Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

De Minister voor Medische Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

2018017581

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Zorg Ouderen Thuis

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

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon

Datum 9 april 2018
Betreft Advies zittend ziekenvervoer

Zaaknummer
2017027937

Onze referentie
2018017581

Uw brief van
23 juni 2017

Bijlage
Advies 'Zittend ziekenvervoer, Op weg naar een nieuwe formulering van de prestatie zittend ziekenvervoer'

Geachte heer Bruins,

Met de brief van 23 juni 2017 heeft uw voorganger, mevrouw Schippers, het Zorginstituut om advies gevraag over het zittend ziekenvervoer. De vraag richtte zich op een meer op inhoud gerichte en toekomstbestendige omschrijving van de aanspraak zittend ziekenvervoer. Op inhoud gericht wil zeggen dat de noodzaak van het vervoer leidend zou moeten zijn in plaats van de huidige opsomming van doelgroepen. Dit moet resulteren in een 'rechtvaardiger' regeling. Naast rechtvaardig, moet de nieuwe omschrijving toekomstbestendig en uitvoerbaar zijn en de kosten beheersbaar blijven.

Hierbij treft u ons advies *Zittend ziekenvervoer, Op weg naar een nieuwe formulering van de prestatie zittend ziekenvervoer* aan. In dit advies geeft het Zorginstituut opties voor een nieuwe omschrijving van de prestatie zittend ziekenvervoer.

- Optie 1 omvat een formulering die aansluit bij de aandoening en de aard van de behandeling:
  Het te verzekeren vervoer omvat vervoer naar een langdurige of intermitterende behandeling (medisch specialistisch, GGZ, revalidatie waaronder dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is.
- Optie 2 omvat de huidige hardheidsclausule die tot 'regel' wordt verheven:
  Onder het te verzekeren vervoer valt het vervoer waarvan de frequentie, duur en afstand in onderlinge samenhang bezien de drempel van € 250,- overschrijdt.
- Optie 3 omvat een additionele hardheidsclausule die gericht is op het voorkomen van 'onbillijkheid van overwegende aard' en kan desgewenst worden toegevoegd aan optie 1 en aan optie 2.

Optie 1 is door de algemene omschrijving, rechtvaardiger en toekomstbestendiger dan de huidige omschrijving met een aantal doelgroepen. Onder optie 1 valt echter niet het vervoer naar de verpleegkundige dagopvang voor kinderen met intensieve kindzorg en ook het incidenteel vervoer door rolstoelgebruikers en visueel beperkten valt hier niet onder omdat er geen sprake is van langdurige, intermitterende behandeling.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Zorg Ouderen Thuis

Datum
9 april 2018

Onze referentie
2018017581

Met optie 2 krijgen alle groepen uit optie 1, ook de jeugdigen met intensieve kindzorg het vervoer vergoed, mits de drempel wordt gehaald. Incidenteel vervoer door rolstoelgebruikers en zintuiglijk beperkten komt in deze optie echter niet voor vergoeding in aanmerking.

Met optie 2 kunnen meer groepen aanspraak maken op vervoer dan in de huidige situatie en dan in optie 1, maar het levert voor alle groepen een drempel op, ook voor groepen patiënten, die in de huidige situatie geen drempel hebben.

Het Zorginstituut heeft deze opties geconsulteerd bij relevante organisaties. Mede op basis van de ontvangen reacties zijn wij van mening dat er geen regeling te formuleren is, waarin aan de componenten toekomstbestendig, rechtvaardig en uitvoerbaar in gelijke mate recht wordt gedaan én waarbij bestaande rechten blijven bestaan.

Desalniettemin meent het Zorginstituut dat optie 2 het meest aansluit bij uw vraag naar een rechtvaardige, toekomstbestendige en uitvoerbare regeling. Optie 1 richt zich vooral op vervoer naar een medisch specialistische behandeling, terwijl er steeds meer substitutie van zorg (ook langdurig en intermitterend) naar de eerste lijn plaatsvindt. Optie 2 dekt dit vervoer wél. Door toepassing van de formule in optie 2 wordt de behoefte aan vervoer van verzekerden op dezelfde wijze gewogen. Daarom menen wij dat optie 2 rechtvaardiger en toekomstbestendiger is dan optie 1.

Het Zorginstituut merkt bij optie 2 nog het volgende op. Met optie 2 wordt de huidige hardheidsclausule tot regel verheven. Bij de huidige hardheidsclausule wordt een drempel van € 250,-gehanteerd.
Indien u kiest voor optie 2, zijn wij van mening dat we een analyse moeten doen van het kostenbeslag voor de verschillende patiëntengroepen.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Ziekenvervoer

Op weg naar een nieuwe formulering van de prestatie ziekenvervoer

Datum 3 april 2018
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2018010210
Contactpersoon	
Auteur(s)	mw. J.M. Latta, mw. F.M. van der Meer
Afdeling Team	Zorg I Zorg Ouderen Thuis
Uitgebracht aan	De minister van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Inleiding—7
1.1 Achtergrond en historie ziekenvervoer—7
1.1.1 Ziekenvervoer en Wet maatschappelijke ondersteuning—8
1.1.2 Zittend of liggend vervoer—8
1.2 Werkwijze—9
1.3 Leeswijzer—9

2 Huidige situatie—11
2.1 Hoe ziet de huidige regeling er uit?—11
2.2 Hardheidsclausule—11
2.2.1 Formule—11
2.3 Voorafgaande toestemming of machtiging—12

3 Knelpunten van de huidige omschrijving—13
3.1 De volgende principiële vragen spelen—13
3.2 Problemen in de uitvoering—13

4 Overwegingen nieuwe formulering—15
4.1 Optie 1: Aandoening en behandeling zijn leidend—15
4.2 Optie 2: Frequentie, duur en afstand—17
4.3 Hardheidsclausule toevoegen: individuele toets—18
4.4 Onderdelen van de regeling die gehandhaafd blijven—19
4.5 Vergelijking tussen de opties en de huidige aanspraak—20
4.6 Toetsing aan uitgangspunten en criteria—20

5 Kosten van een nieuwe regeling—21

6 Consultatie—23

7 Conclusie—27

Bijlage 1: brief minister VWS, d.d. 23 juni 2017
Bijlage 2: schema's:
- vergelijking opties en huidige aanspraak;
- toetsing opties aan uitgangspunten en criteria

Bijlage 3: kostenraming verschillende opties
Bijlage 4: overzicht elementen regelgeving voor een nieuwe prestatie ziekenvervoer.
Bijlage 5: ontvangen reacties in de consultatieronde

Samenvatting

De Minister heeft het Zorginstituut gevraagd naar een meer op inhoud gerichte en toekomstbestendige omschrijving van de aanspraak ziekenvervoer. Op inhoud gericht wil zeggen dat de noodzaak van het vervoer leidend zou moeten zijn in plaats van de huidige opsomming van doelgroepen. Dit moet resulteren in een 'rechtvaardiger' regeling. De nieuwe omschrijving van de aanspraak mag niet leiden tot hoge administratieve lasten bij de uitvoering of onbeheersbaarheid van de kosten en de nieuwe regeling moet uitvoerbaar zijn voor de zorgverzekeraars. Kortom, de Minister ziet graag een nieuwe omschrijving die toekomstbestendig, rechtvaardig en uitvoerbaar is. en niet tot onbeheersbaarheid van de kosten leidt.

Uitgangspunt van de huidige regeling ziekenvervoer is dat de toegang tot de verzekerde zorg fysiek noch financieel belemmerd mag worden.
In het huidige besluit worden groepen patiënten met name genoemd: oncologiepatiënten en dialysepatiënten kunnen vergoeding voor het vervoer naar hun behandeling krijgen, rolstoelgebruikers en zintuiglijk beperkten kunnen altijd vergoeding van het vervoer krijgen vanwege hun beperking. Voor kinderen wordt het vervoer naar verpleegkundige dagopvang vergoed. Naast deze groepen, kunnen verzekerden die niet tot deze groepen een behoren een beroep doen op de hardheidsclausule.

De huidige benadering die uitgaat van genoemde doelgroepen vergt veel onderhoud door wijzigende inzichten rond de omschrijving van de groepen en door het toevoegen van nieuwe groepen en/of nieuwe behandelingen voor deze groepen. Daarnaast zit er een element van onrechtvaardigheid in deze benadering. Het is niet duidelijk waarin de genoemde groepen verschillen in hun behoefte aan ziekenvervoer van andere, niet met name genoemde groepen.

Om deze reden heeft de minister advies gevraagd over een nieuwe formulering van de aanspraak.

Wij geven in dit advies drie opties voor een nieuwe omschrijving.

1. Optie 1 omvat een formulering die aansluit bij de aandoening en de aard van de behandeling:
   *Het te verzekeren vervoer omvat vervoer naar een langdurige of intermitterende behandeling (medisch specialistisch, GGZ, revalidatie waaronder dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend i*s.
2. Optie 2 omvat de hardheidsclausule die tot 'regel' wordt verheven:
   Onder het te verzekeren vervoer valt het vervoer waarvan de frequentie, duur en afstand in onderlinge samenhang bezien de drempel van € 250,- overschrijdt.
   De huidige hardheidsclausule hanteert een bedrag van € 250,-. De hardheidsclausule tot regel verheven, rechtvaardigt misschien een lagere drempel dan € 250,-.
3. Optie 3 omvat een additionele (aan optie 1 of 2) hardheidsclausule die gericht is op het voorkomen van 'onbillijkheid van overwegende aard'.
   Vervoer dat niet samenhangt met een langdurige behandeling, maar een optelsom vormt van incidentele zorg zou bijvoorbeeld via deze hardheidsclausule vergoed kunnen.

Binnen optie 1 vallen de huidige grootste groepen gebruikers van ziekenvervoer (oncologiepatiënten en patiënten die nierdialyse moeten ondergaan) en de belangrijkste categorieën voor wie vervoer nu via de huidige hardheidsclausule verzekerd is (GGZ- en revalidatiepatiënten). Ook andere groepen met een chronisch, langdurige of blijvende aandoening die een langdurige behandeling moeten ondergaan, vallen hierbinnen. Dit maakt optie 1 rechtvaardiger dan de huidige omschrijving. De bepaling is door de omschrijving ook toekomstbestendig. voor kinderen met intensieve kindzorg omdat daar geen sprake is van behandeling. Ook het incidenteel vervoer door rolstoelgebruikers en visueel beperkten valt hier niet onder.

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

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

Optie 3 kan desgewenst toegevoegd worden aan beide opties.

Consultatie van de opties leverde geen eenduidig advies op. Het Zorginstituut concludeert dan ook dat er geen regeling te formuleren is, waarin aan de componenten toekomstbestendig, rechtvaardig en uitvoerbaar in gelijk mate recht wordt gedaan én waarbij bestaande rechten blijven bestaan.
Als wij de opties bekijken uit oogpunt van de vraag van de minister, dan menen wij dat optie 2 het meest aan de uitgangspunten beantwoordt, ook al is dit niet geheel in lijn met de reacties uit de consultatie. Ook aan deze optie 2 kleven tekortkomingen, omdat onder deze formulering er mogelijk gebruikers zullen zijn die geen vergoeding voor het vervoer meer zullen krijgen door de drempel. Ook het incidentele vervoer valt buiten deze formulering.
Er zijn mogelijkheden om deze tekortkomingen, deels, te ondervangen.

- Bijvoorbeeld door de drempel binnen optie 2 te verlagen.
- Andere mogelijkheden kunnen gevonden worden door optie 2 te combineren met de vergoeding van het vervoer naar een specifieke behandeling. Dit betekent dat de oncologiepatiënten en nierdialysepatiënten verzekerd zijn van het vervoer. Alleen het incidentele vervoer valt hier nog buiten.
- Een derde mogelijkheid is uit te gaan van optie 2 en in de regeling de visueel beperkten en rolstoelafhankelijken alsnog expliciet te noemen. Het incidentele vervoer van deze groepen is hiermee van vergoeding verzekerd.

Inleiding

De toenmalige minister van VWS heeft het Zorginstituut met haar brief van 23 juni 2017 om advies gevraagd over het ziekenvervoer. De minister vraagt het Zorginstituut te adviseren over een meer op inhoud gerichte en toekomstbestendige omschrijving van de aanspraak in plaats van een limitatieve omschrijving van de doelgroepen. Op inhoud gericht wil zeggen dat de noodzaak van het vervoer leidend zou moeten zijn in plaats van de huidige wat willekeurige opsomming van doelgroepen. Dit moet resulteren in een 'rechtvaardiger' regeling. Toekomstbestendig doelt vooral op de wijze waarop de prestatie is omschreven. Een omschrijving die verwijst naar doelgroepen en/of behandelvormen vergt onderhoud als de inzichten rond de behandeling veranderen. De minister noemt ook additionele randvoorwaarden: de nieuwe inrichting van de aanspraak moet de noodzaak van het vervoer voor de verzekerde die hierop is aangewezen borgen zonder dat deze formulering leidt tot een hoge administratieve last bij de uitvoering of onbeheersbaarheid van de kosten.

1.1 Achtergrond en historie ziekenvervoer

De verstrekking ziekenvervoer wordt gerekend tot de ondersteunende verstrekkingen: het ziekenvervoer moet het mogelijk maken andere zorgaanspraken te realiseren. Vervoer naar een zorgvoorziening kan tot een hoge kosten leiden, waardoor de toegang tot de zorg in het geding komt en compensatie vanuit de verzekering op haar plaats is. Dit uitgangspunt gold al bij de introductie van het eerdere Besluit ziekenvervoer Ziekenfondsverzekering 1980. In dit besluit was aangegeven dat voor het vervoer per auto (taxi) medische noodzaak een voorwaarde vormde. Openbaar vervoer werd altijd vergoed.

Op 1 juni 2004 is de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet van kracht geworden. Deze regeling beperkt de aanspraak op ziekenvervoer aanzienlijk in vergelijking met het voormalige Besluit. In dit besluit had iedere verzekerde recht op ziekenvervoer als uit een schriftelijke verklaring van een behandelend arts bleek dat hij hierop aangewezen was. De tekortkomingen van deze regeling heeft het CVZ uitgebreid besproken in het rapport Overig ziekenvervoer (september 2002 – publicatienr. 02/123). Een belangrijk punt was, dat het afgeven van deze verklaring langzamerhand een louter administratief karakter had gekregen. Dat deze verklaring in de wandeling de betiteling 'taxibriefje' had gekregen, spreekt boekdelen. Van een inhoudelijke toetsing van de medische noodzaak leek dan ook weinig meer sprake, wat tot een hoog percentage oneigenlijk gebruik zou kunnen leiden. Percentages tussen de 10 en 30 werden genoemd. Onder oneigenlijk gebruik verstond men in dit verband, dat de verzekerde uit medisch oogpunt niet per se aangewezen was op vervoer per taxi.

De Regeling die in 2004 van kracht is geworden moest deze tekortkomingen ondervangen. Er werden groepen verzekerden benoemd die aanspraak kunnen maken op (vergoeding voor) ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer en in aanvulling op deze vier groepen is een hardheidsclausule geïntroduceerd (zie verder hoofdstuk 2).

Tijdens de algemene politieke beschouwingen heeft de Tweede Kamer indertijd aangegeven dat zij bezwaar had tegen het schrappen van het ziekenvervoer. In reactie daarop heeft het toenmalige kabinet laten weten sympathiek te staan tegenover het voorstel van de Tweede Kamer om ziekenvervoer in het pakket

van de toenmalige Ziekenfondswet te handhaven. Om binnen de beschikbare financiële ruimte te blijven moest dan gelijktijdig de indicatiestelling voor het ziekenvervoer worden aangescherpt[1].

De nieuwe Regeling beoogde de aanspraak op ziekenvervoer te beperken tot die groepen verzekerden van wie de ziektelast, frequentie en duur van de behandeling zodanig zijn, dat het onredelijk zou zijn om van hen te verwachten dat zij zelfstandig voor het vervoer naar of van de zorgverlener zorgdragen. In dergelijke gevallen zou de verzekerde ook een onevenredig zwaar beroep op mantelzorg moeten doen, als het vervoer niet voor rekening van de verzekering zou kunnen plaatsvinden.

1.1.1 Ziekenvervoer en Wet maatschappelijke ondersteuning

In april 2014 heeft het Zorginstituut het advies Zittend ziekenvervoer uitgebracht. In dit rapport werd de vraag beantwoord of ziekenvervoer geheel of gedeeltelijk verzekerd moest blijven onder de Zorgverzekeringswet of dat ook andere voorzieningen hiertoe zouden kunnen dienen. Het Zorginstituut adviseerde de regeling ziekenvervoer te beperken tot dialyse-, radiotherapie- en chemotherapiepatiënten, aangevuld met een hardheidsclausule. Daarmee zou de regeling meer dan voorheen ziekte- en behandeling gerelateerd zijn. Noodzakelijk vervoer vanwege een beperking zoals voor rolstoelafhankelijke patiënten en blinden/zeer slechtzienden behoorde volgens de mening van het Zorginstituut tot het werkgebied van de gemeente.

In dit rapport gaat het Zorginstituut niet meer uit van dit onderscheid in groepen verzekerden. Wij lichten in dit rapport toe waarom we de vergoeding van het ziekenvervoer niet willen beperken tot bepaalde groepen verzekerden.

1.1.2 Zittend of liggend vervoer

Het ziekenvervoer omschreven in artikel 2.14 Bzv is ingeburgerd onder de term ‘zittend ziekenvervoer’. Dit ‘zittend’ vervoer stond tegenover het ‘liggend’ ambulancevervoer omschreven in artikel 2.13 Bzv. Dit onderscheid is niet meer actueel. ‘Liggend’ vervoer is niet (meer) voorbehouden aan voertuigen die zijn uitgerust als ambulance. Dit blijkt ook uit de MvT bij de verlenging van de Tijdelijke wet op de ambulancezorg:

> Bij de totstandkoming van de Twaz is evenwel beoogd om ambulancezorg te beperken tot gevallen waarin sprake is van medisch noodzakelijke hulpverlening door een ambulancezorgprofessional. Indien een behandelend arts oordeelt dat een patiënt (liggend) vervoerd kan worden zonder dat er een medische noodzaak is om hem daarbij te laten begeleiden door een ambulancezorgprofessional, zou die arts ook geen ambulance moeten laten bestellen. Dat zou leiden tot een ongewenste belasting van de RAV en verspilling van het zorgbudget.

In dit rapport zullen we dan ook niet meer spreken van ‘zittend ziekenvervoer’. Voor het ziekenvervoer omschreven in artikel 2.14 Bzv is typerender dat er geen begeleiding door een zorgprofessional is. In dit rapport spreken we dan ook voortaan over ‘ziekenvervoer’, hoewel deze term niet helemaal de lading dekt. Onder artikel 2.14 Bzv valt immers ook de vergoeding van het openbaar vervoer. Een andere mogelijke term is ‘vervoer in verband met behandeling’.

[1] Staatscourant, Jaargang 2004, nr. 73

1.2 Werkwijze

Het Zorginstituut heeft op 23 februari de Adviescommissie Pakket geraadpleegd en haar scenario's voorgelegd met de vraag hoe de commissie uit oogpunt van een rechtvaardige, toegankelijke en uitvoerbare regeling deze scenario's beoordeeld.

Daarnaast heeft het Zorginstituut twee bijeenkomsten georganiseerd en de volgende organisaties geraadpleegd: GGZ Nederland, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Actiz, Oogvereniging, IederIn, Nierpatiënten Vereniging Nederland. In een andere bijeenkomst zijn de zorgverzekeraars geraadpleegd: ASR, CZ, VGZ, ZK en Zorgverzekeraars Nederland. Later is het concept van dit advies ter consultatie aan deze organisaties toegestuurd (zie hoofdstuk zes).

1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk geven wij de inhoud van de huidige regeling voor het zittend ziekenvervoer weer. In hoofdstuk drie staan de knelpunten die de huidige regeling met zich mee brengt en in hoofdstuk vier beschrijven wij drie opties die ten grondslag kunnen liggen aan een nieuw te formuleren regeling. We besluiten dat hoofdstuk met onderdelen van de regeling die gehandhaafd blijven, omdat dit advies alleen bedoeld is om te bepalen welke verzekerde 'redelijkerwijs is aangewezen' op ziekenvervoer. In hoofdstuk vijf staan de kosten en in hoofdstuk zes geven wij de reacties weer die wij in de consultatie hebben ontvangen. We sluiten af met een conclusie in hoofdstuk zeven.

2 Huidige situatie

Uitgangspunt van het ziekenvervoer is dat de toegang tot de verzekerde zorg fysiek noch financieel belemmerd mag worden. Met andere woorden: als door ofwel fysieke ofwel financiële belemmeringen voor een verzekerde de toegang tot de zorg in het geding komt, is vergoeding van het vervoer vanuit de verzekering op haar plaats.

Het Besluit zorgverzekering (Bzv) regelt in de artikelen 2.13 – 2.15 het vervoer. Artikel 2.13 regelt het vervoer per ambulance, artikel 2.14 het ziekenvervoer, dat wil zeggen vervoer per (eigen) auto of taxi of een openbaar middel van vervoer naar de behandeling. Ambulancevervoer valt hier dus niet onder.

2.1 Hoe ziet de huidige regeling er uit?

Artikel 2.14 van het Bzv geeft een limitatieve opsomming van groepen patiënten die aanspraak kunnen maken op vergoeding van vervoer van en naar de behandeling. De doelgroepen zijn

1. Oncologiepatiënten die chemotherapie of radiotherapie moeten ondergaan
2. Patiënten die nierdialyse moeten ondergaan,
3. Patiënten die zich uitsluitend per rolstoel kunnen verplaatsen, of zo'n beperkt gezichtsvermogen (slechtziendheid) hebben dat verplaatsing zonder begeleiding niet mogelijk is.
4. Een verzekerde jonger dan 18 jaar, die gebruik maakt van verzorging vanwege complexe somatische (lichamelijke) problematiek, of een lichamelijke handicap heeft.

Het vervoer voor de patiënten onder 1. en 2. is het vervoer in verband met de specifieke behandeling. De groepen onder 3. krijgen vervoer vergoed naar alle behandelbestemmingen vanwege de aard van hun beperking; de groep onder 4. alleen het vervoer naar de verpleegkundige dagopvang,

Het ziekenvervoer is beperkt tot een enkele reisafstand van 200 kilometer.

2.2 Hardheidsclausule

In aanvulling op deze vier groepen is in lid 3 van artikel 2.14 een hardheidsclausule geïntroduceerd. Deze moet soelaas bieden in gevallen, waarin het weigeren van toestemming voor vervoer tot onbillijkheid van overwegende aard zou leiden. Volgens artikel 2.14, lid 3

> omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

2.2.1 Formule

Om te beoordelen of een verzekerde op grond van de hardheidsclausule aanspraak kan maken op ziekenvervoer, hanteert de zorgverzekeraar de volgende formule:

> (aantal maanden) x (aantal keren p/week) x (aantal weken p/maand) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (= wegingsfactor)

Is de uitkomst gelijk aan of groter dan 250, dan kan een verzekerde op grond van de hardheidsclausule aanspraak maken op (vergoeding van het) vervoer.

Hieronder ter illustratie drie voorbeelden:

	A	B	C
Aantal maanden	6	4	12
x aantal keren per week	3	5	1
x aantal weken per maand	4	4	4
x aantal kilometers enkele reis	40	15	9
x wegingsfactor	0,25	0,25	0,25
uitkomst	720	300	108

In de voorbeelden A en B kan de verzekerde aanspraak maken op een vergoeding van vervoerskosten. In voorbeeld C is dat niet het geval.

2.3 Voorafgaande toestemming of machtiging

Alle zorgverzekeraars geven in hun polis aan dat een verzekerde voorafgaande toestemming of machtiging nodig heeft voor het vervoer. Volgens het Bzv omvat het ziekenvervoer het vervoer over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer. Als de enkele reisafstand langer is dan 200 kilometer dan moet de verzekerde vooraf toestemming vragen aan de zorgverzekeraar. Als de verzekerde toestemming heeft gekregen voor vervoer, heeft de zorgverzekeraar daarmee impliciet ook toestemming gekregen voor een enkele reisafstand groter dan 200 kilometer.
Als een verzekerde geen keuze heeft zijn behandeling dichterbij te verkrijgen, moet de zorgverzekeraar toestemming geven voor vervoer over een langere enkele reisafstand dan 200 kilometer.

Op basis van de aanvraag kan de zorgverzekeraar bepalen welke vorm van vervoer vergoed wordt: per auto (taxi) of per openbaar vervoer. In de praktijk blijkt dat het openbaar vervoer slechts een klein deel uitmaakt van het totaal aan vergoede kosten. De zorgverzekeraars organiseren het taxivervoer grotendeels via gecontracteerde aanbieders, waardoor bijvoorbeeld gecombineerde ritten met meerdere verzekerden mogelijk zijn.

3 Knelpunten van de huidige omschrijving

De huidige benadering die uitgaat van doelgroepen vergt veel onderhoud door wijzigende inzichten rond de omschrijving van de groep en het toevoegen van nieuwe groepen en/of nieuwe behandelingen[2]. Daarnaast zit er een element van onrechtvaardigheid in deze benadering. Het is niet duidelijk waarin de genoemde groepen in hun behoefte aan ziekenvervoer verschillen van andere, niet genoemde groepen, hetzij financieel, hetzij fysiek.

Kortom, de problemen met de huidige regeling van de prestatie zijn tweeledig, namelijk principieel en uitvoerend.

3.1 De volgende principiële vragen spelen

1. Waarom alleen de genoemde doelgroepen, er zijn immers meer kwetsbare groepen denkbaar met een vervoersbehoefte bijvoorbeeld (kwetsbare) ouderen en GGZ-patiënten.
2. De groepen worden vrij willekeurig uitgebreid: bijvoorbeeld de kinderen die intensieve kindzorg krijgen en verzekerden die geriatrische revalidatiezorg krijgen (deze laatste groep via een coulante toepassing van de hardheidsclausule).
3. De hardheidsclausule stelt dat 'het niet verstrekken van het vervoer zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard'. Een dergelijke clausule veronderstelt een individuele afweging. De verzekeraars hebben voor de toepassing van de hardheidsclausule een formule opgesteld die in ieder geval zorgt voor een consistente uitleg van de hardheidsclausule, hoewel de vraag is of een formule wel strookt met een individuele afweging.

3.2 Problemen in de uitvoering

In de praktijk treden veel problemen op met de uitleg van de regeling. Deze problemen blijken uit vragen die het Zorginstituut krijgt en uit geschillen die neergelegd worden bij de Stichting Klachten en Geschillen zorgverzekering (SKGZ) (het Zorginstituut heeft bij deze geschillen een adviesfunctie). Voorbeelden van vragen en geschillen:

1. Chemotherapie en radiotherapie als oncologische behandeling worden meer en meer vervangen door immuuntherapie. Valt immuuntherapie onder de huidige formulering?
2. Chemotherapie is vaak een onderdeel van een bredere behandeling, wordt het vervoer alleen naar de chemotherapie vergoed of ook naar de andere onderdelen van de behandeling zoals consult, (bloed)onderzoek, (na)controles?
3. Uitsluitend per rolstoel verplaatsen: geldt dit alleen als je permanent op een rolstoel aangewezen bent of ook als dit tijdelijk is?
4. Een verzekerde die niet op een rolstoel is aangewezen, maar niet in staat is om 400 meter te lopen, valt die onder de reikwijdte van de doelgroep rolstoelafhankelijken?
5. Bij welke mate van slechtziendheid is begeleiding aangewezen.

[2] Bijvoorbeeld immuuntherapie bij oncologie. Met ingang van 2018 is deze behandeling vermeld naast de radiotherapie en chemotherapie bij oncologiepatiënten. In 2020 wordt de voormalige extramurale behandeling AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Vervoer is een onderdeel van deze zorg en moet een plaats krijgen binnen de Zvw.

Kortom, de huidige formulering vergt onderhoud, is niet op alle fronten rechtvaardig en geeft ruimte voor interpretatieverschillen. In het volgende hoofdstuk beschrijven we drie opties voor een nieuwe formulering.

4 Overwegingen nieuwe formulering

Zoals hiervoor al vermeld is het uitgangspunt van het ziekenvervoer dat de toegang tot de verzekerde zorg fysiek noch financieel belemmerd mag worden. Bij het formuleren van een nieuwe omschrijving voor het ziekenvervoer, zetten we de uitgangspunten hieronder op een rij.

- Medische of financiële noodzaak

Het vervoer is verzekerd binnen de Zvw omdat zorg die verzekerd is ook bereikbaar moet zijn voor de verzekerde. Dit betekent dat de fysieke en/of psychische toestand van de betrokkene geen belemmering mag vormen. Je kunt dit uitgangspunt vatten onder de noemer medische noodzaak. De kosten van vervoer mogen evenmin een belemmering vormen. Dit uitgangspunt kunnen we vatten onder de noemer financiële noodzaak.

- Inkomenstoets niet mogelijk binnen de Zvw

Binnen de Zvw kan een medische noodzaak individueel getoetst worden. In het algemeen geldt binnen de Zvw immers dat een verzekerde 'redelijkerwijs aangewezen' moet zijn op de te verzekeren prestatie (artikel 2.1 lid 4 Bzv). Anders ligt het met een financiële toets. Een verzekeringsuitkering wordt gedaan los van de financiële situatie van de verzekeringnemer. Als het te verzekeren risico intreedt, dan krijgt de verzekeringnemer de uitkering die onder de dekking valt, ook al zou hij of zij de kosten zonder moeite zelf kunnen dragen. Dit betekent dus dat een inkomenstoets niet mogelijk is binnen de Zvw om te zien of de verzekerde de kosten van het vervoer geheel of deels zelf zou kunnen dragen.

- Rechtvaardige én uitvoerbare prestatie

Wij zoeken naar een omschrijving van de prestatie vervoer die rechtvaardiger is dan de huidige omschrijving. Randvoorwaarde is de uitvoerbaarheid door de zorgverzekeraar. Dit betekent dat we een balans moeten zoeken tussen rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid. Een individuele beoordeling van de medische noodzaak van het vervoer zou het meest rechtvaardig zijn, maar een veel te grote administratieve belasting vormen voor de zorgverzekeraar. Een beoordeling van deze medische noodzaak door de behandelend arts is evenmin een optie. Gegeven de ervaringen in het verleden (zie paragraaf 1.1) zien wij dit ook niet als een begaanbare weg.

Met deze uitgangspunten in ons achterhoofd beschrijven we de volgende twee opties voor een nieuwe algemene omschrijving van de prestatie. Daarnaast schetsen we in 4.3 een mogelijkheid om een hardheidsclausule toe te voegen die naast de algemene omschrijving een individuele afweging mogelijk maakt tot toekenning van vervoer op basis van redelijkheid en billijkheid.

4.1 Optie 1: Aandoening en behandeling zijn leidend

De minister heeft ons gevraagd de limitatieve opsomming van doelgroepen te verlaten en te komen tot een meer op inhoud gerichte omschrijving van de aanspraak. Gegeven de uitgangspunten (medisch en financiële belemmeringen wegnemen) kan de aanspraak op (de vergoeding van) het vervoer dan gekoppeld worden aan de aandoening en aan de (gevolgen van de) behandeling zelf.

Deze optie betekent dat we doelgroepen zoals oncologiepatiënten en patiënten die nierdialyse moeten ondergaan niet meer expliciet noemen én dat we individuele kenmerken van de verzekerde als uitgangspunt loslaten: de groepen rolstoelgebruikers en visueel beperkten worden in die benadering ook niet meer met name genoemd.

Aan welke aandoeningen en behandelingen kan de aanspraak op vervoer worden gekoppeld? Welke kenmerken hebben die aandoeningen en behandelingen? We denken hierbij aan somatische, psychisch of zintuiglijke aandoeningen die chronisch, langdurig of blijvend zijn. De behandeling is langdurig en vergt een geregeld terugkerend bezoek voor behandeling aan de zorgverlener in een instelling.

Gezien het feit dat de aandoening chronisch, langdurig of blijvend is en de behandeling langdurig, veronderstellen we dat het vervoer naar de behandeling voor deze patiënten medisch noodzakelijk is, maar zonder dit expliciet te toetsen. Omdat de aandoening leidt tot een langdurige behandeling die terugkerend vervoer nodig maakt naar de behandelaar, veronderstellen we ook dat er een financiële noodzaak bestaat tot vergoeding van het vervoer.

Samengevat komen we tot de volgende kenmerken van de soorten behandeling waarnaar het vervoer verzekerd zou moeten zijn omdat in deze gevallen sprake is van medische en/of financiële noodzaak:
- de behandeling leidt tot een fysieke en/of psychische belasting die zelfstandig reizen bemoeilijkt zo niet onmogelijk maakt (medische noodzaak) en/of
- de behandeling strekt zich uit over een (relatief) lange periode of omvat meerdere fasen, er is in ieder geval sprake van geregeld terugkerende behandelmomenten die tezamen een samenhangende behandeling vormen (financiële noodzaak) en/of
- de behandeling wordt over het algemeen niet in de directe omgeving van een groot deel van alle verzekerden aangeboden (financiële noodzaak). Door de toenemende concentratie van (hoog) specialistische zorg, zal dit steeds vaker spelen voor verzekerden.

Welke behandelingen bij welke aandoeningen kunnen we hieronder scharen?
- oncologische behandelingen,
- nierdialyse,
- GGZ-behandelingen,
- revalidatietrajecten (lichamelijk, zintuiglijk en geriatrische revalidatiezorg),

En, als de huidige subsidieregeling voor de extramurale behandeling niet meer geldt en deze zorg is overgeheveld naar de Zvw:
- dagbehandeling in verband met aandoeningen als MS, Parkinson, niet-aangeboren hersenletsel.

Samengevat zouden wij de volgende algemene omschrijving voor de aanspraak van vervoer gekoppeld aan de aandoening en behandeling voorstellen:
het vervoer naar een langdurige of intermitterende medisch specialistische, GGZ- of revalidatiebehandeling (inclusief dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is.

Onder intermitterende medisch specialistische behandeling verstaan wij een behandeling waarvoor gedurende een langere periode, een regelmatig terugkerend bezoek aan de medisch specialist in het ziekenhuis nodig is. De interventies zijn volgens een bepaald schema opgebouwd en de totale zorginterventie kan uit verschillende fases bestaan.

De huidige grootste groepen gebruikers van ziekenvervoer (oncologiepatiënten en patiënten die nierdialyse moeten ondergaan) en de belangrijkste categorieën voor wie vervoer nu via de huidige hardheidsclausule verzekerd is (GGZ- en revalidatiepatiënten) vallen binnen deze algemene omschrijving. Daarnaast kunnen met deze algemene omschrijving niet alleen de genoemde groepen in de huidige regeling aanspraak maken op ziekenvervoer, maar ook andere groepen met een chronisch, langdurige of blijvende aandoening die een langdurige behandeling moeten ondergaan. We kunnen daarom zeggen dat met deze algemene omschrijving de aanspraak op ziekenvervoer rechtvaardiger is dan de huidige omschrijving.

Onder deze omschrijving valt niet het vervoer naar de verpleegkundige dagopvang voor kinderen met intensieve kindzorg. Optie 1 creëert een behandeling gerelateerde basis voor de vergoeding van het vervoer. Ook al kan het gaan om langdurig vervoer en kan het ook frequent vervoer zijn, vervoer naar de verpleegkundige dagopvang vindt niet plaats in verband met een behandeling en in die zin zou het dan ook buiten de aanspraak via optie 1 gaan vallen.

Ook het incidenteel vervoer door rolstoelgebruikers en visueel beperkten valt hier niet onder (zie hierna onder 4.3).

Binnen deze omschrijving moeten begin- en eindpunt van de behandeling duidelijk zijn om vragen en geschillen te voorkomen. Uit de geschillen en vragen komen veel onduidelijkheden naar voren over begin- en eindpunt van een behandeling, het vergoeden van vervoer naar consulten, (bloed)onderzoek, (na) controles etc. We willen deze onduidelijkheden wegnemen. Een langdurige, intermitterende medisch specialistische behandeling is vaak uit meerdere fases opgebouwd, waarbij onderzoek na een bepaalde fase de input vormt voor de inhoud en duur van de volgende fase. De uitgangspunten fysieke en financiële bereikbaarheid gelden ook voor deze onderdelen. We menen dat het vervoer ook vergoed moet zou moeten worden naar consulten, (bloed)onderzoek, (na)controles, die onderdeel zijn van de eigenlijke behandeling. Controles die plaatsvinden na de voltooiing van de behandeling, moeten niet meegenomen worden bij de berekening van de drempel (zie ook bijlage 4).

4.2 Optie 2: Frequentie, duur en afstand

In deze optie koppelen we de aanspraak op vervoer niet aan de aard van de aandoening of de aard van de behandeling. Frequentie, duur en afstand van de behandeling bepalen of de verzekerde aanspraak kan maken op de vergoeding van het vervoer. In deze optie is de huidige hardheidsclausule, met frequentie, duur en afstand als kenmerken, tot regel verheven.

In deze optie speelt de medische noodzaak een minder nadrukkelijke rol in de behoefte aan het vervoer. Het betreft wel patiënten die langdurig en veelvuldig vervoer nodig hebben, waardoor een financiële belemmering kan ontstaan.

Het aantal keren (dat wil zeggen duur van de behandeling x aantallen van veelvuldig bezoek) dat gereisd moet worden naar de behandeling vormt samen met de afstand die afgelegd moet worden de basis voor het vaststellen van de financiële noodzaak.

Overigens betekent het vaststellen van deze financiële noodzaak niet een financiële toets waarmee kan worden nagegaan of de verzekerde de kosten voor het vervoer op dat moment zelf zou kunnen dragen. Het is inherent aan de verzekering dat als de schade zich voordoet, in dit geval de behoefte aan het vervoer, het niet aangaat om te bezien of de verzekerde de kosten zelf zou kunnen dragen. Hij is immers

verzekerd voor deze kosten, net zoals bij de verzekerde die op een moment is aangewezen op zorg, niet wordt bekeken of hij de kosten zelf zou kunnen dragen.

Hanteren van de formule zoals die nu wordt gebruikt om de hardheidsclausule toe te passen, betekent een uniforme toepassing van deze optie.

Wij denken aan een volgende omschrijving:
Onder het te verzekeren vervoer valt ook het vervoer waarvan de frequentie, duur en afstand in onderlinge samenhang bezien de drempel van 250 overschrijdt.
We merken hierbij op dat 250 de huidige drempel is in de hardheidsclausule. Als de hardheidsclausule tot regel wordt verheven, lijkt het redelijk de drempel te verlagen.

Een aparte plaats nemen behandelingen in die voorzienbaar levenslang zijn, bijvoorbeeld nierdialyse. Bij een dergelijke voorzienbare langdurigheid zou een berekening per kalenderjaar onredelijk kunnen uitpakken. In dergelijke gevallen gaan we er dan ook van uit dat aan de drempel wordt voldaan.

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

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

Zowel optie 1 als optie 2 kunnen ‘zelfstandig’ worden aangewend voor een herformulering van de regeling ziekenvervoer. Beide kunnen eventueel worden aangevuld met de volgende optie, die uitgaat van een individuele benadering.

4.3 Hardheidsclausule toevoegen: individuele toets

De eerste twee opties richten zich op aandoeningen en behandelingen die tot relatief langdurige behandelingen leiden. Het is echter mogelijk dat er verzekerden zijn die talrijke niet samenhangende behandelmomenten hebben in verband met incidentele zorgvragen. Deze kunnen zowel in de eerste als in de tweede lijn plaatsvinden. Hun individuele kenmerken kunnen het zelfstandig reizen belemmeren, wij denken dan bijvoorbeeld aan oudere verzekerden met ernstige mobiliteitsbeperkingen, psychiatrische patiënten met een intensieve zorgvraag die niet onder 4.1 valt en in de toekomst ook verstandelijk beperkten met een complexe zorgvraag.

Voor deze groepen zou in aanvulling op hetzij optie 1, hetzij optie 2 alsnog een soort van hardheidsclausule geïntroduceerd kunnen worden, waarvan de kern bestaat uit:

- ernstige mobiliteitsbeperkingen die het zelfstandig reizen moeilijk of onmogelijk maken;
- intensieve zorgvraag of
- multimorbiditeit die tot geregeld terugkerend zorgbezoek leiden.

De hardheidsclausule moet net als de huidige hardheidsclausule, soelaas bieden in gevallen waarin het weigeren van toestemming voor vervoer tot onbillijkheid van overwegende aard zou leiden.

Een dergelijke hardheidsclausule vergt wel een individuele beoordeling, dit is inherent aan een hardheidsclausule waarin 'redelijkheid en billijkheid' leidend zijn. In het verleden hebben we al eens een checklist opgesteld die een handvat zou kunnen vormen voor de beoordeling. In het rapport *Overig ziekenvervoer* van het Zorginstituut van 26 september 2002 is een medische beslisboom opgenomen die zich voor dit doel leent. Verzekerden die zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen en verzekerden waarvan het gezichtsvermogen zodanig beperkt is dat zij zich niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen, zouden met deze optie in aanmerking komen voor een indicatie voor ziekenvervoer. Daarnaast echter ook ouderen met multimorbiditeit of verstandelijk beperkten met uiteenlopende zorgvragen.

We gaan ervan uit dat bijvoorbeeld ook het vervoer naar de verpleegkundige dagopvang voor kinderen met intensieve kindzorg onder deze nieuwe hardheidsclausule zou kunnen vallen, mocht voor optie 1 gekozen worden.

Eén van de randvoorwaarden die VWS ons heeft gesteld is de 'uitvoerbaarheid' van de prestatie voor de zorgverzekeraar: zij mag niet leiden tot een hoge administratieve belasting. Een individuele indicatiestelling voor ziekenvervoer aan de hand van een beslisboom kan weliswaar uniform worden uitgevoerd en komt daarmee de rechtvaardigheid ten goede, maar legt ook een flink beslag op de uitvoerbaarheid.

4.4 Onderdelen van de regeling die gehandhaafd blijven

De drie opties in de voorgaande paragrafen zijn voorstellen betreffende de omschrijving van de aanspraak op ziekenvervoer. De overige onderdelen van de artikelen 2.13 t/m 2.15 blijven ongewijzigd (zie ook bijlage 4).

- Artikel 2.13 geeft aan welke bestemmingen van het vervoer vergoed worden. Deze blijven ongewijzigd. Het moet bijvoorbeeld gaan om vervoer naar een behandeling die ook onder de Zvw valt.
- Voor het ziekenvervoer betaalt de verzekerde een eigen bijdrage. De huidige eigen bijdrage bedraagt € 101,- per jaar. Gezien het feit dat de verzekerde toch vervoerskosten gemaakt zou hebben, lijkt het niet onredelijk een eigen bijdrage in rekening te brengen. Bovendien kan een eigen bijdrage een aanzuigende werking voorkomen.
- Uitgangspunt blijft dat de zorgverzekeraar bepaalt welke vorm van vervoer toegekend wordt. De zorgverzekeraar geeft vooraf een machtiging voor ofwel openbaar vervoer of voor vervoer per eigen auto of taxi. Deze machtiging bij de toekenning vindt mede plaats op basis van de medische noodzaak voor de aard van het vervoer. Het gaat dan niet principieel over de medische noodzaak op de aanspraak ziekenvervoer.

- Eigen autogebruik blijft mogelijk;
- Andere vormen van vervoer zijn mogelijk na toestemming van de zorgverzekeraar;
- Toestemming van de zorgverzekeraar voor vervoer over een afstand groter dan 200 kilometer;
- Begeleiding blijft mogelijk, al naar gelang de situatie één of twee ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

4.5 Vergelijking tussen de opties en de huidige aanspraak

In bijlage 2 hebben we schematisch een vergelijking gemaakt tussen de huidige aanspraak en de opties die wij in dit hoofdstuk beschrijven.

4.6 Toetsing aan uitgangspunten en criteria

In het verzoek van de minister is opgenomen dat een nieuwe regeling aan een aantal criteria moet voldoen: geen limitatieve opsomming, uniforme benadering, uitvoerbaarheid in de zin van administratieve lasten, kostenbeheersing.

In bijlage 2 hebben we een schematisch overzicht opgenomen waarin we de opties toetsen aan deze criteria.

5 Kosten van een nieuwe regeling

In bijlage 3 hebben we een kostenraming opgenomen van beide opties.

We ramen de kosten op een totaal dat ligt tussen € 113 en € 127 miljoen. Deze raming is voor beide opties hetzelfde.

6 Consultatie

In de consultatieronde is een concept van dit advies in een schriftelijke ronde voorgelegd aan de Adviescommissie Pakket (ACP) van het Zorginstituut en zijn de volgende organisaties uitgenodigd te reageren:

Actiz
Ieder(in)
GGZ Nederland
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Patiëntenfederatie
Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen
Nierpatiënten Vereniging Nederland
Oogvereniging
Nederlandse Vereniging Radiotherapie en Oncologie (NVRO)
Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO)
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
Zorgverzekeraars Nederland

Bij de consultatie hebben we de volgende vragen voorgelegd :
- Hoe beoordeelt u optie 1 en optie 2, gezien vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid?
- Hoe beoordeelt u het toevoegen van optie 3 aan optie 1 of aan optie 2, gezien vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid?

Wij hebben van alle organisaties een reactie gehad behalve van GGZ Nederland.

Ieder(in) heeft gezamenlijk gereageerd met de volgende organisaties:
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
Patiëntenfederatie Nederland,
NFK
Oogvereniging
Dwarslaesie Organisatie Nederland
LFB, landelijke belangenorganisatie door en voor mensen met een verstandelijke beperking
Stichting Kind & Ziekenhuis

De ACP is van mening dat de minister een bijna niet te beantwoorden vraag stelt, namelijk een regeling die toekomstbestendig, rechtvaardig en geen hoge administratieve lasten bij de uitvoering met zich mee brengt. Of de aanspraak wordt smal geformuleerd (gekoppeld aan een aandoening) waardoor de kosten weliswaar beheersbaar blijven, maar de aanspraak waarschijnlijk niet toekomstbestendig is. Of de aanspraak wordt breed geformuleerd (niet gekoppeld aan een aandoening, maar aan de vervoersbehoefte), maar dan moet er meer individueel getoetst worden en dat heeft gevolgen voor de uitvoerbaarheid. Kortom; tegelijk tegemoet komen aan uitvoerbaarheid, toekomstbestendigheid en beheersbaarheid van de kosten is een lastige opgave.

Alles afwegend is de ACP van mening dat een omschrijving gekoppeld aan de aandoening en de behandeling (optie 1) niet toekomstbestendig is en dat dus een omschrijving gebaseerd op frequentie, duur en afstand (optie 2) beter past bij de

ontwikkelingen in de zorg. De drempel in optie 2 maakt de uitvoering lastig, maar is onvermijdelijk in verband met de kostenbeheersing.

De ACP is van mening dat voor de groep met incidentele zorgvragen die in het zelfstandig reizen wordt belemmerd, de Wmo bestaat. Ondersteunende verstrekkingen in de Zvw moeten naar de mening van de commissie op een of andere wijze aan een aandoening en/of behandeling gekoppeld blijven, zodat zij zich duidelijk onderscheiden van voorzieningen zoals die vanuit de Wmo worden aangeboden. De optie 3, die kan worden toegevoegd aan optie 1 of 2, loopt volgens de ACP het risico dat de grens tussen de WMO en het ziekenvervoer uit de Zvw, zijnde een ondersteunende verstrekking, niet meer te trekken is.

De voorkeur van Actiz gaat uit naar optie 1 in combinatie met optie 3 (de hardheidsclausule). Wel is het hierbij van belang de begrippen 'intermitterend' en 'langdurig' uit de algemene omschrijving van optie 2 nader te definiëren. Actiz is bezorgd dat patiënten die ambulante revalidatiezorg krijgen, niet binnen deze optie passen, aangezien de geriatrische revalidatiezorg kortdurend is. De financiële drempel in optie 2 vindt Actiz niet wenselijk.

In de gezamenlijke reactie van Ieder(in), MIND, Patiëntenfederatie Nederland, NFK, Oogvereniging, K&Z, LFB en Dwarslaesie Organisatie Nederland, geven deze organisatie aan dat zij de regeling ziekenvervoer graag gehandhaafd zien omdat dit voor een deel van hun achterban een (medisch) noodzakelijke voorziening is en voor een ander deel de enige mogelijkheid om de toegang tot de zorg te realiseren. Een nieuwe formulering moet geen verslechtering met zich meebrengen voor de groep mensen die nu gebruik maakt van de regeling, moet zorgmijden voorkomen, moet uitvoerbaar en voorspelbaar zijn en moet tenslotte uitgaan van maatwerk. Ook de voorkeur van deze organisaties gaat uit naar optie 1 in combinatie met optie 3. Wel vinden zij het belangrijk dat in optie 1 groepen patiënten die hier in ieder geval onder vallen expliciet genoemd worden. De financiële drempel in optie 2 noemen zij onwenselijk. Omdat er sprake is van een eigen bijdrage en de regeling ook onder het verplicht eigen risico valt, pleiten deze organisaties voor afschaffing van de eigen bijdrage.

Naast de gezamenlijke reactie heeft de Nederlandse Federatie van Kankerorganisaties (NFK) ook afzonderlijk een reactie gestuurd. De NFK geeft hierin aan dat behandelingen niet meer altijd verspreid in het land plaatsvinden, maar meer geconcentreerd in een beperkt aantal centra. Daarnaast vindt innovatieve behandeling steeds meer gecentraliseerd in specifieke centra plaats, waar de expertise voor de behandeling aanwezig is. Als gevolg hiervan moeten patiënten gebruik maken van zorg verder van huis. Bij optie 2 is de vergoeding moeilijk vast te stellen als delen van de behandeling in diverse centra plaatsvinden. Optie 1 heeft daarom de voorkeur van de NFK. De NFK gaat er overigens vanuit dat alle oncologiepatiënten onder optie 1 zullen vallen. Een eventuele hardheidsclausule moet zo eenduidig mogelijk zijn, zodat er geen interpretatieverschillen achteraf door zorgverzekeraars kunnen ontstaan.

De strekking van de reactie van de NVRO is dezelfde. De NVRO kan zich verenigen met de opties 1 en 3 in verband met complexiteit, multidisciplinariteit en multi-localiteit van de behandelingen.

De NVMO vindt dat patiënten met de nieuwe regeling niet minder (aanspraak op) vergoeding moeten krijgen dan in de huidige regeling. Optie 1 lijkt volgens de NVMO het meest te garanderen. Met aanpassen van de regelgeving moet in ieder geval gezorgd worden dat dit niet tot toename van administratielast leidt.

De NVZ meent dat het Zorginstituut voor een zeer lastige opgave is gesteld; een algemenere omschrijving van de aanspraak ziekenvervoer gaat gepaard met het risico dat de kosten minder beheersbaar worden. Optie 1 is volgens de NVZ rechtvaardig, maar minder uitvoerbaar, want deze optie kan leiden tot oneigenlijk gebruik. Optie 2 is uitvoerbaar, maar minder rechtvaardig want er wordt geen verband gelegd met de beperking in de mobiliteit van de patiënt. Als alternatief stelt de NVZ een jaarlijkse update van de limitatieve omschrijving in de regeling voor. Tenslotte vindt de NVZ dat het Zorginstituut weinig aandacht besteed aan de administratieve belasting van zorgaanbieders als voor optie 1 en 2 zou worden gekozen.

De NVN stelt dat het ziekenvervoer voor een dialysepatiënt niet alleen ondersteunend, maar ook noodzakelijk is. Het niet meer noemen van specifieke groepen patiënten in optie 1, leidt volgens de NVN tot grotere onduidelijkheid. Ook in optie 2 kan de NVN zich niet vinden, omdat de dialysepatiënten ook hier niet met name worden genoemd. Dialysepatiënten verdienen een uitzonderingspositie gezien de ernst en de progressiviteit van de aandoening. De NVN pleit voor (aandacht voor) de kwaliteit van de dienstverlening omdat die vaak te kort schiet.

De NZa stelt vragen over de reikwijdte (verbreding versmalling?) van de aanspraak en vreest dat daardoor de grens tussen ziekenvervoer en ambulancezorg difuser gaat worden.

ZN verwijst naar het advies van het Zorginstituut uit 2014 en vraagt aandacht voor het daar geformuleerde uitgangspunt ‘het creëren van een eenduidig en transparant loket voor deze doelgroepen’. ZN vindt het jammer dat dit uitgangspunt enigszins uit beeld is verdwenen. Op welke wijze kan het totale vervoerskader het beste ingericht worden zodat deze op eenvoudige en transparante wijze tegemoet komt aan de behoefte van patiënten? ZN meent dat een overheveling van niet ziekte- en behandel gerelateerd vervoer naar de Wmo een reële optie is die tegemoet komt aan de behoefte van de burger. Bij optie 1 ziet ZN afbakeningsproblemen, zoals ‘langdurig’ en ‘intermitterend’. Ook ziet ZN in deze optie een tweedeling tussen vervoer naar eerste en tweede lijn, die mogelijk omgekeerde substitutie met zich mee brengt. Optie 2 is weliswaar uniform, transparant en voorspelbaar voor de individuele gebruiker maar levert uitvoeringstechnisch problemen op: een inhoudelijke toets betekent een individuele toets. Wanneer er vooraf rekenkundig getoetst moet worden maakt dit de regeling kwetsbaar en financieel moeilijk beheersbaar en kan bovendien leiden tot calculerend gedrag. Volgens ZN kan optie 3 alleen worden toegevoegd aan optie 1 en niet aan optie 2 omdat er dan een hardheidsclausule achter de hardheidsclausule bedacht moet worden.
Als ZN moet kiezen, kiest ZN voor een combinatie van optie 1 en 2, waarbij optie 2 de huidige hardheidsclausule betreft. Liever ziet ZN echter dat teruggevallen wordt op het advies van 2014, waarmee een groot deel van het vervoer onder de huidige regeling wordt overgedragen naar de Wmo. Alleen het vervoer waar een evident medische component mee gemoeid is, zou onder de Zvw geplaatst kunnen worden, namelijk door de doelgroepen te omschrijven. Wanneer het niet lukt een regeling op basis van medische noodzaak te definiëren, kan de problematiek opgelost worden via de bijstandsregeling en/of de belastingdienst via een inkomensafhankelijke toets. Tenslotte geven de zorgverzekeraars aan dat aanpassing van de regeling op zijn vroegst op 1 januari 2020 doorgevoerd kan worden.

7 Conclusie

De minister van VWS heeft het Zorginstituut gevraagd te adviseren over een formulering van de prestatie ziekenvervoer die toekomstbestendig, rechtvaardig en uitvoerbaar is en die niet leidt tot onbeheersbaarheid van de kosten.

In het concept-advies hebben we drie opties hiervoor beschreven:

- Optie 1 omvat een formulering die aansluit bij de aandoening en de aard van de behandeling:
  Het te verzekeren vervoer omvat vervoer naar een langdurige of intermitterende behandeling (medisch specialistisch, GGZ, revalidatie waaronder dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is.
- Optie 2 omvat de hardheidsclausule die tot 'regel' wordt verheven:
  Onder het te verzekeren vervoer valt het vervoer waarvan de frequentie, duur en afstand in onderlinge samenhang bezien de drempel van (xxx) overschrijdt.
  Bij de drempel hebben we de hoogte nog opengelaten omdat de hardheidsclausule tot regel verheven, misschien een lagere drempel rechtvaardigt.
- Optie 3 omvat een additionele (aan optie 1 of 2) hardheidsclausule die gericht is op het voorkomen van 'onbillijkheid van overwegende aard'.
  Vervoer dat niet samenhangt met een langdurige behandeling, maar een optelsom vormt van incidentele zorg zou bijvoorbeeld via deze hardheidsclausule vergoed kunnen.

In het voorgaande hoofdstuk hebben we de reacties uit de consultatie samengevat. De partijen hebben we gevraagd om de verschillende opties te bezien uit het oogpunt van rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid. De partijen die patiënten en/of genoemde doelgroepen vertegenwoordigen, hebben een voorkeur voor optie 1 al of niet in combinatie met optie 3. Deze voorkeur lijkt samen te hangen met de wens om de bestaande vergoedingen voor genoemde doelgroepen niet aan te tasten. Uit oogpunt van de taak en positie van deze partijen kunnen wij dit goed begrijpen. Voor ons maakt dit een advies die een balans vindt tussen toekomstbestendigheid, rechtvaardigheid, uitvoerbaarheid en kostenbeheersing niet makkelijker.

Zorgverzekeraars Nederland voegt hier overwegingen aan toe die voornamelijk liggen in lijn met het advies van het Zorginstituut uit 2014, waarin geadviseerd werd om het vervoer voor visueel beperkten en rolstoelafhankelijken over te dragen aan de gemeente via de Wmo. Daarnaast zou alleen het vervoer met een 'evident medische component' onder de Zvw mogen vallen, aldus ZN. Zij stellen voor om hiervoor een heldere lijst van doelgroepen te maken.

Uit deze reacties kunnen wij niet een eenduidig advies destilleren in lijn met de genoemde uitgangspunten. Een advies dat enerzijds een goede balans bereikt tussen deze uitgangspunten én anderzijds bestaande rechten onaangetast laat, hebben wij niet kunnen vinden.

Als wij de opties bekijken uit oogpunt van de vraag van de minister, dan menen wij toch dat optie 2 het meest aan de uitgangspunten beantwoordt, ook al is dit niet geheel in lijn met de reacties uit de consultatie. Dit is wel de optie die de Adviescommissie Pakket (ACP) van het Zorginstituut adviseerde (*zie*: hoofdstuk 6). Ontegenzeggelijk kleven ook aan deze optie tekortkomingen, omdat onder deze formulering er mogelijk gebruikers zullen zijn die geen vergoeding voor het vervoer

meer zullen krijgen door de drempel. Ook het incidentele vervoer valt buiten deze formulering. Er zijn mogelijkheden om deze tekortkomingen, deels, te ondervangen.

1 Een mogelijkheid is om de drempel binnen optie 2 te verlagen. De huidige formule sluit aan bij voorbeelden uit de Nota van Toelichting bij de wijziging van het Besluit zorgverzekering in 2004. De drempel is relatief hoog. Binnen een hardheidsclausule is dit begrijpelijk. Als de hardheidsclausule tot regel wordt verheven en niet meer bestaat naast doelgroepen, vinden wij het redelijk, om de drempel te verlagen. Met de wijziging van de formulering van de aanspraak is immers ook geen bezuiniging beoogd.

Andere mogelijkheden kunnen gevonden worden door optie 2 te combineren met een andere omschrijving:

2 Aan optie 2 wordt de vergoeding naar een specifieke behandeling toegevoegd, zoals omschreven in optie 1. Dit betekent dat de oncologiepatiënten en nierdialysepatiënten verzekerd zijn van het vervoer. Alleen het incidentele vervoer valt hier nog buiten.

3 Een andere mogelijkheid is uit te gaan van optie 2 en in de regeling de visueel beperkten en rolstoelafhankelijken alsnog expliciet te noemen. De formulering blijft dan toekomstbestendig, omdat de omschrijving van deze groepen niet uitgaat van een specifieke behandeling. Het incidentele vervoer van deze groepen is hiermee van vergoeding verzekerd.

De Raad van Bestuur van het Zorginstituut heeft dit advies vastgesteld in de vergadering van 3 april 2018.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
T.a.v. de heer A. Moerkamp
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakket en PGB

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

Inlichtingen bij

Datum 23 JUNI 2017
Betreft adviesaanvraag zittend ziekenvervoer

Kenmerk
1148441 164953 Z

Uw brief

Bijlage(n)

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

Geachte heer Moerkamp,

De afgelopen periode heb ik van Zorgverzekeraars Nederland en patiëntenorganisaties signalen over de uitvoerbaarheid van de prestatie zittend ziekenvervoer gekregen. Op dit moment wordt het zittend ziekenvervoer bij nieuwe type behandelingen niet vergoed, terwijl ze gelijkaardig zijn aan behandelingen waarbij het zittend ziekenvervoer wel via de basisverzekering wordt vergoed. Deze brief strekt er toe u om advies te vragen over een mogelijk andere inrichting van de aanspraak voor het zittend ziekenvervoer.

Artikel 2.14 van het Besluit zorgverzekering geeft momenteel een limitatieve opsomming van groepen patiënten die aanspraak kunnen maken op vergoeding van vervoer van en naar de behandeling. Daarnaast bevat het artikel een hardheidsclausule. De gedachte achter de opname van juist deze nadrukkelijk genoemde groepen is dat deze patiënten, gezien de ziektelast, frequentie en duur van vervoer, niet zelfstandig voor het vervoer kunnen zorgdragen en van hen bovendien niet kan worden verwacht dat zij de kosten daarvoor zelf dragen. Inmiddels blijkt –als gevolg van de limitatieve lijst- dat bij een beperkt aantal patiënten dat vergelijkbare behandelingen en bijwerkingen ondergaat het zittend ziekenvervoer niet vergoed wordt.

Een recent voorbeeld hiervan is de ontwikkeling waarbij immuuntherapie bij oncologische behandelingen steeds vaker de plaats inneemt van radio- en chemotherapie, terwijl in het basispakket alleen het zittend ziekenvervoer na oncologische behandelingen met chemotherapie en radiotherapie worden vergoed. Omdat de bijwerkingen bij de behandeling met immuuntherapie en chemotherapie vergelijkbaar zijn en ook bij immuuntherapie vaak sprake is van een gefragmenteerde behandeling, is voorgenomen om het zittend ziekenvervoer per 1 januari 2018 ook te verzekeren bij oncologische behandeling met immuuntherapie.

De verwachting is dat de veranderde zorg, maar ook de innovaties rondom behandelingen van aandoeningen steeds meer vragen zal oproepen over de huidige (limitatieve) categorieën en over of het wenselijk is om nieuwe

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Zorgverzekeringen
Cluster Pakket en PGB

Kenmerk
1148441-164953-Z

categorieën behandelingen toe te voegen. Momenteel ontbreekt echter een kader op grond waarvan besluiten hierover op consistente wijze kunnen worden genomen.

Gelet op het voorgaande verzoek ik u mij te adviseren over een mogelijk andere inrichting van de aanspraak voor het zittend ziekenvervoer. Daarbij verzoek ik u, in aanvulling op het door u in 2014 uitgebrachte advies, een brede beschouwing te geven over de voorwaarden waaronder het zittend ziekenvervoer deel uit moet maken van het te verzekeren basispakket. Meer specifiek verzoek ik u om daarbij de mogelijkheid te onderzoeken om te komen tot een meer op inhoud en toekomstbestendige omschrijving voor de aanspraak zittend ziekenvervoer in plaats van een limitatieve omschrijving van doelgroepen. Belangrijke randvoorwaarde is dat deze omschrijving de noodzaak van het vervoer moet borgen voor de verzekerde die hierop is aangewezen, maar zonder dat deze formulering leidt tot een hoge administratieve last bij de uitvoering of onbeheersbaarheid van de kosten.

Door deze omschrijving wordt onderbouwd welke patiënten wel en welke patiënten geen aanspraak zouden moeten maken op zittend ziekenvervoer. Bij het onderzoeken van deze mogelijkheid hoe de aanspraak van zittend ziekenvervoer gewijzigd kan worden wil ik u verzoeken om in ieder geval in te gaan op:

- het behandelgerelateerde karakter van het zittend ziekenvervoer. Bij welke zorgvormen bestaat (doorgaans) een noodzaak voor vervoer en hoe kan een individuele noodzaak worden vastgesteld? Wat is daarbij de rol van ziektelast, frequentie van het vervoer en duur van het vervoer?
- onder welke omstandigheden de kosten voor het vervoer voor rekening van de verzekerde zelf moeten komen;
- de financiële consequenties van een andere vormgeving van de prestatie zittend ziekenvervoer.

Ik ontvang uw advies graag het eerste kwartaal van 2018. Uw rapport wordt met belangstelling tegemoet gezien.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Bijlage 2

bestaande gebruikers in de huidige prestatie	huidige regeling: vervoer vergoed naar	vervoer naar medisch-specialistisch/GGZ/ revalidatie/dagbehandeling	hardheidsclausule als regel	Nieuwe 'gebruikers'
Boncologische behandeling met chemo-/immuun-/radiotherapie	deze behandeling v.v.	√	**√(-)** ♣ aanspraak mits de drempel wordt gehaald	
behandeling met nierdialyse	deze behandeling v.v.	√	**√(-)** ♣ aanspraak mits de drempel wordt gehaald	
visueel beperkten	behandeling onder Zvw	**√/-** ♣ geen incidenteel vervoer	**-/√(-)** ♣ incidenteel vervoer vervalt ♣ mits de drempel wordt gehaald	
rolstoelgebruikers	behandeling onder Zvw	**√/-** ♣ geen incidenteel vervoer	**-/√(-)** ♣ incidenteel vervoer vervalt ♣ aanspraak mits de drempel wordt gehaald	
jeugdigen met intensieve kindzorg	verpleegkundige dagopvang	**--** ♣ geen aanspraak: aard behandeling	**√(-)** ♣ aanspraak mits de drempel wordt gehaald	
nu aanspraak op basis van de hardheidsclausule	behandeling onder Zvw, voorzover de drempel wordt gehaald	**+(-)** ♣ geen drempel ♣ eventueel beperking via aard behandeling	√	
				Nieuwe 'gebruikers'
		++	√	**anders dan oncologisch en nierdialyse**
		+(-) ♣ geen drempel ♣ eventueel beperking via aard behandeling	√ ♣ onder nieuwe prestatie evenmin aanspraak	**die nu de drempel niet halen in hardheidsclausule**
		++	**√(-)** ♣ aanspraak mits de drempel wordt gehaald	**geriatrische revalidatiezorg ambulant**
		√ (vergelijking met AWBZ)	**√(-)** ♣ aanspraak mits de drempel wordt gehaald	**'dagbehandeling'**

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

-- : er was wel aanspraak en er is geen aanspraak meer
√ : de aanspraak blijft hetzelfde
√(-) : de aanspraak blijft hetzelfde, maar
- onder voorwaarde of
- de aanspraak verschraalt op onderdeel

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

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

Bijlage 3

KOSTENRAMING REGELING ZIEKENVERVOER VANAF 2019

Hierna volgen kostenramingen rond een nieuwe opzet van de aanspraak ziekenvervoer binnen de Zvw. Deze raming draagt onzekerheid in zich aangezien op onderdelen cijfers ontbreken die nodig zijn om de toekomstige kosten te berekenen. We drukken de verwachting uit in een bandbreedte waarbij de ondergrens de kosten vormt waarvan wij, gezien het huidige gebruik, redelijk zeker zijn. Naarmate de kosten het maximum van de bandbreedte naderen wordt de zekerheid geringer.

1 Uitgangspunten nieuwe opzet

Voor de nieuwe opzet hanteren we twee uitgangspunten die altijd gegolden hebben voor de prestatie ziekenvervoer, zowel onder de Zorgverzekeringswet als de Ziekenfondswet, namelijk:

- de verzekerde zorg moet voor de verzekerde fysiek bereikbaar zijn (medische noodzaak);
- de verzekerde zorg moet voor de verzekerde financieel bereikbaar zijn (financiële noodzaak).

Medische noodzaak volgt bijvoorbeeld uit fysiek onwelzijn, zwakheid, cognitieve of zintuiglijke beperkingen. Ook louter de financiën kunnen een belemmering vormen. Dit tweede uitgangspunt blijkt uit de vormen van vervoer die de prestatie ziekenvervoer verzekert: openbaar vervoer, taxivervoer en het gebruik van de eigen auto. Het gebruik van openbaar vervoer naar de plek van de zorg veronderstelt bij verzekerde een zekere mate van zelfredzaamheid en fysieke fitheid. Het betekent ook dat het vergoeden van taxivervoer niet vanzelfsprekend is. De zorgverzekeraar kan bepalen op welke vorm van vervoer de verzekerde is aangewezen.

2 Mogelijke opties

In de nieuwe opzet onderscheiden we twee opties voor een nieuwe formulering (1. en 2.). Beide kunnen desgewenst aangevuld worden met een vorm van een hardheidsclausule (3.). De opties houden het volgende in:

1. Verzekerd is het vervoer naar een langdurige of intermitterende medisch specialistische, GGZ- of revalidatiebehandeling (inclusief dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is.
2. Verzekerd is het vervoer waarop een verzekerde vanwege een aandoening of beperking langdurig is aangewezen en waarbij de frequentie, duur en afstand van het vervoer in onderlinge samenhang een drempel van 250 overschrijden.
3. Verzekerd is ook het vervoer wanneer het niet vergoeden van het vervoer voor verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. (Een verzekerde met multimorbiditeit waardoor veelvuldig incidenteel bezoek aan een arts nodig is en mobiliteitsbeperkingen die het zelfstandig reizen bemoeilijken, zou hier bijvoorbeeld onder kunnen vallen.)

Het verschil tussen optie 1 en 2 is, samengevat, als volgt:

- optie 1 specificeert de behandeling waarnaar het vervoer vergoed wordt en stelt geen verdere voorwaarden.
- optie 2 gaat uit van de frequentie, duur en afstand van het vervoer en vergoedt deze boven een bepaalde drempel.

In de volgende paragraaf ramen we de kosten van beide opties en nemen daarbij als uitgangspunt de kosten voorzover we die kennen vanuit de huidige regeling. Veel gegevens ontbreken echter zoals aantallen gebruikers. Om een goede vergelijking te maken tussen optie 1 en 2 zouden we bijvoorbeeld inzicht willen hebben in hoe vaak een aanvraag voor vervoer op basis van de hardheidsclausule wordt afgewezen omdat de drempel niet wordt gehaald. Die gegevens hebben we nu niet, maar we hebben wel een aantal verzekeraars benaderd met deze vraag.

Verder zijn we ervan uitgaan dat in optie 2, de huidige hardheidsclausule tot regel verheven, dezelfde drempel wordt gehanteerd als nu. De financiële effecten van een verhoging of verlaging van deze drempel zijn niet te berekenen.

3 Raming van de kosten

De raming van de kosten beredeneren we zoveel als mogelijk vanuit de gegevens onder de huidige regeling. Binnen de huidige regeling zijn de kosten per groep gebruikers gespecificeerd. Ook hebben we enig inzicht in de verdeling over groepen gebruikers binnen de hardheidsclausule.

Welke groepen gebruikers onder de huidige regeling komen terug in de respectievelijke opties en welke nieuwe groepen gebruikers voorzien wij?

3.1 Bestaande groepen gebruikers

3.1.1 Oncologische behandeling en nierdialyse

Optie 1:

Het vervoer naar oncologische behandelingen en nierdialyses vergoed in optie 1. Dit zijn immers langdurige en/of intermitterende medisch specialistische behandelingen.

Optie 2:

Ook in optie 2 is voor deze groepen het vervoer verzekerd omdat het gaat om langdurig en frequent vervoer en mogelijk op een grote afstand. Vanwege de drempel weten we niet zeker of dit voor alle gevallen zal gelden die nu een vergoeding krijgen.

Kosten[1]:

De kosten van deze groepen nemen we over in onze raming voor beide opties:

	OPTIE 1	OPTIE 2
oncologische behandeling	32,8[2]	32,8
nierdialyse	24,7	24,7
totaal	**57,5**	**57,5**

3.1.2 Rolstoelgebruikers

Er is geen informatie beschikbaar over de bestemmingen van het vervoer van de groep rolstoelgebruikers. Het vervoer kan verband houden met behandelingen zoals omschreven onder optie 1, het kan ook deels of grotendeels gaan om veelvuldig incidenteel vervoer.

Optie 1:

Het incidentele vervoer zal niet meer vergoed worden voor deze groep; het langdurige vervoer

[1] We gaan uit van de kosten per 2015, omdat dit het meest recente jaar is met volledige declaraties. Voor de categorie intensieve kindzorg ontlenen we de cijfers aan 2016 (zie: 4c). Deze groep is per 2016 geïntroduceerd.

[2] Bedragen in € miljoen

wél naar de gespecificeerde vormen van zorg.
Optie 2:
Het incidentele vervoer wordt niet meer vergoed. Het langdurige vervoer wél, maar in deze optie alleen boven de drempel in tegenstelling tot de huidige regeling.

Kosten:
Zie 3.1.3.

3.1.3 Visuele beperking
Er is geen kwantitatieve informatie beschikbaar over de bestemmingen van het vervoer van de groep rolstoelgebruikers. Volgens de patiëntenverenigingen gaat het voor een groot deel om vervoer naar een zintuiglijke revalidatiebehandeling.

Optie 1:
Het vervoer naar een zintuiglijke revalidatiebehandeling wordt vergoed in deze optie, evenals naar andere vormen van langdurige en frequente behandeling die genoemd worden in de omschrijving. Langdurig en frequent vervoer naar eerstelijnszorg wordt niet meer vergoed. Het incidentele vervoer zal ook niet meer vergoed worden.
Optie 2:
Het incidentele vervoer wordt niet meer vergoed. Het langdurige, frequente vervoer wél (zowel eerste lijn als tweede lijn), maar in deze optie alleen boven de drempel in tegenstelling tot de huidige regeling.

Kosten:
In de huidige kosten zit ook het incidentele vervoer en het vervoer naar de eerste lijn verdisconteerd. We kunnen niet berekenen hoe groot dit aandeel is in de kosten. Vanwege deze onzekerheid nemen we toch het gehele bedrag over in de raming zowel in optie 1 als in optie 2.

	OPTIE 1	**OPTIE 2**
visuele beperking	3,9	3,9
rolstoelgebruikers	26,8	26,8
totaal	**30,7**	**30,7**

3.1.4 Vervoer in verband met intensieve kindzorg
Optie 1:
Onder deze omschrijving valt niet het vervoer naar de verpleegkundige dagopvang voor kinderen met intensieve kindzorg. Optie 1 creëert een behandeling gerelateerde basis voor de vergoeding van het vervoer. Ook al kan het gaan om langdurig vervoer en kan het ook frequent vervoer zijn, vervoer naar de verpleegkundige dagopvang vindt niet plaats in verband met een behandeling en in die zin zou het dan ook buiten de aanspraak via optie 1 gaan vallen.
Optie 2:
In optie 2 wordt het vervoer naar de verpleegkundige dagopvang wel vergoed vanwege het langdurige en frequente karakter.

Kosten:
In optie 1 wordt het vervoer niet vergoed, in optie 2 wél.

	OPTIE 1	OPTIE 2
intensieve kindzorg	-	0,3
totaal	**-**	**0,3**

3.1.5 Groepen gebruikers binnen de hardheidsclausule
De huidige hardheidsclausule gaat uit van een langdurige aandoening waarvoor langdurig behandeling nodig is. Wij beschikken niet over precieze cijfers rond groepen 'gebruikers' onder de hardheidsclausule. Uit geschillen, vragen e.d. blijkt dat het veelal gaat om verzekerden die een medisch specialistische behandeling ondergaan, niet-oncologisch of naar (geriatrische) revalidatie of GGZ. Vervoer naar langdurige eerstelijnszorg komt uit de beschikbare gegevens niet naar voren. Ook beschikken we niet over cijfers van het afwijzen van het vervoer onder de hardheidsclausule omdat de drempel niet wordt gehaald. Als we die hadden zouden we misschien een schatting kunnen maken van het kostenverschil tussen optie 1 en optie 2.

Optie 1:
Onder deze optie valt het vervoer naar een langdurige niet-oncologische medisch specialistische behandeling, naar (geriatrische) revalidatie en GGZ, de meest voorkomende groepen binnen de hardheidsclausule. We ramen dezelfde kosten als onder optie 2 omdat we geen cijfers hebben voor een precisering.
Optie 2:
Optie 2 houdt in dat de hardheidsclausule tot regel wordt verheven. Als de drempel hetzelfde blijft zijn de kosten per definitie hetzelfde. Vooralsnog gaan we ervan uit dat de drempel blijft, ook al kan er reden zijn om deze drempel te verlagen, zoals we in het advies aangeven.

Kosten:
Zowel in optie 1 als 2 nemen we de huidige kosten onder de hardheidsclausule over. Voor optie 2 ligt dit voor de hand. We beschikken niet over cijfers om te ramen in hoeveel gevallen de drempel binnen optie 2 niet gehaald wordt. Deze drempel geldt niet binnen optie 1, waardoor optie 1 duurder zou uitvallen. Anderzijds, de hardheidsclausule vergoedt ook langdurig en frequent vervoer naar eerstelijnszorg dat onder optie 1 niet vergoed wordt. Hierdoor zou optie 1 weer goedkoper kunnen uitvallen.

	OPTIE 1	OPTIE 2
gebruikers hardheidsclausule	24,7	24,7[3]
totaal	**24,7**	**24,7**

3.2 Nieuwe groepen gebruikers
Een nieuwe groep gebruikers is afkomstig vanuit de voormalige extramurale behandeling AWBZ. Dit zijn patiënten met een chronische, progressieve, degeneratieve aandoening, niet-aangeboren hersenletsel of verstandelijke beperking. Deze groep kreeg onder de AWBZ het vervoer vergoed naar de zgn dagbehandeling. Deze vorm van behandeling vatten we expliciet onder de revalidatiebehandeling.

[3] Bedragen in € miljoen

Kosten:
Onder de subsidieregeling bedroegen de kosten in 2016 € 1,6 miljoen. De subsidieregeling gaat uit van de organisatie van het vervoer zoals onder de AWBZ gold, namelijk via de instellingen die hiervoor een budget kregen. Onder de Zvw is het vervoer georganiseerd via de zorgverzekeraars. De kosten kunnen we dus niet overnemen. We weten wél de omvang van de betrokken groep: 3.915.[4] In de raming nemen we een bedrag mee dat we baseren op de gemiddelde kosten per gebruiker onder de huidige Zvw-regeling. We gaan er vanuit dat de hoogte van de kosten per gebruiker onder een nieuwe regeling eenzelfde spreiding zal hebben als onder de huidige regeling. Vandaar dat we het gerechtvaardigd vinden om in dit onderdeel te rekenen met de gemiddelde kosten per gebruiker.

- Totale kosten 2015 Zvw: € 113 miljoen (afgerond)
- Aantal gebruikers: 74.328[5]
- Gemiddelde kosten per gebruiker: € 1.520
- Gebruikers vervoer subsidieregeling: 3.915

Aantal gebruikers subsidieregeling * gemiddelde kosten per gebruiker Zvw:
Totaal 3.915 * € 1.520 = **€ 5.9 miljoen**

Optie 1:
Het vervoer naar de dagbehandeling scharen we expliciet onder de omschrijving.
Optie 2:
Vervoer naar dagbehandeling is langdurig en frequent en mogelijk op een grote afstand. Optie 2 kan dus een basis vormen voor een vergoeding, zij het dat de drempel gehaald moet worden. Voor de raming gaan we ervan uit dat dit inderdaad het geval zal zijn.

Kosten:
We nemen hetzelfde geraamde bedrag over voor optie 1 en optie 2, omdat voor beide opties dezelfde vooronderstellingen gelden. We beschikken niet over cijfers om te ramen in hoeveel gevallen de drempel binnen optie 2 niet gehaald wordt. Deze drempel geldt niet binnen optie 1, waardoor optie 1 duurder zou uitvallen.

	OPTIE 1	OPTIE 2
ervoer naar 'dagbehandeling'	5,9	5,9
totaal	**5,9**	**5,9**

NB
Dit vervoer wordt nu betaald via de subsidieregeling *Extramurale behandeling*. Dit betekent dat deze kosten pas neerdalen in de Zvw zodra de subsidieregeling eindigt. Dit zal niet eerder zijn dan 1 januari 2020.

3.3 Een nieuwe hardheidsclausule
De hardheidsclausule vormt een vangnet voor die gevallen waarin de hoofdregel geen soelaas biedt en het niet vergoeden van vervoer tot 'onbillijkheid van overwegende aard' zou leiden. In het rapport geven we een aantal overwegingen die daarbij een rol kunnen spelen, bijvoorbeeld frequent incidenteel bezoek (wat in beide opties niet vergoed wordt) in combinatie met ernstige mobiliteitsbeperkingen. We gaan ervan uit dat bijvoorbeeld het vervoer naar de verpleegkundige dagopvang voor kinderen met intensieve kindzorg onder deze nieuwe hardheidsclausule zou kunnen vallen, mocht voor optie 1 gekozen worden.

[4] Bron: ZPD/Vektis/Zorginstituut Nederland. Gegevensbron: 2015 (geproduceerd op 29-08-2017)

[5] Dit is het aantal gebruikers met hogere kosten dan de jaarlijkse eigen bijdrage voor het vervoer.

We beschikken niet over historische cijfers om een raming te kunnen maken van het beroep op deze hardheidsclausule. We nemen dit onderdeel dan ook pm mee in onze raming.

		OPTIE 1	OPTIE 2
beroep op hardheidsclausule		pm	pm
totaal		**pm**	**pm**

3.4 Overige kosten

Uit de geschillen en vragen komen veel onduidelijkheden naar voren over begin- en eindpunt van een behandeling, het vergoeden van vervoer naar consulten, (bloed)onderzoek, (na) controles etc. We willen deze onduidelijkheden wegnemen. Een langdurige, intermitterende medisch specialistische behandeling is vaak uit meerdere fases opgebouwd, waarbij onderzoek na een bepaalde fase de input vormt voor de inhoud en duur van de volgende fase. De uitgangspunten fysieke en financiële bereikbaarheid gelden ook voor deze onderdelen. We menen dat het vervoer ook vergoed moet zou moeten worden naar consulten, (bloed)onderzoek, (na)controles. Dit kan betekenen dat de kosten in verband met deze behandelingen hoger kunnen uitvallen dan de huidige kosten. We verhogen het totaal van de kosten voor nierdialyse, oncologische behandeling en de hardheidsclausule daarom met 10%.

- kosten in verband met oncologische behandeling, nierdialyse en hardheidsclausule: € 82,2 miljoen
- 10% * € 82,2 miljoen = € 8,2 miljoen

Raming verhoging **€ 8,2 miljoen**

	OPTIE 1	OPTIE 2
kostenverhoging door verheldering	8,2	8,2
totaal	**8,2**	**8,2**

4 Totale raming

4.1 Onderdelen van de raming

Onze raming bestaat uit vier onderdelen zowel voor optie 1 als optie 2. De zekerheid rond de hoogte van de kosten varieert per onderdeel. Vanwege deze toenemende onzekerheid drukken we de raming uit in een bandbreedte. De ondergrens wordt gevormd door de kosten onder de huidige regeling. De bovengrens bepalen we door de onderdelen onder 2. en 3. hierbij op te tellen. Het gaat om de volgende onderdelen:

1. de kosten onder de huidige regeling;
2. gebruikers van vervoer onder de subsidieregeling *Extramurale behandeling*;
3. een aantal elementen uit de nieuwe regeling die kostenverhogend kunnen uitvallen;
4. beroep op de nieuwe hardheidsclausule is een pm-post.

Ad 1.
We gaan ervan uit dat er in de nieuwe opzet geen besparingen ontstaan ten opzichte van de huidige regeling.
De huidige kosten bedragen *€ 113 miljoen*.

Ad 2.
Vanuit de subsidieregeling *Extramurale behandeling* komen nieuwe gebruikers van het ziekenvervoer in de Zvw. We gaan ervan uit dat deze gebruikers ook onder de Zvw het vervoer vergoed krijgen. Hun kosten hebben we geschat aan de hand van de actuele gemiddelde kosten van een gebruiker onder de Zvw. Het aantal gebruikers is vrij zeker.
De geraamde kosten voor dit onderdeel bedragen: *€ 5,9 miljoen*.

Ad 3.
Verheldering van de 'afkappunten' in de nieuwe regeling leidt waarschijnlijk tot een kostenverhoging.
We ramen deze verhoging op *€ 8,2 miljoen*.

4.2 Verschil in geraamde kosten tussen optie 1 en optie 2
Uit het voorgaande overzicht blijkt dat de geraamde kosten tussen optie 1 en 2 slechts op één punt verschillen: namelijk de vergoeding van het vervoer naar verpleegkundige dagopvang voor kinderen met intensieve kindzorg. In optie 1 wordt dit niet vergoed, in optie 2 wél. Het verschil bedraagt 0,3 miljoen €. Op het totale geraamde bedrag is dit een te verwaarlozen verschil, namelijk ca 0,2%.

4.3 Raming in een bandbreedte
Dit betekent dat we de kosten die voortvloeien uit een nieuwe regeling voor het ziekenvervoer ramen op een bedrag tussen ***€ 113 en 127,1 miljoen*** *(afgeronde bedragen).*

4.4 Toelichting op de bandbreedte en de onzekerheid
Deze kostenraming kent een vrij grote bandbreedte, € 14,1 miljoen, omdat we moeten uitgaan van een nieuwe opzet die we nog niet voorgelegd hebben aan betrokken partijen. Ook ontbreken op onderdelen cijfers die nodig zijn om toekomstig gebruik te kunnen ramen. Hierbij hebben wij de volgende opmerkingen.

- De kosten onder de huidige regeling (ondergrens) maken een groot deel uit van onze raming, namelijk 89%. De ondergrens en daarmee het grootste deel van de raming, is vrij zeker.
- De bandbreedte bestaat uit € 14,1 miljoen waarvan € 5,9 miljoen in ieder geval wat het aantal gebruikers betreft, vrij zeker is.
  Dit onderdeel vertegenwoordigt 42% uit van de bandbreedte van € 14,1 miljoen en 4,6% van het maximaal geraamde bedrag.
- De kostenverhoging ter hoogte van € 8,2 miljoen is volledig geschat.
  Dit onderdeel vertegenwoordigt 58% van de bandbreedte van € 14,1 miljoen en 6,4% van het maximaal geraamde bedrag.

2018015811

Bijlage 4

Overzicht elementen regelgeving voor een nieuwe prestatie zittend ziekenvervoer

1. Algemeen
Het zittend ziekenvervoer is geregeld in artikel 2.13 - 2.15 Bzv.

In dit rapport schetsen we de mogelijkheden voor een nieuwe omschrijving van een onderdeel van de prestatie zittend ziekenvervoer, namelijk artikel 2.14 lid 1 en lid 3 Bzv: de verzekerden die aanspraak kunnen maken op de prestatie zittend ziekenvervoer.

Dit betekent dat de overige bepalingen ongewijzigd blijven.

2. Bepalingen die ongewijzigd blijven
- Artikel 2.13 lid 1:
  Dit artikel omvat de bestemmingen waarnaar het vervoer verzekerd is. Het gaat dan bijvoorbeeld om de voorwaarde dat de behandeling waarnaar vervoerd onder de Zvw moet vallen en dat ook de terugreis onder de verzekering kan vallen.
- Artikel 2.14 lid 1:
  Dit artikel beperkt het zittend ziekenvervoer tot maximaal een afstand van 200 km enkele reis. Artikel 2.14 lid 4 geeft aan dat deze beperking niet geldt als de verzekeraar toestemming heeft gegeven om zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling.
- Artikel 2.15 lid 1:
  De zorgverzekeraar kan toestemming voor een ander middel van vervoer dan een motorvoertuig op openbaar vervoer, bijvoorbeeld de boot (Waddeneilanden) of een helikopter.
- Artikel 2.15 lid 2:
  Het vervoer kan ook het vervoer van een begeleider omvatten of, als de zorgverzekeraar hiervoor toestemming verleent, twee begeleiders.
- Artikel 2.16e:
  voor het vervoer geldt een eigen bijdrage die per kalenderjaar in rekening wordt gebracht.

3. Optie 1
Optie 1 sluit aan bij de aandoening en de aard van de behandeling en is als volgt geformuleerd:
*Het te verzekeren vervoer omvat vervoer naar een langdurige of intermitterende behandeling (medisch specialistisch, GGZ, revalidatie waaronder dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend i*s.

Kernbegrippen zijn hierin 'langdurig' en 'intermitterend'. Langdurig is niet een begrip dat wij kwantitatief kunnen definiëren aan de hand van een tijdsperiode. De bedoeling is dat het moet gaan om een behandeling die zich niet richt op een 'incident' en waarvoor bijvoorbeeld een aantal onderzoeken en aantal behandelmomenten zijn aangewezen. Het gaat om behandelingen zoals de oncologische behandelingen, nierdialyse, revalidatie, psychiatrisch of psychotherapeutisch. Intermitterend wil zeggen dat het moet gaan om behandelingen die meerdere onderdelen (consulten en/of zittingen en/of interventies al of niet aangevuld met controles en onderzoeken)) omvatten en waarvoor de verzekerde regelmatig en terugkerend zich naar een instelling voor zorg moet begeven.

4. Optie 2
Optie 2 omvat de hardheidsclausule die tot 'regel' wordt verheven:
Onder het te verzekeren vervoer valt het vervoer waarvan de frequentie, duur en afstand in onderlinge samenhang bezien de drempel van (xxx) overschrijdt.

Bij de drempel hebben we de hoogte nog opengelaten omdat de hardheidsclausule tot regel verheven, misschien een lagere drempel rechtvaardigt dan de huidige (250).

Voor het toepassen van de formule kan de vraag gesteld waar het beginpunt en waar het eindpunt ligt. Deze optie vraagt immers om een inschatting van toekomstig gebruik wil een verzekeraar, conform de polissen, vooraf toestemming kunnen geven en het toekomstig gebruik is niet altijd precies te bepalen. In deze benadering worden alle behandelmomenten meegerekend die voorzien worden, Er wordt dus geen onderscheid gemaakt tussen diagnostiek, consult, interventie, controle. Als het vervoer naar verschillende locaties plaatsvindt, wordt dit vervoer als één geheel meegenomen in de formule.

Een aparte plaats nemen behandelingen in die voorzienbaar levenslang zijn, bijvoorbeeld nierdialyse. Bij een dergelijke voorzienbare langdurigheid zou een berekening per kalenderjaar onredelijk kunnen uitpakken. In dergelijke gevallen gaan we er dan ook van uit dat aan de drempel wordt voldaan.

5. Optie 3
Optie 3 omvat een additionele (aan optie 1 of 2) hardheidsclausule die gericht is op het voorkomen van 'onbillijkheid van overwegende aard'.
Een hardheidsclausule gaat uit van een individuele afweging. Het gaat erom dat de noties uit de regelgeving redelijk en billijk geïnterpreteerd wordt, zodat er een evenwichtige afweging plaatsvindt tussen het belang van de verzekerde en de toepassing van de regelgeving.

Bijlage 5

Advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over het zittend ziekenvervoer (Titel advies: "Zittend ziekenvervoer") (systeemadvies)

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Deze kunnen gaan over in- of uitstroom van interventies in de zorgverzekering, maar ook over het domein waar bepaalde zorg moet worden ondergebracht. In het laatste geval spreken we van systeemadviezen. Zij doet dit vanuit het principe dat het systeem van de zorgverzekering en aanpalende regelingen maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking. Bij systeemadviezen beoordeelt de commissie of de uitvoering ervan leidt tot maatschappelijk rechtvaardige uitkomsten waarbij de kwaliteit van en de toegang tot zorg en de mogelijke uitvoeringsconsequenties een belangrijke rol spelen.

De commissie heeft in haar vergadering van 23 februari 2018 verkennend gesproken over de vraag van de Minister te adviseren over een meer op inhoud gerichte en toekomstbestendige omschrijving van de aanspraak van het zittend ziekenvervoer in plaats van een limitatieve omschrijving van de doelgroepen. In een schriftelijke ronde heeft de commissie vervolgens onderstaand advies geformuleerd over het conceptadvies 'Zittend ziekenvervoer' dat het Zorginstituut heeft opgesteld. In dit conceptadvies zijn scenario's geschetst om te komen tot een rechtvaardige en toekomstbestendige regeling voor het zittend ziekenvervoer. Scenario 1 betreft een algemene omschrijving voor de aanspraak van vervoer gekoppeld aan de aandoening en de behandeling. Scenario 2 koppelt de aanspraak op vervoer aan frequentie, duur en afstand van de behandeling. In dit tweede scenario is de huidige hardheidsclausule met frequentie, duur en afstand tot regel verheven. Eventueel kan aan beide scenario's een hardheidsclausule toegevoegd worden. Deze hardheidsclausule betreft een individuele benadering om de aanspraak op vergoeding van vervoer voor met name verzekerden die talrijke niet samenhangende behandelmomenten hebben in verband met incidentele zorgvragen te organiseren.

Ziekenvervoer heeft het karakter van een voorziening, een zogenaamde ondersteunende verstrekking. De commissie concludeert dat het in dat opzicht een ander type aanspraak is dan de andere ZVW-aanspraken.
De commissie is van mening dat de minister een bijna niet te beantwoorden vraag stelt. Of de aanspraak wordt smal geformuleerd (gekoppeld aan een aandoening) waardoor de kosten beheersbaar blijven, waardoor de aanspraak waarschijnlijk niet toekomstbestendig is. Of de aanspraak wordt breed geformuleerd (niet gekoppeld aan een aandoening, maar aan de vervoersbehoefte), maar dan moet er meer individueel getoetst worden en dat heeft gevolgen voor de uitvoerbaarheid. Kortom; tegelijk tegemoetkomen aan uitvoerbaarheid, toekomstbestendigheid en beheersbaarheid van de kosten is een lastige opgave.

Alles afwegend is de ACP van mening dat een omschrijving gekoppeld aan de aandoening en de behandeling (scenario 1) niet toekomstbestendig is en dat dus een omschrijving gebaseerd op frequentie, duur en afstand (scenario 2) beter past bij de ontwikkelingen in de zorg. Omdat scenario 2 een drempel kent, wordt meer van de

uitvoering gevraagd dan bij scenario 1. Een dergelijke drempel lijkt in verband met de beheersbaarheid van de kosten echter onvermijdelijk.

Omdat zowel scenario 1 als 2 zich richten op aandoeningen en/of behandelingen van lange duur valt de groep die verschillende incidentele zorgvragen combineert en in het zelfstandig reizen belemmerd is bij beide scenario's buiten de boot. De ACP heeft zich de vraag gesteld of in dergelijke gevallen vergoeding van vervoer toch vanuit de Zvw mogelijk gemaakt zou moeten worden door scenario 2 te combineren met een hardheidsclausule voor dergelijke zaken. De commissie is echter van mening dat voor deze gevallen de Wmo bestaat. Ondersteunende verstrekkingen in de Zvw moeten naar de mening van de commissie op een of andere wijze aan een aandoening en/of behandeling gekoppeld blijven, zodat zij zich duidelijk onderscheiden van voorzieningen zoals die vanuit de Wmo worden aangeboden. Een hardheidsclausule zoals voorgesteld bij scenario 3 loopt het risico dat geen grens meer tussen de Wmo en ondersteunende verstrekkingen uit de Zvw te trekken valt.

Van: P E
Verzonden: maandag 19 maart 2018 15:23
Aan: _____
CC: _____

_____

Onderwerp: RE: Consultatie advies zittend ziekenvervoer aan Minister VWS

Beste Mevrouw L en mevrouw van der M,

Vriendelijk dank voor het opsturen van het ZINL advies aan de minister over het zittend ziekenvervoer.

In het recente verleden is er ondanks het feit dat oncologie patiënten specifiek genoemd werden in de regeling zittend ziekenvervoer toch nog onduidelijkheid geweest over welke oncologische zorg nu wel en niet onder de regeling viel. Immunotherapie (eerst niet afzonderlijk genoemd) is gelukkig per 1.1.2018 toegevoegd. Maar er zijn bijvoorbeeld wel nog vragen over zaken als scans en bloedcontroles in relatie tot chemotherapie zoals ook in het ZINL advies genoemd. Wij zijn verheugd dat er nu gewerkt wordt aan een helderder kader.

In oncologische Nederland komen steeds meer ingewikkelde en gecompliceerde behandelingen. Denk aan protonen bestraling, HIPEC, beeldgestuurde behandelingen, behandeling met radio-embolisatie, thermo-ablatie. Vaak is voor deze innovatieve behandeling alleen expertise in specifieke centra en is behandeling in die centra zelfs voorwaarde voor vergoeding. Daarnaast worden behandelingen die vroeger op veel plekken uitgevoerd werden nu geconcentreerd in een beperkt aantal centra, hetgeen leidt tot aantoonbare kwaliteitsverbetering. Denk hierbij aan maag/slokdarmoperaties, gecompliceerde leverchirurgie maar ook aan behandeling met bepaalde targeted therapie in longkanker.
NFK heeft als een van haar speerpunten om de oncologische zorg, zeker voor de meer zeldzame tumortypes, verder te concentreren (en dan hebben we het toch snel over een op de 5 kankerpatiënten in Nederland volgens het recent verschenen rapport kankerzorg inbeeld van IKNL) of in elk geval te laten plaatsvinden in netwerken van centra.

Als gevolg van bovenstaand zullen patiënten vaker gebruik (moeten) maken van zorg verder van huis voor hun gehele behandeltraject of voor een deel daarvan. Bij optie 2 is de vergoeding afhankelijk van afstand, frequentie en duur van de behandeling en dat zal in de boven omschreven situatie tot veel onduidelijkheid leiden. Het zal zeker niet altijd mogelijk zijn om afstand, duur en frequentie van de behandeling vast te stellen, als delen van de behandeling in verschillende centra plaatsvinden. Daarom heeft Optie 1, zittend ziekenvervoer op basis van aandoening, onze voorkeur. Voor patiënten is het gelijk duidelijk waar ze aanspraak op kunnen maken.

Waar op diverse plekken in het document wordt gezegd dat in optie 1 alle oncologie patiënten onder de regeling zullen vallen, kan de formulering op pag 16/34 toch nog tot onduidelijkheid leiden omdat er een 'tijdsaspect' aanwezig is (zie dikgedrukte items hieronder). Kan er gekeken worden om dit nog eenduidiger te formuleren?

> Het vervoer naar een **langdurige** of intermitterende medisch specialistische , GGZ of revalidatie behandeling (inclusief dagbehandeling) in verband met een somatische ,

psychische of zintuigelijke aandoening of beperking die chronisch , **langdurig** of blijvend is.

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

Met vriendelijke groet
Pauline Evers
Beleidsmedewerker
Nederlandse Federatie van Kankerpatientenorganisaties

Nierpatiënten Vereniging Nederland

Zorginstituut Nederland
t.a.v. J
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Bussum, 22 maart 2018 Onze referentie: HB/sz/18.004

Betreft: Consultatie zittend ziekenvervoer

Geachte mevrouw L

Hierbij een aantal punten van de kant van de Nierpatiënten Vereniging Nederland (NVN) als reactie op uw concept advies betreffende het zittend ziekenvervoer. Om onze conclusie toe te lichten wil ik graag nader ingaan op de specifieke situatie van dialyserende nierpatiënten.

- Er wordt in de huidige regeling uitgegaan van het volgende: *De verstrekking zittend ziekenvervoer wordt gerekend tot de ondersteunende verstrekkingen: het ziekenvervoer moet het mogelijk maken andere zorgaanspraken te realiseren (pag. 9).* Voor een dialysepatiënt die in een centrum dialyseert is dit niet alleen een ondersteunende maar ook een noodzakelijke voorziening. Immers gebruik maken van eigen vervoer wordt afgeraden en is verzekeringstechnisch meestal uitgesloten. OV is niet aan de orde gelet op het risico voor de patiënt en de ziektelast die met een dialysebehandeling gepaard gaat. Het betreft een noodzakelijke, levensreddende behandeling. Zorgmijding is niet aan de orde want betekent de dood voor de betrokkene.
- Verder wordt bij de huidige regeling gesteld: *De nieuwe Regeling beoogde de aanspraak op ziekenvervoer te beperken tot die groepen verzekerden van wie de ziektelast, frequentie en duur van de behandeling zodanig zijn, dat het onredelijk zou zijn om van hen te verwachten dat zij zelfstandig voor het vervoer naar of van de zorgverlener zorgdragen. In dergelijke gevallen zou de verzekerde ook een onevenredig zwaar beroep op mantelzorg moeten doen, als het vervoer niet voor rekening van de verzekering zou kunnen plaatsvinden.(pag 9-10)* Bij dialyse zijn alle criteria aan de orde, zowel de ziektelast, de frequentie (min. 3x per week) als de duur (zowel de lengte van de behandeling zelf – 3 tot 4uur – als het jarenlange voortduren van de behandeling, regelmatig tot de dood er op volgt. Het betreft bovendien veelal oudere patiënten (62% van de nieuw startende dialyse patiënten is boven de 65 jaar, bron Nefrovisie).

Secretariaat
Postbus 284
1400 AG Bussum

Bezoekadres
Groot Hertoginnelaan 34
1405 EE Bussum

T 035 691 21 28
F 035 691 93 34
E secretariaat@nvn.nl

KvK 40476789
www.nvn.nl

BTW nr. NL007088863.B.01
ING NL33INGB0004089528
Rabobank NL87RABO0123002540

- Op pag. 11 wordt als uitgangspunt gesteld: *Als door ofwel fysieke ofwel financiële belemmeringen voor een verzekerde de toegang tot de zorg in het geding komt, is compensatie vanuit de verzekering op haar plaats.* Het element fysieke beperking is hierboven voldoende beargumenteerd. Het aspect financiële belemmering speelt voor een behoorlijk aantal nierpatiënten ook een rol. Aangezien nierschade een chronische aandoening is die in de loop der tijd verergert, lijdt dit vaak tot verlies van werk dan wel verlies van werkcapaciteit (minder uren kunnen werken). Daarnaast zoals hierboven gesteld betreft het voor een deel een oudere doelgroep met beperkte financiële middelen. Bovendien is er vaak sprake van co-morbiditeit (en bijvoorbeeld ook rolstoelgebruik), één van de factoren die leiden tot stapeling van zorgkosten.
- Op pag. 12 komt voor het eerst een kwaliteitsaspect aan de orde, n.l.: *De zorgverzekeraars organiseren het taxivervoer grotendeels via gecontracteerde aanbieders, waardoor bijvoorbeeld gecombineerde ritten met meerdere verzekerden mogelijk zijn.* Voor een dialysepatiënt die een lange behandelingsduur heeft (gemiddeld 4 uur) en die (per individu verschillend) regelmatig behoorlijk ziek van de behandeling wordt ('dialysekater' genoemd), betekent verlenging van de behandelduur door langere tijd voor en na de dialyse in de taxi te zitten, een extra en wat de NVN betreft een ongewenste, verzwaring van de behandeling.
- Bij de problemen in de uitvoering (pag. 13) wordt alleen gekeken naar een technische definitiekwestie. Er wordt nergens gesproken over de beperkte kwaliteit van de dienstverlening in zichzelf. Dat wordt ook in de adviesaanvraag niet aangegeven maar wat de NVN betreft zou daar wel naar gekeken moeten worden. De zwaarte door het dialysevervoer wordt regelmatig genoemd door dialysepatiënten als o.a. één van de redenen om de behandeling te staken en daarmee te kiezen voor een dood binnen afzienbare tijd (binnen twee weken).
- Bij optie 1 (pag. 15) vervalt het noemen van de specifieke groep (in dit geval nierpatiënten). Volgens de NVN kan dit alleen maar leiden tot grotere onduidelijkheid. Zoals hierboven genoemd behoren dialysepatiënten om alle redenen tot de doelgroep en juist door hen te noemen is daar geen twijfel over mogelijk. Door hen niet te noemen kan alles ter discussie gesteld worden en moeten we niet alleen vrezen voor een slechte kwaliteit maar komt ook de vraag naar voren of men überhaupt in aanmerking komt. Het betreft een zeer specifieke, in omvang duidelijk omschreven doelgroep (circa 5.000 mensen) voor wie dit vervoer letterlijk van levensbelang is. Door deze welomschreven groep niet te noemen moet er 'onderling geconcurreerd' worden aangezien het budget gelijk blijft en is er geen grondslag waarop deze specifieke groep zich kan beroepen. Op pag. 16 wordt immers wel uitgesproken dat ook meer mensen gebruik kunnen maken van deze regeling door de gekozen formulering. Het criterium dat de behandeling niet in directe omgeving voorhanden is, is een vreemd criterium voor iemand die in een grote stad met meerdere dialyselocaties woont maar die niet in staat is daar zelfstandig naar toe te reizen. En verder wordt op pag. 17 gesteld: *Binnen deze omschrijving moeten begin- en eindpunt van de behandeling duidelijk zijn om vragen en geschillen te voorkomen.* Dit doet geen recht aan de situatie van dialysepatiënten tenzij 'tot de dood er op volgt' als ultiem eindpunt geaccepteerd wordt.
- In optie 2 (pag. 17) wordt als uitgangspunt genomen: *Frequentie, duur en afstand van de behandeling bepalen of de verzekerde aanspraak kan maken op de vergoeding van het vervoer.* Hierin valt afstand voor dialyse patiënten af als goed criterium. Wederom laat men merken niet op de hoogte te zijn van de ernst, de zwaarte van de dialysebehandeling. Ook het zoeken naar een 'drempelwaarde' laat zien dat de problematiek van dialysepatiënten niet op het netvlies van het ZiNL staat.

Kortom, de NVN kan zich niet vinden in de gekozen oplossingen. De zeer specifieke situatie van dialysepatiënten rechtvaardigt naar ons oordeel te allen tijde een uitzonderingspositie die ook als zodanig benoemd en geëxpliciteerd moet worden. Als NVN zijn we ook zeer teleurgesteld in de omschrijving van de adviesaanvraag die zich lijkt te beperken tot een financiële (gelijkblijvend budget), administratieve (eenvoudiger voor de zorgverzekeraars in de uitvoering) en bureaucratische insteek. Nergens staat de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer genoemd als een belangrijk uitgangspunt. Het gaat bij kwaliteit niet alleen om de vraag of we de goede dingen doen maar ook om de vraag of we de juiste dingen ook goed doen. Hierover zou de NVN graag met VWS verder van gedachte willen wisselen. Met de zorgverzekeraars lukt ons dit niet ondanks jarenlange inspanningen.

In de verwachting dat deze reactie ook bij VWS wordt ingebracht, wordt de NVN graag op de hoogte gehouden van het vervolg.

Met vriendelijke groet,
Nierpatienten Vereniging Nederland

Drs. J.A.J. Bart
Directeur

Van: L, E
Verzonden: donderdag 22 maart 2018 13:06
Aan:
CC:
Onderwerp: RE: Tav scoping zittend ziekenvervoer ACP-vergaderstuk 23 feb. 2018

Beste J en F,

Dank voor het toesturen van jullie concept-advies. We hebben het met interesse gelezen en vanuit verschillende hoeken input verzameld.

Algemene opmerkingen

- We hebben de indruk dat de aanspraak iets wordt verbreed. Dit kan als gevolg hebben dat groepen gebruikers die nu niet in aanmerking komen voor zittend ziekenvervoer straks mogelijk binnen de scope vallen. Is er zicht op hoe deze 'nieuwe' groep gebruikers tot nu toe is vervoerd en, indien van toepassing, onder welke aanspraak dat gebeurt?
- Kan het omgekeerde ook van toepassing zijn? (Dus huidige gebruikers die straks buiten de aanspraak vallen? Hoe gaan die vervoerd worden? Per ambulance of voor eigen verantwoordelijkheid?)
- Wij waren benieuwd of een bredere definitie van zittend ziekenvervoer ook gevolgen zou kunnen hebben voor de aanspraak op vervoer per ambulances (met name B-ritten). Het lijkt ons zinvol om Ambulancezorg Nederland (AZN) bij het advies te betrekken. Het zittend ziekenvervoer bevindt zich vooral aan de ondergrens van ambulancezorg en dat is net het deel waar in het veld de meeste discussie over is. Onze inschatting is dat met het voorliggende concept het grijze gebied kan toenemen, en dat de ondergrens van ambulancezorg (en daarmee de bovengrens van zittend ziekenvervoer) onduidelijker wordt en aanleiding geeft tot meer discussie.

Daarnaast heeft Thesra ook nog mee gelezen. Haar opmerkingen zijn bijgevoegd. Deze opmerkingen kunnen als input voor jullie dienen, maar zijn niet onze officiële reactie vanuit de NZa.

Met vriendelijke groet, ook namens Mariska,
Eva van Luijk

Nederlandse Zorgautoriteit

Nederlandse Vereniging voor
Radiotherapie en Oncologie

NVRO Secretariaat
Postbus 8176
3503 RD Utrecht
tel: 030-6868775
fax: 030-6868779
e-mail: secretariaat@nvro.nl
web: www.nvro.nl

Verzonden per e-mail:

Vertrouwelijk
Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 22 maart 2018

Onze referentie : 20180322/CR/es
Betreft : Beoordeling conceptadvies zittend ziekenvervoer aan Minister VWS

Geachte mevrouw L,

Op 15 maart 2018 heb ik uw conceptadvies aan de minister van VWS ontvangen, waarvoor vriendelijk dank.

Dit conceptadvies is op 21 maart jl. in de bestuursvergadering van de NVRO besproken.
Het bestuur kan zich verenigen met opties 1 en 3 in verband met de complexiteit, multidisciplinariteit en multilocaliteit van de behandelingen. Binnen ons oncologisch vakgebied denken wij dan vooral aan de gevolgen van centralisatie, de toename aan complex multidisciplinaire behandelingen en de WBMV voorbehouden lokalisatie van protonencentra.

Gezien de verplichte evaluatie van onder andere de protonenbehandelingen, zouden wij graag een ruimhartige vergoeding voor deze categorie patiënten zien. Immers: geen follow-up = geen gegevens.

Zij is van mening dat deze opties rechtvaardig en uitvoerbaar zullen zijn.

Met vriendelijke groet,

Prof. Dr. C.R.N. Rasch,
Voorzitter NVRO
Hoofd Afdeling Radiotherapie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Zorgverzekeraars Nederland

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

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

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM Zeist
030 698 89 11
info@zn.nl
www.zn.nl

Geachte mevrouw L,

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

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

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

In het advies uit 2014 werden door het Zorginstituut twee belangrijke uitgangspunten meegenomen bij het opstellen van het advies.
1. De vervoersbehoefte van de verschillende doelgroepen
2. Het creëren van een eenduidig en transparant loket voor deze doelgroepen

In het advies uit 2018 lijkt de focus meer verschoven te zijn naar de technische en juridische vraagstukken rondom de afbakening van de bestaande Zvw aanspraak zittend ziekenvoer. In dit kader lijkt met name uitgangspunt 2 enigszins uit beeld verdwenen te zijn. Zorgverzekeraars vragen het zorginstituut dit uitgangspunt nadrukkelijk te betrekken in de verdere advisering. Op welke wijze kan het totale vervoerskader het beste ingericht worden zodat deze op eenvoudige en transparante wijze tegemoet komt aan de behoefte van burgers/patiënten?
In dit kader is een overheveling van niet ziekte- en behandel gerelateerd vervoer naar de WMO naar de mening van zorgverzekeraars een reële optie die beter tegemoet te komen aan de behoefte van de patiënt/burger. Vanuit dit perspectief staan zorgverzekeraars nog steeds achter het advies zoals dit door het Zorginstituut in 2014 is gegeven.

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

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

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

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

Bij optie 1 wordt een algemene aanspraak geformuleerd gebaseerd op aandoeningen. De insteek voor deze optie is dus gericht op het afbakenen van de medische noodzaak van het vervoer. Een dergelijk insteek is vanuit de inhoud te prefereren en sluit ook het beste aan bij de gangbare kaders van de Zvw. Een dergelijke uitwerking heeft als voordeel dat vervoer voor de noodzakelijke groepen volledig gefinancierd kan worden. Hiermee kan de moeilijk uitlegbare uitkomst voorkomen worden dat voor een deel van doelgroep de vervoerskosten worden vergoed en voor een ander deel niet.
Deze insteek sluit aan bij de huidige insteek van de regeling en vraagt om een afgrenzing middels een limitatieve lijst. Deze optie kent hiermee ook dezelfde beperkingen als de huidige regeling omdat de bestaande grenzen niet worden opgeheven maar wordt verlegd.
Met het voorstel wordt een deel van de huidige afbakeningsvragen voorkomen maar ontstaan tegelijkertijd ook weer nieuwe afbakeningsvraagstukken. Wat is langdurig en intermitterend? Wanneer is er sprake van een medisch specialistische GGZ of revalidatiebehandeling? Wanneer is er sprake van een chronisch, langdurig of blijvende aandoening? Wil een afbakening op basis van de voorgestelde medische definitie goed functioneren zullen deze begrippen nader geduid moeten worden. Deze uitwerking dient vervolgens onderhouden te worden op basis van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg.
Tevens roept deze afbakening gelijke vragen op als de huidige regeling. Waarom komt het vervoer van deze zorgvormen in aanmerking voor vergoeding. Met de definitie lijkt er gestreefd te worden om de vergoeding te beperken tot tweedelijns specialistische zorg. In de eerste lijn kan er echter ook sprake zijn van een omvangrijke vervoersvraag waarvan de kosten een belemmering kunnen vormen voor het gebruik maken van de zorg. Deze tweedeling zal dan ook

vragen oproepen. Deze tweedeling bevat mogelijk ook een prikkel voor patiënten voor een doorverwijzing naar de tweede lijn om zo voor vergoeding in aanmerking te komen. Deze prikkel is tegenstrijdig met het algemeen ingezette beleid van stepped en matched care.
Verzekeraars signaleren verder dat op basis van deze optie de aanspraak op het zittend ziekenvervoer aanzienlijk wordt uitgebreid ten opzichte van de huidige situatie. Dit zal impact hebben op de uitvoering en de inkoop (zie ook opmerking aan het einde van de brief).

Bij optie 2 wordt er volledig teruggevallen op de huidige hardheidsclausule. De insteek voor deze optie lijkt primair gericht op het opheffen van de financiële drempel die een omvangrijke vervoersvraag zou kunnen opwerpen voor de zorg. Vervoer wordt vergoed als deze voldoet aan een vooraf vastgestelde grens gebaseerd op frequentie, duur en afstand. De medische noodzaak speelt in deze optie geen duidelijke rol. Zorgverzekeraars gaan er in dit scenario vanuit dat het Zorginstituut bedoeld dat er een hardheidsclausule in de wet wordt opgenomen waarmee er niet langer sprake is van hardheidsclausule van de individuele zorgverzekeraars.
Deze optie heeft als voordeel dat er een gelijke aanspraak ontstaat voor alle verzekerden. De aanspraak is redelijk transparant omdat een verzekerde de formule (in overleg met de behandelaar) kan invullen en vooraf kan inschatten of het vervoer voor vergoeding in aanmerking komt.
Deze optie kent ook een aantal nadelen. De aanspraak gaat voor de huidig aangewezen groepen achteruit omdat niet langer meer al het vervoer in aanmerking komt. Incidenteel vervoer zal niet langer meer vergoed worden. Deze aanpassing zal mogelijk impact hebben op het zorggebruik van deze groepen.
Verder is een regeling volledig gebaseerd op een hardheidsclausule uitvoeringstechnisch zeer belastend en kwetsbaar. Wanneer volledig wordt teruggevallen op een hardheidsclausule zullen alle aanvragen individueel beoordeeld moeten worden. In dit kader vragen zorgverzekeraars zich ook af welke controle eisen er aan zorgverzekeraars gesteld worden bij de uitvoering van een dergelijke regeling. Dienen zorgverzekeraars te toetsen of het aangevraagde passend is bij de zorgvraag van de patiënt. Is een patiënt daadwerkelijk aangewezen op de zorg bij de betreffende aanbieder of is er andere zorg voorhanden bij een aanbieder dichter in de buurt? Wanneer er ook een inhoudelijke toetst gedaan moet worden is dit scenario gelijk te stellen aan een inhoudelijke individuele toets en hiermee niet uitvoerbaar voor zorgverzekeraars.
Wanneer er alleen vooraf rekenkundig getoetst hoeft te worden of het aangevraagde vervoer voldoet aan de formule maakt dit de regeling erg kwetsbaar en financieel moeilijk beheersbaar. Het is vooraf moeilijk om over een langere periode in te schatten welke vervoersbehoefte er precies gaat zijn. Voor een patiënt (en zijn behandelaar) is wel duidelijke welke info opgegeven moet worden om voor vergoeding in aanmerking te komen. Een rekenkundige toepassing van de hardheidsclausule zal dan ook calculerend gedrag tot gevolg hebben. In dit kader zien zorgverzekeraars nu al dat het geleverde vervoer achteraf niet overeen komt met het vooraf opgegeven vervoer. Er bestaat dan ook een risico op 'stempel aanvragen' (een risico dat bekend is uit het verleden) waarmee zorgverzekeraars geen greep kunnen houden op de uitgaven.

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

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

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

Samenvattend:

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

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

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

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

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

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

Met vriendelijk groet,

Drs. J. van Kuik
Beleidsadviseur Zorgverzekeraars Nederland

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

Onderwerp
Advies zittend ziekenvervoer

Datum	**Referentie**	**Inlichtingen bij**	**Bijlagen**
22-03-2018	18-0359/MH/NH		

Geachte mevrouw L,

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van het (concept)advies van het Zorginstituut Nederland over het zittend ziekenvervoer. Voor Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), MIND, Dwarslaesie Organisatie Nederland, de Oogvereniging, Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten organisaties, Stichting Kind & Ziekenhuis en de LFB is een belangrijk uitgangspunt dat mensen niet gehinderd mogen worden in de toegang tot benodigde zorg omdat het zelfstandig en tijdig organiseren van vervoer voor hen een probleem is. Het VN verdrag inzake de rechten voor mensen met een handicap stelt dat mensen dit recht hebben[1].

Wij vinden het goed en cruciaal dat de aanspraak zittend ziekenvervoer binnen de Zorgverzekeringswet blijft gehandhaafd. Voor een deel van onze achterban is de aanspraak op zittend ziekenvervoer een (medisch) noodzakelijke voorziening en voor een ander deel is het de enige mogelijkheid om de toegang tot zorg te realiseren.

- Voor een aantal aandoeningen geldt dat het gebruik maken van eigen vervoer wordt afgeraden en verzekeringstechnisch meestal uitgesloten is. OV of vormen van WMO- en regiovervoer zijn niet aan de orde gelet op het risico voor de patiënt en de ziektelast die met een behandeling gepaard gaat. De toegang tot kwalitatief goed en tijdig vervoer betreft hier een noodzakelijke, en soms ook levensreddende behandeling.
- Voor mensen die een beperking ervaren in hun mobiliteit en het noodzakelijke vervoer niet zelfstandig kunnen regelen, zorgt een goede regeling voor zittend ziekenvervoer dat toegang tot zorg blijft bestaan. Voor deze mensen en hun zorgverleners is het belangrijk dat zij op tijd

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

Bezoekadres
Churchilllaan 11
3527 GV Utrecht

Postadres
Postbus 169
3500 AD Utrecht

T 030-720 00 00
E post@iederin.nl
I www.iederin.nl

KvK 30250451
Bank NL28 ABNA 0973 89 41 21

op hun afspraken komen. En geen zorg gaan mijden. Georganiseerde alternatieve zoals OV, Valys en regiotaxi voorzien hier onvoldoende in. Deze vormen van vervoer bieden niet de benodigde snel- en tijdigheid voor mensen.

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

- Geen verslechtering voor de groep mensen die onder de huidige regeling zittend ziekenvervoer een medisch noodzakelijke aanspraak heeft;
- Voorkomen van zorgmijden als gevolg van ervaren vervoersbeperking. Het afzien van behandeling vanwege problemen met vervoer(skosten) is een reële optie voor mensen met een laag inkomen en/of mensen die toch al niet vanzelfsprekend zorg accepteren;
- Een uitvoerbare en voorspelbare regeling, waarbij de rechtspositie van de verzekerde duidelijk is;
- Een regeling die waar nodig uitgaat van maatwerk.

Overwegingen nieuwe formulering zittend ziekenvervoer

Wij pleiten er gezamenlijk voor om bij het toekomstbestendig maken van de aanspraak zittend ziekenvervoer de keuze te maken voor optie 1 in combinatie met de hardheidsclausule.

- In optie 1 zijn de aandoening en behandeling leidend. De algemene omschrijving voor de aanspraak doet het meeste recht aan de noodzaak voor vervoer voor mensen. Wel vinden wij het belangrijk dat groepen die hier in ieder geval onder vallen expliciet in de regeling worden genoemd, zoals: nierpatiënten, oncologiepatiënten, revalidatietrajecten, GGZ-behandelingen en specifieke dagbehandelingen. Wij vragen ons af of de eis dat het begin en eindpunt van de behandeling duidelijk moeten zijn uitvoerbaar is. We vragen u hier nog eens goed naar te kijken;
- Optie 2 waar frequentie, duur en afstand leidend zijn, werpt een onwenselijke financiële drempel op voor mensen en zorgt voor een toenemende stapeling van zorgkosten;
- De combinatie met de hardheidsclausule is noodzakelijk, omdat er patiënt- en cliëntgroepen zijn die niet onder optie 1 gaan vallen. De hardheidsclausule biedt dan ruimte voor maatwerk voor mensen die niet specifiek onder optie 1 vallen en wel een beperking in het zelfstandig en tijdig vervoer ervaren. Denk bijvoorbeeld aan kinderen en volwassenen met een intensieve zorgvraag, mensen met een mobiliteitsbeperking die het zelfstandig reizen onmogelijk maakt of mensen met multi-morbiditeit. Wij denken graag mee in de beslisboom die hiervoor gehanteerd gaat worden;
- Deze hardheidsclausule zou wat ons betreft zo voorspelbaar mogelijk moeten zijn, zodat mensen goed weten waar ze aan toe zijn en wanneer zij een vergoeding kunnen verwachten. De clausule moet gebaseerd zijn op maatwerk, redelijkheid en billijkheid.

Voorkom een stapeling van kosten

Mensen betalen over het zittend ziekenvervoer een eigen bijdrage van maximaal rond de 100 euro. Tegelijkertijd tellen de vervoerskosten die ze vergoed krijgen ook mee voor het eigen risico. Chronisch zieken worden jaarlijks geconfronteerd met meerdere eigen bijdrages en zorgkosten voor eigen rekening. Het verplicht eigen risico is in het begin van het jaar al vol. Daarnaast hebben mensen die medisch noodzakelijk vervoer nodig hebben, vaak ook te maken met hoge

vervoerskosten in het algemeen. Omdat de kosten van zittend ziekenvervoer al meetellen voor het eigen risico, pleiten wij voor afschaffing van de eigen bijdrage voor zittend ziekenvervoer.

Goede informatievoorziening aan mensen
We pleiten er verder voor om mensen goed te informeren over de veranderingen die zullen gaan plaatsvinden bij het veranderen van de regeling. Een toelichting bij het jaarlijkse polis aanbod is wat ons betreft niet voldoende. Mensen, waaronder in ieder geval de groep die nu van het zittend ziekenvervoer gebruik maken, moeten actief en specifiek geïnformeerd worden over de veranderingen van deze regeling en wat dit mogelijk voor hen betekent.

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

Met vriendelijke groet,

Illya Soffer,
directeur Ieder(in)

Dianda Veldman,
directeur-bestuurder
Patiëntenfederatie Nederland

Marjan ter Avest,
directeur MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid

Jos Dekkers,
voorzitter Dwarslaesie Organisatie Nederland

Dr. Pauline Evers,
Beleidsmedewerker geneesmiddelen / wetenschappelijk onderzoek NFK

Joep Aarts,
directeur Oogvereniging

Conny Kooijman
Directeur LFB

Hester Rippen
directeur Stichting Kind & Ziekenhuis

actiz
organisatie van zorgondernemers

Zorginstituut

Postbus 320
1110 AH Diemen

Onderwerp Reactie op het consultatatiedocument "zittend ziekenvervoer"

datum
23 maart 2018

ons kenmerk
AE/18u.0076

in behandeling bij

doorkiesnummer

pagina
1/2

Geachte mevrouw L

Het Zorginstituut heeft ActiZ gevraagd om een reactie op het consultatiedocument "zittend ziekenvervoer". Met veel interesse hebben we uw voorstel gezien en onderstaand vindt u onze reactie. Alvorens wij de consultatievragen beantwoorden, lichten we twee ontwikkelingen toe die een sterke samenhang kent met de regeling zittend ziekenvervoer.

Samenhangende ontwikkelingen
De geriatrische revalidatiezorg is de afgelopen jaren geprofessionaliseerd. In kortere tijd worden er meer mensen behandeld en het percentage mensen dat naar huis gaat na een revalidatietraject is toegenomen. Nu de geriatrische revalidatiezorg zijn piek in efficiëntie bereikt, ontstaat de wens om de *ambulante* geriatrische revalidatie verder uit te bouwen. De doelgroep van geriatrische revalidatiezorg is kwetsbaar waarbij sprake is van multimorbiditeit. Goed en toegankelijk vervoer is een belangrijke randvoorwaarde voor de ambulantisering van geriatrische revalidatiezorg.

Een andere samenhangende ontwikkeling is de vermeende overheveling van de financiering van 'aanvullende geneeskundige zorg aan doelgroepen in de eerste lijn' naar de Zorgverzekeringswet. In de subsidieregeling 'aanvullende geneeskundige zorg' zit ook een onderdeel vervoer rondom dagbehandeling. Ook hiervan geldt dat het gaat om een doelgroep met vaak complexe problematiek. Het gaat hierbij niet alleen om somatische problematiek, maar ook om mensen met cognitieve problematiek zoals dementie. Juist voor deze kwetsbare ouderen geldt dat goed en toegankelijk vervoer een belangrijke randvoorwaarde is.

Vanuit het ministerie van VWS is een onderzoek gestart rondom vervoer voor personen met verward gedrag. Diverse pilots vinden plaats en er is een concept vervoersmodel opgesteld.

We pleiten er dan ook voor om deze ontwikkelingen mee te nemen in uw advies over de regeling zittend ziekenvervoer en deze ook in samenhang te bezien. Het veld, maar bovenal de cliënt is gebaat bij een heldere, transparante en eenduidige regeling.

Postadres Postbus 8258, 3503 RG Utrecht | **Bezoekadres** Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht |
T (030) 273 93 93 | **F** (030) 273 97 87 | **E** info@actiz.nl | www.actiz.nl |
IBAN NL98 FVLB 0699 6500 38 | **BIC** FVLBNL22 | **KvK** 30216479 | **BTW** 8175.01.368.B.01

Huidige situatie
De doelgroep die momenteel onder de regeling zittend ziekenvervoer valt vanuit de ouderenzorg is naar verwachting beperkt. Enerzijds komt dit doordat de doelgroep nu beperkt is, ambulante geriatrische revalidatiezorg staat nog in de kinderschoenen, anderzijds komt dit omdat er problemen worden ervaren met de uitvoerbaarheid van de huidige regeling (hardheidsclausule). De redenen hiervoor liggen op diverse terreinen. Het heeft te maken met het moeilijk of niet tot stand komen van afspraken met zorgverzekeraars, de eigen bijdrage die mensen moeten betalen die een belemmering oplevert, maar ook om de kortstondigheid van het gebruik van het vervoer.

We hopen dan ook dat de nieuwe regeling een verbetering wordt ten opzichte van de huidige regeling.

Reactie op consultatievragen
In de door u eerstgenoemde optie geeft u aan dat aandoening en behandeling leidend zijn. U geeft aan dat de groep revalidatiepatiënten past binnen de omschrijving. Onze zorg zit erin dat ambulante revalidatiezorg hierbinnen minder goed past, gezien gesteld wordt dat de behandeling van langdurige aard moet zijn. Juist bij geriatrische revalidatiezorg is er sprake van kortdurende behandeling. Ons inziens is het van belang om de termen 'langdurig' en 'geregeld terugkerend' nader te omschrijven. Daarnaast willen we een suggestie geven om naast de genoemde doelgroepen ook mensen met cognitieve problematiek zoals dementie mee te nemen.

In de door u tweede genoemde optie gericht op frequentie, duur en afstand, zit onze zorg er voornamelijk in dat, in het kader van geriatrische revalidatiezorg waarin we kort en intensieve behandeling willen stimuleren, het vervoer hierin niet goed voorziet. Daarnaast lijkt de financiële drempel die deze optie biedt ons niet wenselijk.

Bovenstaande gezegd hebbende, gaat onze voorkeur uit naar de eerste optie in combinatie met de hardheidsclausule.

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

Met vriendelijke groet,

Anne Lee Edens
Beleidsadviseur

Van: KN
Verzonden: vrijdag 23 maart 2018 16:03
Aan:
CC:
Onderwerp: Reactie NVZ op conceptadvies zittend ziekenvervoer

Geachte mevrouw L,

Hierbij ontvangt u de reactie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) op de consultatievragen van het Zorginstituut Nederland over het conceptadvies zittend ziekenvervoer.

Het Zorginstituut Nederland is door het ministerie van VWS gevraagd om de mogelijkheid te onderzoeken om te komen tot een meer op inhoud gerichte en toekomstbestendige omschrijving van de aanspraak zittend ziekenvervoer. Die zou in de plaats moeten komen van de huidige limitatieve omschrijving van doelgroepen. VWS heeft daarbij als belangrijke voorwaarde gesteld dat de nieuwe omschrijving niet mag leiden tot hogere administratieve lasten bij de uitvoering en onbeheersbaarheid van de kosten. Met de opties die in het conceptadvies zijn beschreven probeert u daar zoveel mogelijk recht aan te doen.

Als NVZ menen wij dat het Zorginstituut voor een zeer lastige opgave is gesteld. Immers, naarmate de omschrijving van de aanspraak zittend ziekenvervoer meer recht moet doen aan recente ontwikkelingen in de zorg, waarbij het redelijk is dat bepaalde nieuwe behandelmethoden óók onder de aanspraak vallen, ligt het voor de hand de aanspraak algemener te omschrijven in termen van patiëntgroepen en aandoeningen. Door de algemenere omschrijving neemt onvermijdelijk het risico toe dat de kosten minder beheersbaar worden.

U heeft ons verzocht een oordeel te geven over twee opties die u voorstelt en daarbij de termen 'rechtvaardigheid' en 'uitvoerbaarheid' te betrekken. In de kern lijkt ons de vraag wat bij de omschrijving van de aanspraak het zwaarst moet wegen: de rechtvaardigheid of de uitvoerbaarheid. Optie 1 voldoet vooral op het punt van de rechtvaardigheid, maar veel minder op het punt van de uitvoerbaarheid. Deze optie lijkt de deur open te zetten naar een toename van het gebruik van de regeling zittend ziekenvervoer. Het gevaar ligt op de loer dat daarmee het oude 'taxibriefje' weer terugkomt. Sturen op efficiënt gebruik van de regeling lijkt in deze optie haast ondoenlijk. Optie 2 is veel eenduidiger in de toepassing, maar schiet zijn doel voorbij omdat er geen verband wordt gelegd met fysieke, lichamelijke of andere relevante beperkingen in de mobiliteit van de patiënt. Daarmee scoort deze optie wel goed op de uitvoering, maar weer veel minder op de rechtvaardigheid.

Naar ons oordeel is het dilemma tussen rechtvaardigheid en uitvoerbaarheid in praktische zin moeilijk oplosbaar. Tegen die achtergrond zouden we het Zorginstituut nog een alternatieve optie in overweging willen geven. De huidige regeling schuurt nu vooral doordat de limitatieve omschrijving van de aanspraak de facto achterloopt op ontwikkelingen in de zorg. Hierdoor moeten patiënten vaker dan gewenst een beroep doen op de huidige hardheidsclausule. Als alternatieve aanpak stellen wij voor de limitatieve omschrijving periodiek, en vaker dan nu het geval is, aan te passen aan de ontwikkelingen in de zorg. Te denken valt aan een jaarlijkse update waarbij de hardheidsclausule nog steeds een belangrijke rol vervult. Op die manier wordt het goede van de huidige regeling behouden en aangevuld om het zwakke punt ervan te versterken.

Voor het overige merken wij op dat we in het conceptadvies weinig terugvinden over de mogelijke administratieve belasting van zorgaanbieders als voor optie 1 en 2 zou worden gekozen. Mochten deze opties verder worden verkend, dan verzoeken wij u daaraan in de uitwerking voldoende aandacht te besteden.

Ter afsluiting wijzen wij erop dat de toekomstige ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg steeds meer gericht zijn op het mogelijk maken van specifieke behandelingen in de thuissituatie (nulde lijn). Dit leidt tot een afname van het aantal reisbewegingen naar het ziekenhuis. Op die manier leveren ziekenhuizen ook een belangrijke bijdrage aan het beheersbaar houden van de kosten van het zittend ziekenvervoer.

Met vriendelijke groet,

Manager Besturing & Bekostiging

Nederlandse
Vereniging van
Ziekenhuizen

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht

www.nvz-ziekenhuizen.nl

Geachte mevrouw L,

In zijn algemeenheid vindt de NVMO dat patienten met de nieuwe regeling niet minder (aanspraak op) vergoeding moet krijgen dan in de huidige regeling.
Optie 1 lijkt dit het meest te garanderen wat ons betreft.

Of de hardheidsclausule voor oncologie patienten toegevoegde waarde heeft kunnen wij niet zo goed beoordelen.
Met aanpassen van de regelgeving moet in ieder geval gezorgd worden dat dit NIET tot toename administratielast leidt. Individuele beoordelingen leiden hier doorgaans wel toe.

Met vriendelijke groet,
Namens bestuur NVMO,

Internist-oncoloog
Voorzitter NVMO
Meander Medisch Centrum
Maatweg 3
3813TZ Amersfoort