Alternatieven voor het huidige stelsel medische rijgeschiktheid

Mogelijkheden voor een stelselherziening

R-2020-21

SWOV

Auteurs

Dr. R.J. Davidse

Dr. M.J.A. Doumen

Drs. W. Wijnen (W2Economics)

Ongevallen **voorkomen**
Letsel **beperken**
Levens **redden**

Documentbeschrijving

Rapportnummer:	R-2020-21
Titel:	Alternatieven voor het huidige stelsel medische rijgeschiktheid
Ondertitel:	Mogelijkheden voor een stelselherziening
Auteur(s):	Dr. R.J. Davidse, dr. M.J.A. Doumen & drs. W. Wijnen (W2Economics)
Projectleider:	Dr. R.J. Davidse
Projectnummer SWOV:	S20.02.I

Projectinhoud:

Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat wil weten of er alternatieve scenario's mogelijk zijn om de medische rijgeschiktheid van rijbewijsbezitters gedurende de looptijd van het rijbewijs te beoordelen. Daarmee zoekt het ministerie naar een meer risicogestuurde aanpak die aansluit bij het *Strategisch Plan Verkeersveiligheid 2030*. Op verzoek van het ministerie heeft SWOV hiervoor in 2019 een onderzoeksopzet ontwikkeld, die uitging van vijf deelonderzoeken. In de eerste twee deelonderzoeken, die door AEF zijn uitgevoerd, zijn respectievelijk het huidige Nederlandse stelsel voor beoordeling van de medische rijgeschiktheid en de stelsels uit het buitenland beschreven. Het derde deelonderzoek, dat SWOV heeft uitgevoerd, was een literatuurstudie naar innovatieve methoden om de medische rijgeschiktheid te beoordelen. In het vierde deelonderzoek heeft AEF het draagvlak onderzocht voor tien alternatieve scenario's. Dit rapport doet verslag van het vijfde en laatste deelonderzoek, waarin veelbelovende alternatieve elementen voor het huidige stelsel worden geëvalueerd aan de hand van de kosten, baten en het draagvlak onder experts, organisaties en rijbewijsbezitters. Het resultaat is een selectie van elementen die het meest geschikt lijken om de risicogestuurdheid en efficiëntie van het huidige stelsel te verbeteren.

Aantal pagina's:	81
Fotografen:	Paul Voorham (omslag) – Peter de Graaff (portretten SWOV)
Uitgave:	SWOV, Den Haag, 2020

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat

De informatie in deze publicatie is openbaar.
Overname is toegestaan met bronvermelding.

SWOV – Instituut voor Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid
Bezuidenhoutseweg 62, 2594 AW Den Haag – Postbus 93113, 2509 AC Den Haag
070 – 317 33 33 – info@swov.nl – www.swov.nl

@swov_nl / @swov **linkedin.com**/company/swov

Samenvatting

Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat wil in het kader van het *Strategisch Plan Verkeersveiligheid* onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om een systeem te ontwikkelen waarbij de noodzaak van een beoordeling van de rijgeschiktheid niet meer afhangt van de leeftijd maar van een medische indicatie. Dit moet bijdragen aan een meer risicogeoriënteerde aanpak[1], die blijft voldoen aan de Europese regelgeving rondom medische rijgeschiktheid.

Daartoe zijn AEF en SWOV een onderzoek gestart waarin:
1. het huidige stelsel voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid is beschreven,
2. alternatieven uit het buitenland zijn geïnventariseerd,
3. innovatieve methoden voor het beoordelen van de medische rijgeschiktheid zijn geïnventariseerd, en
4. het draagvlak onder beleidsmedewerkers, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters voor een aantal van deze alternatieven en methoden is onderzocht.

Dit rapport doet verslag van de vijfde afsluitende studie, waarin de resultaten van de eerste vier studies worden aangevuld met een evaluatie van veelbelovende alternatieven voor het huidige stelsel op basis van de kosten, baten en draagvlak onder betrokken partijen. Het resultaat is een selectie van elementen die het meest geschikt lijken om de risicogestuurdheid en efficiëntie van het huidige stelsel te verbeteren.

Huidige Nederlandse stelsel voor de beoordeling van de rijgeschiktheid

In Nederland worden rijgeschiktheidseisen gesteld aan het besturen van een gemotoriseerd voertuig, met uitzondering van de bromfiets, snorfiets en de brommobiel (AM-rijbewijs). Tijdens de carrière van een rijbewijsbezitter zijn er vijf redenen voor een beoordeling van zijn medische geschiktheid:
- als voorbereiding op de aanvraag van het eerste rijbewijs;
- bij wijziging in de medische situatie van de rijbewijsbezitter (tussentijdse melding);
- bij verlenging van een rijbewijs met een beperking van de geldigheid vanwege de lichamelijke of geestelijke conditie van de eigenaar;
- bij verlenging van het rijbewijs van een beroepschauffeur (rijbewijscategorie C, CE, D en DE);
- bij verlenging van een rijbewijs dat op of na de 75e verjaardag van de eigenaar verloopt (leeftijdsgebonden keuring).

Daarnaast heeft een rijbewijsbezitter de morele plicht om vermoedens van ongeschiktheid, bijvoorbeeld door een chronische ziekte, te melden. Volgens de wegenverkeerswet mag een verkeersdeelnemer zichzelf en anderen namelijk niet in gevaar brengen.

1. Een risicogeoriënteerde of risicogestuurde aanpak betekent voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid dat deze gericht is op ziekten, aandoeningen en medicijnen waarvan uit onderzoek gebleken is dat er een oorzakelijke relatie is met het ontstaan van (ernstige) ongevallen, dus dat ze de kans op betrokkenheid bij (ernstige) ongevallen substantieel verhogen.

Elke beoordeling bestaat uit minimaal een en maximaal vijf van de onderstaande elementen:
- gezondheidsverklaring van (aanstaande) rijbewijsbezitter;
- ogentest;
- medische keuring door een arts (keurend arts of bedrijfsarts);
- medische keuring door een specialist (eigen specialist of aangewezen specialist);
- rijtest praktische rijgeschiktheid door het CBR.

Een medisch adviseur van het CBR besluit uiteindelijk over de geschiktheid van de (aanstaande) rijbewijsbezitter. Hij geeft een verklaring van 1) geschiktheid, 2) geschiktheid met (termijn)beperkingen of 3) ongeschiktheid. In het geval van geschiktheid met beperkingen wordt met een code op het rijbewijs aangegeven dat de bezitter alleen mag rijden onder voorwaarde van het gebruik van hulpmiddelen (zoals bril, automatische versnelling) of in bepaalde omstandigheden (zoals bij daglicht of in een bepaalde straal rondom de woonplaats). Daarnaast kan het rijbewijs een beperkte geldigheidsduur hebben (1, 3 of 5 jaar).

Risicogestuurde aanpak

De Nederlandse leidraad voor besluiten rondom de medische rijgeschiktheid is de *Regeling eisen geschiktheid 2000*[2] (*REG2000*). Daarin staat vermeld aan welke lichamelijke en geestelijke eisen bestuurders van motorvoertuigen moeten voldoen. De leidraad volgt de derde Europese rijbewijsrichtlijn[3]. Lidstaten kunnen daar alleen van afwijken als de in de lidstaat gestelde eisen strenger zijn. Alternatieven voor het huidige stelsel moeten dus ten minste voldoen aan de Europese rijbewijsrichtlijn. De eisen uit de *REG2000* en de *Europese rijbewijsrichtlijn* worden regelmatig aangepast op basis van nieuwe inzichten uit wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast worden strengere eisen gesteld aan bestuurders van voertuigen die vanwege hun massa en/of het vervoeren van passagiers anderen blootstellen aan risico's: vrachtauto's en bussen. Het huidige stelsel is dus in beginsel al een risicogestuurd stelsel.

Voor een verbetering van de risicogestuurde aanpak is het van belang dat het stelsel:
- zich uitsluitend richt op rijbewijsbezitters die een grote kans hebben op ziekten en aandoeningen die de ongevalskans vergroten; en
- instrumenten gebruikt die in staat zijn om alleen die rijbewijsbezitters te selecteren waarvan de medische conditie dusdanig is, dat er sprake is van een onaanvaardbaar hoog risico.

Selectie van alternatieve elementen

Mogelijke alternatieve elementen voor het huidige stelsel zijn op twee manieren geïnventariseerd: 1) door te kijken hoe de beoordeling van de medische rijgeschiktheid in het buitenland wordt uitgevoerd en 2) door een literatuurstudie uit te voeren naar innovatieve methoden om de medische rijgeschiktheid te beoordelen.

De eerste inventarisatie leverde de volgende alternatieve elementen op:
- periodieke screening via een gezondheidsverklaring;
- medische keuring van alle rijbewijsbezitters bij de eerste aanvraag van een rijbewijs;
- periodieke medische keuring van alle rijbewijsbezitters;
- wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter in plaats van de morele meldplicht;
- herinnering aan de wettelijke of morele meldplicht bij elke verlenging van het rijbewijs;
- meldplicht voor de eigen (huis)arts;
- informatieplicht voor de eigen (huis)arts.

2. Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2000
3. Europees Parlement, 2006

De literatuurstudie leverde drie methoden voor periodieke of continue screening op:

- het continu monitoren van het verkeersgedrag met dataloggers of een in-carsysteem;
- periodieke screening via een rijtest op de weg of in een rijsimulator; en
- een combinatie van psychologische, motorische en visuele testen die het rijgedrag op indirecte wijze meten.

Alternatieve elementen die in dit rapport zijn geëvalueerd

In overleg met AEF, dat het draagvlakonderzoek voor zijn rekening nam, is besloten de onderstaande elementen mee te nemen in de evaluatie:

1. Afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring.
2. Periodieke screening bij de eerste aanvraag en elke verlenging van het rijbewijs via (a) een gezondheidsverklaring of (b) een medische keuring.
3. Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via een rijtest (a) in een rijsimulator of (b) op de openbare weg, al dan niet in combinatie met psychologische testen.
4. Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via psychologische, motorische en visuele testen.
5. Continue screening van alle rijbewijsbezitters op basis van het dagelijks rijgedrag via een datalogger of een in-carsysteem.
6. Wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter, al dan niet met een sanctie op het bewust niet melden van een relevante wijziging in de medische conditie.
7. Wettelijke meldplicht voor de eigen (huis)arts.
8. Eigen huisarts voert de medische keuring uit in plaats van een onafhankelijke keurend arts, maar het CBR beslist nog steeds over de rijgeschiktheid.
9. Speciaal aangewezen keuringsartsen voeren medische keuring uit en beslissen over de rijgeschiktheid.

Deze alternatieven voldoen aan de eisen van de Europese regelgeving en in verschillende mate aan de beginselen van een risicogestuurde aanpak. Ze hebben vooral betrekking op de keuring en screening van groep 1-rijbewijsbezitters (categorie A, B, BE en T), omdat de Europese rijbewijsrichtlijn daar de meeste ruimte biedt. In het draagvlakonderzoek is bovendien het behoud van het huidige stelsel meegenomen.

Kansrijke alternatieven

Voor elk van de alternatieve elementen is nagegaan wat invoering in Nederland zou betekenen in termen van kosten voor implementatie en uitvoering en de te verwachten baten voor de verkeersveiligheid. Daarnaast is, met behulp van onderzoek uitgevoerd door AEF, nagegaan wat het draagvlak voor deze alternatieven is onder beleidsmakers, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters. Op basis van de beschikbare gegevens over kosten, baten en draagvlak zijn de alternatieve elementen vervolgens op kwalitatieve wijze vergeleken met het huidige stelsel en is bepaald welke vormen van keuring en screening het meest in aanmerking komen om het huidige stelsel aan te passen, inclusief de voor- en nadelen van een dergelijke wijziging.

De alternatieve elementen die het geschiktst lijken om de risicogestuurdheid en efficiëntie van het huidige stelsel te vergroten zijn, in volgorde van bovengenoemde lijst:

- Afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring;
- Introduceren van een periodieke screening waarbij de rijbewijsbezitter bij elke verlenging van het rijbewijs een gezondheidsverklaring moet invullen;
- De morele plicht voor rijbewijsbezitters om wijzigingen in de medische conditie te melden, omzetten in een wettelijke meldplicht; en/of
- De medische keuring voor groep 1-rijbewijzen door de eigen (huis)arts laten uitvoeren in plaats van door een onafhankelijk keurend arts.

Het huidige stelsel voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid is al risicogestuurd. Elk van de bovengenoemde vier alternatieven kan het risicogestuurder of efficiënter maken. Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring leidt tot meer efficiëntie, maar ook tot een klein, maar ongunstig verkeersveiligheidseffect. De andere drie alternatieven kunnen het huidige stelsel risicogestuurder maken, met een verschillende mate van efficiëntie. De vier genoemde alternatieven zijn naar verwachting binnen een tot drie jaar in te voeren en de implementatie-kosten zijn gering, zeker in vergelijking met die van de andere onderzochte alternatieven.

Summary

Alternatives to the current system of assessing medical fitness to drive; scope for a reform

In the context of the Road Safety Strategic Plan, the Ministry of Infrastructure and Water Management intends to evaluate the scope for developing a system in which the need for assessing fitness to drive will no longer rely on age but rather on medical indications. This should contribute to a more risk-based approach[4], that will still comply with European legislation concerning medical fitness to drive.

To that end, Andersson Elffers Felix (AEF) and SWOV started a study in which:
1. the current system for assessing medical fitness to drive is described,
2. foreign alternatives are inventoried,
3. innovative methods for assessing medical fitness to drive are inventoried, and
4. support for these alternatives and methods among policy makers, implementing partners and licence holders is studied.

This report is the result of the fifth concluding study, in which the results of the first four studies are supplemented by an evaluation of promising alternatives to the current system in the field of costs, benefits and support among the parties involved. The result is a selection of elements most suited to improve the risk-based character and efficiency of the current system.

Current Dutch system for assessing fitness to drive

In the Netherlands, driving a motorised vehicle – excluding a (light) moped and microcar (AM licence) – is subject to fitness-to-drive requirements. During the driving career of a licence holder, there are five occasions to assess a driver's medical fitness:
- when preparing for first-licence application;
- when the medical condition of the licence holder is altered (interim notification);
- when renewing a driving licence with limited validity because of the licence holder's physical or mental condition;
- when renewing a professional driver's licence (licence categories C, CE, D and DE);
- when renewing a licence that will expire on or after the 75th birthday of the licence holder (age-related medical assessment).

In addition, licence holders are morally obliged to report concerns about fitness to drive, for example because of a chronic illness. For, in accordance with the Road Traffic Act, road users must not endanger themselves or others.

4. A risk-oriented or risk-based approach entails that the assessment of medical fitness to drive focuses on diseases, ailments and medication which research has shown to have a causal relation with the occurrence of (serious) crashes, meaning the risk of involvement in (serious) crashes is substantially increased.

Every assessment consists of a minimum of one and a maximum of five of the following elements:

- health declaration by the (future) licence holder;
- eyesight test;
- medical assessment by a physician (medical examiner or occupational physician);
- medical assessment by a specialist (one's own specialist or assigned specialist);
- driving test by the Dutch driving test organisation CBR to determine practical fitness to drive

A CBR medical advisor will eventually decide on the (future) licence holders' fitness to drive. They will be judged 1) fit to drive, 2) fit to drive, but subject to restrictions or 3) unfit to drive. In the case of fitness subject to restrictions, a code on the driving licence will indicate that the licence holder is only allowed to drive when using aids (such as glasses, automatic transmission) or to drive in certain conditions (such as in daylight or within a certain hometown radius). In addition, a driving licence may have a limited validity (1, 3 or 5 years).

Risk-based approach

The Dutch guideline for decisions concerning medical fitness to drive is the *Fitness requirements regulation 2000*[5] (*REG2000*). This specifies which physical and mental requirements drivers of motor vehicles have to comply with. The guideline follows the third European driving licence directive[6]. Member states may only deviate from this directive if their requirements are stricter. Alternatives to the current system must therefore at least comply with the European driving licence directive. The *REG2000* requirements and the *European driving licence directive* are regularly updated on the basis of new insights gained by scientific research. In addition, stricter requirements are imposed on truck and bus drivers, because the mass of their vehicles and/or the transport of passengers entails exposing others to certain risks. In principle, the current system is therefore already a risk-based system.

To improve the risk-based approach, the system should:

- exclusively be aimed at licence holders who are more liable to diseases and ailments that increase crash risk; and
- use instruments that are able to select only those licence holders whose medical condition is such that unacceptably high risks are involved.

Selection of alternative elements

Possible alternative elements for the current system were inventoried in two ways: 1) by looking at the way medical fitness to drive is assessed abroad and 2) by studying the literature concerning innovative ways to assess medical fitness to drive.

The first inventory resulted in the following alternative elements:

- periodic screening by means of a health declaration;
- medical assessment of all licence holders when they first apply for a driving licence;
- periodic medical assessment of all driving licence holders;
- legal obligation for licence holders instead of a moral obligation to notify the licensing organisation of any relevant medical condition;
- reminder of the legal or moral obligation when licences are renewed;
- physician's obligation to notify the licensing organisation of a relevant medical condition of his patient;
- physician's obligation to inform his patient.

5. Ministry of Infrastructure and Water Management, 2000
6. European Parliament, 2006

The literature study resulted in three methods for periodic or continuous screening:

- continuous monitoring of road user behaviour with the help of data loggers or an in-car system;
- periodic screening by means of a driving test in actual traffic or in a driving simulator; and
- a combination of psychological, motor-skill and vision tests that measure driving behaviour indirectly.

Alternative elements evaluated in this report

In consultation with AEF, who was in charge of the study of public support, it was decided to also evaluate the following elements:

1. Abandoning age-related medical assessment.
2. Periodic screening at first application for and every renewal of a driving licence by means of (a) a health declaration or (b) a medical assessment.
3. Periodic screening at every renewal of a driving licence by means of a driving test (a) in a driving simulator or (b) on public roads, possibly in combination with psychological tests.
4. Periodic screening at every renewal of a driving licence by means of psychological, motor-skill and vision tests.
5. Continuous screening of all driving licence holders on the basis of everyday driving using data loggers or in-car systems.
6. Legal obligation for licence holders to report a relevant alteration in one's medical condition, possibly combined with sanctions for deliberate omission .
7. Legal obligation for physicians to notify the licensing organisation of a relevant alteration in the medical condition of their patients.
8. Medical assessment by one's own physician instead of an independent medical examiner.
9. Assessment of and decision on medical fitness to drive by designated medical examiners.

These alternatives comply with European requirements and also, to varying extents, with the principles of a risk-based approach. They mainly concern screening and medical assessment of group-1 licence holders (licence categories A, B, BE and T), since the European driving licence directive offers most leeway to the assessment of this group. The study of public support also explored opinions about retention of the current system.

Promising alternatives

For each of the alternative elements, it was determined what the consequences would be of implementing them in the Netherlands, in terms of implementing and operational costs, and of the expected benefits to road safety. In addition, with the help of the AEF study, it was determined what the support for these alternatives would be among policy makers, implementing partners and driving licence holders. Subsequently, we compared the costs, benefits and support for the alternative elements to those of the current system, and determined which types of assessment and screening would be most qualified to modify the present system, including the pros and cons of such a modification.

The alternative elements listed above that appear most suited to improve the risk-based character and efficiency of the present system are respectively:

- Abolishing age-related medical assessment;
- Introducing periodic screening by means of a health declaration that the driving licence holder has to complete at each licence renewal;
- Replacing the moral obligation for licence holders to report on alterations in their medical condition by a legal obligation; and/or
- Medical assessment of group-1 licence holders by their own physician instead of an independent medical examiner.

The present system for assessing medical fitness to drive is already risk-based. Each of the aforementioned four alternatives can make the system more risk-based or efficient. Abolishing age-related assessment will lead to more efficiency, but also to a small, but adverse road safety effect. The remaining three alternatives can make the present system more risk-based, with varying degrees of efficiency. Expectations are that the four alternatives can be implemented within one to three years. The implementing costs will be minor, particularly when compared to the costs of the other alternatives studied.

Inhoud

Voorwoord 15

1 Inleiding 16
1.1 Doel van het onderzoek 16
1.2 Onderzoeksvragen 17
1.3 Afbakening van het onderzoek 17
1.4 Onderzoeksmethode 17
1.5 Leeswijzer 18

2 Methode 19
2.1 Beschrijving van het huidige stelsel 19
2.2 Selectie van alternatieven voor het huidige stelsel 19
2.3 Systematische vergelijking van kosten, baten en draagvlak 20
2.3.1 Kosten van het huidige stelsel en (elementen uit) alternatieve stelsels 20
2.3.2 Baten van elementen en instrumenten 21
2.3.3 Draagvlak bij beleid, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters 22
2.3.4 Afweging van kosten, baten en draagvlak 23

3 Huidig stelsel in Nederland 24
3.1 Beoordeling van de medische rijgeschiktheid tijdens de carrière van een rijbewijsbezitter 24
3.2 Elementen uit het Nederlandse stelsel 26
3.2.1 Gezondheidsverklaring 26
3.2.2 Ogentest 26
3.2.3 Medische keuring door een arts en/of specialist 26
3.2.4 Rijtest 27
3.3 Aantal beoordelingen in het huidige Nederlandse stelsel 27

4 Selectie van alternatieve stelsels en instrumenten 28
4.1 Alternatieve elementen en instrumenten 28
4.1.1 Elementen uit buitenlandse stelsels 28
4.1.2 Innovatieve elementen 32
4.2 Conform Europese regelgeving en risicogestuurde aanpak? 33
4.2.1 Conform Europese regelgeving 33
4.2.2 Instrumenten passend binnen een risicogestuurde aanpak 34
4.3 Selectie van elementen voor nadere analyse 35

5 Kosten, impact en implementatie 36
5.1 Kosten van elementen uit het huidige stelsel 36
5.1.1 Gezondheidsverklaring voor nieuwe rijbewijzen 36
5.1.2 Ogentest 37
5.1.3 Morele meldplicht 37
5.1.4 Keuring groep 2-rijbewijzen (bij eerste rijbewijs en periodiek) 37

5.1.5 Leeftijdsgebonden keuring van 75-plussers 37
5.1.6 Medische keuring overige rijbewijsbezitters en nieuwe rijbewijsbezitters 37
5.1.7 Rijtest 38
5.1.8 Totale kosten van het huidige stelsel 38
5.2 Kosten van alternatieve elementen en instrumenten 38
5.2.1 Afschaffen leeftijdsgebonden keuring 38
5.2.2 Periodieke screening bij verlenging van het rijbewijs via gezondheidsverklaring of medische keuring 39
5.2.3 Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via rijtest 39
5.2.4 Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via psychologische, motorische en visuele testen 40
5.2.5 Continue screening van alle rijbewijsbezitters op basis van rijgedrag 40
5.2.6 Meldplicht rijbewijsbezitter 41
5.2.7 Meldplicht huisarts 41
5.2.8 Medische keuring door huisarts 41
5.2.9 Speciaal aangewezen keuringsartsen 42
5.3 Vergelijking van kosten, impact en implementatietraject 42
5.3.1 Uitvoeringskosten en impact van alternatieven 42
5.3.2 Kosten en looptijd implementatietraject 43

6 Baten: effect op verkeersveiligheid 45
6.1 Baten van elementen uit het huidige stelsel 45
6.2 Baten van alternatieve elementen 48

7 Draagvlak 53
7.1 Draagvlak onder beleidsmakers en uitvoeringspartners 53
7.1.1 Aantrekkelijkheid van de verschillende varianten 53
7.1.2 Rangorde van de varianten 54
7.1.3 Conclusie beleidsmakers en uitvoerders van het beleid 54
7.2 Draagvlak onder artsen 54
7.2.1 Aantrekkelijkheid van de verschillende varianten 54
7.2.2 Rangorde van de varianten 55
7.2.3 Conclusie artsen 55
7.3 Draagvlak onder belangenorganisaties 55
7.3.1 Aantrekkelijkheid van de verschillende varianten 55
7.3.2 Rangorde van de varianten 55
7.3.3 Conclusie belangenorganisaties 56
7.4 Draagvlak onder rijbewijsbezitters 56
7.4.1 Behouden huidige stelsel 56
7.4.2 Afschaffen leeftijdsgebonden keuring 57
7.4.3 Periodieke keuringen 57
7.4.4 Continue screening 57
7.4.5 Meldplicht voor de rijbewijsbezitter 58
7.4.6 Andere rol van de (eigen) arts 58
7.4.7 Conclusies rijbewijsbezitters 58
7.5 Conclusies ten aanzien van het draagvlak 59
7.5.1 Draagvlak voor de alternatieven 59
7.5.2 Verschillen tussen en consensus binnen groepen 61
7.5.3 Alternatieven waarvoor het meeste draagvlak is 63

8 Evaluatie van alternatieven 64
8.1 Samenvatting van kosten, baten en draagvlak 64
8.2 Kansrijke elementen voor wijziging van huidige stelsel 68

9 Conclusies 69
9.1 Kansrijke alternatieven 70
9.2 Risicogestuurdheid van de keuring van beroepschauffeurs 73

Literatuur 74

Bijlage A Voorgelegde alternatieven 76

Voorwoord

Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat wil weten of er kansrijke alternatieve scenario's zijn om de medische rijgeschiktheid van rijbewijsbezitters gedurende de looptijd van het rijbewijs te beoordelen. Daarmee zoekt het ministerie naar een meer risicogestuurde aanpak die aansluit bij het *Strategisch Plan Verkeersveiligheid 2030* (Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, 2018).

Op verzoek van het ministerie heeft SWOV hiervoor in 2019 een onderzoeksopzet ontwikkeld (Davidse, 2019). Deze opzet beschreef vijf deelonderzoeken, die in 2020 zijn uitgevoerd door SWOV en onderzoeksbureau Andersson Elffers Felix (AEF):

1. Beschrijving van het huidige Nederlandse stelsel voor beoordeling van de medische geschiktheid (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020b)
2. Inventarisatie van stelsels die in het buitenland worden gehanteerd (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020c);
3. Literatuurstudie naar innovatieve methoden om de medische rijgeschiktheid te beoordelen (Doumen & Van Schagen, 2020);
4. Draagvlakonderzoek onder uitvoeringspartners en burgers (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020a);
5. Selectie van alternatieve scenario's met een beschrijving van de effecten op kosten, impact en verkeersveiligheid (onderhavig rapport).

In dit rapport bespreken we de resultaten van deelonderzoek 5: de selectie van alternatieve scenario's met een beschrijving van de effecten op kosten, impact en verkeersveiligheid. De resultaten van de andere deelstudies zijn separaat gepubliceerd. Deze resultaten vormden de basis voor de onderhavige studie. In aanvulling daarop heeft SWOV aanvullende gegevens verzameld en extra analyses uitgevoerd. De auteurs bedanken AEF en het CBR voor hun toelichting bij de door hen geleverde gegevens.

1 Inleiding

Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat wil in het kader van het *Strategisch Plan Verkeersveiligheid* (Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, 2018) weten wat de mogelijkheden zijn voor een systeem waarin de noodzaak van een beoordeling van de rijgeschiktheid niet meer afhangt van de leeftijd, maar van een medische indicatie. Dit moet bijdragen aan een meer risicogeoriënteerde aanpak[7], die nog steeds voldoet aan de Europese regelgeving rondom medische rijgeschiktheid (Richtlijn 2006/126/EG).

Daartoe zijn AEF en SWOV een onderzoek gestart waarin het huidige stelsel voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid is beschreven (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020b), alternatieven uit het buitenland zijn geïnventariseerd (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020c), innovatieve methoden voor het beoordelen van de medische rijgeschiktheid zijn geïnventariseerd (Doumen & Van Schagen, 2020) en het draagvlak onder beleidsmedewerkers, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters voor een aantal van deze alternatieven en methoden is onderzocht (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020a).

Deze afsluitende deelstudie vult de resultaten van bovenstaande studies aan met een evaluatie van veelbelovende alternatieven voor het huidige stelsel. Het eindresultaat is een selectie van alternatieve vormen van keuring of screening die het meest geschikt lijken om de risicogestuurdheid en efficiëntie van het huidige stelsel te verbeteren.

1.1 Doel van het onderzoek

Het doel van deze deelstudie was te komen tot een set van alternatieve scenario's voor de beoordeling van de rijgeschiktheid in Nederland. Daarbij wordt een indicatie gegeven van de voor- en nadelen van deze scenario's ten opzichte van het huidige Nederlandse stelsel ten aanzien van de kosten per beoordeling, de kosten en duur van het implementatietraject, het effect op de verkeersveiligheid en het draagvlak onder beleidsmakers, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters.

7. Een risicogeoriënteerde of risicogestuurde aanpak betekent voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid dat deze gericht is op ziekten, aandoeningen en medicijnen waarvan uit onderzoek gebleken is dat er een oorzakelijke relatie is met het ontstaan van (ernstige) ongevallen, dus dat ze de kans op betrokkenheid bij (ernstige) ongevallen substantieel verhogen.

1.2 Onderzoeksvragen

Conform de onderzoeksopzet die was opgesteld (Davidse, 2019), waren de volgende onderzoeksvragen leidend in deze studie:

1. Welke elementen uit de buitenlandse systemen voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid die door Keijser, Venhuizen en Van Rosmalen (2020c) zijn geïnventariseerd, passen binnen een *risicogestuurde aanpak*?
2. Welke van de bovengenoemde elementen voldoen aan de *Europese regelgeving* rondom medische geschiktheid?
3. Welke instrumenten die in andere landen worden gebruikt of die in ontwikkeling zijn, kunnen het huidige stelsel verbeteren door een meer risicogestuurde aanpak (betere selectie van risicogroepen) of zorgen voor een betere verdeling van de werklast (deel van de taken beleggen bij andere uitvoeringspartijen)?
4. Hoe verhouden de kosten voor uitvoering van die elementen zich tot die van het huidige Nederlandse stelsel?
5. Wat zijn de te verwachten gevolgen voor de verkeersveiligheid van invoering van deze elementen in plaats van (vergelijkbare elementen van) het huidige stelsel?
6. Wat is het draagvlak voor deze elementen onder beleidsmakers, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters?

1.3 Afbakening van het onderzoek

Dit onderzoek is gericht op het verbeteren van het stelsel voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid. Het gaat niet in op tijdelijke beperkingen van de rijgeschiktheid door vermoeidheid, afleiding, alcohol of drugs, tenzij deze voortkomen of samenhangen met aandoeningen zoals slaapstoornissen, alcohol- of drugsmisbruik. De vorderingsprocedure, die start als derden een rijbewijsbezitter melden bij het CBR, is eveneens buiten beschouwing gelaten (zie *Paragraaf 3.1* voor meer informatie over deze procedure).

Volgens de huidige Nederlandse wet- en regelgeving[8] worden alleen eisen gesteld aan de medische rijgeschiktheid van bestuurders van gemotoriseerde voertuigen, met uitzondering van voertuigen waarvoor het AM-rijbewijs nodig is. Het onderzoek heeft daarom geen betrekking op bestuurders van snorfietsen, bromfietsen en brommobielen. Dit geldt ook voor gebruikers van scootmobielen en andere gehandicaptenvoertuigen, aangezien voor het besturen van die voertuigen geen rijbewijsplicht geldt.

1.4 Onderzoeksmethode

Eerst is op beknopte wijze omschreven uit welke elementen het huidige stelsel bestaat. Daarvoor zijn de onderzoeksopzet voor dit onderzoek (Davidse, 2019) en de rapportage over de eerste deelstudie (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020b) gebruikt. Vervolgens is nagegaan wat de kosten van het huidige stelsel zijn en welk effect het huidige stelsel heeft op de verkeersveiligheid. Dit effect is geschat aan de hand van het percentage medisch beoordeelde rijbewijsbezitters dat jaarlijks ongeschikt of geschikt met beperkingen wordt verklaard.

Daarna zijn veelbelovende alternatieven voor het huidige stelsel geselecteerd. Daarvoor is geput uit de beschrijvingen van de buitenlandse stelsels voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020c) en uit de literatuurstudie naar innovatieve methoden om de medische rijgeschiktheid te beoordelen (Doumen & Van Schagen,

8. Het *Reglement rijbewijzen* (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 1996b) en de *Regeling eisen geschiktheid 2000* (*REG2000*; Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2000).

2020). Voor elk van de geselecteerde alternatieven is achtereenvolgens nagegaan of ze passen in een risicogestuurde aanpak en voldoen aan de Europese regelgeving over het rijbewijs[9]. De alternatieven die daaraan voldeden zijn meegenomen in het vervolg van de onderhavige studie. Ze vormden samen de 'longlist' van alternatieven.

Vervolgens is voor elk van de alternatieven uit de longlist nagegaan wat invoering in Nederland zou betekenen voor de kosten van de implementatie en de uitvoering en de te verwachten baten voor de verkeersveiligheid. Daarnaast is met de resultaten van het draagvlakonderzoek van Keijser, Venhuizen en Van Rosmalen (2020a) nagegaan wat het draagvlak voor deze alternatieven is onder beleidsmakers, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters.

Op basis van de beschikbare gegevens over kosten, baten en draagvlak zijn de geselecteerde alternatieven op kwalitatieve wijze vergeleken met het huidige stelsel en is bepaald welke vormen van keuring en screening het meest in aanmerking komen om het huidige Nederlandse stelsel deels of volledig te wijzigen, inclusief de voor- en nadelen van een dergelijke wijziging van het stelsel.

1.5 Leeswijzer

In *Hoofdstuk 2* beschrijven we meer in detail welke methodiek gehanteerd is om tot een set van geschikte alternatieven ('shortlist') te komen voor het huidige stelsel in Nederland. Dat stelsel staat kort beschreven in *Hoofdstuk 3*. *Hoofdstuk 4* bespreekt welke alternatieven in overweging zijn genomen en hoe de selectie van deze longlist tot stand is gekomen. *Hoofdstuk 5* behandelt de kosten die gepaard gaan met de implementatie en uitvoering van deze alternatieven en *Hoofdstuk 6* de baten: de (verwachte) effecten op de verkeersveiligheid. *Hoofdstuk 7* gaat in op het draagvlak voor de alternatieven onder beleidsmakers, uitvoeringspartners, medici, belangenorganisaties en rijbewijsbezitters. In *Hoofdstuk 8* vergelijken we de kosten, baten en het draagvlak voor elk van de alternatieven van de longlist met het huidige stelsel. Op basis daarvan is de shortlist samengesteld. Het rapport sluit in *Hoofdstuk 9* af met de belangrijkste conclusies en de voor- en nadelen van de meest kansrijke wijzigingen van het huidige stelsel.

9. Derde Europese richtlijn betreffende het rijbewijs: Richtlijn 2006/126/EG

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft hoe de evaluatie van alternatieven is uitgevoerd. Aan de basis van deze evaluatie staan de eerdere deelstudies die Andersson Elffers Felix (AEF) en SWOV hebben uitgevoerd. De resultaten van die deelstudies vormen de input voor de onderhavige deelstudie. Voor de methodiek van de eerdere deelstudies verwijzen we naar de betreffende deelrapporten.

2.1 Beschrijving van het huidige stelsel

Het huidige stelsel voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid vormt de basis waartegen alternatieven worden afgezet. Keijser, Venhuizen en Van Rosmalen (2020b) hebben het huidige stelsel in detail beschreven. In de onderhavige deelstudie zijn de hoofdlijnen samengevat aan de hand van de volgende vragen:

- Welke (aanstaande) rijbewijsbezitters worden beoordeeld?
- Op welke momenten en door wie?
- Op welke wijze?
- Wat zijn de kosten voor de rijbewijsbezitter?
- Hoeveel rijbewijsbezitters worden er op grond van de beoordeling ongeschikt of beperkt geschikt verklaard?

De antwoorden op de eerste drie vragen staan in *Hoofdstuk 3*. De kosten en baten zijn uitgewerkt in *Hoofdstuk 5* en *6* aan de hand van de gegevens die voor de eerste deelstudie zijn verzameld en voor de onderhavige studie nader zijn geanalyseerd (zie *Paragraaf 2.3.1* en *2.3.2*).

2.2 Selectie van alternatieven voor het huidige stelsel

Voor een efficiënte inventarisatie van alternatieven voor het huidige stelsel heeft AEF in de tweede deelstudie geïnventariseerd hoe de beoordeling van de medische rijgeschiktheid in het buitenland is ingericht. Daarvoor hebben zij experts uit zestien landen benaderd met het verzoek een vragenlijst in te vullen die onder meer inging op de vragen die in *Paragraaf 2.1* staan. De respons op de vragenlijst is aangevuld met enkele verdiepende interviews en uitgewerkt in het tweede deelrapport (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020c) en samengevat in *Hoofdstuk 4*. Alle stelsels kunnen worden beschreven als een combinatie van elementen. Voorbeelden uit het Nederlandse systeem zijn het invullen van een verklaring over de eigen gezondheid, een medische keuring en een rijtest. Elementen die niet in het Nederlandse stelsel zijn opgenomen maar wel in een ander land, zijn mogelijk alternatieven voor (onderdelen van) het huidige stelsel; een aanvulling op bepaalde onderdelen of een vervanging van een of meer onderdelen.

Een tweede bron voor alternatieven voor het huidige stelsel zijn innovatieve methoden om medici of het CBR te ontlasten. Dat zijn bijvoorbeeld screeningsinstrumenten die op betrouwbare en valide wijze een inschatting kunnen geven van de rijgeschiktheid, waarna het CBR alleen de twijfelgevallen nog hoeft te beoordelen. In de derde deelstudie is via literatuuronderzoek

nagegaan welke instrumenten hiervoor geschikt lijken te zijn (Doumen & Van Schagen, 2020). Veelbelovende instrumenten zijn geselecteerd als mogelijke alternatieven.

Voor elk van de alternatieven die naar voren zijn gekomen uit de tweede en derde deelstudie is achtereenvolgens nagegaan of ze 1) passen in een risicogestuurde aanpak en 2) voldoen aan de Europese regelgeving voor het rijbewijs10. De alternatieven die daaraan voldeden zijn meegenomen in het vervolg van de onderhavige deelstudie. Ze vormden de 'longlist' van alternatieven.

2.3 Systematische vergelijking van kosten, baten en draagvlak

Voor elk van de alternatieven uit de longlist is nagegaan wat invoering in Nederland zou betekenen voor de kosten van de implementatie en de uitvoering, welke baten te verwachten zijn en wat het draagvlak is onder beleidsmakers, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters. Vervolgens zijn deze kosten en baten en het draagvlak voor elk van de geselecteerde alternatieven op kwalitatieve wijze vergeleken met het huidige stelsel.

2.3.1 Kosten van het huidige stelsel en (elementen uit) alternatieve stelsels

De kosten van het overstappen op een of meer van de geselecteerde alternatieven zijn bepaald door de (verwachte) kosten van de implementatie en uitvoering van de alternatieven te vergelijken met de kosten van de uitvoering van het huidige stelsel. Kosten voor elementen die ongewijzigd blijven, zijn niet meegeteld. Zo zal voor de verlenging van het rijbewijs nog steeds administratieve kosten met zich meebrengen voor het aanvragen van een nieuw rijbewijs, inclusief het laten maken van de daarvoor benodigde pasfoto.

Kosten die wel zijn meegewogen:

- Implementatiekosten voor de betreffende wijziging van het huidige stelsel, zoals kosten van wetswijzigingen en kosten door organisatiewijzigingen.
- Kosten verbonden aan medische beoordelingen van rijgeschiktheid, zoals medische keuringen, rijtesten en gezondheidsverklaringen. Deze kosten hangen met name af van de frequentie van medische keuring of screening gedurende de rijcarrière en de omvang van de groep die een keuring of screening moet ondergaan. Het kan gaan om kosten die de (aanstaande) rijbewijsbezitter moet betalen en/of voor rekening komen van betrokken organisaties.

De kosten van alternatieven kunnen hoger of lager zijn dan een vergelijkbaar element uit het huidige stelsel, afhankelijk van de wijze waarop de rijgeschiktheid wordt beoordeeld, de frequentie van de beoordelingen en de omvang van de doelgroep.

Naast de genoemde kosten, zijn er kosten voor de rijbewijsbezitter vanwege tijdverlies door het invullen van een gezondheidsverklaring, een medische keuring en/of een rijtest. Deze kosten per rijbewijsbezitter hangen onder meer af van de arbeidssituatie (werkzaam, werkloos, gepensioneerd). Bij beroepschauffeurs kunnen deze kosten voor rekening van de werkgever komen. Wanneer een stelsel ertoe leidt dat meer mensen ongeschikt worden verklaard, leidt dit eveneens tot extra kosten voor de ex-rijbewijsbezitters. Zij moeten dan namelijk een ander vervoermiddel gaan gebruiken of minder gaan reizen. Het inschatten van deze kosten is complex en valt buiten het bestek van dit onderzoek.[11] Dat geldt ook voor de doorlooptijd van een eventuele opeenvolging van verschillende keuringen en testen.

10. Derde Europese richtlijn betreffende het rijbewijs: Richtlijn 2006/126/EG
11. Zie bijvoorbeeld Vlakveld et al. (2005) die een methode beschrijven voor het bepalen van deze mobiliteitseffecten.

In *Hoofdstuk 5* staan schattingen van de jaarlijkse kosten voor de onderdelen waarover, binnen de looptijd van dit onderzoek, voldoende gegevens beschikbaar waren. De kosten van het huidige stelsel zijn geschat op basis van instroomcijfers van het CBR voor 2018. Voor de berekening van de (extra) kosten, of kostenbesparingen van alternatieve elementen of instrumenten is uitgegaan van dezelfde instroomcijfers, zodat een goede vergelijking kan worden gemaakt met de huidige kosten. De totale instroom kan echter wel verschillen, aangezien bij sommige alternatieven extra groepen rijbewijsbezitters gekeurd of gescreend worden. Wanneer geen informatie beschikbaar was over de kosten of omvang van de instroom van de (elementen van de) alternatieve stelsels, zijn de kosten op kwalitatieve wijze beschreven.

Het bepalen van de kosten van alternatieve elementen staat los van de kosten van verkeersongevallen. Bij de kosten van verkeersongevallen gaat het om kosten die het gevolg zijn van ongevallen, zoals kosten van medische behandeling van slachtoffers en schade aan voertuigen (SWOV, 2020). Informatie over deze kosten wordt gebruikt om de baten van verkeersveiligheidsmaatregen te bepalen, waarbij de baten bestaan uit bespaarde ongevalskosten.

2.3.2 Baten van elementen en instrumenten

De baten van het huidige stelsel en de geselecteerde alternatieven gaan over het aantal rijbewijsbezitters dat op medische gronden ongeschikt en/of onder voorwaarden geschikt wordt verklaard. Daarbij is het uitgangspunt dat het ongeschikt verklaren ertoe leidt dat mensen met een sterk verhoogd risico als automobilist of chauffeur uit het verkeer worden gehaald of alleen onder voorwaarden van het gebruik van hulpmiddelen (zoals een bril of een automatische versnelling), voor een beperkte termijn of in bepaalde omstandigheden (zoals bij daglicht of in een bepaalde straal rondom de woonplaats) als bestuurder van een snel gemotoriseerd voertuig aan het verkeer mogen deelnemen. Daarmee worden ongevallen voorkomen en dus kosten bespaard[12]. Idealiter zouden we daarbij ook meewegen 1) hoeveel mensen ten onrechte worden goedgekeurd en 2) hoeveel mensen ten onrechte worden afgekeurd[13].

Het effect van het ten onrechte goedkeuren van rijbewijsbezitters zorgt voor een beperking van de baten; niet alle rijbewijsbezitters[14] met een sterk verhoogd ongevalsrisico vanwege ziekten, aandoeningen of medicijngebruik moeten dan immers het rijbewijs inleveren. Het effect van het ten onrechte afkeuren van rijbewijsbezitters is dat deze mensen daardoor hun beroep niet meer kunnen uitoefenen (beroepschauffeurs) of zijn aangewezen op andere vormen van vervoer, die per gereden kilometer voor het individu extra kosten en grotere of kleinere risico's met zich mee kunnen brengen, of tot vervoersarmoede en daarmee tot een verminderde kwaliteit van leven kunnen leiden. Uit deelstudies 2 en 3 is echter gebleken dat voor geen van de alternatieven of instrumenten bekend is hoeveel mensen ten onrechte worden afgekeurd en hoeveel ten onrechte worden goedgekeurd (Doumen & Van Schagen, 2020; Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020c). Ook voor het huidige stelsel ontbreekt deze informatie.

Voor het schatten van de baten is daarom uitsluitend uitgegaan van het percentage rijbewijsbezitters dat wordt afgekeurd en het percentage dat onder voorwaarden geschikt wordt verklaard. Voor het huidige stelsel is in *Hoofdstuk 6* uitgegaan van het aantal verklaringen van

12. De maatschappelijke kosten van verkeersongevallen worden geschat op € 17 miljard in 2018 (€ 15,8 tot € 18,6 miljard). Dit is vergelijkbaar met ruim 2% van het bruto binnenlands product. De kosten per verkeersdode bedragen circa € 2,8 miljoen en per ernstig verkeersgewonde ruim € 300.000 (SWOV, 2020).
13. Dit is het gevolg van een geringe sensitiviteit en/of specificiteit van het gebruikte keurings- of screeningsinstrument. De *sensitiviteit* van een instrument is laag als het veel (beoogd) rijbewijsbezitters met een hoog risico op een ongeval als geschikt beoordeelt en daarmee onterecht laat doorrijden. De *specificiteit* van een instrument is laag als het veel (beoogd) rijbewijsbezitters als ongeschikt beoordeeld en daarmee het rijbewijs ontneemt terwijl zij geen verhoogd risico op een ongeval hebben.
14. Met uitzondering van personen die uitsluitend in het bezit zijn van het AM- of AM4-rijbewijs, aangezien voor dat rijbewijs geen eisen worden gesteld aan de medische rijgeschiktheid.

geschiktheid dat het CBR in 2018 heeft afgegeven, of beter gezegd: het aantal verklaringen van ongeschiktheid en geschiktheid met (termijn)beperkingen. Voor de baten van alternatieve elementen die deel uitmaken van buitenlandse stelsels, is uitgegaan van vergelijkbare gegevens uit het buitenland. Wanneer deze niet beschikbaar waren, zijn de baten op kwalitatieve wijze beschreven, mede op basis van wetenschappelijke literatuur over de effectiviteit van keuringen en screeningsmethoden. Dat geldt ook voor de baten van de innovatieve elementen die zijn geselecteerd in de derde deelstudie.

Voor het bepalen van het aantal verkeersdoden en -gewonden dat jaarlijks wordt bespaard met een keuring of screening van de medische geschiktheid, is naast de percentages ongeschikt en beperkt geschikt verklaarden, informatie nodig over 1) de ziekte of aandoening op grond waarvan iemand ongeschikt of beperkt geschikt is verklaard, 2) het relatief risico[15] van deze ziekte of aandoening en 3) het jaarkilometrage van rijbewijsbezitters met deze aandoening (zie bijvoorbeeld Vlakveld & Davidse, 2011). Deze informatie was echter niet beschikbaar, waardoor we geen uitspraken kunnen doen over effecten in termen van het aantal te besparen verkeersdoden of -gewonden.

Het louter bestaan van een vorm van keuring of screening kan er overigens ook voor zorgen dat mensen stilstaan bij hun eigen rijgeschiktheid. Dit kan ertoe leiden dat ze afzien van een keuring of screening en uit eigen beweging stoppen met rijden. Zelfs zonder keuring compenseren verkeersdeelnemers voor de invloed van ziekten en aandoeningen. Zo lijken de meeste oudere verkeersdeelnemers te onderkennen dat hun rijgeschiktheid afneemt door ziekten en aandoeningen en passen ze hun verkeersgedrag daarop aan door bijvoorbeeld niet in het donker te rijden en drukte te vermijden (Brouwer & Davidse, 2002; SWOV, 2015). Dit geldt niet of in mindere mate voor ouderen met dementie. Wetenschappelijk bewijs voor deze tweedeling ontbreekt echter nog. Zo is niet bekend of ouderen die hun gedrag aanpassen ook daadwerkelijk functiestoornissen hebben die daar aanleiding toe geven en andersom (Davidse et al., 2010). Voor zover relatieve risico's van ziekten en aandoeningen bekend zijn, houden deze risico's al rekening met compensatiegedrag. Als alle rijbewijsbezitters met ziekten en aandoeningen evenveel zouden blijven rijden als ze zonder ziekte of aandoening deden, dan zou het relatieve risico van deze ziekten en aandoeningen naar alle waarschijnlijkheid hoger liggen.

2.3.3 Draagvlak bij beleid, uitvoeringspartners en rijbewijsbezitters

Om het draagvlak voor de verschillende elementen en instrumenten te onderzoeken, zijn twee vragenlijsten uitgezet (zie Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020a). Een vragenlijst is gestuurd naar diverse partijen die direct of indirect met de uitvoering van het stelsel te maken hebben: beleidsmakers, uitvoerders van beleid, medici en belangenverenigingen van groepen mensen die met het stelsel te maken hebben (zie *Tabel 2.1* voor meer informatie). Hen is via een open vraag gesteld wat volgens hen, of hun organisatie, de meest optimale manier is om de rijgeschiktheid te meten. Daarnaast zijn tien opties voor stelselherziening voorgelegd (zie *Bijlage A*). Voor elk van deze opties is de partijen gevraagd hoe aantrekkelijk ze de betreffende optie vinden, waarom, en wat volgens hen de gevolgen van invoering zouden zijn op a) de kwaliteit van het oordeel over de rijgeschiktheid, b) de verkeersveiligheid, en c) de uitvoerbaarheid. Voor de laatste drie vragen waren de antwoordmogelijkheden: 'slechter dan de huidige situatie', 'vergelijkbaar met de huidige situatie', 'beter dan de huidige situatie', en 'kan ik niet beoordelen/weet ik niet'. Tot slot is de partijen onder meer gevraagd wat volgens hen de drie opties zijn die het stelsel het meest zouden verbeteren en welke optie in ieder geval niet ingevoerd zou moeten worden.

15. Het relatief risico geeft aan hoeveel groter de kans op een ongeval is van een bestuurder met een ziekte of aandoening ten opzichte van een bestuurder die een dergelijke aandoening niet heeft. Dit relatief risico verschilt per aandoening, variërend van 1,09 voor visuele beperkingen tot 1,75 voor neurologische aandoeningen (Elvik et al., 2009).

De tweede vragenlijst is uitgezet onder rijbewijsbezitters, met de nadruk op wat oudere rijbewijsbezitters en rijbewijsbezitters die aangesloten zijn bij patiëntenverenigingen, aangezien zij meer ervaring hebben met het stelsel van rijbewijskeuringen. In deze vragenlijst zijn dezelfde tien opties voorgelegd en is de rijbewijsbezitters voor elke optie gevraagd of ze het een goede manier vinden om de fitheid van rijbewijsbezitters te meten en wat het effect op de verkeers-veiligheid zou zijn. Daarnaast is hen onder meer gevraagd of ze zich zorgen maken over de fitheid van andere rijbewijsbezitters, of ze het prettig vinden als regelmatig zou worden nagegaan of ze nog fit genoeg zijn om te rijden, hoeveel ze bereid zijn te betalen voor een keuring of screening en welke partij de keuring of screening zou moeten uitvoeren.

De volledige vragenlijsten staan in het rapport over het draagvlakonderzoek (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020a). In dat rapport staat ook welke partijen zijn uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek en welke partijen op deze uitnodiging zijn ingegaan, en worden de resultaten uitgebreid besproken.

Voor de onderhavige evaluatie van alternatieven heeft SWOV een aantal extra analyses uitgevoerd om aanvullende vragen te kunnen beantwoorden. Ook is de data-analyse van de vragenlijst iets anders ingericht: de data zijn op een andere manier opgeschoond, waardoor de steekproef in zeer kleine mate verschilt van de steekproef waarvan Keijser, Venhuizen en Van Rosmalen (2020) de resultaten bespreken. Voor de verschillende groepen respondenten op de eerste vragenlijst is eerst nagegaan welke partijen een vergelijkbare 'mening' hadden. Deze zijn vervolgens samengevoegd tot een cluster waarvan de resultaten zijn samengevoegd; dit betrof de beleidsmedewerkers en uitvoerders van beleid. Voor de medici, belangenorganisaties en rijbewijsbezitters zijn de resultaten apart beschreven (zie *Hoofdstuk 7*). De analyse van de reacties op de eerste vragenlijst is grotendeels kwalitatief uitgevoerd vanwege het kleine aantal respondenten (zie *Tabel 2.1*). De analyse van de respons op de vragenlijst voor rijbewijsbezitters was wel kwantitatief van aard.

Tabel 2.1. Aantal respondenten per onderzoeksgroep van het draagvlakonderzoek.

Onderzoeksgroep	Aantal respondenten*
Beleidsmedewerkers van de ministeries van Justitie en Veiligheid en Volksgezondheid, Sport en Welzijn	4
Uitvoerders van beleid (CBR, OM, Politie, RDW, Nederlandse Zorgautoriteit NZa)	6
Medici (neurologen, longarts, apotheker, Nederlands HuisartsenGenootschap, RegelZorg)	16
Belangenorganisaties (ANBO, ANWB, Diabetesvereniging, Epilepsievereniging, Ieder(in), Impuls en Woortblind, KBO-PCOB, TLN)	9
Rijbewijsbezitters	382

* Bij sommige organisaties hebben verschillende afdelingen of sectoren een eigen reactie gegeven.

2.3.4 Afweging van kosten, baten en draagvlak

Op basis van de beschikbare gegevens over kosten, baten en draagvlak, is elk van de geselecteerde alternatieven op kwalitatieve wijze vergeleken met het huidige stelsel. In *Hoofdstuk 8* zijn de resultaten van deze vergelijkingen schematisch samengevat in een tabel. Aan de hand van deze tabel is op objectieve wijze bepaald welke vormen van keuring en screening in termen van kosten, baten en draagvlak het meest in aanmerking komen om het huidige Nederlandse stelsel deels of volledig te aan te passen, inclusief de voor- en nadelen van een dergelijke wijziging van het stelsel.

3 Huidig stelsel in Nederland

Dit hoofdstuk geeft op beknopte wijze weer hoe de beoordeling van de medische rijgeschiktheid in Nederland plaatsvindt en uit welke elementen het Nederlandse stelsel bestaat. Een volledige omschrijving van dit stelsel staat in Keijser, Venhuizen en Van Rosmalen (2020b). De kosten en baten van het huidige stelsel staan beschreven in respectievelijk *Hoofdstuk 5* en *6*.

3.1 Beoordeling van de medische rijgeschiktheid tijdens de carrière van een rijbewijsbezitter

Tijdens de rijopleiding wordt de medische rijgeschiktheid voor het eerst beoordeeld, via het invullen van een gezondheidsverklaring door de kandidaat zelf (voorheen Eigen Verklaring) en een ogentest[16]. Als deze persoon zijn auto- of motorrijbewijs haalt (rijbewijs B respectievelijk A), gezond was en dat ook blijft tot zijn 75e verjaardag en geen andere rijexamens aflegt, dan wordt de medische rijgeschiktheid rond zijn 75e voor de tweede keer beoordeeld. Op dat moment krijgt hij ook voor het eerst een medische keuring. Daarna wordt de rijbewijsbezitter minimaal eens in de 5 jaar gekeurd en maximaal eens per jaar. Het laatste is het geval wanneer er sprake is van een progressieve aandoening zoals dementie. Voor het verkrijgen én het behouden van rijbewijs C en D is een medische keuring verplicht. Dit rijbewijs is 5 jaar geldig, wat betekent dat de eigenaren van deze rijbewijzen elke 5 jaar medisch gekeurd moeten worden. Rijbewijsbezitters waarvan de medische situatie wijzigt door een ziekte of aandoening die van invloed kan zijn op hun rijgeschiktheid, hebben een *morele* meldplicht[17]. Zij melden zich bij het CBR door een gezondheidsverklaring in te vullen. Als het CBR vervolgens, mede naar aanleiding van een eventuele keuring of rijtest, een verklaring van geschiktheid met beperkingen afgeeft, dan volgt bij elke verlenging van het rijbewijs een medische herkeuring. Dat geldt ook voor rijbewijsbezitters die vanaf het behalen van het rijbewijs medisch bekend zijn bij het CBR.

In het huidige Nederlandse stelsel zijn er daarmee vijf redenen voor een beoordeling van de medische geschiktheid van een rijbewijsbezitter:

- als voorbereiding op de aanvraag van het eerste rijbewijs (alle rijbewijzen met uitzondering van rijbewijs AM);
- bij een wijziging in de medische situatie van de rijbewijsbezitter (tussentijdse melding);
- bij verlenging van een rijbewijs met een beperking van de geldigheid vanwege de lichamelijke of geestelijke conditie van de eigenaar;
- bij verlenging van het rijbewijs van een beroepschauffeur (rijbewijs C of D, al dan niet in combinatie met E);
- bij verlenging van een rijbewijs dat op of na de 75e verjaardag van de eigenaar verloopt (leeftijdsgebonden keuring).

16. Met uitzondering van personen die een opleiding voor een snorfiets, bromfiets of brommobiel afleggen, aangezien voor het AM2- en AM4-rijbewijs geen eisen worden gesteld aan de medische rijgeschiktheid.
17. De morele plicht komt voort uit de wegenverkeerswet die stelt dat een verkeersdeelnemer zichzelf en anderen niet in gevaar mag brengen.

Met uitzondering van de tussentijdse melding vindt de beoordeling plaats in de maanden voordat het rijbewijs verloopt of voordat het eerste rijbewijs wordt afgegeven. Rijbewijs A en B zijn maximaal 10 jaar geldig, rijbewijs C en D maximaal 5 jaar. Daarnaast hangt de geldigheid van het rijbewijs af van de leeftijd van de rijbewijsbezitter: mensen in de leeftijd tussen 65 en 70 jaar krijgen bij vernieuwing een rijbewijs tot hun 75e verjaardag en vanaf 70 jaar krijgen mensen een rijbewijs met een geldigheid van maximaal 5 jaar. De geldigheid kan ook worden beperkt als er sprake is van een beperkte medische geschiktheid. Het rijbewijs is dan maximaal 1, 3 of 5 jaar geldig.

De beoordeling van de medische geschiktheid bestaat uit minimaal een en maximaal vijf elementen:

- gezondheidsverklaring;
- ogentest;
- medische keuring door een arts (keurend arts of bedrijfsarts);
- medische keuring door specialist (eigen specialist of aangewezen specialist);
- rijtest praktische rijgeschiktheid.

Paragraaf 3.2 beschrijft elk van deze elementen. Een medisch adviseur van het CBR besluit uiteindelijk over de geschiktheid van de (aanstaande) rijbewijsbezitter, aan de hand van de ingevulde gezondheidsverklaring en eventuele keuringsverslagen, specialistische rapporten en/of de uitslag van een rijtest. Dit leidt tot een verklaring van 1) geschiktheid, 2) geschiktheid met beperkingen of 3) ongeschiktheid. In het geval van geschiktheid met beperkingen wordt met een code op het rijbewijs aangegeven dat de bezitter alleen mag rijden onder voorwaarde van het gebruik van hulpmiddelen (zoals een bril of een automatische versnelling), in bepaalde omstandigheden (zoals bij daglicht of in een bepaalde straal rondom de woonplaats) of heeft het rijbewijs een beperkte geldigheidsduur (1, 3 of 5 jaar). Deze codes staan beschreven in de *Regeling coderingen beperkingen rijbevoegdheid* (Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 1996a). De leidraad voor besluiten rondom de medische rijgeschiktheid is de *Regeling eisen geschiktheid 2000* (*REG2000*; Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2000). Deze vermeldt aan welke lichamelijke en geestelijke eisen bestuurders van motorvoertuigen moeten voldoen. De eisen zijn over het algemeen strenger voor bestuurders van vrachtauto's en bussen (rijbewijs C, D, CE en DE, de zogenoemde groep 2-rijbewijzen) dan voor motorrijders, automobilisten en tractorrijders (rijbewijs A, B, BE en T; groep 1-rijbewijzen). Dit volgt uit de Europese rijbewijsrichtlijn (Europees Parlement, 2006).

- De keuringsprocedure kan ook worden gestart als derden een melding doen bij het CBR. Deze melding kan worden gedaan door de politie als op basis van het rijgedrag van een persoon twijfels zijn over de medische rijgeschiktheid van de rijbewijsbezitter, door naasten van de rijbewijsbezitter die ernstige vermoedens hebben van zijn ongeschiktheid of door de behandelend arts als hij ernstige vermoedens heeft van ongeschiktheid van een patiënt die zich ondanks herhaaldelijk aandringen weigert te melden. Er is dan sprake van een vorderings-procedure, tenzij de rijbewijsbezitter alsnog een gezondheidsverklaring indient, na een aansporing daartoe van het CBR in het geval van een melding door naasten of de behandelend arts. Is er geen melding van de rijbewijsbezitter dan moet hij, op basis van de vermoedens van medische ongeschiktheid, verplicht naar een onafhankelijk specialist. Daarnaast zijn er extra kosten aan het onderzoek verbonden (opleggingskosten). De vorderingsprocedure blijft in dit onderzoek verder buiten beschouwing, omdat deze procedure niet alleen het onderzoek naar de medische rijgeschiktheid omvat. De vorderingsprocedure gaat ook over rijden onder invloed van alcohol, drugsgebruik en gevaarlijk rijgedrag, zoals grote overtredingen van de snelheidslimiet en gevaarlijk inhaalgedrag.

3.2 Elementen uit het Nederlandse stelsel

3.2.1 Gezondheidsverklaring

Alle (aanstaande) rijbewijsbezitters moeten bij het eerste rijbewijs, bij elke nieuw behaalde rijbewijscategorie en bij elke medische keuring (zie *Paragraaf 3.2.3*), zelf een verklaring van de lichamelijke en geestelijke gezondheid invullen; de gezondheidsverklaring (voorheen Eigen Verklaring). De gezondheidsverklaring bevat negentien vragen over lichamelijke en geestelijke aandoeningen die relevant zijn voor de verkeersveiligheid, zoals fysieke beperkingen, gezichtsvermogen, epilepsie, diabetes, hart- en vaatziekten, hersenaandoeningen en verslavingen, en over het gebruik van geneesmiddelen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden. Deze gezondheidsverklaring kan online worden ingevuld. Het CBR beoordeelt de inhoud van de gezondheidsverklaring. Als het de gezondheidsverklaring van een (aanstaande) bezitter van rijbewijs A of B betreft en alle vragen zijn met 'nee' beantwoord, dan wordt de beoordeling via een automatisch protocol afgehandeld. In alle andere gevallen beoordeelt een medisch adviseur van het CBR de gezondheidsverklaring en besluit aan de hand daarvan of een verklaring van geschiktheid wordt afgegeven of dat aanvullend onderzoek nodig is (een medische keuring door een arts of specialist en/of een rijtest). In de meeste gevallen is in ieder geval een medische keuring door een arts nodig.

3.2.2 Ogentest

Voorafgaand aan het rijexamen voor een auto- of motorrijbewijs controleert de examinator de gezichtsscherpte van de examenkandidaat; deze moet op ongeveer 25 meter afstand een kenteken lezen. Bij beroepschauffeurs en personen die het rijbewijs op of na hun 75e verjaardag willen verlengen, wordt de gezichtsscherpte bepaald tijdens de verplichte medische keuring.

3.2.3 Medische keuring door een arts en/of specialist

Als de rijbewijsbezitter ouder dan 75 jaar of een beroepschauffeur (rijbewijs C of D) is, dan moet er bij elke verlenging van het rijbewijs ook een keuringsverslag worden opgesteld. Voor een 75-plusser kan elke arts een dergelijk verslag opstellen. Voor een beroepschauffeur mag dat verslag alleen worden opgesteld door een geregistreerd bedrijfsarts of een arts die verbonden is aan een gecertificeerde arbodienst.

- De verplichte medische keuring voor beroepschauffeurs en de leeftijdsgebonden keuring bestaan uit een ogentest (gezichtsscherpte met/zonder hulpmiddel en gezichtsveld), urineonderzoek (bloedsuiker), bloeddrukmeting, lichamelijk onderzoek waarbij gekeken wordt naar de longfunctie (kortademigheid) en eventuele functiebeperkingen van de ledematen en wervelkolom, en melding van eventuele oogaandoeningen, cognitieve stoornissen (uitsluitend bij leeftijdsgebonden keuring; via de OPS-observatiemethode[18]) of psychische aandoeningen. Het resultaat van dit onderzoek wordt vastgelegd in een keuringsverslag of geneeskundige verklaring.

Op basis van de eigen gezondheidsverklaring en het keuringsverslag neemt een medisch adviseur van het CBR een beslissing over de rijgeschiktheid. Bij bepaalde aandoeningen kan de medisch adviseur ook een specialistisch onderzoek verplichtstellen. In veel gevallen volstaat daarvoor een rapport van de behandelend specialist, met daarin feitelijke informatie over de aandoening. Een keuring door een onafhankelijk specialist is dan niet nodig. Bij twijfel over de rijgeschiktheid, kan

18. OPS staat voor de drie gedragsdomeinen die vaak als eerste zijn aangedaan bij beginnende dementie en die met de vragen uit de observatieschaal worden beoordeeld:
    - **O**riëntatie en geheugen;
    - **P**raktische vaardigheden en aandacht;
    - **S**ociaal en persoonlijk functioneren.

de medisch adviseur van het CBR de rijbewijsbezitter ook verwijzen naar een deskundige praktische rijgeschiktheid (DPR) voor een rijtest.

3.2.4 Rijtest

De medisch adviseur van het CBR kan besluiten dat er een rijtest nodig is om de praktische rijgeschiktheid te bepalen. Een dergelijke rijtest is in bepaalde situaties, zoals bij dementie, zelfs voorgeschreven in de *Regeling eisen geschiktheid 2000* (*REG2000*; Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2000). Rijtesten voor het bepalen van de praktische rijgeschiktheid worden vooral uitgevoerd als er sprake is van een aandoening die het zien, denken en/of doen verstoort, zoals bij een gezichtsveldbeperking na een beroerte, bij dementie en bij het ontbreken van ledematen. De rijtest is erop gericht na te gaan of de rijbewijsbezitter ondanks de aandoening in staat is zelfstandig, veilig en verantwoord aan het verkeer deel te nemen. De rijtest wordt afgenomen door een deskundige praktische rijgeschiktheid (DPR) van het CBR. De DPR gebruikt daarbij een protocol dat is afgestemd op de aandoening van de rijbewijsbezitter.

3.3 Aantal beoordelingen in het huidige Nederlandse stelsel

Tabel 3.1 beschrijft het aantal (aanstaande) rijbewijsbezitters dat de medische adviseurs van het CBR jaarlijks beoordelen. Daarbij is uitgegaan van cijfers van het CBR over de instroom in 2018. De tabel maakt onderscheid naar de reden voor de beoordeling, zoals besproken in *Paragraaf 3.1*. In alle gevallen gaat het om rijbewijsbezitters die minimaal een van de vragen van de gezondheidsverklaring met ‘ja’ hebben beantwoord en dus zijn doorverwezen naar een keurend arts of specialist, of voor een rijtest. Gezondheidsverklaringen voor rijbewijs A of B waarvan alle vragen met ‘nee’ zijn beantwoord, worden via een automatisch protocol afgehandeld en vergen geen beoordeling door een medisch adviseur.

Tabel 3.1. Instroom in 2018 voor beoordeling medische rijgeschiktheid, naar type rijbewijsbezitter.

	Aantal te beoordelen rijbewijsbezitters
Gezondheidsverklaring tijdens rijopleiding, exclusief rijbewijscategorieën C, CE, D en DE (groep 2-rijbewijzen)	45.897
Ogentest bij rijexamen	N.v.t.
Medische keuring bij rijexamen beroepschauffeurs (groep 2)	19.219
Morele meldplicht (wijziging medische situatie)	15.090
Medische herkeuring groep 1 (reeds met medische situatie bekend bij CBR)	35.634
Medische herkeuring groep 2	66.910
Leeftijdsgebonden keuring	156.502
Totaal huidige stelsel	339.252

4 Selectie van alternatieve stelsels en instrumenten

Dit hoofdstuk bespreekt welke alternatieve elementen en innovatieve instrumenten in dit onderzoek zijn meegenomen en op welke gronden ze zijn geselecteerd. Aan de basis van de selectie stonden de rapporten over de vergelijking met buitenlandse stelsels voor de beoordeling van de medische rijgeschiktheid (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020c) en de inventarisatie van innovatieve methoden (Doumen & Van Schagen, 2020).

Paragraaf 4.1 bespreekt de elementen van buitenlandse stelsels voor het beoordelen van de rijgeschiktheid en vergelijkt deze met de elementen van het Nederlandse stelsel die in *Hoofdstuk 3* besproken zijn. De belangrijkste vraag daarbij is welke elementen uit het Nederlandse stelsel in het buitenland een andere uitvoering kennen en welke elementen op dit moment geen deel uitmaken van het Nederlandse stelsel, maar op het eerste oog aantrekkelijke alternatieven lijken. Daarnaast komen de innovatieve methoden aan bod die volgens Doumen en Van Schagen (2020) het huidige stelsel zouden kunnen verbeteren door een meer risicogestuurde aanpak of een betere verdeling van de werklast (deel van de taken beleggen bij andere uitvoeringspartijen). Voor elk van deze alternatieven geeft *Paragraaf 4.2* aan of ze 1) passen in een risicogestuurde aanpak en 2) voldoen aan de Europese regelgeving voor het rijbewijs[19]. Op basis van deze afweging komen we in *Paragraaf 4.3* tot de longlist van alternatieven die worden meegenomen in het vervolg van de onderhavige deelstudie.

4.1 Alternatieve elementen en instrumenten

4.1.1 Elementen uit buitenlandse stelsels

Zoals beschreven in *Hoofdstuk 3*, bestaat het Nederlandse stelsel voor de beoordeling van de rijgeschiktheid uit vijf elementen, aangevuld met een morele verplichting voor de rijbewijsbezitter om wijzigingen in zijn medische situatie te melden. De feitelijke beoordeling van de medische geschiktheid op enig moment in de carrière van de rijbewijsbezitter bestaat uit minimaal een en maximaal vijf elementen:

- gezondheidsverklaring;
- ogentest;
- medische keuring door een arts (keurend arts of bedrijfsarts);
- medische keuring door specialist (eigen specialist of aangewezen specialist);
- rijtest praktische rijgeschiktheid.

Tabel 4.1 toont de elementen waaruit de verschillende buitenlandse stelsels zijn opgebouwd. Een vetgedrukte element in de linkerkolom is een element dat niet in die vorm in Nederland wordt toegepast. In de rechterkolom staan de landen die dat betreffende element in hun stelsel hebben opgenomen. Nederland staat daar ook bij en is steeds vetgedrukt. De informatie uit *Tabel 4.1* heeft uitsluitend betrekking op Nederland en de zestien buitenlandse stelsels waarover in de tweede deelstudie informatie is verzameld (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020c). SWOV

19. Derde Europese richtlijn betreffende het rijbewijs: Richtlijn 2006/126/EG

had de beschikking over de gegevens die in die deelstudie zijn verzameld en heeft deze waar nodig aangevuld met informatie die op internet over deze stelsels te vinden was, zoals de inhoud van de gezondheidsverklaringen die rijbewijsbezitters moeten invullen.

Standaardelementen in vrijwel alle stelsels: ogentest en gezondheidsverklaring
Uit *Tabel 4.1* blijkt dat nagenoeg alle stelsels tijdens de rijopleiding of bij de aanvraag van het eerste rijbewijs een gezondheidsverklaring vereisen. In de meeste landen is de gezondheids-verklaring een korte of lange vragenlijst die de (aanstaande) rijbewijsbezitter moet invullen. In België en het Verenigd Koninkrijk is het een verklaring die de rijbewijsbezitter alleen maar moet ondertekenen en in Spanje is het een verklaring van de rijbewijsbezitter dat hij de waarheid heeft gesproken.

Daarnaast is in alle landen een ogentest verplicht. De uitvoering van die ogentest varieert van een controle tijdens het rijexamen (in Nederland op basis van het lezen van een kenteken op 25 meter afstand) tot een ogentest door een opticien of arts, al dan niet als onderdeel van een medische keuring voor de afgifte van het eerste rijbewijs.

In de meeste landen bestaat het stelsel uit zo'n vijf verschillende elementen. Uitzondering zijn Duitsland, Japan en het Verenigd Koninkrijk. In Duitsland geldt voor groep 1-rijbewijzen bij eerste afgifte uitsluitend een ogentest. Daarnaast is er een informatieplicht voor artsen aan hun patiënten en een medische keuring voor beroepschauffeurs (groep 2-rijbewijzen C, CE, D en DE). In Japan is er uitsluitend een medische keuring, die voor groep 1- en groep 2-rijbewijzen gelijk is en bij zowel de eerste aanvraag, als bij elke verlenging wordt afgenomen. In het Verenigd Koninkrijk daarentegen, worden alleen beroepschauffeurs standaard gekeurd. Voor groep 1-rijbewijsbezitters geldt een meldplicht. Alleen in het geval van een (wijziging in de) medische conditie wordt een keuring uitgevoerd.

Hoe vaak wordt de screening via een gezondheidsverklaring uitgevoerd?
In de meeste landen moeten (aanstaande) rijbewijsbezitters alleen tijdens, of aan het eind van de rijopleiding een gezondheidsverklaring invullen of ondertekenen. In Ierland moet bij elke verlenging van het rijbewijs een volledige gezondheidsverklaring worden ingevuld. Quebec (Canada) en Victoria (Australië) herinneren rijbewijsbezitters bij elke vernieuwing van het rijbewijs aan de wettelijke meldplicht. In de meeste landen is een gezondheidsverklaring alleen voldoende als het een groep 1-rijbewijs betreft. Op basis van de ingevulde verklaring kan aanvullend medisch onderzoek nodig zijn. Ook in het geval van een medische (leeftijdsgebonden) keuring kan, net als in Nederland, aanvullend specialistisch onderzoek of een rijtest nodig zijn.

Wat is de leeftijd waarop de leeftijdsgebonden keuring start?
In Portugal begint de leeftijdsgebonden keuring al bij 60 jaar, na een eerste medische keuring bij de eerste aanvraag van het rijbewijs. In Ierland en Finland begint de leeftijdsgebonden keuring bij 70 jaar en in Zwitserland en Quebec, net als in Nederland, bij 75 jaar. In de Canadese staat Ontario start de leeftijdsgebonden keuring het laatst, bij 80 jaar. In Denemarken is de leeftijdsgebonden keuring per 1 juli 2017 afgeschaft. Daar worden groep 1-rijbewijsbezitters nu alleen voorafgaand aan de eerste aanvraag van het rijbewijs gekeurd.

In Estland, Hongarije, Japan en Spanje worden alle rijbewijsbezitters vanaf de eerste aanvraag én bij elke verlenging van het rijbewijs medisch gekeurd. Met het toenemen van de leeftijd wordt de geldigheidsduur van het rijbewijs wel korter: van 10 naar 5 jaar en in Hongarije vanaf 70 jaar uiteindelijk elke twee jaar. In Hongarije begint die kortere geldigheidsduur bij 50 jaar (elke vijf jaar) en in Estland en Spanje bij 65 jaar.

Tabel 4.1. Basiselementen van de beoordeling van de medische rijgeschiktheid in de 17 onderzochte landen of staten. Vetgedrukte elementen in de linkerkolom zijn elementen die geen deel uitmaken van het Nederlandse stelsel.

Element	Landen/staten
Screening	
Gezondheidsverklaring bij aanvraag groep 1-rijbewijzen	België, Denemarken, Estland, Finland, Hongarije, Ierland, **Nederland**, Quebec (CA), Spanje, Verenigd Koninkrijk, Victoria (AU), Zweden, Zwitserland
Periodieke screening groep 1-rijbewijzen	Ierland
Periodieke screening groep 2-rijbewijzen	Victoria (AU), Zweden
Ogentest	België, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Hongarije, Ierland, Japan, **Nederland**, Ontario (CA), Portugal, Quebec (CA), Spanje, Verenigd Koninkrijk, Victoria (AU), Zweden, Zwitserland
Keuring	
Medische keuring van alle rijbewijsbezitters bij 1e aanvraag	Denemarken, Portugal
Periodiek medische keuring (incl. 1e aanvraag)	Estland*, Hongarije, Japan*, Spanje
Leeftijdsgebonden keuring	**Nederland (75+)**, Finland (70+), Ierland (70+), Ontario (CA; 80+), Portugal (60+), Quebec (CA, 75+), Zwitserland (75+)
Medische keuring groep 2-rijbewijzen	België, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Hongarije, Ierland, Japan, **Nederland**, Ontario (CA), Portugal, Quebec (CA), Spanje, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Zwitserland
Meldplicht	
Morele meldplicht rijbewijsbezitter	België, Duitsland, Finland, **Nederland**, Spanje
Wettelijke meldplicht rijbewijsbezitters	Ierland, Hongarije, Quebec (CA), Verenigd Koninkrijk, Victoria (AU)
Herinnering meldplicht rijbewijsbezitters	Quebec (CA), Victoria (AU)
Meldplicht arts	Denemarken, Estland**, Finland, Ontario (CA), Portugal, Zweden
Overig	
Informatieplicht arts	België, Duitsland

* In Japan wordt geen onderscheid gemaakt tussen de medische keuring van groep 1- en groep 2-bewijzen. In beide gevallen is een medische keuring verplicht bij de eerste aanvraag en elke verlenging van het rijbewijs.
** In Estland heeft de arts geen meldplicht, maar moet hij een patiënt met een medische aandoening die de rijgeschiktheid beïnvloed wel verbieden om te rijden door een gezondheidscertificaat af te geven waarin dit staat.

Wie voert de (leeftijdsgebonden) keuring voor groep 1-rijbewijzen uit?
In twaalf van de zeventien landen voert meestal de eigen (huis)arts de (leeftijdsgebonden) keuring voor groep 1-rijbewijsbezitters uit. De voorkeur voor een keuring door een andere keurend arts dan de eigen arts, zoals in Nederland, is dus eerder uitzondering dan regel. Een andere uitzondering is te vinden in Duitsland, Japan en Spanje. Daar worden de keuringen uitgevoerd in speciale onderzoekscentra. Duitsland keurt groep 1-rijbewijsbezitters overigens uitsluitend in situaties die in Nederland onder de vorderingsprocedure vallen: als de politie afwijkend verkeersgedrag constateert of als de medische conditie een rol lijkt te hebben gespeeld bij het ontstaan van een ongeval. In Japan en Spanje worden alle rijbewijsbezitters bij elke verlenging van het rijbewijs medisch gekeurd. In Spanje voeren geprivatiseerde centra die door de overheid zijn geaccrediteerd deze keuringen uit. Rijbewijsbezitters kunnen kiezen naar welk centrum ze gaan. Het Verenigd Koninkrijk ontbreekt in het lijstje omdat groep 1-rijbewijsbezitters daar, net als in Duitsland, niet worden gekeurd als er geen aanwijsbare reden voor is. In het Verenigd Koninkrijk is die reden een melding van de rijbewijsbezitter zelf, op grond van de wettelijke meldplicht. Daarnaast worden rijbewijsbezitters gekeurd die door een eerdere melding reeds medisch bekend waren bij de keuringsinstantie.

Verschillende eisen aan groep 1- en groep 2-rijbewijzen
In alle landen wordt er onderscheid gemaakt in de eisen voor groep 1-rijbewijzen en groep 2-rijbewijzen. De rijgeschiktheidseisen voor de laatste groep rijbewijzen zijn strenger, vanwege de risico's voor derden die het rijden in zware voertuigen en het vervoeren van passagiers met zich meebrengen. Het verschil in eisen komt doordat ook de Europese rijbewijsrichtlijn strengere eisen stelt aan de groep 2-rijbewijzen (Europees Parlement, 2006). Zo gelden er lagere drempelwaarden, zoals een vereiste van een beter gezichtsvermogen, en een kortere administratieve geldigheidsduur (vijf in plaats van tien jaar). Ook landen buiten Europa kennen een dergelijk verschil. Zo moeten bus- en vrachtautochauffeurs in de staat Victoria (Australië) bij elke vernieuwing van het rijbewijs een korte gezondheidsverklaring invullen, terwijl dat voor groep 1-rijbewijzen alleen bij de eerste afgifte van het rijbewijs vereist is. In Canada en Zwitserland gelden ook strengere eisen voor groep 2-rijbewijzen; deze rijbewijsbezitters worden in ieder geval vaker gekeurd dan groep 1-rijbewijsbezitters.

Wat is de frequentie waarmee groep 2-rijbewijsbezitters worden gekeurd?
Volgens de Europese richtlijn voor het rijbewijs (Europees Parlement, 2006) is de administratieve geldigheidsduur van groep 2-rijbewijzen 5 jaar. In Nederland worden bezitters van C, CE, D en DE-rijbewijzen voorafgaand aan de eerste afgifte en bij elke verlenging van het rijbewijs medisch gekeurd door een bedrijfsarts. De meeste andere landen kennen een zelfde procedure. Er zijn echter ook landen waar de medische keuring bij verlenging van het rijbewijs pas op latere leeftijd start. Dat is het geval in Finland, Quebec (Canada), het Verenigd Koninkrijk en Zweden. In alle vier deze landen hoeven groep 2-rijbewijsbezitters pas vanaf hun 45^{e} levensjaar bij elke verlenging van het rijbewijs te worden gekeurd. In de drie Europese landen vervolgens elke 5 jaar, in Quebec eerst na 10 jaar (op 55-jarige leeftijd) en daarna elke 5 jaar. Vanaf 65 jaar neemt de frequentie in Quebec, Finland en het Verenigd Koninkrijk verder toe (elk jaar of elke 2 jaar). In Zweden moeten groep 2-rijbewijsbezitters tussen de eerste aanvraag en hun 45^{e} als alternatief voor de keuring bij elke verlenging wel een gezondheidsverklaring invullen en een bewijs tonen van een goed gezichtsvermogen.

Welke elementen worden in het buitenland toegepast die we in Nederland niet kennen?
Elementen die wel in het stelsel van een of meer andere landen zijn opgenomen en niet in Nederland, zijn (zie *Tabel 4.1*):
- periodieke screening via een gezondheidsverklaring;
- medische keuring van alle rijbewijsbezitters bij de eerste aanvraag van een rijbewijs;
- periodieke medische keuring van alle rijbewijsbezitters;
- wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter in plaats van de morele meldplicht die in Nederland en België geldt;

- herinnering aan de meldplicht bij elke vernieuwing van het rijbewijs;
- meldplicht voor de eigen arts;
- informatieplicht voor de eigen arts.

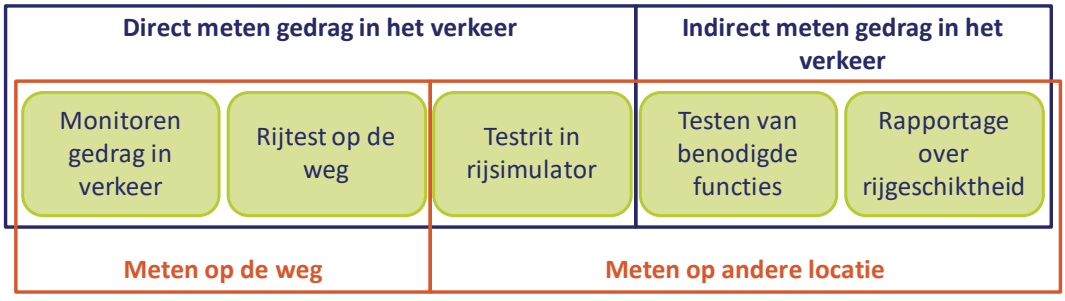
De periodieke screening, de periodieke medische keuring, de wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters en de wettelijke meldplicht voor de eigen arts zijn het meest gebruikt. Deze elementen worden zowel solitair toegepast, zoals de wettelijke meldplicht voor artsen in Zweden en de wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters in het Verenigd Koninkrijk, als in combinatie met een periodieke screening, periodieke keuring of leeftijdsgebonden keuring. Het niet opvolgen van de wettelijke meldplicht heeft in de meeste landen geen consequenties voor rijbewijsbezitters en artsen, behalve in Ierland, Quebec en het Verenigd Koninkrijk. In die landen leidt het bewust niet melden van een ziekte of aandoening die de rijgeschiktheid beïnvloedt tot een boete en/of strafrechtelijke vervolging.

4.1.2 Innovatieve elementen

In de toekomst kan het stelsel wellicht ook risicogestuurder en efficiënter worden met de inzet van innovatieve instrumenten. Met 'innovatief' bedoelen we dat een methode nog niet met dit doel wordt toegepast en mogelijk ook nog niet volledig is uitgekristalliseerd, maar wel kansrijk is voor een risicogestuurd beoordelingssysteem van de medische rijgeschiktheid. Doumen en Van Schagen (2020) zijn via een literatuurstudie nagegaan welke instrumenten daarvoor in ontwikkeling zijn, wat er bekend is over de validiteit van deze instrumenten voor het bepalen van de medische rijgeschiktheid, op welke termijn ze inzetbaar zijn en wat de kosten zijn (in geld en tijd). Ze hebben met name gekeken naar instrumenten die zijn in te zetten voor de screening van potentieel minder rijgeschikte bestuurders. Rijbewijsbezitters die uit deze screening naar voren komen, kunnen vervolgens in een tweede fase medisch worden beoordeeld met de instrumenten die daar ook nu voor worden gebruikt, zoals een medische keuring.

De screening kan plaatsvinden op basis van het gedrag in het verkeer, of via de cognitieve, visuele en motorische functies die nodig zijn voor veilig verkeersgedrag en samenhangen met de medische rijgeschiktheid. Daarbinnen zijn de screeningsmethoden in te delen naar de wijze waarop het verkeersgedrag of de daarvoor benodigde functies worden gemeten. Dit is schematisch weergegeven in *Afbeelding 4.1*.

Afbeelding 4.1 Schematisch overzicht van het onderzoek naar mogelijke instrumenten (Bron: Doumen & Van Schagen, 2020)



Monitoren van gedrag in het verkeer

Het monitoren van dagelijks verkeersgedrag is de meest directe manier om iets te zeggen over iemands rijgeschiktheid. Het is echter niet eenvoudig om de rijgeschiktheid af te leiden uit het rijgedrag, het kijkgedrag en de fysiologische maten die iets zeggen over de cognitieve taakbelasting. Het rijgedag kan doorlopend worden vastgelegd door een plug-in datalogger of een in-carsysteem. Voordat deze methoden inzetbaar zijn als screeningsinstrument, moet echter eerst worden onderzocht wat valide maten en bijbehorende grenswaarden zijn als indicator voor veilig rijgedrag. Vervolgens moeten alle voertuigen van de benodigde soft- en hardware worden voorzien. Dit betekent dat deze methode pas op de langere termijn beschikbaar is.

Rijtest op de weg of in een rijsimulator
Periodieke screening van het rijgedrag kan ook worden uitgevoerd met een rijtest op de weg of in een rijsimulator. Een rijtest op de weg als screeningsinstrument is echter een minder logische keuze omdat het arbeidsintensief is, terwijl de procedure juist efficiënter moet worden. Een rijtest is wel een valide instrument in de uiteindelijke keuring en wordt ook als zodanig ingezet (zie *Paragraaf 3.2.4*). De rijtest kan ook in een rijsimulator plaatsvinden, al heeft dit als nadeel dat sommige mensen misselijk worden in een rijsimulator. Dit heeft geen relatie met de rijgeschiktheid, maar belemmert voor sommige bestuurders wel de screening. Na de ontwikkeling van correcte testritten en variabelen met grenswaarden voor de medische rijgeschiktheid, is de methode op middellange termijn beschikbaar.

Testen van benodigde functies
Er zijn diverse computergestuurde testen die indirect iets kunnen zeggen over bepaalde aspecten van de rijgeschiktheid. Om de inzichten te verbreden, worden deze testen vaak aangevuld met andere testen tot een 'testbatterij'. Daarbij moeten alle verschillende domeinen van vaardigheden die nodig zijn om veilig auto te rijden aan de orde komen. Een voorbeeld van een dergelijke testbatterij is de gevaarherkenningstest in combinatie met de Roadwise Review, waarmee ook cognitieve, visuele en motorische aspecten worden getest. Een dergelijke test zal aangepast en gevalideerd moeten worden voor de Nederlandse situatie. Daarnaast moet onderzocht worden hoe deze test het beste afgenomen kan worden en waar.

Rapportage over rijgeschiktheid
Zelfrapportage door de bestuurder, of een naaste een zelfscreeningvragenlijst laten invullen, is geen reële optie voor de beoordeling van de rijgeschiktheid. Zelfscreeningvragenlijsten kunnen wel een rol spelen bij de bewustwording van de eigen rijgeschiktheid. In een stelsel waarbij er een meldplicht voor bestuurders geldt, kan dit de bestuurder helpen om zelf de verantwoordelijkheid te nemen om te stoppen met rijden of contact op te nemen met het CBR.

4.2 Conform Europese regelgeving en risicogestuurde aanpak?

4.2.1 Conform Europese regelgeving
De Europese rijbewijsrichtlijn (Europees Parlement, 2006) stelt onder andere eisen aan de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van bestuurders van motorvoertuigen en aan de geldigheidsduur van de rijbewijzen. Lidstaten kunnen daar alleen van afwijken als de in de lidstaat gestelde eisen strenger zijn. Alternatieven voor het huidige stelsel moeten dus ten minste voldoen aan de Europese rijbewijsrichtlijn. Die richtlijn stelt dat aanvragers van een groep 1-rijbewijs een medisch onderzoek moeten ondergaan als bij het 'vervullen van de formaliteiten' of tijdens het afleggen van het examen blijkt dat ze niet voldoen aan de in de richtlijn gestelde minimale eisen voor de lichamelijke en geestelijke gesteldheid voor die rijbewijscategorie. Het vervullen van de formaliteiten is een ruim begrip. Het invullen of ondertekenen van een gezondheidsverklaring voorafgaand aan, of bij afgifte van, het rijbewijs is al voldoende. Zolang een dergelijke verklaring deel uitmaakt van het Nederlandse stelsel, voldoet het aan de Europese richtlijn. Als uit de verklaring of uit het afgelegde rijexamen blijkt dat er sprake is van een ziekte of medische aandoening die de rijgeschiktheid beïnvloed, dan is een medisch onderzoek verplicht. Voor de *verlenging* van groep 1-rijbewijzen vereist de Europese rijbewijsrichtlijn volgens artikel 7 geen onderzoek naar de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de rijbewijsbezitter. Het staat lidstaten echter wel vrij om dergelijk onderzoek te verplichten. Bovenstaande betekent dat een vorm van een gezondheidsverklaring voor groep 1-rijbewijzen het minimum is, aangevuld met een medisch onderzoek als de medische conditie daar aanleiding toe geeft. Alle alternatieven uit de voorgaande paragrafen kunnen in aanvulling daarop dus als alternatief dienen voor het Nederlandse stelsel.

Aanvragers van een groep 2-rijbewijs moeten volgens de Europese rijbewijsrichtlijn minimaal een medisch onderzoek ondergaan voor de eerste afgifte van het rijbewijs. Deze rijbewijzen hebben een administratieve geldigheid van 5 jaar. Voorwaarde voor het kunnen verlengen van het groep 2-rijbewijs is de vaststelling 'dat nog steeds voldaan is aan de minimumnormen inzake lichamelijke en geestelijke geschiktheid'. Over het medisch onderzoek voor die verlenging wordt in bijlage III van de richtlijn gesteld dat 'bestuurders bij elke verlenging van het rijbewijs getest [worden] volgens het nationale systeem van de lidstaat van normaal verblijf'. Aan de manier waarop dit wordt getest, zijn geen eisen gesteld. Kennelijk biedt dit ruimte voor (voormalig) lidstaten als Finland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden om pas vanaf het 45e levensjaar een medische keuring als voorwaarde voor verlenging van het groep 2-rijbewijs te hanteren. In Zweden wordt tussen de eerste aanvraag en het 45e levensjaar volstaan met het invullen van een gezondheids-verklaring en het tonen van een bewijs van voldoende gezichtsvermogen.

4.2.2 Instrumenten passend binnen een risicogestuurde aanpak

Een risicogestuurde aanpak houdt in dat maatregelen worden getroffen daar waar volgens algemene (wetenschappelijke) inzichten verwacht wordt dat de risico's het grootst zijn. Bij de medische rijgeschiktheid gaat het dan om ziekten en aandoeningen waarvan bekend is dat ze de kans op ongevalsbetrokkenheid vergroten. Bijlage III van de derde Europese rijbewijsrichtlijn en de *REG2000* beschrijven de minimumnormen voor lichamelijke en geestelijke geschiktheid. Deze normen worden regelmatig aangepast op basis van nieuwe inzichten uit wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast zijn er strengere eisen voor bestuurders van voertuigen die vanwege hun massa en/of het vervoeren van passagiers anderen blootstellen aan risico's. Daarmee is dus sprake van een risicogestuurd stelsel.

Voor een verdere verbetering van de risicogestuurde aanpak is het van belang dat het stelsel:

- zich uitsluitend richt op rijbewijsbezitters die een grote kans hebben op ziekten en aandoeningen die de kans op ongevalsbetrokkenheid vergroten; en
- instrumenten gebruikt die in staat zijn om alleen die rijbewijsbezitters te selecteren waarvan de medische conditie dusdanig is, dat er sprake is van een onaanvaardbaar hoog risico.

Voor de beschrijving van het huidige stelsel hebben Keijser, Venhuizen en Van Rosmalen (2020b) gesproken met beleidsmedewerkers en uitvoeringspartijen van het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, CBR, RDW en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Daaruit kwam naar voren dat het huidige stelsel op drie punten in ieder geval niet erg risicogestuurd is:

1. Tussen het behalen van het rijbewijs en de 75 jaar ligt de (morele) verantwoordelijkheid voor het melden van een gewijzigde medische conditie bij de rijbewijsbezitter (morele meldplicht).
2. Door de verkorting van de administratieve geldigheidsduur van groep 2-rijbewijzen moeten beroepschauffeurs sinds 2013 elke 5 jaar worden gekeurd in plaats van elke 10 jaar. Deze frequentie lijkt onnodig voor jonge chauffeurs.
3. De indruk bestaat dat er grote verschillen zijn in de mate waarin huisartsen en specialisten aandacht besteden aan de invloed van een medische aandoening op de rijgeschiktheid. Dit is te verklaren vanuit de professionele vrijheid die deze beroepsgroep geniet. Een proactievere rol van artsen zou de risicogestuurdheid van het stelsel echter ten goede komen. De eigen arts heeft immers een beter beeld van de medische conditie van zijn patiënten dan een onafhankelijk keurend arts.

Het eerste punt kan mogelijk worden verbeterd door in navolging van andere landen een periodieke screening in te voeren via een gezondheidsverklaring of medische keuring of door innovatieve screeningsmethoden in te zetten zoals de continue screening op basis van het rijgedrag. Daarbij is het echter wel van belang dat de juiste drempelwaarden worden gehanteerd, zodat rijbewijsbezitters niet ten onrechte worden goedgekeurd of ongeschikt worden verklaard.

Daarnaast kan een wettelijke, in plaats van morele, meldplicht voor rijbewijsbezitters wellicht de urgentie vergroten om zich te melden. Voorwaarde daarbij is dat de rijbewijsbezitter weet dat hij

een ziekte of aandoening heeft die van invloed kan zijn op de rijgeschiktheid. Een informatieplicht voor de eigen arts, zoals in België en Duitsland van kracht is, kan daarbij uitkomst bieden. Daarmee krijgt ook de eigen arts een proactievere rol, conform het derde aandachtspunt uit de bovenstaande lijst. Die rol kan nog verder worden vergroot door de invoering van een wettelijke meldplicht voor de eigen arts.

De risicogestuurdheid van de medische keuring van beroepschauffeurs kan mogelijk worden verbeterd door net als enkele andere Europese landen pas vanaf het 45e levensjaar een medische keuring verplicht te stellen voor de verlenging van het rijbewijs. In de periode tussen de eerste aanvraag en het 45e levensjaar kan dan – in navolging van Zweden – worden volstaan met het invullen van een gezondheidsverklaring en het tonen van een bewijs van voldoende gezichtsvermogen.

4.3 Selectie van elementen voor nadere analyse

In overleg met AEF en het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat is besloten de onderstaande elementen voor te leggen in het draagvlakonderzoek en mee te nemen in de evaluatie van alternatieven. Deze elementen voldoen allemaal aan de eisen van de Europese regelgeving en in verschillende mate aan de eisen van een risicogestuurde aanpak. De volgende hoofdstukken gaan na wat de verwachte kosten (*Hoofdstuk 5*) en baten (*Hoofdstuk 6*) van deze alternatieve elementen zijn en wat het draagvlak voor toepassing is (*Hoofdstuk 7*).

De onderstaande alternatieven hebben vooral betrekking op de keuring en screening van rijbewijs 1-bezitters, omdat de Europese rijbewijsrichtlijn daar de meeste ruimte biedt. Een uitgebreide omschrijving van de elementen staat in *Bijlage A*.

Alternatieven die in het vervolg van dit rapport zijn geëvalueerd

1. Behoud van het huidige stelsel.
2. Afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring.
3. Periodieke screening bij de eerste aanvraag en elke verlenging van het rijbewijs via (a) een gezondheidsverklaring of (b) een medische keuring[20].
4. Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via een rijtest (a) in een rijsimulator of (b) op de openbare weg, al dan niet in combinatie met psychologische testen.
5. Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via psychologische, motorische en visuele testen.
6. Continue screening van alle rijbewijsbezitters op basis van het dagelijks rijgedrag met een datalogger of een in-carsysteem.
7. Wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter, al dan niet met een sanctie op het bewust niet melden van een relevante wijziging in de medische conditie.
8. Wettelijke meldplicht voor de eigen (huis)arts.
9. Eigen huisarts voert de medische keuring uit in plaats van een onafhankelijke keurend arts, maar het CBR beslist nog steeds over de rijgeschiktheid.
10. Speciaal aangewezen keuringsartsen voeren medische keuring uit en beslissen over de rijgeschiktheid.

20. De volgorde van deze twee varianten is in het draagvlakonderzoek andersom bevraagd.

5 Kosten, impact en implementatie

Dit hoofdstuk brengt de kosten van het huidige stelsel en van alternatieve elementen en instrumenten in beeld. Het gaat om de implementatie- en uitvoeringskosten voor rijbewijsbezitters en/of betrokken organisaties. De kosten zijn zo veel mogelijk gekwantificeerd. Met name voor sommige nieuwe elementen is de beschikbaarheid van gegevens over instroom en kosten echter beperkt en aanvullende dataverzameling was zeer beperkt mogelijk. In die gevallen zijn de kosten kwalitatief beschreven in vergelijking tot de kosten van het huidige stelsel.

Allereerst bespreekt *Paragraaf 5.1* de kosten van het huidige stelsel. Vervolgens brengt *Paragraaf 5.2* de (extra) kosten, of kostenbesparing, van alternatieve elementen in beeld en de kosten voor de implementatie van deze alternatieven. In *Paragraaf 5.3* worden deze kosten afgezet tegen de kosten van het huidige stelsel en wordt een indruk gegeven van de duur van het implementatietraject. De doorlooptijd die nodig is voor de uitvoering van verschillende elementen en een eventuele opeenvolging van elementen is niet meegenomen, omdat deze per rijbewijsbezitter verschilt.

5.1 Kosten van elementen uit het huidige stelsel

Zoals in *Hoofdstuk 3* besproken, bestaat het huidige stelsel uit minimaal een en maximaal vijf elementen:

- gezondheidsverklaring;
- ogentest;
- medische keuring door een arts (keurend arts of bedrijfsarts);
- medische keuring door specialist (eigen specialist of aangewezen specialist);
- rijtest praktische rijgeschiktheid.

Daarnaast geldt voor alle rijbewijsbezitters, met uitzondering van degenen die uitsluitend het AM-rijbewijs hebben, dat zij een morele plicht hebben om vermoedens van ongeschiktheid door bijvoorbeeld chronische ziekten te melden. De wegenverkeerswet stelt namelijk dat een verkeersdeelnemer zichzelf en anderen niet in gevaar mag brengen. In de volgende paragrafen beschrijven we de kosten van elk van de bovengenoemde elementen, uitgaande van de instroomcijfers van het CBR voor 2018 (zie *Paragraaf 2.3.1* voor een verantwoording van de gehanteerde methode). De kosten worden samengevat in *Tabel 5.1* (zie *Paragraaf 5.1.8*).

5.1.1 Gezondheidsverklaring voor nieuwe rijbewijzen

In de huidige situatie moeten alle aanstaande rijbewijsbezitters zelf een online gezondheidsverklaring invullen. De kosten voor de medische beoordeling door het CBR zijn gemiddeld € 53.[21] Dit betreft kosten van beoordeling van de rijgeschiktheid en adviezen over bijvoorbeeld aanpassingen aan de te gebruiken auto of motor en overheadkosten. Het CBR brengt € 37,80 in

21. Berekend op basis van AEF (2020). De totale kosten van 684.000 gezondheidsverklaringen in 2018 bedragen € 3,6 miljoen.

rekening aan de nieuwe rijbewijsbezitter. Dit bedrag is inclusief een eventuele rijtest (zie *Paragraaf 5.1.7*). Uitgaande van 286.803 nieuwe rijbewijzen in 2018 (bron: CBS Statline, exclusief AM-rijbewijzen) bedragen de totale jaarlijkse kosten circa € 15 miljoen.

5.1.2 Ogentest

Aan de ogentest zijn geen kosten verbonden, omdat de examinator voorafgaand aan het rijexamen de gezichtsscherpte van de aanstaand rijbewijsbezitter controleert, wat nauwelijks extra tijd kost. Bij beroepschauffeurs en personen die het rijbewijs op of na hun 75e verjaardag willen verlengen, is een ogentest onderdeel van de verplichte medische keuring.

5.1.3 Morele meldplicht

In 2018 meldden zich 15.090 rijbewijsbezitters die tussentijds[22], uit eigen beweging of op aandringen van een arts of naasten, een gezondheidsverklaring hebben ingevuld. De kosten per gezondheidsverklaring bedragen € 53 per persoon. Daarnaast zijn er kosten voor medische keuringen en onderzoek door een specialist. Gemiddeld zijn er in deze gevallen 2,1 doorverwijzingen per persoon (bron: persoonlijke communicatie met CBR). Het is echter niet bekend of het gaat om doorwijzingen naar een keuringsarts of specialist en/of om een rijtest, waardoor de kosten niet goed geraamd kunnen worden. De kosten van rijtesten zijn wel bekend (zie hieronder), maar niet welk deel daarvan gerelateerd is aan de morele meldplicht.

5.1.4 Keuring groep 2-rijbewijzen (bij eerste rijbewijs en periodiek)

Een keuring door een bedrijfsarts kost circa € 70.[23] Daarnaast vullen beroepschauffeurs een gezondheidsverklaring in, zodat de totale kosten € 123 zijn. Dit zijn de minimale kosten, omdat aanvullend onderzoek door een specialist nodig kan zijn, waarvoor het basistarief € 107,65 is[24]. De totale kosten van medische keuringen van beroepschauffeurs bedragen dan minimaal circa € 10 miljoen, waarvan ongeveer € 1,5 miljoen voor keuringen voor nieuwe rijbewijzen (19.219 stuks) en ruim € 8 miljoen voor herkeuringen (66.910 stuks; uitgaande van de cijfers in *Tabel 3.1*). In het eerste bedrag (€ 1,5 miljoen) zijn de kosten van een gezondheidsverklaring niet meegenomen, omdat deze al bij de kosten van een gezondheidsverklaring van alle beginnende bestuurders zijn meegenomen.

5.1.5 Leeftijdsgebonden keuring van 75-plussers

De kosten van een keuring van 75-plussers bestaan uit het invullen van een gezondheidsverklaring en een keuring door een reguliere arts. Deze keuring kost circa € 50 en de totale kosten, inclusief gezondheidsverklaring, zijn circa € 103. Evenals bij beroepschauffeurs kunnen daar nog kosten voor onderzoek door een specialist en een rijtest bij komen. De totale kosten van leeftijdsgebonden keuringen bedragen ongeveer € 16 miljoen, uitgaande van 156.502 leeftijdsgebonden keuringen (zie *Tabel 3.1*).

5.1.6 Medische keuring overige rijbewijsbezitters en nieuwe rijbewijsbezitters

Andere medische keuringen betreffen nieuwe rijbewijsbezitters die niet alle vragen op de gezondheidsverklaring met ‘nee’ kunnen beantwoorden en rijbewijsbezitters die periodiek gekeurd worden vanwege ziekten of aandoeningen. Het gaat om 45.897 nieuwe rijbewijsbezitters en 35.634 overige keuringen (zie *Tabel 3.1*). Uitgaande van € 50 per keuring en € 53 voor een gezondheidsverklaring, zijn de totale kosten € 7 miljoen, waarvan € 3,7 miljoen voor overige rijbewijsbezitters en € 2,3 miljoen voor nieuwe rijbewijsbezitters. In het laatste bedrag zijn de kosten van een gezondheidsverklaring niet meegenomen omdat deze al bij de kosten van een

22. Niet samenhangend met een nieuwe rijbewijscategorie of een verplichte medische keuring.
23. Zie bijvoorbeeld https://rijbewijskeuringsarts.nl/tarieven.html.
24. Bij deze periodieke keuringen zijn er gemiddeld 1,3 keuringen per rijbewijsbezitter. Naar verwachtingen zijn dat in alle gevallen keuringen door een bedrijfsarts, en bij 30% een aanvullend onderzoek door een of meer specialisten. Een deel zou ook doorgestuurd kunnen zijn voor een rijtest, maar dit is bij beroepschauffeurs niet waarschijnlijk.

gezondheidsverklaring van alle nieuwe rijbewijsbezitters zijn meegenomen. Ook zijn kosten van een eventueel onderzoek door een specialist niet meegenomen.

5.1.7 Rijtest

Een rijtest voor het CBR kost € 326 per test (bron: persoonlijke communicatie met CBR). Het aantal rijtesten in 2018 was 18.200[25], zodat de totale kosten ongeveer € 6 miljoen zijn. Dit is exclusief de kosten van het gebruik van een eigen auto voor de rijtest of het eventuele gebruik van een lesauto.

5.1.8 Totale kosten van het huidige stelsel

Tabel 5.1 vat de kosten van alle elementen samen. De totale kosten van het huidige stelsel bedragen minimaal ongeveer € 54 miljoen, waarbij kosten van onderzoeken door specialisten niet zijn meegenomen.

Tabel 5.1. Kosten per persoon (€, 2020), aantal personen (2018) en totale kosten (miljoen €) van het huidige stelsel.

Element	Kosten per persoon (€)*	Aantal	Totale kosten (mln €)
Gezondheidsverklaring eerste afgifte rijbewijs	53	286.803	15,2
Medische keuring eerste afgifte groep 1-rijbewijs (A, B, BE, T)	50	45.897	2,3
Medische keuring bij eerste afgifte groep 2-rijbewijs (C, CE, D, DE)	70	19.219	1,4
Medische herkeuring beroepschauffeurs	123	66.910	8,2
Morele meldplicht	53	15.090	0,8
Medische keuring rijbewijsbezitters met verminderde gezondheid	103	35.634	3,7
Leeftijdsgebonden keuring	103	156.502	16,1
Rijtesten	326 per test	18.200	5,9
Totaal			53,6

* Exclusief kosten van eventuele onderzoeken door een medisch specialist

5.2 Kosten van alternatieve elementen en instrumenten

De kosten van de alternatieve elementen uit *Paragraaf 4.3* kunnen hoger of lager zijn dan een vergelijkbaar element uit het huidige stelsel, afhankelijk van de wijze waarop de rijgeschiktheid wordt beoordeeld, de frequentie van de beoordelingen en de omvang van de doelgroep. De volgende paragrafen brengen de jaarlijkse kosten per alternatief in beeld, evenals de kosten voor de implementatie. *Paragraaf 5.3* vat deze kosten samen en vergelijkt ze met de kosten van het huidige stelsel.

5.2.1 Afschaffen leeftijdsgebonden keuring

Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring levert een kostenbesparing op omdat 75-plussers niet meer automatisch gekeurd worden. De kosten van leeftijdsgebonden keuringen van ongeveer € 16 miljoen vallen daardoor grotendeels weg. Een deel van de 75-plussers zal wel worden gekeurd vanwege morele meldplicht of omdat zij vanwege ziekten of aandoeningen

25. De kosten van een rijtest zijn door het CBR berekend op basis van 18.200 unieke klanten. Volgens het Jaarverslag 2018 werden in 2018 echter 22.440 rijtesten afgenomen bij een bestuurder met functiebeperkingen.

reeds medisch bekend zijn bij het CBR, maar het is niet bekend om hoeveel rijbewijsbezitters het zal gaan. De implementatiekosten bestaan uitsluitend uit kosten voor besluitvorming en wetgeving.

5.2.2 Periodieke screening bij verlenging van het rijbewijs via gezondheidsverklaring of medische keuring

De periodieke screening van alle rijbewijsbezitters bestaat uit het invullen van een gezondheidsverklaring door de rijbewijsbezitter of een medische keuring door een arts. Dit leidt tot extra kosten voor gezondheidsverklaringen en daaraan verbonden activiteiten (medische beoordeling), het uitvoeren van medische keuringen en eventueel een rijtest. Er waren in Nederland circa 10,4 miljoen bezitters van rijbewijs-B of BE in 2018 in de leeftijd tot 75 jaar (bron: CBS Statline). Uitgaande van een geldigheid van het rijbewijs van 10 jaar, betekent dit dat in deze variant jaarlijks ongeveer 1 miljoen rijbewijsbezitters een gezondheidsverklaring invullen of medisch gekeurd worden. Uitgangspunt hierbij is dat de gezondheidsverklaring of keuring ook geldt voor verlenging van andere rijbewijzen van dezelfde persoon, en dat de leeftijdsgebonden keuring en keuring van beroepschauffeur niet wijzigt.

De jaarlijkse uitvoeringskosten zijn ongeveer € 63 miljoen als het gaat om screening via gezondheidsverklaringen, uitgaande van de € 53 per gezondheidsverklaring en gemiddeld € 9 per rijbewijsbezitter voor een rijtest[26]. Bij keuringen zijn de totale kosten ongeveer € 115 miljoen, uitgaande van € 111 per keuring (inclusief gezondheidsverklaring en rijtest). Deze bedragen zijn exclusief eventueel onderzoek door een specialist.

Naast deze uitvoeringskosten zijn er implementatiekosten voor het werven en opleiden van extra personeel voor het verwerken van gezondheidsverklaringen en het uitvoeren van keuringen, medisch adviseurs voor het beoordelen van de medische rijgeschiktheid en DPR's voor het afnemen van rijtesten. Over de omvang van deze implementatie zijn geen gegevens beschikbaar. Daarnaast zijn er, net als voor alle andere varianten, kosten voor besluitvorming en wetgeving.

Tegenover de extra jaarlijkse uitvoeringskosten staat dat minder rijbewijsbezitters zich vrijwillig zullen hoeven te melden (morele meldplicht) omdat de gewijzigde medische situatie al via de periodieke gezondheidsverklaring of medische keuring naar voren komt. Het kan echter wel voorkomen dat de wijziging in de medische situatie zich halverwege de looptijd van het rijbewijs voordoet en een rijbewijsbezitter zich alsnog zelf meldt. Gezien het relatief geringe aantal rijbewijsbezitters dat zich vrijwillig meldt (15.090 in 2018), heeft dit echter nauwelijks effect op de kosten. Rijbewijsbezitters die vanwege ziekten en aandoeningen bekend zijn bij het CBR (en RDW), moeten nu ook al bij elke vernieuwing van het rijbewijs worden gekeurd. Voor hen verandert er dus niets.

5.2.3 Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via rijtest

De periodieke screening bestaat uit een rijtest in een rijsimulator of op de openbare weg, eventueel in combinatie met psychologische testen. De kosten van een rijtest van het CBR op de openbare weg bedragen momenteel € 326 per test (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020b), maar zijn mogelijk lager als rijtesten in deze variant op grotere schaal worden afgenomen. Ter vergelijking: de kosten van een praktijk-rijexamen liggen rond € 250 (kosten van het CBR en de rijschool). Uitgaande van ongeveer 1 miljoen verlengingen van rijbewijs B en BE per jaar (zie *Paragraaf 5.2.2*) bedragen de kosten dan ongeveer € 260 tot € 340 miljoen per jaar. Er zijn geen schattingen bekend van de kosten van een rijtest in een rijsimulator. Naar verwachting liggen de kosten in dezelfde orde van grootte, omdat de kosten vooral bestaan uit arbeids- en overheadkosten en de benodigde tijd niet veel verschilt. Bij beide opties zijn er mogelijk kostenbesparingen

26. De totale kosten van rijtesten bedroegen in 2018 € 5,9 miljoen en het aantal gezondheidsverklaringen 684.000 (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020b). De gemiddelde kosten van een rijtest bedragen dan € 9 per persoon.

door minder vrijwillige meldingen. Die besparingen zijn echter zeer beperkt, aangezien de huidige uitvoeringskosten van vrijwillige meldingen (€ 0,8 miljoen) in het niet vallen bij de kosten voor periodieke keuringen met rijtesten of rijsimulatoren (€260-340 miljoen).

De kosten voor het implementatietraject bestaan vooral uit kosten voor de ontwikkeling en validatie van een rijtest voor algemene screening (inclusief drempelwaarden), het werven en opleiden van personeel dat de rijtesten afneemt, het opzetten van een organisatie voor de screening (bijvoorbeeld het inrichten van voldoende testlocaties) en het werven en opleiden van extra medisch adviseurs voor het beoordelen van de medische rijgeschiktheid. De omvang van deze kosten is niet bekend, maar is naar verwachting hoger dan bij screening via een gezondheidsverklaring of keuring.

5.2.4 Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via psychologische, motorische en visuele testen

De kosten van periodieke screening via psychologische, motorische en visuele testen hangen onder meer af van hoe uitgebreid wordt getest en welke testen worden gebruikt. Schattingen van de uitvoeringskosten zijn niet beschikbaar, maar de kosten liggen mogelijk in dezelfde orde van grootte als het afnemen van een theorie-examen bij het CBR (wanneer de testen zelfstandig en dus zonder begeleiding kunnen worden uitgevoerd) of een rijexamen (wanneer begeleiding bij de testen nodig is). Deze kosten bedragen € 34,50 respectievelijk € 112,75 (kosten CBR) in 2020. De totale jaarlijkse kosten zijn dan in de orde van grootte van € 40 miljoen tot € 120 miljoen. Net als bij de vorige varianten zijn er mogelijk kostenbesparingen door minder vrijwillige meldingen, maar ook hier zal de besparing zeer gering zijn vanwege de veel hogere kosten van de periodieke screening.

Voor het implementatietraject zijn er vooral kosten verbonden aan de ontwikkeling en validatie van de testen (inclusief het bepalen van drempelwaarden) en de organisatie van de screening. Mogelijk kunnen huidige locaties voor het afnemen van theorie-examens worden gebruikt, maar het aantal locaties en/of de capaciteit van de huidige locaties zal waarschijnlijk uitgebreid moeten worden.

5.2.5 Continue screening van alle rijbewijsbezitters op basis van rijgedrag

Dataloggers of in-carsystemen screenen continu het rijgedrag. De implementatie van een dergelijk systeem betekent eenmalige kosten voor het aanbrengen ervan in het bestaande wagenpark en jaarlijkse kosten voor nieuwe auto's. De kosten hangen af van welk systeem gebruikt wordt voor de screening. Dataloggers, waarmee ouders bijvoorbeeld het rijgedrag van hun kind kunnen monitoren, worden aangeboden vanaf ongeveer € 250,- (exclusief btw), inclusief een abonnement voor het inzien van data. Uitgaande van 8,4 miljoen personenauto's in 2018 (bron: CBS Statline) zijn de eenmalige implementatiekosten voor de hardware dan mimimaal ongeveer € 2 miljard. De jaarlijkse uitvoeringskosten bedragen ruim € 100 miljoen, uitgaande van het aantal nieuwe personenauto's in 2018 (443.812; RAI/BOVAG, 2019). Wanneer een systeem wordt gebruikt dat (in de toekomst) standaard in auto's is geïnstalleerd, kunnen de kosten beperkter zijn. Daarnaast zijn er jaarlijkse uitvoeringskosten verbonden aan het verzamelen, analyseren en verwerken van de gegevens. Net als in de andere varianten zijn er mogelijk kostenbesparingen door minder vrijwillige meldingen, maar die zijn gering.

De implementatiekosten bestaan uit de kosten voor aanpassen van het bestaande wagenpark (minimaal € 2 miljard), de kosten voor de ontwikkeling en validatie van software (inclusief het bepalen van drempelwaarden) en eventueel hardware, en het opzetten van een organisatie voor de screening. Verder zijn de kosten van besluitvorming en wetgeving in deze variant relatief hoog vanwege de privacy van gegevens over rijgedrag.

Voor de vergelijking met de andere varianten is in de berekening uitgegaan van personenauto's. Het is echter ook te overwegen deze variant voor alle gemotoriseerde voertuigen in te voeren, dus ook voor motoren, bussen en vrachtauto's. Anderzijds kan de variant ook worden beperkt tot bussen en vrachtauto's, als alternatief voor de medische keuring van beroepschauffeurs. In het eerste geval zullen de kosten voor implementatie (iets) hoger liggen (€ 2,5 miljard), in het tweede geval fors lager (€ 0,3 miljard).

5.2.6 Meldplicht rijbewijsbezitter

Rijbewijsbezitters zijn niet alleen moreel, maar ook *wettelijk* verplicht om relevante wijzingen in hun gezondheid te melden. De uitvoeringskosten bestaan uit een gezondheidsverklaring en eventueel een keuring, onderzoek door een medisch specialist en/of een rijtest. Het aantal meldingen is op voorhand moeilijk te schatten. Om een indicatie te geven: in Quebec (Canada), waar een wettelijke meldplicht al van kracht is, in combinatie met een leeftijdsgebonden keuring vanaf 75 jaar, is het jaarlijkse aantal meldingen 0,23% van het aantal rijbewijsbewijsbezitters (bron: persoonlijke communicatie voor deelonderzoek 2). Bij dit percentage zou het in Nederland gaan om ongeveer 25.500 meldingen (0,23% van 11,1 miljoen rijbewijs B-bezitters in 2018), dat wil zeggen 10.000 meer dan bij alleen een *morele* meldplicht (15.901 in 2018). De totale extra kosten van gezondheidsverklaringen bedragen dan ongeveer € 0,6 miljoen (€ 61 per stuk, inclusief rijtest). De werkelijke kosten zijn waarschijnlijk hoger vanwege doorverwijzingen naar een keuringsarts of specialist. De implementatiekosten bestaan uitsluitend uit kosten voor besluitvorming en wetgeving, ervan uitgaande dat een jaarlijkse toename van 10.000 extra beoordelingen geen consequenties heeft voor het benodigd aantal medisch adviseurs.

5.2.7 Meldplicht huisarts

Huisartsen worden verplicht om relevante wijzigingen in de gezondheid van een patiënt te melden, dus een recente diagnose van een ziekte of aandoening die van invloed kan zijn op de rijgeschiktheid, blijkend uit de *REG2000*. De uitvoeringskosten bestaan, evenals bij de meldplicht voor de rijbewijsbezitter, uit een gezondheidsverklaring en eventueel een keuring, onderzoek door een medisch specialist en/of een rijtest. Het aantal meldingen is moeilijk te voorspellen en er zijn geen cijfers beschikbaar uit andere landen waarin huisartsen een meldplicht hebben. Mogelijk liggen de totale kosten (uitvoeringskosten x instroom) in dezelfde orde van grootte als bij een meldplicht voor rijbewijsbezitters, of zijn zij iets hoger. Daar waar rijbewijsbezitters redenen hebben zich niet te melden (verlies van het rijbewijs), zullen ook niet alle artsen geneigd zijn patiënten te melden (vertrouwensrelatie met de patiënt). Toch meldden artsen in Quebec in 2018 *zonder* meldplicht maar met discretionaire bevoegdheid ongeveer evenveel rijbewijsbezitters als rijbewijsbezitters *met* meldplicht zichzelf meldden[27]. Bij een wettelijke meldplicht voor artsen zal het aantal rijbewijsbezitters dat zij melden vermoedelijk hoger liggen[28]. Voor Nederland gaan we daarom uit van 10.000-20.000 meer meldingen dan in het huidige stelsel, analoog aan de 10.000 extra meldingen bij een wettelijke in plaats van morele meldplicht voor rijbewijsbezitters (zie *Paragraaf 5.2.7*). De implementatiekosten bestaan uitsluitend uit kosten voor besluitvorming en wetgeving, ervan uitgaande dat een jaarlijkse toename van 10.000-20.000 extra beoordelingen geen consequenties heeft voor het benodigd aantal medisch adviseurs.

5.2.8 Medische keuring door huisarts

De groep 1-rijbewijsbezitters worden door hun eigen huisarts gekeurd en niet door een (onafhankelijk) keuringsarts, zoals in het huidige stelsel gebruikelijk is. Het CBR beslist uiteindelijk over de rijgeschiktheid op basis van de keuring zoals ook in het huidige stelsel gebeurt. De kosten per keuring kunnen iets lager zijn omdat de huisarts mogelijk al goed bekend is met de gezondheidssituatie van de rijbewijsbezitter en de keuring sneller kan uitvoeren. Anderzijds kan

27. In 2018 werd 2,6% van de medisch beoordeelde rijbewijsbezitters door een arts gemeld en 2,4% van de rijbewijsbezitters meldde zichzelf.
28. Met een geschat maximum van twee keer zo hoog.

het huisartsen juist meer tijd kosten omdat zij minder ervaren zijn in het uitvoeren van keuringen en hebben zij mogelijk training nodig. Het aantal keuringen is gelijk aan het aantal keuringen in het huidige stelsel. De totale kosten van deze variant zullen daarom nauwelijks verschillen van de kosten van het huidige stelsel, ook omdat er voor deze variant geen wetswijziging nodig is.

5.2.9 Speciaal aangewezen keuringsartsen

Speciaal aangewezen en gecertificeerde keuringsartsen onderzoeken de rijgeschiktheid van alle rijbewijsbezitters. Ze voeren dus de keuring uit van rijbewijsbezitters met een ziekte of aandoening, de keuring van 75-plussers en de periodieke keuring van beroepschauffeurs. Zij beslissen bovendien over de rijgeschiktheid. Het effect op de uitvoeringskosten zal zeer gering zijn, ervan uitgaande dat deze keuringartsen ongeveer evenveel tijd nodig hebben voor de keuring en hun tarief niet wezenlijk verschilt van de huidige keurings- en bedrijfsartsen. Ook het aantal keuringen verschilt niet van het aantal in het huidige stelsel. Wel is er sprake van een efficiencyslag doordat de arts niet alleen de keuring uitvoert, maar ook de beslissing neemt over de rijgeschiktheid. Daarmee verschuift ook een deel van het werk van het CBR naar deze keuringsartsen.

De implementatiekosten bestaan uit het opleiden en certificeren van keuringsartsen. Dit gaat met name over het beoordelen van de rijgeschiktheid, de taak die nu bij de medisch adviseurs van het CBR ligt. Naar verwachting zal een groot deel van de artsen namelijk al werkzaam zijn als keurend arts.

5.3 Vergelijking van kosten, impact en implementatietraject

Deze paragraaf vat de kosten en impact van de alternatieven samen. Eerst komen de uitvoeringskosten aan bod – wat betekent invoering van een alternatief voor de totale uitvoeringskosten – en daarna naar de kosten en looptijd van het implementatietraject.

5.3.1 Uitvoeringskosten en impact van alternatieven

Tabel 5.2 geeft een samenvattend overzicht van de uitvoeringskosten, afgezet tegenover de huidige uitvoeringskosten. Uit deze tabel is af te lezen dat alleen het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring tot een kostenbesparing leidt. Andere eventuele kostenbesparingen, bijvoorbeeld door minder vrijwillige meldingen bij een periodieke screening, zijn niet in de tabel opgenomen, omdat deze relatief zeer gering zijn. Het periodiek uitvoeren van een rijtest op de weg of in een rijsimulator, leidt tot de grootste toename in kosten. Invoering van een wettelijke meldplicht voor bestuurder of arts en een wijziging in de arts die de keuring uitvoert, hebben nauwelijks invloed op de uitvoeringskosten.

Tabel 5.2. Kosten per persoon (€, 2020), aantal personen (2018) en totale kosten (miljoen €) van alternatieven.

	Jaarlijkse extra instroom t.o.v. huidige stelsel	Uitvoeringskosten per persoon per jaar (€)	Totale jaarlijkse uitvoeringskosten (mln €)
Afschaffen leeftijdsgebonden keuring	-156.502	103	-16
Periodiek gezondheidsverklaring	1.035.177	61[1]	63[1]
Periodiek medische keuring	1.035.177	111[2]	115[2]
Periodiek rijtest op de weg	1.035.177	250-326	260-340
Periodiek rijtest rijsimulator	1.035.177	250-326	260-340
Periodiek testbatterij (psychologische, motorische en visuele testen)	1.035.177	35-113	40-120
Continue screening in-car	443.812[3]	250[3]	111[3]
Wettelijke meldplicht bestuurder	10.000	61[1]	0,6[1]
Wettelijke meldplicht arts	10.000-20.000	61[1]	0,6-1,2[1]
Medische keuring groep 1-rijbewijzen door eigen arts	0	103	0
Medische keuring en beslissing door apart keuringsinstituut	0	103	0

[1] Exclusief eventuele doorverwijzing naar keuringsarts of specialist.

[2] Exclusief eventueel doorverwijzing naar specialist.

[3] Dit is de jaarlijkse instroom van nieuwe voertuigen die aangepast moeten worden. Het is lastig in te schatten hoeveel rijbewijsbezitters vanuit de continue screening doorverwezen zullen worden naar een medische keuring. Dat zal onder meer afhangen van de drempelwaarden die gekozen worden.

5.3.2 Kosten en looptijd implementatietraject

De kosten voor de implementatie van de alternatieven zijn slechts kwalitatief weer te geven omdat hierover geen cijfers beschikbaar zijn. De enige uitzondering zijn de eenmalige kosten voor continue screening met dataloggers, die voor toepassing bij uitsluitend personenauto's op minimaal €2 miljard zijn geschat. Deze variant heeft daarmee naar verwachting de hoogste implementatiekosten. Naast deze eenmalige kosten voor het aanpassen van het bestaande personenautopark zijn er de kosten voor de ontwikkeling en validatie van software (inclusief het bepalen van drempelwaarden), eventuele hardware en het opzetten van een organisatie voor de screening. Daar bovenop komen jaarlijkse kosten voor het inbouwen in nieuwe personenauto's.

De implementatiekosten voor de andere alternatieven beperken zich tot de kosten voor besluitvorming en wetgeving, het opleiden van extra keurend artsen, en de ontwikkeling en validatie van simulatorritten of een set van psychologische, motorische en visuele testen, inclusief het vaststellen van drempelwaarden voor de periodieke screeningsinstrumenten. *Tabel 5.3* geeft een kwalitatieve schatting van deze kosten en de duur van het implementatietraject.

Tabel 5.3. Kosten en duur implementatietraject.

Stelsel/element	Kosten implementatie	Duur implementatietraject			
		1-3	4-6	7-9	> 10 jaar
Huidig stelsel behouden	Geen				
Afschaffen leeftijdsgebonden keuring	Zeer gering	■			
Periodiek gezondheidsverklaring	+	■			
Periodiek medische keuring	+	■			
Periodiek rijtest op de weg	+ +	■	■		
Periodiek rijtest rijsimulator	+ +	■	■	■	
Periodiek testbatterij	+ +	■	■	■	
Continue screening in-car	+ + + +	■	■	■	■
Wettelijke meldplicht rijbewijsbezitter	Zeer gering	■			
Wettelijke meldplicht arts	Zeer gering	■			
Medische keuring groep 1-rijbewijzen door eigen arts	Zeer gering	■			
Medische keuring en beslissing door apart keuringsinstituut	Gering	■	■	■	

Voor het aanpassen van wetgeving is uitgegaan van een implementatietraject van 1 tot 3 jaar. Het opleiden van extra keurend artsen voor de periodieke gezondheidsverklaring of medische keuring is naar verwachting ook binnen 1 tot 3 jaar te realiseren. Dit leidt echter wel tot meer kosten. De ontwikkeling en validatie van simulatorritten of een set van psychologische, motorische en visuele testen en het opzetten van een organisatie voor het afnemen van deze testen zal nog duurder zijn. Het zal 7 tot 9 jaar in beslag nemen voordat deze instrumenten ingezet kunnen worden voor de periodieke screening van de medische rijgeschiktheid. Rijtesten op de weg zullen iets sneller beschikbaar zijn omdat deze nu ook al worden gebruikt. Ze moeten echter wel aangepast en gevalideerd worden voor een algemeen gebruik in plaats van alleen voor ritten afgestemd op aandoeningen die het zien, denken en/of doen verstoren (zie *Paragraaf 3.2.4*). De duur van het implementatietraject voor continue screening is afhankelijk van het tempo waarin voertuigen van dataloggers worden voorzien. Geleidelijk inbouwen heeft het voordeel van spreiding van de kosten, maar het leidt ook tot het langste implementatietraject en bovendien tot ongelijkheid; mensen zonder datalogger worden niet gescreend en kunnen daarmee langer zonder beperkingen blijven rijden, dan mensen met een zelfde aandoening die wel een datalogger in het voertuig hebben.

6 Baten: effect op verkeersveiligheid

Dit hoofdstuk brengt de baten van het huidige stelsel en van alternatieve elementen en instrumenten in beeld. Het gaat daarvoor uit van het percentage rijbewijsbezitters dat op medische gronden ongeschikt en/of onder voorwaarden geschikt wordt verklaard. De baten zijn zo veel mogelijk gekwantificeerd. Met name voor sommige nieuwe elementen is de beschikbaarheid van gegevens over de baten echter beperkt. In die gevallen zijn de baten kwalitatief beschreven.

Eerst bespreekt *Paragraaf 6.1* de baten van het huidige stelsel. Vervolgens brengt *Paragraaf 6.2* de (extra) baten, of gemiste baten, van alternatieve elementen in beeld. Deze baten worden in diezelfde paragraaf vergeleken met de baten van het huidige stelsel.

6.1 Baten van elementen uit het huidige stelsel

De baten van de elementen van het huidige stelsel zijn geschat aan de hand van het aantal rijbewijsbezitters dat in 2018 op medische gronden ongeschikt is verklaard of geschikt is verklaard met beperkingen. Dit aantal geeft een indicatie van het effect op de verkeersveiligheid. Zoals in *Paragraaf 2.3.2* toegelicht, is dit gebaseerd op het uitgangspunt dat het ongeschikt verklaren ertoe leidt dat mensen met een sterk verhoogd risico als automobilist of chauffeur uit het verkeer worden gehaald, of alleen onder voorwaarden van het gebruik van hulpmiddelen (zoals een bril of een automatische versnelling), voor een beperkte termijn (1, 3 of 5 jaar) of in bepaalde omstandigheden (zoals bij daglicht of in een bepaalde straal rondom de woonplaats) als bestuurder van een snel gemotoriseerd voertuig aan het verkeer mogen deelnemen. Daarmee worden ongevallen voorkomen en dus kosten bespaard. Idealiter zouden we daarbij ook meewegen 1) hoeveel mensen ten onrechte worden goedgekeurd en 2) hoeveel mensen ten onrechte worden afgekeurd. Er is echter geen informatie over de zogenoemde sensitiviteit en specificiteit[29] van elk van de instrumenten die gebruikt worden in het huidige stelsel; de gezondheidsverklaring, morele meldplicht, de medische keuring[30] en de rijtest.

29. De *sensitiviteit* van een instrument is laag als het veel (beoogd) rijbewijsbezitters met een hoog risico op een ongeval als geschikt beoordeelt en daarmee onterecht laat doorrijden. De *specificiteit* van een instrument is laag als het veel (beoogd) rijbewijsbezitters als ongeschikt beoordeeld en daarmee het rijbewijs ontneemt terwijl zij geen verhoogd risico op een ongeval hebben.
30. Voor enkele onderdelen van de medische keuring is er wel een indicatie van de sensitiviteit en specificiteit. Zo vond Coeckelberg (2002) voor een steekproef van 100 automobilisten met visuele aandoeningen dat er 67 op basis van visuele testen niet voldeden aan de criteria uit de REG2000. Na een rijtest bleken 44 van deze 67 bestuurders terecht ongeschikt verklaard. Andersom werden 21 van de 33 automobilisten terecht geschikt verklaard. Tegelijkertijd zouden op basis van de visuele testen 23 automobilisten ten onrechte ongeschikt worden verklaard en dus het rijbewijs verliezen, en 12 automobilisten zouden ten onrechte blijven rijden. Dit leidt tot een sensitiviteit van 79% en een specificiteit van 48%.

Voor een vergelijking van de baten van de verschillende elementen van het huidige stelsel, en de vergelijking met alternatieve elementen in *Paragraaf 6.2*, is ook het *percentage* ongeschikt verklaarden en geschikt met beperkingen relevant. De elementen verschillen namelijk in de omvang van de beoordeelde groepen. *Tabel 6.1* bevat daarom per element zowel het aantal in 2018 beoordeelde personen, als het percentage en aantal ongeschikt verklaarden en beperkt geschikt verklaarden.

Tabel 6.1. Aantal medisch beoordeelde personen (2018), het percentage daarvan dat een verklaring van ongeschiktheid kreeg en het percentage dat een verklaring van geschiktheid met beperkingen kreeg.

Element	Aantal beoordeelde personen	Percentage en aantal ongeschikt	Percentage en aantal geschikt met beperkingen
Gezondheidsverklaring en medische keuring eerste afgifte rijbewijs*	65.116 (285.000)	1,4% 919 (0,3%)	20,7% 13.456 (4,7%)
Medische keuring eerste afgifte groep 1-rijbewijs	45.897	Onbekend*	Onbekend*
Medische keuring bij eerste afgifte groep 2-rijbewijs	19.219	Onbekend*	Onbekend*
Medische herkeuring voor groep 2-rijbewijs	66.910	0,2% 130	31,7% 21.218
Morele meldplicht**	15.090	8,4-13,2% 1.268-1.992	35,2-55,6% 5.312-8.390
Medische keuring rijbewijsbezitters met verminderde gezondheid	35.634	5,0% 1.781	60,8% 21.674
Leeftijdsgebonden keuring	156.502	1,4% 2.132	30,1% 47.102
Rijtesten	18.200	Maakt deel uit van bovenstaande medische keuringen	

* Door een medisch adviseur van het CBR beoordeelde gezondheidsverklaringen vanwege eerste afgifte voor alle rijbewijscategorieën, dus inclusief groep 2-rijbewijzen (19.219). Het verkeersveiligheidseffect kan alleen voor de totale groep worden bepaald, doordat voor het aantal ongeschikt of beperkt geschikt verklaarden geen uitsplitsing mogelijk was naar groep 1- en groep 2-rijbewijzen. In alle gevallen was sprake van een medische keuring. Gezondheidsverklaringen waarvan alle vragen met 'nee' zijn beantwoord, worden via een automatisch protocol afgehandeld en vergen geen beoordeling door een medisch adviseur. Tussen haakjes staat het aantal personen en de bijbehorende percentages als alle gezondheidsverklaringen worden meegenomen, dus ook die waarin alle vragen met 'nee' zijn beantwoord.

** Omdat het aantal ongeschikt of beperkt geschikt verklaringen voor tussentijdse meldingen (zelf gemeld op basis van morele meldplicht) niet kon worden gescheiden van het aantal ongeschikt of beperkt geschikt verklaringen voor omgewisselde rijbewijzen en bezwaarzaken, is een minimum en maximum percentage bepaald door te delen door het totaal aantal medische beoordelingen voor deze drie groepen (minimum percentage) en het totaal aantal medische beoordelingen voor tussentijdse meldingen en bezwaarzaken (maximum percentage).

Uit deze tabel blijkt dat de morele meldplicht relatief gezien tot de meeste *ongeschikt* verklaringen leidt (8,4-13,4%), gevolgd door de medische keuring van rijbewijsbezitters die reeds medisch bekend zijn bij het CBR (5,0%). Voor de overige elementen ligt dit percentage op 1,4% of lager. Eerder onderzoek heeft laten zien dat de volgende drie typen aandoeningen tot de meeste ongeschikt verklaringen van *oudere* rijbewijsbezitters leiden (ongeacht de bron van de instroom): 1) beroerte (tia) en hersenbeschadigingen, 2) dementie, en 3) staar en andere progressieve oogaandoeningen (Vlakveld & Davidse, 2011).

De baten van de morele meldplicht in termen van het percentage ongeschikt verklaarden zijn dus relatief hoog in vergelijking met de andere elementen en beoordeelde groepen. Dit hangt vermoedelijk samen met de ernst van de aandoening en de daardoor ervaren urgentie – van de rijbewijsbezitter of zijn omgeving – om de gewijzigde medische situatie te melden en daarmee de rijgeschiktheid te laten beoordelen. Rijbewijsbezitters met dezelfde aandoening met minder of geen klachten zijn mogelijk minder geneigd zich te melden, ook al is er sprake van een aandoening die is opgenomen in de *REG2000*.

De medische keuring van rijbewijsbezitters die reeds bekend zijn bij het CBR leidt relatief gezien tot de meeste verklaringen van *beperkte geschiktheid* (60,8%). Dit hoge percentage komt hoofdzakelijk door de beperking van de geldigheidsduur die voor veel aandoeningen geldt. Dat betekent dat er niet per se een beperking geldt voor het (auto)rijden zelf, maar wel een verplichting om vaker het rijbewijs te verlengen en daarbij opnieuw medisch gekeurd te worden vanwege de progressieve aard van de aandoening. Het rijbewijs is op medische gronden niet 10 jaar geldig, maar 1, 3 of 5 jaar. De meest voorkomende beperking voor het autorijden is het dragen van een bril of contactlenzen. Deze beperking volgt in Nederland uitsluitend uit een medische keuring en niet uit het invullen van een gezondheidsverklaring. Dat is een van de redenen waarom het percentage verklaringen van geschiktheid met beperkingen bij de gezondheidsverklaring voor de afgifte van het eerste rijbewijs veel lager ligt (4,7%).

Voor de medische herkeuring van bezitters van een groep 2-rijbewijs en de leeftijdsgebonden keuring ligt het percentage beperkt geschikt verklaarden rond de 30%, voor de morele meldplicht iets hoger (35,2-55,6%) en voor de gezondheidsverklaring bij eerste afgifte van een rijbewijs-categorie lager (20,7%). Bij deze laatstgenoemde groep lijken de baten overigens groter dan ze in werkelijkheid zijn. Het betreft hier namelijk alleen de 65.116 personen die medisch beoordeeld zijn door het CBR. Het totaal aantal personen dat een gezondheidsverklaring heeft ingevuld ligt rond de 300.000 (zie *Paragraaf 5.1.1*). Het merendeel daarvan wordt automatisch verwerkt omdat alle vragen uit de gezondheidsverklaring met ‘nee’ zijn beantwoord, wat direct leidt tot een verklaring van geschiktheid. Als deze gezondheidsverklaringen worden meegerekend, dan is het percentage ongeschikt verklaarden op basis van een ingevulde gezondheidsverklaring bij eerste afgifte 0,3% en het percentage beperkt geschikt verklaarden 4,7%.

Het is niet bekend wat de baten zijn van de rijtesten. Deze worden alleen afgenomen als er na medisch onderzoek twijfel is over de rijgeschiktheid. De medisch adviseur van het CBR neemt in dat geval een beslissing over de rijgeschiktheid op basis van de uitslag van zowel de medische keuring als de rijtest. Daarbij gaat het om de vraag of iemand gezien zijn aandoening nog veilig kan rijden. In feite zijn de baten van de rijtest dus meegenomen in de baten van de medische keuring.

Voor het bepalen van het aantal verkeersdoden en -gewonden dat jaarlijks wordt voorkomen met een keuring of screening van de medische geschiktheid, is er naast de percentages ongeschikt en beperkt geschikt verklaarden informatie nodig over 1) de ziekte of aandoening op grond waarvan iemand ongeschikt of beperkt geschikt is verklaard, 2) het relatief risico[31] van deze ziekte of aandoening en 3) het jaarkilometrage van rijbewijsbezitters met deze aandoening (zie bijvoorbeeld Vlakveld & Davidse, 2011). Informatie over de grond waarop rijbewijsbezitters in 2018 ongeschikt werden verklaard – relevant voor 1) en 2) – was echter niet beschikbaar en het

31. Het relatief risico geeft aan hoeveel groter de kans op een ongeval is van een bestuurder met een ziekte of aandoening ten opzichte van een bestuurder die een dergelijke aandoening niet heeft. Dit relatief risico verschilt per aandoening, variërend van 1,09 voor visuele beperkingen tot 1,75 voor neurologische aandoeningen (Elvik et al., 2009).

jaarkilometrage verschilt sterk per rijbewijs- en leeftijdsgroep, waardoor geen uitspraken mogelijk zijn over de effecten op het aantal te besparen verkeersdoden of -gewonden[32].

6.2 Baten van alternatieve elementen

De baten van de alternatieven zijn op dezelfde wijze geschat als de elementen van het huidige stelsel: via het aantal of percentage rijbewijsbezitters dat, naar verwachting, met deze instrumenten ongeschikt wordt verklaard of geschikt met beperkingen. Voor die alternatieven die niet eerder op grote schaal zijn toegepast, is een inschatting gemaakt op basis van enkele aannames. De resultaten zijn samengevat in *Tabel 6.2*.

Afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring

Uit *Tabel 6.1* blijkt dat de leeftijdsgebonden keuring in 2018 bij 1,4% van de beoordeelde rijbewijsbezitters tot een verklaring van ongeschiktheid leidde en bij 30,1% tot een verklaring van beperkte geschiktheid. Met het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring blijven dus jaarlijks 2.132 automobilisten doorrijden die anders ongeschikt zouden worden verklaard. Afhankelijk van de risicoverhoging die het gevolg is van de aandoeningen van deze automobilisten en het aantal kilometer dat ze per jaar rijden, kan dit tot een beperkte toename leiden van het aantal verkeers-slachtoffers[33]. Dat geldt ook voor het blijven rijden van de 47.102 automobilisten die anders een beperking van de rijgeschiktheid opgelegd hadden gekregen. Een aanzienlijk deel van die beperkingen betreft overigens het dragen van een bril (63% van alle beperkingen op het B-rijbewijs). Tijdens de keuring wordt onder andere nagegaan of de correctie van de gezichtsscherpte voldoende is. In die zin draagt de keuring bij aan het waarborgen van een goed gezichtsvermogen en voorkomt het eventuele ongevallen. Wanneer het gezichtsvermogen voldoende blijkt te zijn, wijzigt de leeftijdsgebonden keuring echter niets aan het gebruik van dit hulpmiddel, maar wordt dit gebruik na een keuring wel als voorwaarde gesteld om te mogen rijden. Bij een ogentest en ingevulde gezondheidsverklaring, zoals bij de eerste afgifte van een rijbewijscategorie, wordt deze beperking in Nederland *niet* geregistreerd. Het effect van de leeftijdsgebonden keuring op het aandeel beperkt geschikt verklaarden (30,1%) lijkt dus groter dan het in werkelijkheid is. Als de voorwaarde van het gebruik van visuele hulpmiddelen geheel wordt weggelaten, dan resteert een aandeel beperkt geschikt verklaarden van 11,1% ((1-0,63) x 30,1%).

Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring kan echter ook andere effecten met zich meebrengen. Zo kan het louter bestaan van een vorm van keuring of screening ervoor zorgen dat mensen stilstaan bij hun eigen rijgeschiktheid. Dit kan leiden tot aangepast rijgedrag, maar het kan er ook toe leiden dat ze afzien van een keuring of screening en uit eigen beweging stoppen met rijden. Het is daarbij wel de vraag of dat terecht is gezien hun rijgeschiktheid. Met name oudere vrouwen zijn geneigd eerder te stoppen met rijden (Siren & Haustein, 2015). Als zij vanwege het inleveren van het rijbewijs overstappen op de fiets (of gaan lopen), voor zover zij daar op hogere leeftijd nog toe in staat zijn, dan leidt dat tot een grotere kans op ongevallen en overlijden (Hakamies-Blomqvist, Johansson & Lundberg, 1996; Siren & Haustein, 2015). Het

32. In de volgende paragraaf wordt desondanks een grove schatting gegeven van het aantal doden en ernstig gewonden dat te verwachten is als afschaffing van de leeftijdsgebonden keuring ertoe leidt dat oudere automobilisten met aandoeningen blijven rijden. Voor deze groep is de onzekerheid in de schatting waarschijnlijk minder groot omdat het uitsluitend automobilisten van een bepaalde leeftijdsgroep betreft.
33. Een zeer grove schatting komt uit op maximaal 2 extra doden en 25 ernstig gewonden. Daarbij is uitgegaan van 2.132 75-plussers die blijven rijden ondanks ongeschiktheid, een zeer grove schatting van het ongevalsrisico van automobilisten van 75 jaar en ouder van 250 per miljard reizigerskilometer (betrokkenheid bij dodelijke en ernstige verkeersongevallen), een gemiddeld jaarkilometrage van 5.600 kilometer en een fictieve risicoverhoging van ziekten en aandoening van 10 voor alle ongeschikt verklaarden. Dat laatste is hoger dan het hoogste relatieve risico dat bekend is uit de literatuur (zie bijvoorbeeld Vlakveld & Davidse, 2011; Elvik et al., 2009). De meeste relatieve risico's liggen onder de 2.

overlijdensrisico voor fietsers van 75 jaar en ouder is namelijk vijftien keer zo groot als het overlijdensrisico voor automobilisten van dezelfde leeftijdsgroep (SWOV, 2015). Oudere automobilisten zijn bovendien vooral zelf slachtoffer van de ongevallen waarbij zij betrokken zijn. Ook het Europese SafetyCube project concludeerde dat de leeftijdsgebonden keuring geen effectieve maatregel is voor het verbeteren van de verkeersveiligheid (Martensen, 2017).

Periodieke screening bij rijbewijsverlenging via gezondheidsverklaring

De periodieke screening via een gezondheidsverklaring is vooral een middel om de medische rijgeschiktheid onder de aandacht te brengen van de rijbewijsbezitter, vergelijkbaar met de herinnering van de wettelijke meldplicht die onderdeel is van de stelsels in Quebec (Canada) en Victoria (Australië). Rijbewijsbezitters worden er bij de verlenging van het rijbewijs aan herinnerd dat ziekten en aandoeningen van invloed kunnen zijn op het rijgedrag. Daar waar zij zich niet hebben gemeld vanwege een morele meldplicht, treedt bij het invullen van de gezondheids-verklaring een wettelijke meldplicht in werking. Aangezien deze screening niet gepaard gaat met een medische keuring, zoals in het huidige stelsel bij de leeftijdsgebonden keuring en herkeuring van beroepschauffeurs het geval is, zijn de baten afhankelijk van de oprechtheid van de rijbewijs-bezitter. Van de groepen rijbewijsbezitters die in het huidige stelsel medisch beoordeeld worden, zijn de bezitters van groep 2-rijbewijzen de meest vergelijkbare groep; een groep waarin alle leeftijden vertegenwoordigd zijn, waarvan het merendeel gezond is en de medische geschiktheid met enige regelmaat wordt beoordeeld. Daarom wordt er voor het percentage ongeschikt verklaarden uitgegaan van het percentage dat in *Tabel 6.1* voor die groep staat weergegeven: 0,2%. Dat percentage is aangehouden als maximum, aangezien de rijgeschiktheidseisen voor beroepschauffeurs strenger zijn dan voor groep 1-rijbewijzen. Zo kunnen dragers van een ICD[34] wel blijven autorijden, met een beperking van de geldigheidsduur van het rijbewijs, maar worden ze ongeschikt verklaard voor het besturen van een bus of vrachtauto. Bovendien gaat de medische herkeuring van beroepschauffeurs standaard gepaard met een keuring door een bedrijfsarts, waardoor het minder eenvoudig is een ziekte of aandoening te verzwijgen dan bij het zelf invullen van een gezondheidsverklaring.

Het percentage beperkt geschikt verklaarden zal beduidend lager liggen dan bij de medische herkeuring van beroepschauffeurs, aangezien een zeer groot deel van de beperkingen van beroepschauffeurs (98%) betrekking heeft op de verplichting een bril of contactlenzen te dragen. Die verplichting komt voort uit de ogentest die deel uitmaakt van de medische keuring. Bij het beoordelen van de ingevulde gezondheidsverklaring leiden een bril of contactlenzen die de gezichtsscherpte voldoende corrigeren niet tot nader onderzoek of een verklaring van geschiktheid met beperkingen. Wanneer deze beperkingen worden weggelaten uit het aantal beperkt geschikt verklaarden, dan is de uitkomst een percentage van 0,6% ((1 - 0,98) x 31,7%) beperkt geschikt verklaarden voor aandoeningen anders dan een beperkte gezichtsscherpte die voldoende gecorrigeerd wordt met een bril of contactlenzen. Opnieuw is dit percentage het maximum, aangezien de eisen voor beroepschauffeurs strenger zijn dan voor automobilisten.

Periodieke medische keuring

Bij de medische keuring ligt de verantwoordelijkheid niet bij de rijbewijsbezitter, maar beoordeelt een arts bij elke rijbewijsverlenging of er sprake is van ziekten of aandoeningen die van invloed kunnen zijn op de rijgeschiktheid. Ook voor deze variant is het percentage ongeschikt verklaarden bij de herkeuring van beroepschauffeurs als maximum (0,2%) gehouden. Aangezien bij de medische keuring wel een ogentest wordt uitgevoerd, is voor het percentage beperkt geschikt verklaarden het percentage voor de beroepschauffeurs aangehouden als maximumwaarde voor de baten (31,7%).

34. Implanteerbare cardioverter-defibrillator

Periodieke of continue screening via rijtest, testbatterij of in-carsysteem

De baten van een screening via een rijtest in een rijsimulator, een set psychologische, motorische en visuele testen, of het dagelijkse rijgedrag, zijn afhankelijk van de drempelwaarden die worden gesteld voor het geschikt of ongeschikt verklaren van een rijbewijsbezitter. Daarbij is de huidige rijtest op de weg vaak de gouden standaard; de drempelwaarden voor de andere screenings-methoden worden afgestemd op de resultaten bij een rijtest op de weg. Als automobilisten de rijtest met goed gevolg hebben afgelegd, moeten ze ook goed scoren op de andere screenings-methoden. Aangezien niet bekend is wat de baten zijn van de huidige rijtest, is ook niet te schatten wat de baten zijn van de andere screeningsmethoden. Daar komt bij dat de rijtest in het huidige stelsel alleen wordt ingezet als medisch onderzoek geen uitsluitsel heeft gegeven. Het is dus een instrument dat voor een selecte groep wordt gebruikt. Bovendien is het instrument afgestemd op het type aandoening dat de rijgeschiktheid mogelijk negatief beïnvloedt: het zien, denken en/of doen. Er is geen gouden standaard voor de praktische rijgeschiktheid in het algemeen, ongeacht of er een aandoening is (en zo ja: welke). Het praktijk-rijexamen is wel zo'n algemene rijtest, maar daarmee wordt de rijvaardigheid beoordeeld en niet de rijgeschiktheid.

Wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters

Rijbewijsbezitters zijn niet alleen moreel, maar ook *wettelijk* verplicht om relevante wijzigingen in hun gezondheid te melden, kort nadat deze wijziging is geconstateerd. Om te kunnen bepalen wat de baten zijn van deze wettelijke meldplicht, is het vooral van belang te weten voor hoeveel rijbewijsbezitters deze wettelijke plicht tot meer urgentie leidt dan de huidige morele plicht. Om een indicatie te geven: in Quebec (Canada), waar een wettelijke meldplicht geldt in combinatie met een leeftijdsgebonden keuring vanaf 75 jaar, is het jaarlijks aantal meldingen 0,23% van het aantal rijbewijsbewijsbezitters (groep 1-rijbewijzen). Bij dit percentage zou het in Nederland gaan om ongeveer 25.500 meldingen; 10.000 meer dan bij alleen een morele meldplicht (zie *Paragraaf 5.2.6*). Voor een inschatting van de baten is het vervolgens de vraag of deze extra instroom afwijkt van de huidige instroom: zijn de aandoeningen van de rijbewijsbezitters die zich wel melden bij een wettelijke plicht maar niet bij een morele plicht, minder ernstig van aard en hebben ze een kleinere impact op het rijgedrag, of is het tegenovergestelde het geval? In het eerste geval zal het percentage ongeschikt verklaarden lager liggen dan het in *Tabel 6.1* genoemde percentage ongeschikt verklaarden (8,4-13,2%) en beperkt geschikt verklaarden (35,2-55,6%); in het tweede geval hoger.

Wettelijke meldplicht arts

Voor een schatting van de baten van een wettelijke meldplicht voor artsen is opnieuw naar de situatie in Quebec gekeken (zie ook *Paragraaf 5.2.7*). Daar geldt geen meldplicht voor artsen, maar zij hebben wel de discretionaire bevoegdheid om een patiënt te melden. Er geldt wel een wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter. Desondanks is het aandeel rijbewijsbezitters dat zich zelf meldt (0,23%) ongeveer even groot als het aandeel dat door een arts wordt gemeld (0,25%). Van de rijbewijsbezitters die door een arts zijn gemeld, wordt het rijbewijs echter veertien keer zo vaak geschorst (31,2% versus 2,2%) en vier keer zo vaak ingetrokken (0,8% versus 0,2%). Het lijkt erop dat de medische aandoeningen ernstiger zijn bij een melding door een arts, dan door een rijbewijsbezitter zelf. Mogelijk voelt de arts zich genoodzaakt patiënten met een dergelijke ernstige aandoening te melden als zij zich bij herhaling niet zelf melden. De bereidheid om patiënten te melden neemt toe naarmate de veiligheid van de patiënt en zijn medeweggebruikers in het geding komt. Dat zou betekenen dat de baten van een wettelijke meldplicht voor artsen groter zijn dan voor de wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters, met name waar het de ongeschiktheid betreft.

Medische keuring rijbewijs 1-bezitters door eigen arts

De baten van een keuring door de eigen arts zijn naar verwachting groter dan de baten van een keuring door een onafhankelijk keurend arts. De eigen arts heeft namelijk inzage in het medisch patiëntdossier, aan de hand waarvan hij kan vaststellen welke ziekten en aandoeningen een rijbewijsbezitter heeft en of de ernst daarvan dusdanig is, dat onderzoek naar de medische rijgeschiktheid gewenst is. De exacte meerwaarde van de eigen arts is echter lastig te kwantificeren.

Medische keuring en beslissing door een aparte keuringsinstantie

Bij een medische keuring die wordt uitgevoerd door een aparte keuringsinstantie, zal de kwaliteit van de keuring vergelijkbaar zijn met de huidige keuringen. Ook deze artsen hebben immers geen inzage in het medisch dossier van de rijbewijsbezitter. Daarmee blijft de keuring een moment-opname en is het resultaat mede afhankelijk van de oprechtheid van de rijbewijsbezitter die wordt gekeurd. De baten voor de verkeersveiligheid zijn daarom waarschijnlijk vergelijkbaar met die van het huidige stelsel. De baten van deze variant liggen meer op het terrein van een verdere professionalisering van de keurend artsen.

In *Tabel 6.2* zijn de bovenstaande bevindingen samengevat en afgezet tegen de baten van het huidige stelsel. De laatstgenoemde baten zijn op twee manieren bepaald: eenmaal door alleen de door een medisch adviseur van het CBR beoordeelde gezondheidsverklaringen voor de eerste afgifte van het rijbewijs mee te nemen, en eenmaal door alle ingediende gezondheidsverklaringen voor de eerste afgifte mee te nemen. In het eerste geval zijn de baten iets groter dan in het tweede geval, omdat in het eerste (bovenste) geval de gezondheidsverklaringen waarvan alle vragen met nee zijn beantwoord, niet zijn meegenomen. Die leiden automatisch tot een verklaring van geschiktheid.

Tabel 6.2. Aantal te beoordelen/screenen rijbewijsbezitters, het percentage daarvan dat naar verwachting een verklaring van ongeschiktheid krijgt en het percentage dat naar verwachting een verklaring van geschiktheid met beperkingen krijgt.

Variant	Jaarlijkse instroom t.o.v. huidige stelsel***	Percentage ongeschikt	Percentage geschikt met beperkingen
Huidige stelsel behouden*	353.723 (573.607)	2,1 (1,3)	32,2 (19,9)
Afschaffen leeftijdsgebonden keuring	-156.502	1,4	30,1
Periodiek gezondheidsverklaring	+1.035.177	< 0,2	< 0,6
Periodiek medische keuring	+1.035.177	< 0,2	< 31,7
Periodiek rijtest op de weg	+1.035.177	Afhankelijk van de gestelde grenswaarden	
Periodiek rijtest rijsimulator	+1.035.177		
Periodiek testbatterij	+1.035.177		
Continue screening in-car	+443.812		
Wettelijke meldplicht rijbewijsbezitter**	+10.000	a < 8,4-13,2% < b	a < 35,2-55,6% < b
Wettelijke meldplicht arts	+10.000-20.000	> 13,2%	35,2-55,6%
Medische keuring groep 1-rijbewijzen door eigen arts	0	> 1,3	> 19,9
Medische keuring en beslissing door apart keuringsinstituut	0	Ongewijzigd	Ongewijzigd

* De hier genoemde aantallen vormen het referentiekader waartegen de wijzigingen worden afgezet. De bovenste getallen hebben betrekking op de door een medisch adviseur van het CBR beoordeelde rijbewijsbezitters. Op de tweede regel staat het aantal personen en de bijbehorende percentages als alle gezondheidsverklaringen worden meegenomen, dus ook die waarin alle vragen met 'nee' zijn beantwoord.

** Afhankelijk van het verschil tussen de rijbewijsbezitters die zich wel melden bij een wettelijke plicht maar niet bij een morele plicht – zijn de aandoeningen die de aanleiding vormen om zich te melden bij een wettelijke plicht minder ernstig van aard en hebben ze een kleinere impact op het rijgedrag dan bij een morele plicht of is het tegenovergestelde het geval – zal het percentage ongeschikt verklaarden en beperkt geschikt verklaarden bij de wettelijke meldplicht lager (a) respectievelijk (b) hoger liggen dan de in *Tabel 6.1* genoemde percentages van 8,4-13,2% en 35,2-55,6%.

*** Deze aantallen zijn gebaseerd op de schattingen uit *Hoofdstuk 5*.

7 Draagvlak

Dit hoofdstuk beschrijft wat het draagvlak voor het huidige stelsel en elk van de negen alternatieven is onder beleidsmakers, uitvoeringspartners, medici, belangengroepen en rijbewijsbezitters. Een uitgebreide beschrijving van het draagvlakonderzoek en de resultaten staat in Keijser, Venhuizen en Van Rosmalen (2020a). In dit hoofdstuk komen enkele aanvullende analyses aan bod.

7.1 Draagvlak onder beleidsmakers en uitvoeringspartners

De beleidsmedewerkers zijn werkzaam bij de ministeries van Justitie en Veiligheid (JenV) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Namens het eerstgenoemde ministerie is de vragenlijst door drie respondenten ingevuld, vanuit respectievelijk beleid, Openbaar Ministerie (OM) en politie. De uitvoeringspartners die de vragenlijst hebben ingevuld zijn werkzaam bij CBR, OM, politie, RDW en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (zie ook *Tabel 2.1* in *Paragraaf 2.3.3*). Namens de NZa is de vragenlijst ingevuld door de directie Toezicht en de directie Regulering. De onderstaande resultaten zijn gebaseerd op in totaal tien reacties.

7.1.1 Aantrekkelijkheid van de verschillende varianten

De beleidsmakers van JenV en VWS en de uitvoerders van het beleid waren overwegend positief over een mogelijke meldplicht voor bestuurders.

Daartegenover staat dat ze negatief staan tegenover:

- afschaffen leeftijdsgebonden keuring;
- bij aanvragen rijbewijs en elke verlenging een medische keuring;
- bij verlenging rijbewijs altijd een rijtest;
- bij verlenging rijbewijs altijd een screening via psychologische, motorische en visuele testen;
- continue screening.

Bij de opties waarin rijbewijsbezitters bij elke verlenging van het rijbewijs een keuring moeten ondergaan, zien ze met name onvoldoende toegevoegde waarde tegenover een grote arbeidsintensiviteit.

Over het behouden van het huidige stelsel, de medische keuring uitgevoerd door de eigen huisarts of de keuring en beslissing juist laten uitvoeren door een speciale keuringsarts, zijn veel van de respondenten neutraal. Het periodiek invullen van de gezondheidsverklaring en de meldplicht voor artsen werden wisselend beoordeeld.

De beleidsmakers staan positiever tegenover het periodiek screenen van alle rijbewijsbezitters via een medische keuring, rijtest of testbatterij, dan de uitvoerders. Waarschijnlijk verwachten vooral de uitvoerders een toename van hun werklast bij de invoering van deze opties.

7.1.2 Rangorde van de varianten

De top 3 van meest interessante maatregelen is door beleidsmakers en uitvoerders zeer wisselend ingevuld. De optie 'meldplicht voor de bestuurder' komt bij beide groepen het meest voor. Opties die de meeste beleidsmakers en uitvoerders *niet* terug willen zien, zijn de rijtest bij elke verlenging van het rijbewijs, de continue screening en de meldplicht van de huisarts.

De beleidsmakers zijn het meest positief over de meldplicht voor rijbewijsbezitters. De redenatie is dat rijbewijsbezitters daarmee zelf de verantwoordelijkheid krijgen en het een eerlijk systeem is omdat er geen sprake is van leeftijdsdiscriminatie.

7.1.3 Conclusie beleidsmakers en uitvoerders van het beleid

Beleidsmakers en uitvoerders van het beleid denken met name positief over de meldplicht voor de rijbewijsbezitter. Ze staan negatief tegenover het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring, de periodieke rijtest op de weg, het continu meten van rijgedrag op de weg en de meldplicht voor artsen. De overige opties zijn overwegend neutraal of wisselend ingevuld.

7.2 Draagvlak onder artsen

De meeste artsen die deelnamen aan het onderzoek waren neurologen (twaalf van de zestien respondenten). Zij hebben dus een grote invloed op de resultaten van deze onderzoeksgroep, maar zijn ook een belangrijke partij in het huidige stelsel, onder andere voor de keuring van mensen met epilepsie en mensen met beginnende dementie. De huisartsen werden vertegenwoordigd door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Aangezien dit ook een heel belangrijke groep is binnen dit onderwerp, besteden we in de volgende paragrafen extra aandacht aan de mening van deze vertegenwoordiger. Daarnaast is de vragenlijst ingevuld door een vertegenwoordiger van keuringsartsen (via RegelZorg), een longarts en een apotheker van het instituut voor verantwoord medicijngebruik.

7.2.1 Aantrekkelijkheid van de verschillende varianten

De artsen of artsenorganisaties die deelnamen aan het onderzoek vonden de volgende opties aantrekkelijk:

- periodieke screening via een gezondheidsverklaring;
- wettelijke meldplicht rijbewijsbezitter; en
- speciaal aangewezen keuringsartsen voeren de medische keuring uit en beslissen over rijgeschiktheid.

De artsen stonden negatief ten opzichte van:

- afschaffen leeftijdsgebonden keuring;
- bij aanvragen rijbewijs en elke verlenging een medische keuring;
- bij verlenging rijbewijs altijd een rijtest;
- continue screening;
- wettelijke meldplicht arts; en
- huisarts voert medische keuring uit.

Over het behoud van het huidige stelsel en de mogelijkheid om periodiek te screenen werd wisselend gedacht.

De vertegenwoordiger van het Nederlands Huisartsen Genootschap kijkt negatief aan tegen de scenario's waarbij de rijbewijsbezitter of huisarts een meldplicht krijgt. Ook het uitvoeren van de keuring door de huisarts vindt hij niet aantrekkelijk omdat de arts-patiëntrelatie wordt aangetast. Dit zou ook het geval zijn als de rijbewijsbezitter zelf een wettelijke meldplicht krijgt; de rijbewijsbezitter zal dit willen bespreken met de huisarts, die dan een verantwoordelijkheid krijgt die hij niet wil.

7.2.2 Rangorde van de varianten

De opties die de medici het vaakst in de top 3 hebben gezet als opties die het stelsel het meest zouden verbeteren, zijn het behoud van het huidige stelsel, de periodieke screening via een testbatterij, de meldplicht voor de rijbewijsbezitter en de inzet van een speciaal opgeleide keuringsarts. De opties die de medici juist niet zien zitten zijn de continue screening, de meldplicht voor de arts en de uitvoering van het onderzoek door de eigen huisarts.

7.2.3 Conclusie artsen

De opties meldplicht voor de rijbewijsbezitter en de keuring uit laten voeren door een speciaal hiervoor opgeleide keuringsarts worden als meest aantrekkelijk beschouwd, gevolgd door het huidige stelsel, het periodiek invullen van de gezondheidsverklaring[35] en het periodiek testen via een testbatterij. Deze laatste drie opties kunnen op iets minder draagvlak rekenen dan de eerste twee opties. De artsen staan negatief tegenover het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring, een medische keuring of rijtest bij elke verlenging van het rijbewijs, een continue screening, en een grotere rol voor de eigen huisarts.

7.3 Draagvlak onder belangenorganisaties

De belangenorganisaties die hebben deelgenomen aan het draagvlakonderzoek variëren van patiëntenverenigingen en ouderenbonden tot belangenorganisaties van automobilisten en transportbedrijven.

7.3.1 Aantrekkelijkheid van de verschillende varianten

De meningen van de negen belangenorganisaties die de vragenlijst hebben ingevuld verschillen behoorlijk van elkaar. Dit is niet vreemd, aangezien ze zeer verschillende groepen vertegenwoordigen. De meningen over het behouden van het huidige stelsel zijn enigszins verdeeld, maar ze neigen naar positief. Belangenorganisaties zien de vrijblijvendheid van het melden door rijbewijsbezitters als een negatieve kant van het huidige stelsel. Daarnaast geven belangenverenigingen aan dat het huidige stelsel niet goed is afgestemd op bepaalde ziektebeelden die weinig progressief zijn. Mensen met diabetes, ADHD of autisme dienen zich herhaaldelijk te laten keuren, terwijl er nauwelijks veranderingen in het ziektebeeld zijn. Het meest negatief waren de belangenorganisaties over een rijtest bij elke verlenging van het rijbewijs en een continue screening.

7.3.2 Rangorde van de varianten

Het vaakst genoemd in de top 3 van opties die het stelsel het meest zouden verbeteren, zijn:

- behouden huidige stelsel;
- afschaffen leeftijdsgebonden keuring;
- rijbewijsbezitter krijgt meldplicht; en
- huisarts voert medische keuring uit.

Opmerkelijk genoeg wordt de keuring door de eigen arts ook twee keer genoemd als optie die *niet* ingevoerd moet worden. Opties die het vaakst zijn genoemd om *niet* in te voeren zijn de rijtest op de weg, het continu meten van rijgedrag en de meldplicht voor de (huis)arts (elk drie keer genoemd).

Al met al geven de meningen van de belangenorganisaties een sterk wisselend beeld, zonder een duidelijk favoriete optie. Het meest positief zijn ze over het behouden van het huidige stelsel.

35. Deze variant kwam niet in de top 3 voor, omdat hij daar was samengenomen met periodiek een medische keuring. Voor die laatste optie is het draagvlak lager dan voor een periodieke screening via een gezondheidsverklaring.

7.3.3 Conclusie belangenorganisaties

De belangenorganisaties laten een weinig homogeen beeld zien. Het meest positief zijn de belangenorganisaties over het huidige stelsel, neigend naar positief staan de belangenorganisaties tegenover het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring en het invoeren van een wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter. Negatief staan de belangenorganisaties tegenover de meldplicht voor de huisarts, de periodieke rijtest op de weg en de continue screening van het rijgedrag van alle automobilisten.

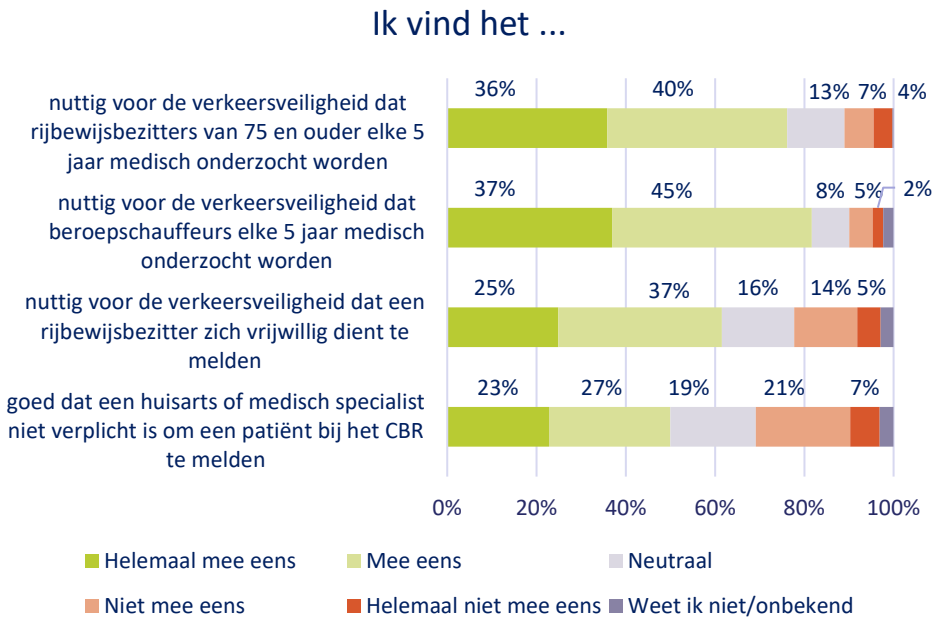
7.4 Draagvlak onder rijbewijsbezitters

De rijbewijsbezitters die aan het draagvlakonderzoek hebben deelgenomen, zijn daartoe uitgenodigd door de belangenverenigingen waarvan zij lid zijn. In totaal hebben 382 rijbewijsbezitters de volledige vragenlijst ingevuld. Onder de respondenten waren iets meer mannen (55%) dan vrouwen. Jonge rijbewijsbezitters waren ondervertegenwoordigd in de steekproef: slechts 21% was jonger dan 50 jaar terwijl 50% van de rijbewijsbezitters jonger is dan 50 jaar. Een derde van de respondenten was 70 jaar of ouder. Slechts een klein deel van hen heeft al een leeftijdsgebonden keuring ondergaan; in totaal 12% van de respondenten. Ruim een derde van de respondenten heeft een medische (her)keuring ondergaan vanwege een ziekte of aandoening. Daarmee zijn zij oververtegenwoordigd in de steekproef. De beroepschauffeurs zijn daarentegen nagenoeg *niet* vertegenwoordigd in de steekproef. De onderstaande resultaten hebben daarom geen betrekking op beroepschauffeurs en zijn bovendien niet representatief voor de mening van jonge rijbewijsbezitters. Ze reflecteren vooral de mening van oudere rijbewijsbezitters en rijbewijsbezitters waarvan de medische rijgeschiktheid is beoordeeld vanwege een ziekte of aandoening.

7.4.1 Behouden huidige stelsel

Van de bevraagde rijbewijsbezitters vindt 60% het huidige stelsel belangrijk om ongevallen te voorkomen, 18% van de steekproef vindt het huidige stelsel hiervoor niet van belang. In *Afbeelding 7.1* staat de mening van de rijbewijsbezitters over diverse aspecten van het huidige stelsel. Met name het periodiek keuren van ouderen en beroepschauffeurs wordt als nuttig ervaren. Over de morele meldplicht van de rijbewijsbezitter en het ontbreken van een meldplicht van artsen, zijn de meningen meer verdeeld.

Afbeelding 7.1. Nut van diverse aspecten van het huidige stelsel.



7.4.2 Afschaffen leeftijdsgebonden keuring

Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring wordt door 60% van de respondenten als verslechtering van de verkeersveiligheid gezien ten opzichte van het huidige stelsel en door 3% als verbetering. Als het op de respondenten zelf slaat ('ik vind het nuttig om elke 5 jaar getest te worden nadat ik 75 jaar ben geworden') geeft 63% aan dat periodiek keuren na het 75e levensjaar nuttig is. Tegelijkertijd zegt 19% van de respondenten het *niet* nuttig te vinden om zelf periodiek gekeurd te worden na het 75e levensjaar. Dat percentage is groter onder de 70-plussers (24%) dan onder de jongere rijbewijsbezitters (13%).

7.4.3 Periodieke keuringen

Bijna de helft van de respondenten (45%) denkt dat de verkeersveiligheid erbij gebaat is als alle rijbewijsbezitters periodiek gekeurd worden, tegen 4% die denkt dat de verkeersveiligheid er slechter van wordt dan met het huidige stelsel. Voor alle keuringsmethoden geldt dat ruim de helft van de respondenten het zinvol vindt dat alle rijbewijsbezitters periodiek getest worden, tegen 16-30% van de respondenten die dat niet zinvol vindt (zie *Tabel 7.1*). Daarbij werd de rijtest in de rijsimulator het minst gewaardeerd. Gevraagd of ze het *voor henzelf* nuttig vonden om zich periodiek te laten testen, kwam er een ander beeld naar voren: ongeveer een derde van de respondenten vond het nuttig dat ze periodiek getest zouden worden met een medische keuring, testbatterij, of rijtest op de weg of in een rijsimulator. Een even grote groep vond echter dat het *niet* nuttig was voor henzelf. Het periodiek invullen van een gezondheidsverklaring wordt door meer respondenten als nuttig voor henzelf beschouwd (52% vindt dit nuttig tegen 26% die dat niet nuttig vindt).

Tabel 7.1. Reacties op verschillende opties voor periodieke keuring (N=382).

Opties	Voor verkeersveiligheid		Met betrekking op henzelf	
	Zinvol	Niet zinvol	Nuttig	Niet nuttig
Gezondheidsverklaring	53%	28%	52%	26%
Medische keuring	57%	16%	37%	35%
Rijtest op de weg	57%	20%	33%	40%
Rijtest in een rijsimulator	43%	30%	31%	44%
Testbatterij	56%	19%	42%	30%

7.4.4 Continue screening

Bijna de helft van de respondenten (48%) denkt dat de verkeersveiligheid verbetert door een continue screening van het rijgedrag via apparatuur in de auto; 8% van de respondenten denkt dat de verkeersveiligheid minder gebaat is bij deze vorm van keuring dan bij het huidige stelsel. Ruim een derde van de respondenten (39%) vindt het een goede methode om na te gaan of rijbewijsbezitters fit aan het verkeer deelnemen, tegen een vergelijkbaar aandeel (37%) dat het geen geschikte methode vindt. 42% van de respondenten geeft aan dat ze het geen probleem zouden vinden als hun rijgedrag continu gemeten zou worden, 39% vindt dat wel problematisch. Respondenten die niet met het stelsel in aanraking zijn geweest, hebben hier vaker problemen mee (49%) dan de mensen die wel al met keuringen te maken hebben gehad (36%). Het gelijk doorsturen van informatie naar een instelling zoals het CBR, zodat zij aan de hand daarvan kunnen bepalen of iemand nog fit genoeg is om veilig te rijden, wordt als minder prettig ervaren dan wanneer de rijbewijsbezitter zelf de feedback krijgt.

7.4.5 Meldplicht voor de rijbewijsbezitter

Volgens bijna de helft (47%) van de respondenten heeft een meldplicht voor de rijbewijsbezitter een positief effect op de verkeersveiligheid ten opzichte van het huidige stelsel en volgens 4% heef het een negatief effect. Volgens 46% van de respondenten is een meldplicht alleen nuttig als het niet-melden tot een boete leidt. Hier is 31% het niet mee eens.

Ongeveer de helft van de respondenten (48%) geeft aan zich met een wettelijke meldplicht eerder te zullen melden bij het CBR, een kwart (25%) zegt dat dit niet het geval is. Een kwart (26%) geeft aan dat ze bij een wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter minder snel met klachten naar de huisarts zullen gaan. Bij ongeveer de helft van de respondenten (48%) heeft dit geen invloed op het bezoeken van de huisarts.

7.4.6 Andere rol van de (eigen) arts

Een meldplicht voor de eigen arts of specialist zou volgens een derde van de respondenten (34%) beter zijn voor de verkeersveiligheid dan het huidige stelsel, volgens 14% is het huidige stelsel beter voor de verkeersveiligheid. De variant waarbij de eigen arts de medische keuring uitvoert, leidt volgens 29% van de respondenten tot een verbetering van de verkeersveiligheid, terwijl 13% meent dat het de verkeersveiligheid verslechtert. De derde variant, waarbij een speciaal opgeleide keuringsarts de keuring uitvoert én de beslissing over de medische rijgeschiktheid neemt, leidt volgens een iets groter deel van de respondenten tot een verbetering van de verkeersveiligheid, tegen 8% die denkt dat het juist ongunstiger is voor de verkeersveiligheid.

De rijbewijsbezitters zijn sterk verdeeld in hun algemene houding tegenover een meldplicht voor de eigen arts of specialist: 41% van de respondenten zou het geen probleem vinden als de eigen (huis)arts ziekten en aandoening van patiënten moet melden als die het (auto)rijden kunnen beïnvloeden, 42% heeft daar wel moeite mee. Voor 30% van de respondenten zou het ertoe leiden dat ze minder snel naar de huisarts zouden gaan. Voor 44% zal dit het artsbezoek niet beïnvloeden.

Bijna twee derde van de respondenten (63%) wordt liever door de eigen arts onderzocht dan door een onafhankelijk arts. Tegelijkertijd geeft 40% aan het prettig te vinden als een speciaal hiervoor opgeleide onafhankelijke arts de keuring zou uitvoeren en de beslissing zou nemen over de medische rijgeschiktheid. Een derde van de respondenten vindt dit juist niet prettig.

7.4.7 Conclusies rijbewijsbezitters

De rijbewijsbezitters in deze steekproef waren redelijk positief over het huidige stelsel en het invullen van de gezondheidsverklaring bij elke rijbewijsverlenging. Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring werd door een kleine meerderheid als een verslechtering gezien ten opzichte van het huidige stelsel. De meningen hierover verschilden wel tussen de jongere en oudere rijbewijsbezitters: de respondenten van 70 jaar en ouder gaven vaker aan dat de leeftijdsgebonden keuring afgeschaft kan worden. Over de andere varianten voor een periodieke of continue screening waren de meningen verdeeld. Wie de medische keuring uitvoert heeft volgens een kleine meerderheid weinig invloed op de verkeersveiligheid, al vindt een kleine meerderheid het wel prettig om door de eigen arts onderzocht te worden. Voor een deel van de rijbewijsbezitters lijkt een meldplicht voor artsen wel te leiden tot het mijden van zorg.

7.5 Conclusies ten aanzien van het draagvlak

7.5.1 Draagvlak voor de alternatieven

Deze paragraaf vat de bevindingen over het draagvlak per optie samen. Hoewel de vorige paragrafen lieten zien dat de beleidsmakers, medici en belangenorganisaties verschilden in hun visie op de verschillende alternatieven, staan ze hier samen onder de noemer 'organisaties en experts'.

Huidige stelsel behouden

Het behouden van het huidige stelsel roept wisselende reacties op onder de experts en uitvoeringsorganisaties, maar deze reacties zijn wel overwegend positief. Bovendien vindt 60% van de rijbewijsbezitters het huidige stelsel zinvol voor de verkeersveiligheid. Op zich vinden de respondenten het huidige stelsel goed, maar de uitvoering kan beter. Ook worden er kanttekeningen geplaatst bij 1) de vrijblijvendheid van het melden door rijbewijsbezitters, 2) het ontbreken van de verplichting om bij verlenging van het rijbewijs tot het 75e levensjaar een gezondheidsverklaring in te dienen en 3) de mate waarin het stelsel rekening houdt met bepaalde chronische ziektebeelden die weinig verandering laten zien, zoals diabetes en ADHD.

Afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring

Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring vinden de meeste organisaties en zorgverleners onaantrekkelijk. De reden dat ze de leeftijdsgebonden keuring willen behouden, is de verhoogde kans op aandoeningen bij 75-plussers. Afschaffing van de leeftijdsgebonden keuring kan leiden tot onzichtbaarheid van niet-rijgeschikte bestuurders als dit niet op een ander manier wordt opgevangen. Een minderheid van de organisaties en experts is positief over afschaffing van de leeftijdsgebonden keuring. Dit zijn onder anderen belangenverenigingen voor ouderen en voor mensen met een aandoening, en een enkele neuroloog. Deze voorstanders geven aan dat leeftijd geen goede indicator is voor de medische rijgeschiktheid.

Iets minder dan twee derde van de rijbewijsbezitters denkt dat de afschaffing van de leeftijdsgebonden keuring een negatief effect heeft op de verkeersveiligheid. De 70-plussers onder de respondenten vonden vaker dat de leeftijdsgebonden keuring niet nuttig was dan de jongere rijbewijsbezitters. Onder de doelgroep van de keuring is het draagvlak voor afschaffen dus groter. Dit is logisch, want ze ondervinden er last van: als ze gezond zijn, moeten ze toch elke 5 jaar medisch gekeurd worden en als ze een aandoening hebben die invloed heeft op het autorijden, kunnen ze het rijbewijs verliezen of moeten ze vaker een medische keuring ondergaan.

Bij elke verlenging van het rijbewijs een gezondheidsverklaring invullen

Het invullen van een gezondheidsverklaring bij elke verlenging van het rijbewijs kan op een wisselend tot overwegend positief draagvlak rekenen onder de professionals[36]. De reden die hiervoor genoemd wordt is het eerder detecteren van aandoeningen dan bij een morele meldplicht het geval is, en een grotere bewustwording onder rijbewijsbezitters dat de gezondheid belangrijk is voor een veilige verkeersdeelname. De organisaties en experts die het onaantrekkelijk vinden om bij elke rijbewijsverlenging een gezondheidsverklaring in te laten vullen, vinden dit een grote last voor de uitvoering en geven aan dat rijbewijsbezitters bij het invullen van de verklaring niet altijd eerlijk zullen zijn om gevolgen voor het rijbewijs te voorkomen. Van de rijbewijsbezitters vindt ruim de helft het invullen van een gezondheidsverklaring bij elke verlenging van het rijbewijs zinvol, ook voor zichzelf. Een kwart van de rijbewijsbezitters is het hier niet mee eens.

36. Voor aanvraag van het eerste rijbewijs van een categorie moet ook in het huidige stelsel al een gezondheidsverklaring worden ingevuld.

Bij aanvraag en elke verlenging van het rijbewijs een medische keuring
Een grote meerderheid van de organisaties en experts vindt een medische keuring bij aanvraag van het rijbewijs en bij elke verlenging van het rijbewijs een onaantrekkelijke optie. De redenen die hiervoor gegeven worden zijn dat het veel geld en capaciteit kost en dat het niet zoveel oplevert omdat de meeste jongere rijbewijsbezitters geen medische aandoeningen hebben. De enkeling die dit wel een goed idee vindt, geeft aan dat het een eerlijker systeem is, omdat er gelijkheid is tussen alle rijbewijsbezitters. Iets meer dan de helft van de rijbewijsbezitters vindt het gunstig voor de verkeersveiligheid als voor elke rijbewijsverlenging een medische keuring verplicht zou zijn. Ongeveer een derde van de rijbewijsbezitters ziet het nut voor zichzelf.

Bij elke verlenging van het rijbewijs een rijtest
Het verplichtstellen van een rijtest bij elke rijbewijsverlenging wordt door de meeste organisaties en experts als onwenselijk beschouwd. De reden hiervoor is dat het volgens veel respondenten praktisch niet uitvoerbaar en arbeidsintensief is. De enkeling die het wel een aantrekkelijke optie vindt, ziet vooral heil in het feit dat rijbewijsbezitters daadwerkelijk op het autorijden worden getest. Volgens een ruime helft van de rijbewijsbezitters zou een rijtest bij elke rijbewijsverlenging gunstig zijn voor de verkeersveiligheid. Een derde van de rijbewijsbezitters ziet het nut daarvan voor zichzelf.

Periodieke screening via een testbatterij
Het periodiek screenen van alle rijbewijsbezitters met psychologische, motorische en visuele testen, kan niet op een groot draagvlak rekenen onder de organisaties en experts. Met name voor beleidsmakers en uitvoerders van beleid is dit geen gewenste oplossing. De belangenorganisaties en artsen denken hier wisselend over of neigen naar een positieve houding. Er worden vragen gesteld bij de haalbaarheid van deze mogelijkheid; het wordt als arbeidsintensief gezien. Een krappe helft van de rijbewijsbezitters is van mening dat een screening via diverse tests gunstig is voor de verkeersveiligheid en nuttig voor zichzelf. Een groot deel van de rijbewijsbezitters staat er echter negatief tegenover.

Continue screening via rijgedrag
Verreweg de meeste respondenten onder experts en bevraagde organisaties vonden het continu screenen door het rijgedrag te monitoren geen aantrekkelijk alternatief om de medische rijgeschiktheid te meten. Inbreuk op de privacy is daarvoor de belangrijkste reden. De meningen van de rijbewijsbezitters zijn verdeeld. Ruim een derde (39%) vindt het een goede manier om de fitheid van bestuurders te testen, maar een even groot deel (37%) is het daar niet mee eens. Twee derde (65%) zou het nuttig vinden als ze zelf een melding zouden krijgen als hun rijgedrag verslechtert, zodat ze daar actie op kunnen ondernemen. Er zijn veel minder voorstanders van een variant waarin het in-carsysteem de informatie zou doorsturen naar een instantie als het CBR, om te bepalen of ze fit genoeg zijn om te blijven rijden; daar heeft slechts 23% geen problemen mee.

Wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter
Medici, beleidsmakers en uitvoerders van het beleid zijn voor het merendeel positief over de invoering van een meldplicht voor rijbewijsbezitters. De reacties van de belangenorganisaties zijn verdeeld, maar neigen naar positief. Enerzijds zijn er beleidsmakers en uitvoerders die vinden dat het goed is dat rijbewijsbezitters zelf de verantwoordelijkheid krijgen, anderzijds vragen andere beleidsmakers en uitvoerders zich af of rijbewijsbezitters deze verantwoordelijkheid kunnen dragen. Ook zijn er zorgen over de rol van de (huis)arts: de rijbewijsbezitter moet wel goed geïnformeerd worden om zich te kunnen melden. Deze taak ligt nu bij de huisarts en dat wringt met de arts-patiëntrelatie. Daarnaast geven enkele respondenten aan dat het mijden van zorg kan ontstaan als de patiënt verplicht is zich bij het CBR te melden bij bepaalde aandoeningen.

Van de rijbewijsbezitters denkt iets minder dan de helft dat een meldplicht voor rijbewijsbezitters gunstig uit zal pakken voor de verkeersveiligheid. Een zelfde deel geeft aan dat dit alleen zinvol is als niet-melden beboet wordt. Een kwart van de respondenten zegt minder snel naar de huisarts te zullen gaan als er een meldplicht komt voor rijbewijsbezitters. De helft van de respondenten geeft aan dat het voor hen geen invloed zal hebben op het bezoeken van de huisarts.

Meldplicht voor de huisarts
Het grootste deel van de respondenten bij het vragenlijstonderzoek onder organisaties en experts vindt een meldplicht voor artsen geen aantrekkelijk alternatief voor het huidige stelsel. Als reden geeft men aan dat het de arts-patiëntrelatie schaadt en mogelijk leidt tot het mijden van zorg. Een aantal respondenten die niet in de gezondheidszorg werken vinden de optie wel aantrekkelijk omdat het goede informatie levert als input voor de keuring van een rijbewijsbezitter. Van de rijbewijsbezitters heeft 80% een duidelijke mening over een eventuele meldplicht van de huisarts. Die mening is echter sterk verdeeld: de helft van deze rijbewijsbezitters heeft geen problemen met een meldplicht voor de huisarts, de andere helft wel. Voor 30% van de rijbewijsbezitters zou het een reden zijn om minder snel naar de huisarts te gaan.

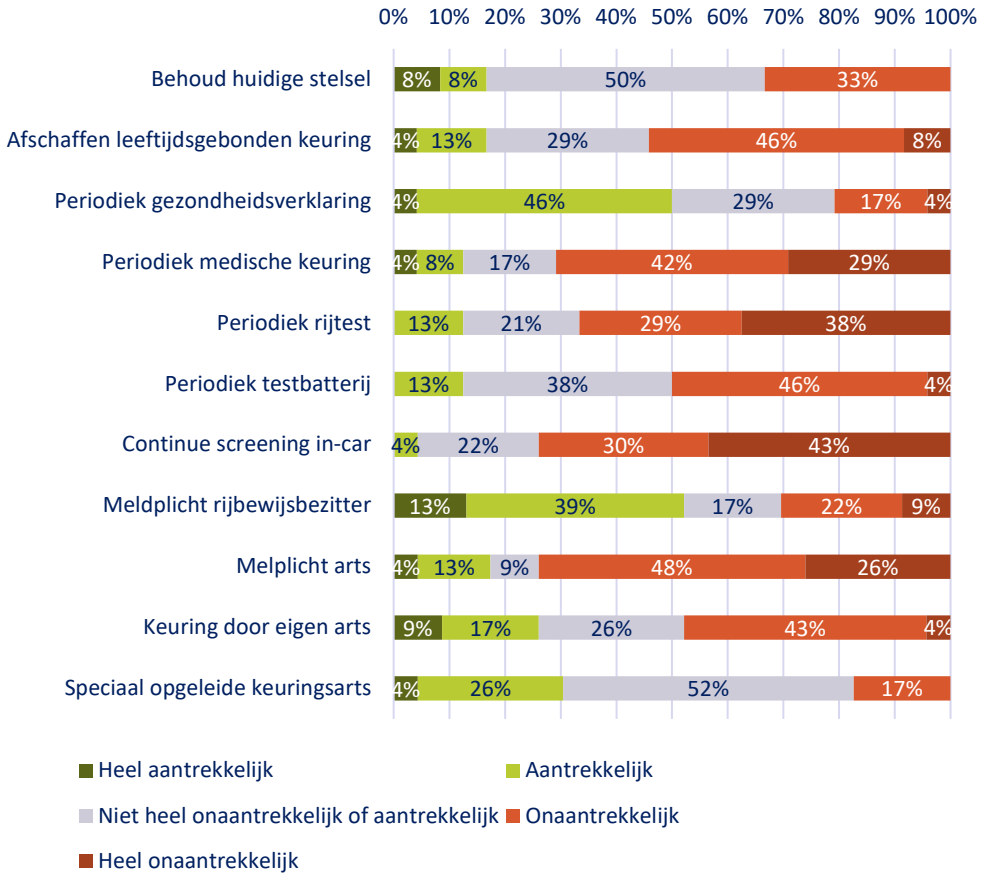
Huisarts voert keuring uit, maar CBR neemt besluit
Net als bij de meldplicht voor de huisarts, vinden de meeste respondenten het keuren door de eigen huisarts onwenselijk. De redenen daarvoor zijn dezelfde als bij de meldplicht voor de huisarts: de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en het risico op zorg mijden. Daarnaast vraagt men zich af of huisartsen wel genoeg kennis hebben om de juiste informatie te leveren. Verder wordt genoemd dat het tot een lastenverzwaring zal leiden. De respondenten die neutraal of positief tegenover dit alternatief staan, zeggen dat dit op kleinere schaal al gebeurt en in deze vorm minder schadelijk is voor de relatie tussen arts en patiënt. Van de rijbewijsbezitters geeft 63% aan liever door de eigen arts te worden onderzocht dan door een onafhankelijk arts.

Aangewezen keuringsartsen onderzoeken en besluiten
De artsen staan veelal positief tegenover een alternatief waarbij speciaal aangewezen keuringsartsen de medische keuring uitvoeren en ook de beslissing nemen over de medische rijgeschiktheid. Volgens hen leidt dit tot lastenverlichting voor zowel artsen als het CBR en een kwalitatief goede keuring. Belangenorganisaties, beleidsmakers en uitvoerders staan wisselend of neutraal tegenover deze optie. Daarbij speelt een rol dat het niet duidelijk is hoe dit geregeld zal worden en of dit alternatief het huidige probleem oplost. Van de rijbewijsbezitters geeft 40% aan het prettig te vinden om door een gespecialiseerd arts te worden onderzocht.

7.5.2 Verschillen tussen en consensus binnen groepen

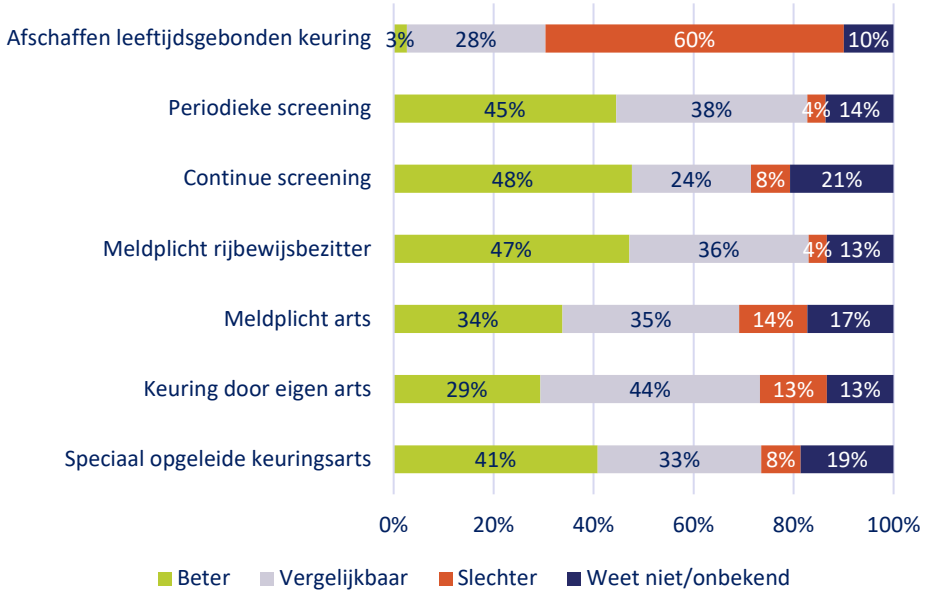
Uit de vorige paragrafen blijkt dat de meningen over de diverse alternatieven zeer uiteenlopen. De meningen verschillen niet alleen tussen de groepen respondenten. Ook binnen de groepen wordt er verschillend gedacht over de alternatieven voor het huidige stelsel. De kleine aantallen respondenten onder de beleidsmakers en uitvoeringspartners leiden ertoe dat de mening van één respondent het beeld sterk beïnvloed. *Afbeelding 7.2* toont de mate waarin de organisaties en experts de diverse varianten waarderen en geeft tegelijkertijd een beeld van de verschillen van mening.

Afbeelding 7.2. Draagvlak voor de varianten onder beleidsmakers, uitvoeringspartners en belangenorganisaties.



Afbeelding 7.3 geeft een overzicht van de meningen van de rijbewijsbezitters. Daarvoor is gebruikgemaakt van de antwoorden van de rijbewijsbezitters op de vraag wat de gevolgen van de invoering van deze variant zouden zijn voor de verkeersveiligheid. Vooral over het effect van een meldplicht voor de eigen (huis)arts en een keuring door de eigen arts zijn de meningen sterk verdeeld.

Afbeelding 7.3. Draagvlak voor de varianten onder rijbewijsbezitters, op basis van de gevolgen voor de verkeersveiligheid.



7.5.3 Alternatieven waarvoor het meeste draagvlak is

Als we de meningen van de verschillende groepen naast elkaar zetten, dan blijkt het draagvlak het grootst voor behoud van het huidige stelsel, de periodieke screening via een gezondheidsverklaring en een wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters (zie *Tabel 7.2*). Minimaal twee groepen waren positief over deze varianten en geen van de groepen stond hier negatief tegenover. Wel was er binnen sommige groepen verdeeldheid over de laatste twee varianten. Voor het behoud van het huidige stelsel was er binnen alle partijen draagvlak, met een neutrale positie onder de beleidsmakers en uitvoeringspartners.

Tabel 7.2. Draagvlak voor alternatieven onder vier verschillende groepen respondenten (+ + = overwegend positieve houding, + = neigend naar positieve houding, 0 = neutraal, - = neigend naar negatieve houding en -- = overwegend negatieve houding).

	Beleid en uitvoering	Artsen	Belangen-organisaties	Rijbewijs-bezitters
Huidig stelsel behouden	0	+	+ +	+
Afschaffen leeftijdsgebonden keuring	– –	– –	+	–
Periodiek gezondheidsverklaring	Verdeeld	+	Verdeeld	+
Periodiek medische keuring	– –	– –	Verdeeld	Verdeeld
Periodiek rijtest (op de weg of in rijsimulator)	– –	– –	– –	Verdeeld
Periodiek testbatterij	– –	+	Verdeeld	Verdeeld
Continue screening in-car	– –	– –	– –	Verdeeld
Wettelijke meldplicht rijbewijsbezitter	+ +	+ +	+	Verdeeld
Wettelijke meldplicht arts	Verdeeld	– –	Verdeeld	Verdeeld
Medische keuring groep 1-rijbewijzen door eigen arts	0	– –	Verdeeld	+
Medische keuring en beslissing door apart keuringsinstituut	0	+ +	Verdeeld	0

Opvallend is de weerstand tegen het periodiek screenen van alle rijbewijsbezitters. Dit komt deels doordat het veel werk oplevert en dus kostbaar is, maar ook doordat het relatief weinig opbrengt omdat het grootste deel van de rijbewijsbezitters geen aandoeningen heeft die de medische rijgeschiktheid beïnvloeden. De twee opties die een verantwoordelijkheid bij de rijbewijsbezitter zelf leggen – de wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter en het periodiek invullen van een gezondheidsverklaring – zijn het minst ingrijpend. Het zijn de opties die, naast behoud van het huidige stelsel, het meest positief beoordeeld worden.

In het verleden is invoering van de meldplicht voor de rijbewijsbezitter ook overwogen. Deze meldplicht werd toen echter niet realistisch geacht (zie Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020b). De redenen daarvoor waren dat het 1) niet altijd realistisch is om te verwachten dat rijbewijsbezitters zich bewust zijn van het feit dat ze een aandoening hebben die de rijgeschiktheid kan beïnvloeden en 2) niet mogelijk is om te handhaven op het tijdig melden als rijbewijsbezitters zich wel bewust zijn van hun aandoening. Uit het huidige draagvlakonderzoek blijkt dat de meldplicht voor de rijbewijsbezitter door de beleidsmakers en uitvoerders van het beleid nu wel als reële optie wordt gezien. Ook de helft van de bevraagde rijbewijsbezitters vindt het een goede optie. Wel moet er aandacht worden besteed aan de informatievoorziening aan de rijbewijs-bezitters. Als de huisartsen die informatie moeten leveren, dan kan dit de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt schaden en mogelijk leiden tot het mijden van zorg. Een meldplicht voor de (huis)arts heeft maar weinig draagvlak.

8 Evaluatie van alternatieven

Dit hoofdstuk combineert de resultaten uit de vorige drie hoofdstukken. De kosten, baten en het draagvlak voor de onderzochte alternatieven zijn tegen elkaar afgezet. Net als in de voorgaande hoofdstukken is het huidige stelsel daarin ook meegenomen. Het resultaat is een selectie van alternatieve vormen van keuring of screening die het geschiktst lijken om het huidige stelsel risicogestuurder en efficiënter te maken.

8.1 Samenvatting van kosten, baten en draagvlak

In *Tabel 8.1* op de volgende pagina zijn de bevindingen over de alternatieve elementen in kwalitatieve zin samengevat, zodat ze makkelijk te vergelijken zijn. Daarvoor is gebruikgemaakt van plussen en minnen die, afhankelijk van de kolom waarin ze staan, tot een positieve of negatieve waardering leiden van het alternatief. Zo is een toename van de instroom, frequentie en kosten, weergegeven met een of meer +, bij gelijkblijvende baten *negatief* voor de efficiëntie van het stelsel, terwijl een of meer + bij het effect op de verkeersveiligheid en het draagvlak duidt op een verbetering van de risicogestuurdheid en het draagvlak onder betrokken partijen. Hieronder staat per kolom een toelichting op de waardering. Zie de *Hoofdstukken 5, 6* en *7* voor meer achtergrondinformatie.

Instroom per jaar

Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring scheelt 156.502 beoordelingen per jaar (– –), uitgaande van de instroomcijfers van 2018. In de toekomst zal deze reductie groter zijn, aangezien het aantal oudere rijbewijsbezitters toeneemt. Ter indicatie: in de periode van 1985 tot 2017 is het rijbewijsbezit onder 75-plussers voor mannen toegenomen van 42% tot 81% en voor vrouwen van 8% naar 43%. In de toekomst lopen die percentages nog verder op. Zo was het rijbewijsbezit voor 65-plussers in 2017 voor mannen al 89% en voor vrouwen 62% (van de respectievelijk 1,5 en 1,7 miljoen 65-plussers). Dit betekent overigens ook dat behoud van het huidige stelsel tot een toename van de instroom zal leiden.

Bij de varianten waarbij de keuring wordt uitgevoerd door een andere partij dan nu het geval is, de eigen arts of een apart keuringsinstituut, is de instroom gelijk aan die wanneer het huidige stelsel behouden zou blijven (ongewijzigd). De invoering van een wettelijke meldplicht voor de bestuurder of de (huis)arts zal naar verwachting tot een kleine toename van de instroom leiden (+); respectievelijk 10.000 en 10.000–20.000 extra te beoordelen rijbewijsbezitters. Bij alle andere varianten, waar sprake is van een periodieke of continue screening, neemt de instroom in veel sterkere mate toe. Bij de periodieke screening zelfs met 1 miljoen per jaar (+ + +). De continue screening heeft eveneens consequenties voor alle rijbewijsbezitters, want er worden gegevens over het rijgedrag verzameld. Het is echter lastig in te schatten hoeveel rijbewijsbezitters op basis van deze min of meer automatische screening worden doorverwezen naar een medische keuring. Dat zal onder meer afhangen van de gekozen drempelwaarden.

Tabel 8.1. Kenmerken van het huidige Nederlandse stelsel en een kwalitatieve vergelijking met alternatieve elementen ten aanzien van impact, kosten, baten en draagvlak. Voor de instroom, frequentie en kosten betekent + een toename, wat bij gelijkblijvende baten negatief is voor de efficiëntie van het stelsel, terwijl een of meer + bij het effect op de verkeersveiligheid en het draagvlak duidt op een verbetering van de risicogestuurdheid en het draagvlak onder betrokken partijen.

	Omvang instroom bij CBR per jaar (2018)	Frequentie per rijbewijsbezitter	Kosten[37] in € per keuring/screening	Baten (% ongeschikt; % beperkt geschikt)	Draagvlak			
					Beleid en uitvoering	Medici	Belangen-organisaties	Rijbewijs-bezitters
Huidige stelsel behouden					0	+	+ +	+
Gezondheidsverklaring tijdens rijopleiding[38]	65.116	1	53	1,4%; 21%				
Ogentest bij rijexamen	N.v.t.	1	Nihil	Onbekend				
Medische keuring bij examen groep 2	19.219	1	70-178	Onbekend				
Morele meldplicht (eerste)	15.090	< 1	53-211	8,4-13,2%; 35-56%				
Medische herkeuring groep 1	35.634	< 1	103-211	5,0%; 61%				
Medische herkeuring groep 2	66.910	Elke 5 jaar	123-231	0,2%; 32%				
Leeftijdsgebonden keuring	156.502	Vanaf 75 jaar	103-211	1,4%; 30%				
Totaal huidige stelsel[39]	353.723	Varieert		1,3-2,1%; 20-32%				
Afschaffen leeftijdsgebonden keuring	– –	–	–	–	– –	– –	+	–
Periodiek gezondheidsverklaring	+ + +	+ +	+	0	Verdeeld	+	Verdeeld	+
Periodiek medische keuring	+ + +	+ +	+ +	0	– –	– –	Verdeeld	Verdeeld
Periodiek rijtest op de weg	+ + +	+ +	+ + +	Onbekend	– –	– –	– –	Verdeeld
Periodiek rijtest rijsimulator	+ + +	+ +	+ + +	Onbekend	– –	– –	– –	– –
Periodiek testbatterij	+ + +	+ +	+ +		– –	+	Verdeeld	Verdeeld
Continue screening in-car	Onbekend	Varieert	+ + +	Onbekend	– –	– –	– –	Verdeeld
Wettelijke meldplicht rijbewijsbezitter	+	1-2	+	+	+ +	+ +	+	Verdeeld
Wettelijke meldplicht arts	+	1-2	+	+ +	Verdeeld	– –	Verdeeld	Verdeeld
Medische keuring groep 1-rijbewijzen door eigen arts	Ongewijzigd	Ongewijzigd	Ongewijzigd	+ +	0	– –	Verdeeld	+
Medische keuring en beslissing door apart keuringsinstituut	Ongewijzigd	Ongewijzigd	Ongewijzigd	0	0	+ +	Verdeeld	0

37. Uitsluitend kosten voor beoordeling medische rijgeschiktheid. Kosten voor rijbewijs (€ 40,65) en pasfoto (€ 10,00) zijn niet meegerekend. Voor de alternatieven zijn alleen de kosten voor dat specifieke (screenings)element meegenomen. De implementatiekosten zijn niet meegenomen. Zie *Hoofdstuk 5* voor een toelichting op de kosten.
38. Door een medisch adviseur van het CBR beoordeelde gezondheidsverklaringen voor alle rijbewijscategorieën, dus inclusief groep 2-rijbewijzen (19.219). Het verkeersveiligheidseffect kon alleen voor de totale groep worden bepaald; verdere uitsplitsingen waren niet mogelijk.
39. Het totaal aantal beoordeelde rijbewijsbezitters bevat, naast de hierboven genoemde groepen, ook 10.833 beoordelingen van buitenlandse en militaire rijbewijzen en 3.638 beoordelingen van rijbewijsbezitters die een bezwaarprocedure zijn gestart.

Frequentie per rijbewijsbezitter

In het huidige stelsel wordt een bezitter van een groep 1-rijbewijs minimaal een keer gescreend of medisch beoordeeld, en als hij de leeftijd van 75 jaar passeert, minimaal twee keer. Uitgaande van een gezonde 75-plusser die tot op hoge leeftijd blijft rijden (95+), zal de leeftijdsgebonden keuring maximaal vijf keer plaatsvinden, wat het totaal op zes brengt. Afschaffing van de leeftijdsgebonden keuring verlaagt dat aantal per rijbewijsbezitter met minimaal een keer en maximaal vijf keer (–).

Bij de varianten waar sprake is van een periodieke screening, neemt de frequentie toe doordat groep 1-rijbewijsbezitters elke 10 jaar worden beoordeeld, namelijk op het moment dat ze hun rijbewijs willen verlengen. Dit betekent een gemiddelde frequentie van vijf tot zeven beoordelingen per rijbewijsbezitter, zonder rekening te houden met de leeftijdsgebonden keuring. Dat zijn drie tot vijf beoordelingen meer dan in het huidige stelsel (+ +). Bij de continue screening verschilt de frequentie per rijbewijsbezitter. Als deze een leven lang gezond blijft, is er geen reden voor een medische beoordeling. In het geval van een ziekte of aandoening met een progressief karakter, kan het rijgedrag op een aantal momenten in de rijbewijscarrière aanleiding geven voor een beoordeling van de medische rijgeschiktheid. In eerste instantie blijkt daaruit wellicht dat er nog geen reden is tot een beperking van de rijgeschiktheid, daarna volgt een beperking van de duur van de rijgeschiktheid en/of rijden onder voorwaarden van het gebruik van hulpmiddelen, en tot slot een verklaring van ongeschiktheid. Overigens is het denkbaar dat naast deze continue screening ook de keuring van mensen die medisch bekend zijn bij het CBR in haar huidige vorm blijft bestaan, wat betekent dat zij bij elke verlenging van het rijbewijs worden gekeurd. Ook in dat scenario kan de continue screening van het rijgedrag tussentijds aanleiding geven voor een eerdere beoordeling dan het moment van rijbewijsverlenging.

De frequentie waarmee de wettelijke meldplicht van een bestuurder of arts tot een beoordeling van de medische rijgeschiktheid leidt, zal per rijbewijscarrière in totaal maximaal een of twee keer zijn. Gemiddeld over alle rijbewijsbezitters zal deze frequentie echter veel kleiner zijn dan een. Het al dan niet behouden van de leeftijdsgebonden keuring zal echter wel van invloed zijn op deze frequentie; zonder leeftijdsgebonden keuring zal deze hoger liggen, waarschijnlijk in de buurt van een. Bij de varianten waarbij de keuring wordt uitgevoerd door een andere partij – de eigen arts of een apart keuringsinstituut – is de frequentie gelijk aan die wanneer het huidige stelsel behouden zou blijven (ongewijzigd).

Kosten per keuring of screening

Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring betekent logischerwijs een kostenbesparing ten opzichte van het huidige stelsel. Oudere rijbewijsbezitters hoeven immers niet meer (minimaal) elke 5 jaar gekeurd te worden. Dat levert een besparing op van minimaal € 103 per keurings-moment. In combinatie met (het wegvallen van) de omvang van huidige instroom, leidt dit tot een besparing in de uitvoeringskosten van € 16 miljoen. De implementatiekosten die daar tegenover staan zijn zeer gering, omdat dit alleen kosten voor besluitvorming en wetgeving met zich meebrengt. De duur van het implementatietraject is eveneens beperkt (1-3 jaar).

Ook voor de invoering van een meldplicht voor de rijbewijsbezitter, of voor zijn arts, en het uitvoeren van de medische keuring door de eigen (huis)arts of een apart keuringsinstituut, zijn de implementatiekosten gering tot zeer gering. De wettelijke meldplicht zal naar verwachting wel tot meer keuringen leiden; 10.000 extra bij een wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter en 10.000-20.000 extra bij een meldplicht voor de arts. Met kosten per rijbewijsbezitter van minimaal € 61 leidt dit tot een toename van de uitvoeringskosten van € 600.000 tot € 1,2 miljoen. Bij keuringen die worden uitgevoerd door de eigen arts of een apart keuringsinstituut, blijven de uitvoeringskosten gelijk aan die van het huidige stelsel.

De andere varianten, waarbij sprake is van een periodieke of continue screening, brengen beduidend meer uitvoeringskosten met zich mee, variërend van € 40 tot € 340 miljoen. Dat heeft vooral te maken met de forse toename van de instroom. Bij de rijtesten op de weg en in de rijsimulator zijn ook de kosten per screening hoger (€ 250-€ 326). Tot slot zijn ook de implementatiekosten voor de periodieke varianten hoger en duurt het implementatietraject langer. Dat komt door de tijd die nodig is voor de ontwikkeling en validatie van simulatorritten, een set van psychologische, motorische en visuele testen, en het vaststellen van drempelwaarden voor de periodieke en continue screeningsinstrumenten. De kosten zijn het laagst en het traject het kortst voor de periodieke screening via de gezondheidsverklaring en de medische keuring. De kosten zijn verreweg het hoogst voor de continue screening via een datalogger of een in-car-systeem (minimaal € 2 miljard). Het implementatietraject voor deze variant duurt ook het langst, naar verwachting meer dan 10 jaar.

Baten: geschat effect op de verkeersveiligheid

In het huidige stelsel wordt jaarlijks 2,1% van de medisch beoordeelde rijbewijsbezitters ongeschikt verklaard en 32% geschikt met beperkingen. Dit laatste betreft vooral beperkingen in de geldigheidsduur van het rijbewijs en de voorwaarde dat een bril of contactlenzen worden gedragen (78%). Het jaarlijks aantal medisch beoordeelde rijbewijsbezitters is ruim 350.000. Bijna de helft (44%) van deze rijbewijsbezitters wordt beoordeeld vanwege de leeftijdsgebonden keuring. Door deze keuring wordt 1,4% ongeschikt verklaard en 30% beperkt geschikt verklaard. Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring leidt ertoe dat zo'n 2.000 automobilisten die nu ongeschikt worden verklaard, blijven rijden. Dit kan tot een beperkte toename leiden van het aantal verkeersslachtoffers. Daarnaast zullen circa 47.000 automobilisten zonder beperkingen blijven rijden. Een aanzienlijk deel van die beperkingen gaat over het gebruik van een bril of contactlenzen (63%). De keuring kan leiden tot een aangepaste sterkte van dit hulpmiddel, maar leidt vooral tot de voorwaarde dat de automobilist alleen mag rijden als hij de bril of contact-lenzen gebruikt, wat hij daarvoor ook al deed.

De periodieke screening via een gezondheidsverklaring of een medische keuring leidt naar verwachting tot een toename van het aantal ongeschikt verklaarde en beperkt geschikt verklaarde automobilisten en motorrijders[40]. Ten opzichte van het aantal gescreende rijbewijsbezitters is dit percentage echter kleiner dan in het huidige stelsel. Voor de andere vormen van periodieke of continue screening zijn de baten niet te bepalen, omdat deze afhangen van de gekozen drempelwaarden. Deze worden veelal afgeleid van de prestatie op de rijtest op de weg, die als gouden standaard wordt beschouwd. Van de rijtest op de weg zijn de baten ook niet bekend, omdat deze deel uitmaakt van de medische beoordeling en alleen wordt ingezet als de medische keuring geen uitsluitsel geeft over de rijgeschiktheid.

De wettelijke meldplicht voor de rijbewijsbezitter en voor de arts, en de eigen arts als uitvoerder van de medische keuring voor groep 1-rijbewijzen, hebben naar verwachting wel een positief effect op de verkeersveiligheid. Met name de varianten waarbij de eigen arts een rol speelt, zullen leiden tot een betere selectie van rijbewijsbezitters met een medische aandoening die, gezien de ernst, van invloed is op de rijgeschiktheid; een kleine groep te beoordelen rijbewijsbezitters waarvan een relatief groot deel ongeschikt wordt verklaard.

40. Bus- en vrachtautochauffeurs worden al periodiek gekeurd.

Draagvlak onder diverse groepen betrokkenen

Van alle varianten is het draagvlak het grootst voor het behoud van het huidige stelsel. Onder alle partijen is er draagvlak voor deze variant, met een neutrale positie onder de groep van beleidsmakers en uitvoeringspartners. Er is ook draagvlak voor de periodieke screening via een gezondheidsverklaring en een wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters. Minimaal twee groepen belanghebbenden waren positief over deze varianten en geen van de partijen stond er negatief tegenover. Wel was er binnen de beleidsmakers en uitvoeringspartners en binnen de belangenverenigingen verdeeldheid ('Verdeeld') over de periodieke screening via een gezondheidsverklaring en binnen de rijbewijsbezitters over de wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters.

De periodieke screening via een gezondheidsverklaring is de enige vorm van periodieke screening waarvoor draagvlak is. Voor alle andere varianten, inclusief de continue screening, is geen draagvlak. De partijen zijn op zijn hoogst verdeeld, maar in de meeste gevallen staan ze er zeer negatief tegenover. Alleen de periodieke screening via psychologische, motorische en visuele testen kan nog op enig draagvlak rekenen; de artsen zijn hier positief over. Zij staan als enigen ook positief tegenover de variant waarbij de keuringen voortaan door een apart keuringsinstituut worden uitgevoerd. De beleidsmakers en uitvoeringspartners, en de rijbewijsbezitters stonden daar neutraal tegenover en de belangenorganisaties waren verdeeld. De belangenorganisaties waren als enige positief over het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring, de rijbewijsbezitters als enige over de variant waarbij de medische keuring voor groep 1-rijbewijsbezitters door de eigen arts wordt uitgevoerd.

8.2 Kansrijke elementen voor wijziging van huidige stelsel

De alternatieve elementen die het geschiktst lijken om de risicogestuurdheid en efficiëntie van het huidige stelsel te vergroten, combineren een afname of beperkte toename van de instroom met lage uitvoeringskosten per rijbewijsbezitter, een gelijk of positief effect op de verkeersveiligheid en/of draagvlak bij een of meer partijen. Dit zijn de volgende elementen, in de volgorde zoals behandeld in *Tabel 8.1*:

- afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring;
- periodieke screening via een gezondheidsverklaring;
- wettelijke meldplicht rijbewijsbezitter; en
- medische keuring groep 1-rijbewijzen door eigen arts.

Daarnaast is behoud van het huidige stelsel een optie die overwogen moet worden. Dit stelsel is al in belangrijke mate risicogestuurd en staat wat draagvlak betreft op de tweede plaats. Voor een wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters is het meeste draagvlak. Een periodieke screening via een gezondheidsverklaring bij elke afgifte van het rijbewijs, staat, wat draagvlak betreft, op de derde plaats.

9 Conclusies

Dit hoofdstuk vat de belangrijkste conclusies samen. Het gaat in op de risicogestuurde aanpak, geeft aan welke wijzigingen van het huidige stelsel in dat opzicht het meest kansrijk zijn en wat de voor- en nadelen van dergelijke wijzigingen zijn.

Een risicogestuurde aanpak houdt in dat maatregelen worden getroffen daar waar volgens algemene (wetenschappelijke) inzichten verwacht wordt dat de risico's het grootst zijn. Bij de medische rijgeschiktheid gaat het dan om ziekten en aandoeningen waarvan bekend is dat ze de kans op ongevalsbetrokkenheid vergroten.

De Nederlandse leidraad voor besluiten rondom de medische rijgeschiktheid is de *Regeling eisen geschiktheid 2000* (*REG2000*; Ministerie van Verkeer en Waterstaat, 2000). Daarin staat vermeld aan welke lichamelijke en geestelijke eisen bestuurders van motorvoertuigen moeten voldoen. De leidraad volgt de derde Europese rijbewijsrichtlijn (Europees Parlement, 2006). Lidstaten kunnen daar alleen van afwijken als de in de lidstaat gestelde eisen strenger zijn. Alternatieven voor het huidige stelsel moeten dus ten minste voldoen aan de Europese rijbewijsrichtlijn. De eisen uit de *REG2000* en de *Europese rijbewijsrichtlijn* worden regelmatig aangepast op basis van nieuwe inzichten uit wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast worden strengere eisen gesteld aan bestuurders van voertuigen die vanwege hun massa en/of het vervoeren van passagiers anderen blootstellen aan risico's: vrachtauto's en bussen. Het huidige stelsel is dus in beginsel al een risicogestuurd stelsel.

Voor een verdere verbetering van de risicogestuurde aanpak is het van belang dat het stelsel:
- zich uitsluitend richt op rijbewijsbezitters die een grote kans hebben op ziekten en aandoeningen die de ongevalskans vergroten; en
- instrumenten gebruikt die in staat zijn om alleen die rijbewijsbezitters te selecteren waarvan de medische conditie dusdanig is, dat er sprake is van een onaanvaardbaar hoog risico.

Uit gesprekken met beleidsmedewerkers en uitvoeringspartners[41] die in het kader van het onderzoek werden gevoerd, kwam naar voren dat het huidige stelsel op drie punten niet risicogestuurd is (Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020b):
1. Tussen het behalen van het rijbewijs en de 75 jaar ligt de (morele) verantwoordelijkheid voor het melden van een gewijzigde medische conditie bij de rijbewijsbezitter (morele meldplicht).
2. Door de verkorting van de administratieve geldigheidsduur van groep 2-rijbewijzen, moeten beroepschauffeurs sinds 2013 elke 5 jaar worden gekeurd in plaats van elke 10 jaar. Deze frequentie lijkt onnodig voor jonge chauffeurs.
3. Er lijken grote verschillen te zijn in de mate waarin huisartsen en specialisten aandacht besteden aan de invloed van een medische aandoening op de rijgeschiktheid. Dit is te verklaren vanuit de professionele vrijheid die deze beroepsgroep geniet. Een proactievere rol van artsen zou de risicogestuurdheid van het stelsel echter ten goede komen. De eigen arts heeft immers een beter beeld van de medische conditie van zijn patiënten dan een onafhankelijk keurend arts.

41. Met medewerkers van het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, CBR, RDW en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

De alternatieve elementen die in dit onderzoek zijn geëvalueerd, bieden verschillende mogelijkheden voor verbetering op bovengenoemde punten. Deze variëren van een periodieke screening via een gezondheidsverklaring, een wettelijke meldplicht voor rijbewijsbezitters en een grotere rol voor de eigen arts, tot de inzet van innovatieve screeningsmethoden zoals de continue screening op basis van het rijgedrag. In de volgende paragrafen bespreken we de alternatieve elementen die het geschiktst lijken om de risicogestuurdheid en efficiëntie van het huidige stelsel te verbeteren. Daarbij komen ook de voor- en nadelen van implementatie van deze alternatieven aan bod.

9.1 Kansrijke alternatieven

De alternatieve elementen die het geschiktst lijken om de risicogestuurdheid en efficiëntie van het huidige stelsel te vergroten zijn, in volgorde waarin de elementen in dit rapport zijn behandeld:

- Afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring;
- Introduceren van een periodieke screening waarbij de rijbewijsbezitter bij elke verlenging van het rijbewijs een gezondheidsverklaring moet invullen;
- De morele plicht voor rijbewijsbezitters om wijzigingen in de medische conditie te melden, omzetten in een wettelijke meldplicht; en/of
- De medische keuring voor groep 1-rijbewijzen door de eigen (huis)arts laten uitvoeren in plaats van door een onafhankelijk keurend arts.

Elk van de bovengenoemde vier alternatieven kan het risicogestuurder of efficiënter maken. Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring leidt tot meer efficiëntie, maar ook tot een klein, maar ongunstig verkeersveiligheidseffect. De andere drie alternatieven kunnen het huidige stelsel risicogestuurder maken, met een verschillende mate van efficiëntie.

Afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring

Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring zal een positief effect hebben op de doorstroming in het huidige stelsel voor de beoordeling van de medische geschiktheid. Het leidt namelijk tot een grote daling (44%) van het aantal door een medisch adviseur te beoordelen groep 1-rijbewijsbezitters. Daarnaast verlaagt het de belasting van de rijbewijsbezitter zelf, zowel in het aantal keuringsmomenten, als in de daarbij behorende kosten. Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring is in het verleden ook overwogen, op voorwaarde van een meldplicht of anderszins grotere rol van de eigen arts (Vlakveld & Davidse, 2011). Daar was destijds geen draagvlak voor en die lijkt ook nu te ontbreken, vooral onder beleid, uitvoeringspartners en medici. Belangenorganisaties staan er wel positief tegenover.

Deze wijziging van het stelsel zal er toe leiden dat zo'n 2.000 automobilisten die nu ongeschikt worden verklaard, blijven doorrijden. Afhankelijk van de risicoverhoging vanwege de aandoeningen van deze automobilisten en het aantal kilometer dat ze per jaar rijden, kan dit tot een beperkte toename leiden van het aantal verkeersslachtoffers, met name onder ouderen zelf[42]. Het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring kan echter ook andere effecten met zich meebrengen. Zo kan het louter bestaan van een vorm van keuring of screening ervoor zorgen dat mensen stilstaan bij hun eigen rijgeschiktheid. Dit kan leiden tot aangepast rijgedrag, maar het kan er ook toe leiden dat ze afzien van een keuring of screening en uit eigen beweging stoppen met rijden. Het is daarbij wel de vraag of dat een terechte beslissing is gezien hun rijgeschiktheid. Met name oudere vrouwen zijn geneigd eerder te stoppen met rijden (Siren & Haustein, 2015). Als zij vanwege het inleveren van het rijbewijs overstappen op de fiets (of gaan lopen), voor zover zij daar op hogere leeftijd nog toe in staat zijn, dan leidt dat tot een grotere kans op ongevallen en

42. Een zeer grove schatting komt uit op maximaal 2 verkeersdoden en 25 ernstig gewonden (zie ook Vlakveld & Davidse, 2011).

overlijden (Hakamies-Blomqvist, Johansson & Lundberg, 1996; Siren & Haustein, 2015). Het overlijdensrisico voor fietsers van 75 jaar en ouder is namelijk vijftien keer zo groot als het overlijdensrisico voor automobilisten van dezelfde leeftijd (SWOV, 2015). Op basis van deze afweging concludeerde het Europese SafetyCube project, dat de leeftijdsgebonden keuring geen effectieve maatregel is voor het verbeteren van de verkeersveiligheid (Martensen, 2017).

Twee andere elementen uit het huidige stelsel kunnen naar verwachting het geringe negatieve effect van het afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring op de verkeersveiligheid dempen: de morele meldplicht en de medische herkeuring van groep 1-rijbewijsbezitters. Rijbewijsbezitters die al medisch bekend waren bij het CBR, zullen ook na hun 75^{e} levensjaar elke 1, 3 of 5 jaar worden gekeurd en van de rijbewijsbezitters die op hogere leeftijd voor het eerst met een ziekte of aandoening worden geconfronteerd, zal een onbekend deel zich vanwege de morele meldplicht alsnog bij het CBR melden. Dit zal onder meer rijbewijsbezitters met beginnende dementie betreffen, die ook nu door hun arts of neuroloog worden aangespoord zich te melden.

Periodieke screening via een gezondheidsverklaring

Het instellen van een verplichting tot het invullen van een gezondheidsverklaring bij elke verlenging van het rijbewijs kan werken als een herinnering aan de morele meldplicht. In feite betekent deze variant een verhoging van de frequentie waarmee de wettelijke meldplicht wordt afgedwongen. Bij het invullen van de gezondheidsverklaring is men namelijk wel verplicht ziekten en aandoeningen te melden. Deze herinnering aan de meldplicht is vergelijkbaar met de herinnering die in Quebec (Canada) en Victoria (Australië) wordt toegepast. Daar wordt men bij elke verlenging van het rijbewijs herinnerd aan de wettelijke meldplicht. Deze bestaat uit een hele korte vragenlijst. Zo is de vraag in Quebec beperkt tot de vraag of de medische situatie is gewijzigd. De gezondheidsverklaring die in Nederland wordt gebruikt is langer. Hij bevat negentien vragen over lichamelijke en geestelijke aandoeningen die relevant zijn voor de verkeersveiligheid. Het voordeel van die vragenlijst is dat de rijbewijsbezitter bewust wordt gemaakt van de aandoeningen die relevant kunnen zijn voor de medische rijgeschiktheid. Het nadeel is dat er kosten voor de rijbewijsbezitter aan verbonden zijn doordat hij een gezondheidsverklaring moet kopen. In het buitenland is een schriftelijke ondertekening of vinkje op internet voldoende als er geen relevante aandoeningen zijn.

Naar verwachting zal slechts een zeer klein deel van de ingevulde gezondheidsverklaringen beoordeeld moeten worden door een medisch adviseur van het CBR. De verklaringen waarin alle vragen met nee zijn beantwoord, worden tegenwoordig namelijk automatisch verwerkt. Daarmee blijft de belasting van de medisch adviseurs beperkt. Wellicht dat daarmee ook de kosten voor de periodieke gezondheidsverklaring naar beneden kunnen worden bijgesteld. Dat komt de kosten-batenverhouding van deze variant ten goede. Er worden namelijk heel veel meer rijbewijsbezitters belast – elk jaar 10% van de rijbewijsbezitters (ruim 1 miljoen)– dan nu het geval is, wat tot een verdubbeling van de uitvoeringskosten leidt, terwijl de baten beperkt zijn. Naar verwachting zal maximaal 0,2% ongeschikt worden verklaard en maximaal 0,6% geschikt met beperkingen. Voordat een medisch adviseur van het CBR hier een oordeel over kan geven, zal een deel van de gescreende rijbewijsbezitters ook een medische keuring moeten ondergaan. De gezondheidsverklaring geeft immers geen beeld van de ernst van de medische aandoening.

Wettelijke meldplicht rijbewijsbezitter

Net als de periodieke screening, legt ook de wettelijke meldplicht de verantwoordelijkheid bij de rijbewijsbezitter. In vergelijking met de periodieke screening is deze variant minder belastend, omdat rijbewijsbezitters alleen in actie hoeven te komen als er daadwerkelijk sprake is van een gewijzigde medische situatie.

In het verleden is invoering van de meldplicht voor de rijbewijsbezitter ook overwogen. Deze meldplicht werd echter niet realistisch geacht (zie Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020b).

Dit omdat het niet altijd realistisch is om te verwachten dat rijbewijsbezitters zich bewust zijn van het feit dat ze een aandoening hebben die de rijgeschiktheid kan beïnvloeden, en omdat het niet mogelijk is om te handhaven op het tijdig melden als rijbewijsbezitters zich *wel* bewust zijn van hun aandoening. Uit het huidige draagvlakonderzoek blijkt dat de meldplicht voor de rijbewijsbezitter door de beleidsmakers en uitvoerders van het beleid nu wel als reële optie wordt gezien. Ook de helft van de bevraagde rijbewijsbezitters vindt het een goede optie. Wel moet er aandacht worden besteed aan de informatievoorziening aan de rijbewijsbezitters, zodat ze weten dat de ziekte of aandoening die bij hen is vastgesteld, consequenties kan hebben voor de rijgeschiktheid. Het invoeren van een informatieplicht voor de arts kan een oplossing zijn. Deze plicht bestaat al in België en Duitsland en houdt in dat de arts zijn patiënt moet informeren over mogelijke beperkingen van de rijgeschiktheid door een ziekte of aandoening. De informatieplicht zou er ook uit kunnen bestaan dat de huisarts de patiënt voor dergelijke informatie verwijst naar de website van het CBR. Daarmee wordt de arts minder belast en is er minder gevaar voor een schending van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. Het CBR heeft de laatste jaren veel aandacht besteed aan de informatievoorziening aan rijbewijsbezitters via zijn website. Er kan echter niet vanuit worden gegaan dat rijbewijsbezitters deze website uit eigen beweging bezoeken. Een stimulans vanuit de huisarts kan daarbij helpen en vergroot de proactieve rol van de arts.

Medische keuring door eigen arts

Deze wijziging van het stelsel heeft uitsluitend betrekking op de arts die de keuring uitvoert. Het aantal te beoordelen rijbewijsbezitters blijft gelijk, evenals de frequentie van keuren en de kosten. De baten van een keuring door de eigen arts zijn naar verwachting echter groter dan de baten van een keuring door een onafhankelijk keurend arts. De eigen arts heeft namelijk inzage in het medisch patiëntdossier, aan de hand waarvan hij kan vaststellen welke ziekten en aandoeningen een rijbewijsbezitter heeft en of de ernst daarvan dusdanig is dat nader onderzoek naar de medische rijgeschiktheid gewenst is.

Ook een wettelijke meldplicht voor de eigen arts zal de risicogestuurde aanpak verbeteren. Het focust de beoordeling van de medische rijgeschiktheid op een kleine groep rijbewijsbezitters waarvan een relatief groot deel ongeschikt wordt verklaard. Er is echter weinig tot geen draagvlak voor deze maatregel. Als reden geeft men aan dat het de arts-patiëntrelatie schaadt en mogelijk leidt tot het mijden van zorg. Van de rijbewijsbezitters heeft 80% een duidelijke mening over een eventuele meldplicht van de huisarts. Die mening is echter sterk verdeeld: de helft van deze rijbewijsbezitters heeft geen problemen met een meldplicht voor de huisarts, de andere helft wel. Voor 30% van de rijbewijsbezitters zou het een reden zijn om minder snel naar de huisarts te gaan. De medische keuring van groep 1-rijbewijsbezitters door de eigen arts kan op iets meer draagvlak rekenen, echter uitsluitend onder de rijbewijsbezitters zelf.

9.2 Risicogestuurdheid van de keuring van beroepschauffeurs

De aandacht is in dit rapport vooral uitgegaan naar alternatieven die de beoordeling van de medische rijgeschiktheid van automobilisten, motorrijders en tractorbestuurders kunnen verbeteren, de zogenoemde groep 1-rijbewijsbezitters. Dit onderzoek heeft echter ook de aandacht gericht op twee mogelijke wijzigingen in de keuring van beroepschauffeurs. De Europese regelgeving schrijft voor dat deze medische keuring bij elke vernieuwing van het rijbewijs moet plaatsvinden. Sinds 2013 zijn groep 2-rijbewijzen echter 5 jaar geldig in plaats van 10 jaar. Dit betekende een verdubbeling van de keuringsfrequentie. Het is de vraag of deze frequentie gerechtvaardigd is gezien het lage percentage ongeschikt verklaarden. In Zweden wijkt men af van de Europese richtlijn door wel een medische keuring te verplichten voor afgifte van het eerste rijbewijs, maar daarna tot het 45^{e} levensjaar te volstaan met een gezondheids-verklaring en bewijs van voldoende gezichtsvermogen bij elke verlenging van het rijbewijs. Daarna is een medische keuring weer verplicht. Het valt te overwegen deze wijziging van het stelsel ook in Nederland in te voeren. De hoge frequentie van keuren lijkt namelijk onnodig voor jongere bus- en vrachtautochauffeurs.

Een tweede mogelijke aanpassing van de beoordeling van de medische rijgeschiktheid van beroepschauffeurs is een continue screening op basis van het rijgedrag. Die zou de vijfjaarlijkse keuringen op termijn kunnen vervangen. Door de beperkte omvang van het voertuigpark zouden de implementatiekosten van deze variant gunstiger uitpakken dan bij een continue screening van alle rijbewijsbezitters. Deze variant heeft echter wel een lang implementatietraject (meer dan 10 jaar) vanwege het inbouwen van dataloggers of in-carsystemen in het bestaande voertuigpark en de ontwikkeling en validatie van robuuste drempelwaarden als indicator voor een verhoogd ongevalsrisico door ziekten en aandoeningen.

Literatuur

Brouwer, W.H. & Davidse, R.J. (2002). *Oudere verkeersdeelnemers.* In: Schroots, J.J.F. (red.), Handboek psychologie van de volwassen ontwikkeling & veroudering. Van Gorcum, Assen, p. 505-531.

Coeckelbergh, T.R.M. (2002). *Effect of compensatory viewing strategies on practical fitness to drive in subjects with visual field defects caused by ocular pathology.* Proefschrift University of Groningen, Groningen.

Davidse, R.J. (2019). *Onderzoeksopzet stelselherziening medische rijgeschiktheid*. R-2019-21. SWOV, Den Haag.

Davidse, R.J., Vlakveld, W.P., Doumen, M.J.A. & Craen, S. de (2010). *Statusonderkenning, risico-onderkenning en kalibratie bij verkeersdeelnemers; Een literatuurstudie.* R-2010-2. SWOV, Leidschendam.

Doumen, M.J.A. & Schagen, I.N.L.G. van (2020). *Innovatieve methoden om de medische rijgeschiktheid te beoordelen; Mogelijkheden voor een stelselherziening.* R-2020-7. SWOV, Den Haag.

Elvik, R., Høye, A., Vaa, T. & Sørensen, M. (2009). *The handbook of road safety measures*. 2 ed. Emerald Group Publishing Limited, Bingley, UK.

Europees Parlement (2006). *Richtlijn 2006/126/EG betreffende het rijbewijs.* Europees Parlement, Brussel.

Hakamies-Blomqvist, L., Johansson, K. & Lundberg, C. (1996). *Medical screening of older drivers as a traffic safety measure; A comparitive Finnish-Swedish evaluation study.* In: Journal of the American Geriatrics Society, vol. 44, nr. 6, p. 650-653.

Keijser, R., Venhuizen, M. & Rosmalen, G. van (2020a). *Draagvlakonderzoek experts en organisaties; Deelstudie 4 Draagvlakmeting stelselherziening medische rijgeschiktheid.* Andersson Elffers Felix, Utrecht.

Keijser, R., Venhuizen, M. & Rosmalen, G. van (2020b). *Nederlands stelsel medische rijgeschiktheid; Deelstudie 1 Beschrijving huidig Nederlands stelsel.* Andersson Elffers Felix, Utrecht.

Keijser, R., Venhuizen, M. & Rosmalen, G. van (2020c). *Vergelijking stelsels medische rijgeschiktheid; Deelstudie 2 Stelselherziening medische rijgeschiktheid.* Andersson Elffers Felix, Utrecht.

Martensen, H. (2017). *Age-based screening of elderly drivers, European Road Safety Decision Support System, developed by the H2020 project SafetyCube*. Geraadpleegd via www.roadsafety-dss.eu op 26 mei 2020.

Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (2018). *Veilig van deur tot deur; Het Strategisch Plan Verkeersveiligheid 2030: Een gezamenlijke visie op aanpak verkeersveiligheidsbeleid.* Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat, Den Haag.

Ministerie van Verkeer en Waterstaat (1996a). *Regeling coderingen beperkingen rijbevoegdheid.* Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Den Haag.

Ministerie van Verkeer en Waterstaat (1996b). *Reglement rijbewijzen.* Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Den Haag.

Ministerie van Verkeer en Waterstaat (2000). *Regeling eisen geschiktheid 2000*. Ministerie van Verkeer en Waterstaat, Den Haag.

Siren, A. & Haustein, S. (2015). *Driving licences and medical screening in old age: Review of literature and European licensing policies.* In: Journal of Transport & Health, vol. 2, nr. 1, p. 68-78.

SWOV (2015). *Ouderen in het verkeer.* SWOV-factsheet, augustus 2015. SWOV, Den Haag.

SWOV (2020). *Kosten van verkeersongevallen.* SWOV-factsheet, maart 2020. SWOV, Den Haag.

Vlakveld, W.P. & Davidse, R.J. (2011). *Effect van verhoging van de keuringsleeftijd op de verkeersveiligheid; Geschatte toename in verkeersslachtoffers bij verhoging van de keuringsleeftijd voor het rijbewijs A en B van 70 jaar naar 75 jaar.* R-2011-6. SWOV, Leidschendam.

Bijlage A Voorgelegde alternatieven

In het draagvlakonderzoek van AEF zijn tien varianten voor wijziging van het huidige stelsel voorgelegd aan experts en rijbewijsbezitters. Deze bijlage beschrijft de alternatieven zoals deze zijn voorgelegd aan de organisaties en experts (zie *Hoofdstuk 7* en Keijser, Venhuizen & Van Rosmalen, 2020a). De beschrijving voor de rijbewijsbezitters was een vereenvoudigde versie en is als bijlage opgenomen in bovengenoemd rapport van Keijser et al.

De voorgelegde varianten betroffen:

1. Huidige stelsel behouden.
2. Afschaffen van de leeftijdsgebonden keuring.
3. Vaker medische screening: periodieke screening bij aanvraag en elke verlenging van het rijbewijs via (a) een gezondheidsverklaring of (b) een medische keuring. [Merk op dat deze opties in de vragenlijst in omgekeerde volgorde zijn aangeboden. In dit rapport wordt echter consequent eerst de gezondheidsverklaring besproken.]
4. Bij verlenging rijbewijs altijd rijtest: periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via een rijtest (a) in een rijsimulator of (b) op de openbare weg, al dan niet in combinatie met psychologische testen.
5. Periodieke screening bij elke verlenging van het rijbewijs via psychologische, motorische en visuele testen.
6. Voor alle bestuurders continue screening: continue screening van alle rijbewijsbezitters op basis van rijgedrag met een datalogger of een in-carsysteem.
7. Bestuurder krijgt meldplicht: rijbewijsbezitter heeft meldplicht, al dan niet met sanctie op bewust niet melden van relevante (wijziging in) medische situatie.
8. Huisarts krijgt meldplicht: eigen huisarts heeft meldplicht, CBR beslist over rijgeschiktheid.
9. Huisarts voert medische keuring uit: eigen huisarts voert medische keuring uit in plaats van huidige keuringsarts, CBR beslist over rijgeschiktheid.
10. Aangewezen keuringsartsen onderzoeken en besluiten: speciaal aangewezen keuringsartsen onderzoeken de rijgeschiktheid en beslissen over rijgeschiktheid.

A.1 Huidige stelsel behouden

Wellicht zijn er verbeteringen mogelijk, maar dit weegt dan niet op tegen de mogelijke nadelen van opties. De onderstaande situatie wordt dus niet veranderd:

- Burgers moeten voor een eerste aanvraag een ezondheidsverklaring invullen. Als de ingevulde Gezondheidsverklaring daar aanleiding toe geeft, wordt de medische rijgeschiktheid van de aanvrager van het rijbewijs onderzocht via een medische keuring en een eventuele aanvullende rijtest. Het CBR bepaalt of de persoon in kwestie wel of niet een rijbewijs kan aanvragen, of dat een rijbewijs met beperking van toepassing is.
- Bij de diagnose van een relevante aandoening (in het kader van de rijgeschiktheid) tijdens een huisartsenbezoek, bespreekt de arts dit met de bestuurder. De bestuurder meldt de aandoening dan zelf bij het CBR. Er geldt geen meldplicht voor bestuurders en huisartsen als er een relevante aandoening is.
- Bij verlenging van het rijbewijs wordt een bestuurder van een personenauto alleen medisch onderzocht als hij of zij zelf aangeeft dat er sprake is van een gewijzigde medische situatie, of als er sprake is van een ziekte of aandoening die reeds bekend is bij het CBR.

- Voor beroepschauffeurs geldt wel dat zij iedere vijf jaar een Gezondheidsverklaring invullen, een ogentest doen en een medisch onderzoek ondergaan.
- Vanaf 75 jaar oud worden bestuurders bij het verlengen van hun rijbewijs ook medisch gekeurd op aandoeningen.

A.2 Afschaffen leeftijdsgebonden keuring

De leeftijdsgebonden keuring voor rijbewijsgroep I wordt afgeschaft. Burgers worden alleen medisch onderzocht als er een concrete aanleiding is om te twijfelen aan hun rijgeschiktheid. Dit betekent dat:

- Net zoals op dit moment wordt bij het aanvragen van een rijbewijs met de Gezondheids-verklaring gevraagd naar mogelijke medische aandoeningen. Als er geen aandoening wordt genoemd, wordt geen onderzoek uitgevoerd.
- De leeftijdskeuring van 75 jaar komt te vervallen. Ook oudere bestuurders worden alleen onderzocht als er een concrete aanleiding is. Voorbeelden zijn betrokkenheid bij een ongeval, bij wijziging van hun medische situatie of bij een periodieke controle van een medische aandoening die al bekend was bij het CBR.
- Rijbewijzen zijn voor alle leeftijdsgroepen tien jaar geldig. Dit geldt ook voor bestuurders van 75 jaar en ouder.
- In de situaties waarin nu een kortere geldigheidsduur geldt (bijvoorbeeld bij bepaalde aandoeningen) blijft deze kortere geldigheidsduur van kracht. In dit geval wordt de rijbewijs-bezitter bij elke verlenging van het rijbewijs opnieuw beoordeeld.
- De situatie voor beroepschauffeurs blijft in dit scenario ongewijzigd.

A.3 Vaker medische screening

Onder deze optie vallen twee varianten.

Variant 3a: Bij eerste aanvraag en verlenging rijbewijs altijd medische keuring. Er wordt bij een eerste rijbewijsaanvraag en bij elke verlenging van het rijbewijs een keuring uitgevoerd bij de bestuurder in kwestie.
Dit betekent:

- Een arts onderzoekt of bestuurders aandoeningen hebben die hen mogelijk ongeschikt maken om een auto te besturen.
- Ongeacht de huidige medische conditie van de burger en de leeftijd worden deze onderzoeken bij iedereen uitgevoerd: bij de eerste aanvraag en bij verlenging wanneer het rijbewijs eens in de tien jaar verloopt.
- Voor beroepschauffeurs verandert er niets.

Variant 3b: Bij eerste aanvraag en verlenging rijbewijs altijd Gezondheidsverklaring. Er wordt bij een eerste rijbewijsaanvraag en bij elke verlenging van het rijbewijs een Gezondheidsverklaring ingevuld door de bestuurder in kwestie. Op basis van de antwoorden wordt bepaald of medische keuring noodzakelijk is. Dit betekent:

- Ook bij een reguliere verlenging van het rijbewijs dient een Gezondheidsverklaring ingevuld te worden. Hierop volgt eventueel een medische keuring.
- Voor beroepschauffeurs verandert er niets.

A.4 Bij verlenging rijbewijs altijd rijtest

Bij elke verlenging van het rijbewijs wordt het verplicht om een rijtest te doen. De rijtest is gericht op de medische rijgeschiktheid (niet de rijvaardigheid zoals het rijexamen). Dit betekent:

- Bij elke verlenging van categorie I en II rijbewijzen doet de bestuurder een rijtest.
- Het CBR of een andere uitvoeringsorganisatie neemt de rijtest af.
- De rijtest wordt op één manier afgenomen (zie varianten hieronder).
- De bestuurder betaalt voor de rijtest.

Varianten voor de manier waarop de rijtest wordt afgenomen:
variant 4a: in een rijsimulator
variant 4b: in een rijsimulator, met aanvullend een psychologische test
variant 4c: in een rijsimulator en met verschillende testen, waaronder een gevaarherkenningstest
variant 4d: op de openbare weg
variant 4e: op de openbare weg, met aanvullend een psychologische test

A.5 Periodieke screening bij verlenging rijbewijs

Bij elke verlenging van het rijbewijs wordt het verplicht om gescreend te worden aan de hand van verschillende motorische, visuele en computertaken. Deze taken zijn gericht op het meten van de motoriek, het gezichtsvermogen (zoals gezichtsscherpte, visuele veld en/of contrast), de aandachtsverdeling en gevaarherkenning en geven samen een beeld van de medische rijgeschiktheid.

Dit betekent:

- Bij elke verlenging van categorie I en II rijbewijzen wordt de bestuurder gescreend.
- Het CBR of een andere uitvoeringsorganisatie voert de screening uit.
- De screening bestaat uit een aantal motorische, visuele en computertaken.
- De bestuurder betaalt voor de screening.

A.6 Voor alle bestuurders continue screening

Bestuurders worden doorlopend onderzocht op basis van hun rijgedrag. Het rijgedrag van een rijbewijsbezitter wordt gemeten door een apparaat in het voertuig. Dit betekent:

- Alle bestuurders (elke groep rijbewijsbezitters) krijgen verplicht een middel voor screening in hun voertuig.
- Dataverzameling gebeurt met een nader uit te werken systeem, bijvoorbeeld een datalogger of in-car-systeem.
- De gegevens die verzameld worden zijn goed beveiligd en worden voor geen ander doel gebruikt.
- De verzekeraar van de auto van de rijbewijsbezitter kan de data verzamelen, maar ook een andere partij kan dit doen.

Varianten voor vervolgactie op basis van melding van mogelijke ongeschiktheid op grond van het vertoonde rijgedrag:
Variant 6a: De organisatie (verzekeraar of anders) die de informatie uit het meetmiddel ontvangt, neemt contact op met de desbetreffende bestuurder om hem/haar te attenderen op mogelijke ongeschiktheid. Het is geheel aan de bestuurder om wel of niet iets met deze melding te doen.
Variant 6b: De verantwoordelijke organisatie meldt de bestuurder bij CBR. Het CBR onderzoekt vervolgens de rijgeschiktheid van de bestuurder.

Variant 6c: Het systeem meldt bij een opvallende afwijking van het vertoonde rijgedrag, de bestuurder automatisch aan bij het CBR.
Het CBR onderzoekt vervolgens de rijgeschiktheid van de bestuurder.

A.7 Bestuurder krijgt meldplicht

Het wordt wettelijk verplicht voor bestuurders om zich bij het CBR aan te melden als ze zelf vermoeden dat er een aandoening is die hun rijgeschiktheid negatief beïnvloedt. Deze verplichting geldt ook na de diagnose van een relevante aandoening. Dit betekent:

- Bij een vermoeden of vastgestelde diagnose informeert de huisarts de bestuurder over de mogelijke consequenties voor de rijgeschiktheid, en over de verplichting tot melden door de bestuurder zelf.
- De bestuurder meldt zich bij het CBR met de vermoedens of diagnose.
- Net zoals op dit moment onderzoekt en beslist het CBR vervolgens of de bestuurder rijgeschikt is.

De bestuurder krijgt wel/geen boete opgelegd als blijkt dat de bestuurder zich bewust niet heeft gemeld (zie varianten hieronder).

Varianten voor gevolgen bij niet melden:
Variant 7a: Als blijkt dat een bestuurder een aandoening bewust niet gemeld heeft (na een ongeval, of op een later moment bij een nieuwe keuring), krijgt de bestuurder geen boete opgelegd.
Variant 7b: De bestuurder krijgt een boete opgelegd als blijkt dat de bestuurder zich bewust niet heeft gemeld. Dit betreft een aanzienlijke boete, vergelijkbaar met rijden onder invloed.

A.8 Huisarts krijgt meldplicht

Het wordt voor huisartsen wettelijk verplicht gesteld om na de diagnose van een relevante aandoening deze over te brengen aan het CBR. Dit betekent:

- Na een relevante diagnose informeert de huisarts de bestuurder over de mogelijke consequenties voor de rijgeschiktheid en de verplichte melding door de huisarts bij het CBR.
- De huisarts meldt de bestuurder bij het CBR en levert feitelijke informatie aan over de medische conditie.
- Het CBR beslist of de bestuurder geschikt is op basis van de gegevens die de huisarts aanlevert en op basis van eventuele aanvullende informatie van een specialist of rijtest.
- De meldplicht van de huisarts geldt ook als er geen directe levensbedreigende situatie is, zoals wel is opgenomen in de criteria die de KNMG[43] momenteel hanteert om het beroepsgeheim te verbreken.
- Er gelden geen sancties als de huisarts een aandoening niet meldt.

43. Artsenfederatie KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst)

A.9 Huisarts voert medische keuring uit

In plaats van een andere (niet eerder bij de patiënt betrokken) arts, krijgt de huisarts de centrale rol bij de onderzoeken medische rijgeschiktheid voor groep I-rijbewijsbezitters. Dit betekent:

- De eigen huisarts, in plaats van een onafhankelijk keuringsarts, voert de medische keuring uit. Dit geldt alleen voor groep 1-rijbewijzen. De situatie voor beroepschauffeurs blijft in dit scenario ongewijzigd.
- De gezondheidsverklaring zoals die nu is, wordt nog steeds door de (potentiële) bestuurder ingevuld. De huisarts controleert deze op feitelijke juistheden op basis van informatie uit het medisch dossier.
- Het CBR beslist of de bestuurder geschikt is op basis van de gegevens die de huisarts aanlevert en op basis van eventuele aanvullende informatie van een specialist of rijtest.

A.10 Aangewezen keuringsartsen onderzoeken en besluiten

Er komt een speciale hiervoor getrainde groep artsen die de onderzoeken uitvoeren en de besluiten nemen over de medische rijgeschiktheid van de onderzochte bestuurders. Dit betekent:

- Het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat wijst keuringsartsen aan.
- De speciaal hiervoor opgeleide artsen onderzoeken de rijgeschiktheid van bestuurders. Dit geldt voor zowel groep 1- als groep 2-rijbewijzen.
- De artsen nemen ook de besluiten over de rijgeschiktheid.
- De artsen geven de keuringsuitslag door aan de Inspectie van Leefomgeving en Transport (ILT). Op basis van steekproeven controleert de ILT de kwaliteit en oordelen van de keuringen.
- Het CBR neemt geen besluiten meer over de rijgeschiktheid, omdat deze functie bij een andere groep artsen is gelegd.

Ongevallen **voorkomen**
Letsel **beperken**
Levens **redden**

SWOV

Instituut voor Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid

Postbus 93113

2509 AC Den Haag

Bezuidenhoutseweg 62

070 – 317 33 33

info@swov.nl

www.swov.nl

@swov_nl / @swov

linkedin.com/company/swov