorie	frequentie	percentage	frequentie cumulatief	percentage cumulatief
0-5	435	33,93	435	33,93
5-10	383	29,88	818	63,81
10-20	326	25,43	1.144	89,24
20-30	72	5,62	1.216	94,85
30-40	45	3,51	1.261	98,36
40-50	10	0,78	1.271	99,14
50-100	7	0,55	1.278	99,69
>100	4	0,31	1.282	100

Tabel 10: Afstand instelling en verblijfsadres binnen de diagnose geriatrische revalidatiezorg verdeeld in categorieën en de frequentie per categorie

Verdeling afstand GRZ huis-instelling - 2015



Grafiek 8: Afstand instelling en verblijfsadres binnen de diagnose geriatrische revalidatiezorg verdeeld in categorieën en de frequentie per categorie

Opmerking

Voor alle drie de diagnoses geldt dat meer dan de helft van de verzekerden binnen een afstand van 20 kilometer van de plek van behandeling, woont, namelijk respectievelijk 64% (dialyse), 58% (oncologie), 89% (geriatrische revalidatiezorg). Bij de geriatrische revalidatiezorg is de maximale afstand 10 km voor bijna 64% van de patiënten.

3 Vervoer naar dagbehandeling (voormalige extramurale behandeling)

In 2020 wordt de extramurale behandeling uit de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Nu de AWBZ niet meer bestaat is deze zorg tijdelijk ondergebracht in een subsidieregeling. De cliënten die zorg krijgen op basis van deze subsidieregeling hebben ook aanspraak op vervoer, voorzover zij dagbehandeling voor een dagdeel ontvangen. Dit is een groep die nu dus nog geen vervoer krijgt onder de Zvw, maar waarvan wel bekeken moet worden hoe dit geregeld zou kunnen worden binnen de Zvw.

extramurale behandeling - dagbehandeling	
- frequentie	
unieke patiënten onder de subsidieregeling	25.098
unieke verzekerden met dagbehandeling	4.530
unieke verzekerden met vervoer	3.633
aantal gedeclareerde prestaties vervoer	223.243
1-12 x/jaar	33,06%
13-26 dagen	14,5%
27-52 dagen	19,71%
53-104 dagen	27,86%
105 - 130 dagen	2,39%
130-170 dagen	2,48%

Tabel 11: Frequentie dagbehandeling onder de subsidieregeling extramurale behandeling ¹⁰

¹⁰ De aantallen zijn ontleend aan de gegevens onder de subsidieregeling over 2016.

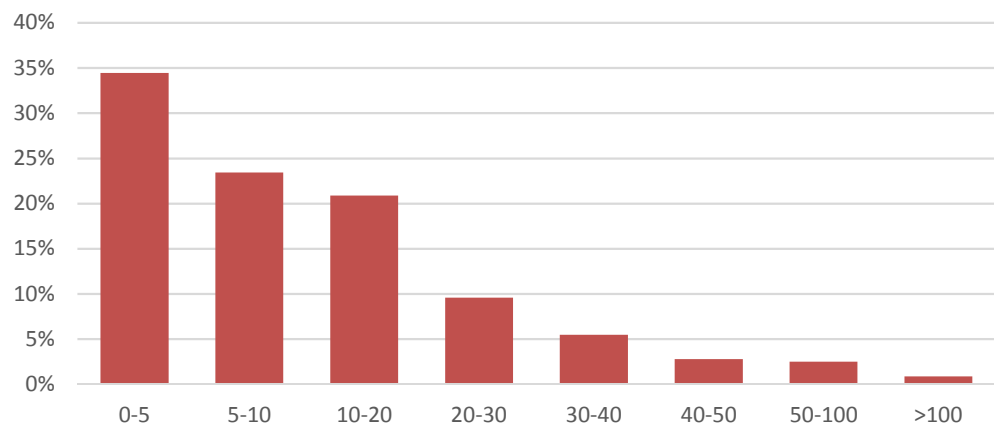
Opmerking

Het valt op dat binnen de extramurale behandeling er veel cliënten zijn die met een lage frequentie dagbehandeling hebben. Ca 35% van het totale aantal unieke cliënten gingen in 2016 1 tot 12 dagen naar de dagbehandeling. Dit percentage is iets hoger dan de frequentie van het vervoer omdat niet alle patiënten het vervoer naar de dagbehandeling declareren (ca 800 patiënten declareren het vervoer niet). Ca 47% van de unieke cliënten ging tussen de 52 en 104 dagen naar de dagbehandeling, je zou kunnen aannemen dat dit tussen de 1 en 2x per week is.

Afstand in km's - categorie	frequentie	percentage	frequentie cumulatief	percentage cumulatief
0-5	1589	34,45	1589	34,45
5-10	1081	23,44	2670	57,89
10-20	963	20,88	3633	78,77
20-30	442	9,58	4075	88,36
30-40	252	5,46	4327	93,82
40-50	129	2,8	4456	96,62
50-100	115	2,49	4571	99,11
>100	41	0,89	4612	100

Tabel 12: Afstand tussen het verblijfsadres en plek van de instelling waar de dagbehandeling wordt gegeven verdeeld in categorieën en de frequentie per categorie

Verdeling afstand AGZ huis-instelling - 2016



Grafiek 9: Afstand tussen het verblijfsadres en plek van de instelling waar de dagbehandeling wordt gegeven verdeeld in categorieën en de frequentie per categorie

Opmerking

Analyse van de 800 patiënten met dagbehandeling maar zonder vervoersdeclaratie laat zien dat de verdeling van de afstanden bijna precies gelijk is als voor patiënten met vervoer. Het is dus niet zo dat ze geen vervoer declareren, omdat ze allemaal dichtbij wonen.

Binnen deze diagnose woont meer dan de helft van de verzekerden op een afstand van maximaal 10 kilometer van de plaats van behandeling; voor 78% is dit een afstand van maximaal 10 tot 20 kilometer.

4 Huidige groepen gebruikers in de nieuwe regeling

Vraag 2 van de minister luidde als volgt:

Op welke wijze gaan de huidige groepen gebruikers erop achteruit in beide opties.

4.1 Consequenties optie 1

In ons vorige rapport hebben we de groepen benoemd die erop achteruit zouden gaan als voor deze optie gekozen zou worden:

- visueel beperkten en rolstoelgebruikers voorzover ze vervoerd worden naar de eerste lijn en incidenteel gebruik naar de tweede lijn. Hierboven gaven we aan dat het lastig is om gegevens te vinden om dit deel van hun vervoersgebruik te kwantificeren;
- intensieve kindzorg-kinderen die nu vervoerd worden naar de verpleegkundige dagopvang, zouden dit vervoer in optie 1 niet meer vergoed krijgen omdat verpleegkundige dagopvang geen behandeling omvat. Als de gegevens juist zijn, dan geldt voor het grootste deel van de groep, ca 220 kinderen, dat zij maximaal 2 keer per maand naar de verpleegkundige dagopvang reizen. Ca 45 kinderen gaan vaker. Hoe zwaar dit nadeel is, kunnen we lastig inschatten. Om dat we geen inzicht hebben in de afstand tussen verblijfsadres en instelling, kunnen we niet inschatten of deze kinderen onder optie 2 wel vervoer zouden krijgen. In de volgende paragraaf gaan we in op de consequenties van de formule in zijn huidige vorm.

4.2 Consequenties optie 2: een formule

In ons vorige rapport hebben we geopperd om voor alle verzekerden eenzelfde regiem in te voeren, om te bepalen of er een aanspraak bestaat op vervoer onder de Zvw. Dit regiem zou een formule à la de hardheidsclausule kunnen zijn. De hardheidsclausule is nu van toepassing als een drempel wordt gehaald binnen een bepaalde formule.

4.2.1 De formule binnen de hardheidsclausule

De formule luidt als volgt:

$$\text{frequentie} * \text{duur} * \text{afstand} * 0.25 > 250$$

In deze formule vertegenwoordigt 0.25 een wegingsfactor. De formule wordt toegepast op een enkele reis. De hoogte van de drempel is niet door de regelgeving opgelegd. De wegingsfactor is evenmin opgelegd door de regelgeving.¹¹

4.2.2 Categorieën tegenover formule

In het vorige hoofdstuk hebben we frequentie van de behandeling en de afstand tot de behandeling uitgewerkt bij verschillende diagnoses. In het algemeen zien we dat ca 50% van de patiënten (binnen de geanalyseerde diagnoses) binnen een afstand tot 20 km van de plaats van behandeling woont. Binnen de huidige formule betekent dit dat de frequentie van de behandeling minimaal 50 dagen moet zijn, wil de drempel gehaald worden. Binnen de oncologie en geriatrische revalidatiezorg geldt dit voor minder dan 10% van de patiënten. Voor nierdialyse geldt dit daarentegen voor ca 75% van de patiënten.

¹¹ De formule is ontleend aan een voorbeeld dat de Nota van Toelichting gaf bij de hardheidsclausule toen de nieuwe regeling werd ingevoerd. Het voorbeeld ging uit van een situatie waarin een verzekerde minimaal 5 maanden, 2x per week over een afstand van 25 km/1 uur reistijd (enkele reis) reisde. Aan dit voorbeeld ontleenden de zorgverzekeraars toentertijd expliciete ondergrenzen. Omdat dit algemeen als te onbillijk werd ervaren binnen een hardheidsclausule is de formule opgesteld om situaties met elkaar te vergelijken.

4.2.3 *Categorieën tegenover de formule: oncologie, nierdialyse, geriatrische revalidatiezorg*

Op de volgende pagina hebben we in een matrix aangegeven welk percentage van de patiënten met chemo- of radiotherapie respectievelijk chronische hemodialyse geen vergoeding voor vervoer meer zouden ontvangen bij de toepassing van een formule waarin een drempel van 250 is opgenomen, bij een gegeven frequentie (*horizontaal*) en een gegeven afstand (*verticaal*) en een wegingsfactor van 0,25.

De combinaties van frequentie en afstand waarbij geen aanspraak meer is op vervoer, gegeven de formule en gegeven de drempel, zijn rood gearceerd. Deze rode arcering geldt altijd bij de gegeven combinatie van frequentie en afstand, dus ook voor dialysepatiënten, visueel beperkten enz. Alleen het percentage van het totale aantal gebruikers dat geen aanspraak meer heeft op vervoer zal variëren, afhankelijk van de gegevens van de betrokken groep gebruikers.

Bij een vergelijking van de matrixen zien we dat een groter deel van de dialysepatiënten het recht op vervoer houdt binnen de huidige formule dan van de oncologiepatiënten, namelijk 65,6% wél en 34,4% niet, terwijl dit voor oncologiepatiënten respectievelijk 18,3% wél en 81,7% niet is. Dit komt omdat de frequentie van behandeling bij dialysepatiënten over het algemeen hoger ligt dan bij oncologiepatiënten (zie: hoofdstuk 2, tabel 2 en 3; grafiek 1 en 2).

Deze percentages gaan steeds over potentiële gebruikers en niet over daadwerkelijke gebruikers. Bij de potentiële gebruikers wordt geen rekening gehouden met de drempel van de eigen bijdrage per kalenderjaar. Deze potentiële afvallers zijn nog steeds verdisconteerd in het aantal, terwijl bij de daadwerkelijke gebruikers deze niet meetellen.

Bij de geriatrische revalidatiezorg wonen de meeste patiënten op een afstand van maximaal 20 km tot de plaats van behandeling, namelijk ca 90%; 63% woont zelfs op een afstand van maximaal 10 km. Aangezien 90% van de patiënten binnen deze groep met een frequentie van 1-20 keer behandeld wordt, zal een groot deel de drempel niet halen. Het is echter wel goed om op te merken dat ca 53% van de patiënten een frequentie kent van 1-4. Dit betekent dat het voor een groot deel van de patiënten ook nog maar de vraag is of zij wel de drempel van de eigen bijdrage halen.

4.2.4 *Verzekerden met dagbehandeling*

Hetzelfde beeld als voor de geriatrische revalidatiezorg geldt voor de patiënten met dagbehandeling onder de subsidieregeling. Deze verzekerden vormen nu geen categorie binnen de Zvw, maar krijgen het vervoer naar de dagbehandeling vergoed via de subsidieregeling. Voor ca 67% van deze verzekerden geldt dat hun frequentie lager ligt dan 50, dus lager dan 1x per week. De afstand tussen het verblijfsadres en de instelling ligt voor ca 78% van het totaal tussen 0 en 20 km voor ca 58% van het totaal zelfs tussen 0 en 10 km.

4.2.5 *De categorieën intensieve kindzorg, rolstoelgebruikers, visueel beperkten*

Hiervoor hebben we aangegeven dat we niets met zekerheid kunnen zeggen over de frequentie van de behandeling en de afstand tot de behandeling voor de categorieën intensieve kindzorg, rolstoelgebruikers, en visueel beperkten

Bij de intensieve kindzorg geldt dat de verpleegkundige dagopvang vaak niet identificeerbaar is, omdat deze dagopvang meegenomen is in de totale prestatie wijkverpleging.

Voor rolstoelgebruikers en visueel beperkten geldt dat het vervoer niet verbonden is aan een specifieke behandeling, maar samenhangt met de hoedanigheid van rolstoelgebruikers respectievelijk visueel beperkten. Om deze reden was het niet mogelijk om met enige zekerheid uitspraken te doen over hun vervoersgebruik en dus ook niet over de consequenties van de formule. In het algemeen geldt wel dat verzekerden voor een groot deel op een afstand van maximaal 30 km tot hun behandeling lijken te wonen. Dit geldt voor de groepen bij wie we de afstanden tot de behandeling wel konden achterhalen. Het lijkt ons aannemelijk dat deze verdeling voor de rolstoelgebruikers en visueel beperkten dan ook zal gelden. De andere parameter van de formule is frequentie van de behandeling. Het ligt niet voor de hand dat rolstoelgebruikers en visueel beperkten snel een hoge frequentie van behandeling halen juist omdat hun bestemmingen zo uiteen kunnen lopen. Een hoge frequentie halen zij dan alleen als zij een specifieke behandeling ondergaan met een hoge behandelingsfrequentie.

4.2.6

Gebruikers onder de hardheidsclausule tegenover een categorie

De matrix illustreert het verschil in benadering tussen categorieën binnen de prestatie ziekenvervoer en de groepen patiënten die via de hardheidsclausule aanspraak kunnen maken. Ca 25% van de categorie oncologiepatiënten gaat tussen 1-10 keer naar een behandeling en woont op een afstand van 1-10 kilometer. Als categorie wordt het vervoer bij deze frequentie en afstand vergoed, terwijl de drempel binnen de formule niet gehaald wordt. Aan de andere kant, ca 4% van het totaal aantal unieke patiënten binnen deze categorie woont op een afstand tot de instelling die groter is dan 40 km. Deze groep moet minimaal 25 keer behandeld worden, wil er sprake zijn van vergoeding binnen de formule. Dit lijkt een hoge drempel gegeven de frequentieverdeling in de vorige hoofdstukken. Voor de verzekerden die niet binnen een categorie vallen, geldt deze voorwaarde dus altijd.

Frequentietabel gebaseerd op getallen oncologie 2015

behandelingen

→
Afstand (km)
↓

	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
5	2,6%	4,0%	3,2%	2,5%	1,7%	1,2%	0,8%	0,7%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
10	2,1%	3,5%	2,6%	2,2%	1,6%	1,2%	0,8%	0,6%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20	3,8%	5,6%	4,0%	3,5%	2,5%	1,9%	1,2%	1,0%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
30	2,6%	3,8%	2,2%	2,5%	2,1%	1,6%	1,0%	0,8%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Delingsfactor:	40	1,6%	2,1%	1,1%	1,4%	1,2%	1,0%	0,6%	0,5%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
0,25	50	0,9%	1,1%	0,5%	0,8%	0,6%	0,5%	0,4%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	60	0,5%	0,7%	0,3%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Grenswaarde:	70	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
250	80	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	90	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	100	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	110	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	120	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	130	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	140	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	150	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	160	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	170	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	180	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

190	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
200	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

**Frequentietabel gebaseerd op
getallen dialyse 2015**

# behandelingen →		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	>100		
Afstand (km) ↓	5	1,3%	1,1%	0,7%	0,4%	0,6%	0,6%	0,8%	0,4%	0,3%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,4%	12,9%
	10	1,1%	1,0%	0,5%	0,5%	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	10,2%
	20	1,7%	1,2%	0,8%	0,7%	0,6%	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	13,2%
	30	1,1%	0,8%	0,6%	0,4%	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	6,5%
Delingsfactor:	40	0,9%	0,5%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	3,8%
0,25	50	0,5%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	2,4%
	60	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%
Grenswaarde:	70	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
250	80	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	90	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	100	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	110	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	120	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	130	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	140	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	150	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	160	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	170	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	180	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	190	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	200	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

5 Nieuwe groepen

Vraag 3 van de minister luidde als volgt:

Welke nieuwe groepen kunnen aanspraak maken op vervoer in beide opties.

In de huidige prestatie ziekenvervoer worden groepen patiënten genoemd die in aanmerking komen voor de vergoeding van zittend ziekenvervoer. Als de vermelding van bepaalde groepen patiënten wordt losgelaten, komen ook andere groepen patiënten in aanmerking voor vergoeding van het ziekenvervoer. Aan welke groepen patiënten of aan welke behandelingen bij aandoeningen moeten we denken die voor vergoeding van het ziekenvervoer in aanmerking kunnen komen? (De zorgvormen die we hiervoor behandelden laten we buiten beschouwing in dit overzicht).

Er zijn behandelingen aan te wijzen waarbij de langdurigheid en/of hoge frequentie inherent zijn aan de aard van de behandeling, bijvoorbeeld lichamelijke revalidatie na CVA. Er zijn ook behandelingen die in een individueel geval langdurig en/of frequent uitpakken. Dit kan zowel eerstelijnszorg (bijvoorbeeld ambulante fysiotherapie) als medisch specialistische zorg zijn (complexe wondzorg; chronische behandelingen bij de pijnpoli).

Voorbeelden van zorgvormen die altijd of mogelijk langdurig en/of frequent zijn, en waarvoor de patiënt derhalve (wellicht) frequent moet reizen naar de instelling waar de behandeling wordt verleend, zijn:

Langdurig/frequent: nierdialyses, revalidatie (lichamelijk en zintuiglijk), protonentherapie, dagbehandeling in verband met chronische degeneratieve aandoeningen (multiple sclerose, Parkinson, Huntington).

Individueel mogelijk langdurig en/of frequent: complexe wondzorg, lichttherapie bij ernstige psoriasis, chronische behandelingen bij de pijnpoli, gipspoli na fractuur, hoortraining na cochleaire implantatie, iv behandeling met DMARDs (bij reumatoïde artritis, colitis ulcerosa, de ziekte van Crohn, psoriasis), logopedie/gehoortraining, gedragstherapie, psychotherapie.

We merken hier bij op dat het expliciet **niet** de bedoeling is nieuwe categorieën te benoemen in de aanspraak ziekenvervoer. De genoemde zorgvormen dienen alleen als voorbeelden van mogelijk langdurige en/of frequente behandelingen waarbij de patiënt mogelijk aanspraak zou kunnen maken op vergoeding van het ziekenvervoer, als de aanspraak ziekenvervoer uitgaat van frequentie van en afstand tot de behandeling.

6 Het effect op de administratieve lasten

Vraag 4 van de minister luidde als volgt:

Wat is het effect op de administratieve lasten bij beide opties en hoe kunnen deze zoveel mogelijk worden beperkt?

De wijze van vergoeding van het ziekenvervoer heeft zijn weerslag op de administratieve lasten van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beoordeelt immers de aanvraag en berekent de vergoeding voor de individuele verzekerde.

De minister vraagt naar het effect op de administratieve lasten bij beide opties en hoe deze zoveel mogelijk kunnen worden beperkt.

Als niet meer alleen de huidige genoemde groepen patiënten aanspraak kunnen maken op vergoeding van ziekenvervoer, maar ook andere groepen die langdurig en/of frequent moeten reizen naar de plaats van behandeling, zal dit leiden tot hogere administratieve lasten. Er zijn immers meer potentiële aanvragen die individueel moeten worden beoordeeld en, bij toestemming, vergoed.

Ook bij kleine afstanden naar de plaats van behandeling is de berekening van de vergoeding arbeidsintensief terwijl de vergoeding voor de verzekerde uiteindelijk laag is of misschien zelfs afwezig.

Zorgverzekeraars hebben voorts aangegeven dat calculerend gedrag ook zijn weerslag kan hebben op de administratieve lasten. De verzekerde kan een zorgverlener zoeken die iets verder weg is, waardoor hij, bij toepassing van optie 2 (de hardheidsclausule als regel), wél aanspraak kan maken op vergoeding van het vervoer.

Zorgverzekeraars gaven ook aan dat achteraf vergoeden van het ziekenvervoer minder werk geeft en dus minder lasten dan vooraf vergoeden van het vervoer. Bovendien blijkt nu in de praktijk dat achteraf soms de drempel toch niet is gehaald, in tegenstelling tot wat vooraf werd gemeend.

Het Zorginstituut merkt hierbij op dat bij vergoeding achteraf, vergoeding van de kosten van de eigen auto tot de mogelijkheden lijkt te behoren. Bij taxivervoer door een gecontracteerde aanbieder is dit lastig. Bij een eventuele afwijzing achteraf, kan het problemen opwerpen de kosten hiervan alsnog bij de verzekerde in rekening te brengen.

7 De hoogte van een drempel

Vraag 5 van de minister luidde als volgt:

Bepalen van de hoogte van een drempel als de aanspraak van het vervoer wordt vastgesteld aan de hand van frequentie, duur en afstand van de behandeling.

7.1 De hoogte van de drempel ligt niet vast

In ons advies uit begin 2018 hebben we, op verzoek van de minister van VWS, geschetst hoe een rechtvaardige, toekomstbestendige, uitvoerbare regeling voor vergoeding van het ziekenvervoer onder de Zvw eruit zou kunnen zien. Eén van de twee opties die wij schetsten behelst het verheffen tot regel van de formule die gehanteerd wordt voor de toepassing van de hardheidsclausule. Daarbij hebben wij ook aangegeven dat in een nieuwe regeling de hoogte van de drempel gewijzigd zou kunnen worden. In de toekomst is er immers geen sprake meer van een hardheidsclausule, met andere woorden een beroep op een uitzondering op de bestaande regelgeving, gegeven de onredelijke, onbillijke uitkomsten hiervan.

7.2 Toetsing medische noodzaak en financiële noodzaak tegenover uitvoerbaarheid

Zoals we ook al in ons vorige rapport aangaven zou een individuele beoordeling van de medische noodzaak en financiële noodzaak van (vergoeding van) vervoer het meest rechtvaardig zijn. Dat is echter niet uitvoerbaar. De toetsing van de medische noodzaak van vervoer vond vóór 2004 plaats. Deze toetsing was verworpen tot een mechanisch afgegeven 'taxibriefje'. Dit was toentertijd de aanleiding om de regeling op andere leest te schoeien en wel de huidige opzet is hiervan het resultaat.

Toetsing van de individuele financiële situatie van een verzekerde is eveneens ondoenlijk en binnen een verzekeringssysteem overigens formeel niet eens mogelijk. Welke regeling we ook bedenken, deze zal uitgaan van een veronderstelde noodzaak van vervoer die moet blijken uit de gekozen criteria.

7.3 Consequenties van de huidige drempel

Uit de cijfers in de voorgaande hoofdstukken komt een divers beeld naar voren van de frequentie en afstand waarover het vervoer plaatsvindt bij de categorieën die genoemd zijn in de huidige regeling (voorzover te achterhalen). In het algemeen geldt dat zeker 50% van de patiënten binnen de huidige categorieën op een afstand van maximaal 20 km woont tot de plaats van behandeling. Dit betekent dat binnen de huidige formule de frequentie van behandeling minimaal 50 moet zijn, wil de drempel gehaald worden. Uit de frequentietabellen blijkt dat een groot deel van de patiënten deze frequentie niet haalt binnen een kalenderjaar.

In hoofdstuk 2 hebben we een matrix opgenomen waarin we berekend hebben welk percentage van de oncologie- en dialysepatiënten wél of geen vervoer zou krijgen als de formule van de hardheidsclausule gehanteerd zou worden om hun aanspraak op ziekenvervoer te berekenen. De uitkomst is dat 18,3% van de oncologiepatiënten nog steeds het vervoer vergoed zou kunnen krijgen en 81,7 % niet. Voor de dialysepatiënten zijn deze percentages 65,6% wel en 34,4% niet.

Wat ook uit deze matrix blijkt is dat voldoen aan de hardheidsclausule inderdaad een uitzondering is en dat de verschillen in benadering tussen de genoemde categorieën en de patiënten binnen de hardheidsclausule wel erg groot is, terwijl de onderbouwing hiervoor niet onmiddellijk duidelijk is. Op individueel niveau zal het misschien mogelijk zijn om een verschil aan te geven tussen, bijvoorbeeld, de

vervoersbehoefte van een CVA-patiënt naar een revalidatie-instelling en , bijvoorbeeld, een oncologiepatiënt naar zijn behandeling, gegeven hun fysieke en financiële situatie, in termen van een categorie patiënten kunnen wij dit verschil niet duidelijk maken.

Als de formule van de hardheidsclausule tot regel wordt verheven, dan wordt de vervoersbehoefte in termen van frequentie en afstand voor alle patiënten op dezelfde wijze benaderd. Uit oogpunt van rechtvaardigheid en solidariteit vinden wij dat winst. Bij de formule in zijn huidige vorm vervalt echter bij veel gebruikers de aanspraak.

Frequentie van en afstand tot de behandeling weerspiegelen uiteindelijk de kosten die het vervoer met zich meebrengt voor de verzekerde. Een drempel geeft aan vanaf welk bedrag we deze kosten gaan vergoeden onder de basisverzekering.

7.4

Variaties met drempel én wegingsfactor

Hierna hebben we in een tabel weergegeven hoe het percentage patiënten dat gebruik kan maken van ziekenvervoer varieert per wijziging van een parameter van de formule, respectievelijk wegingsfactor 0,25, 1 en een drempel van 250, 150 en 100 en de combinaties hiertussen. We hebben dit uitgewerkt voor de oncologische diagnoses bij maligniteit en met chemo-, radio- of immunotherapie en voor chronische hemodialyse in een instelling.

PATIËNTEN MET CHEMO-/RADIO-/IMMUNOTHERAPIE			
delingsfactor	drempel	% verzekerden mét vervoer	% verzekerden zonder vervoer
0,25	250	18,3	81,7
1	250	58,8	41,2
0,25	150	33,2	66,8
1	150	76,4	23,6
0,25	100	45,5	54,5
1	100	84	16

Tabel 13: percentage verzekerden dat wel of geen aanspraak kan maken op vervoer binnen de behandeling chemo-/radio-/immunotherapie bij een gegeven drempel en wegingsfactor en zonder rekening te houden met de drempel van de eigen bijdrage

PATIËNTEN MET CHRONISCHE HEMODIALYSE			
delingsfactor	drempel	% verzekerden mét vervoer	% verzekerden zonder vervoer
0,25	250	65,6	34,4
1	250	85,8	14,2
0,25	150	72,7	27,3
1	150	92,1	7,9
0,25	100	79,5	20,5
1	100	95,8	4,2

Tabel 14: percentage verzekerden dat wel of geen aanspraak kan maken op vervoer binnen de behandeling chronische hemodialyse bij een gegeven drempel en wegingsfactor en zonder rekening te houden met de drempel van de eigen bijdrage

7.5

Declaraties van de totale medisch specialistische zorg

Ten slotte hebben we ook nog gekeken naar de zorgdeclaraties van de totale medisch specialistische zorg (MSZ) in 2015 om zo meer inzichtelijk te maken voor welke diagnoses er veel contacten zijn op unieke dagen en met welke afstanden. Er waren in 2015 ongeveer 6,5 miljoen unieke verzekerden met 12,7 miljoen zorgtrajecten binnen de MSZ. Per traject is afstand en het aantal unieke dagen bepaald, gecorrigeerd voor verblijf in een instelling op basis van gedeclareerde ligdagen. Uit die analyse blijkt dat bij de formule in de huidige vorm circa 99% van de patiënten geen beroep zou kunnen doen op vergoeding van ziekenvervoer. Dit lijkt heel veel, maar de totale medisch specialistische zorg kent een aanmerkelijk deel van kortdurende trajecten. Bij circa 40% van de 12,7 miljoen zorgtrajecten is er bijvoorbeeld sprake van een frequentie van minder dan 10 unieke dagen met een afstand van minder dan 10 km. Wordt de wegingsfactor op 1 gezet dan kan ca 87% geen gebruik maken van vergoeding van vervoer. Het aandeel van geringe afstand en frequentie is ook hierin natuurlijk 40%. Het is goed om nog op te merken binnen welke 10 diagnoses in de MSZ de meeste patiënten voorkomen die wél zullen voldoen aan de formule in de huidige vorm. Dit zijn:

- Chronische hemodialyse in instelling
- CVA bij Revalidatiegeneeskunde
- Chronische Pijnsyndroom WPN 3 bij Revalidatiegeneeskunde
- Overige aandoeningen bewegingsapparaat bij Revalidatiegeneeskunde
- Cerebrale functiestoornissen, inclusief congenitaal bij Revalidatiegeneeskunde
- Neuromusculaire aandoeningen bij Longgeneeskunde
- Urologische tumoren bij Radiotherapie
- Mamma tumoren bij Radiotherapie
- Overige pijn bij Revalidatiegeneeskunde
- Automatische peritoneale dialyse (APD)

7.6

Duur van de behandeling

In onze berekeningen zijn wij telkens uitgegaan van één kalenderjaar en hebben we binnen dat kalenderjaar de frequentie van de behandeling gezien. Op deze wijze hoefden we de duur van de behandeling niet mee te nemen. In deze benadering gaat het steeds om een behandeling met een beginpunt en een eindpunt. Er zijn echter groepen bij wie de behandeling chronisch is en daarmee geen eindpunt heeft. Als de chroniciteit niet meegenomen wordt in een formule dan volgt hieruit mogelijk een onrechtvaardigheid. Immers, een verzekerde kan per jaar misschien niet voldoen aan de drempel, maar door de chroniciteit van de behandeling komt deze kosten wel ieder jaar weer terug. Het lijkt ons goed om het element van de chroniciteit mee te nemen in een nieuwe regeling.

8 Alternatieve mogelijkheden

Vraag 6 van de minister luidde als volgt:

Welke alternatieve mogelijkheden zijn er voor de huidige groepen gebruikers als zij (deels) geen aanspraak meer kunnen maken op ziekenvervoer.

Een nieuwe regeling zittend ziekenvervoer kan voor rolstoelgebruikers, visueel beperkten en alle patiënten die de drempel niet halen, betekenen dat zij in de nieuwe situatie geen aanspraak meer kunnen maken op vergoeding van ziekenvervoer.

De minister vraagt naar alternatieve mogelijkheden voor deze groepen gebruikers indien zij (deels) geen aanspraak meer kunnen maken op vergoeding van vervoer. Wij beschrijven hier geen nieuwe (derde) optie als alternatief, maar refereren aan het advies Zittend Ziekenvervoer van 4 april 2014 van het Zorginstituut.

8.1.1 *Alternatieven: Wmo, fiscale tegemoetkoming*

In het rapport over het ziekenvervoer uit 2014 werd de vraag beantwoord of ziekenvervoer geheel of gedeeltelijk verzekerd moest blijven onder de Zorgverzekeringswet of dat ook andere voorzieningen hiertoe zouden kunnen dienen.

In dit advies werden vier scenario's bekeken die regelingen weergeven die vervoer op enige wijze collectief kunnen regelen. Twee scenario's beschreven een regeling vanuit de Zvw, één scenario beschreef een fiscale regeling en het vierde scenario gaat uit van de Wmo. Bij de beoordeling van de scenario's is vooral gekeken naar de criteria tijdigheid, maatwerk, keuzevrijheid; kostenbeheersing; samenhangend beleid en uitvoerbaarheid.

De regelingen vanuit de Zvw zijn niet relevant voor de vraag van de minister en daarom refereren we daar verder niet aan. Het scenario met een fiscale regeling kan maatwerk leveren, maar doelmatige uitvoering voor wat betreft inkoopvoordelen en samenhang in de uitvoering zijn niet aan de orde en uitvoeringstechnisch kan deze regeling veel problemen geven.

Met inachtneming van de criteria werd ten aanzien van het scenario dat uitgaat van de Wmo, in het advies geconstateerd dat de gemeente maatwerk kan bieden. Daarnaast kan de gemeente een samenhangend beleid voeren op het gebied van vervoer, begeleiding, participatie en overige ondersteuning. De Wmo biedt namelijk ook andere maatschappelijke ondersteuning aan mensen met een beperking. Blinden en zeer slechtzienden en mensen die zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen zouden dan voor zowel vervoer naar participatie- als naar zorgdoeleinden terecht kunnen bij één loket.

Het advies stelt dat het ook voor andere kwetsbare mensen, zoals ouderen, psychiatrische patiënten, chronisch zieken, jeugdigen, voor de hand ligt om al het vervoer voor deze doelgroepen binnen één regime onder te brengen, temeer omdat de gemeente al veel vervoer naar zorginstellingen uitvoert.

Het advies geeft aan dat de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is bedoeld om burgers zo lang en zo zelfstandig mogelijk deel te laten nemen aan de samenleving. De Wmo kent geen specifieke bepaling voor vervoer maar reikt middelen aan om de problemen op te lossen die een burger heeft bij

zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, waaronder het zich verplaatsen per vervoermiddel. De gemeente kan rekening houden met de persoonlijke omstandigheden als financiële draagkracht en mantelzorg, en met de lokale en regionale situatie.

In het advies wordt geadviseerd noodzakelijk vervoer vanwege een beperking tot het werkgebied van de gemeente te rekenen.

Het Zorginstituut merkt hier op dat de middelen die binnen de Wmo worden aangereikt, weliswaar kunnen bijdragen aan het doel van de Wmo burgers zo lang en zo zelfstandig mogelijk deel te laten nemen aan de samenleving, maar dat dit een ander doel is dan de vergoeding van het zittend ziekenvervoer onder de Zvw beoogt, namelijk de toegankelijkheid van de voor de patiënt op dat moment noodzakelijke zorg. Het Wmo vervoer is gericht op het participeren van mensen met een langdurige beperking; de voorziening moet langdurig noodzakelijk zijn. Bij het collectief vervoerssysteem van gemeenten worden verschillende cliënten tegelijk vervoerd en dit kan resulteren in langere reistijden die mogelijk voor zieke mensen niet haalbaar zijn en waardoor er geen garantie kan worden geboden voor een tijdige aankomst op de plaats van bestemming, zoals nodig bij een behandelafpraak. Het reisgebied voor de Wmo is bovendien beperkt tot de gemeente en een beperkte afstand daarbuiten.

In de consultatie-overleggen in november 2018 met zorgverzekeraars en met patiënten- en brancheverenigingen is tevens de vraag naar alternatieve mogelijkheden voorgelegd. Er zijn geen alternatieven genoemd, anders dan in dit hoofdstuk beschreven.

Gezien de beperkte tijdspanne die beschikbaar was voor de totstandkoming van dit rapport hebben wij over de tekst in dit hoofdstuk geen overleg kunnen voeren met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

9 Verblijf in plaats van vervoer

Naast de vragen in de brief van 10 juli 2018, heeft de minister gevraagd ook in te gaan op de mogelijkheden van verblijf. Dit met het oog op het feit dat steeds meer specialistische zorg in Nederland wordt gecentreerd en verzekerden steeds vaker verder moeten reizen.

Steeds meer vindt specialisatie en daarmee centralisatie van zorg plaats; niet alle zorg is meer in een zekere mate verspreid over het land beschikbaar. Consequentie hiervan is dat een deel van de patiënten verder moeten reizen om bepaalde zorg te bereiken. Een voorbeeld hiervan is de protonentherapie die alleen in Groningen beschikbaar is. Deze behandeling duurt een aantal aaneengesloten weken achter elkaar en vijf dagen per week. Een deel van de patiënten moet voor het bereiken van deze zorg lange afstanden reizen. Er is geopperd of in deze situatie vergoeding van het verblijf tot de mogelijkheden kan behoren: patiënten hoeven dan niet een aantal aaneengesloten dagen lange afstanden af te leggen, maar overnachten in de buurt van het ziekenhuis.

Dit verblijf is niet medisch noodzakelijk. Medisch noodzakelijk wil zeggen dat de geneeskundige behandeling het verblijf noodzakelijk maakt en om die reden kan het verblijf voor vergoeding in aanmerking komen via de basisverzekering.¹² Bij een overnachting zoals hier bedoeld, is dat niet het geval. Wanneer we voor deze situaties een verblijfmogelijkheid willen creëren, gaat het kortweg om 'logeren', met andere woorden, we denken aan een hotel of vergelijkbare omgeving.

Aan de hand van het voorbeeld van de protonentherapie in Groningen, gaan we hieronder in op de verblijfmogelijkheid in plaats van een vergoeding van de reiskosten.

9.1 Protonentherapie in Groningen

De behandeling met protonen in Groningen duurt bij de meeste patiënten 5-7 weken, waarbij 5 dagen per week wordt bestraald. In de meeste gevallen verblijven patiënten dan in Groningen van maandag tot en met vrijdag, dus 4 nachten per week. Het gaat dus om 25 tot 35 overnachtingen gemiddeld per behandeling.

9.1.1 Reiskosten

Als de patiënt op een afstand van 150 km van Groningen woont en de behandeling in een serie van zes weken plaatsvindt, ziet de vergoeding van de reiskosten er als volgt uit:

$$150 \text{ km} \times 2 \text{ (heen- en terugreis)} \times 5 \text{ dagen} \times 6 \text{ weken} \times \text{€ } 0,30 \text{ per km} = \text{€ } 2.700,-.$$

De patiënt reist in deze situatie iedere werkdag gedurende zes weken 150 kilometer van zijn huis naar het behandelcentrum in Groningen en terug. In deze berekening gaan we dus uit van gebruik van de eigen auto. Het is ook mogelijk dat de verzekerde is aangewezen op taxivervoer. De vervoerskosten komen dan nog aanmerkelijk hoger uit.

Deze situatie betekent voor de patiënt, naast de fysieke en emotionele belasting die zijn ziekte en behandeling met zich meebrengen, ook intensief op en neer reizen. De patiënt kan geen aanspraak maken op verblijf in het ziekenhuis omdat de

¹² Artikel 2.12 Besluit zorgverzekering: Verblijf omvat verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg bedoeld in artikel 2.4 (...)

behandeling (protontherapie) dat verblijf niet medisch noodzakelijk maakt. Ofschoon de thuissituatie waarschijnlijk de prettigste situatie is voor de patiënt, geeft de patiënt wellicht de voorkeur aan logeren in de buurt van het ziekenhuis omdat daarmee het dagelijks op en neer reizen achterwege kan blijven.

9.1.2

Verblijfskosten

De verblijfskosten zouden er in bovengenoemde situatie bij een verblijf op doordeweekse dagen in een hotel à € 100,- per nacht als volgt uitzien:

$$150 \text{ km} \times 2 \text{ ((heen- en terugreis)} \times 6 \text{ weken} \times € 0,30 \text{ per km)} + \\ 4 \text{ overnachtingen} \times 6 \text{ weken} \times € 100,- = € 540,- + 2.400,- = € 2.940,-$$

Bij een verblijf à € 50,- per nacht:

$$150 \text{ km} \times 2 \text{ ((heen- en terugreis)} \times 6 \text{ weken} \times € 0,30 \text{ per km)} + \\ 4 \text{ overnachtingen} \times 6 \text{ weken} \times € 50,- = € 540,- + 1.200,- = € 1.740,-$$

Het is dus denkbaar dat de kosten voor vervoer nagenoeg gelijk of hoger zijn dan de kosten voor verblijf. Dit geldt zeker bij lange afstanden en bij een overnachting van ongeveer € 50,- à € 100,- .

In bovenstaand voorbeeld zien we dat verblijf goedkoper kan zijn dan vergoeding van de vervoerskosten. Maar de situatie van de patiënt kan ook betrokken worden bij de overweging verblijf te vergoeden: in het voorbeeld van de protontherapie in Groningen behelst het reizen naar de behandeling een dagelijkse gang gedurende gemiddeld zes weken, vijf dagen per week. Dit kan een zware belasting voor de patiënt zijn.

Een vergelijking tussen vervoers- en verblijfskosten én de potentiële belasting voor de patiënt maken in ieder geval het overwegen van de vergoeding van verblijf in plaats van de vergoeding van vervoer de moeite waard. Maar hoe kan de vergoeding van verblijf dan worden geregeld? Wie komt hiervoor in aanmerking in welke situaties, moet die mogelijkheid alleen bestaan als de verblijfskosten niet (veel) hoger zijn dan de vervoerskosten en wat wordt precies vergoed, bijvoorbeeld alleen het verblijf van de patiënt of ook dat van een begeleider? Op deze vragen gaan we hierna in.

9.2

Toestemming en berekening van het te vergoeden bedrag

Wil je verblijf vergoeden in plaats van vervoer, dan spelen er een aantal vragen:

1. In welke gevallen wordt het toegestaan?
2. Wat valt onder de vergoeding?
3. Hoe bereken je het te vergoeden bedrag (bijv. werkelijke kosten; maximaal bedrag; forfaitair bedrag)?

9.2.1

Voorwaarden voor toestemming?

Het is mogelijk om voorwaarden te formuleren voor toestemming voor 'logeren':

- Minimale afstand in combinatie met minimaal aantal overnachtingen. De vergoeding zou kunnen gelden vanaf een behandeling van een bepaald aantal aaneengesloten dagen. Dan heb je het in feite over een drempel à la de hardheidsclausule. Bij overschrijding van de drempel is 'logeren' in plaats van vervoer mogelijk.
- Je zou 'logeren' altijd mogelijk kunnen maken, als de geraamde kosten hiervan niet hoger zijn dan de geraamde vervoerskosten. Vraag is dan wat het uitgangspunt voor de vervoerskosten moet zijn: gebruik eigen auto of taxivervoer? In het laatste geval valt de raming vrij snel in het voordeel van 'verblijf' uit, maar dat zou verzekeren die gebruik maken van de eigen auto in vergelijking benadelen.

- Het is ook mogelijk om de voorwaarde opener te formuleren, bijvoorbeeld in alle gevallen dat er sprake is van aaneengesloten dagen met behandeling.
- Je zou toestemming kunnen verbinden aan bepaalde soorten behandeling waarbij je ervan uitgaat dat de optie logeren altijd aanwezig zou moeten zijn. Deze beperking gaat echter ten koste van de toekomstbestendigheid van de 'regeling'. Nieuwe behandelingen zullen immers moeten worden beoordeeld en indien positief moeten worden toegevoegd.

9.2.2 *De vergoeding kan meerdere onderdelen omvatten*

De optie logeren is op zich duidelijk. Maar wat ga je binnen deze optie precies vergoeden?. Wat wordt hierin verdisconteerd: alleen de overnachting van de patiënt of ook maaltijdkosten? En, gelden alleen de kosten van de patiënt of ook de kosten van een begeleider? Het gaat immers om zieke mensen die een belastende behandeling krijgen; het kan wenselijk zijn dat ze niet helemaal op zichzelf zijn aangewezen tijdens het verblijf. Voor kinderen staat dit buiten kijf.

9.2.3 *Hoe bepaal je de vergoeding?*

Er kan gedacht worden aan een vergoeding van de werkelijke kosten, maar ook dan zal er een maximum aangegeven moeten worden dat reëel gevonden wordt onder de basisverzekering.

- Wat zijn de maximale mogelijke kosten? Mogen de totale kosten voor verblijf wél of niet hoger uitkomen dan de vervoerskosten? Een koppeling aan de vervoerskosten kan tot onredelijke uitkomsten leiden. De afstand naar de instelling waar de behandeling wordt verleend, bepaalt dan mede het verlenen van toestemming/vergoeden van verblijf. Bij een korte reisafstand zal het immers 'voordeliger' zijn de reiskosten te vergoeden. In deze benadering blijft de belasting voor de patiënt buiten beschouwing. Het is echter denkbaar dat voor de ene patiënt 100 kilometer reizen goed te doen is, terwijl voor een andere patiënt, gezien zijn fysieke fitheid mede als gevolg van de aandoening en het ondergaan van de behandelingen, een korte afstand al zeer belastend kan zijn. Het is dan de vraag of een 'break even point' in de vergelijking vervoer en verblijf doorslaggevend moet zijn. We moeten tenslotte niet uit het oog verliezen dat het niet de keuze van de patiënt is, maar de centralisatie van zorg die het frequente reizen voor de (zieke) patiënt naar zijn behandeling noodzakelijk maakt.
- In plaats van een vergoeding op basis van werkelijke kosten, kan ook aan een 'bereikbaarheids'-budget worden gedacht. Dit budget kan de patiënt inzetten voor vervoer en/of voor verblijf en/of voor een combinatie van beide. Het budget heeft als doel dat de verzekerde op de plaats van behandeling kan komen op de manier die voor hem het meest geschikt en comfortabel is. Budget berekend op basis van te reizen afstand zou betekenen dat hoe verder weg de patiënt woont, hoe groter zijn kans dat hij het verblijf vergoed krijgt/ hoe groter het budget dat hij kan aanwenden voor de verblijfskosten.
- Tenslotte, ook een dagcomponent kan de basis vormen voor de vergoeding van het verblijf. Ook hier blijft weer de vraag wat de basis moet zijn voor het vaststellen van de hoogte van de dagcomponent.

9.3 **Verblijffaciliteit verbonden aan ziekenhuis**

De zorgverzekeraars hebben in plaats van een individuele vergoeding van het verblijf een verblijffaciliteit verbonden aan het ziekenhuis geopperd: een logeerhuis aan het ziekenhuis of daar vlakbij. Voorbeeld zijn de Ronald McDonald huizen. Deze huizen geven onderdak aan de ouders en eventueel andere gezinsleden van een kind dat voor behandeling in een ziekenhuis is opgenomen. Naast een eigen

kamer kan het gezin gebruikmaken van een gemeenschappelijke woonkamer en keuken.

Voor volwassenen kan een vergelijkbare accommodatie worden georganiseerd. Ook als het 'logeren' via de ziekenhuizen wordt georganiseerd blijft de vraag wie hiervoor in aanmerking kan komen. En ook deze oplossing leidt tot kosten, misschien niet tot (verblijf)kosten in plaats van vervoerskosten, maar de accommodatie zal toch op enige wijze onderdeel moeten uitmaken van de kosten voor medisch specialistische zorg.

9.4 Keuzevrijheid patiënt

In alle gevallen geldt natuurlijk dat de patiënt nooit verplicht is te verblijven, maar, indien hij dat wenst, hiervoor kan kiezen als alternatief voor het reizen, ook als de kosten van verblijf lager mochten zijn dan de kosten van vervoer. Het verblijf is immers 1. niet noodzakelijk voor de behandeling, en 2. de patiënt kan hiertoe niet 'gedwongen' worden aangezien het reizen noodzakelijkerwijs samenhangt met de gegeven centralisatie van de zorg.

9.5 Incidentie en prognose protontherapie in Groningen

In Nederland waren er in 2012 naar schatting ongeveer 4.800 patiënten per jaar met een indicatie voor protontherapie, waarvan 330 in het kader van klinische studies. Door de toename van de kankerincidentie zal dit aantal in 2020 zijn gegroeid tot meer dan 5.800 patiënten per jaar¹³.

9.6 Conclusie

De specialisatie en daarmee samenhangende centralisatie van zorg brengt met zich mee dat sommige patiënten gedurende een aaneengesloten periode dagelijks lange afstanden moeten reizen naar het ziekenhuis waar zij worden behandeld. Omdat dit voor de zieke patiënt erg belastend kan zijn, zou 'logeren' in plaats van 'vervoer' binnen de Zvw inderdaad mogelijk moeten zijn. Het Zorginstituut meent dat een verblijffaciliteit verbonden aan het ziekenhuis waar de behandeling wordt verleend de beste optie vormt. Dit zal niet op korte termijn gerealiseerd kunnen zijn. In de tussentijd is 'logeren' in een nabijgelegen hotel dan een optie. Welke vorm ook gekozen wordt, het zal altijd nodig zijn om hiervoor een formele basis in de Zvw op te nemen via een regeling in het Bzv.

Als dit formeel aangeboden gaat worden, moet met de volgende punten rekening worden gehouden.

De voorwaarden waaronder dit niet medisch noodzakelijk verblijf voor vergoeding in aanmerking kan komen zijn volgens het Zorginstituut moeilijk in een rekenregel te vatten, want: welke onderdelen bepalen de hoogte van de vergoeding en is dit voor alle patiënten een redelijke berekening? Hetzelfde geldt voor een omslagpunt: is het redelijk voor alle patiënten hetzelfde omslagpunt tussen vervoer en verblijf te hanteren, etc. Een rekenregel lijkt dus niet mogelijk, maar is volgens het Zorginstituut ook niet nodig: patiënten die een zware behandeling ondergaan zullen, zo verwachten wij, de voorkeur geven aan verblijf thuis. Alleen als het reizen echt te belastend is, zal voor hen de keuze voor verblijf een reële optie zijn.

Een regeling zou deze optie mogelijk kunnen maken bij een bepaald aantal aaneengesloten behandelingsdagen (bijvoorbeeld meer dan drie dagen).

¹³ *Capaciteitsbehoefte protontherapie in Nederland*, 14 juli 2016

Het Zorginstituut meent dat voor de vergoeding van het 'logeren' een dagcomponent de meest werkbare en reële optie is. De hoogte hiervan kan nader worden bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (vergelijk de vergoeding van de reiskosten naar zorg in het buitenland).

Het is niet mogelijk om via opneming van kosten van verblijf in een DBC, te regelen dat deze kosten onder de dekking van de basisverzekering komen te vallen. Wat er in het verzekerde basispakket zit, wordt geregeld in/op grond van de Zorgverzekeringswet. Alleen door wijziging van de Zorgverzekeringswet (en meer concreet het op deze wet steunende Besluit zorgverzekering) kan een uitbreiding van het basispakket worden gerealiseerd. De mogelijkheid de logeerkosten in bepaalde situaties te vergoeden, moet immers niet alleen in verband met protontherapie in Groningen gelden, maar ook bij andere behandelingen of op andere locaties (protontherapie komt ook in Delft beschikbaar).

De budgettaire consequenties van de substitutie tussen vervoer en verblijf zijn nu lastig te becijferen. Er is nog geen basis om toekomstig gebruik hiervan in te schatten en ook de hoogte van een vergoeding is nog niet bekend. Omdat het altijd zal gaan om substitutie van vervoer door verblijf en dit, naar onze verwachting, niet zal plaatsvinden als de betrokken verzekerde relatief dichtbij woont, gaan we er niet vanuit dat de kosten aanzienlijk hoger zullen liggen dan de vergoeding voor het vervoer.

Als een dergelijke algemene regeling wordt opgenomen in het Bzv is het voorstelbaar dat deze optie leidt tot substitutie van wat nu onder medisch noodzakelijk verblijf wordt geschaard, naar deze, waarschijnlijk goedkopere, vorm van verblijf. Wij doelen dan op situaties waarin nu de medische noodzaak voor verblijf enigszins wordt opgerekt omdat er geen andere mogelijkheid is. Wij konden niet onderzoeken binnen het bestek van dit rapport of dit veel zou kunnen voorkomen en bij welke zorgvormen.

10 Consultatie

In de consultatieronde heeft het Zorginstituut vijf schriftelijke reacties ontvangen, waarvan een gezamenlijke reactie van de patiëntenorganisaties Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), MIND, Dwarslaesie Organisatie Nederland, Oogvereniging, Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties, Stichting Kind & Ziekenhuis en de LFB. Voorts een afzonderlijke reactie van Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties (NFK), een reactie van Actiz, van Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) en van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Alle reacties zijn integraal in bijlage 4 toegevoegd. Hieronder geven wij kort de inhoud van de reacties weer en, op een enkel punt, de reactie van het Zorginstituut. In het volgende hoofdstuk Overwegingen gaan we inhoudelijk in op de ontvangen reacties.

Een paar organisaties merken op teleurgesteld te zijn omdat zij niets van hun opmerkingen die zij mondeling hebben gemaakt in de consultatiebijeenkomst, terugzien in dit rapport. Het ZIN meent dat die opmerkingen betrekking hebben op de principiële keuze tussen de twee opties, hetgeen in het advies van april 2018 aan de orde was. Omdat deze opmerkingen niet binnen de reikwijdte van dit rapport vallen, heeft het ZIN, behalve in dit hoofdstuk, geen melding gemaakt van die opmerkingen.

Alle organisaties merken nog eens op voorstander te zijn van optie 1 boven optie 2.

De patiëntenorganisaties refereren in hun gezamenlijke brief aan hun reactie die zij gaven op het advies van het Zorginstituut van april van dit jaar. Zij formuleerden daarin een viertal uitgangspunten voor de aanspraak ziekenvervoer:

- geen verslechtering voor de huidige groepen gebruikers
- voorkomen van zorgmijden als gevolg van een vervoersbeperking
- een heldere, uitvoerbare regeling voor de verzekerde
- regeling moet uitgaan van maatwerk.

Zij zien graag een generieke beschrijving van de aanspraak ziekenvervoer. De te verzekeren prestatie moet vanuit de mobiliteitsbeperking zijn beschreven. (Een mobiliteitsbeperking is er wanneer de patiënt moe is als gevolg van de behandeling, geen netwerk heeft, geen geld, geen regel- en/of oriëntatievermogen of angstproblemen).

De patiëntenorganisaties vinden een stapeling van zorgkosten als gevolg van eigen bijdrage voor vervoer, een eigen risico én een drempel niet wenselijk.

Vervoersondersteuning via de Wmo is voor de patiëntenorganisaties geen optie.

De NFK wil geen verslechtering van de huidige regeling voor bestaande groepen. De NFK voert in dit verband aan dat oncologiepatiënten ernstig ziek zijn en daarom aangewezen op taxivervoer. Er vindt centralisatie van zorg plaats in expert-centra. De reis van de begeleiders dient ook vergoed te worden.

Eén uniforme vervoersregeling lijkt volgens de NFK rechtvaardig, maar gaat voorbij aan de specifieke behoefte van een bepaalde groep patiënten. Daarom kiest de NFK voor een benadering die de mobiliteitsbeperking, zowel fysiek als financieel, als uitgangspunt neemt.

De NFK wijst op een consequentie van optie 2, namelijk dat 80% van de oncologiepatiënten geen gebruik meer kan maken van de vergoeding van het vervoer. Dit is voor de NFK onacceptabel.

Met betrekking tot de uitgangspunten voor een nieuwe formulering van de aanspraak ziekenvervoer - rechtvaardig, toekomstgericht en uitvoerbaar - merkt Actiz op dat deze uitgangspunten voor twee zorgvormen niet gelden, te weten de ambulante geriatrische revalidatiezorg (AGR) en de aanvullende geneeskundige zorg (AGZ).

De AGR betreft korte, intensieve en tijdelijke behandeling. Deze kenmerken staan haaks op optie twee waar de focus ligt op frequentie, duur en afstand.

De dagbehandeling die wordt verleend in het kader van de AGZ bewerkstelligt dat mensen langer verantwoord thuis kunnen wonen. Vervoer is een voorwaarde voor de toegankelijkheid van dagbehandeling. Er moet echter wel onderzocht worden aan welke kwalitatieve voorwaarden dit vervoer dient te voldoen, gelet op de kwetsbaarheid van de doelgroep.

De NVN heeft ernstige bezwaren tegen het voorgenomen advies en tegen het feit dat in het advies geen aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van het ziekenvervoer. De NVN verwijst naar de door de patiëntenorganisaties geformuleerde algemene bezwaren en pleit voor een aparte regeling voor dialysepatiënten gezien hun chronische vervoersbehoefte als gevolg van hun aandoening en beperking.

Zorgverzekeraars vragen zich af of met de voorgelegde opties de huidige problemen in de regeling daadwerkelijk worden opgelost. Het wijzigen van de regeling zal de nodige nieuwe administratieve lasten met zich mee brengen waarbij op basis van de gevonden informatie voor de zorgverzekeraars niet volledig duidelijk is wat nu precies de impact van de wijzigingen is voor bestaande en nieuwe patiëntgroepen (zowel voor wat betreft aanspraak als budgettaire consequenties).

In de reactie op het advies van april 2018 gaf ZN aan voorstander te zijn van een regeling op basis van medische noodzaak. Het vervoer voor visueel gehandicapten en rolstoel gebonden personen zou overgedragen kunnen worden naar de Wmo. Wanneer het niet mogelijk is een regeling op basis van medische noodzaak te formuleren is een alternatief de vergoeding voor het vervoer via de bijstand en/of belastingdienst te regelen.

ZN is het er mee eens dat verblijf (in plaats van vergoeding van vervoer) moeilijk in een rekenregel is te vatten.

ZN vindt het te snel om de wijziging per 1-1-2020 in te laten gaan. Gezien de noodzakelijke voorbereidingen op het nieuwe beleid kan een wijziging volgens ZN op zijn vroegst pas per 2021 ingevoerd worden.

11 Overwegingen

11.1 Inleiding

In de vorige hoofdstukken hebben we de vragen van de minister beantwoord. We hebben hiermee consequenties in beeld gebracht van de twee opties voor aanpassing van de regeling voor ziekenvervoer. Wij hebben in bijlage 3 nog eens het schema uit ons advies van begin 2018 bijgevoegd. In dit schema hebben we toen aangegeven welke groepen verzekerden (bestaand en nieuw) er in een nieuwe regeling op voor- of achteruit zouden gaan ten opzichte van de huidige regeling. In de voorgaande hoofdstukken hebben we deze consequenties proberen te kwantificeren. Hierna vatten we de belangrijkste bevindingen samen aangevuld met uitgangspunten en overwegingen voor een nieuwe regeling en het overleg met partijen.

11.2 Wat vertellen de cijfers?

11.2.1 *Overschatting*

Voor de weging van de cijfers willen we nog een aantal opmerkingen maken. De percentages vormen een overschatting van de gevolgen, omdat

- we de gevolgen niet hebben kunnen berekenen voor de huidige, daadwerkelijke gebruikers van vervoer. De gevolgen zijn berekend voor de totale groep potentiële gebruikers per indicatie. Dit brengt een overschatting van het effect met zich mee. Gebleken is namelijk dat in de praktijk niet iedereen die gebruik zou kunnen maken van vervoer onder de Zvw dit ook inderdaad doet.¹⁴
- in het percentage mogelijk 'benadeelde' groepen zijn ook de verzekerden meegenomen die de eigen bijdrage per kalenderjaar voor vervoer niet zullen halen. Ook dit leidt tot een overschatting van het effect.

11.2.2 *Belangrijkste bevindingen uit de cijfers*

Op basis van de cijfers constateren we het volgende:

- als de nieuwe regeling uitgaat van de formule zoals die nu geldt voor de toepassing van de hardheidsclausule, dan valt een aanmerkelijk deel van de huidige categorieën buiten de boot;
- dit effect maakt ook duidelijk dat de hardheidsclausule nu inderdaad 'uitzonderlijke' vervoersbehoeftes honoreert;
- verlaging van de drempel binnen de formule verzacht dit effect. In ons eerdere advies gaven we al aan dat dit ook redelijk zou zijn als de formule tot regel wordt verheven;
- uit de cijfers komt bij iedere onderzochte indicatie een grote spreiding van de vervoersbehoefte naar voren in de zin van frequentie en afstand. Geen enkele indicatie heeft qua frequentie en afstand altijd een hoge vervoersbehoefte. Dit is anders dan wij verwacht hadden in ons rapport van april 2018;
- beide opties gaan uit van één langdurige behandeling waardoor cumulatief incidenteel gebruik niet meer vergoed zal worden. Dit is een nadeel voor de categorie rolstoelgebruikers en visueel beperkten, vooral ook omdat hun vervoersbehoefte niet gerelateerd is aan een behandeling, maar aan hun blijvende beperking en dus door de jaren heen ook nog eens terugkomt;

¹⁴ Bij de categorie oncologische patiënten blijkt er een groot verschil tussen het aantal potentiële en het aantal daadwerkelijke gebruikers. Bij de verzekerden met dagbehandeling die thans vervoer krijgen onder een subsidieregeling zien we ook een verschil. Bij de categorie nierdialyse blijkt dit verschil niet. We konden niet bepalen of dit ook geldt voor de visueel beperkten, rolstoelgebruikers en kinderen met intensieve kindzorg omdat hiervoor de gegevens ontbreken.

- een soortgelijk nadeel geldt voor verzekerden met chronische hemodialyse in een instelling of verzekerden naar dagbehandeling. Ook al is de vervoersbehoefte in één jaar beperkt, dan nog kan tellen dat deze vervoersbehoefte jaarlijks terugkomt;
- vergoeding van vervoer naar de eerste lijn lijkt zich te beperken tot, met name, bezoek aan de fysiotherapeut ¹⁵;
- optie 1 en 2 gaan beide uit van een langdurige behandeling. In optie 1 is die medisch specialistisch van aard. In optie 2 is de aard van de behandeling niet van belang, maar de frequentie en duur hiervan. Bij verlaging van de drempel benaderen optie 1 en 2 elkaar.

11.2.3 *Budgettaire consequenties*

We hebben bekeken of we de budgettaire consequenties van beide opties kunnen berekenen. Hoe lastig dit is, blijkt uit onze voorgaande constatering:

- niet iedere potentiële gebruiker zal inderdaad gebruik maken van vervoer;
- het aantal gebruikers is in optie 2 afhankelijk van de hoogte van de drempel in de nieuwe regeling;
- we kunnen de frequentie en afstand waarover in de toekomst gereisd zal worden niet bepalen en dit zijn in meerdere opzichten parameters voor de budgettaire consequenties:
 - frequentie en afstand bepalen in optie 2 de toegang tot het vervoer;
 - in beide opties bepalen de frequentie en afstand de uiteindelijke kosten;
 - alleen de kosten hoger dan de eigen bijdrage per kalenderjaar worden vergoed;
 - we weten niet welke vorm van vervoer vergoed zal worden: OV, taxi of eigen vervoer.

11.3 **Wat kunnen we afleiden uit de antwoorden op de vragen van de minister?**

Door de analyse van de cijfers hebben we meer inzicht verworven in de werking van de regeling, de kwantitatieve effecten van de opties en de vragen van de minister beantwoord. Wat betekenen deze antwoorden voor de beide opties en een nieuwe regeling?

11.3.1 *Uitgangspunten*

In 2017 verzocht de minister het ZIN te adviseren over een toekomstbestendiger en rechtvaardiger regeling voor het ziekenvervoer en daarbij de uitvoerbaarheid niet uit het oog te verliezen. De aanleiding voor dit verzoek bestaat nog steeds:

- er dienen zich nieuwe groepen aan met een vervoersbehoefte zoals de verzekerden met dagbehandeling, verzekerden voor wie de medisch specialistische zorg op grotere afstand komt;
- de regeling voor verzekerden met geriatrische revalidatiezorg is onduidelijk: de hardheidsclausule wordt voor hen coulant toegepast, zonder dat hiervoor een basis in de regeling is;
- de omschrijving van behandeling zoals bij de categorie oncologische patiënten is niet toekomstbestendig;
- de regeling voor het vervoer van verzekerden binnen een categorie is voordelig ten opzichte van verzekerden die aangewezen zijn op de hardheidsclausule. Bij toenemende centralisatie van zorg, met andere woorden zorg op gemiddeld grotere afstand voor verzekerden, is het de vraag of dit verschil houdbaar is.

We gaan ervan uit dat ziekenvervoer een te verzekeren prestatie blijft binnen de Zvw en dat we een oplossing hiervoor zoeken binnen de Zvw tenzij er goede redenen zijn om het vervoer anders te regelen. In ons vorige advies hebben we

¹⁵ Voor deze veronderstelling gaan we uit van de gegevens van één zorgverzekeraar, maar dit lijkt ook wel voor de hand te liggen.

immers geconcludeerd dat (vergoeding van) ziekenvervoer een plek verdient binnen de Zvw: de zorg die verzekerd is moet ook toegankelijk zijn voor de verzekerde; medische en/of financiële belemmeringen mogen deze toegankelijkheid niet in gevaar brengen.

We hebben andere opties onderzocht waarbinnen (vergoeding van) het vervoer een plek zou kunnen krijgen, zoals vervoer dat georganiseerd wordt via de gemeente onder de Wmo, of fiscale tegemoetkomingen (zie ook hoofdstuk 8). Naar onze mening hebben echter ook deze opties weer nadelen en geen doorslaggevende voordelen ten opzichte van vervoer onder de Zvw.

We hebben geconstateerd dat beide opties de regeling voor het vervoer toekomstbestendiger en rechtvaardiger maken. Het is echter niet mogelijk om deze doelen te bereiken zonder de vervoersaanspraak voor de huidige categorieën gebruikers in meerdere of mindere mate te beperken.

11.3.2 *Opmerkingen van partijen*

We hebben consultatiebijeenkomsten gehad met zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen en ook hebben we ons concept voorgelegd aan deze partijen (zie voor hun reacties: hoofdstuk 10).

Op een aantal van hun opmerkingen willen we hierna ingaan.

Gesteld is dat een vervoersaanspraak uit zou moeten gaan van de weging van een individuele medische en/of financiële noodzaak. Weging van de individuele medische en financiële noodzaak zou inderdaad het meest rechtvaardig zijn. Dit is echter niet uitvoerbaar wat de individuele medische noodzaak betreft. Dit heeft het verleden bewezen ('het taxibriefje' dat aanleiding was voor de opzet van de huidige regeling). Daarnaast, binnen een schadeverzekering als de basisverzekering is onderscheid tussen verzekerden op basis van financiële behoefte niet mogelijk. Onderscheid mag alleen gemaakt worden op basis van zorginhoudelijke overwegingen.

Ook is gesteld dat de opties vooral de financiële noodzaak uitgangspunt kiezen via de langdurigheid, de frequentie en afstand van het vervoer en de mobiliteitsbeperking (medische noodzaak) niet betrekken in de afweging. Dit is niet helemaal juist. In de langdurigheid van de behandeling (optie 1) en de drempel binnen de formule (optie 2) komen de kosten inderdaad nadrukkelijker naar voren dan de medische noodzaak. Aan de andere kant, de langdurigheid van een behandeling geeft ook iets aan over de ernst van de aandoening, zij het nog niet over de ernst van de mobiliteitsbeperking. Die kan echter wel weer tot uiting komen in de vorm van vervoer die uiteindelijk vergoed zal worden. Als er wel een langdurige vervoersbehoefte is, maar geen ernstige mobiliteitsbeperking, dan kan de zorgverzekeraar een vergoeding geven voor openbaar vervoer. Op deze manier blijft de zorg financieel toegankelijk, zonder in een onnodige zware vervoersvorm zoals een taxi te vervallen.

Tenslotte merken partijen terecht op dat zowel optie 1 als optie 2 de vervoersbehoefte weegt die samenhangt met één behandeling in een bepaalde periode. Dit betekent dat er categorieën die in beide opties benadeeld worden, terwijl dit niet gewenst is. Het gaat om groepen met een blijvende aandoening of beperking (zoals rolstoelgebruikers) die een hoge vervoersbehoefte kunnen hebben die niet per se met één behandeling samenhangt terwijl deze ook nog eens jaarlijks terugkomt. Ook zijn er groepen met een chronische aandoening met een vervoersbehoefte die in één jaar misschien relatief beperkt kan zijn, maar ook door de tijd heen steeds terugkomt. Dit geldt bijvoorbeeld voor verzekerden met een chronische aandoening zoals bij chronische hemodialyse in een instelling. In de

toekomst kan dit aan de orde zijn voor verzekerden met dagbehandeling. Het gaat hierbij om mensen met chronisch, progressieve degeneratieve aandoeningen (Parkinson, MS, spieraandoeningen, dementie) en mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

11.4 Wat betekenen deze analyses en constatering voor een nieuwe regeling?

De uitgangspunten, analyses en reacties bevestigen onze eerdere conclusie dat een ideale regeling niet bestaat. Elke regeling zal zo toekomstbestendig én rechtvaardig én uitvoerbaar mogelijk zijn binnen de gegeven mogelijkheden of, liever gezegd, beperkingen. Een nieuwe regeling op basis van deze uitgangspunten én met behoud van de aanspraak voor alle verzekerden binnen de huidige categorieën is onmogelijk. Dit betekent dat in een nieuwe regeling niet in gelijke mate recht gedaan kan worden aan toekomstbestendigheid, rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid en dat een regeling noodgedwongen altijd zal uitgaan van vooronderstellingen rond de medische noodzaak en financiële noodzaak van het vervoer.

Gezien deze bevindingen zou een combinatie van huidige regeling en opties voor een nieuwe regeling een mogelijkheid zijn. Dit betekent dat er toch een aantal categorieën benoemd worden. Dit zijn de groepen met een aandoening, beperking of hoedanigheid die door de jaren heen blijvend zal zijn, namelijk:

- verzekerden die chronische hemodialyse in een instelling ondergaan;
- verzekerden met een visuele of lichamelijke beperking die als gevolg van hun beperking niet zonder begeleiding kunnen reizen of blijvend op een rolstoel zijn aangewezen;
- verzekerden met een chronische, progressieve, degeneratieve aandoening of niet-aangeboren hersenletsel die in verband met hun aandoening of beperking dagbehandeling ondergaan;
- kinderen met intensieve kindzorg die vervoer nodig hebben naar een verpleegkundige dagopvang.

Voor alle andere verzekerden (inclusief verzekerden met een oncologische aandoening en verzekerden met geriatrische revalidatiezorg) zou optie 2 kunnen gelden, waarbij de frequentie en afstand van het vervoer de toegang tot de (vergoeding van) het vervoer bepaalt, maar waarbij de hoogte van de drempel nog nader bepaald kan worden. Over de financiële noodzaak tot (vergoeding van) vervoer binnen een verzekering kan alleen een uitspraak gedaan worden die voor alle verzekerden geldt. Het is aan de minister en de politiek om af te wegen vanaf welke hoogte de Zvw deze kosten vergoedt.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Sjaak Wijma



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakket en
Risicoverevening

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Datum **10 JULI 2018**
Betreft aanvullend advies ziekenvervoer

Kenmerk
1379511-179104-Z

Uw brief

Bijlage(n)

Geachte heer M.,

Op 23 juni 2017 is door mijn voorganger gevraagd om een advies uit te brengen over een meer toekomstbestendige vormgeving van de prestatie ziekenvervoer. Op 3 april 2018 is dit advies 'Op weg naar een nieuwe formulering van de prestatie ziekenvervoer' uitgebracht.

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

In dit advies zijn twee opties geschetst voor een nieuwe formulering van de aanspraak ziekenvervoer die elk kunnen worden aangevuld met een additionele hardheidsclausule. De eerste optie houdt in dat de formulering van de prestatie is gericht op de aandoening en aard van de behandeling. Het gaat dan om vervoer naar een langdurige of intermitterende medisch specialistische, GGZ- of revalidatiebehandeling (inclusief dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is. In de tweede optie wordt de prestatie zo geformuleerd dat een drempel wordt ingevoerd aan de hand van de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling. Met deze laatste optie wordt de huidige invulling van de hardheidsclausule tot regel gemaakt en toegepast op alle verzekerden met een behoefte aan vervoer.

Met de tweede optie kunnen meer groepen aanspraak maken op vervoer dan in de huidige situatie en ook meer dan in de eerste optie, maar het levert voor alle groepen een nader te bepalen drempel op. Voor beide opties geldt dat deze gevolgen hebben voor de huidige groepen. Het Zorginstituut adviseert om de tweede optie in te voeren en de huidige prestatie te vervangen door de regel waarin de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling bepalend is of er aanspraak bestaat op (vergoeding van) het vervoer.

Zoals ik in de Kamerbrief 'Basispakket Zvw 2019'¹ heb aangegeven vind ik dat een nieuwe vormgeving van de aanspraak ziekenvervoer pas kan worden doorgevoerd als de consequenties voor de huidige groepen gebruikers voldoende duidelijk zijn.

¹ Kamerstukken II 2017/18, 29 689, nr. 909



Daarom verzoek ik u om de consequenties voor de huidige omschreven groepen in de aanspraak ziekenvervoer voor beide opties in kaart te brengen en daarbij onderstaande punten mee te nemen:

- Inzichtelijk maken hoe groot de huidige groepen gebruikers per categorie nu zijn, waarbij wordt aangegeven hoe vaak ze gebruiken maken van het vervoer en over welke afstand;
- Inzichtelijk maken op welke wijze de huidige groep gebruikers erop achteruit zouden gaan bij beide opties;
- Inzichtelijk maken welke nieuwe groepen bij beide opties vergoeding kunnen krijgen voor het ziekenvervoer;
- Aangeven wat het effect is op de administratieve lasten bij beide opties en hoe deze zoveel mogelijk kunnen worden beperkt;
- Bepalen van de hoogte van een drempel, indien de vergoeding van het ziekenvervoer wordt vastgesteld aan de hand van de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling (optie 2);
- Ingaan op alternatieve mogelijkheden voor de huidige groep gebruikers indien zij (deels) geen aanspraak meer kunnen maken op vergoeding van ziekenvervoer.

**Directoraat Generaal
Langdurige Zorg**
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakket en
Risicoverevening

Kenmerk
1379511-179104-Z

Ik verzoek u om bij deze uitwerking de verzekeraars, patiëntenverenigingen en zorgaanbieders te betrekken. Ik ontvang uw analyse en advies graag voor 1 januari 2019.

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Bruno Bruins

BIJLAGE 2

Materiaal en Methoden kwantitatieve analyses zittend ziekenvervoer

Om meer inzicht te verschaffen in de omvang en de gebruikers van het zittend ziekenvervoer is een kwantitatieve analyses gedaan binnen het Zorginstituut op basis van zorgdeclaraties die via Vektis beschikbaar zijn gesteld voor de uitvoering van de wettelijke taken. Er zijn echter geen declaraties zittend ziekenvervoer beschikbaar. Daarom is gekozen om te kijken naar de zorg die gedeclareerd wordt en die in aanmerking komt voor een vergoeding van het vervoer. Deze aantallen zullen dus niet de daadwerkelijk aantallen zijn van de patiënten die vervoer gedeclareerd hebben. Ze zijn slechts een indicatie voor de grootte van de groep die potentieel in aanmerking zou kunnen komen voor een vergoeding van zijn/haar vervoer naar de zorginstelling. Voor dit onderzoek zijn analyses verricht op basis van declaratiegegevens over de jaren 2015 t/m 2017 van zorgkantoren (Wlz) en zorgverzekeraars (Zvw) In de analyses maken we gebruik van declaraties van de volgende vormen van zorg:

- Medisch specialistische zorg
- Geriatrische revalidatie
- Zintuigelijke gehandicaptenzorg
- Intensieve Kindzorg
- Subsidie regeling Extramurale behandeling (Wlz)

Daarnaast is gebruik gemaakt van (financiële) informatie met betrekking tot de schadelast van de zorgverzekeraars die zij elk kwartaal aanleveren aan het Zorginstituut in de zogeheten Kwartaalstaten. Specifiek gaat het hier om informatie omtrent categorie 561 Zittend Ziekenvervoer voor de jaren 2015, 2016 en 2017.

Ten slotte is aan een aantal verzekeraars gevraagd om aanvullende informatie te leveren die betrekking hebben op de unieke aantallen verzekerden die gebruik maakten van de verschillende vervoerscategorieën binnen het zittend ziekenvervoer. Twee grote concerns hebben bruikbare gegevens over deze aantallen aangeleverd.

Indicatiegebied chronische dialyse in een instelling.

Binnen de declaraties van de medisch specialistische zorg (MSZ) is een selectie gemaakt op alle verzekerden met de diagnose "Chronische hemodialyse in een instelling" bij het specialisme Nefrologie (specialismecode 0313, diagnosecode 0339). Daarna zijn alle zorgactiviteiten die op nota staan en geboekt zijn binnen de DBC's van de verzekerden met bovenstaande diagnose meegenomen als contactmomenten in een instelling. Om te corrigeren voor mogelijk verblijf in een instelling, zijn activiteiten die geboekt werden een dag na een ligdag in dezelfde instelling niet meegenomen.

Afstanden zijn berekend op basis van de postcode (enkel de 4 cijfers) van de verzekerde en de postcode (enkel de 4 cijfers) van de behandelende instelling via een postcode-postcode afstandentabel.

Indicatiegebied oncologie.

Binnen de declaraties van MSZ is een selectie gemaakt op alle verzekerden met een diagnose coderend voor een oncologische diagnose, specialisme onafhankelijk. Binnen deze populatie is een selectie gemaakt op alle DBC's waarin een activiteit werd geboekt die codeert voor chemotherapie of voor radiotherapie of voor immuuntherapie (de volgende codes zijn meegenomen: 039141, 039142, 039143, 039146, 0319149, 039173, 039888, 034730, 090791, 090792, 090796, 090797, 090815, 090816, 090817, 090818, 090819, 120410, 120411). Binnen de DBC's die 1 van deze activiteiten bevatte zijn vervolgens ook alle andere activiteiten die op nota staan meegenomen als indicator voor contactmomenten bij een instelling (dit is gedaan om ook de zorg gerelateerd aan de therapie mee te nemen, omdat vervoer hiervoor vanaf 2016 ook vergoed wordt). Om te corrigeren voor mogelijk verblijf in

een instelling, zijn activiteiten die geboekt werden een dag na een ligdag in dezelfde instelling niet meegenomen.

Afstanden zijn berekend op basis van de postcode (enkel de 4 cijfers) van de verzekerde en de postcode (enkel de 4 cijfers) van de behandelende instelling via een postcode-postcode afstandentabel.

Indicatiegebied geriatische revalidatiezorg.

Vervoer voor deze indicatie valt binnen de hardheidsclausule. Binnen de declaraties van MSZ is een selectie gemaakt op alle verzekerden met een DBC binnen het specialisme Geriatische Revalidatiezorg (code 9984). Binnen deze DBC's is een verder selectie gemaakt op de zorgactiviteit "Ambulante behandeldag" (code 194805). Om te corrigeren voor mogelijk verblijf in een instelling, zijn activiteiten die geboekt werden een dag na een ligdag in dezelfde instelling niet meegenomen.

Afstanden zijn berekend op basis van de postcode (enkel de 4 cijfers) van de verzekerde en de postcode (enkel de 4 cijfers) van de behandelende instelling via een postcode-postcode afstandentabel.

Indicatiegebied visueel gehandicapten.

Voor deze groep is een selectie gemaakt op verzekerden met een declaratie "Visueel gehandicaptenzorg" (code 2000) binnen de aanspraak Zintuigelijke gehandicaptenzorg die sinds 2016 onder de Zvw valt. Om te corrigeren voor mogelijk verblijf in een instelling, zijn activiteiten die geboekt werden een dag na een ligdag in dezelfde instelling niet meegenomen. Na overleg met een aantal zorgverzekeraars is geconcludeerd dat deze selectie een te algemene is, die niet goed specificeert voor verzekerden die mogelijk vervoer hebben gedeclareerd.

Afstanden konden niet worden berekend omdat gedeclareerd wordt op overkoepelende stichting en niet op locatie van de instelling.

Indicatiegebied intensieve kindzorg.

Voor deze groep is een selectie gemaakt op verzekerden met een declaratie "Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg" (code 1040) binnen de aanspraak Verpleging & Verzorging die sinds 2015 onder de Zvw valt (waarbij geldt dat intensieve kindzorg vanaf 2017 onder de Zvw valt). Om te corrigeren voor mogelijk verblijf in een instelling, zijn activiteiten die geboekt werden een dag na een ligdag in dezelfde instelling niet meegenomen. Na overleg met een aantal zorgverzekeraars is geconcludeerd dat deze selectie niet goed specificeert voor verzekerden die mogelijk vervoer hebben gedeclareerd.

Afstanden konden niet worden berekend omdat gedeclareerd wordt op overkoepelende stichting en niet op locatie van de instelling.

Indicatiegebied aanvullende geneeskundige zorg.

Vanaf 2020 zal de subsidieregeling voor Extramurale Behandeling die nu nog via de Wlz bekostigd wordt, vergoed worden onder de Zvw als Aanvullende geneeskundige zorg. Omdat deze groep mogelijk in aanmerking zou kunnen komen voor vergoeding van het vervoer, is voor dit onderzoek alvast gekeken hoe vaak deze zorg nu gedeclareerd wordt onder de huidige regeling. Voor deze groep is een selectie gemaakt op verzekerden met een declaratie "Dagbehandeling" (code S802, S819, S837, S838, S839) binnen de Wlz. Binnen de huidige regeling is opgenomen dat vervoer per dag vergoed wordt via eigen declaratiecodes. Ook naar deze codes is gekeken in het onderzoek (S803, S894, S895, S896).

Afstanden zijn berekend op basis van de postcode (enkel de 4 cijfers) van de verzekerde en de postcode (enkel de 4 cijfers) van de behandelende instelling via een postcode-postcode afstandentabel.

bestaande gebruikers in de huidige prestatie	huidige regeling: vervoer vergoed naar	vervoer naar medisch-specialistisch/GGZ/revalidatie/dagbehandeling	hardheidsclausule als regel
Boncoloogische behandeling met chemo-/immuun-/radiotherapie	deze behandeling v.v.	√	√(-) ▪ aanspraak mits de drempel wordt gehaald
behandeling met nierdialyse	deze behandeling v.v.	√	√(-) ▪ aanspraak mits de drempel wordt gehaald
visueel beperkten	behandeling onder Zvw	√/- ▪ geen incidenteel vervoer	-/√(-) ▪ incidenteel vervoer vervalt ▪ mits de drempel wordt gehaald
rolstoelgebruikers	behandeling onder Zvw	√/- ▪ geen incidenteel vervoer	-/√(-) ▪ incidenteel vervoer vervalt ▪ aanspraak mits de drempel wordt gehaald
jeugdigen met intensieve kindzorg	verpleegkundige dagopvang	-- ▪ geen aanspraak: aard behandeling	√(-) ▪ aanspraak mits de drempel wordt gehaald
nu aanspraak op basis van de hardheidsclausule	behandeling onder Zvw, voorzover de drempel wordt gehaald	+(-) ▪ geen drempel ▪ eventueel beperking via aard behandeling	√

De noteringen geven de vergelijking aan tussen de aanspraak op basis van de huidige regeling en de betreffende optie voor een nieuwe regeling

-- : er was wel aanspraak en er is geen aanspraak meer

√ : de aanspraak blijft hetzelfde

√(-) : de aanspraak blijft hetzelfde, maar
- onder voorwaarde of
- de aanspraak verschaalt op onderdeel

++ : er was geen aanspraak en er is wel aanspraak

+(-) : er was geen aanspraak en er is wel aanspraak, maar onder voorwaarde

		Nieuwe 'gebruikers'
++	√	anders dan oncologisch en nierdialyse
+(-) ▪ geen drempel ▪ eventueel beperking via aard behandeling	√ ▪ onder nieuwe prestatie evenmin aanspraak	die nu de drempel <u>niet</u> halen in hardheidsclausule
++	√(-) ▪ aanspraak mits de drempel wordt gehaald	geriatrie revalidatiezorg ambulant
√ (vergelijking met AWBZ)	√(-) ▪ aanspraak mits de drempel wordt gehaald	'dagbehandeling'

	vervoer naar medisch-specialistisch/GGZ/revalidatie/dagbehandeling	hardheidsclausule als regel	individueel te toetsen hardheidsclausule
criterium medische noodzaak	verondersteld vanwege aard van behandeling	niet getoetst	overweging voor toekenning
criterium financiële noodzaak	verondersteld door langdurig, frequent en afstand	verondersteld door langdurig, frequent en afstand	overweging voor toekenning
vergoeding incidenteel vervoer	nee	nee	ja
uitvoerbaarheid	aard van de behandeling moet individueel getoetst; vergt heldere omschrijving	drempel moet vooraf individueel berekend worden, terwijl pas achteraf zekerheid is	individuele afweging
financiële effect ten opzichte van huidige regeling	raming 113 – 127 € mio €	raming 113 – 127 mio €	raming pm



nierpatiënten
vereniging
nederland

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen

Bussum, 10 december 2018
Betreft: consultatie Zittend ziekenvervoer
Onze referentie: HB/sz/18.006

Geachte mevrouw L.,

Zoals eerder per brief van 22 maart 2018 is aangegeven, heeft de NVN ernstige bezwaren tegen het door het ZiN voorgenomen advies inzake het Zittend ziekenvervoer (ZZV). In de brief van 22 maart j.l. is uitvoerig ingegaan op de uitgangspunten van de bestaande regeling ZZV. Dialysepatiënten vormen een specifieke groep in deze regeling vanwege de ernst van de aandoening, de zwaarte van de behandeling, de frequentie als wel ook de duur van de behandeling. Daarnaast hebben wij ernstig bezwaar tegen het totaal negeren in uw huidige en eerdere advies, van de (ontbrekende) kwaliteit van het huidige ZZV en de kans om hierin verbeteringen te beogen. Het is een benadering die geen recht doet aan welke term dan ook die op dit moment in de gezondheidszorg opgeld doet (value based healthcare; waarde gedreven zorg; de patiënt centraal; etc.). De beoogde oplossingsrichtingen voldoen nergens aan waardencreatie voor de dialysepatiënt.

In navolging van collega organisaties zijn wij teleurgesteld in het (vrijwel) negeren van onze inbreng op de bijeenkomst van 21 november j.l. bij het ZiN. Gezien de algemene bezwaren van een aantal patiëntenorganisaties (zie de gezamenlijke brief) worden we graag betrokken bij alle verdere discussies bij ZINL en VWS over het vormgeven van een nieuwe regeling.

In het kort onze bezwaren:

1. De cijfermatige onderbouwing zoals in de paragrafen 1.4/2.1 wordt weergegeven laat veel ruimte voor speculaties en grote onbetrouwbaarheid marges.¹ Voetnoot 4 op pag. 15 van het rapport wordt verder niet onderbouwd. De cijfers laten wel een deel van de zwaarte van de dialysebehandeling zien (mediane frequentie van behandeling: 131 dagen per jaar). Het contrast met andere behandelingen is groot (mediaan tussen

¹ Op basis van 33% van declaraties; aantal gebruikers (oplopend aantal dialyserenden in centrum tot 8.787 mensen in 2017) dat sterk afwijkt van de medische data (bron Nefrovisie: 5.088 voor 2017). Er kan verschil zijn tussen incidentie en prevalentie maar bij een instroom van circa 2.000 nierpatiënten jaarlijks die voor de keuze voor een nierfunctievervangende behandeling (incl. transplantatie en thuisdialyse) komen te staan, is dit verschil te groot. Daarnaast laat de tabel in par. 2.2.1 zien dat de meest voorkomende (standaard) behandeling (3x4 uur per week) volgens deze data slechts in minder dan 10% van de gevallen plaatsvindt. Ook wordt op pag. 37 gesproken over APD als vorm van behandeling die onder een nieuwe regeling zou blijven vallen. APD is echter een vorm van thuisdialyse (automatische peritoneaal dialyse = s'nachts met een machine thuis).



- 4-15). Ook in de brief van Ieder(in) wordt terecht gesteld dat de verschillende groepen niet vergelijkbaar zijn.
2. Het bezwaar blijft bestaan dat er op basis van beide opties geen sprake is van kwaliteitsverbetering van het huidige vervoer.
 3. Bij optie 1 lijkt er sprake van meer potentiële gebruikers en dreigt dus verdere verschraving van de regeling op basis van financiële kaders en toenemende aantallen.
 4. Bij optie 2 wordt een drempel opgeworpen in dit geval ook voor een groep gebruikers (dialysepatiënten) van deze regeling die extreem anders is dan alle andere gebruikers en die is gebaseerd op frequentie, duur van behandeling en zwaarte van behandeling. Het betreft vaak ouderen die ook vanwege risico's niet per OV of eigen auto kunnen of mogen reizen.
 5. De uitwerking in Hoofdstuk 4 en 7 betreft oncologiepatiënten. De regeling via optie 2 werkt daar zeer nadelig uit zoals de NFK in een brief heeft laten weten en zoals de opstellers van het rapport ook niet hadden verwacht (pag. 33 concept rapport). Een dergelijke becijfering is niet gemaakt voor dialysepatiënten. Op pag. 35 van het concept rapport wordt wel aangegeven dat voor dialysepatiënten de situatie heel anders is (onderscheid unieke patiënten en vervoersgebruikers).

Op pag. 36 wordt gesteld: *"We vragen ons af of in de regeling niet meegenomen zou moeten worden dat er verzekerden zijn waarin voorspelbaar is dat hun vervoersbehoefte chronisch is gezien hun aandoening of beperking."* De NVN wil dit onderstrepen en pleit daarom voor een aparte regeling voor dialysepatiënten. Deze groep is duidelijk vast te stellen, de behoeften zijn duidelijk te omschrijven en van een onvergelijkbare aard om te kunnen passen binnen een generieke regeling.

In Hoofdstuk 9 wordt gepleit voor een uitzonderingspositie van een specifieke groep patiënten op basis van aard en plaats van de behandeling. De NVN pleit hier dus nadrukkelijk voor een uitzonderingspositie van de dialysepatiënten. Graag zouden we met het ministerie en zorgverzekeraars willen zoeken naar een duurzame oplossing voor deze groep mensen. De cijfermatige onderbouwing geeft hier alle reden voor.

Wij vragen u dit in uw advies mee te nemen bij het opstellen van het definitieve advies over Zittend ziekenvervoer.

Met vriendelijke groet,
Nierpatiënten Vereniging Nederland

Drs. J.A.J. Bart
Directeur

Utrecht, 10 december 2018

Onderwerp: reactie consultatie zittend ziekenvervoer

Geachte mevrouw L.,

Het Zorginstituut heeft ActiZ gevraagd om een reactie op het consultatiedocument "Zittend ziekenvervoer". Conform uw verzoek reageren we bij deze op uw consultatieverzoek. Wij richten ons hierbij op twee ontwikkelingen waarvoor vervoer vanuit ons perspectief van belang is, (ambulante) geriatrische revalidatie en in toekomstig perspectief de aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke doelgroepen in de eerste lijn (dagbehandeling). Aangegeven is dat de regeling zittend ziekenvervoer rechtvaardig, toekomstgericht en uitvoerbaar zijn. We vinden dit voor wat betreft deze twee zorgsoorten niet het geval.

Ambulante geriatrische revalidatiezorg

Zoals in een eerdere reactie is aangegeven is de geriatrische revalidatiezorg in de afgelopen jaren geprofessionaliseerd. In kortere tijd worden er meer mensen behandeld en het percentage mensen dat naar huis gaat na een revalidatietraject is toegenomen. Nu de geriatrische revalidatiezorg zijn piek in efficiëntie bereikt, ontstaat de wens steeds meer om *ambulante* geriatrische revalidatie verder uit te bouwen. De doelgroep van geriatrische revalidatiezorg is kwetsbaar waarbij sprake is van multimorbiditeit. Goed en toegankelijk vervoer is een belangrijke randvoorwaarde voor de ambulantisering van geriatrische revalidatiezorg. Deze groep is tijdelijk toegevoegd aan de huidige regel zittend ziekenvervoer via de hardheidsclausule. Helaas is het zo dat de huidige regeling zittend ziekenvervoer niet voorziet in de behoefte van vervoer voor deze doelgroep, namelijk kortstondig en tijdelijk. Dat is jammer, want ambulante geriatrische revalidatie is kwalitatief van grote meerwaarde en kan de ligduur binnen de instelling verkorten.

Door de focus op frequentie, duur en afstand, is onze zorg voornamelijk dat het vervoer zoals het in de regeling zit niet past bij de korte intensieve behandeling zoals we die in het kader van geriatrische revalidatiezorg juist stimuleren. Daarnaast lijkt de financiële drempel ons niet wenselijk omdat die haaks staat op de ambitie tot verdere ambulantisering.

Aanvullende geneeskundige zorg (extramurale dagbehandeling)

Zoals u in uw notitie beschrijft is dagbehandeling en het vervoer naar dagbehandeling nu nog geregeld via een aparte prestatie binnen de subsidieregeling extramurale behandeling. De concrete invulling van de voorgenomen overheveling van dagbehandeling (groepsgewijze aanvullende geneeskundige zorg) naar de zorgverzekeringswet wordt momenteel in samenspraak met betrokken partijen verkend. Dit om te komen tot een gezamenlijk beeld van hetgeen onder werking van de zorgverzekeringswet ontwikkeld, aangeboden en ingekocht kan gaan worden. Uitgangspunt daarbij is wat ActiZ betreft het behoud van de uiterst belangrijke functie die dagbehandeling nu vervult in de ambitie om mensen langer verantwoord thuis te laten blijven wonen, ook als zorg nodig is. De combinatie van behandeling, begeleiding met één of meerdere dagdelen per week in een andere omgeving dan thuis, vormt een uniek instrument om het wonen in de eigen omgeving met mantelzorg en vaak wijkverplegingen of Wmo zorg langer en verantwoord te kunnen volhouden. Inzet van dagbehandeling is immers vaak de enige mogelijkheid om een thuissituatie voldoende stabiel en houdbaar te maken zonder dat opname in een WLZ instelling nodig is en zonder dat er thuissituaties regelmatig escaleren in (oneigenlijke) ziekenhuisopname. ActiZ gaat er dan ook vanuit dat alle partijen die achter 'Langer thuis' en achter

'Zorg op de Juiste Plek' staan, voorstander zijn van behoud van dagbehandeling als goed beschikbaar en goed toegankelijk product.

Voor die toegankelijkheid is vervoer een relevante voorwaarde. In uw consultatiedocument gaat u beperkt in op de effecten van overheveling van vervoer voor cliënten van dagbehandeling terwijl dit naar ons idee wel degelijk forse impact kan hebben op toegankelijkheid en feitelijk gebruik. Het betreft immers een kwetsbare doelgroep waarvoor elke drempel kan leiden tot beperking van de instroom. Hetgeen dan weer, eerder dan nodig, kan leiden tot opname in een WLZ instelling dan wel tot regelmatige escalatie in de thuissituatie met alle consequenties van dien, sociaal maar ook in de vorm van zorgconsumptie in eerste en tweede lijn.

Concreet zien we een aantal mogelijke bezwaren in het zonder meer onderbrengen van vervoer voor dagbehandeling in de regeling zittend ziekenvervoer van de zorgverzekeringswet zoals u die nu voorstelt. Of het optie 1 of 2 wordt, lijkt daarbij niet echt een onderscheid te maken.

De doelgroep die gebruik maakt van dagbehandeling en dus van vervoer bestaat veelal uit kwetsbare ouderen, vaak met meerdere gezondheidsproblemen. Voor deze doelgroep is elke aanvullende actie die nodig om gebruik te kunnen maken van dagbehandeling een mogelijk risico op afhaken. Machtigingsbeleid, extra kosten, onduidelijkheid over aanspraken en/of verandering van bestaande gewoonten rond vervoer vormen in die zin een risico voor toegankelijkheid van dagbehandeling en daarmee voor de ambities in 'Langer Thuis' en 'Zorg op de Juiste plek'.

Om deze ongewenste gevolgen te voorkomen, is nadere verkenning om vervoer van en naar de dagbehandeling onder te brengen binnen de regeling 'zittend ziekenvervoer' ons inziens noodzakelijk. Daarbij kunt u overwegen of en op welke wijze het behoud in de Zorgverzekeringswet wenselijk is. De prestatie moet nog worden uitgewerkt alvorens het kan worden opgenomen in de Zorgverzekeringswet. We zijn vooralsnog onder deze voorwaarden geen voorstander van het onderbrengen van vervoer voor de aanvullende geneeskundige zorg in de regeling 'zittend ziekenvervoer'.

ActiZ is van mening dat cliënten in staat gesteld moeten worden, om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Zorg en ondersteuning moeten in de nabijheid kunnen worden geleverd. Wanneer dit niet mogelijk is, is voor mensen die een beperking ervaren in hun mobiliteit een goede regeling voor vervoer van essentieel belang.

Met vriendelijke groet,

Wouter van Soest

Directeur ActiZ

Zorginstituut Nederland

Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp Reactie ZN op consultatiedocument zittend ziekenvervoer
Datum 6 december 2018
Uw kenmerk Volgnummer 2018056784
Ons kenmerk B-18-4851
Contactpersoon

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 8911
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte mevrouw L.,

Op 4 december 2018 hebben wij van u het conceptadvies 'zittend ziekenvervoer, consequenties in maat en getal' ontvangen. Onderstaand treft u de reactie van verzekeraars op dit advies.

Algemeen:

Zorgverzekeraars maken zich zorgen over de weg die mogelijk wordt ingeslagen wanneer de beschreven opties daadwerkelijk worden gevolgd. Doelstelling van het aanpassen van de regeling zittend ziekenvervoer was het realiseren van een rechtvaardige, toekomstbestendige en uitvoerbare regeling. Zorgverzekeraars zijn van mening dat op basis van de gevolgde opties niet voldaan wordt aan deze doelstelling. Zoals eerder aangegeven in onze brief van 22 maart 2018 zijn zorgverzekeraars van mening dat met beide opties (of een combinatie tussen deze twee) er geen oplossing voor de bestaande problemen wordt geboden. Met deze opties worden bestaande grenzen verlegd maar worden de fundamentele problemen in de huidige regeling niet opgelost.

Zorgverzekeraars zien dat er momenteel wordt voorgesorteerd op optie 2. Ten aanzien van optie 2 hebben zorgverzekeraars al eerder aangegeven dat hiermee het medische karakter (de medische noodzaak) van het vervoer wordt losgelaten en hiermee ook de grond voor een plaatsing in de Zvw. In uw rapport gaat u meer uit van de toegang tot de zorg (de frequentie en de afstand van het vervoer en indirect dus de kosten van het vervoer). De vraag is of dit anno 2018 binnen de Zvw zou moeten worden geregeld.

Door zorgverzekeraars zijn daarom twee alternatieven neergelegd die eenvoudiger te organiseren zijn, meer tegemoetkomen aan het patiëntperspectief en daadwerkelijk een oplossing bieden voor de fundamentele problemen in de huidige regeling. Het rapport nu ter consultatie voorgelegde document bevestigen de eerdere mening van zorgverzekeraars. Om deze reden brengen wij onze eerdere brief nogmaals onder uw aandacht (bijlage 1).

In dit kader zouden we u ook willen vragen om hoofdstuk 8 en met name de laatste alinea op pagina 39 aan te passen. In deze alinea wordt aangegeven dat er door partijen geen alternatieven zijn aangedragen. Dit is niet juist. Vanuit zorgverzekeraars zijn wel degelijk

Bijlage 1

alternatieven aangedragen zoals uit onze brief blijkt. Wij nemen aan dat hier bedoeld wordt dat er geen alternatieven genoemd zijn anders dan beschreven in hoofdstuk 8.

Reactie consultatiedocument

Zorgverzekeraars onderschrijven de conclusie op pagina 9 van het document: *Het Zorginstituut concludeerde dat er geen regeling te formuleren is, waarin aan de componenten toekomstbestendig, rechtvaardig en uitvoerbaar in gelijke mate recht wordt gedaan én waarbij bestaande rechten blijven bestaan.*

Het is dan ook belangrijk dat uit het rapport twee zaken helder naar voren komen:

1. Wat betekent de aanpassing voor de rechten van de huidige groep gebruikers van de regeling
2. Wat betekent een aanpassing voor de rechten voor eventuele nieuwe gebruikers.

Zorgverzekeraars zien dat aan beide elementen in het document aandacht wordt besteed maar op basis van het huidige voorliggende concept met data kunnen wij niet aangeven wat de opbrengsten en de nadelige gevolgen zijn voor onze verzekerden (diverse patiëntengroepen) en de zorgkosten op het gebied van zittend ziekenvervoer. Zonder deze consequenties te kennen is het dan ook lastig om een voorkeursoptie uit te spreken.

Doelstelling van het aanpassen van de regeling is het realiseren van een makkelijk en eenduidig uitvoerbare regeling met lage administratieve lasten, waarbij de kosten goed voorspelbaar zijn zodat de juiste budgetten beschikbaar kunnen worden gesteld. Het rapport werkt nu 2 opties uit, maar in het rapport wordt (nog) geen duidelijk advies gegeven aan de minister waaruit blijkt dat deze doelstelling op basis van de gepresenteerde opties ook daadwerkelijk wordt behaald. Een overzicht met plussen en minnen, toewerkend naar een advies zou verhelderend werken. Slot conclusie van zorgverzekeraars bij de huidige versie van het rapport is dat er nog geen besluit genomen kan worden.

Onderstaand treft u een verdere gedetailleerde uitwerking aan van de vragen en opmerkingen die zorgverzekeraars bij het consultatiedocument hebben.

1. Wat betekent de aanpassing voor de rechten van de huidige groep gebruikers van de regeling

In beide opties lijken met name rolstoelgebruikers en visueel gehandicapten erop achteruit te gaan. Onduidelijk blijft welke deel van de patiëntenpopulatie en/of welk deel van de vervoersbewegingen op basis van beide opties niet meer in aanmerking komt voor een vergoeding.

- In het rapport wordt ten aanzien van optie 1 aangegeven dat deze gevolgen op basis van de beschikbare data moeilijk te kwantificeren zijn. Hoewel zorgverzekeraars deze databeperking herkennen is de uitkomst wel dat we niet precies weten wat de impact van optie 1 precies zal zijn.
- Op pagina 31 en 32 wordt ingegaan op de gevolgen van de optie 2. In de uitwerking wordt met name ingegaan op de oncologische patiënten. Graag zouden wij zien dat de koppeling aan deze patiëntencategorie wordt verbreed naar andere categorieën, zoals MS, ALS, e.d. Ook hier blijft onhelder welke deel van de patiëntenpopulatie en/of welk deel van de vervoersbewegingen op basis van optie 2 niet meer in aanmerking komt voor een vergoeding. Wij zouden u willen verzoeken om in hoofdstuk 2 per patiëntgroep procentueel aan te geven wat welk deel van de groepen op basis van de huidige hardheidsclausule nog aanspraak zou

Bijlage 1

kunnen maken op een vergoeding van vervoer (zoals dit ook op pagina 35 wordt gedaan voor de oncologische patiënten).

Een element dat in dit kader onderbelicht blijft in de analyse is wat de impact van deze uitkomst kan zijn op deze groepen. Blijft voor hen de zorg voldoende toegankelijk? Wij zouden u willen verzoeken dergelijke consequenties nader in kaart te brengen.

2. Wat betekent een aanpassing voor de rechten voor eventuele nieuwe gebruikers.

In hoofdstuk 5 wordt beschreven welke groepen eventueel in aanmerking komen voor vervoer. In deze uitleg wordt er geen duidelijke relatie gelegd met de eerder door ZIN voorgestelde definitie¹. Wat is het gevolg van het toepassen van deze definitie? Zorgt het hanteren van definitie ervoor dat er nieuwe groepen of andere groepen gebruik kunnen maken van de regeling ten opzichte van de huidige situatie. Graag meer duidelijkheid hier over.

Ook mist een kwantificatie van de gevolgen van deze aanpassing. Hoeveel patiënten kunnen met deze aanpassing extra aanspraak maken op de regeling en welke budgettaire consequenties zijn hier mee gemoeid?

In hoofdstuk 7 wordt vervolgens beschreven dat de invulling van de hardheidsclausule (hoogte van de drempel) relevant is voor het beroep dat gedaan kan worden op de aanspraak. Deze conclusie is op zichzelf natuurlijk juist. Ook hier missen wij echter de budgettaire consequenties van een dergelijke aanpassing. Hoofdstuk 7 roept nadrukkelijk de vraag op wat nu een juiste hoogte van de drempel is. Medische gronden voor het invullen van deze drempel ontbreken. Hiermee blijft alleen een invulling op basis van financiële gronden over waarbij het macrobedrag de hoogte van de drempel gaat bepalen (wat zijn we bereid om uit te geven aan vervoerskosten). Wordt met een dergelijke invulling recht gedaan aan de uitgangspunten van rechtvaardigheid en toekomstbestendigheid?

Omdat een kwantificering voor bestaande en nieuwe patiënten ontbreekt ontstaat er een fors risico voor de uitgaven zittend ziekenvervoer. Een dergelijk risico is ongewenst voor het budgettaire kader voor de zorg en de hoogte van de premie. Wij zouden u daarom willen vragen om in het onderzoek meer aandacht te besteden aan de grondslag voor vergoeding vanuit de Zvw en de mogelijke budgettaire consequenties van de verschillende opties.

In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de administratieve lasten. In onze reactie van 22 maart hebben zorgverzekeraars hun zorgen op dit gebied al geuit. Zorgverzekeraars zien de geplaatste opmerkingen terugkomen in het advies. Een punt dat in dit kader extra benadrukt zou kunnen worden is de relatie tussen de administratieve lasten en de mogelijkheden om de kosten te beheersen. Een systeem waarin beide doelstelling (lage lasten en goede beheersing) worden behaald is nagenoeg niet te realiseren. Het is voor verzekeraars niet uitvoerbaar om alle aanvragen individueel te beoordelen op juistheid om zo onrechtmatige aanvragen op basis van de hardheidsclausule te voorkomen.

Duidelijk is echter dat beide opties meer werk en administratieve lasten voor zorgverzekeraars gaan opleveren dan nu het geval is, omdat er minder in de wet wordt geregeld. Het is voor zorgverzekeraars zeer belangrijk dat de groepen of berekening (zoals die nu bij de

¹ Het te verzekeren vervoer omvat vervoer naar een langdurige of intermitterende behandeling (medisch specialistisch, GGZ, revalidatie waaronder dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is.

Bijlage 1

hardheidsclausule bestaat) helder gedefinieerd wordt, zodat er geen sprake is van rechtsongelijkheid tussen zorgverzekeraars.

Mocht voor optie 2 (een vorm van de hardheidsclausule) gekozen worden, dan pleiten we ervoor om ook een maximale tijdsspanne aan te duiden waarover deze berekening gemaakt wordt. Momenteel kan het zijn dat iemand na 5 jaar nog aan de hardheidsclausule gaat voldoen.

Als laatste willen wij reageren op hoofdstuk 9 verblijf in plaats van vervoer. Zorgverzekeraars herkennen de vragenstukken zoals deze in dit hoofdstuk worden beschreven en de conclusie dat de voorwaarden waaronder niet medisch noodzakelijk verblijf voor vergoeding in aanmerking kan komen moeilijk in een rekenregel te vatten zal zijn. Een opname van de kosten in de tarieven lijkt qua uitvoering de meest eenvoudige oplossing.

Een element dat we in deze afweging missen is de vraag of een vergoeding van niet medisch noodzakelijk verblijf op basis van het huidige wettelijke kader mogelijk is. In paragraaf 9.3 worden de Ronald McDonald huizen aangehaald. Deze huizen hebben maatschappelijk een breed accepteerde waarde maar deze huizen worden niet vergoed vanuit de Zvw. Wat is de wettelijke grondslag om dit niet medisch noodzakelijke verblijf wel te vergoeden?

Met vriendelijk groet,

Wout Adema
Directeur Zorg

Zorginstituut Nederland

Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp Reactie ZN op conceptadvies zittend ziekenvervoer
Datum 22 maart 2018
Uw kenmerk Volgnummer 2018010210
Ons kenmerk B-18-4596
Contactpersoon

Geachte mevrouw L.,

Op 6 maart 2018 hebben wij van u het conceptadvies 'zittend ziekenvervoer' ontvangen. Onderstaand treft u de reactie van verzekeraars op dit advies en de gestelde consultatievragen aan.

Algemeen:

Bij zorgverzekeraars bestaan er vragen over de aanleiding voor dit tweede advies over het zittend ziekenvervoer en de kaders die gehanteerd worden voor dit tweede advies. Zoals op pagina 10 van het advies wordt aangegeven heeft het Zorginstituut in 2014 een eerste advies uitgebracht over het zittend ziekenvervoer. In dit advies werd door het Zorginstituut het volgende geconcludeerd:

In de uitvoering zijn het zittend ziekenvervoer op grond van de Zvw en vervoer vanuit de WMO steeds meer op elkaar zijn gaan lijken. Op basis van de bestaande regelgeving en die vervoersbehoefte van een zevental groepen adviseerde het Zorginstituut de regeling in stand te houden tweetal groepen, namelijk dialyse patiënten en oncologiepatiënten die radiotherapie of een chemotherapie volgen. Daarmee wordt de regeling meer dan voorheen ziekte- en behandel gerelateerd, waarmee bekostiging vanuit de Zvw beter gerechtvaardigd kan worden. Noodzakelijk vervoer vanwege een beperking- ook naar zorginstellingen- behoorde naar de mening van het Zorginstituut tot het werkgebied van de gemeente. Blinden en zeer slechtzienden en mensen die zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen kunnen dan voor zowel vervoer naar participatie- als naar zorgdoeleinden terecht bij één loket. Dat zal de duidelijkheid ten goede komen en grensvlakproblematiek doen verminderen.

In het advies uit 2014 werden door het Zorginstituut twee belangrijke uitgangspunten meegenomen bij het opstellen van het advies.

1. De vervoersbehoefte van de verschillende doelgroepen
2. Het creëren van een eenduidig en transparant loket voor deze doelgroepen

Bijlage 1

In het advies uit 2018 lijkt de focus meer verschoven te zijn naar de technische en juridische vraagstukken rondom de afbakening van de bestaande Zvw aanspraak zittend ziekenvoer. In dit kader lijkt met name uitgangspunt 2 enigszins uit beeld verdwenen te zijn. Zorgverzekeraars vragen het Zorginstituut dit uitgangspunt nadrukkelijk te betrekken in de verdere advisering. Op welke wijze kan het totale vervoerskader het beste ingericht worden zodat deze op eenvoudige en transparante wijze tegemoet komt aan de behoefte van burgers/patiënten?

In dit kader is een overheveling van niet ziekte- en behandel gerelateerd vervoer naar de WMO naar de mening van zorgverzekeraars een reële optie die beter tegemoet te komen aan de behoefte van de patiënt/burger. Vanuit dit perspectief staan zorgverzekeraars nog steeds achter het advies zoals dit door het Zorginstituut in 2014 is gegeven.

Beantwoording consultatievragen:

Gegeven bovenstaande algemene reactie hebben zorgverzekeraars gekeken naar de gestelde consultatievragen. Onderstaand treft u de antwoorden van zorgverzekeraars aan.

Consultatievraag 1: Hoe beoordeelt u optie 1 en optie 2, gezien vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid?

Zorgverzekeraars delen de mening van het Zorginstituut dat een individuele beoordeling van de noodzaak van het vervoer voor een zorgverzekeraar uitvoeringstechnisch niet haalbaar is. Er dient dan ook een alternatief gevonden te worden die uitvoerbaar is en tegelijkertijd voor de verzekerde transparant maakt wanneer er aanspraak op vervoer bestaat (en controleerbaar is voor verzekeraars).

Zorgverzekeraars zijn van mening dat beide opties op dit vlak de bestaande problemen en vraagstukken niet volledig oplossen.

Bij optie 1 wordt een algemene aanspraak geformuleerd gebaseerd op aandoeningen. De insteek voor deze optie is dus gericht op het afbakenen van de medische noodzaak van het vervoer. Een dergelijk insteek is vanuit de inhoud te prefereren en sluit ook het beste aan bij de gangbare kaders van de Zvw. Een dergelijke uitwerking heeft als voordeel dat vervoer voor de noodzakelijke groepen volledig gefinancierd kan worden. Hiermee kan de moeilijk uitlegbare uitkomst voorkomen worden dat voor een deel van doelgroep de vervoerskosten worden vergoed en voor een ander deel niet.

Deze insteek sluit aan bij de huidige insteek van de regeling en vraagt om een afgrenzing middels een limitatieve lijst. Deze optie kent hiermee ook dezelfde beperkingen als de huidige regeling omdat de bestaande grenzen niet worden opgeheven maar wordt verlegd.

Met het voorstel wordt een deel van de huidige afbakeningsvragen voorkomen maar ontstaan tegelijkertijd ook weer nieuwe afbakeningsvraagstukken. Wat is langdurig en intermitterend? Wanneer is er sprake van een medisch specialistische GGZ of revalidatiebehandeling? Wanneer is er sprake van een chronisch, langdurig of blijvende aandoening? Wil een afbakening op basis van de voorgestelde medische definitie goed functioneren zullen deze begrippen nader gedefinieerd moeten worden. Deze uitwerking dient vervolgens onderhouden te worden op basis van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

Tevens roept deze afbakening gelijke vragen op als de huidige regeling. Waarom komt het vervoer van deze zorgvormen in aanmerking voor vergoeding. Met de definitie lijkt er gestreefd te worden om de vergoeding te beperken tot tweedelijns specialistische zorg. In de eerste lijn kan er echter ook sprake zijn van een omvangrijke vervoersvraag waarvan de kosten een belemmering kunnen vormen voor het gebruik maken van de zorg. Deze tweedeling zal dan ook

Bijlage 1

vragen oproepen. Deze tweedeling bevat mogelijk ook een prikkel voor patiënten voor een doorverwijzing naar de tweede lijn om zo voor vergoeding in aanmerking te komen. Deze prikkel is tegenstrijdig met het algemeen ingezette beleid van stepped en matched care.

Verzekeraars signaleren verder dat op basis van deze optie de aanspraak op het zittend ziekenvervoer aanzienlijk wordt uitgebreid ten opzichte van de huidige situatie. Dit zal impact hebben op de uitvoering en de inkoop (zie ook opmerking aan het einde van de brief).

Bij optie 2 wordt er volledig teruggevallen op de huidige hardheidsclausule. De insteek voor deze optie lijkt primair gericht op het opheffen van de financiële drempel die een omvangrijke vervoersvraag zou kunnen opwerpen voor de zorg. Vervoer wordt vergoed als deze voldoet aan een vooraf vastgestelde grens gebaseerd op frequentie, duur en afstand. De medische noodzaak speelt in deze optie geen duidelijke rol. Zorgverzekeraars gaan er in dit scenario vanuit dat het Zorginstituut bedoeld dat er een hardheidsclausule in de wet wordt opgenomen waarmee er niet langer sprake is van hardheidsclausule van de individuele zorgverzekeraars.

Deze optie heeft als voordeel dat er een gelijke aanspraak ontstaat voor alle verzekerden. De aanspraak is redelijk transparant omdat een verzekerde de formule (in overleg met de behandelaar) kan invullen en vooraf kan inschatten of het vervoer voor vergoeding in aanmerking komt.

Deze optie kent ook een aantal nadelen. De aanspraak gaat voor de huidige aangewezen groepen achteruit omdat niet langer meer al het vervoer in aanmerking komt. Incidenteel vervoer zal niet langer meer vergoed worden. Deze aanpassing zal mogelijk impact hebben op het zorggebruik van deze groepen.

Verder is een regeling volledig gebaseerd op een hardheidsclausule uitvoeringstechnisch zeer belastend en kwetsbaar. Wanneer volledig wordt teruggevallen op een hardheidsclausule zullen alle aanvragen individueel beoordeeld moeten worden. In dit kader vragen zorgverzekeraars zich ook af welke controle eisen er aan zorgverzekeraars gesteld worden bij de uitvoering van een dergelijke regeling. Dienen zorgverzekeraars te toetsen of het aangevraagde passend is bij de zorgvraag van de patiënt. Is een patiënt daadwerkelijk aangewezen op de zorg bij de betreffende aanbieder of is er andere zorg voorhanden bij een aanbieder dichterbij in de buurt?

Wanneer er ook een inhoudelijke toets gedaan moet worden is dit scenario gelijk te stellen aan een inhoudelijke individuele toets en hiermee niet uitvoerbaar voor zorgverzekeraars.

Wanneer er alleen vooraf rekenkundig getoetst hoeft te worden of het aangevraagde vervoer voldoet aan de formule maakt dit de regeling erg kwetsbaar en financieel moeilijk beheersbaar. Het is vooraf moeilijk om over een langere periode in te schatten welke vervoersbehoefte er precies gaat zijn. Voor een patiënt (en zijn behandelaar) is wel duidelijk welke info opgegeven moet worden om voor vergoeding in aanmerking te komen. Een rekenkundige toepassing van de hardheidsclausule zal dan ook calculerend gedrag tot gevolg hebben. In dit kader zien zorgverzekeraars nu al dat het geleverde vervoer achteraf niet overeenkomt met het vooraf opgegeven vervoer. Er bestaat dan ook een risico op 'stempel aanvragen' (een risico dat bekend is uit het verleden) waarmee zorgverzekeraars geen greep kunnen houden op de uitgaven.

Consultatievraag 2: Hoe beoordeelt u het toevoegen van optie 3 aan optie 1 of aan optie 2, gezien vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid?

Op basis van optie 3 zullen zorgverzekeraars individuele aanvragen moeten beoordelen op redelijkheid en billijkheid. Om dit op een zorgvuldige en eenduidige manier te doen zullen hiervoor criteria gerealiseerd moeten worden. In de huidige regelgeving is deze toetsing ingevuld door de hardheidsclausule.

Bijlage 1

Vanuit dit perspectief is het niet mogelijk om optie 3 aan optie 2 toe te voegen omdat er dan een hardheidsclausule achter de hardheidsclausule bedacht moet worden. De huidige hardheidsclausule is echter het maximale dat bedacht kan worden om op een overzichtelijk en uitvoerbare manier rekening te houden met uitzonderlijke individuele vervoersvragen. Het toevoegen van de huidige hardheidsclausule aan optie 1 is wel mogelijk. Dit is dan geen optie 3 maar een combinatie van optie 1 en 2 die aansluit op de huidige regeling.

Samenvattend:

- Optie 1 is uitvoeringstechnisch de beste optie als de doelgroepen helder af te bakenen zijn. Zoals aangegeven is het helder afbakenen in de huidige regeling en in het neergelegde voorstel lastig. Tevens is deze altijd discutabel (waarom de ene groep wel en de andere groep niet). Vraag is dan ook of een route gebaseerd op een beschrijving van de medische noodzaak in een brede vervoerscontext op een goede wijze werkbaar te krijgen is.
- Optie 2, het opheffen van de financiële drempel, is qua uitvoering meer belastend dan de huidige regelgeving omdat alle aanvragen individueel en voorafgaand aan de behandeling beoordeeld moeten worden. Vraag is of deze belasting opweegt tegenover hetgeen dat geregeld moet worden.
Wanneer gekozen wordt voor alleen een rekenkundige toetsing van de hardheidsclausule is deze optie in de uitvoering (controles) en de financiële beheersing kwetsbaar. Wanneer gekozen wordt voor een inhoudelijke toetsing van de individuele aanvragen worden de uitvoeringslasten velen malen groter en is deze niet uitvoerbaar voor zorgverzekeraars.
- Beide opties (of een combinatie tussen deze twee) bieden dan ook geen oplossing voor de bestaande problemen. Met deze opties worden bestaande grenzen verlegd en niet opgelost.

Verzekeraars hebben dan ook nagedacht of er geen opties zijn die deze grenzen meer opheffen en meer tegemoetkomen aan het patiëntperspectief. Verzekeraars zien in dit kader twee mogelijkheden:

- Een optie zou kunnen zijn om terug te vallen op de uitkomsten van het eerdere advies van het Zorginstituut uit 2014. Een groot gedeelte van het vervoer onder de huidige regeling zou overgedragen kunnen worden naar de WMO. Dit betreft de visueel gehandicapten en rolstoel gebonden. Met deze overheveling ontstaat er voor deze groepen 1 loket, hoeven er minder lastige grenzen gedefinieerd te worden en behouden de huidige groepen hun aanspraak op vervoer. Alleen het vervoer waar een evidente medisch component mee gemoeid is zou dan in de Zvw geplaatst kunnen worden. Deze doelgroepen zullen dan wel duidelijk beschreven moeten worden;
- Wanneer deze optie niet mogelijk is omdat het echt niet lukt om een regeling op basis van een medisch noodzaak te definiëren zal de regeling enkel gericht zijn op het voorkomen van een financiële drempel voor verzekerden. Vraag is of zorgverzekeraars en/of de regeling zittend ziekenvervoer nu de meest aangewezen instrumenten zijn om deze problematiek op te lossen. Zorgverzekeraars hebben immers geen zicht op het inkomen van de verzekerden. Een beter alternatief zou zijn om de regeling zittend ziekenvervoer op te heffen en deze problematiek op te lossen via de bijstandsregeling en/of via de belastingdienst. Via deze regelingen kan getoetst worden wat het inkomen is en of de kosten een aanvullende vergoeding/bijdrage rechtvaardigen. Met deze optie hoeven er geen medisch inhoudelijke grenzen gedefinieerd te worden en kan er echt naar de financiële draagkracht van de patiënt gekeken worden. Deze optie heeft als aanvullend voordeel dat burgers/patiënten tevens de maximale vrijheid krijgen om het vervoer in te vullen naar hun eigen behoeften en mogelijkheden;

Bijlage 1

Als laatste zouden zorgverzekeraars aandacht willen vragen voor de invoeringsdatum van een eventuele wijziging. Voordat besloten wordt de regeling aan te passen moeten eerst de uitvoeringsconsequenties goed in kaart gebracht worden. Hierbij moet er voldoende ruimte geboden te worden voor:

- De communicatie richting de verzekerden/burgers
- Het aanpassen van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars/gemeenten
- Het wijzigen van het vervoersaanbod door vervoerders

Gegeven het feit dat het Zorginstituut op 1 april een advies zal uitbrengen en hierna nog besluiten van de minister en de kamer moet volgen zal een wijziging van de huidige regeling op 1 januari 2019 niet mogelijk zijn. De kaders voor 2019 worden immers op 1 april 2018 al uitgezet. Zorgverzekeraars zouden het Zorginstituut dan ook willen verzoeken om richting de minister aan te geven dat een wijziging van de regeling pas op zijn vroegst op 1 januari 2020 doorgevoerd kan worden.

Met vriendelijk groet,

Drs. J. van Kuik
Beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland

Zorginstituut Nederland
Sector Zorg: team zorg thuis
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onderwerp

Advies zittend ziekenvervoer

Datum	Referentie	Inlichtingen bij	Bijlagen
10-12-2018	18-427/MS/MH		

Geachte mevrouw L.,

We danken u voor de gelegenheid die ons is geboden om te reageren op het aanvullend advies van het Zorginstituut Nederland over het zittend ziekenvervoer. Voor Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), MIND, Dwarslaesie Organisatie Nederland, Oogvereniging, Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties, Stichting Kind & Ziekenhuis en de LFB is, zoals wij ook al in ons vorige reactie van 22 maart jl. hebben toegelicht, een belangrijk uitgangspunt dat mensen niet gehinderd mogen worden in de toegang tot benodigde zorg omdat het zelfstandig en tijdig organiseren van vervoer voor hen een probleem is. Het VN-verdrag Handicap stelt dat mensen dit recht hebben¹.

In de voorliggende versie van het concept-rapport geeft u een antwoord op vragen van de minister van VWS, aanvullend op het al uitgebrachte advies. Dit om de in het uitgebrachte advies beschreven opties van cijfermatige onderbouwing te voorzien voor wat betreft de consequenties die de opties hebben voor mensen die gebruik maken van de huidige regelingen voor (vergoeding van) vervoer op basis van hun zorgverzekering.

Om gegrond een antwoord te geven op het door u opgestelde concept-rapport "Ziekenvervoer, consequenties in maat en getal" brengen wij onze uitgangspunten die wij eerder genoemd hebben in onze brief van 22 maart 2018 opnieuw onder uw aandacht. Wij schreven toen het volgende:

¹ Recht op gelijke toegang: Art 9.1 zegt dat de overheid ervoor moet zorgen dat mensen met een handicap zelfstandig kunnen leven en volledig kunnen meedoen. De overheid moet maatregelen nemen die ervoor zorgen dat mensen met een handicap op voet van gelijkheid toegang hebben tot de fysieke omgeving, vervoer, informatie en communicatie en tot andere publieke voorzieningen en diensten van overheid en bedrijfsleven. Het artikel noemt onder andere: toegang tot gebouwen, wegen, vervoer, scholen, *medische voorzieningen*, werkplekken, informatie, communicatie- en nooddiensten.

Wij vinden het belangrijk dat de nieuwe formulering van de aanspraak zittend ziekenvervoer aansluit op de volgende uitgangspunten:

- Geen verslechtering voor de groep mensen die onder de huidige regeling zittend ziekenvervoer een medisch noodzakelijke aanspraak heeft;*
- Voorkomen van zorgmijden als gevolg van ervaren vervoersbeperking. Het afzien van behandeling vanwege problemen met vervoer of vervoerskosten, is een reëel risico voor mensen met een laag inkomen en/of mensen die toch al niet vanzelfsprekend zorg zoeken;*
- De regeling moet helder en uitvoerbaar zijn, waarbij ook de rechtspositie van de verzekerde duidelijk is gewaarborgd;*
- Elke regeling gaat uit van maatwerk.*

Al met al vinden wij het belangrijk dat mensen die een behandeling nodig hebben tijdig bij de behandelaar kunnen komen op een wijze die de behandeling niet onnodig belemmert. Daarbij kan de mobiliteitsbeperking die mensen ervaren, van verschillende aard zijn. Bijvoorbeeld: mensen zijn te moe, te ziek voor en/of na behandeling, hebben geen netwerk, geen geld, geen regel- en/of oriëntatievermogen of angstproblemen. Het voorliggende concept-rapport hebben wij vanuit deze uitgangspunten bekeken.

Onze overwegingen

Voorkom administratieve lasten voor gebruikers

Uit de met veel inspanning gevonden data blijkt dat cijfers over het gebruik lang niet altijd beschikbaar en bruikbaar zijn om het gevraagde inzicht te geven. Zo gaat het in de hoofdstukken 2.2 en 2.4 over duur en frequentie van de behandeling voor alle patiënten/cliënten, niet slechts over diegenen die van vervoer gebruik maken. Deze gegevens zeggen dus weinig over de gevolgen van een eventuele aangepaste regeling.

Wij vinden het dan ook lastig om met de gepresenteerde cijfers de 3 eerder beschreven eerdere opties opnieuw te beoordelen. Er wordt een aantal nieuwe groepen beschreven, die mogelijk ook in aanmerking zouden kunnen komen. Wat ons betreft is het beter een generieke beschrijving voor de regeling te formuleren (dat geldt nu voor beide opties 1 en 2 zoals in het ZINL rapport van mei 2018), de te verzekeren prestatie vanuit de mobiliteitsbeperking en de daarmee gepaard gaande noodzaak tot toegang tot medische zorg te beschrijven in plaats van een opsomming te maken van verschillende aandoeningen, met het risico daarin onvolledig te zijn. In uw rapport geeft u aan dat hoge administratieve lasten voorkomen moeten worden. Daar kunnen wij ons uiteraard in vinden. Bij de te kiezen optie moet dan ook aandacht zijn voor de lasten voor de gebruiker. Te veel administratieve handelingen aan hun kant en/of onvindbaarheid van de regeling kunnen een onbedoelde, maar grote belemmering vormen.

Geen drempel

Naast de eigen bijdrage voor vervoer en het verplichte eigen risico, vinden wij het daarbovenop hanteren van een drempel niet wenselijk. Dit vergroot de stapeling van zorgkosten en maakt de regeling voor mensen lastiger te doorgronden. Er is opgeroepen om eventuele alternatieven voor een regeling aan te dragen. Wat ons betreft is dat een regeling die geldt voor alle verzekerden met

een mobiliteitsbeperking, ongeacht de aard van de beperking. Het vertrekpunt is de mobiliteitsbeperking en niet de onderliggende aandoening(en). De regeling is goed vindbaar en stelt mensen in staat om vooraf op eenvoudige wijze een goede inschatting te maken van de bijkomende kosten.

Vervoer via Wmo is geen goed alternatief

In uw onderzoek haalt u ook de alternatieve optie aan van vervoersondersteuning via Wmo. Wat ons betreft is dat geen optie. Bij vervoer naar een medische behandeling staat het borgen van toegang tot noodzakelijke zorg centraal. Daarbij spelen aspecten als op tijd op de juiste plek aanwezig zijn, lichamelijke en psychische belasting van reizen in relatie tot de behandeling een rol. De mensen die zijn aangewezen op vervoer naar hun behandeling hebben behoefte aan betrouwbare en voorspelbare individuele voorzieningen, waarbij het niet wenselijk is dat mensen langs verschillende loketten moeten om hun vervoer en toegang tot zorg geregeld te krijgen.

Onze voorkeur: optie 1 met een hardheidsclausule

In onze eerdere reactie spraken wij de voorkeur uit de keuze te maken voor optie 1 (*het te verzekeren vervoer naar een langdurige of intermitterende behandeling (medisch specialistisch, GGZ, revalidatie waaronder dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is*), in combinatie met een hardheidsclausule (*vervoer dat niet samenhangt met een langdurige behandeling, maar een optelsom vormt van incidentele zorg wordt via een hardheidsclausule vergoed, waaronder mensen met een visuele beperking, rolstoelgebruikers, mensen met LVB en kinderen die begeleid moeten worden*).

Aanvullend wordt door u de optie verblijf in plaats van vervoer beschreven. Wij vinden dit een geschikte optie, mits dit aansluit bij de wens van de betreffende patiënt/cliënt én dit op vrijwillige basis gebeurt.

Informatievoorziening

Tot slot: we herhalen ons pleidooi voor een goede informatievoorziening over de veranderingen die gaan plaatsvinden als gevolg van de gewijzigde regeling. Informeer mensen actief over de veranderingen van de regeling.

Wij verzoeken u dit advies mee te nemen in het definitieve advies over het zittend ziekenvervoer.

Met vriendelijke groet,

Illya Soffer,
directeur Ieder(in)

Dianda Veldman,
directeur-bestuurder
Patiëntenfederatie Nederland

Marjan ter Avest,
directeur MIND Landelijk
Platform Psychische
Gezondheid

Jos Dekkers,
voorzitter Dwarslaesie
Organisatie Nederland

Dr. Pauline Evers,
Beleidsmedewerker
geneesmiddelen /
wetenschappelijk onderzoek
NFK

Joep Aarts,
directeur Oogvereniging

Conny Kooijman
Directeur LFB

Hester Rippen
directeur Stichting Kind &
Ziekenhuis

ZINL

Eekholt 4
1112XH Diemen

datum: 10 december 2018

kenmerk: 2018-119-PE-920

onderwerp: Zittend ziekenvervoer: consequenties in maat en getal

Geachte Mevrouw L.,

Hierbij ontvangt u de reactie van de NFK op het ZINL document Ziekenvervoer, Consequenties in maat en getal. Dit document is opgesteld op verzoek van de minister van VWS naar aanleiding van het advies van ZINL over het zittend ziekenvervoer dd 9 april en de vraag van de minister de beschreven opties nader van cijfers te voorzien vooral voor wat betreft de consequenties van de opties voor de bestaande vergoedingspraktijk.

Wij constateren dat nagenoeg niets van hetgeen door de patiëntenorganisaties op de consultatie meeting op 21 november te berde is gebracht in het document is terug te vinden. Daarover zijn we erg teleurgesteld

Conclusie van NFK - vervoer

- Gezien de algemene bezwaren van een aantal patiëntenorganisaties (zie onze gezamenlijke brief) worden we graag betrokken bij alle verdere discussies bij ZINL en VWS over het vormgeven van een nieuwe regeling.
- Alle kankerpatiënten hebben in de huidige regeling recht op vergoeding van zittend ziekenvervoer. Ongeveer 50% maakt er gebruik van. Patiënten vragen kennelijk naar redelijkheid om vergoeding.
- Bij de door ZINL voorgestelde optie 2 vervalt het recht op vergoeding voor 80% van de kankerpatiënten. Als de wegingsfactor van 0,25 niet wordt meegenomen geldt dat nog steeds voor 40%. In hoeverre deze groep overlapt met de 50% die er nu gebruik van maakt valt uit de getallen niet af te lezen.
- Kankerpatiënten zijn vaak ouderen die zelf geen auto rijden of per OV kunnen reizen. Daarnaast ondergaan zij een belastende behandeling met veel bijwerkingen en een verhoogd infectie risico. Hierdoor zijn ze vaak aangewezen op vervoer per auto of dure taxi's. Het OV is voor hen geen optie.
- Met name taxikosten (20.000 patiënten per jaar) kunnen een belemmering zijn ook als de afstand naar het ziekenhuis relatief beperkt is.
- Meer en meer worden (een deel van) de behandelingen gegeven in expert centra. De overheid stimuleert dit, omdat het bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. De reisafstand zal toenemen, dus voor een toekomstbestendige regeling is een open geformuleerde regeling als optie 1 meer geschikt.
- NFK is derhalve voorstander van optie 1.

Verblijf

- Voor protonen bestraling is verblijf in aan aantal gevallen een betere oplossing dan vervoer. ZINL geeft aan dat hier een regeling voor moet komen, maar definieert verder niet wat daarvoor de criteria moeten zijn. Deze brief bevat onze overwegingen. Wij worden graag door ZINL / VWS betrokken bij het vormgeven van deze regeling.

Achtergrond

In het advies van 9 april worden drie opties genoemd. ZINL geeft de voorkeur aan optie 2 (*Onder het te verzekeren vervoer valt het vervoer waarvan de frequentie, duur en afstand in onderlinge samenhang bezien de drempel van 250 overschrijdt* voorgestelde formule: afstand * behandel frequentie * weegfactor >250). De hardheidsclausule tot regel verheven, rechtvaardigt misschien het achterwege laten van de weegfactor of een lagere drempel dan 250.

De patiëntenorganisaties gaven in hun reactie van 22 maart 2018 de voorkeur aan optie 1 (*het te verzekeren vervoer naar een langdurige of intermitterende behandeling (medisch specialistisch, GGZ, revalidatie waaronder dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is*) aangevuld met een uitbreiding van groepen aan de hand van een hardheidsclausule (*Vervoer dat niet samenhangt met een langdurige behandeling, maar een optelsom vormt van incidentele zorg zou bijvoorbeeld via deze hardheidsclausule vergoed kunnen worden*). Het verdient aanbeveling de temen langdurig of intermitterend en langdurig chronisch nog nader te omschrijven.

Algemene uitgangspunten

Voor de algemene uitgangspunten (toekomstbestendig, rechtvaardig en uitvoerbaar) bij de keuze voor een van de opties verwijzen we naar de gezamenlijke brief die de patiëntenorganisaties over dit onderwerp deze week aan ZINL gestuurd heeft. Wij willen benadrukken dat er geen verslechtering van de huidige regeling moet optreden voor bestaande groepen en dat vervoer geen belemmering mag opwerpen voor patiënten tot toegang van zorg.

Uitgangspunten voor oncologie patiënten

Voor de oncologie specifiek gelden daarbij nog de volgende overwegingen:

- Oncologie patiënten zijn vaak ernstige zieke patiënten die een belastende therapie ondergaan, met nogal wat bijwerkingen. Bovendien zijn zij vaak gevoelig voor infecties. Daarnaast is meer dan 50% van de kankerpatiënten ouder dan 65 jaar. Voor een aanzienlijk deel van de patiënten betekent dat dat zij niet zelf kunnen autorijden (door leeftijd of door ziekte) en het openbaar vervoer geen optie is. Zij zijn dus aangewezen op (duurder) taxivervoer (ongeveer 50% van het gedeclareerde vervoer is inderdaad taxivervoer), en dat kan, ook als de behandelplek dichtbij is, in prijs flink oplopen.
- In oncologische Nederland komen steeds meer ingewikkelde en gecompliceerde behandelingen. Protonen bestraling, immunotherapie, HIPEC, beeld gestuurde behandelingen, behandeling met radio-embolisatie, thermo-ablatie, complexe chirurgie worden niet meer in alle ziekenhuizen aangeboden. NFK is voorstander van behandeling in expert centra omdat dat de kwaliteit van behandeling ten goede komt en in sommige gevallen wordt deze verplichting tot 'concentratie van zorg' zelfs door instanties (VWS, Zorgverzekeraars) opgelegd.

- Oncologische patiënten (en zeker kinderen) gaan meestal met een begeleider naar hun afspraken. Dat betekent dat ook de reis voor de begeleider voor vergoeding in aanmerking dient te komen. In het geval van kinderen komt het nu regelmatig voor dat een tweede ouder per trein moet reizen terwijl er in het zittend ziekenvervoer (taxi) nog vrije stoelen zijn. Dit is een onwenselijke, onpraktische en onnodig dure 'oplossing'.

Kankerpatiënten zullen in de toekomst vaker gebruik (moeten) maken van zorg verder van huis. Bij optie 2 is de vergoeding afhankelijk van afstand, frequentie en duur van de behandeling en dat zal in de boven omschreven situatie de zorg steeds minder toegankelijk maken. Daar waar delen van de behandeling in verschillende centra plaatsvinden is het niet mogelijk om afstand, duur en frequentie daarvan vast te stellen.

Consequenties in maat en getal

Het voorliggende rapport probeert met data de gevolgen van een keuze voort optie 1 of 2 te onderbouwen. Wij waarderen de inspanning van ZINL om de cijfers boven water te krijgen. Het blijkt echter dat gegevens voor een goede cijfermatige onderbouwing voor de keuze tussen de opties niet voorhanden zijn en de vraag van de minister blijft daarmee onbeantwoord

Wat duidelijk wordt uit de gegevens is dat een one-size-fits-all oplossing in feite niet mogelijk is: iedere groep heeft, afhankelijk van de aandoening zijn eigen specifiek behoefte en dat laat zich niet in één uniforme vervoersregeling vatten. Een uniforme regeling lijkt op het eerste gezicht wellicht 'rechtvaardig' maar is dat niet vanwege het verschil in behoefte gebaseerd op de aandoening. Een benadering die de mogelijke 'mobiliteitsbeperking' (zowel fysiek als financieel) als uitgangspunt neemt is daarom de beste oplossing.

Consequenties voor oncologie patiënten

NFK wil hieronder graag de behoeften schetsen voor de kankerpatiënten en de consequenties voor deze groep van een mogelijke aanpassing in de huidige regeling.

In paragraaf 2.2.2, 2.4.2 en in de tabel op pag 30 worden de getallen voor de oncologie gepresenteerd. Minder dan de helft van de kankerpatiënten maakt gebruik van zittend ziekenvervoer, terwijl iedereen er recht op heeft. Kennelijk wordt binnen de huidige regeling hier door patiënten redelijk verantwoord mee omgesprongen.

Uit paragraaf 2.2.2 blijkt dat dertig procent van de patiënten minder dan 7 dagen per jaar van zorg voor kanker gebruik maken. Dat lijkt weinig als je bedenkt dat een bestraling vaak gedurende 5 weken 5 dagen per week plaats vindt. Chemotherapie wordt in kuurvorm gegeven op de dagbehandeling meestal gedurende 6 -8 maanden, dat zijn alleen voor de chemo zelf al 6 -8 bezoeken. Vervoerskosten voor controles worden overigens pas per 1.1.2019 onder de regeling zittend ziekenvervoer vergoed en deze getallen zijn in deze tabellen dus niet meegenomen.

- Uit paragraaf 2.3.2. blijkt dat 57% van de patiënten minder dan 20km enkele reis van huis naar ziekenhuis woont en 7% meer dan 50km.
- Er is sprake van patiënten die met immunotherapie behandeld worden. Echter, in de onderzochte periode (2015-2017) maakte zittend ziekenvervoer voor immunotherapie geen deel uit van het verzekerde pakket.

Consequenties van de nieuwe opties voor kankerpatiënten.

- Keuze voor optie 2 (de voorkeur van het eerdere ZINL rapport) leidt ertoe dat met de huidige wegingsfactor en drempel 80% van de kankerpatiënten geen gebruik meer kan maken van vervoer. Dit is voor ons een onacceptabele achteruitgang. Als er geen weefactor gebruikt wordt daalt dat percentage naar 41%. Deze percentages zijn berekend op basis van alle kankerpatiënten en niet op basis van de patiënten die nu gebruik maken van de regeling dus het uiteindelijke effect is niet helemaal duidelijk.
- Optie 1: zolang de definities van langdurig of intermitterend behandeling en chronisch of langdurig beperking niet begrensd zijn is het onduidelijk of kankerpatiënten hieronder vallen. Omdat er in het document van april wordt gesproken over uitbreiding van de huidige regeling gaan wij ervan uit dat ALLE kankerpatiënten hier onder zullen vallen. In dat geval verandert er niets voor kankerpatiënten.

Samenvattend heeft Optie 1, zittend ziekenvervoer op basis van aandoening, onze voorkeur. Voor patiënten is het dan duidelijk waar ze aanspraak op kunnen maken.

Mocht er een hardheidsclausule aan optie 1 verbonden worden dan vinden wij het van belang die zo eenduidig mogelijk vast te leggen, zodat er geen interpretatie verschillen achteraf door zorgverzekeraars kunnen ontstaan.

VERBLIJF

De NFK pleit al enige tijd voor het mogelijk maken van vergoeding voor verblijf bij langdurige behandeling ver van de eigen woonplaats (e.g. protonen therapie). In het geval van protonen bestraling bij kinderen is het bovendien zo dat deze bestraling plaats vindt kort nadat de kinderen een zware operatie hebben ondergaan en dat er vaak sprake is van een combinatie met chemotherapie. Elke dag op en neer, 6 weken lang is voor deze ernstig ziek patiënten die veel bijwerkingen ondervinden en erg vatbaar zijn voor infecties vaak een volstrekt onhaalbare opgave, ook als de reistijd relatief beperkt is. Bovendien kunnen de kosten hoger uitvallen dan bij eenvoudig verblijf.

ZINL stelt voor voorwaarden te verbinden aan de vergoeding van verblijf en werpt een aantal vragen op.

- Alleen als logeren goedkoper is dan vervoer. Hier zijn wij geen voorstander van omdat het geen rekening houdt met de zware belasting van het dagelijks reizen voor de patiënt. NFK is meer voorstander van een opener omschrijving (daar waar sprake is van opeenvolgende behandeldagen). Het is maatwerk en ook afhankelijk van de fysieke gesteldheid van de patiënt.
- Koppelen aan bepaalde behandelingen. Alhoewel dit in het geval van protonen therapie wel een snelle oplossing zou zijn, is NFK hier geen voorstander van omdat voor elke nieuwe langdurige behandeling dan opnieuw de regeling moet worden aangepast.
- Minimum van 3 dagen aaneengesloten behandeling. Dat lijkt wellicht wel logische oplossing.
- Het lijkt noodzakelijk om naast de overnachting ook voor maaltijden te betalen, immers bij verblijf in een hotel gedurende 5-6 weken kunnen de kosten aardig oplopen.
- Werkelijke kosten of maximaal bedrag? Of een aanvulling op een eigen bijdrage?
- Minimum afstand tussen woonplaats en behandelek. De huidige praktijk leert dat dagelijks reizen voor patiënten alleen mogelijk is voor patiënten die maximaal een uurtje van het centrum in Groningen wonen, vanwege de eerder genoemde slechte toestand van de patiënt.

- Ook verblijf voor een begeleider moet geregeld worden, eventueel twee begeleiders in het geval van kinderen?
- Verplichting voor protonen centra om een eigen logeerfaciliteit te bouwen. De vraag is of een ziekenhuis daartoe verplicht kan worden gezien de investering die dit vergt.

Voor het bepalen van een model voor vergoeden van verblijf kan gekeken worden naar een aantal bestaande of eerder gevoerde praktijken e.g. verblijf in een Ronald mcDonald huis (of in een hotel wanneer daar geen plaats is), de eerdere coulance regeling die zorgverzekeraars hanteerden voor protonen bestraling in het buitenland en de huidige coulance regeling die zorgverzekeraars aan protonen patiënten aanbieden.

Wij zijn uiteraard bereid om met veldpartijen te zoeken naar een geschikte oplossing voor de verblijfscomponent met een bredere insteek dan alleen protonen therapie bij kinderen.

Voor verdere informatie kunt u contact opnemen met Pauline Evers, NFK (088-0029777, p.evers@nfk.nl).

Met vriendelijke groet,

Drs. A.J. Broenland
Directeur / Bestuurder
Ned. Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties