

Vergaderjaar 2005–2006

30 300 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006

Nr. 142

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 mei 2006

In deze brief informeer ik u, naar aanleiding van gedane toezeggingen tijdens een Algemeen Overleg met de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 6 oktober 2005 en tijdens de begrotingsbehandeling in november 2005, over:

- mijn visie op de vergoeding voor IVF;
- mijn visie op het afgeronde onderzoek naar de effecten van de maximering van het aantal zittingen psychotherapie;
- mijn standpunt over de regeling voor het zittend ziekenvervoer.

1. IVF

De effecten van de pakketmaatregel

Vanaf januari 2004 valt de eerste IVF-behandeling buiten de vergoeding van de ziekenfondswet. De tweede en derde IVF-behandeling worden nog wel vergoed. Bij de overgang naar de zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 is deze vergoedingsregeling overgenomen. De besparing van het uitsluiten van de eerste IVF-poging en de medicatie voor overige vruchtbaarheidsbehandelingen was geraamd op ongeveer € 30 mln. De geraamde opbrengst van deze besparing is inderdaad gehaald.

Uit de gegevens van de Stichting Farmaceutisch Kerngetallen (SFK) is af te leiden dat de totale omzet aan geneesmiddelen voor vruchtbaarheidsbehandelingen in 2004 is afgenomen met 25%, terwijl het aantal voorschriften van deze middelen met een kleiner percentage is afgenomen (11%). De hoeveelheid geneesmiddel per voorschrift is dus afgenomen, waaruit geconcludeerd kan worden dat er doelmatiger wordt voorgeschreven.

Uit de gegevens van de landelijke infertiliteitregistratie blijkt dat het aantal IVF-behandelingen in 2004 licht is gedaald. In 2003 vonden er 15 769 IVF-behandelingen plaats. In 2004 was dit aantal 15 297. Het gaat dus om een afname van 472 behandelingen op een totaal van ruim 15 000, wat neer-

komt op een afname van 3%. Het succespercentage van IVF-behandelingen, uitgedrukt in doorgaande zwangerschappen, is in 2004 licht gestegen ten opzichte van 2003 (24,5% respectievelijk 23,5%). Ondanks de lagere dosis geneesmiddel is er dus sprake van verhoogde effectiviteit van de IVF-behandelingen.

Uit de geringe afname van het aantal IVF-behandelingen per jaar blijkt dat de toegankelijkheid van IVF niet in het geding is. Een deel van deze afname zal namelijk ook nog kunnen worden verklaard uit de meer doelmatigere keuzes van IVF-artsen, zoals bijvoorbeeld het langer afwachten vóór aan een IVF-behandeling wordt begonnen.

Samengevat heeft de maatregel dus de geraamde besparing opgebracht, is het aantal IVF-behandelingen vrijwel gelijk gebleven en heeft de maatregel geleid tot doelmatiger zorg. Ik acht de maatregel daarom succesvol.

Uw Kamer heeft echter in de motie van Vietsch/Arib aangegeven dat de eerste IVF-behandeling weer in het verzekerde pakket opgenomen dient te worden. Hoewel ik, gelet op het bovenstaande, hiertoe geen directe aanleiding zie, ben ik bereid om aan de wens van uw Kamer tegemoet te komen. Ik heb daarbij de volgende overwegingen.

Overwegingen

Uit principieel oogpunt vind ik het besluit van het Kabinet om vruchtbaarheidsbehandelingen gedeeltelijk van collectieve vergoeding uit te sluiten nog steeds het juiste besluit. De druk op de solidariteit in ons stelsel wordt steeds groter. Er moeten dus keuzes gemaakt worden, ook binnen de zorg. Bij de aanpassing van de vergoeding van IVF wil ik daarom een vorm van eigen bijdrage behouden. Het is evident dat de toegenomen financiële verantwoordelijkheid heeft geleid tot een groter kosten- en doelmatigheids-bewustzijn bij de behandelaar.

Daarnaast ben ik van mening dat de pakketmaatregel heeft geleid tot doelmatiger zorg. Ik vind het daarom van belang om bij de vergoeding voor IVF een element van eigen bijdrage te behouden.

Ook om de volgende redenen is het behoud van een vorm van eigen bijdrage belangrijk. Volgens het rapport van ZonMw wordt er in sommige gevallen in een te vroeg stadium gekozen voor wellicht onnodige IVF. Eerder heb ik aangegeven de vergoeding van IVF om die reden liever niet los te zien van het gehele traject van vruchtbaarheidsbehandelingen. Omdat u mij specifiek vraagt om de vergoeding van IVF aan te passen, heb ik toch besloten deze los te koppelen. Aangezien het behandelaars blijkbaar niet altijd lukt om bij de keuze van een behandeling uit te gaan van de medisch inhoudelijk (en verantwoorde) aspecten, wil ik voorkomen dat een IVF-behandeling, omdat deze voor de patiënt gratis zou zijn, een aantrekkelijk alternatief wordt voor vruchtbaarheidsbehandelingen die minder zwaar zijn en aan IVF vooraf dienen te gaan. Een vorm van eigen bijdrage voor IVF vind ik dus ook hierom gepast.

Bovendien heb ik eerder gesteld dat ik bij de eventuele aanpassing van de vergoeding voor IVF uit ga van het huidige financiële kader. Ook uw Kamer was die mening toegedaan. Uw Kamer heeft aangegeven dat aanpassing van de vergoeding van IVF gedekt moet worden uit de ZonMw doelmatigheidwinst. De voorstellen van ZonMw zijn hiervoor echter niet dekkend. Ik zal dat later in deze brief nogmaals toelichten. Ook om deze reden is een eigen bijdrage voor IVF noodzakelijk.

Een andere vorm van ondoelmatige zorg is het onnodig terugplaatsen van twee embryo's bij paren met een goede kans op zwangerschap. Om een

tweede IVF-poging en daarmee gepaard gaande kosten voor de patiënten te voorkomen, wordt er volgens het rapport van ZonMw te vaak gekozen voor terugplaatsing van twee embryo's. Naast hogere kosten voor de begeleiding van de zwangerschap, leidt dit ook tot een verhoogde kans op complicaties (en dus mogelijke risico's) voor zowel moeder als kinderen. In het rapport van ZonMw wordt gepleit voor een vergoedingsstelsel die het terugplaatsen van één embryo stimuleert. In mijn reactie op het rapport van ZonMw heb ik daarom besloten dat vanaf januari 2006 het terugplaatsen van ingevroren embryo's onder de IVF-behandeling valt waaruit zij zijn ontstaan. Indien er tijdens de IVF-behandeling meerdere bruikbare embryo's ontstaan, kunnen deze worden ingevroren en in een later stadium worden teruggeplaatst. Deze terugplaatsingen gelden dan niet als de tweede of zelfs derde IVF-behandeling. Wanneer het gaat om embryo's uit de eerste IVF-behandeling, moet de terugplaatsing hiervan momenteel weliswaar door de patiënt zelf worden betaald, maar hierbij gaat om het lage bedrag ten opzichte van een gehele IVF-behandeling. Patiënten met meerdere bruikbare embryo's worden dus niet langer benadeeld doordat zij, met terugplaatsing van ingevroren embryo's, het recht op vergoeding van een volgende volledige IVF-behandeling verspelen. De druk die men wellicht voelde om onnodig twee embryo's terug te plaatsen, verdwijnt daarmee grotendeels. Overigens wil ik nogmaals opmerken dat ik mij in hoge mate verbaas over het feit dat zorgverleners de druk niet kunnen weerstaan en uit financieel oogpunt van de patiënt over gaan tot zorg die op medische gronden niet de voorkeur heeft. Doelmatig handelen, zoals voorgesteld in het rapport van ZonMw, is bij uitstek een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep. Ik ben daarom niet van plan om de wijze van behandeling te monitoren.

Besluit

Om tegemoet te komen aan de motie Vietsch/Arib heb ik besloten de eerste IVF-behandeling weer op te nemen in het basispakket, maar daarbij een eigen bijdrage van € 500,- per IVF-behandeling in te stellen. Verzekeren hebben dus recht op vergoeding van drie IVF-behandelingen en betalen voor iedere behandeling een eigen bijdrage van € 500,-.

Ten opzichte van de huidige situatie is dat voor patiënten een duidelijke verbetering. Patiënten betalen nu gemiddeld € 2 500,- voor de eerste IVF-behandeling. Hierna krijgen zij de tweede en de derde behandeling geheel vergoed. Door de door mij voorgestelde aanpassing van de vergoeding, betaalt een groot deel van de patiënten slechts € 500,- voor de eerste IVF-behandeling. Een deel van de patiënten heeft een tweede en mogelijk derde behandeling nodig. Maximaal betalen deze patiënten dus (3 maal € 500,-) € 1 500,- in plaats van € 2 500,-. Dat is een duidelijke vermindering van de eigen bijdrage voor IVF. Bovendien kom ik op deze wijze ook tegemoet aan de opmerking dat het volledig zelf vergoeden van de eerste IVF-behandeling een drempel zou vormen voor de toegang tot IVF.

Tevens verdwijnen door deze aanpassing, in combinatie met mijn eerdere standpunt over het terugplaatsen van ingevroren embryo's, de prikkels om onnodig twee embryo's terug te plaatsen. Alle ingevroren embryo's kunnen zonder bijkomende kosten voor de patiënt nu worden teruggeplaatst.

Dekking

In mijn eerdere brief over dit onderwerp (GMT/G 2624863) heb ik uiteengezet waarom de door ZonMw gerapporteerde mogelijke doelmatigheids-winst naar mijn mening niet dekkend is voor de vergoeding van de eerste IVF-poging. Ik licht dit hieronder nogmaals toe.

Een deel van de mogelijke besparingen volgens het ZonMw rapport komt voort uit terughoudender gebruik van geneesmiddelen. Aangezien deze

medicatie wordt betaald door patiënten zelf, is dit geen besparing op collectieve middelen. Het gaat hierbij om het afwachtbeleid en de selectieve stimulatie bij inseminatie. Van de door ZonMw aangegeven maximale besparing van € 24.4 mln., blijft zo nog € 20 mln. over die ingezet zou kunnen worden voor de vergoeding van de eerste IVF-behandeling. Een deel van die € 20 mln. komt voort uit kosten door tweelingen-zwangerschappen na inseminatie en IVF. Deze besparingen worden deels op langere termijn gemaakt. Die lange termijn besparingen zijn niet in te boeken. Het gaat daarbij om een besparing op levenslange kosten voor tweelingen uit inseminatie en op levenslange kosten voor tweelingen uit IVF-behandelingen.

De overige besparingen (ca. € 8.5 mln.) zijn afhankelijk van het (voorschrijf)gedrag van zorgverleners. Ik heb dus geen enkele garantie dat de besparingen daadwerkelijk gehaald zullen worden. Ik ben echter bereid aan te nemen dat de beroepsgroep in staat is om, via nieuwe richtlijnen en de strikte naleving hiervan, tot doelmatige zorg te komen. Daarom ben ik bereid om het bedrag van € 8.5 mln. in te zetten voor de aanpassing van de vergoeding voor IVF.

De totale kosten voor drie IVF-behandelingen bedragen ongeveer € 37 mln. Hiervan wordt momenteel circa € 18.5 mln. aan collectieve middelen uitgegeven, door de vergoeding van de tweede en de derde IVF-behandeling. Patiënten dragen zelf ook ongeveer € 18.5 mln. bij aan de eerste IVF-behandeling. Door de aanname dat er met de ZonMw voorstellen € 8.5 mln. op collectieve middelen bespaard zal worden, hoeft nog slechts € 10 mln. via eigen bijdrage worden opgebracht voor een budget-neutrale aanpassing van de vergoedingsregeling. Dit zou betekenen dat er een eigen bijdrage van ongeveer € 670,- per IVF-behandeling moet worden gesteld. Ik ben echter bereid om de eigen bijdrage te vast te stellen op € 500,-. Het verschil tussen de raming en de opbrengst van de pakketmaatregel bedraagt daardoor € 2.5 mln. Ik ben bereid dit bedrag beschikbaar te stellen. Ik vind dat ik daarmee een behoorlijke tegemoetkoming doe aan patiënten. Tegelijkertijd stel ik veel vertrouwen in de betrokken beroepsgroepen om de zorg rond IVF en overige vruchtbaarheidsbehandelingen doelmatiger uit te voeren.

2. Evaluatie pakketmaatregel psychotherapie

Per 1 januari 2004 geldt een beperking van het aantal zittingen psychotherapie. Bij de invoering van de pakketmaatregel is afgesproken de effecten van de maatregel te (laten) monitoren. Tijdens een Algemeen Overleg met de vaste Kamercommissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 6 oktober 2005 heb ik aangekondigd nader onderzoek te gaan doen naar de effecten van de maximering van het aantal zittingen psychotherapie. Het aanvullend onderzoek bleek nodig omdat uit de verschillende monitoren geen eenduidig beeld kwam van de productie en kosten van psychotherapie. Verschillende (veld)partijen¹ leverden verschillende gegevens aan. Het onderzoek naar de productie en kosten van psychotherapie is inmiddels afgerond. In deze brief bespreek ik de resultaten van het onderzoek en de consequenties die ik hier aan verbind. De pakketmaatregel psychotherapie staat nader uitgelegd in bijlage 1². Het rapport van onderzoeksbureau Boer & Croon naar de effecten van de pakketmaatregel treft u als bijlage 2² bij deze brief aan.

¹ Nederlandse verenigingen voor psychiatrie en psychotherapie, GGZ Nederland, College voor Zorgverzekeringen en College Tarieven Gezondheidszorg.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Onderzoeksvragen

Aan het bureau Boer&Croon heb ik de volgende onderzoeksvragen meegegeven:

- 1 Geef een eenduidig overzicht van geleverde psychotherapie in 2003 en 2004 door zowel vrijgevestigden als instellingen,

- 2 Geef inzicht in de zorgkosten die cliënten maken na het ongewenst afbreken van de psychotherapiebehandeling (na 25 of 50 zittingen),
- 3 Doe een check op de inschatting van maatschappelijke kosten uit het onderzoek «monitor psychotherapie» van de beroepsgroepen,
- 4 Geef een opinie over het reëel aantal benodigde behandelingen in de pakketmaatregel en de aanpassingen aan de pakketmaatregel.

Uitkomsten

Uit het rapport blijkt dat de pakketmaatregel in eerste instantie «doet wat hij moet doen»: het aantal patiënten stijgt, maar de kosten voor psychotherapie stijgen niet. Er is dus een efficiëncyslag gemaakt in de psychotherapiebehandeling. Daarnaast blijkt dat ongeveer 85% van de cliënten binnen het maximum aantal sessie geholpen is, en dat dus 15% van de cliënten niet uitbehandeld is binnen het gestelde maximum. Anderzijds zien we dat de bezuiniging waarop gerekend was door de pakketmaatregel psychotherapie wel is gehaald, maar niet in zijn geheel is «opgebracht» door beperking van de kosten van psychotherapie. Dat wil zeggen dat de opgelegde korting in het macrobudget is doorgevoerd maar dat de bezuinigingen niet helemaal bij psychotherapie zijn te vinden, maar ook bij andere vormen van GGZ. Uit het rapport blijkt dat de maximale opbrengst van de pakketmaatregel € 31 mln is, terwijl bij het vaststellen van de ontwerpbegroting 2004 ruim € 70 mln is ingeboekt als besparing. Hieruit kan geconcludeerd worden dat ook elders in de GGZ-sector een efficiëncyslag behaald is.

Uit het onderzoek blijkt verder dat sommige cliënten na het afbreken van de psychotherapiebehandeling (omdat het maximum aantal zittingen bereikt was), alternatieve zorgkosten maken. Deze alternatieve zorgkosten bedragen maximaal € 45 mln. De vraag is of deze extra zorgkosten enkel en alleen veroorzaakt worden door de pakketmaatregel. Immers ook voordat de maatregel is genomen, was er een groep die na afloop van een behandeling psychotherapie nog (elders) zorgkosten maakte. In ieder geval is nu wel helder dat, ondanks een efficiëncyslag, de pakketmaatregel minder opbrengt dan geraamd en bovendien extra zorgkosten tot gevolg heeft.

Gedurende het onderzoek is de samenwerking met de beroepsverenigingen, GGZ-Nederland, CVZ en ZN goed verlopen. De resultaten van het onderzoek hebben er toe geleid dat de beroepsgroepen zelf aan de slag zijn gegaan met het uitwerken van een oplossingsrichting voor de korte termijn. Dat heeft het indicatiestellingsprotocol opgeleverd dat nu als oplossing voor de korte termijn zal worden gehanteerd.

Voornemen wijzigen pakketmaatregel psychotherapie

Veldpartijen en ik zijn het met elkaar eens dat we moeten proberen om de positieve effecten van de pakketmaatregel te behouden (efficiëncyslag in de psychotherapeutische behandeling) en de negatieve effecten te dempen (afgebroken behandelingen). Op basis van dit uitgangspunt stel ik voor de pakketmaatregel te wijzigen. Hierbij maak ik een onderscheid in de wijziging die op korte termijn mogelijk is en beschrijf ik de wijziging die op lange termijn wordt gerealiseerd:

Korte termijn

De pakketmaatregel wordt herzien door tot 1-1-2008 een indicatiestellingsprotocol in te voeren op basis waarvan het mogelijk is om noodzakelijke psychotherapeutische zorg te leveren aan de ongeveer 15% van de patiënten die niet uitbehandeld is binnen het maximum aantal toegestane zittingen (25/50). Hiertoe zal ik bevorderen dat per 1 januari 2007 het Besluit zorgverzekering zal zijn aangepast. Ik streef er naar de ontwerp-AMVB begin juni op grond van artikel 124 van de Zorgverzekeringswet aan beide Kamers voor te leggen.

Door voor de korte termijn een protocol in het leven te roepen voor patiënten die nog niet uitbehandeld zijn, beperken we de extra zorgkosten die nu optreden. Verder worden hiermee de zorginhoudelijke problemen opgelost, die als gevolg van de pakketmaatregel zijn ontstaan. De besparing van het inzetten van het indicatiestellingsprotocol (doordat de extra zorgkosten niet meer optreden), zet ik in als dekking om de noodzakelijke psychotherapeutische zorg te kunnen leveren aan de ongeveer 15% van de patiënten die niet uitbehandeld zijn binnen het aantal toegestane zittingen.

Het protocol is op korte termijn tevens nodig voor een goede registratie van de werkelijke gerealiseerde zorg met het oog op het ontwikkelen van DBC's. Zo kan er ook gewerkt worden aan een lange termijn oplossing.

Het indicatiestellingsprotocol is ontwikkeld door de beroepsgroepen zelf en houdt in dat een behandelaar met behulp van het protocol beoordeelt of een patiënt in aanmerking komt voor het doorbehandelen na afloop van de 25/50 behandelingen psychotherapie. Het ingevulde protocol waaruit blijkt dat een patiënt in aanmerking komt voor doorbehandelen na de 25/50 behandelingen maakt onderdeel uit van het dossier. Een verzekeraar kan na afloop van de behandeling door controle van het dossier, door de medisch adviseur, vaststellen of doorbehandelen terecht vergoed is. Of en hoe hij dat doet is aan de verzekeraar.

Lange termijn

Op de lange termijn, dat wil zeggen vanaf 1 januari 2008, wil ik de gemiddelde DBC-prijs gebruiken ter vervanging van de huidige pakketmaatregel. In de registratie van de DBC's die voorafgaat aan de DBC invoering, zit dan de efficiëncyslag die met de pakketmaatregel is behaald, maar zit ook het reëel benodigde aantal behandelingen (voor cliënten die niet genoeg hebben aan het maximum aantal zittingen).

Voordeel van het tijdelijk invoeren van een indicatiestellingsprotocol, is dat gedurende het ontwikkelen van de DBC's het feitelijk benodigde aantal behandelingen psychotherapie (dus ook voor de 15% nog niet uitbehandelde patiënten) in de registratie terug komt. Daarmee komt voldoende informatie beschikbaar om DBC's te ontwikkelen die vanaf 1 januari 2008 ter vervanging van de pakketmaatregel gehanteerd worden.

3. Standpunt regeling zittend ziekenvervoer

Door uw Kamer is in mei 2005 de motie¹ zittend ziekenvervoer van het kamerlid Smilde (CDA) aangenomen. In de motie wordt gesteld dat de huidige regeling – inclusief de hardheidsclausule – in veel gevallen niet ten goede komt aan mensen die op zittend ziekenvervoer zijn aangewezen, waaronder mensen die minder dan 100 meter kunnen lopen en mensen die wegens andere aandoeningen dan oncologische, chemotherapie krijgen. Uw Kamer verzocht mij u te informeren over de praktische uitvoerbaarheid en het budgettair beslag van een aangepaste regeling zittend ziekenvervoer. In mijn brief van 26 oktober 2005² ben ik hierop ingegaan. In deze brief heb ik aangegeven het – gelet op de invoering van de nieuwe zorgverzekering – niet opportuun te vinden de regeling op dat moment aan te passen. Daarnaast was er geen sprake van onderuitputting. Dit heb ik ook tijdens de begrotingsbehandeling in november 2005 aangegeven. Wel heb ik toegezegd uw Kamer voor de zomer te informeren over mijn standpunt over de regeling voor het zittend ziekenvervoer (hierna de regeling).

¹ TK, vergaderjaar 2004–2005, 29 763, nr. 77.

² TK, vergaderjaar 2005–2006, 30 300 XVI, nr. 24.

In juni 2004 is een aangepaste regeling van kracht geworden, omdat de toenmalige regeling ondoelmatig bleek te zijn en daarnaast vonden er jaarlijks overschrijdingen van het kader plaats. In de nieuwe regeling is er

voor gekozen om voor vier doelgroepen het zittend ziekenvervoer toe te staan. Deze doelgroepen zijn verzekerden die nierdialyse moeten ondergaan, verzekerden die vanwege hun oncologische aandoening een chemotherapie of radiotherapie moeten ondergaan, rolstoelgebruikers en visueel gehandicapten. Voor individuele situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule die elke zorgverzekeraar hiertoe de mogelijkheid biedt. Hiermee werd de noodzakelijke bezuiniging behaald. Dat dit werd gevoeld door de verzekerden die volgens de nieuwe regeling geen machtiging voor zittend ziekenvervoer ontvingen is daarvan een gevolg. Nu de nieuwe regeling bij verzekerden bekend is en sprake is van een gewenningsperiode, is het aantal vragen en klachten/bezwaren fors teruggelopen. Dit duidt erop dat in de praktijk de problemen mee vallen. Voorkomen moet worden dat door uitbreiding van de regeling en/of hardheidsclausule de toetsingscriteria technisch onuitvoerbaar worden. Daardoor wordt tevens de kans verhoogd dat het budgettaire beslag wordt overschreden. Op de lange termijn speelt een aantal ontwikkeltrajecten dat van invloed kan zijn op de regeling. Hierbij valt te denken aan de WMO-invoering, de nadere uitwerking van de bundeling doelgroepenvervoer en de nieuwe wet ambulancezorg.

Doelgroepen

In de hierboven aangehaalde motie wordt gesproken over de uitbreiding van de regeling met twee doelgroepen. In overleg met ZN en zorgverzekeraars is over de mogelijkheden hiertoe gesproken. In dit overleg werd aangegeven dat de patiëntengroep die chemotherapie of radiotherapie krijgt voor niet oncologische aandoeningen kan variëren van reumapatiënten tot patiënten met hooikoortsverschijnselen. Als deze specificatie wordt toegevoegd aan de regeling, voldoet de regeling niet meer aan helder te stellen toetsingscriteria en zou daarmee de regeling uitvoeringstechnisch ondoelmatig worden. Dit is uitdrukkelijk niet mijn bedoeling.

De motie Smilde geeft als optie mee om de regeling aan te passen voor die patiënten die minder dan 100 meter kunnen lopen. Bij de aanspraak zittend ziekenvervoer wordt uitgegaan van de (aandoening/ziekte van de) patiënt waarvoor vervoer nodig is – gekoppeld aan een langdurige behandelperiode voor de betreffende aandoening/ziekte. De lichamelijke beperking van de verzekerde geldt hierbij niet als uitgangspunt. Ten behoeve van mensen met een mobiliteitsbeperking zijn andere vervoersvoorzieningen beschikbaar, bijvoorbeeld de gehandicaptenparkeerkaart, vervoersvoorzieningen in het kader van de Wet voorzieningen gehandicapten en andere specifieke regelingen. Voor een helder actueel overzicht van specifieke vervoersregelingen en de denkrichting van het kabinet in deze, wil ik u verwijzen naar de brief aan uw Kamer over bundeling van doelgroepenvervoer van 2 december 2005¹. Ik zie dan ook geen aanleiding de regeling aan te passen.

Hardheidsclausule

De hardheidsclausule geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid om naast de vier aangewezen categorieën in incidentele gevallen een verzekerde in aanmerking te laten komen voor de vergoeding van zittend ziekenvervoer. Er moet dan wel sprake zijn van een langdurige behoefte aan vervoer over een grotere afstand als gevolg van een behandeling van een ziekte of een aandoening. Er is destijds, bij de beperking van de aanspraak op zittend ziekenvervoer de mogelijkheid gecreëerd om verzekerden een machtiging op basis van deze clausule te verstrekken. Daarbij past dan nog de constatering dat een hardheidsclausule er niet in kan voorzien dat iedere patiënt die destijds werd getroffen door de beperking, alsnog aanspraak kan maken op vervoer c.q. de vergoeding daarvan.

¹ TK, vergaderjaar 2005–2006, 29 538, nr. 34.

Per 1 januari 2005 is voor de hardheidsclausule € 13 miljoen aan het budgettair kader toegevoegd. Hiermee ontstond voor zorgverzekeraars meer ruimte om in incidentele situaties een verzekerde alsnog een machtiging voor zittend ziekenvervoer te verlenen. Met ingang van januari 2006 hebben zorgverzekeraars met elkaar afgesproken om de toepassing van de hardheidsclausule licht te versoepelen. Het betreft bij de hardheidsclausule de toetsing op de criteria behandelduur, frequentie en afstand om deze als variabelen mee te laten wegen bij de beoordeling van een aanvraag tot zittend ziekenvervoer. De criteria zijn hiermee voor een deel uitwisselbaar.

Het effect van de hierboven beschreven maatregelen is nu nog niet bekend. Zorgverzekeraars hebben de indruk dat het aantal afgegeven machtigingen sedert 1 januari 2006 gestaag groeit. Met ZN is afgesproken dat de volgende aspecten worden gemonitord:

- machtigingen eerste kwartaal 2006 in relatie tot eerste kwartaal 2005;
- kosten 2005 in relatie tot begrote kosten macrokader 2005.

Hiermee komt beter in beeld hoe en door wie gebruik wordt gemaakt van de regeling.

Op basis van het bovenstaande ben ik niet voornemens de regeling voor het zittend ziekenvervoer op korte termijn uit te breiden. Overigens moet de uitvoering van de regeling niet voor een administratieve lastenverzwaring leiden voor zowel de verzekerde, de behandelend (huis)arts en de zorgverzekeraars. Tot slot mag verruiming van de regeling niet leiden tot een ondoelmatig gebruik van zittend ziekenvervoer, waardoor de doelstelling van de nieuwe regeling teniet wordt gedaan. Zodra bekend is wat de effecten van de extra middelen en verruiming van de hardheidsclausule zijn, informeer ik u.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst