

Zorginstituut Nederland
 Sector Zorg: team zorg thuis
 T.a.v. mevrouw J. Latta
 Postbus 320
 1110 AH DIEMEN

Onderwerp

Advies zittend ziekenvervoer

Datum	Referentie	Inlichtingen bij	Bijlagen
10-12-2018	18-427/MS/MH	Marjolein Schipper en Marijke Hempenius	

Geachte mevrouw Latta,

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

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

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

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

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

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

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

Onze overwegingen

Voorkom administratieve lasten voor gebruikers

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

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

Geen drempel

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

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

Vervoer via Wmo is geen goed alternatief

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

Onze voorkeur: optie 1 met een hardheidsclausule

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

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

Informatievoorziening

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

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

Met vriendelijke groet,



Illya Soffer,
directeur Ieder(in)



Dianda Veldman,
directeur-bestuurder
Patiëntenfederatie Nederland



Marjan ter Avest,
directeur MIND Landelijk
Platform Psychische
Gezondheid



Jos Dekkers,
voorzitter Dwarslaesie
Organisatie Nederland



Dr. Pauline Evers,
Beleidsmedewerker
geneesmiddelen /
wetenschappelijk onderzoek
NFK



Joep Aarts,
directeur Oogvereniging



Conny Kooijman
Directeur LFB



Hester Rippen
directeur Stichting Kind &
Ziekenhuis