Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 201350
2500 EJ DEN HAAG

0530.2014047106

Zorginstituut Nederland
Pakket

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

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

Onze referentie
2014047106

Bijlage
Rapport zittend ziekenvervoer
+ reacties van partijen
(in afzonderlijke bijlage)

Datum 4 april 2014
Betreft Advies zittend ziekenvervoer

Geachte mevrouw Schippers,

Op 31 maart 2014 heeft Zorginstituut Nederland, toen nog College voor zorgverzekeringen, het Advies Vervoer in de zorgverzekering vastgesteld. Daarin adviseren wij om de regeling zittend ziekenvervoer te beperken tot dialyse-, radiotherapie- en chemotherapiepatiënten, aangevuld met een hardheidsclausule.
Noodzakelijk vervoer vanwege een beperking zoals voor rolstoelafhankelijke patiënten en blinden/zeer slechtzienden behoort ons inziens tot het werkgebied van de gemeente.

Voor dit advies hebben wij partijen op diverse momenten geraadpleegd. Er is gekeken naar de oorspronkelijke doelstelling van de regeling, naar de uitvoeringspraktijk en naar ervaringen van gebruikers.

Wij zijn van mening dat de nu voorgestelde herschikking meer helderheid biedt aan patiënten en uitvoerende partijen.

Het doet ons genoegen u dit rapport aan te bieden.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Advies zittend ziekenvervoer

Datum 4 april 2014
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2013128807
Contactpersoon	
Afdeling	
Uitgebracht aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

1 Inleiding—7

2 Vraagstelling—9

3 Regeling, praktijkervaringen en kostenontwikkeling van het zittend ziekenvervoer—11
3.1 Inleiding—11
3.2 Vervoer in de Zvw—11
3.3 Doelstelling regeling zittend ziekenvervoer—13
3.4 Gebruik en kosten zittend ziekenvervoer—14
3.5 Vervoer via de Wmo—15
3.6 Ervaringen van gebruikers—16
3.7 Ervaringen van uitvoerders—17
3.8 Conclusies—19

4 Ontwikkelingen in vervoersbehoefte en implicaties voor de huidige regeling zittend ziekenvervoer.—21
4.1 Inleiding—21
4.2 Overheveling geriatrische revalidatiezorg—21
4.3 Toekomstige veranderingen op het gebied van Zvw, AWBZ en Jeugdzorg—21
4.3.1 Behandeling van zintuiglijk gehandicapten—21
4.3.2 Ontwikkelingen in de Zvw-zorg—22
4.3.3 Overheveling Jeugd-GGZ naar gemeenten—22
4.4 Veranderingen in de Wmo—22
4.5 Conclusie—23

5 Behoefte aan collectieve regeling vervoer—24
5.1 Eigen of collectieve verantwoordelijkheid?—24
5.2 De Zvw: een aparte aanspraak voor zittend ziekenvervoer—26
5.3 Wet maatschappelijke ondersteuning—27
5.4 Ondersteuning via de fiscus—27
5.5 De zorgverzekeringswet: Vervoer koppelen aan de behandeling—28

6 Advies—31
6.1 Overwegingen—31
6.2 Consequenties en overwegingen per doelgroep—31
6.3 Reacties van partijen—34
6.3.1 Analyse—34
6.3.2 Criteria om voor een scenario te kiezen—34
6.3.3 Voorkeur scenario—34
6.4 Randvoorwaarden en aandachtspunten—35
6.5 Financiële consequenties—36

7 Tenslotte—37

Samenvatting

Zittend ziekenvervoer is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld voor vier doelgroepen: dialysepatiënten, radiotherapie- en chemotherapiepatiënten, patiënten die zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen en patiënten van wie het gezichtsvermogen zodanig beperkt is dat zij zich niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen. Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning is er een zekere samenloop ontstaan tussen beide regelingen voor wat betreft het vervoer van patiënten naar een zorginstelling. Zorginstituut Nederland adviseert om het zittend ziekenvervoer te beperken tot de doelgroepen dialyse-, radiotherapie- en chemotherapiepatiënten, aangevuld met een hardheidsclausule.

Aan dit advies is een vrij uitgebreid traject voorafgegaan waarin partijen op verschillende momenten zijn geraadpleegd. Er is gekeken naar de oorspronkelijke doelstelling van de regeling, naar de uitvoeringspraktijk en naar ervaringen van gebruikers. Ook is het onderwerp meerdere keren in de Adviescommissie Pakket besproken.

De kosten voor zittend ziekenvervoer vertonen een lichte, continue stijging die gelijk op lijkt te gaan met de stijging van het aantal gebruikers van de regeling zittend ziekenvervoer.

De vier doelgroepen zijn destijds gekozen omdat voor hen geen alternatieve wijze van vervoer voorhanden was, of omdat ze geregeld gebruik maken van zorgvoorzieningen. Incidenteel bezoek aan een zorginstelling behoort in principe tot de eigen verantwoordelijkheid.
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. Anders dan vaak gedacht behoort vervoer naar een zorginstelling ook tot de reikwijdte van de Wmo, als de burger geen beroep kan doen op de regeling van de Zvw.

In de uitvoering zijn zittend ziekenvervoer op grond van de Zvw en vervoer vanuit de Wmo steeds meer op elkaar gaan lijken. In beide gevallen vindt het vervoer voornamelijk plaats in de vorm van taxivervoer en proberen uitvoerders door middel van combinatieritten tot een zo doelmatig mogelijke uitvoering te komen.

De komst van de Wmo en de nog op stapel staande wijzigingen in de regelgeving hebben implicaties (gehad) voor de vervoersbehoefte en het huidige en toekomstige beroep op de regeling zittend ziekenvervoer. Uitgaande van de bestaande regelgeving en de vervoersbehoefte die wij hebben geïdentificeerd bij een zevental doelgroepen hebben wij vier scenario’s voor een nieuwe wettelijke ordening van vervoer naar een zorginstelling geformuleerd. Deze scenario’s hebben wij voorgelegd aan belanghebbende partijen, vergezeld van criteria die wij van belang achten om tot een keuze te komen die het beste past bij de beschreven doelgroepen.

De vier wettelijke regimes die we in de scenario's hebben betrokken zijn:

1. een aparte aanspraak zittend ziekenvervoer in de Zvw
2. de Wet maatschappelijke ondersteuning
3. een fiscale oplossing
4. voor bepaalde behandelingen in de Zvw vervoer opnemen in de aanspraak.

We adviseren continuering van de regeling Zittend ziekenvervoer voor een tweetal doelgroepen, namelijk dialysepatiënten en oncologiepatiënten die radiotherapie of een chemotherapie volgen. Daarmee wordt de regeling meer dan voorheen ziekte- en behandelinggerelateerd, waarmee bekostiging vanuit de Zvw beter gerechtvaardigd kan worden. Noodzakelijk vervoer vanwege een beperking –ook naar zorginstellingen- behoort ons inziens tot het werkgebied van de gemeente. Blinden/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.
De Adviescommissie Pakket staat op zich wel achter deze benadering, maar twijfelt over overheveling op dit moment, nu er al zoveel wijzigt in de Wmo. Er is echter ook een lid dat meent dat er een efficiencyslag gemaakt kan worden met een overheveling naar de Wmo.

De hardheidsclausule blijft binnen de Zvw gehandhaafd voor mensen die voor een langdurige behandeling en een grote afstand een omvangrijke vervoersvraag hebben.
In totaal schatten we in dat de kosten voor de regeling zittend ziekenvervoer met 41% zullen verminderen indien dit advies wordt overgenomen. Dat is een bedrag van ruim 52 miljoen euro, dat voor nader te bepalen deel terugkomt in de Wmo.

1 Inleiding

Zittend ziekenvervoer is geregeld in de Zorgverzekeringswet voor mensen die door een langdurige ziekte vaak voor een behandeling naar een zorginstelling moeten reizen. De regeling was er in deze vorm al in de tijd van de Ziekenfondswet. Er zijn diverse aanleidingen om het zittend ziekenvervoer, zoals het nu geregeld is, onder de loep te nemen. De kosten nemen jaarlijks toe, en de omstandigheden zijn veranderd, met name door de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning en de Zvw. Op het gebied van vervoer lijkt er een zekere samenloop tussen beide regelingen te zijn ontstaan die zich vertaalt naar vraagstukken in de uitvoeringspraktijk.

We hebben nader naar het zittend ziekenvervoer gekeken, zowel naar de achtergrond van de regeling als naar de uitvoeringspraktijk. We constateren dat, ondanks de knelpunten die er zijn, de regeling voorziet in een behoefte. Die behoefte hebben we in dit rapport nader te geanalyseerd. Vervolgens stellen we de vraag welke mogelijkheden er zijn om hieraan tegemoet te komen, en via welke collectieve regelingen dit op een houdbare wijze valt te realiseren. Uiteindelijk leidt dit tot een oordeel over de vraag in hoeverre zittend ziekenvervoer verzekerd moet blijven in de Zorgverzekeringswet.

Verantwoording gevolgde proces
Voor dit rapport hebben we gesprekken gevoerd met patiëntvertegenwoordigers, verzekeraars, aanbieders en gemeenten. In mei 2013 hebben we een bijeenkomst georganiseerd met gemeenten, patiëntvertegenwoordigers, vervoerders en verzekeraars over de vraag hoe de toekomst van het ziekenvervoer er uit zou moeten zien in hun optiek. Hier zijn ook veel observaties over de huidige praktijk gedeeld. Waar relevant zijn ze opgenomen in het rapport.
In december 2013 is het conceptrapport voorgelegd aan partijen, zowel bestuurlijk als aan degenen die in het voortraject zijn geraadpleegd. De Adviescommissie Pakket heeft op 2 november 2012, op 5 april 2013 en op 21 februari 2014 gesproken over dit onderwerp. Hun inbreng is verwerkt in verschillende passages in de tekst.

2 Vraagstelling

We beantwoorden in dit rapport de vraag of zittend ziekenvervoer verzekerd moet blijven onder de Zorgverzekeringswet. Om die vraag te kunnen beantwoorden stellen we de volgende subvragen:

1. Hoe zien de huidige regelingen voor vervoer er uit en wat is het doel ervan? (paragraaf 3.2, 3.3 en 3.5)
2. Wie maken nu gebruik van de regeling zittend ziekenvervoer en wat is de kostenontwikkeling (paragraaf 3.4)
3. Wat zijn de ervaringen van partijen met het zittend ziekenvervoer en met het vervoeren van kwetsbare mensen (paragraaf 3.6 en 3.7)?
4. Hoe ontwikkelt zich de toekomstige vervoersbehoefte en wat betekent dit voor de huidige regeling zittend ziekenvervoer (hoofdstuk 4)?
5. In hoeverre is er behoefte aan een collectieve regeling en zo ja voor welke doelgroep(en) (hoofdstuk 5)?
6. Hoe werken de onderzochte regelingen uit voor de onderscheiden doelgroepen (hoofdstuk 5)?

3 Regeling, praktijkervaringen en kostenontwikkeling van het zittend ziekenvervoer

3.1 Inleiding

Zowel op grond van de Zvw en AWBZ als de Wmo kan vervoer vergoed of verstrekt worden. Hieronder geven we aan wanneer een beroep kan worden gedaan op de verschillende regelingen. We zullen wat dieper ingaan op de wettelijke kaders Zvw en Wmo, omdat hier in de praktijk veel samenloop wordt ervaren door uitvoerders en gebruikers. Verder gaan we in op de volgende vragen:
Wie maken er nu gebruik van zittend ziekenvervoer en wat is de kostenontwikkeling van deze prestatie?
Wat zijn de ervaringen van partijen met het zittend ziekenvervoer en met het vervoeren van kwetsbare mensen?

3.2 Vervoer in de Zvw

Het Besluit zorgverzekering (Bzv) regelt in de artikelen 2.13 t/m 2.15 het vervoer. Artikel 2.13 regelt het vervoer per ambulance, artikel 2.14 het zittend ziekenvervoer. Vanaf 1 januari 2013 is de Tijdelijke wet ambulancezorg van kracht. Bij ambulancevervoer gaat het niet alleen om het vervoer maar ook, en vooral, om de zorg die ter plaatse en onderweg wordt geleverd. Behalve urgente ritten (zg A-ritten) bestaan er ook planbare ritten (B-ritten, ook wel besteld ambulancevervoer genoemd) waarmee patiënten tussen ziekenhuizen worden vervoerd, maar ook wel tussen huis en ziekenhuis of behandelcentrum. Het onderscheid tussen deze ritten en het vervoer als bedoeld in artikel 2.14 betreft niet zozeer het verschil tussen liggend en zittend vervoer, maar vooral tussen vervoer met zorg en vervoer zonder zorg. We kijken in dit rapport naar vervoer zonder zorg en daarom laten we het ambulancevervoer in dit rapport verder buiten beschouwing.

Artikel 2.14 regelt vervoer per auto (eigen auto of taxi) of openbaar vervoer naar instellingen of personen bij wie men zorg zal ontvangen. Dit is het zittend ziekenvervoer waar dit rapport over gaat: vervoer zonder zorg naar een zorginstelling en weer naar huis.

Zittend ziekenvervoer was al in de vorige eeuw een aanspraak in de Ziekenfondswet. Het was aan de behandelend arts om te beoordelen of er een medische noodzaak voor vervoer per auto bestond. De kosten van openbaar vervoer werden vergoed aan iedere verzekerde die naar een instelling of individuele behandelaar reisde (en v.v.).
De groeiende kosten, vermoedens van oneigenlijk gebruik en de veranderende maatschappelijke context leidden in 2004 tot een forse beperking van de aanspraak. De Regeling ziekenvervoer is per 1 juni 2004 ingevoerd en verving het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsregeling 1980. Voortaan was er alleen nog aanspraak op vervoer over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer indien:

a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;

d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

In 2006 is deze regeling vrijwel ongewijzigd opgenomen in het Bzv bij de nieuwe Zorgverzekeringswet (artikelen 2.13, 2.14 en 2.15 van het Bzv), die in plaats kwam van de Ziekenfondswet en particuliere zorgverzekeringen.

Artikel 2.13 regelt niet alleen het ambulancevervoer, maar ook de locaties die gelden voor het zittend ziekenvervoer: van de eigen woning naar een persoon of instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen. Onder die eigen woning kan ook verstaan worden een AWBZ-instelling, als de patiënt daar verblijft.

Artikel 2.14 lid 1 regelt het zittend ziekenvervoer (auto of openbaar vervoer) en de vier patiëntencategorieën als boven beschreven die in aanmerking komen. De verzekeraar heeft de mogelijkheid om de meest doelmatige oplossing te kiezen die bij de behoefte van de patiënt past. In de praktijk contracteert de verzekeraar een of meer taxibedrijven die meerdere patiënten tegelijk kunnen vervoeren, waarbij men de route zo doelmatig mogelijk probeert samen te stellen (combinatieritten).

In lid 3 van artikel 2.14 is geregeld dat vervoer ook in andere gevallen dan de genoemde vier categorieën vergoed kan worden. Dit wordt de hardheidsclausule genoemd. Er zijn drie voorwaarden:

1. behandeling van een langdurige ziekte of aandoening;
2. langdurig aangewezen op vervoer;
3. het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer zal voor de verzekerde leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

De zorgverzekeraars hebben gezamenlijk een beleidsregel geformuleerd om de hardheidsclausule zoals beschreven in lid 3 in de praktijk te kunnen uitvoeren. Het gaat om een rekensom waarin frequentieXduurXafstand[1] minimaal 250 moeten bedragen. Deze formule lijkt niet geheel in overeenstemming met bovengenoemde voorwaarden, omdat de koppeling met een langdurige ziekte is losgelaten, en ook het begrip 'onbillijkheid' (dat om een individuele inschatting vraagt) hier niet in is opgenomen.

In lid 4 is geregeld dat de verzekeraar af kan wijken van de beperking van 200 kilometer.

In artikel 2.16e van het Bzv is geregeld dat jaarlijks een eigen bijdrage is verschuldigd voor zittend ziekenvervoer. In de Regeling zorgverzekering (Rzv) wordt jaarlijks de hoogte van die eigen bijdrage vastgesteld. In 2014 is dit € 96 per jaar (artikel 2.37, tweede lid, van de Rzv). Er zijn drie situaties waarin de eigen bijdrage niet is verschuldigd (artikel 2.37, derde lid, sub a, b en c, van de Rzv).

[1] (aantal maanden) x (aantal keren p/week) x (aantal weken p/maand) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (wegingsfactor) -> groter dan of gelijk aan 250 -> aanspraak op zzv

3.3 Doelstelling regeling zittend ziekenvervoer

Welke overwegingen hebben tot deze aanspraak geleid? De achterliggende gedachte is het waarborgen van de toegang tot zorg. In de loop der jaren is de risico-inschatting ten aanzien van die toegankelijkheid verschoven en daarmee ook de groep die aanspraak heeft op zittend ziekenvervoer uit de sociale zorgverzekering. In de toelichting op de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet die de basis vormt voor de huidige regeling in het Bzv staat dat de regeling uitgaat van twee typen verzekerden. Het gaat om verzekerden *"(…) van wie in redelijkheid niet kan worden verwacht dat zij zelfstandig voor vervoer naar of van de zorgverlener kunnen zorgdragen en (onderstreping Zorginstituut Nederland) de kosten voor die groepen onredelijk hoog kunnen oplopen gezien de ziektelast, frequentie en duur van vervoer. Daarnaast is rekening gehouden met een zwaar beroep op mantelzorg dat zou moeten worden gedaan indien het vervoer niet voor rekening van de verzekering zou kunnen plaatsvinden*.

In deze formulering komen twee elementen naar voren: kwetsbaarheid van de verzekerde (niet zelfstandig voor vervoer naar de zorgverlener kunnen zorgdragen) en hoge kosten ('de kosten van vervoer onredelijk hoog kunnen oplopen'). Het derde element (een zwaar beroep op mantelzorg) hangt vooral samen met de kwetsbaarheid van de verzekerde. Hoge kosten blijven namelijk ook bestaan als de mantelzorger veel kilometers met de verzekerde aflegt. In een brief aan de Tweede Kamer [2] beargumenteert toenmalig minister Hoogervorst dat het bij de keuze voor de doelgroepen moest gaan om 'mensen voor wie nauwelijks een alternatieve wijze van vervoer voorhanden is'…en 'mensen die geregeld gebruik maken van zorgvoorzieningen'.

De dubbele doelstelling komt ook naar voren in de keuze van de vier doelgroepen. De kosten lijken voor de dialyse- en oncologiepatiënten de belangrijkste motivering, aangezien het hier gaat om zeer frequente behandelingen. Niet voor niets is de vergoeding voor oncologiepatiënten beperkt tot diegenen die radiotherapie of chemobehandeling volgen, en komen overige bezoeken aan de arts, danwel operatieve ingrepen niet voor vervoersvergoeding in aanmerking. Wel kan een rol spelen dat patiënten zich na een dialyse- of oncologiebehandeling erg ziek kunnen voelen. Bij de rolstoelafhankelijken en blinden/slechtzienden worden geen eisen gesteld aan de frequentie of afstand van de behandeling; hier lijkt de fysieke beperking van de verzekerde de belangrijkste motivatie.

Met de hardheidsclausule heeft de wetgever beoogd om individuele gevallen waarin zich een onbillijkheid van overwegende aard voordoet tegemoet te kunnen komen. Nu de regeling beperkt is tot vier groepen patiënten, kan zo'n onbillijkheid zich voordoen in niet precies te voorziene gevallen of groepen van gevallen. Slechts in uitzonderingsgevallen zou de verzekeraar moeten afwijken van het uitgangspunt van de regeling. De tekst van de hardheidsclausule in het Bzv legt vooral de nadruk op de langdurigheid van de aandoening/behandeling en de hoge frequentie van de behandeling. Kwetsbaarheid alleen is in de huidige formulering onvoldoende reden om voor vervoer in aanmerking te komen.

Bij de toepassing van de hardheidsclausule door de verzekeraars lijkt vooral het kostenaspect de doorslag te hebben gegeven, althans als we naar de rekenformule van de verzekeraars kijken.

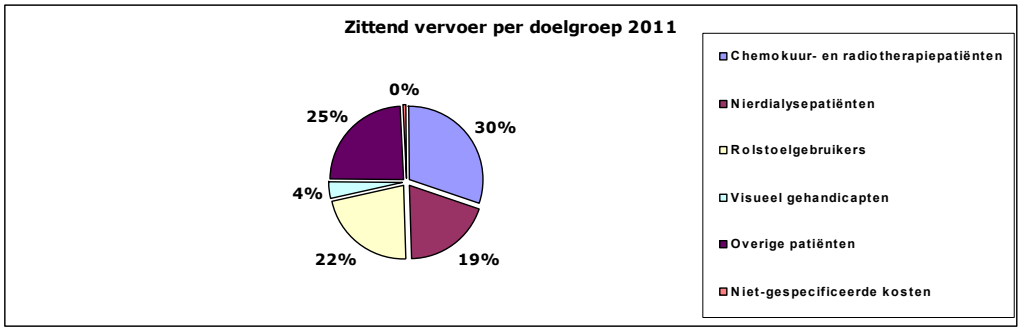
[2] Tweede Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 29 200 XVI, nr 33

3.4 Gebruik en kosten zittend ziekenvervoer

Gegevens over zittend ziekenvervoer zijn er op kostenniveau. Hoeveel mensen gebruik maken van de regeling wordt niet rechtstreeks geregistreerd en betrouwbare cijfers zijn moeilijk te achterhalen. Volgens een grove schatting is het aantal gebruikers[3] van 74.438 in 2007 gestegen naar 80.836 in 2012.

De kosten voor zittend ziekenvervoer zijn in de loop der jaren vrij constant verdeeld over de vier onderscheiden doelgroepen. De dialyse- en oncologiepatiënten bepalen ongeveer de helft van de kosten, ongeveer een kwart is voor de verzekerden met een mobiliteitsbeperking en de slechtzienden. Het resterende kwart verloopt via de hardheidsclausule.

Onderstaand is de verdeling voor 2011 gevisualiseerd[4].



Het soort vervoer is onderscheiden in eigen auto, openbaar vervoer en taxivervoer. In 2007 ging 27 % van de patiënten met eigen auto of openbaar vervoer, en 73 % met de taxi. In 2012 was het aandeel auto/ov geslonken en kwam een groter percentage met de taxi[5].

In 2002 bedroegen de kosten voor vervoer € 141,8 mln. Zfw en € 23,8 mln. kosten particuliere verzekeringen, samen € 165,6 mln. In 2004 is de regeling van kracht geworden zoals we die nu kennen, met de 4 onderscheiden doelgroepen, toen nog uitsluitend voor de Ziekenfondswet. Dit leidde tot een aanzienlijke kostenreductie. De kosten voor dat jaar bedroegen ongeveer 80 mln. euro. In 2006 werd de regeling vrijwel ongewijzigd opgenomen in de Zvw en was vanaf dat moment voor alle Nederlanders een te verzekeren prestatie.
Onderstaand de ontwikkeling van de totale kosten vanaf 2007[6] (exclusief eigen bijdrage):
2007 € 105,4 mln.
2008 € 108,4 mln.
2009 € 113,4 mln.
2010 € 118,2 mln.
2011 € 124,1 mln.
2012 € 128,8 mln.

[3] Het betreft alleen de mensen van wie de kosten meer bedroegen dan de wettelijke eigen bijdrage.
[4] De verhouding tussen de verschillende doelgroepen is de afgelopen jaren vrij constant gebleven, vandaar dat we hier volstaan met de meest recente weergave waarvan complete gegevens beschikbaar zijn (2010).
[5] Exacte percentages nog niet definitief.
[6] De bedragen 2007-2010 zijn gebaseerd op de Kostenverzamelstaat (KVS) jaarstaten uit respectievelijk 2009, 2010, 2011 en 2012. De bedragen uit 2011 en 2012 zijn gebaseerd op de KVS 4e kwartaal 2013.

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat de kosten voor zittend ziekenvervoer niet buitenproportioneel stijgen en waarschijnlijk gelijke tred vertoont met de groei van het aantal verzekerden dat gebruik maakt van de regeling. Er lijkt sprake van een lichte, vrij gestage stijging van gemiddeld 4.1%. Het is niet duidelijk welke invloed het gegroeide aandeel van het taxivervoer heeft op de kostenstijging, omdat de ontwikkeling van aanbesteed taxivervoer met combinatieritten waarschijnlijk tot doelmatigheidswinst heeft geleid wat betreft het taxigebruik.

Een opmerkelijk gegeven dat uit de cijfers blijkt is de omvang van de hardheidsclausule. In principe moet een regeling voldoende dekkend zijn voor de omschreven doelgroepen; een hardheidsclausule dient om enkelingen die desondanks in de knel komen toch een handreiking te bieden. Nu de hardheidsclausule een kwart van de kosten voor zijn rekening neemt kunnen we niet meer spreken van enkelingen. De hardheidsclausule is een categorie op zich geworden, voor mensen die veel kilometers (door afstand/frequentie/langdurigheid) moeten maken in verband met ziekte.

3.5 Vervoer via de Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning helpt burgers om zo lang en zo zelfstandig mogelijk deel te laten nemen aan de samenleving. Met de Wmo hebben gemeenten de opdracht gekregen een samenhangend lokaal beleid voor maatschappelijke ondersteuning te ontwikkelen. De wetgever verwacht dat gemeenten het aanwezige sociaal kapitaal behouden en versterken en dat zij mensen die dat nodig hebben ondersteunen. Hierbij moet een omslag plaatsvinden van claim- en aanbodgericht werken naar vraag- en resultaatgericht werken. De komst van de Wmo vroeg om een andere aanpak, met nieuwe kernbegrippen zoals het leveren van maatwerk, uitgaan van te bereiken resultaten en eigen kracht. Dit gedachtegoed wordt vaak aangeduid als 'de kanteling'[7].

Een belangrijk verschil met de wetgeving die aan de Wmo voorafging is de omgang met mensen met een ondersteuningsbehoefte. In plaats van een zorgplicht van de overheid –mensen hebben onder bepaalde voorwaarden recht op een bepaalde dienst- is de compensatieplicht van gemeenten gekomen. Mensen met beperkingen, een chronisch psychisch of sociaal probleem moeten 'gecompenseerd' worden. Dit betekent dat de Wmo middelen aanreikt om de problemen op te lossen die een burger heeft bij zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.

Gemeenten moeten binnen negen onderwerpen (zgn. prestatievelden) beleid maken om het doel van de wet te verwezenlijken. 'Het regelen van vervoer' wordt binnen de Wmo niet expliciet opgedragen aan de gemeente, maar is één van de instrumenten om bepaalde prestatievelden te verwezenlijken. 'Vervoer' kan bijvoorbeeld een middel zijn om vorm te geven aan de prestatie 'het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer'.

De prestaties van de Wmo zijn voorzieningen. Deze voorzieningen kunnen in natura worden verstrekt, in de vorm van een persoonsgebonden budget of in de vorm van een financiële tegemoetkoming. De gemeente kan een burger verplichten een deel

[7] Bron: De Kanteling en burgercommunicatie, VNG juli 2012.

van de kosten zelf te betalen via een eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen.

Van belang is nog dat de gemeente ondersteuning kan weigeren als er voor de betreffende problematiek een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat. In de beleving van gemeenten is dit het geval bij vervoer naar een zorgvoorziening: als men daarheen moet voor een behandeling zou de Zvw voorliggend zijn. De Zvw kan echter slechts als een voorliggende voorziening gelden voor zover deze een vergoedingsmogelijkheid inhoudt[8].

3.6 Ervaringen van gebruikers

We hebben met enkele patiëntenorganisaties gesproken over de ervaringen met het zittend ziekenvervoer: de NPCF/CG-raad, het landelijk platform GGZ, en GGZ-Nederland. Deze laatste twee omdat psychiatrische patiënten een belangrijk aandeel hebben in het gebruik van de hardheidsclausule. Via de CG-raad heeft ook Viziris, de belangenvereniging voor mensen met een visuele beperking een inbreng gehad. Viziris heeft een eigen informatie- en meldlijn, genaamd de Ooglijn.

De NPCF registreert vragen en meldingen van knelpunten over diverse onderwerpen, waaronder vervoer. CG Raad/NPCF geeft aan dat het aantal meldingen over deze prestatie nog geen 1% van het totale aantal uitmaakt. De algemene indruk is dat dit inmiddels (na een wat moeizamer verlopen beginperiode) nu redelijk goed georganiseerd is door de verzekeraars.

De meeste vragen gaan over de hardheidsclausule. Meldingen van knelpunten hebben vaak te maken met de berekeningswijze van de hardheidsclausule, en de soms rigide wijze waarop deze wordt toegepast.

Viziris geeft aan dat veel verzekeraars de visuseisen voor aanspraak op vervoer nogal streng toepassen. De mate van visusverlies is soms meer maatgevend dan het criterium dat men vanwege de visuele (en soms ook bijkomende) beperking niet in staat is zelfstandig te reizen. Een geboren blinde redt zich vaak beter dan een laat slechtziende oudere, geeft Viziris aan.

Een ander knelpunt voor deze doelgroep is onduidelijkheid over de vraag of vervoer op grond van de AWBZ danwel van de Zvw betaald moet worden. Blinden en slechtzienden krijgen vaak een individuele behandeling van 1 á 2 uur in een gespecialiseerde instelling voor visueel gehandicapten. Omdat het geen dagdeel betreft, is er geen vervoer mogelijk vanuit de AWBZ, maar zij komen volgens de regeling ook niet voor zittend ziekenvervoer uit de Zvw in aanmerking omdat het geen Zvw-behandeling betreft. In principe zou deze groep een beroep kunnen doen op de Wmo, maar dit is niet bij iedereen bekend.

Kwetsbare ouderen die voor een behandeling naar het ziekenhuis moeten, komen volgens de uitwerking van de hardheidsclausule alleen voor zittend ziekenvervoer in aanmerking als de behandeling frequent, langdurig en/of op grote afstand is. In de praktijk wordt deze drempel meestal niet bereikt. Sommige verzekeraars gaan hier coulant mee om, andere houden zich strikt aan de afgesproken grenswaarde. Deze

[8] Zie ook jurisprudentie CRvB 19 februari 2008, LJN BC5491

ouderen doen vaak (met succes) een beroep op vervoer vanuit de Wmo.

Over het algemeen voldoet de huidige regeling voor dialysepatiënten. Knelpunten worden wel gezien in de uitvoering van de regeling, meer speciaal over de tijdigheid[9]. Tijdig aankomen is belangrijk. Na behandeling voelen deze patiënten zich vaak ziek, een lange combinatierit is dan niet wenselijk.

Voor radiotherapie- en chemotherapiepatiënten voldoet de huidige regeling. Radiotherapie is deels al geconcentreerd in gespecialiseerde ziekenhuizen. De verwachte concentratie van chirurgische behandelingen hoeft geen grote impact te hebben op de vervoersbehoefte, omdat deze doorgaans een eenmalig of kortdurend karakter hebben.

In gesprekken met patiëntenverenigingen zijn enkele typen patiënten genoemd die relatief vaak een beroep doen op de regeling vanuit de hardheidsclausule:

- Mensen met *psychiatrische problematiek*. Het Landelijk Platform GGZ geeft aan dat in de toepassing van de hardheidsclausule veel onduidelijkheid is, en dat de verzekeraars niet altijd uniform handelen. Er is weinig kennis over de functionele beperkingen die sommige stoornissen met zich meebrengen. Sommige patiënten ervaren psychische belemmeringen, zoals angsten, om zelfstandig te reizen. Daardoor zijn behandelingen voor sommige patiënten minder toegankelijk. Soms is de aanvraagprocedure omslachtig en belastend voor de patiënt.
- Voor *kinderen en jongeren* worden knelpunten gemeld in de aansluiting van gemeentelijk vervoer van en naar school en zittend ziekenvervoer, als het kind na school een behandeling krijgt in het kader van de Zvw. Voor deze groep zou een eenduidige regeling op grond van één wettelijk kader wenselijk zijn.

3.7 Ervaringen van uitvoerders

Gemeenten

Volgens gemeenten en vervoerders is er een grijs gebied tussen de aanspraak op zittend ziekenvervoer en het vervoer vanuit de Wmo. Ongeveer 23 tot 40 % van de huidige Wmo–ritten gaat naar ziekenhuis of behandelcentrum. Het is voor de uitvoerders niet te achterhalen of men dan op bezoek gaat, danwel voor eigen behandeling naar het ziekenhuis moet. In het laatste geval zou een beroep op de Wmo naar de mening van de gemeentelijke uitvoerders onterecht zijn, omdat toegang tot een zorgbehandeling geen doelstelling zou zijn in het kader van de Wmo. In 3.5 noemden we de jurisprudentie die een andere uitleg geeft aan de Wmo.

Deze partijen geven aan dat er soms sprake is van strategisch gedrag van gebruikers, samenhangend met het al of niet bereiken van de limiet voor de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer in de Zvw, afgezet tegen de eigen bijdrage die voor het gemeentelijk vervoer moet worden betaald.

[9] De NVN heeft in november 2013 een Meldpunt Dialysetaxi georganiseerd waar veel klachten binnengekomen zijn, vooral over tijdigheid.

Verzekeraars

Verzekeraars geven aan dat de huidige regeling redelijk goed uitvoerbaar is en dat het steeds beter lukt om goede afspraken met vervoerders, patiënten en, steeds meer, ook instellingen te maken. Dat maakt dat de organisatie van de taxiritten steeds efficiënter verloopt. Een dialysecentrum kan bijvoorbeeld zijn afspraken zo inplannen dat patiënten uit één wijk of dorp gezamenlijk van de taxi gebruik kunnen maken.

Knelpunten ervaren de verzekeraars vooral bij de uitvoering van de hardheidsclausule. Verzekerden voldoen soms niet aan de vereisten zoals die in de afgesproken formule zijn vastgelegd (maar kunnen vervoer niet zelf regelen of betalen), of hebben een zodanige (psychische) problematiek dat vervoer zonder begeleiding problematisch wordt.
Verder heeft in enkele gevallen het begrip rolstoelafhankelijk voor enig interpretatieverschil gezorgd. In een geschil[10] heeft Zorginstituut Nederland aangegeven dat iemand die binnenshuis op een rolstoel is aangewezen en buitenshuis zich met een scootmobiel kan verplaatsen, ook in aanmerking zou komen voor zittend ziekenvervoer, vooropgesteld dat de behandellocatie te ver is om met de scootmobiel te bereiken.

Verzekeraars onderscheiden drie doelgroepen die vaak een beroep op de hardheidsclausule doen:

a. Kinderen en jeugdigen die na schooltijd naar een behandeling moeten. De aansluiting met het door de gemeente uitgevoerde schoolvervoer verloopt niet altijd vlekkeloos[11].
b. Psychiatrische patiënten, en speciaal jeugdige patiënten, geven soms problemen omdat ze niet klaar staan op de afgesproken tijd, of vertonen probleemgedrag dat de draagkracht van de chauffeur te boven gaat. Hoewel chauffeurs in het kader van het contract met de vervoerder speciaal worden opgeleid om met zorgvragers om te gaan, zijn er grenzen aan wat van hen mag worden verwacht op het gebied van probleemgedrag. Verzekeraars moeten soms veel inspanningen leveren om toch aan de vervoersverplichting te voldoen. Jeugdigen die naar een GGZ-instelling moeten vormen ongeveer een kwart van degenen die een beroep doen op de hardheidsclausule.
c. Revalidatiepatiënten die na een beroerte of trauma een revalidatiecentrum bezoeken om zoveel mogelijk tot functieherstel te komen. Deze groep heeft gedurende enige maanden poliklinische behandeling nodig en voldoet soms (net) niet aan alle vereisten van de hardheidsclausule. Verzekeraars gaan hier soms coulant mee om, maar ervaren hier wel uitvoeringsproblemen.

[10] RZA 2004, 125

[11] Vanaf 2015, na de invoering van de Jeugdwet, vallen GGZ-behandelingen voor jeugdigen niet meer onder de Zvw, en kunnen zij dus ook niet langer een beroep doen op de regeling zittend ziekenvervoer, tenzij de jeugdigen onder een van de in de regeling benoemde doelgroepen (bijvoorbeeld oncologiepatiënten) vallen.

3.8 Conclusies

We constateren dat de kosten voor zittend ziekenvervoer jaarlijks een stijging van gemiddeld 4,2% vertonen.

Het valt op dat zittend ziekenvervoer op grond van de Zvw en vervoer vanuit de Wmo in de uitvoering steeds meer op elkaar zijn gaan lijken. In beide gevallen vindt de overgrote meerderheid van de ritten plaats in de vorm van taxivervoer. Uitvoerders sluiten contracten met taxibedrijven en maken afspraken over de kwaliteit van het vervoer, waaronder de bejegening door de chauffeurs. Via combinatieritten streven beide uitvoerders naar een zo doelmatig mogelijke uitvoering.

De regeling vertoont verder enige knelpunten, zowel in de uitvoering als in de wijze waarop hij nu is geformuleerd. Die doen zich vooral voor bij de toepassing van de hardheidsclausule, en bij de samenloop tussen de regeling zittend ziekenvervoer en de Wmo.

Er ontstaat soms ongelijke behandeling omdat verzekeraars verschillend omgaan met de hardheidsclausule, en verzekerden soms strategisch gedrag vertonen omdat ze op beide regelingen een beroep kunnen doen.

Voor dialyse- en oncologiepatiënten is de regeling duidelijk en verloopt de uitvoering doorgaans naar tevredenheid. Deze groepen zijn duidelijk benoemd en de medische noodzaak is ook duidelijk: zieke mensen, die niet in staat zijn om zelfstandig te reizen, een frequente en/of langdurige behandeling, als gevolg van een langdurige ziekte.

Bij de aanspraak voor de doelgroepen patiënten die zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen en patiënten van wie het gezichtsvermogen zodanig beperkt is dat zij zich niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen ligt de motivering voor opname in de regeling in hun lichamelijke beperking. Er is niet per se een relatie met een langdurige behandeling. Ook heeft niet elke verzekerde binnen deze doelgroepen dezelfde vervoersvraag. Dat komt doordat niet iedereen die tot deze doelgroepen behoort een medische noodzaak (in de zin van zich ziek voelen) heeft voor vervoer, noch een frequente vervoersbehoefte naar zorg hoeft te hebben[12]. Er zijn dwarslaesiepatiënten met een eigen auto en werk, bijvoorbeeld, of blinden die zelfstandig reizen.
Overigens maken ook dialyse- en oncologiepatiënten niet altijd gebruik van de mogelijkheden van de verzekering.

Tegelijkertijd zijn er andere kwetsbare groepen die niet voldoen aan de voorwaarden van de regeling, maar die (onder andere vanwege gebrek aan regie) wel een vervoersbehoefte kunnen hebben waarin zij niet zelf kunnen voorzien, bijvoorbeeld psychiatrische patiënten, kwetsbare mensen zoals (hoog)bejaarden, patiënten met NAH, Parkinson of cystic fibrosis, jeugdigen. Ook hier geldt dat niet ieder afzonderlijk individu die vervoersbehoefte heeft, net zoals dat het geval is voor de rolstoelers en blinden/slechtzienden. Soms doen zij een beroep op de hardheidsclausule, soms op vervoer vanuit de Wmo. Het is voor gemeenten niet altijd duidelijk of vervoer naar een zorginstelling tot hun werkterrein behoort.

[12] Een prestatie in de Zvw kan pas worden verzilverd als de verzekerde er 'redelijkerwijs op is aangewezen'. Deze toets (bijvoorbeeld of een rolstoelgebruiker over een aangepaste auto beschikt) vindt niet altijd plaats en zou tot grote administratieve lasten leiden als dit wel gebeurde.

De behoefte aan ondersteuning bij vervoer wordt bepaald door twee elementen die al dan niet gezamenlijk kunnen optreden: hoge kosten enerzijds en fysieke en/of psychische kwetsbaarheid anderzijds.

4 Ontwikkelingen in vervoersbehoefte en implicaties voor de huidige regeling zittend ziekenvervoer.

4.1 Inleiding

Wijzigingen in wet- en regelgeving op het gebied van de zorgverzekeringen hebben implicaties voor de regeling van het zittend ziekenvervoer. Dit werd bijvoorbeeld duidelijk met de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg vanuit de AWBZ naar de Zvw per 2012 (zie onder). Inmiddels zijn er tal van voornemens voor wijziging van wet- en regelgeving. Het gaat dan met name om verschuiving van zorg naar andere domeinen. Van AWBZ naar Zvw, naar Wmo en naar de Jeugdwet. Daarnaast is er ook sprake van ontwikkelingen in de organisatie van de Zvw-zorg, die implicaties heeft voor de vervoersbehoefte en voor het beroep op de regeling zittend ziekenvervoer.

4.2 Overheveling geriatrische revalidatiezorg

In 2012 is de geriatrische revalidatiezorg[13] overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Vervoer voor deze groep verzekerden was geregeld in de AWBZ, maar in de Zvw voldoen niet alle patiënten aan de voorwaarden voor zittend ziekenvervoer.
Als overgangsmaatregel hebben de instellingen in 2013 nog extra budget gekregen om vervoer te blijven aanbieden. In 2014 is vervoer voor deze doelgroep nog niet formeel geregeld. Wel is verzekeraars gevraagd om coulant met deze doelgroep om te gaan (op grond van de hardheidsclausule), zodat zij gebruik kunnen blijven maken van vervoer.

De geriatrische revalidatiezorg is gemaximeerd tot 6 maanden. De doelgroep is als kwetsbaar te beschouwen en is doorgaans slecht ter been, ook na terugkeer naar huis. In die zin zijn zij te onderscheiden van de medisch specialistische revalidatie waar de zorg gericht is op herstel en terugkeer in de maatschappij.

4.3 Toekomstige veranderingen op het gebied van Zvw, AWBZ en Jeugdzorg

4.3.1 Behandeling van zintuiglijk gehandicapten

Waarschijnlijk gaat de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten per 1 januari 2015 van de AWBZ naar de Zvw. Voor deze groep is nu alleen vervoer in de AWBZ geregeld als het om behandeling per dagdeel gaat. Zoals het er nu naar uitziet zal ook in de toekomstige aanspraak het vervoer deel uitmaken van de aanspraak op behandeling per dagdeel.
In de toekomst zal de groep blinden/zeer slechtzienden (bij verder ongewijzigd beleid) een beroep kunnen doen op de regeling zittend ziekenvervoer in geval van behandelingen die niet per dagdeel worden aangeboden, waardoor het huidige knelpunt zoals gesignaleerd in paragraaf 3.6 voor deze doelgroep zal zijn weggenomen. Deze behandelingen worden slechts op een beperkt aantal plaatsen in Nederland aangeboden, waardoor mensen soms ver moeten reizen. Auditief gehandicapten kunnen in geval zij veel kilometers maken een beroep doen op de hardheidsclausule.

[13] Deze zorg duurt maximaal 6 maanden en is bedoeld voor ouderen die aansluitend op opname in een ziekenhuis aangewezen zijn op integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg door specialisten ouderengeneeskunde in verband met kwetsbaarheid, complexe multimorbiditeit en afgenomen leer- en trainbaarheid. Deze zorg is in principe gericht op terugkeer naar de thuissituatie.

We voorzien nu geen knelpunten op het gebied van vervoer bij deze voorgenomen overheveling.

Overige ontwikkelingen AWBZ

Nog niet alles rond de hervorming van de langdurige zorg is nu al bekend, maar de teneur is toch dat het merendeel van de extramurale behandelingen zal worden overgeheveld naar de Zvw.

Ook de intramurale langdurige GGZ (verblijf) voor cliënten van 18 jaar en ouder zal voor een deel naar de Zvw worden overgeheveld, namelijk verblijf gericht op behandeling. In zoverre hier dagbesteding bij hoort, zal de dagbesteding deel uitmaken van het verblijf. Als de aanbieder van verblijf de dagbesteding niet zelf levert, maar de cliënt gebruik maakt van passende dagbesteding elders, is de instelling van verblijf verantwoordelijk voor het eventueel benodigde vervoer van en naar de dagbesteding[14].
Deze doelgroep komt in principe niet in aanmerking voor zittend ziekenvervoer.

Verder zal de aanscherping van de verblijfsindicaties leiden tot afbouw van verpleeg- en verzorgingshuizen en zullen kwetsbare ouderen dientengevolge langer zelfstandig wonen. Er zal in de toekomst daarom meer een beroep worden gedaan op vervoersvoorzieningen.

4.3.2 Ontwikkelingen in de Zvw-zorg

In de toekomst zullen (hoog)gespecialiseerde behandelingen meer en meer geconcentreerd worden in een beperkt aantal ziekenhuizen, om de kwaliteit van de behandelingen te verhogen. In het algemeen zal dit gaan om eenmalige ingrepen of kortdurende interventies[15]. Patiënten zullen langer moeten reizen voor hun behandeling. De regeling zittend ziekenvervoer is bedoeld voor langdurige behandelingen in verband met een langdurige aandoening.
Een beweging die hieraan tegengesteld is, is het streven om de eerste lijn te versterken, waardoor ook gespecialiseerde zorg zoveel mogelijk dicht bij huis kan plaatsvinden.

4.3.3 Overheveling Jeugd-GGZ naar gemeenten

De GGZ voor jeugdigen tot 18 jaar zal naar verwachting in 2015 overgaan naar jeugdzorg, die in zijn geheel onder verantwoordelijkheid van de gemeente wordt gebracht. Daarmee vervalt de mogelijkheid voor deze doelgroep om (via de hardheidsclausule) een beroep te doen op zittend ziekenvervoer voor vervoer naar behandeling die onder de Jeugdwet gaat vallen, bijvoorbeeld jeugdpsychiatrische zorg. De gemeente zal voortaan dit vervoer verzorgen als dat noodzakelijk is. De gemelde aansluitingsproblemen tussen vervoer in verband met onderwijs en vervoer in verband met zorg zullen hiermee hopelijk zijn weggenomen.

4.4 Veranderingen in de Wmo

Naar verwachting zal in 2015 een nieuwe Wmo van kracht zijn, die in een paar belangrijke opzichten afwijkt van de huidige wet. De doelstelling van de wet blijft het ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een

[14] Zie ons advies 'Overheveling intramurale langdurige GGZ, oktober 2013, Diemen.
[15] Een voorbeeld is de Deep Brain Stimulation bij dwangstoornissen, te verzekeren zorg voor een kleine patiëntengroep en geconcentreerd in 1 of 2 centra in Nederland.

beperking, chronische psychische of psychosociale problemen. De wet is erop gericht om burgers zo lang mogelijk in de eigen omgeving te laten blijven. Wel zal ondermeer het beschermd wonen toegevoegd worden aan de aan te bieden voorzieningen.

Het bieden van maatwerkvoorzieningen staat nog meer op de voorgrond, en een van de overwegingen om de wet opnieuw te formuleren was dat het wenselijk wordt geacht om 'de rechten en plichten van de burger meer met elkaar in evenwicht te brengen'. De compensatieplicht zou onder de nieuwe Wmo niet langer gelden, al staat dit punt nog wel ter discussie op het moment dat dit rapport uitkomt[16]. Ook is voorliggendheid van andere voorzieningen niet meer expliciet benoemd in het nieuwe wetsvoorstel. Naar zijn aard is de Wmo straks een voorziening als er geen aanspraak is op grond van een andere wettelijke bepaling. Een vangnet dus.

4.5 Conclusie

De komende wijzigingen in de regelgeving zullen naar onze inschatting beperkte implicaties hebben voor de vervoersbehoefte en het huidige beroep op de regeling zittend ziekenvervoer. Vanuit de AWBZ komt de behandelgerelateerde zorg naar de Zvw, maar wij verwachten hiervan geen grote consequenties voor het beslag op de regeling. Ook de verwachte concentratie van zorg in de Zvw zal een beperkte impact hebben op de vervoersregeling, als dit substantieel doorgang gaat vinden.
Niet alle nieuwe vervoersvragen kunnen worden beantwoord door middel van de huidige regeling zittend ziekenvervoer. Dat geldt nu ook al voor bepaalde vervoersvragen; de regeling kent een vrij strikte reikwijdte.

Mensen doen om verschillende redenen een beroep op een vervoersregeling: vanwege hoge kosten, en vanwege fysieke en/of psychische beperkingen. Deze redenen kunnen op zichzelf staan, maar uiteraard komen ook combinaties van redenen voor.

Op grond van de informatie over de huidige en in de toekomst te verwachten mensen met een vervoersbehoefte, het gebruik van Wmo en van de hardheidsclausule in de Zvw, identificeren we de volgende doelgroepen[17]:

- Dialysepatiënten
- Oncologiepatiënten die een langdurige behandeling volgen: radio- of chemotherapie
- Rolstoelafhankelijke mensen en anderen met een (ernstige) mobiliteitsbeperking
- Blinden en zeer slechtzienden
- (geriatrische) revalidatiepatiënten
- Psychiatrische patiënten
- Patiënten (veelal ouderen) met een algemene kwetsbaarheid

16 Op 27 februari 2014 heeft het kamerlid Keijzer (CDA) een amendement ingediend met de bedoeling toch een soort compensatieplicht vanuit de gemeente in de wet op te nemen waar de burger rechten aan kan ontlenen.

17 Doelgroepen in de zin van: groepen mensen met vergelijkbare kenmerken die om enige reden behoefte hebben aan ondersteuning bij vervoer. Dit om te kunnen analyseren welke doelgroep het meest gebaat is bij welke regeling; niet om binnen een bepaalde regeling zelfstandige vervoersaanspraken te definiëren voor onderscheiden doelgroepen.

5 Behoefte aan collectieve regeling vervoer

In dit hoofdstuk reflecteren we eerst op de overweging in hoeverre vervoer naar een zorgbehandeling tot de eigen verantwoordelijkheid kan worden gerekend. We benoemen de omstandigheden waaronder die eigen verantwoordelijkheid onder druk staat. Vervolgens beschrijven we een viertal regelingen die vervoer op enige wijze collectief kunnen regelen. De paragraaf eindigt met vier criteria waaraan we vervolgens de verschillende regelingen hebben getoetst. (5.1).
Deze toetsing hebben we voorgelegd aan partijen en aan de Adviescommissie Pakket (ACP) die Zorginstituut Nederland adviseert over pakketaangelegenheden. Hun commentaar is verwerkt in de afweging.

5.1 Eigen of collectieve verantwoordelijkheid?

Het uitgangspunt in de Zvw is dat het tot de eigen verantwoordelijkheid van patiënten en hun naasten behoort om vervoer naar een behandelaar of zorginstelling te regelen. Dat neemt niet weg dat er omstandigheden kunnen zijn waardoor vervoer een zware belasting (fysiek en financieel) kan vormen om de zorg te bereiken of die zelfs de toegang tot zorg kunnen belemmeren. Dat is ook de reden geweest dat destijds in de Ziekenfondswet en later in de Zvw hiervoor een regeling is opgenomen. In het voorgaande hoofdstuk hebben we benoemd vanuit welke oorzaken mensen behoefte kunnen hebben aan ondersteuning bij vervoer: hoge kosten, en fysieke of psychische beperkingen.

Afhankelijk van hun aandoening, hun beperkingen en van hun vervoersvraag kunnen deze mensen op verschillende manieren voorzien in hun vervoersbehoefte. Wie niet over een eigen netwerk en/of een redelijk inkomen beschikt kan in de situatie komen dat de aangewezen zorg niet meer toegankelijk is. Wie bijvoorbeeld gedurende vijf weken, of zelfs levenslang, meerdere keren per week naar een ziekenhuis moet en hier bovendien behoorlijk ziek van terugkeert, komt voor hoge kosten te staan en/of moet een onevenredig beroep doen op zijn omgeving. Het is evident dat er een groep is waarvoor een collectieve regeling wenselijk is om de toegang tot zorg te kunnen garanderen.

Ook de Adviescommissie pakket meent dat een collectieve regeling ook in de toekomst is aangewezen. Wel vindt de commissie dat de regeling iets soberder mag worden dan deze nu is. Kanttekeningen hierbij zijn dat er niet teveel druk mag komen te liggen op mantelzorgers en dat patiënten en mantelzorgers niet geconfronteerd mogen worden met alsmaar oplopende kosten door verhoging van parkeertarieven van zorginstellingen. Een collectieve regeling moet volgens de commissie simpel zijn en ruimte bieden aan creativiteit in de uitvoering.

Collectieve regelingen

We hebben vier mogelijkheden onderzocht om mensen die een vervoersbehoefte naar zorg hebben, tegemoet te komen op basis van een collectieve regeling: vanuit de Zvw via een aparte regeling, fiscaal, via de Wmo en vanuit de Zvw maar dan als onderdeel van de behandeling. Hieronder omschrijven we kort wat het karakter is van die vier mogelijkheden.

De Zvw kan een te verzekeren prestatie voor vervoer bieden voor welomschreven doelgroepen. Sinds 2004 ligt de drempel vrij hoog, en lijkt het uitgangspunt van de regeling dat vervoer tot op zekere hoogte tot de eigen verantwoordelijkheid hoort

van verzekerden en hun omgeving. Wie aan de voorwaarden van de regeling zittend ziekenvervoer voldoet kan aanspraak maken op ondersteuning bij vervoer. De verzekeraar heeft de mogelijkheid om dit zo doelmatig mogelijk aan te bieden, hetzij via (combinatie)ritten per taxi, hetzij via het vergoeden van openbaar vervoer of de eigen auto. Die laatste twee opties worden steeds minder ingezet.

De Wmo heeft meer mogelijkheden om maatwerk te leveren, zoals in hoofdstuk 3.5 aangegeven. De gemeente kan rekening houden met de persoonlijke omstandigheden als financiële draagkracht en mantelzorg, en met de lokale en regionale situatie.
De Wmo kan ook zorggerelateerd vervoer bieden, dit hoort volgens de jurisprudentie naar zijn aard tot de verplaatsingen die deel uitmaken van het leven van alledag, tenzij iemand onder de in de Zvw genoemde groepen valt[18]. Als doelgroep voor de Wmo gelden nu personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen. Niet alle in hoofdstuk 4 genoemde doelgroepen voor vervoer vallen hieronder.

Ook via de belastingen is het mogelijk om mensen tegemoet te komen die voor hoge kosten komen te staan in verband met ziekte. Dat gebeurde tot voor kort via de Wet Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten (Wtcg), voor bepaalde concreet omschreven chronisch zieken. Deze regeling is in 2014 afgeschaft. Daarvoor in de plaats komt er een nieuwe regeling uitgevoerd door gemeenten. Daarnaast kent de belastingdienst fiscale aftrek van specifieke zorgkosten bij de belastingaangifte. Ook deze mogelijkheden worden beperkt.

Een vierde optie is om de ziekenhuizen of behandelcentra verantwoordelijk te maken voor het vervoer van hun patiënten. Dat gebeurt nu ook bij AWBZ-instellingen die dagbehandeling aanbieden indien voor het vervoer een medische noodzaak is. Zij krijgen extra budgetruimte om vervoer te kunnen organiseren. Binnen de Zvw zou deze optie betekenen dat de aanspraak op vervoer deel gaat uitmaken van de DBC (diagnose behandelcombinatie).

De regelingen verschillen van karakter, evenals de onderscheiden doelgroepen dat doen. Het is dus goed mogelijk dat een regeling wel geschikt is voor de ene doelgroep, en minder voor een andere. Er zijn regelingen die een generiek karakter hebben (de Zvw, de fiscus: iedereen wordt gelijkelijk en individueel behandeld binnen de regeling indien men aan de voorwaarden voldoet), terwijl de Wmo ontworpen is om maatwerk te kunnen leveren. Ook als vervoer gekoppeld is aan een behandeling (bijvoorbeeld revalidatie) kunnen we spreken van een generieke maatregel. Iedereen die aangewezen is op behandeling in een revalidatiecentrum zou dan recht hebben op vervoer indien medisch noodzakelijk. Naarmate binnen een doelgroep veel spreiding is in de mate waarin men vervoersondersteuning nodig heeft, ligt een generiek wettelijk kader minder voor de hand, want dan kunnen veel mensen er een beroep op doen die zich anders ook zelf kunnen redden.

Bij de afweging welke regeling het meest in aanmerking komt om vervoersondersteuning te bieden hebben we de volgende criteria betrokken:

- Sluit de regeling aan op de behoefte van de doelgroep met betrekking tot tijdigheid, maatwerk, keuzevrijheid?
- Wat zijn de mogelijkheden van kostenbeheersing, doelmatigheidswinst en het in aanmerking nemen van eigen mogelijkheden?
- Biedt de regeling mogelijkheden voor samenhangend beleid met overige

[18] Voor gemeenten is niet altijd duidelijk wie onder het bereik van de Zvw valt, met name voor wat betreft de hardheidsclausule.

voorzieningen?
- Is de regeling goed uitvoerbaar voor de beoogde doelgroep(en)? Denk aan administratieve lasten, eenduidigheid van de aanspraak, is er vaak sprake van uitzonderingen.

Onderstaand bespreken we per regeling welke voor- en nadelen ze biedt voor de verschillende doelgroepen.

5.2 De Zvw: een aparte aanspraak voor zittend ziekenvervoer

We hebben al gezien dat de huidige regeling niet goed aansluit op alle vervoersbehoeften naar zorg. Met name doelgroepen die vooral vanwege kwetsbaarheid door fysieke of psychische beperkingen vervoer nodig hebben, voldoen niet altijd aan de voorwaarden (en blijven dan verstoken van vervoer), of kunnen juist een beroep doen op twee regelingen (Zvw en Wmo): psychiatrische patiënten, kwetsbare ouderen.

Beoordeling aan de hand van de criteria:
- Dialyse- en oncologiepatiënten hebben een vrij generieke en eenduidige behoefte aan vervoer, al zijn er ook binnen deze groepen mensen die in staat zijn zelf vervoer te regelen. Zij hebben een hoge frequentie aan vervoer waardoor zij voor hoge kosten kunnen komen te staan en mantelzorgmogelijkheden eerder uitgeput zijn. Partijen die hebben aangegeven het criterium tijdigheid zeer belangrijk te vinden, uitten im- of expliciet de verwachting dat een tijdige aankomst beter geborgd is bij uitvoering door de zorgverzekeraar. Deze zou ook beter kunnen inspelen op de noodzaak van individueel vervoer in plaats van combinatieritten. Keuzevrijheid is er in de zin dat patiënten de mogelijkheid hebben om van verzekeraar te wisselen. De vervoersvraag van de andere genoemde doelgroepen is minder eenvormig, maar ook voor hen is tijdig aankomen en keuzevrijheid belangrijk.
- Zorgverzekeraars kunnen via combinatieritten een doelmatige uitvoering realiseren. Openbaar vervoer en eigen auto zijn ook mogelijk, maar worden in de praktijk maar beperkt benut. Via de verzekering is geen individueel maatwerk mogelijk met betrekking tot mantelzorgmogelijkheden en eigen betalingen.
- Voor dialyse, oncologiebehandelingen en revalidatie kan de verzekeraar er belang bij hebben om afspraken te maken met ziekenhuizen of behandelcentra, omdat hier een duidelijke koppeling ligt met de behandeling. Dit gebeurt bijvoorbeeld al met de dialysecentra. Bij de overige doelgroepen (psychiatrische patiënten, kwetsbare ouderen, rolstoelafhankelijken en blinden) is deze mogelijkheid er niet of minder omdat hun vervoersbehoefte in de eerste plaats is gebaseerd op hun (langdurige) beperking en niet zozeer op een vastliggende behandeling.
- Voor een heldere uitvoering is een goede afbakening met duidelijke doelgroepen belangrijk. De rol van de hardheidsclausule vergt daarbij de meeste aandacht.

5.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

De gemeente kan maatwerk bieden en voert op lokaal niveau een samenhangend beleid voor mensen met beperkingen. Beoordeling aan de hand van de criteria:

- Psychiatrische patiënten en kwetsbare ouderen vallen nu vaak tussen wal en schip terwijl ze soms wel vervoersondersteuning nodig hebben. Rolstoelers en blinden kunnen vervoer naar het ziekenhuis krijgen via de verzekeraar, en doen voor andere doeleinden een beroep op de Wmo. Al deze doelgroepen zijn gebaat bij maatwerk en één regeling voor al hun vervoer, om samenloop te voorkomen. Ook bij de andere groepen (dialyse, oncologie, revalidatie) kan maatwerk tot een meer gerichte vervoersondersteuning leiden. Hier is wel sprake van een meer eenduidige vervoersvraag, waardoor maatwerk relatief minder zal opleveren in relatie tot de inspanning van de beoordeling.
- De Wmo biedt meer mogelijkheden tot kostenbeheersing dan de andere regelingen omdat een inkomensafhankelijke eigen bijdrage kan worden gevraagd. Ook mantelzorgmogelijkheden kunnen binnen de Wmo beter worden benut. Door combinatieritten kan een doelmatige uitvoering worden bereikt, evenals binnen de Zvw. De lokale openbaarvervoersmogelijkheden kunnen in de afweging worden meegenomen en indien nodig zelfs aangepast.
- Omdat de Wmo ook andere maatschappelijke ondersteuning biedt aan mensen met een beperking, kan de gemeente een samenhangend beleid voeren op het gebied van vervoer, begeleiding, participatie en overige ondersteuning. Ook hier zijn het dan de doelgroepen psychiatrische patiënten, ouderen, rolstoelers en blinden die hier het meest baat bij hebben, mogelijk ook de revalidatiepatiënten. Voor dialyse- en oncologiepatiënten maar ook voor sommige revalidatiepatiënten ligt de samenhang eerder bij het behandelcentrum dan bij gemeentelijke voorzieningen. Bovendien lijken deze doelgroepen niet allemaal te voldoen aan de omschrijving in de Wmo van ‘personen met een beperking, chronische psychische of sociale problemen’, de doelgroep waarop de ondersteuning van de Wmo gericht is.

5.4 Ondersteuning via de fiscus

De huidige regeling voor zittend ziekenvervoer lijkt primair bedoeld te zijn om mensen tegemoet te komen die door hoge kosten minder toegang hebben tot zorg. Mensen die hoge vervoerskosten maken kunnen hiervoor ook fiscaal worden gecompenseerd. Beoordeling aan de hand van de criteria:

- Maatwerk is mogelijk langs de weg van het inkomen. Een fiscale oplossing geeft de burger de vrijheid om vervoer naar eigen inzicht te regelen Er kan evenwel geen rekening gehouden worden met lokale omstandigheden of het eigen netwerk van mensen. De doelgroepen voor wie maatwerk en een meer fysieke vervoersondersteuning gewenst is zouden zich moeten wenden tot de gemeente, ook om samenloop van twee regelingen te voorkomen.
- Een financiële vergoeding biedt geen mogelijkheden voor doelmatige uitvoering in de vorm van combinatievervoer of inkoopvoordelen. Uitvoeringstechnisch is compensatie in de vorm van belastingaftrek het eenvoudigst, maar hiervan profiteren vooral degenen die (veel) belasting betalen. Voor mensen met een minimuminkomen is een toeslag meer

passend, maar hier kunnen uitvoeringsproblemen optreden met name door de relatief korte duur (doorgaans enkele maanden) van de behandelingen.
- Samenhang in de uitvoering is niet aan de orde bij een fiscale compensatie. De administratieve lasten kunnen toenemen, zowel voor de burger als voor de belastingdienst.
- Een fiscale oplossing zal veel uitvoeringsproblemen geven. Inkomensgegevens kunnen pas achteraf worden vastgesteld, evenals de werkelijke kosten. De burger zal ofwel moeten voorfinancieren, ofwel, soms na jaren, geconfronteerd kunnen worden met terugbetaling

5.5 De zorgverzekeringswet: Vervoer koppelen aan de behandeling

In de AWBZ maakt vervoer soms deel uit van de aanspraak. Dit model zou ook in de Zvw kunnen worden toegepast bij bepaalde behandelingen. Beoordeling aan de hand van de criteria:

- Dit is een generieke oplossing die alleen geschikt is voor behandelingen waarbij het grootste deel van de patiënten behoefte heeft aan (ondersteuning bij) vervoer. De nu in de regeling zittend ziekenvervoer genoemde behandelingen dialyse, radio- en chemotherapie komen hiervoor in aanmerking. Voor revalidatie (zowel de geriatrische als de medisch-specialistische revalidatie) ligt dit minder eenduidig, omdat de duur van revalidatiebehandelingen nogal kan verschillen en dus ook de behoefte aan vervoer. Voor uitzonderingen of maatwerk is bij deze variant geen ruimte: als het niet in de aanspraak gekoppeld aan een concreet gedefinieerde behandeling zit, is het niet geregeld. Zit het wel in de aanspraak, dan heeft ook iedere betrokkene er in principe recht op. Voor rolstoelafhankelijke mensen en blinden is dit over het algemeen geen oplossing omdat vervoer dan gekoppeld is aan de behandeling en niet aan de beperking van de verzekerde.
- Doelmatigheid in de uitvoering kan op dezelfde wijze bereikt worden als nu bij zittend ziekenvervoer, door verzekeraars verantwoordelijk te maken voor de uitvoering. Indien behandelaars dit zelf zouden moeten gaan uitvoeren, zou dit op weerstand kunnen stuiten althans als de arts hier een rol in krijgt. De uitvoering kan ook op instellingsniveau, zoals ziekenhuis of revalidatiecentrum worden belegd. Ziekenhuizen kunnen ook invulling geven aan een dergelijke regeling door bijvoorbeeld vrijstelling van parkeertarieven voor bepaalde doelgroepen.
- Samenhangend beleid kan worden bereikt door de afspraken voor de behandeling af te stemmen op de woonplaats van de patiënten, waardoor gunstige routes kunnen worden samengesteld. Voor sommige zeer gespecialiseerde en geconcentreerd aangeboden behandelingen kan een gecombineerde aanspraak (behandeling plus vervoer) een prikkel zijn voor de verzekeraar om een balans te zoeken tussen de voordelen van concentratie en de kosten van vervoer.
- Dit is een oplossing die uitvoerings- en regeltechnisch gecompliceerd ligt. Vervoer zou dan deel moeten gaan uitmaken van de prestatie geneeskundige zorg. Opnemen in bepaalde DBC's is wel mogelijk, maar dit betreft alleen de bekostiging. De relatie met de verzekerde prestatie is daarmee nog niet geregeld. Mogelijk is dit wel een geschikt scenario voor gespecialiseerde behandelingen die geconcentreerd zullen worden aangeboden in een beperkt aantal plaatsen. Zowel in de huidige Zvw als vanuit de voormalige AWBZ (toekomstige Zvw) zal dit gaan gelden voor enkele zeer specifieke behandelingen. Het zal gaan om bovenregionaal

vervoer, waardoor de Wmo minder voor de hand ligt. Omdat ook voor de aanspraak waarschijnlijk vrij specifieke indicatie-interventieomschrijvingen zullen gaan gelden is het hier wel mogelijk dat vervoer deel uitmaakt van de aanspraak.

6 Advies

Alles afwegend adviseren we **continuering van de regeling zittend ziekenvervoer voor een tweetal doelgroepen,** namelijk dialysepatiënten en oncologiepatiënten die radiotherapie of chemotherapie volgen. De overige groepen die ondersteuning nodig hebben bij vervoer kunnen passender vanuit de Wmo worden geholpen.
We adviseren de hardheidsclausule binnen de Zvw te handhaven voor mensen die voor een langdurige behandeling en een groot aantal af te leggen kilometers een vervoersvraag hebben.

6.1 Overwegingen

Uitgangspunt blijft dat vervoer naar een zorgbehandeling in principe tot de eigen verantwoordelijkheid behoort. Slechts indien vervoer een substantiële belasting (financieel of fysiek) vormt voor de patiënt, is ondersteuning vanuit een collectieve regeling op zijn plaats. Een dergelijke ondersteuning moet zo doelmatig mogelijk worden ingericht en passen bij de behoefte van de patiënt.

Globaal zien we de **Zvw** als de meest passende oplossing voor mensen voor wie de vervoersbehoefte sterk behandelinggerelateerd is en gepaard gaat met hoge vervoerskosten.
De **Wmo** biedt een kader voor mensen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen. Zij hebben een meer algemene behoefte aan ondersteuning bij vervoer naar tal van bestemmingen, waaronder soms ook naar zorg. Met de komst van de Wmo is de argumentatie om de doelgroepen blinden en rolstoelafhankelijke mensen via de Zvw vervoersondersteuning te bieden, weggevallen. Ook voor andere kwetsbare mensen, zoals ouderen, psychiatrische patiënten, chronisch zieken, jeugdigen, ligt het voor de hand om al het vervoer voor deze doelgroepen binnen één regime onder te brengen, temeer omdat de gemeente al veel vervoer naar zorginstellingen uitvoert.

De hardheidsclausule in de Zvw moet gehandhaafd blijven voor mensen die voor hoge vervoerskosten komen te staan.
In geval van samenloop tussen beide regelingen (bijvoorbeeld indien een blinde in aanmerking komt voor een oncologiebehandeling) blijft de Zvw voorliggend.

Met deze beide condities blijven de kosten van verzekerden die lang en/of vaak moeten reizen in verband met zorg, binnen de verzekering en wordt de gemeente niet onevenredig belast met zorggerelateerde kosten.

6.2 Consequenties en overwegingen per doelgroep

Dialysepatiënten

Voor deze doelgroep verandert er niets. Zij kunnen een beroep blijven doen op de regeling zittend ziekenvervoer.

Oncologiepatiënten

Patiënten die een radiotherapie of chemotherapiebehandeling volgen, kunnen een beroep blijven doen op de regeling. Verzekeraars hebben aangegeven dat deze behandelingen niet meer in alle gevallen zeer belastend zijn, en soms ook dicht bij huis kunnen worden gegeven. Ter wille van een heldere en eenduidige uitvoering kiezen we er toch voor om deze groep binnen de regeling niet nader te differentiëren.
Sommige overige oncologiebehandelingen, zoals chirurgische ingrepen, worden steeds meer geconcentreerd in een beperkt aantal behandelcentra. Indien het aantal af te leggen kilometers (inclusief voor- en nazorg) boven de afgesproken grens van de hardheidsclausule komt, dan blijft ook voor deze patiënten een beroep op de regeling zittend ziekenvervoer mogelijk.

Rolstoelafhankelijke mensen en anderen met een (ernstige) mobiliteitsbeperking

In de regeling zittend ziekenvervoer wordt gesproken van ' personen die zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen'. Deze personen kunnen voortaan een beroep doen op de Wmo. Ook andere mensen met een mobiliteitsbeperking die niet zelfstandig kunnen reizen, kunnen vervoer vanuit de gemeente aangeboden krijgen, voor zover dat nog niet het geval was. In de huidige situatie wordt vervoer soms geweigerd omdat een zorgbestemming niet vanuit de gemeente zou hoeven te worden geregeld. Het schrappen van de doelgroep rolstoelafhankelijken uit de regeling zittend ziekenvervoer schept duidelijkheid, ook voor de mensen die voorheen tussen wal en schip vielen omdat ze tot geen van beide regimes zouden behoren.

Blinden en zeer slechtzienden

Ook deze groep hoort door zijn beperking naar onze mening meer bij de Wmo dan bij de Zvw. Wij adviseren om al het vervoer, dus ook naar ziekenhuis of behandelcentrum, voortaan via de Wmo te regelen. Zij hebben dan voor zowel participatie- als voor zorgbestemmingen te maken met één loket.
Er zijn enkele specifiek op de aandoening gerichte behandelingen die nu nog vanuit de AWBZ, maar vanaf 2015 vanuit de Zvw zullen worden aangeboden. Ook voor deze groep geldt, dat de hardheidsclausule van de regeling zittend ziekenvervoer voorziet in die gevallen waarin sprake is van grote (regio-overschrijdende) en/of frequente afstanden. Al het overige vervoer kan voor deze groep door de gemeente worden verzorgd. De grens van een visusbeperking zoals die door sommige verzekeraars nu zou worden gehanteerd, zal in het gemeentelijke regime minder een rol spelen. Daar geldt de individuele kwetsbaarheid van de burger in relatie tot de eigen mogelijkheden als basis voor de vervoersvoorziening. Als deze groep voor al zijn vervoer bij de gemeente kan aankloppen, geeft dat duidelijkheid voor zowel patiënten als uitvoerende partijen.

Overige zintuiglijk beperkten

Per 2015 zal de zorg voor zintuiglijk gehandicapten deels worden overgeheveld van AWBZ naar Zvw en Wmo. Indien sprake is van behandeling per dagdeel maakt momenteel ook vervoer naar de betreffende instelling onderdeel uit van de aanspraak. Volgens de nu opgestelde prestatiebeschrijvingen en bekostigingsconcepten zal dit ook vanaf 2015 het geval zijn. Voor vervoer naar individuele behandelingen geldt dezelfde redenering als voor blinden: indien van toepassing kan een beroep worden gedaan op de hardheidsclausule, in andere gevallen kan men zich wenden tot de gemeente. Die kan bezien of de beperking zodanig is dat ondersteuning bij vervoer aangewezen is.

(Geriatrische) revalidatiepatiënten

Per 1 januari 2013 maakt geriatrische revalidatiezorg onderdeel uit van de Zvw-aanspraken. Voorheen werd deze zorg, inclusief vervoer, geleverd vanuit de AWBZ. Als overgangsmaatregel is deze situatie in 2013 en 2014 gecontinueerd. Voor 2015 stellen wij voor om vervoer voor deze doelgroep niet langer vanuit de aanspraak te bekostigen. Het gaat vaak om kwetsbare mensen met een langdurige beperking die vaak toch al een beroep doen op ondersteuning door de gemeente. In geval de hardheidsclausule van de Zvw van toepassing is, komen deze patiënten, net als iedere verzekerde, hier voor in aanmerking. Een aparte vervoersregeling voor deze groep acht Zorginstituut Nederland niet wenselijk, ten eerste omdat de Wmo een passend kader biedt, ten tweede omdat dit ongelijkheid zou creëren in vergelijking met de medisch specialistische revalidatiepatiënten.

Psychiatrische patiënten

De doelgroep van psychiatrische patiënten bestaat uit meerdere subgroepen. Jongeren beneden de 18 die een psychiatrische behandeling volgen zijn straks al automatisch aangewezen op gemeentelijk vervoer, omdat deze behandelingen vanaf 2015 niet langer onder de Zvw vallen. Dat kan de bestaande knelpunten rond de aansluiting tussen vervoer naar onderwijs en vervoer naar zorg voor een belangrijk deel opheffen.
Volwassen psychiatrische patiënten kunnen net als nu een beroep doen op de hardheidsclausule als ze vervoer gedurende langere tijd en/of grote afstand nodig hebben. De overigen kunnen zich wenden tot de gemeente als hun psychische toestand zodanig is dat zij niet zelfstandig kunnen of durven reizen.
Dan zijn er nog de chronische intramurale psychiatrische patiënten die tot 1-1-2015 hun zorg vanuit de AWBZ krijgen. Voor het deel van de zorg dat straks onder de Zvw zal vallen is er sprake van een gecombineerde aanspraak op verblijf en behandeling, waar soms ook dagbesteding deel van uitmaakt. Indien patiënten voor die twee laatste onderdelen vervoer nodig hebben, valt dit onder verantwoordelijkheid van de instelling die het verblijf aanbiedt. Deze patiënten komen niet in aanmerking voor de regeling zittend ziekenvervoer.

Patiënten met een algemene kwetsbaarheid en overige patiënten

Er zijn door partijen meerdere kwetsbare groepen benoemd die een vervoersbehoefte kunnen hebben: mensen met Cystic Fibroses, Parkinson of niet aangeboren hersenletsel (NAH). Deze mensen hebben wel een langdurige aandoening, maar lang niet altijd een langdurige behandeling voor deze aandoening. Binnen de Wmo kan beoordeeld worden in hoeverre deze chronische patiënten ondersteuning nodig hebben bij vervoer, als men incidenteel of kortdurend naar een behandelcentrum moet. Hetzelfde geldt voor mensen die vanwege hun hoge leeftijd als kwetsbaar kunnen worden beschouwd.
Daarnaast zijn er patiënten met een (zeldzame) aandoening die voor zorg zijn aangewezen op speciale expertisecentra of op zeer geconcentreerde zorg zoals kinderoncologie. De reisafstand zal er dan al snel toe leiden dat deze patiënten een beroep kunnen doen op de hardheidsclausule.

Nota bene
Bij toekomstige overhevelingen van AWBZ naar Zvw is het van belang om een eventuele vervoersbehoefte goed tegen het licht te houden en vervoer dat in de AWBZ was geregeld niet automatisch te vertalen naar zittend ziekenvervoer in de Zvw. Waar in de AWBZ de ruimte bestaat om mantelzorg in de toewijzing van

vervoer te betrekken, is die mogelijkheid in de Zvw niet of veel minder aanwezig. Maatwerk zou dan ongemerkt overgaan in een standaard aanspraak.

6.3 Reacties van partijen

In januari 2014 is een conceptversie van dit rapport voorgelegd aan partijen die te maken hebben met zittend ziekenvervoer. Dat is gebeurd door de vier scenario's voor te leggen met de vraag naar welk scenario de voorkeur uitging. Ook kon men aangeven of men zich herkende in de analyse, en of de geformuleerde drie criteria volledig waren.

Negen partijen hebben gereageerd; hun volledige reactie treft u aan in bijlage. Onderstaand geven we hun reactie weer op hoofdlijnen, en hoe deze is verwerkt in het uiteindelijke advies.

6.3.1 Analyse

Door verzekeraars wordt de analyse over de kostengroei niet herkend. De genoemde stijging van de kosten achten verzekeraars te sterk geformuleerd. We hebben met verzekeraars gekeken op welke gegevens hun en onze inschatting was gebaseerd. Uiteindelijk bleek dat de kostenverzamelstaten waarop onze analyse is gebaseerd ook voor de verzekeraars het uitgangspunt vormen. De eerder genoemde patiëntenaantallen bleken wat meer onzekerheden te bevatten; die hebben we in de definitieve versie niet meer opgenomen. Ons oordeel dat sprake is van een sterke stijging is genuanceerd tot een matige stijging die niet uit de pas lijkt te lopen met de overige kostenontwikkeling in de zorg.

Verder hebben partijen aanvullingen gegeven over de uitvoeringspraktijk en over ontwikkelingen in de zorg die tot een ander vervoersbehoefte kunnen leiden. Die aanvullingen zijn verwerkt in het rapport.
De behoefte aan vervoer verandert door concentratie van zorg, overhevelingen uit de AWBZ, ambulantisering (verzorgingshuizen, GGZ). Daardoor zal het beroep op de hardheidsclausule toenemen. Dit zal de onduidelijkheid over de regeling verder vergroten.

6.3.2 Criteria om voor een scenario te kiezen

Partijen hebben extra criteria geformuleerd die een rol zouden moeten spelen bij de keuze voor een bepaald scenario: noodzaak van tijdigheid, de vraag of er sprake is van bovenregionaal vervoer, administratieve lasten, mogelijkheid van een spoedprocedure, klantvriendelijkheid, keuzevrijheid uitvoerbaarheid, eenduidigheid in de uitvoering. We hebben de criteria geherformuleerd en uiteindelijk vier groepen van critera opgenomen in het advies.

6.3.3 Voorkeur scenario

Alle partijen zijn het erover eens dat het wenselijk is om voor bepaalde patiënten vervoer te regelen via een collectieve regeling.
De fiscale oplossing wordt door geen enkele partij geprefereerd.
De voorkeur van de geraadpleegde partijen gaat in hoofdzaak uit naar een vervoersregeling binnen de Zvw. Sommigen (enkele verzekeraars, gemeenten[19])

[19] Eén gemeente (Amsterdam) heeft gereageerd via de schriftelijke consultatie. In het eerder gehouden rondetafelgesprek waren meerdere gemeenten aanwezig, ook zij zagen onder bepaalde voorwaarden mogelijkheden om ziekenvervoer aan te bieden voor een deel van de doelgroep.

zien mogelijkheden voor een gedeeltelijke overheveling naar de Wmo. Sommige verzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers zien een koppeling van vervoer aan de behandeling (opnemen in DOT) als een goede optie, maar dan bij voorkeur uit te voeren door de verzekeraar. Zorginstituut Nederland heeft deze optie uiteindelijk niet gekozen omdat dan de regeling zittend ziekenvervoer zou verdwijnen en daarmee ook de hardheidsclausule waarop andere, niet voorziene patiëntgroepen een beroep kunnen doen. Deze groepen passen naar hun aard ook lang niet altijd in de Wmo. Bovendien zou het opnemen van vervoer in de diagnosebehandelcombinatie ofwel leiden tot een aanspraak voor alle betrokkenen – dus ook mensen die het niet echt nodig hebben, ofwel tot administratieve lasten om te kunnen bepalen wie binnen de patiëntengroep in aanmerking komt voor vervoer.

Een groot deel van de partijen geeft de voorkeur aan handhaven van de huidige regeling zittend ziekenvervoer. Medisch gerelateerd vervoer hoort in hun opvatting meer bij de zorgverzekering dan bij de Wmo. De Wmo is niet bedoeld voor mensen die wel (langdurig) ziek zijn, maar niet noodzakelijk een chronische beperking hebben. Ook bovenregionaal vervoer kan een probleem zijn.

6.4 Randvoorwaarden en aandachtspunten

1. Volgens ons advies zullen zorgbestemmingen meer expliciet deel gaan uitmaken van de gemeentelijke ondersteuning, ook al valt dat formeel nu al tot de reikwijdte van het gemeentelijk vervoer. Dan is het aan te bevelen om duidelijker prestatie-eisen te formuleren over tijdigheid, prioritering en de wenselijkheid van individueel of beperkt combinatievervoer. Het kan bijvoorbeeld wenselijk zijn dat het aantal kilometers voor participatiedoeleinden op een ander niveau wordt vastgesteld dan dat voor zorgbestemmingen, of dat zorgbestemmingen prioriteit krijgen boven recreatieve uitstapjes. Dergelijke afspraken moeten op lokaal niveau worden gemaakt tussen burgers, gemeenten en vervoerders.

2. De gemeente kan ondersteuning bij vervoer bieden voor lokale en regionale bestemmingen. Voor bovenregionaal vervoer kunnen burgers een beroep doen op de Valys. Deze heeft in zijn huidige vorm wel het nadeel dat soms zeer lange combinatieritten worden gemaakt. Door het hogere aantal kilometers zal voor bovenregionaal vervoer de drempel voor de hardheidsclausule zittend ziekenvervoer eerder worden bereikt en kan de patiënt een beroep (blijven) doen op de Zvw. Hiermee verwachten wij dat bovenregionaal vervoer in verband met zorgbestemmingen slechts in een beperkt aantal gevallen aan de orde zal zijn. Mocht de praktijk anders uitwijzen, dan zijn aangescherpte prestatie-eisen ook over bovenregionaal vervoer wenselijk.

3. De formule waarmee de hardheidsclausule in de regeling zittend ziekenvervoer nu is geoperationaliseerd zou naar onze mening een meer formeel karakter moeten krijgen, om duidelijk te maken dat het aantal af te leggen kilometers (in termen van frequentie, duur en afstand) doorslaggevend is om in aanmerking te komen. Dit om een afbakening te creëren met mensen die om reden van kwetsbaarheid en langdurige aandoening een beroep zouden kunnen doen op de hardheidsclausule. Zij zijn in het licht van dit advies passender geholpen vanuit de Wmo. De hardheidsclausule is dan niet langer een vangnet voor onvoorziene gevallen, maar een aanspraak voor mensen die een afgebakend aantal kilometers moeten afleggen in verband met behandeling van een langdurige aandoening.

4. Voor patiënten die speciale zorg nodig hebben gedurende het vervoer, bijvoorbeeld door risico op infectie, ernstige vermoeidheidsproblematiek met duizeligheid, of gedragsproblemen, is eerder vervoer met zorg aan de orde. Voor hen is het besteld ambulancevervoer meer aangewezen. Op het gebied van differentiatie en vervoer op maat achten wij het zinvol om te onderzoeken of liggend vervoer een serieus alternatief is voor besteld vervoer waarvoor geen volledig ingerichte ambulance noodzakelijk is. Liggend vervoer is geen onderwerp van dit rapport, maar verschillende partijen hebben aangegeven dat hier wellicht doelmatigheidswinst valt te behalen.

6.5 Financiële consequenties

Met de doelgroepen rolstoelafhankelijken en blinden/zeer slechtzienden vervalt ongeveer 26% van de kosten voor de regeling zittend ziekenvervoer. Daarnaast zal ook een deel van het vervoer dat nu valt onder de hardheidsclausule voortaan binnen de Wmo worden uitgevoerd. Behalve de jeugdige psychiatrische patiënten die nu ongeveer een kwart van de hardheidsclausule voor hun rekening nemen, zullen ook anderen voortaan bij de gemeente terechtkunnen. Met de nodige slagen om de arm komen we tot een voorzichtige schatting van ongeveer 15 van de 23% hardheidsclausule die voortaan voor vervoer vanuit de Wmo in aanmerking komt.

In totaal schatten we dus in dat de kosten voor de regeling zittend ziekenvervoer met 41% zullen verminderen. Dat is een bedrag van ruim **52 miljoen euro** (kostenniveau 2012). Deze kosten zullen met een bepaalde doelmatigheidswinst, door meer mogelijkheden voor maatwerk, terugkomen in de kosten voor de Wmo. Hoe groot deze doelmatigheidswinst kan zijn is moeilijk te zeggen en is afhankelijk van de politieke keuzes bij de uitwerking van dit advies.
Daarnaast zal een voorziene extra groei als gevolg van overhevelingen vanuit AWBZ naar Zvw worden gemitigeerd.

7 Tenslotte

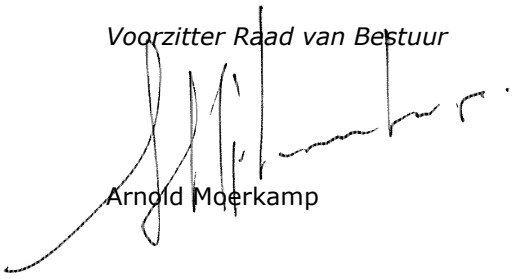
Met dit advies stellen we voor om de regeling zittend ziekenvervoer te beperken tot twee afgebakende doelgroepen aangevuld met een hardheidsclausule. Daarmee wordt de regeling nog meer dan voorheen ziekte- en behandelinggerelateerd, waarmee bekostiging vanuit de Zvw beter gerechtvaardigd kan worden. De Wmo zien we als een passend kader om ondersteuning in brede zin (waaronder vervoer naar een zorgvoorziening) te bieden aan mensen met een langdurige beperking of kwetsbaarheid.

Sommige partijen hebben zorgen of twijfels geuit over de vraag of de gemeente de geschikte instantie is om tegemoet te komen aan eisen op het gebied van maatwerk, keuzevrijheid, tijdigheid en individueel vervoer. Ook enkele leden van de Adviescommissie Pakket hebben twijfels over de overheveling van het vervoer voor enkele doelgroepen naar de WMO. Zij vinden qua uitgangspunt wel dat deze groepen hier thuishoren, maar zij vinden dat er momenteel al te veel wijzigingen plaatsvinden in de WMO. Er is echter ook een commissielid dat meent dat met de overheveling naar de WMO een efficiencyslag kan worden gemaakt.

Noodzakelijk vervoer vanwege een beperking –ook naar zorginstellingen- behoort ons inziens tot het werkgebied van de gemeente. Bij explicitering van dit standpunt zullen niettemin hier en daar aanpassingen in de uitvoeringspraktijk nodig zijn. Afspraken over tijdigheid, wanneer individueel vervoer is aangewezen, prioritering naar soort bestemming, zullen gemaakt of aangescherpt moeten worden. Daarbij zullen onvermijdelijk verschillen tussen gemeenten ontstaan. Maar het biedt ook kansen voor maatwerk, samenhangend beleid, ruimte voor eigen inbreng en lokale initiatieven. We zijn van mening dat de nu voorgestelde herschikking meer helderheid biedt aan patiënten en uitvoerende partijen..
Indien de minister dit advies overneemt zal Zorginstituut Nederland expliciet monitoren hoe vervoer naar zorginstellingen in de toekomst verloopt.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur



Arnold Moerkamp

Reacties partijen op consultatiedocument Vervoer in de zorgverzekering

	Organisatie	**Opmerkingen**
1	Adelante, revalidatiecentrum	Aanwezig op bijeenkomst
2	Achmea, Menzis, CZ en VGZ	Na gesprek met uitvoerenden
3	Actiz	Bestuurlijke reactie
4	ZN	Bestuurlijke reactie, deels samenloop met reactie 2
5	GGZNederland, LPGGZ	Bestuurlijke reactie
6	NVN (nierpatiënten)	Bestuurlijke reactie, ook aanwezig op bijeenkomst
7	Oogvereniging	Bestuurlijke reactie, ook aanwezig op bijeenkomst
8	NPCF/Ieder(in)	Bestuurlijke reactie
9	Projectleider Uitvoering Dienst Wonen, Zorg en Samenleven Gemeente Amsterdam	Aanwezig op bijeenkomst

Reactie Adelante (revalidatiecentrum en deelnemer aan het rondetafelgesprek) op het consultatiedocument Vervoer in de zorgverzekering.

Adelante heeft zijn reactie en antwoorden op de consultatievragen rechtstreeks in het document opgenomen. Ter wille van de leesbaarheid vatten we de opmerkingen hier samen:

Adelante is het eens met de analyse over de uitvoeringspraktijk

In hoofdstuk 4.2 werd gesteld dat mensen die medisch specialistische revalidatie nodig ehbben ongeveer dezelfde vervoersvraag hebben als de geriatrische revalidatiepatiënten. Hier is Adelante het niet volledig mee eens. Zij zien bij hun patiënten vaak langere behandeltrajecten (=medisch specialistische revalidatie) dan bij de geriatrische revalidatie.

Adelante herkent zich in de zeven onderscheiden doelgroepen en heeft geen toevoegingen. Voor Adelante is belangrijk dat de revalidatie in het rijtje staat. Aandachtspunt is wel de gevolgen van de ontwikkelingen voor de kinderrevalidatie in relatie tot schoolvervoer en overgang jeugdwet naar gemeenten.

Bij de bespreking van de vier regelingen in het consultatiedocument staat de opmerking dat bij een doelgroep met veel spreiding in de vervoersbehoefte, een generiek wettelijk kader minder voor de hand ligt, want dan kunnen veel mensen er een beroep op doen die zich anders ook zelf kunnen redden. Hierop reageert Adelante met:
'Ook de revalidatie is geen homogene groep, dus een aanspraak op vergoeding puur vanwege het feit dat je in een revalidatiecentrum behandeld wordt is ook te kort door de bocht. Daarnaast werkt het in de hand dat we patiënten niet meer in het ziekenhuis maar uitsluitend in het centrum gaan behandelen of de ziekenhuisafdelingen moeten qua branding volledig als dependance gaan fungeren met uitsluitend Adelante logo op de deur.'

Op de vraag naar welke oplossing de voorkeur uitgaat, antwoordt Adelante als volgt:
'Naar mijn mening zal het een combinatie moeten zijn van deels Wmo vergoeding en deels Zvw vergoeding dus eigenlijk handhaving van huidige mogelijkheden waarin de tekortkomingen van het huidige systeem zoveel mogelijk worden gecompenseerd. Zeker voor ons als buitenrandstedelijk gebied is het belangrijk dat regioverschillen in de regeling meegenomen worden. Dit kan bijvoorbeeld ook binnen de Zvw als tarieven vrij onderhandelbaar zijn en regionaal de component voor vervoersvergoeding dus kan variëren.'

Amersfoort, januari 2014

Betreft: Reactie op Conceptrapport / Vervoer in de zorgverzekering/ 17 december 2013

Van: Achmea

Geachte mevrouw Duine,

Allereerst willen wij het College voor Zorgverzekeringen complimenteren met dit rapport. Wij zijn onder de indruk van de verzamelde informatie, het benoemen van tegenstrijdige standpunten en belangen en vooral de focus op de individuele klant/ doelgroep.
Als zorgverzekeraars hebben wij het klantbelang voor ogen en met die focus willen wij op dit rapport reageren en advies uitbrengen namens Achmea, CZ, Menzis en VGZ. Wij vertegenwoordigen 85% van de verzekerde populatie van Nederland.

Aan de hand van de Hoofdstukindeling van het Concept rapport willen wij de volgende opmerkingen/ adviezen geven.

Hoofdstuk 3.

3.4 Gebruik en kosten zittend ziekenvervoer (ZZV)

Wij herkennen ons niet in de stijging van de zorgkosten voor ZZV. Zowel het aantal gebruikers als de zorgkosten blijven vrijwel constant in 2010, 2011, 2012. Elk jaar is de NEA/ indexering toegepast op de taxikilometerprijs, waarin de stijging van loonkosten en brandstof bij taxibedrijven worden gecompenseerd. Daardoor kan er eerder gesproken worden van een relatieve daling van zorgkosten dan van een stijging. Het aandeel taxi vervoer is ten op zichte van het totaal (taxi, openbaar – en eigen vervoer) in de jaren 2007 tot en met 2012 vrijwel constant gebleven, bij een lichte stijging van het openbaar en eigenvervoer).
Aangezien de vermeende stijging van de zorgkosten een belangrijke pijler onder de heroverweging van het ZZV vormt, willen wij dit punt met nadruk bij u onder de aandacht brengen.
Desgewenst kunnen wij u de cijfers 201, 2011 en 2012 doen toekomen. En een prognose voor 2013.

3.8 Conclusies

1. Achmea herkent zich niet in de jaarlijkse stijging van de zorgkosten ZZV.
2. Het Zittend ziekenvervoer door ZvW en WMO lijkt in uitvoering op elkaar. Echter de indicatiestelling voor ZvW is medisch en die voor de WMO is sociaal/ maatschappelijk
3. De Hardheidsclausule (HHC) is en blijft een gedrocht. Doordat met de invoering geen duidelijkheid door den Haag gegeven kon worden over de invulling, is de rekenformule bedacht. Daardoor komt de financiële component voor de klant nauwelijks aan de orde. En ook niet het billijkheidsprincipe. Wij bestrijden dat de HHC is ingevoerd voor een enkeling. Bij de invoering was al duidelijk dat dit een grote groep zou zijn. Door overheveling van bv. GGZ en GRZzorg wordt er steeds meer beroep op de HHC gedaan.
4. Ongelijke behandeling: Wij vrezen met uitvoering en indicatiestelling door de gemeente meer ongelijke behandeling. Bij de zvW is de voorziening ZZV een recht en bij de WMO een compensatie voorziening.
5. Keuzevrijheid: Binnen de ZvW heeft de verzekerde keuze in het kiezen van een zorgverzekeraar, bij Gemeenten is klanten gebonden aan dezelde gemeente.
6. Voor conclusie 5, 6,7, 8,9 hebben wij geen opmerkingen.

Consultatievraag 1: Bent u het eens met de analyse over de uitvoeringspraktijk?
Antwoord Ja. Met uitdrukkelijke kanttekening over de stijging van de zorgkosten.

Hoofdstuk 4 Ontwikkelingen in vervoersbehoefte en implicaties voor de huidige regeling ZZV

Consultatievraag 2: Herkent u de zeven onderscheiden doelgroepen die voor ondersteuning bij vervoer in aanmerking komen?
Antwoord: Ja

Consultatievraag 3: Onderscheidt u nog andere doelgroepen?
Antwoord: Nee.

Aandachtspunten:

- Let op afbouw capaciteit van verzorgingshuizen. Wellicht meer beroep op vervoer bij WMO
- Neem in deze herschikking ZZV de mogelijkheid mee om wet/ en regelgeving aan te passen om liggend vervoer (niet zijnde ambulancevervoer) te stimuleren. Neem ook het CVZ standpunt t.a.v. gebruik van de scootmobiel in heroverweging.

Hoofdstuk 5 Behoefte aan een collectieve regeling vervoer

Consultatievraag 4: Deelt u de opvatting dat vervoer niet geheel voor eigen rekening en verantwoording kan komen?
Antwoord: Ja.

Consultatievraag 5: Hebben wij de goede criteria gehanteerd bij de overweging voor een keuze voor een bepaalde collectieve regeling?
Antwoord: Ja, met aanvulling op de matrix met criterium **tijdigheid.** Zie bijlage.
Toelichting: Juist voor de doelgroep dialyse- en radio- en chemotherapie is het tijdig arriveren voor de behandeling cruciaal voor de ziekenhuisplanning. Als je niet op tijd komt gaat de behandeling niet door of is te kort. De extra kosten om op een ander tijdstip de behandeling in te halen zijn niet acceptabel.

Consultatievraag 6: Ziet u nog andere aspecten die een rol spelen bij de keuze voor bepaalde collectieve regelingen?
Antwoord: Tijdigheid bij in ieder geval dialyse- en radio- chemotherapie,
Rechtsongelijkheid omdat elke gemeente eigen beleid voert,
Boven- regionaalvervoer is voor de WMO lastig te realiseren en zal met concentratie van behandelcentra toenemen.

Consultatievraag 7: Naar welke oplossing gaat uw voorkeur uit?
Antwoord: Achmea spreekt de voorkeur uit voor **optie 4**.

Keuze 1. Achmea kiest voor **optie 4.**
Toelichting: ZZV (dialyse radio- en chemotherapie) gekoppeld aan de behandeling MSZ doet recht aan de ketenzorg die wij voor staan. Bij de intake in het ziekenhuis om de vervoersindicatie te stellen komt mantelzorg en keuze van vervoer aan de orde. Tijdigheid wordt gegarandeerd en in dialoog tussen ziekenhuis en vervoerder en patiënt wordt de vervoersdienst gerealiseerd.

De inkoopkracht van een enkele instelling met deze beperkte doelgroep is minimaal. Het levert voor de instelling maximale hoofdpijn met het minimale rendement op. Achmea is bereid de inkoop, indicatiestelling en de logistiek ZZV te verzorgen voor de instelling, conform het representatiemodel.

Keuze 2. Handhaven van de huidige situatie.
Toelichting: Als het vormen van de zorgketen behandeling inclusief vervoer niet te realiseren is in de MSZ, dan kiest Achmea voor handhaven van de huidige situatie.

Aandachtspunt:
Achmea maakt zich zorgen over de invoeringstermijn. Als uiterlijk 1 juli 2014 het besluit van de minister bekend is, is 6 maanden te kort voor alle partijen om per 1 januari 2015 een nieuwe vervoerssituatie te realiseren.
Achmea pleit voor een ruimere invoeringstermijn van minimaal 12 maanden.

Bijlage

Criterium	**Zvw: aparte aanspraak**	**Wmo**	**Fiscus**	**Zvw: koppelen aan behandeling**
Behoefte aan maatwerk binnen de doelgroep	Geen maatwerk mogelijk §*Maatwerk op indicatiestelling vervoer mogelijk*	Maatwerk mogelijk §*Maatwerk op mantelzorg en inkomenstoets*	Geen maatwerk mogelijk §*Maatwerk op inkomenstoets*	Geen maatwerk mogelijk *§Maatwerk op indicatiestelling, mantelzorg en keuze vervoer*
Mogelijkheid kosten-beheersing en doelmatigheid	Doelmatigheid via combinatie-ritten *§Door inkoopkracht en controle achteraf.*	Doelmatigheid via maatwerk, eigen bijdrage en combiritten	Geen doelmatigheid in de uitvoering	Doelmatige uitvoering mogelijk indien verzekeraars uitvoeren
Samenhang met andere voorzieningen	Samenhang mogelijk voor dialyse, oncologie en revalidatie	Samenhang met OV en lokale voorzieningen	Geen samenhang met overige voorzieningen	Samenhang alleen mogelijk met de behandeling *§alleen kan vervallen.*
Tijdigheid	99,7% tijdig. Spoedaanvraagprocedure. Bovenregionaal	Niet bovenregionaal. Geen spoedprocedures	N.v.t.	100% tijdig. Bovenregionaal. Spoedaanvraagprocedure.

Achmea, januari 2014 RB

Beste mevrouw Duine,

Wij hebben het rapport intern besproken en voorgelegd aan enkele van onze leden. Onderstaand onze reactie op het conceptrapport zittend ziekenvervoer. Mocht u hier nog vragen over hebben, hoor ik dat graag.

Met vriendelijke groet,
Emi van Galen

Algemeen
De focus in het rapport ligt nadrukkelijk op de ZVW. De vervoersregeling vanuit de WMO en de AWBZ, straks WLZ, worden erbij betrokken, maar niet veel verder uitgewerkt. Om een integraal beeld te krijgen van vervoer en van de samenhang van de diverse regelingen, is een totaalbeeld noodzakelijk.

Op pagina 21 en 24 wordt gesproken over de nieuwe WMO als zijnde voornamelijk maatwerk. Ook de nieuwe WMO zal algemene voorzieningen gaan kennen.

1. **Bent u het eens met de analyse over de uitvoeringspraktijk?**

ActiZ kan zich vinden in deze analyse voor wat betreft de ZVW. U beschrijft ook de huidige ervaringen. Hieraan willen wij graag nog toevoegen dat de ervaring is van zorgaanbieders dat procesgang voor het aanvragen van zittend ziekenvervoer nu erg lang duurt, er gaan vaak meerdere weken overheen. Helderheid en tijdigheid in procesgang zittende ziekenvervoer binnen de ZVW zijn nog een aandachtspunt.

2. Herkent u de zeven onderscheiden doelgroepen die voor ondersteuning bij vervoer in aanmerking komen?

Het is goed dat de GRZ-cliënten als aparte doelgroep worden benoemd. De doelgroep 'patiënten (veelal ouderen) met een algemene kwetsbaarheid' is zo breed geformuleerd, is een nadere uitwerking gewenst (hier kan vrijwel niemand tot ongeveer iedereen onder vallen, afhankelijk van de uitleg). Aandacht voor specifieke doelgroepen in AWBZ/WLZ en WMO is hierbij gewenst. Denk bijvoorbeeld aan lichamelijk gehandicapten die gebruik maken van dagbesteding.

3. Onderscheidt u nog andere doelgroepen?

Voor de toekomst komen er ten gevolge van overhevelingen nog doelgroepen bij. Te denken valt aan de doelgroep Dagbehandeling, welke u wel noemt op pagina 20 en 24 als huidige AWBZ-doelgroep. Daarnaast is er de doelgroep intramuraal verblijvende AWBZ-cliënten die van en naar ziekenhuizen moeten. Waarschijnlijk vallen deze doelgroepen in het huidige rapport voor een groot deel samen met 'patiënten (veelal ouderen) met een algemene kwetsbaarheid'.

4. Deelt u de opvatting dat vervoer niet geheel voor eigen rekening en verantwoording kan komen?

Jazeker. Aanbieders gaven aan dat de verwachting is dat een deel van de cliënten het vervoer gewoon zelf kan regelen, maar dat er voor het overige deel een (externe) regeling moet komen. Afwezigheid van een dergelijke regeling zou nadelige effecten hebben op de toegankelijkheid van zorg/welzijnsvoorzieningen en de therapietrouw.

5. Hebben wij de goede criteria gehanteerd bij de overwegingen voor een keuze voor een bepaalde collectieve regeling?

Bij het scenario 'koppelen aan behandeling' werkt u niet uit of dit koppelen betreft in de aanspraak of ook in de bekostiging. Dit maakt voor de uitwerking in de inkoop een wezenlijk verschil. Hierbij heeft het koppelen aan de aanspraak (GRZ cliënten hebben recht op vervoer) wel onze voorkeur, het koppelen aan de bekostiging (vervoer als integraal onderdeel van het DBC-tarief) nadrukkelijk niet onze voorkeur, zie ook antwoord op vraag 7.

6. Ziet u nog andere aspecten die een rol spelen bij de keuze voor bepaalde collectieve regelingen?
De uitvoerbaarheid in de zin van administratieve lasten, aanvraagtermijnen en duidelijkheid naar cliënten over de mogelijkheden.

7. Naar welke oplossing gaat uw voorkeur uit? Dit kunnen ook meerdere oplossingen zijn voor verschillende doelgroepen.
Vervoer is niet de core business van zorgorganisaties. Zorgaanbieders geven aan dat zij deze regeling daarom liever buiten de DBC-systematiek houden. Dit wordt tevens gevoed vanuit de ervaringen van de AWBZ (inmiddels vervoer moeten regelen onder de kostprijs). Daarom heeft het de voorkeur om het vervoer door een andere (vervoers-)partij te laten regelen. Het 'koppelen aan de behandeling' heeft dus niet de voorkeur vanuit het perspectief van de aanbieders.

GRZ-aanbieders spraken duidelijk de voorkeur uit voor een regeling in de ZVW als aparte aanspraak, omdat dit het meeste aansluit op de doelgroep, 1 landelijke regeling betreft en door een vervoerspartij kan worden geleverd. Voor de aanbieders van GRZ heeft de WMO hierin niet de voorkeur, omdat het een andere doelgroep en een andere functie betreft. Daarnaast hebben aanbieders dan te maken met een grote hoeveelheid inkopende partijen (liever 1 regeling in de zorgverzekeringswet dan uitleg moeten geven over een veelheid aan verschillende regelingen afhankelijk van het lokale gemeentelijk beleid). De fiscusregeling is het minst wenselijk.

Met vriendelijke groet,
ActiZ, organisatie van zorgondernemers

Emi van Galen
Beleidsadviseur
Team Branchebelang, Ondernemerschap & Jeugd

Zorgverzekeraars Nederland

College voor Zorgverzekeringen

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon

Doorkiesnummer

Ons kenmerk B-14-2778-jkui1

Uw kenmerk

Datum 28 januari 2014

Onderwerp Reactie ZN op consultatiedocument vervoer in de zorgverzekering

Geachte mevrouw D.,

Op 17 december 2013 hebben wij van u het consultatiedocument 'Vervoer in de zorgverzekering' ontvangen. Onderstaand treft u de reactie van verzekeraars op dit rapport aan. Naast deze gezamenlijke reactie hebben wij begrepen dat u ook direct van verzekeraars reacties heeft ontvangen op het consultatie document. Als gevolg hiervan kan de reactie op sommige onderdelen overlappen. Bij de reactie zullen wij de volgorde van de vragen aanhouden zoals deze zijn opgenomen in het consultatiedocument.

Consultatievraag 1: Bent u het eens met de analyse over de uitvoeringspraktijk?

Antwoord
In paragraaf 3.8 worden een achttal conclusies getrokken. Onderstaand de reactie van verzekeraars op deze deelconclusies:

1. Gebruik en kosten zittend ziekenvervoer (ZZV)

De in het rapport genoemde cijfers worden niet door alle verzekeraar herkend. Door verzekeraars wordt aangegeven dat meer differentiatie naar prijs- en volume-effecten nodig om een goed beeld te krijgen van de kostenontwikkelingen en de achterliggende oorzaken van deze veranderingen (en of dit dus een reden voor wijziging beleid moet zijn).

Onderstaand een weergave van het cijfermateriaal zoals wij deze van Achmea, CZ en VGZ hebben ontvangen op dit vlak. Aangezien de vermeende stijging van de zorgkosten een belangrijke pijler onder de heroverweging van het ZZV vormt, willen wij dit punt met nadruk bij u onder de aandacht brengen. Desgewenst kunnen de genoemde verzekeraars de cijfers 2010, 2011 en 2012 aan u doen toekomen alsmede een prognose voor 2013.

Achmea:
Wij herkennen ons niet in de stijging van de zorgkosten voor ZZV. Zowel het aantal gebruikers als de zorgkosten blijven vrijwel constant in 2010, 2011, 2012. Elk jaar is de NEA/ indexering toegepast op de taxikilometerprijs, waarin de stijging van loonkosten en brandstof bij taxibedrijven worden gecompenseerd. Daardoor kan er eerder gesproken worden van een relatieve daling van zorgkosten dan van een stijging. Het aandeel taxi vervoer is ten opzichte van het totaal (taxi, openbaar – en eigen vervoer) in de jaren 2007 tot en met 2012 vrijwel constant gebleven, bij een lichte stijging van het openbaar en eigenvervoer).

CZ:
Wij zien de op pagina 14 vermelde conclusie inzake afname eigen en openbaar vervoer niet terug in onze cijfers. Met name het aandeel eigen vervoer op de totale vervoerskosten is van 2010 naar 2012 gestegen van 9,5% naar 12,1%. Voor taxivervoer is dit gedaald van 90% naar 87,4%, terwijl voor openbaar vervoer dit gelijk bleef op 0,5%.

Onze kosten van het openbaar vervoer zijn van 2010 tot en met 2012 gestegen met 24,7%, waarbij het aantal patiënten steeg met 5,6%. Aan de prijscomponent hierbij valt door ons niets te doen, aangezien dit regionaal wordt vastgesteld. Ook onze kosten van het eigen vervoer zijn van 2010 tot en met 2012 gestegen met 48,4%, waarbij het aantal patiënten steeg met 24,6%. Aan de prijscomponent hierbij valt door ons niets te doen, aangezien dit door de minister wordt vastgesteld. Voor het taxivervoer gold in deze periode een patiënten groei van 3,6% en kostengroei van 14,1%.

Ook zien wij niet de conclusie terug van hoofdstuk 3.8 omtrent patiëntontwikkeling 2011. Bij ons steeg juist dat jaar het aantal patiënten aanzienlijk (7,3%) terwijl de totale kosten stegen met 7,6% (een relatieve kostenverlaging dus gezien de patiëntgroei en NEA-indexering).

Het aandeel Hardheidsclausule in termen van taxikosten op het totaal van vervoerskosten was in:
2010: 21,5%
2011: 23,0%
2012: 22,4%
en ligt dus lager dan de 25% die CVZ aangeeft.

VGZ
Wij herkennen ons niet in de stijging van de zorgkosten voor ZZV. De zorgkosten blijven vrijwel constant in 2010, 2011 en 2012. Elk jaar is de NEA/ indexering toegepast op de taxikilometerprijs, waarin de stijging van loonkosten en brandstof bij taxibedrijven worden gecompenseerd. Daardoor kan er eerder

gesproken worden van een relatieve daling van zorgkosten dan van een stijging.

2. Vergelijking vervoer Zvw en WMO

Het vervoer in de ZVW en de WMO lijkt in uitvoering op elkaar. Echter de indicatiestelling voor ZVW is een medisch en die voor de WMO is een sociaal/ maatschappelijke. Combinatievervoer van deze twee doelgroepen is daarom ook lang niet altijd mogelijk, wenselijk of acceptabel.

3. De hardheidsclausule (HHC)

De intenties van de Hardheidsclausule (HHC) zijn en blijven moeilijk uitvoerbaar. “Onbillijkheid van overwegende aard” is niet te kwalificeren en niet te kwantificeren. Doordat met de invoering geen duidelijkheid door VWS gegeven kon worden over de invulling is in gezamenlijk overleg de rekenformule bedacht. Met deze formule komt het billijkheidsprincipe echter niet uit de verf. Wij bestrijden dat de HHC is ingevoerd voor een enkeling. Bij de invoering was al duidelijk dat dit een grote groep zou zijn. Door overheveling van bv. GGZ en GRZ zal er steeds meer een beroep op de HHC gedaan.

4. Ongelijke behandeling

Verzekeraars vrezen met uitvoering en indicatiestelling door de gemeente meer ongelijke behandeling. Bij de ZVW is de voorziening ZZV een recht en bij de WMO een compensatievoorziening (die ook nog eens dreigt te vervallen).

Voor conclusie 5, 6,7, 8,9 hebben wij geen opmerkingen.

Hoofdstuk 4

Consultatievraag 2. Herkent u de zeven onderscheiden doelgroepen die voor ondersteuning bij vervoer in aanmerking komen?

Ja, in zijn algemeenheid zijn de groepen te herkennen. Wel hebben verzekeraars een vraag over de interpretatie van de lijst en zien verzekeraars een verschillende aandachtspunten bij de beschreven doelgroepen en het te verwachten gebruik van vervoer.

Verzekeraars vragen zich ook af hoe de doelgroepenlijst geïnterpreteerd moet worden. Moet de lijst gezien worden als de lijst waarvoor CVZ een zelfstandige vervoersaanspraak wil definiëren of kan een deel van deze groepen ook onder de hardheidsclausule terecht komen? In dit kader zijn verzekeraars ook benieuwd naar de plaatsing van deze doelgroepen zoals CVZ deze voor ogen heeft.

Een aandachtspunt ten aanzien van de doelgroepen is de omschrijving van de doelgroepen. Er zijn of worden groepen overgeheveld naar de Zvw die nog niet duidelijk gedefinieerd zijn. Het eventueel vormgegeven van een aanspraak voor vervoer voor deze groepen vergt een duidelijke definiëring van deze groepen. De huidige omschrijvingen zijn naar de mening van verzekeraars nog te onduidelijk. Zo is de groep 'kwetsbare ouderen' te breed gedefinieerd en is bijvoorbeeld nog niet precies afgebakend van ZG is en hoe deze zich verhoud tot de zorg die al in de Zvw is opgenomen. Valt de ZG groep in dit kader onder de groep ‘blinden en zeer slechtzienden’? Een nadere definiëring is dan ook gewenst.

Een ander aandachtspunt vormt de groep ‘psychiatrische patiënten’. Deze groep lijkt bij de overheveling uit elkaar te vallen in een aantal deelgroepen (jeugdzorg, curatieve GGZ en langdurige GGZ). Afhankelijk van de plaatsing van deze deelgroepen dient bekeken te worden op welke wijze het vervoer georganiseerd moet gaan worden. Hierbij moet rekening gehouden worden met de uitvoerbaarheid gezien het feit dat er sprake kan zijn van 1 aanbieder die alle doelgroepen moet bedienen.
Verder is het wenselijk om te inventariseren of er geen veranderingen in de zorg zijn opgetreden van de huidige groepen die in de regeling ZZV zijn opgenomen die de noodzaak tot vervoer beïnvloeden. Een voorbeeld: chemotherapie patiënten waren in het verleden altijd erg ziek na een behandeling; nu is dat soms niet meer zo waardoor vervoer per taxi niet noodzakelijk is.

Ten aanzien van het gebruik van vervoer zien verzekeraars ook een tweetal aandachtpunten:

1. De tendens tot afbouw van verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Door het langer zelfstandig blijven wonen zal er in de toekomst meer een beroep gedaan worden op vervoersvoorzieningen.
2. De meerderheid van patiënten is 65+ is of soms ver in de 65+ (met beperkte mantelzorg ter beschikking). Nu worden zij vaak geholpen bij een aanvraag door de behandelaar of vervoerder. Het is maar de vraag of deze doelgroep de weg naar de gemeente bij een overheveling makkelijk(er) weet te vinden.

Consultatievraag 3. Onderscheidt u nog andere doelgroepen?
Nee

Verzekeraars zien niet zozeer een andere patiëntengroep als wel een andere vervoersbehoefte waarover nu nog geen duidelijkheid bestaat; het liggend ziekenvervoer. Vanuit het veld wordt aangegeven dat er behoefte bestaat aan liggend vervoer waarbij er geen behoefte is aan een volledig ingerichte ambulance. In het kader van kostenbeheersing en afdoende beschikbaarheid van besteld vervoer is het interessant om te verkennen of het wenselijk is om deze vervoersvorm tussen zittend ziekenvervoer en ambulance vervoer op te nemen in de aanspraak. Verzekeraars zouden graag vernemen hoe het CVZ tegen dit type vervoer aan kijkt.

Hoofdstuk 5
4. Deelt u de opvatting dat vervoer niet geheel voor eigen rekening en verantwoording kan komen?
Ja. Soms maken verzekerden vanwege een ziekte/beperking onbillijk en onredelijk veel kosten.

In dit kader is door verzekeraars opgemerkt dat een eigen betaling afhankelijk van de financiële draagkracht niet uit te voeren is door verzekeraars. Om eigen betaling op basis van (financiële) draagkracht te realiseren zullen verzekeraars een inkomenstoets per verzekerde moeten gaan uitvoeren. Verzekeraars beschikken niet over deze gegevens en het is de vraag of verzekeraars vanwege privacy overwegingen over deze gegevens mogen beschikken. Wanneer een dergelijke betaling gewenst is kan beter gekozen worden voor een overheveling naar de WMO.

5. Hebben wij de goede criteria gehanteerd bij de overwegingen voor een keuze voor een bepaalde collectieve regeling?
Ja, met aanvulling van het criterium *tijdigheid* (zie ook bijlage)**.**

Het tijdig arriveren voor een afspraak of behandeling is cruciaal voor de ziekenhuisplanning. Als een cliënt niet op tijd komt gaat de behandeling niet door of is deze te kort. De extra kosten om op een ander tijdstip de behandeling in te halen zijn niet acceptabel.
Ook is de combinatie van oncologie/nierdialysepatiënten met andere doelgroepen niet wenselijk/acceptabel, doordat deze patiënten juist na behandeling beroerd kunnen zijn en zo snel mogelijk naar huis moeten.

6. Ziet u nog andere aspecten die een rol spelen bij de keuze voor bepaalde collectieve regelingen?
Verzekeraars zien nog de volgende aspecten:
- (On-)mogelijkheden voor het inrichten van een spoedprocedure in de WMO (cliënten moeten vaak na de diagnose al de volgende dag naar een behandeling).
- Rechtsongelijkheid omdat elke gemeente eigen beleid voert (eventueel afhankelijk van de financiële slagruimte van een gemeente).
- Verdwijnen van verzekerd vervoersrecht in geval van overheveling.
- Samenhang met de ontwikkelingen in het zorglandschap (concentratie van zorg)
- Bovenregionaal vervoer is voor de WMO lastig te realiseren en zal met de concentratie van zorg toenemen.

7. Naar welke oplossing gaat uw voorkeur uit? Dit kunnen ook meerdere oplossingen zijn voor verschillende doelgroepen.
Uit de inventarisatie van verzekeraars komt naar voren dat de voorkeur van verzekeraars uitgaat naar een tweetal oplossingen. Hierbij geeft een deel de voorkeur aan optie 1 gevolgd door optie 2 en een deel aan optie 2 gevolgd door optie 1.

1. *Het handhaven van de huidige situatie.*

Aangezien verzekeraars geen stijging van de zorgkosten zien, is er geen aanleiding om de aanspraak en de inkoop ZZV te wijzigen. Met voortzetting van het huidige beleid wordt de rechtsgelijkheid en de aanspraak verzekerd en de gewenste doelmatigheid behaald. De tevredenheid van de patiënten en van de instellingen is gewaarborgd.
Wel zou het goed zijn om een aantal zaken verder uit te werken:
- Een exacte scheiding tussen de verschillende wetten/ regelingen
- Een precieze definiëring van de huidige en toekomstige doelgroepen
    - Duidelijkere uitwerking criterium gebruik rolstoel. In wetgeving is opgenomen dat een cliënt uitsluitend gebruik kan maken van een rolstoel. Wordt hiermee permanent aangewezen op een rolstoel bedoeld of geen andere mogelijkheid tot verplaatsing dan met een rolstoel (dit kan ook tijdelijk gedurende een behandeling zijn).
    - Duidelijkere uitwerking criterium gebruik scootmobiel (gelijk aan discussie rolstoelgebruik).

- Duidelijkere omschrijving van de formulering van de hardheidsclausule waarbij het verstandig kan zijn de doelgroepen van de hardheidsclausule duidelijk benoemen.
- Een duidelijke beschrijving van de verantwoordelijkheid bij de aanvrager om te zorgen voor gepast gebruik van vervoer.

2. *Vervoer onder brengen bij de WMO behalve dialyse en oncologisch vervoer, dit versleutelen in de DOT-financiering)*

ZZV (voor dialyse c.q. radio- en chemotherapie) gekoppeld aan de behandeling doet recht de principes van ketenzorg. Juist voor de doelgroep dialyse- en radio- en chemotherapie is het tijdig arriveren voor de behandeling cruciaal voor de ziekenhuisplanning. Als je niet op tijd komt gaat de behandeling niet door of is te kort. De extra kosten om op een ander tijdstip de behandeling in te halen zijn niet acceptabel (net als de extra kosten die dit in het ziekenhuis oplevert). Bovendien is na indicatiestelling in het ziekenhuis vaak een snelle start van behandeling gewenst (vaak binnen 1 á 2 dagen).
Bij de intake in het ziekenhuis om de vervoersindicatie te stellen komt mantelzorg en keuze van vervoer aan de orde. Tijdigheid wordt gegarandeerd en in dialoog tussen ziekenhuis en vervoerder en patiënt wordt de vervoersdienst gerealiseerd.

Nadeel van deze optie is dat er bij de ziekenhuizen veel extra werk zal ontstaat en dat de kosten hoger zullen zijn dan in de huidige situatie door het kleine inkoopvolume dat bij de ziekenhuizen komt te liggen.
Daarnaast vallen bij deze optie de overige categorieën tussen wal en schip. WMO-vervoer is naar onze mening niet geschikt voor ziekenvervoer.

Aandachtspunt:
Een algemeen aandachtpunt ten aanzien van de aanpassingen in de vervoersregeling is de invoeringstermijn. Als uiterlijk 1 juli 2014 het besluit van de minister bekend is, is 6 maanden te kort voor alle partijen om per 1 januari 2015 een nieuwe vervoerssituatie te realiseren. Verzekeraars pleiten voor een ruimere invoeringstermijn van minimaal 12 maanden.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Drs. J. van Kuik
beleidsadviseur Zorg

Bijlage: Aanpassingen matrix CVZ

Criterium	**Zvw: aparte aanspraak**	**Wmo**	**Fiscus**	**Zvw: koppelen aan behandeling**
Behoefte aan maatwerk binnen de doelgroep	Geen maatwerk mogelijk §*Maatwerk op indicatiestelling vervoer mogelijk*	Maatwerk mogelijk **§***Maatwerk op mantelzorgen inkomenstoets*	Geen maatwerk mogelijk §*Maatwerk op inkomenstoets*	Geen maatwerk mogelijk *§Maatwerk op indicatiestelling, mantelzorg en keuze vervoer*
Mogelijkheid kosten-beheersing en doelmatigheid	Doelmatigheid via combinatie-ritten *§Door inkoopkracht en controle achteraf.*	Doelmatigheid via maatwerk, eigen bijdrage en combiritten	Geen doelmatigheid in de uitvoering	Doelmatige uitvoering mogelijk indien verzekeraars uitvoeren
Samenhang met andere voorzieningen	Samenhang mogelijk voor dialyse, oncologie en revalidatie	Samenhang met OV en lokale voorzieningen	Geen samenhang met overige voorzieningen	Samenhang alleen mogelijk met de behandeling *§alleen kan vervallen.*
Tijdigheid	99,7% tijdig. Spoedaanvraag procedure. Bovenregionaal	Niet bovenregionaal. Geen spoed procedures	N.v.t.	100% tijdig. Bovenregionaal. Spoedaanvraag procedure.

LPGGz

GGZNEDERLAND

College voorzorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum
28 januari 2014
Contactpersoon
Ons kenmerk

KV/mesk/iawg/149207/2014
Onderwerp
Consultatiedocument vervoer in de zorgverzekering

Bijlage(n)

Doorkiesnummer
Uw kenmerk

2013128807

Geachte mevrouw D.,

Dank voor de mogelijkheid te reageren op het concept rapport 'Vervoer in de zorgverzekering'. Graag maken het Landelijk Platform GGz en GGZ Nederland hiervan gebruik. Hieronder geven wij een reactie op de zeven consultatievragen uit het consultatiedocument.

1. Bent u het eens met de analyse over de uitvoeringspraktijk?
Wij kunnen ons grotendeels vinden in de in hoofdstuk 3 geschetste analyse van de uitvoeringspraktijk. Hierbij hebben we nog wel de volgende kanttekeningen.

Op pagina 12 van het rapport staat een toelichting wanneer vervoer op grond van artikel 2.13 Bzv is aangewezen is. Artikel 2.13 Bzv is eenduidiger: 'naar een persoon of instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen'. De wijze van beschrijving in het rapport, 'naar een persoon of instelling waarin men (Zvw) zorg zal ontvangen', doet vermoeden dat de aanspraak breder is, namelijk dat zorg ten laste van de Zvw niet vereist is.

Bij de doelstelling van de regeling zittend ziekenvervoer in paragraaf 3.3 gaat het vooral over kenmerken van de doelgroep zoals de kwetsbaarheid van de verzekerde en het al dan niet in staat zijn zelf de kosten van vervoer te betalen. Het eigenlijke doel van deze regeling is de toegankelijkheid tot benodigde zorg te borgen.

De conclusie van hoofdstuk 3 begint met een focus op een kostenstijging van 20% in 2011. Allereerst halen wij dit niet uit de cijfers zoals weergegeven op pagina 14. Hieruit blijkt een kostenstijging van 5% in 2011. Rekening houdend met een daling van het aantal gebruikers komen we uit op een kostenstijging per gebruiker van 18%. Belangrijker hierbij is dat het rapport de kostendalingen per gebruiker in de eerste jaren en de zeer geringe kostenstijgingen in andere jaren (in 2012 0,4%) hierbij geheel buiten beschouwing laat. Dit geeft een vertekend en zelfs tendentieus beeld van de algehele kostenontwikkeling. Onze suggestie is hierbij uit te gaan van een gemiddelde kostenstijging van 3% per gebruiker per jaar in de periode 2007-2012.

2. Herkent u de zeven onderscheiden doelgroepen die voor ondersteuning bij vervoer in aanmerking komen?
3. Onderscheidt u nog andere doelgroepen?

Ja, wij herkennen de zeven onderscheiden doelgroepen, waaronder psychiatrische patiënten, die voor ondersteuning bij vervoer in aanmerking komen. Hierop hebben wij geen aanvullingen.

Bij de analyse van ontwikkelingen die relevant kunnen zijn voor het zittend ziekenvervoer ontbreken ons inziens enkele aspecten. De mogelijkheid bestaat immers dat ggz op grond van de AWBZ (deels) overgaat naar de Zvw. Mogelijk gevolg daarvan is beperkte toename in de vervoersbehoefte. Bij de ontwikkelingen in zowel de AWBZ als de Zvw zorg ontbreekt de ambulantisering in de ggz. Hierover zijn afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord. Uit de Landelijke monitor intramurale GGZ die eind vorig jaar openbaar werd, bleek onder meer een aanzienlijk afname van het aantal plaatsen dat uit de Zvw wordt gefinancierd en enige afname van het aantal plaatsen in de langdurige GGZ-zorg gericht op behandeling. Verdergaande ambulantisering impliceert naar verwachting een toename in de vervoersbehoefte van psychiatrische patiënten.

4. Deelt u de opvatting dat vervoer niet geheel voor eigen rekening en verantwoording kan komen?

Ja, immers voor bepaalde doelgroepen komt hierdoor de toegankelijkheid van benodigde zorg in het geding.

5. Hebben wij de goede criteria gehanteerd bij de overwegingen voor een keuze voor een bepaalde collectieve regeling?

Volgens ons ontbreekt het belangrijkste criterium, namelijk wat betekenen de verschillende regelingen voor de toegankelijkheid van de benodigde zorg voor de onderscheiden doelgroepen?

6. Ziet u nog andere aspecten die een rol spelen bij de keuze voor bepaalde collectieve regelingen?

Bij nadere uitwerking van de WMO als mogelijke regeling geeft u aan dat de WMO, meer dan de andere regelingen, mogelijkheden biedt tot kostenbeheersing ‘omdat een inkomensafhankelijke bijdrage kan worden gevraagd’. Allereerst zijn de eigen betalingen bij de verschillende regelingen (bijvoorbeeld ook het eigen risico en de eigen bijdrage Zvw) onvoldoende uitgewerkt om deze conclusie aan te kunnen verbinden. Nadere uitwerking hiervan zou van toegevoegde waarde zijn voor het rapport. Niet alleen vanwege de kostenbeheersing, maar vooral vanwege de impact van eigen betalingen op het gebruik van vervoer en daarmee de toegankelijkheid van zorg.

Verder geeft u in het rapport aan dat verzekeraars inmiddels tot goede afspraken met vervoerders zijn gekomen. De vraag is of gemeenten hiertoe ook in staat zijn en tegen welke kosten? Wij zijn er dan ook in dit opzicht niet van overtuigd dat de WMO meer mogelijkheden biedt voor kostenbeheersing.

Een ander aspect is dat gemeenten weinig zicht hebben op de ggz doelgroep en de specifieke problematiek waarmee patiënten kampen. Hiermee komt het in het rapport gestelde voordeel van de WMO ten opzichte van de Zvw van benodigd maatwerk voor deze doelgroep in het geding en daarmee ook de toegankelijkheid van zorg. Hierbij vragen wij ons tevens af of de VNG bij de consultatie van dit rapport is betrokken en hoe zij onder meer tegen de mogelijk aanvullende rol voor gemeenten hierin aankijken?

7. Naar welke oplossing gaat uw voorkeur uit? Dit kunnen ook meerdere oplossingen zijn voor verschillende doelgroepen.

Onze voorkeur gaat uit naar die oplossing waarbij de toegankelijkheid voor patiënten naar benodigde zorg het meest gewaarborgd is. Aangezien dit onvoldoende uit het rapport naar voren komt, belemmert dit de keuze om op basis van voorliggend rapport een voorkeursoplossing uit te spreken.

Wij vertrouwen dat wij u met beantwoording van de consultatievragen in deze brief van de benodigde input te hebben voorzien. Als u naar aanleiding van deze brief behoefte heeft aan een nadere toelichting, dan geven wij dat natuurlijk graag.

Met vriendelijke groet,

ir. P.M. van Rooij,
directeur GGZ Nederland

mevrouw drs. H. Nijboer,
waarnemend directeur LPGGz

Reactie Nierpatiëntenvereniging Nederland (NVN) op consultatiedocument Vervoer in de zorgverzekering

De NVN heeft zijn reactie en antwoorden op de consultatievragen rechtstreeks in het document opgenomen. We hebben de antwoorden van de NVN uit het document geselecteerd:

Op de vraag of de NVN het eens is met de analyse over de uitvoeringspraktijk antwoordt NVN als volgt:

Met betrekking tot de **dialysepatiënten** zijn wij het over het algemeen eens met de analyse. Daarbij willen we wel de volgende kanttekeningen maken:

Op pagina 18 staat vermeld *'Een dialysecentrum kan bijvoorbeeld zijn afspraken zo inplannen dat patiënten uit één wijk of dorp gezamenlijk van de taxi gebruik kunnen maken.'* Uiteraard kan dat alleen gebeuren **in samenspraak met de patiënt**. De vraag is verder of dat daadwerkelijk al gebeurt in praktijk.

Een aandachtspunt bij de kwaliteit van het vervoer (pagina 19) ligt op dit moment echter wel bij de uitvoering van de regeling ZZV (de regeling op zich lijkt te voldoen). De NVN heeft in november 2013 een Meldmaand Dialysetaxi georganiseerd waar ongeveer 80 dialysecentra aan hebben meegedaan. Daarbij zijn veel klachten binnen gekomen van dialysepatiënten, voornamelijk over het op tijd rijden. Dit is nog maar het topje van de ijsberg. (De rapportage verschijnt vóór 1 Maart 2014.) We willen hier echter benadrukken dat tijdigheid van zeer groot belang is bij het vervoer van en naar de dialyse. Wanneer iemand niet op tijd aankomt in het ziekenhuis, kan hij/zij de dialysebehandeling niet volledig ondergaan, doordat een centrum werkt met zogenaamde *shifts.* Na vier uur moet de volgende patiënt weer aan het apparaat. Tijdigheid is ook voor de terugrit belangrijk. Veel dialysepatiënten voelen zich ziek na de behandeling, dan wil je niet lang wachten op vervoer. Op dit moment horen wij uit de praktijk dat de uitvoering met name bij onderaannemers niet altijd even goed gebeurt. Daarnaast is de overgang naar nieuwe vervoerders door aanbestedingen een groot probleem. Hier loopt veel mis en het duurt vaak lang voor het vervoer weer enigszins op de rit is.

Verder willen we aandacht vragen voor de mogelijkheid om mensen die zich doorgaans erg ziek voelen na de behandeling, niet te verplichten tot combinatievervoer (p.19), maar blijvend recht te geven op een individuele rit naar huis toe.

Voor dialysepatiënten nog een laatste aandachtspunt: zorg ook dat in praktijk de regelingen WMO en ZZV niet gecombineerd worden. Dat blijkt wel eens te gebeuren. Voor mensen die ziek voelen, en soms zelfs overgeven op weg naar huis is het geen pretje om in de taxi te zitten met vrolijke mensen die bijvoorbeeld naar de bingo zijn geweest. Andersom is het voor hen niet prettig om met zeer zieke mensen de taxi te moeten delen.

Voor **andere nierpatiënten** (niet dialysepatiënten) en hun vervoer van/naar het ziekenhuis (lees: dokters, specialisten, behandelingen, controleafspraken, etc.) is het juist om een voorziening als WMO-vervoer te hebben. Hierdoor kan men op een fatsoenlijke doch betaalbare manier naar deze noodzakelijke afspraken. Openbaar Vervoer is namelijk vaak geen of een slechte optie voor hen, zeker als men niet in een stad woont. Een voorbeeld van een nierpatiënt:

'Als ik geen WMO-vervoer had (regiotaxi), dan zou het voor mij zeer moeilijk worden om naar die afspraken te gaan, tenzij ik alles zou combineren met een van mijn dialysebehandelingen. In mijn woonplaats is er slecht openbaar vervoer, wat te ver weg is voor mij om daar heen te lopen. Het station is al 20 minuten lopen. Voor een nierpatiënt is dat zeer veel en betekent dat ik al zeer vermoeid ben nog voordat ik een trein/bus kan nemen... Een regiotaxi is dan een goede oplossing...

Ook financieel is het vaak beter, aangezien een 'gewone taxi' niet te betalen is voor iemand met alleen een WIA-uitkering...'

Op consultatievraag 5 ('Hebben wij de goede criteria gehanteerd bij de overwegingen voor een keuze voor een bepaalde collectieve regeling?') antwoordt NVN:

Een belangrijk overall criterium dat we missen is de klantvriendelijkheid van de regeling. Denk bijvoorbeeld aan keuzevrijheid (eigen vervoer, OV of taxi. Of wanneer men kiest voor taxivervoer: vrije keuze voor een vervoerder).

Bij behoefte aan maatwerk wordt bij 5.1 gevraagd of er binnen de doelgroep grote verschillen in de behoefte aan vervoer zijn en de eigen mogelijkheden. In de tabel bij 5.6 wordt echter alleen weergegeven of de mogelijkheid voor maatwerk er is. Voor dialysepatiënten is de behoefte aan maatwerk waarschijnlijk nauwelijks aanwezig. Wanneer men gebruik maakt van de regeling Zittend Ziekenvervoer, betreft het dialyse in een centrum. Mensen dialyseren over het algemeen drie maal per week voor een zeer langdurige periode, soms voor hun verdere leven. De mensen die kiezen voor hemodialyse in het centrum, zijn gemiddeld genomen wat ouder (70^{+}).

Bij vraag 6 ('Ziet u nog andere aspecten die een rol spelen bij de keuze voor bepaalde collectieve regelingen?) geeft NVN het volgende antwoord:

Bij 5. Hebben we al keuzevrijheid voor de patiënt genoemd. Ook tijdigheid is van zeer groot belang is bij het vervoer van en naar de dialyse. Dit moet goed geregeld zijn in de uitvoer van de regeling. Wanneer iemand niet op tijd aankomt in het ziekenhuis, kan hij/zij de dialysebehandeling niet volledig ondergaan, doordat een centrum werkt met zogenaamde *shifts.* Na vier uur moet de volgende patiënt weer aan het apparaat. Hetzelfde geldt voor de terugrit. Veel dialysepatiënten voelen zich ziek (moe en misselijk) na de behandeling, belangrijk is dat zij dan niet lang moeten wachten op vervoer. In de regeling moet individueel vervoer dan ook mogelijk blijven voor mensen die veel last hebben van de zogenaamde dialysekater.

Er mag verder geen risico zijn dat dialysepatiënten niet voor behandeling naar het centrum kunnen gaan. Als zij niet spoelen is dat levensbedreigend! Zorgverzekeraars zijn beter ingesteld op deze groep patiënten. Wanneer het vervoer voor dialysepatiënten door gemeenten wordt georganiseerd in het kader van de WMO, bestaat het risico dat iedere gemeente weer een ander beleid gaat hanteren en dat er ook vertraging in de toekenning komt. De gemeente/WMO heeft te weinig ervaring met dit soort patiënten om passend vervoer te kunnen leveren. Lokale belangenbehartiging door lokale nierpatiëntenverenigingen heeft daarnaast geen landelijke dekking. Er zijn ongeveer 27 zelfstandige, kleine, lokale nierpatiëntenverenigingen en ongeveer 110 dialysecentra.

Verder vragen we er aandacht voor om het WMO-vervoer (met name regiotaxi/Valys) ook gescheiden te houden van Zittend Ziekenvervoer in de uitvoering. Buiten het feit dat dit vervoer slecht te combineren is, kan het voor vervelende situaties zorgen voor zowel de patiënt als de persoon die een leuk uitje heeft. Bovendien is het voor de dialysepatiënt dat hij/zij op tijd arriveert voor de noodzakelijke behandeling(en), wat ervoor kan zorgen dat men met voorrang vervoerd moet worden. Dit levert ook vaak onbegrip en irritaties op bij de andere WMO-klanten ...

Op de vraag naar welke collectieve regeling de voorkeur uitgaat geeft NVN het volgende antwoord:

Voor dialysepatiënten die behandeling in het centrum ontvangen willen we graag de huidige regeling handhaven. Dat wil zeggen via de regeling Zittend Ziekenvervoer vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Een keuze op de tweede plaats zou zijn Zvw koppelen aan de behandeling. Deze optie is echter zeer summier beschreven in dit consultatiedocument. Een grotere verantwoordelijkheid en mogelijkheid voor de dialysecentra om het taxivervoer te organiseren kan mogelijk leiden tot een beter uitvoering van het taxivervoer. Een goed onderzoek naar deze optie is echter noodzakelijk. In dit document wordt op pagina 28 gemeld dat behandelaars hier mogelijk weerstand tegen hebben. Maar is met hen gesproken? Zijn zij hierover geconsulteerd? Dit moet beter worden uitgewerkt. Hoe kan deze regeling eruit zien in praktijk? Daarvoor moeten ook de dialysecentra/-afdelingen zelf worden geconsulteerd (verantwoordelijkheid voor de behandeling), evenals zorgverzekeraars (kostentechnisch mogelijkheden door volumeafspraken) en patiënten (gebruikersperspectief).

WMO is ten slotte absoluut géén optie voor dialysepatiënten.

Voor **andere groepen nierpatiënten** (géén dialysepatiënten) ligt koppeling aan de (frequente) behandeling voor de hand, waarbij er rekening wordt gehouden met de persoonlijke (gezondheids-)situatie en belastbaarheid van de patiënt; een en ander ter beoordeling van een (huis-?) arts. Er zal wel een lijst van voorwaarden opgesteld moeten worden waaraan de patiënt moet voldoen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Dit zou eventueel in plaats van de huidige WMO-regeling georganiseerd kunnen worden, die soms te algemeen is. Hierdoor komen op dit moment sommige nierpatiënten niet in aanmerking komen voor een vervoersbijdrage, terwijl zij dat wel nodig hebben.

Een bijzondere groep die aandacht verdient in dat kader zijn de financieel zwakkere mensen die een transplantatie willen ondergaan. Transplantaties worden slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen uitgevoerd en de reisafstanden (en dus de kosten) kunnen daardoor zeer oplopen. Omdat deze mensen nog niet beperkt hoeven zijn (de transplantatie vindt op tijd plaats, een donor bij leven is vaak gezond), komen zij nergens voor vergoeding in aanmerking! Dat betekent voor de financieel zwakkere groep mensen dus geen transplantatie! Dit terwijl een transplantatie op termijn kosten kan besparen.

Deze reactie is opgesteld door de Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) met inbreng van de volgende lokale zelfstandige nierpatiëntenverenigingen en één cliëntenraad:

- Nierpatiëntenvereniging Ziekenhuis Veldhoven
- Kennemer Vereniging Dialyserenden en getransplanteerden
- Nierpatiëntenvereniging Rijnmond
- Nierpatiëntenvereniging Oost Nederland
- Cliëntenraad Dianet

Bussum, 29 januari 2014

Oogvereniging

Oogvereniging
Postbus 2344
3500 GH Utrecht
Telefoon: 030 29 92 878
E-mail: info@oogvereniging.nl
Twitter: @oogvereniging
KvK: 56 80 78 64

Ooglijn
Telefoon: 030 29 45 444
Email: ooglijn@oogvereniging.nl
Twitter: @ooglijn

CVZ

Utrecht, 31 januari 2014
Kenmerk: 2014pk
Betreft: Reactie op consultatiedocument 'Vervoer in de zorgverzekering'

Geachte mevrouw D.,

Hierbij ontvangt u, op uw verzoek, de reactie van de Oogvereniging op het consultatiedocument 'Vervoer in de zorgverzekering' –conceptversie 17-12-2013.

Vooraf
Onze reactie is tot stand gekomen in nauw overleg met de NPCF én Ieder(In) – (voorheen de CG-raad en Platform VG). Wij verwijzen in meer algemene zin naar hun reactie.
Wij hebben onze reactie tevens afgestemd met de specialistische revalidatie-instellingen voor mensen met een visuele of visueel-auditieve beperking.

De Oogvereniging beperkt zich in deze brief tot de volgende doelgroep: mensen met een visuele (of bijkomende) beperking die vanwege hun visuele (of bijkomende) beperking niet zonder begeleiding kunnen reizen naar en van een persoon of instelling die in het kader van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) een noodzakelijke (para)medische of revalidatie behandeling biedt.

Wie zijn wij?
De Oogvereniging is er voor iedereen met een visuele beperking, oogaandoening, of doofblindheid. De Oogvereniging is in 2013 ontstaan uit een fusie tussen Viziris en een aantal specifieke belangenorganisaties van en voor mensen met een visuele (en auditieve) beperking.

Oogvereniging

Kenmerken van onze achterban
Er zijn nu zo'n 350.000 mensen met een visuele beperking. Het merendeel is ouder tot hoogbejaard, met vaak bijkomende ziekten of beperkingen. Veel slechtziende of (doof)blinde mensen krijgen in de loop van hun leven te maken met verslechteringen in het zien. De meeste visueel beperkte mensen hebben levenslang en levensbreed speciale hulpmiddelen, ondersteuning en zorg nodig voor hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.

Uw vraagstelling
Het CVZ probeert in dit rapport de centrale vraag te beantwoorden of zittend ziekenvervoer verzekerd moet blijven onder de Zorgverzekeringswet, en zo ja waarom en voor wie.

Uw voorlopige conclusies
Het CVZ constateert dat, ondanks de knelpunten die er zijn, de regeling voorziet in een behoefte (pag. 7). Die behoefte wordt in het rapport nader geanalyseerd. U stelt de vraag welke mogelijkheden er zijn om hieraan tegemoet te komen en via welke collectieve regelingen dit op een houdbare wijze valt te realiseren (pag. 7).

Uw beschouwingen aan het einde van het rapport zijn: Een aparte aanspraak in de Zvw, zoals nu de regeling voor zittend ziekenvervoer, lijkt u een minder geschikte oplossing voor o.a. slechtzienden en blinden (uw beschouwing 1, pag. 27). Het onderbrengen van (ook) vervoer m.b.t. een (para)medische behandeling of revalidatiezorg bij gemeenten in het kader van de WMO biedt volgens u de meeste waarborgen voor maatwerk en samenhangende ondersteuning (uw beschouwing 2, pag. 28).

Onze reactie: handhaaf de regeling Zittend Ziekenvervoer
De Oogvereniging is alles overziend van mening dat de huidige regeling zittend ziekenvervoer (of een soortgelijke variant in het kader van de Zvw) voor onze achterban voorlopig de best passende, en meest betrouwbare en uniforme regeling is voor het aan strikte tijden gebonden vervoer van en naar een (para)medische behandeling of revalidatiecentrum in het kader van de Zorgverzekeringswet.
De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO), uitgevoerd door de gemeenten, biedt ons inziens de eerste jaren nog onvoldoende waarborgen voor het door ons allen beoogde en nodig gevonden maatwerk voor kwetsbare mensen die behandeling nodig hebben.

Nadere toelichting

Uitgangspunten van de Oogvereniging
In onze beoordeling van vragen en in onze standpuntbepaling laat de Oogvereniging zich leiden door het principe 'Het gaat primair om de best passende zorg en ondersteuning voor individuele mensen die dat nodig hebben, en niet om systemen'. Een principe dat gelukkig ook door staatssecretaris Van Rijn van VWS en veel politieke partijen uitgedragen wordt.

Verder willen wij dat de toegang tot (para)medische behandeling en revalidatiezorg niet belemmerd of onmogelijk wordt door het ontbreken van (betrouwbaar) vervoer.

Ons standpunt betreffende de regeling zittend ziekenvervoer
De huidige aanspraak op zittend ziekenvervoer voor mensen met een visuele (of bijkomende) beperking moet volgens de Oogvereniging dan ook worden gehandhaafd. De regeling voorziet in een behoefte voor de doelgroep en is voor zorgverzekeraars, zo blijkt uit het rapport, goed uitvoerbaar.

Eerder gaf de Oogvereniging aan een tweetal knelpunten in de verder goede regeling te ervaren. Steeds meer zorgverzekeraars weigeren vervoer naar en van een revalidatiecentrum voor (doof)blinden en slechtzienden, omdat deze Centra (nog) onder de AWBZ vallen. Nu de specialistische revalidatie-behandeling *inclusief het vervoer* voor mensen met een zintuiglijke beperking naar verwachting per 2015 vanuit de AWBZ overgaat naar de Zvw vervalt ons belangrijkste knelpunt. Wij gaan er vanuit dat in goed overleg met zorgverzekeraars ons tweede knelpunt – dat verzekeraars soms bij toekenning van zittend ziekenvervoer meer kijken naar de mate van het visusverlies dan naar de problemen met zelfstandig reizen voor de individuele visueel gehandicapte – ook opgelost kan worden.

Betrouwbare vervoersregeling nodig
Een relatief kleine groep, nl. 4% visueel (of bijkomend) beperkte mensen maakt gebruik van de regeling zittend ziekenvervoer (zie pag. 14); het merendeel regelt ook nu al hun vervoer van en naar een (para)medische of revalidatiebehandeling zelf of met behulp van hun netwerk. De mensen die gebruik maken van de regeling zittend ziekenvervoer hebben dat beslist en vaak langdurig nodig voor behandelingen die ook vaak buiten hun woonplaats of regiotaxi-zonegebied vallen. Voor hen betekent een betrouwbaar vervoerssysteem dat ze op tijd gehaald en gebracht worden, met zo min mogelijk energieverlies of stress. Dat is heel belangrijk voor het goed kunnen meewerken aan hun behandeling. Ook van belang, zeker voor mensen met een visuele beperking die vaak problemen hebben met het verwerven en verwerken van informatie, is het verzekerd recht op deze voorziening, met uniforme, landelijk vastgestelde kaders en eigen bijdragen.

Nog onvoldoende maatwerk en samenhang in de WMO
In algemene zin is er nog veel onduidelijk rond de WMO 2015. De WMO kent grote lokale verschillen. Veel (boven)lokale vervoerssystemen voldoen nog niet aan de gewenste kwaliteits- en betrouwbaarheidseisen. Ook kennen zorgvragers vaak de weg niet, ze verdwalen in de per gemeente soms verschillende regelingen, of ze komen er niet voor in aanmerking. Het kan ook zijn dat de lokale vervoersregeling met beperkte trajectzones niet voldoende is voor (boven)lokale of regionale behandeltrajecten, waar ‘stipt op tijd komen’ ook nog eens strikt noodzakelijk is.

Gemeenten slecht bekend met zintuiglijk beperkte inwoners
Gemeenten kennen hun relatief kleine maar specifieke groep ‘(doof)blinde en slechtziende burgers vaak niet of slecht. Deze mensen worden onvoldoende

bereikt. Mensen met een ernstige visuele beperking hebben veel verschillende soorten hulpmiddelen, en soms ook zorg en ondersteuning nodig. Veel daarvan zit nu al of wordt per 2015 verankerd in de Zorgverzekeringswet of in een landelijke zorginkoopregeling. De staatssecretaris van VWS benadrukte in de zgn. 'doelgroepenbrief' van eind 2013 en in het Zorgdebat van 18 december jl. op aandringen van de Tweede Kamer nog eens dat de zorg en ondersteuning voor deze doelgroep zo min mogelijk versnipperd moet worden over honderden gemeenten. Het gaat – zeker bij de relatief grote groep visueel (of meervoudig) beperkte ouderen om kwetsbare mensen. En er is wel degelijk een verband tussen hun (para)medische behandeling of het revalidatietraject en de behoefte aan een betrouwbaar vervoerssysteem met heldere en uniforme regels. Dit in tegenstelling tot de opvatting van het CVZ.

Wat is passend vervoer?
Wat het meest passend vervoer is, verschilt per persoon en per situatie en hangt af van:
1. Wat de reden is dat iemand moet reizen:
Er zijn heldere en duidelijke criteria op grond waarvan iemand met een visuele beperking naar een ziekenhuis, revalidatie-instelling etc. moet.
2. Of iemand wel of niet zelfstandig kan reizen.
3. De afstand en bereikbaarheid van de instelling.

Tot slot
Wij hopen in deze brief duidelijk gemaakt te hebben waarom wij – in ieder geval de komende jaren – de regeling zittend ziekenvervoer voor onze achterban gehandhaafd willen zien. Natuurlijk zijn wij van harte bereid om verder mee te denken.

Graag zijn wij bereid het bovenstaande nader toe te lichten aan de ACP op 21 februari a.s. en uw vragen te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

R. van Vliet,
Secretaris Oogvereniging.

CVZ
A. D.
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 30 januari 2014
ons kenmerk 2014-010
voor informatie

uw kenmerk
onderwerp **consultatiedocument vervoer in de zorgverzekering**

Geachte mevrouw D.,

Met belangstelling hebben NPCF en ieder(in) kennisgenomen van het consultatiedocument Vervoer in de zorgverzekeringswet. In deze brief zullen wij vanuit patiëntperspectief de voorgelegde vragen beantwoorden en toelichten.

Een belangrijk uitgangspunt is voor ons dat mensen niet gehinderd mogen worden in de toegang tot benodigde zorg omdat het vervoer een probleem is. Kijkend naar de verschillende zorgvormen, cliëntgroepen en wettelijke kader waarbinnen de zorg georganiseerd is, vinden wij dat aanspraak op vervoer naar een zorgaanbieder het beste gekoppeld kan worden aan het regime waar vanuit de behandeling bij zorgaanbieder gefinancierd wordt. Wij zien als belangrijke voordelen voor patiënten/cliënten:

- De patiënt/cliënt heeft voor de vergoeding van kosten van de behandeling het zelfde aanspreekpunt als voor vergoeding van het vervoer naar de zorgaanbieder. Dit scheelt de betrokkene een loket;
- In de afweging die binnen een hardheidsclausule wordt gemaakt, kan de vervoersbehoefte in relatie tot de behandeling/aandoening worden bezien;
- Patiënten die aangewezen zijn op het zorgaanbod van een zelfde instelling vallen onder eenzelfde regeling.

Verder is het voor patiënten/cliënten en mantelzorgers wenselijk dat er in alle regimes een identieke hardheidsclausule wordt toegepast. Die clausule moet ruimte bieden voor alle mensen die niet specifiek in beoogde doelgroepen benoemd zijn.

Wij vragen u onze zienswijze mee te nemen in de verdere advisering.

Met vriendelijke groet,

Wilna Wind,
Algemeen directeur Patiëntenfederatie NPCF

Gert Rebergen,
Directeur ieder(in) a.i.

Churchilllaan 11-6 | 3527 GV Utrecht | Postbus 1539 | 3500 BM Utrecht | **T** 030 297 03 03
E npcf@npcf.nl | **I** www.npcf.nl | CenE Bankiers 22.72.22.156 | K.v.K. 40482340

BIJLAGE CONSULTATIEVRAGEN

1. Bent u het eens met de analyse over de uitvoeringspraktijk?

Het aantal meldingen dat wij ontvangen over vervoerskosten in de zorg is beperkt[1]. Wat opvalt is dat relatief veel vragen gaan over de hardheidsclausule. Verzekerden zijn nog al eens aangewezen op coulance van een zorgverzekeraar. Voor vervoer naar noodzakelijke zorg is dat onwenselijk. Daarnaast onderstrepen wij de onduidelijkheid rondom het vervoer naar AWBZ-instellingen, zoals in de rapportage ook door de Oogvereniging is aangekaart.
Een onderwerp dat wij niet hebben teruggezien, maar soms ook problemen voor patiënten oplevert, is vervoer naar de tandarts. De zorg valt in de meeste gevallen niet onder een sociale verzekering of voorziening. Het ontberen van deze zorg leidt echter wel tot problemen met gezondheid.

2. Herkent u de zeven onderscheiden doelgroepen die voor ondersteuning bij vervoer in aanmerking komen?

De genoemde groepen herkennen wij. Bij de formulering van de patiënten met een algemene kwetsbaarheid plaatsen wij een kanttekening. Er lijkt nadrukkelijk te worden verwezen naar ouderen. Maar daarmee worden andere kwetsbare groepen zoals mensen met Cystic Fibroses, Parkinson of niet aangeboren hersenletsel (NAH) tekort gedaan.

3. Onderscheidt u nog andere doelgroepen?

Wij vragen aandacht voor de tendens om ziekenhuiszorg, zeker zeer specialistische ziekenhuiszorg, te concentreren. Dat geldt voor bijvoorbeeld sommige (groepen van) kankerpatiënten en patiënten met en zeldzame aandoening, die voor zorg zijn aangewezen op speciale expertise centra. Patiënten moeten dan vaak meer en langer reizen (e.g. ook voor controle bezoeken waarbij geen therapie gegeven wordt). De aanspraak op de regeling zou misschien verbreed moeten worden (extra toevoeging boven radio / chemotherapie). Dit zal in de toekomst zeker gaan gelden voor kinderoncologie waar straks nog maar een centrum in Nederland zal zijn.

4. Deelt u de opvatting dat vervoer niet geheel voor eigen rekening en verantwoording kan komen?

Hoewel wij beducht zijn voor stapeling van eigen betalingen, denken wij dat voor deze aanspraak een eigen bijdrage reëel is. Wij zien daarin ook kansen voor het gebruik en de totstandkoming van vrijwillige vervoersdiensten op lokaal niveau. Bij volledige vergoeding hebben deze initiatieven geen prikkel.

5. Hebben wij de goede criteria gehanteerd bij de overwegingen voor een keuze voor een bepaalde collectieve regeling?

De voorgestelde criteria zijn:

- Maatwerk binnen de doelgroep. Maatwerk is enerzijds een goede zaak, anderzijds kan maatwerk ook leiden tot ongelijkheid en willekeur. Wanneer (vergoeding van) vervoer naar

[1] NPCF heeft ten behoeve van een oriënterend gesprek met het CVZ over de vergoeding van vervoer in de zorg een zogenaamd signaalrapport vervaardigd. Hieruit bleek dat ongeveer 1% van alle meldingen op onze meldlijn betrekking hadden op vervoer. Wat opviel is dat veel vragen gaan over de hardheidsclausule. Vooral andere dan in de regeling genoemde patiëntgroepen, voelen zich niet altijd gerespecteerd.

zorgaanbieders op gemeentelijk niveau binnen de Wmo geregeld wordt, zal maatwerk op verschillende manieren worden ingevuld. De patiënt/cliënt zal in de ene gemeente veel beter af kunnen zijn dan in een naburige andere gemeente.

- Mogelijkheden voor kostenbeheersing en doelmatigheidswinst

Doelmatigheid en kostenbesparing zijn een goede zaak zolang dit niet betekent dat patiënten/cliënten met hoge kosten worden opgezadeld of volledig aan hun zelf-organiserend vermogen worden overgelaten.

- Samenhangend beleid met andere regelingen

Voor patiënten/cliënten is eenduidigheid van regelingen heel belangrijk. Zo is het wenselijk om bijvoorbeeld dezelfde hardheidsclausules in alle regimes te gebruiken.

6. Ziet u nog andere aspecten die een rol spelen bij de keuze voor bepaalde collectieve regelingen?

Er moet zorgvuldig gekeken worden waar groepsvervoer kan en waar individueel vervoer nodig is, al dan niet met begeleiding. Hierbij speelt enerzijds gedragsproblemen een rol, maar ook bijvoorbeeld risico's op infectie en zeer ernstige vermoeidheidsproblematiek.

7. Naar welke oplossing gaat uw voorkeur uit? Dit kunnen ook meerdere oplossingen zijn voor verschillende doelgroepen.

Wij vinden dat aanspraak op vervoer naar een zorgaanbieder het beste gekoppeld kan worden aan het regime waar vanuit de behandeling bij zorgaanbieder gefinancierd wordt. Daarmee denken we niet aan een regeling vanuit de instelling of zorgaanbieder. De vervoersproblematiek moet in relatie tot de individuele patiënt/cliënt en de benodigde behandeling worden bezien. Bovendien zijn de schaalvoordelen van zorginkoop op zorgverzekeraarsniveau veel groter.

Deze reactie is tot stand gekomen met inbreng van verschillende lidorganisaties, waaronder NFK, NCFS, en de Oogvereniging.

Reactie Gemeente Amsterdam (Dienst Wonen, Zorg en Samenleven) op consultatiedocument Vervoer in de zorgverzekering

De gemeente Amsterdam heeft zijn reactie en antwoorden op de consultatievragen rechtstreeks in het document opgenomen. We hebben de antwoorden uit het document geselecteerd:

Op vraag 1: bent u het eens met de analyse over de uitvoeringspraktijk, is het antwoord:

Nee, Valys is niet meegenomen in de analyse en hoort er wel bij voor wat betreft het interregionaal vervoer.
Wmo vervoer is gericht op het participeren van mensen met een langdurige beperking en biedt in de huidige vorm geen garantie voor een tijdige aankomst op de plaats van bestemming, zoals nodig bij een behandelafspraak.

Op vraag 3: 'Onderscheidt u nog andere doelgroepen?' antwoordt gemeente Amsterdam:

Nee, onder de groep mensen met (ernstige) mobiliteitsbeperkingen kunnen veel cliënten ondergebracht worden.

Bij de passage in (destijds) hoofdstuk 5 over medisch vervoer door de Wmo wordt gereageerd met:
De Wmo kan ook medisch vervoer bieden, die hoort volgens de jurisprudentie naar zijn aard tot de verplaatsingen die deel uitmaken van het leven van alledag, tenzij iemand onder de doelgroepen Zvw valt. Binnen de Zvw valt een kwart van de kosten onder de hardheidsclausule, en voor gemeenten is niet duidelijk wie dit allemaal zijn, bijvoorbeeld naast rolstoelgebruikers de gebruikers van scootmobielen? Nu we de regels van toekenning op hardheid per verzekeraar niet kennen is deze grote groep niet uit te sluiten voor gemeenten.

Vervolgens wordt de passage over de Wet Tegemoetkoming Chronisch Zieken (WTCG) aangevuld met: 'Deze regeling zal worden afgeschaft in 2015, een deel van het geld wordt overgeheveld naar gemeenten. Daarnaast kent de belastingdienst fiscale aftrek van specifieke zorgkosten bij de belastingaangifte, ook deze mogelijkheden worden beperkt.'

Bij de toetsing van vier regelingen aan de criteria voegt de gemeente Amsterdam aan dat deze uitsluitend bedoeld is voor mensen met blijvende beperkingen.

Op de vraag of wij de goede criteria hebben gehanteerd bij de overwegingen voor een keuze voor een collectieve regeling is het antwoord:

Nee, hier horen nog de volgende criteria bij:
Tijdelijkheid van de beperking: in de huidige Wmo moet een voorziening langdurig noodzakelijk zijn, dus mensen met een tijdelijke beperking worden niet gecompenseerd.
Bij een collectief vervoerssysteem wordt met punctualiteitsmarges gewerkt deze zijn niet altijd te verenigen met behandeltijden en tijdsafspraken.
Bij het collectief vervoerssysteem van gemeenten worden meerdere cliënten tegelijk vervoerd en dit kan resulteren in langere reistijden die mogelijk voor zieke mensen niet haalbaar zijn.
Het reisgebied voor de Wmo is beperkt: de gemeente en een beperkte afstand buiten de gemeente grenzen, voor de regionale vervoersbehoefte is er het Valys vervoer.

En op vraag 6: Ziet u nog andere aspecten die een rol spelen bij de keuze voor een collectieve regeling:

- Er wordt gesproken over de mogelijkheden binnen de Wmo om een inkomensafhankelijke eigen bijdrage in te voeren. In Amsterdam wordt nu een inkomensonafhankelijke ritbijdrage gevraagd, dit systeem ombouwen naar een inkomensafhankelijk systeem is behoorlijk complex.

Bij de vraag naar welke oplossing de voorkeur uitgaat antwoordt de gemeente Amsterdam:

- Met financiële compensatie zien wij wel mogelijkheden om bijvoorbeeld langdurig beperkte rolstoelcliënten van en naar het ziekenhuis te vervoeren.
- Voor zieke patiënten (dialyse/oncologie) is het Wmo vervoer niet geschikt. Het vervoer van deze patiënten vraagt toch wat anders dan een collectief vervoerssysteem kan bieden, zie ook de tekst hierboven. Hen bij voorkeur koppelen aan het ambulancevervoer.
- Ook regionaal ziekenvervoer kan niet worden uitgevoerd in het collectief Wmo vervoer vanwege het beperkte reisgebied dat gemeenten compenseren, een koppeling aan het vervoer van Valys ligt meer voor de hand.