



Zorginstituut Nederland

ZorgCijfers Monitor

Regeling ziekenvervoer: gebruik en kosten

NUMMER 4 | MAART 2019

Dit is een uitgave van

Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl

Auteurs

Jan-Willem Dik
Christel van Dijk
Jolanda Latta
Freerkje van der Meer

Over de ZorgCijfers Monitor: de ZorgCijfers Monitor is een uitgave van Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut is onder andere verantwoordelijk voor het beheer van het Zorgverzekeringsfonds en het Fonds langdurige zorg, waaruit de betalingen aan zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorginstellingen worden gedaan. Het Zorginstituut ontvangt declaratiegegevens van verzekerde zorg. Deze financiële datastromen worden geanalyseerd met gebruikmaking van de brede zorginhoudelijke kennis van het gezondheidszorgstelsel waarover het Zorginstituut beschikt. Zo wordt een bijdrage geleverd aan het beter zichtbaar maken van kostenontwikkelingen in de zorg. Daarnaast bieden deze analyses aanknopingspunten voor het doorontwikkelen en evalueren van beleid.

Inleiding

Mensen die vanwege een chronische of ernstige ziekte vaak naar het ziekenhuis moeten, kunnen via de basisverzekering een groot deel van hun reiskosten vergoed krijgen. Deze regeling ziekenvervoer geldt ook voor mensen met een mobiliteitsbeperking die bijvoorbeeld voor hun revalidatie geregeld naar een zorginstelling moeten reizen. Sinds 2018 wordt de regeling ziekenvervoer geëvalueerd door het ministerie van VWS. Zorginstituut Nederland heeft in het kader hiervan onderzoek gedaan naar de omvang en het gebruik van de regeling in 2017. Ruim 90.000 patiënten hebben in dat jaar gebruikgemaakt van de regeling om reiskosten naar zorginstellingen vergoed te krijgen. Uit het onderzoek van het Zorginstituut blijkt dat een deel van alle patiënten die in aanmerking komen voor reiskostenvergoeding, geen gebruik maakt van deze mogelijkheid.

Vergoeding kan sterk verschillen

In totaal is in 2017 voor € 106,8 miljoen aan reiskosten vergoed¹. Per persoon ging het om een bedrag van gemiddeld € 1.206. Voor een kleine groep (1 procent) liep de totale vergoeding in 2017 op tot enkele tienduizenden euro's per persoon. De verschillen zijn groot vanwege de verschillen in afstand die patiënten moeten afleggen en hoe vaak ze reizen. Omgerekend naar de basisverzekering, betaalde iedere Nederlander boven de achttien jaar in 2017 maandelijks € 0,30 cent mee aan de regeling ziekenvervoer via de collectieve basispremie.

Regeling moet zorgmijden voorkomen

De regeling ziekenvervoer dekt vervoer met een taxi, (eigen) auto of openbaar vervoer zonder medische begeleiding. Kosten worden in principe vergoed voor iedereen die vanwege een chronische of ernstige aandoening regelmatig voor hun behandeling naar een zorginstelling reist. De regeling kent daarnaast specifieke vergoedingen voor oncologiepatiënten, mensen die nierdialyse nodig hebben, rolstoelgebruikers, visueel gehandicapten en bij intensieve kindzorg. Er geldt een vaste eigen bijdrage (€ 103 in 2017). De regeling is bedoeld om te voorkomen dat mensen die veel zorg nodig hebben deze vanwege (te) hoog oplopende reiskosten gaan mijden.

Inzicht in het ziekenvervoer

Tot dusverre bestond nog maar weinig tot geen inzicht in het gebruik en de kosten van het ziekenvervoer. Het is bijvoorbeeld niet bekend om welke afstanden het gaat en met welk vervoermiddel het meest wordt gereisd. De analyse van het Zorginstituut verschaft inzicht in de lasten van het ziekenvervoer, aantallen unieke patiënten en afgelegde kilometers en maakt deel uit van het (pakket)advies 'Ziekenvervoer, in maat en getal' dat gaat over het toekomstbestendig houden van de regeling.

Voor deze analyse van het Zorginstituut is gebruikgemaakt van landelijke, gepseudonimiseerde declaratiedata en aangeleverde cijfers op detailniveau van zorgverzekeraars uit 2017. Dit is het meest recente jaar waarover data beschikbaar is (zie Werkwijze en verantwoording).

¹ Op dit moment zijn de lasten voor 2017 nog niet definitief. De uiteindelijke lasten en aantallen kunnen nog iets hoger of lager uitvallen.

Wie krijgt reiskosten vergoed?

Iedereen die vanwege de behandeling van een chronische of ernstige ziekte met regelmaat naar een zorginstelling moet voor behandeling, komt via de regeling ziekenvervoer in aanmerking voor vergoeding van reiskosten. Er geldt een aantal eisen (de zogeheten hardheidsclausule) ten aanzien van het aantal kilometers dat moet worden afgelegd en hoe vaak iemand naar een zorginstelling toe moet.

Een aantal patiëntengroepen krijgt de eigen vervoerskosten vergoed ongeacht de afstand of het aantal dagen dat er moet worden gereisd. Dit geldt voor:

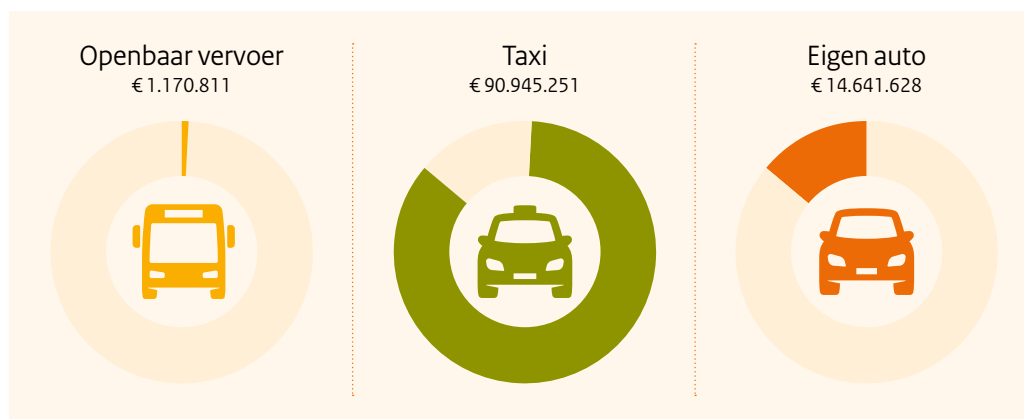
- Nierpatiënten die voor dialyse naar een instelling moeten.
- Kankerpatiënten die behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie ondergaan.
- Mensen die rolstoelgebonden zijn.
- Mensen met een zeer beperkt gezichtsvermogen die zonder begeleiding niet kunnen reizen.
- Kinderen en jongeren onder de achttien jaar die verzorging of behandeling nodig hebben vanwege complexe lichamelijke problematiek of een fysieke handicap.

Na aftrek van de eigen bijdrage (€ 103 in 2017) worden de kosten van een taxi, de eigen auto of het openbaar vervoer door de zorgverzekeraar vergoed.

Taxideclaraties het hoogst

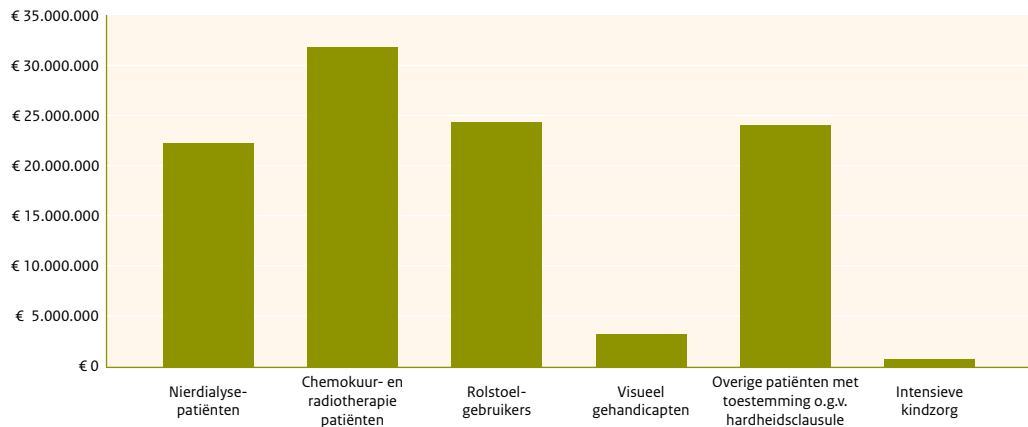
Van de 106,8 miljoen die in 2017 aan reiskosten is gedeclareerd, ging € 90,9 miljoen naar taxivervoer. Daarnaast werd € 14,6 miljoen aan autokilometers vergoed en voor € 1,2 miljoen aan openbaar vervoer (zie figuur 1). Wanneer wordt gekeken naar verschillende diagnosegroepen die vervoer vergoed kregen, dan vormen de patiënten met kanker die chemo- en radiotherapie nodig hadden, de groep met de hoogste kosten (30%; € 31,7 miljoen; zie figuur 2). De twee grootste groepen gebruikers daarna waren rolstoelgebruikers (23%, € 24,5 miljoen) en patiënten die vallen onder de zogeheten hardheidsclausule (23%, € 24,3 miljoen – zie kader).

Figuur 1 | Totale lasten ziekenvervoer en de aantallen unieke patiënten in 2017 per vervoerscategorie



Bron: cijfers verzekeraars

Figuur 2 | Verdeling van de kosten voor ziekenvervoer in 2017 per indicatiegebied



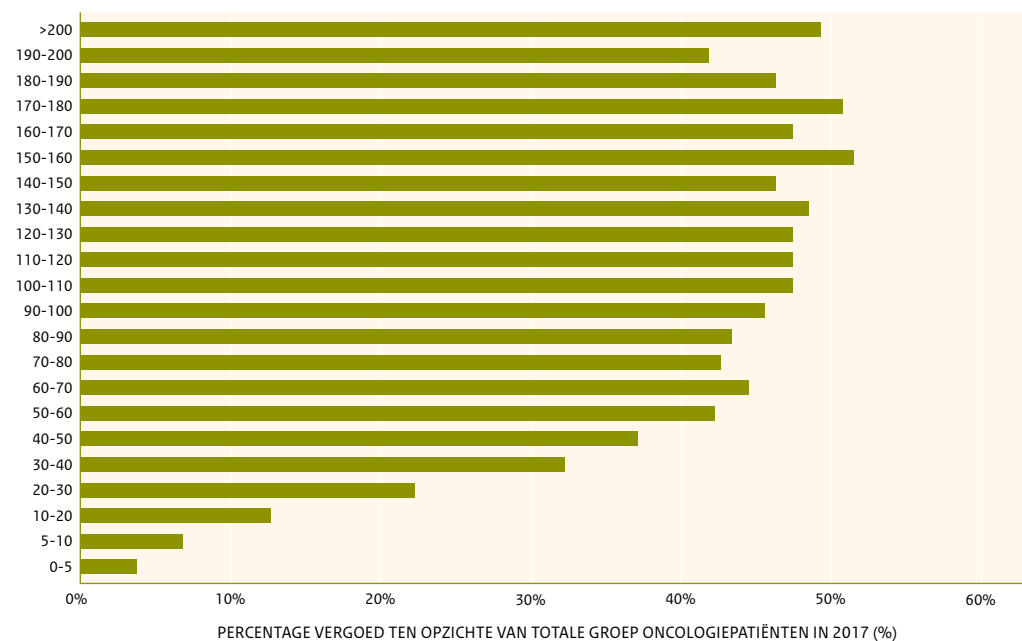
Bron: cijfers verzekeraars

Veel kankerpatiënten declareren niet

Uit het onderzoek van het Zorginstituut blijkt dat met name kankerpatiënten lang niet altijd gebruikmaken van de mogelijkheid hun vervoer naar chemo- of radiotherapie te laten vergoeden. Ongeveer 60.000 kankerpatiënten reisden in 2017 vaker dan tien keer voor chemo- of radiotherapie naar een ziekenhuis. Meer dan de helft (35.500 personen) van hen dienden vervoersdeclaraties in bij hun zorgverzekeraar voor in totaal € 31,7 miljoen. Ruim 40 procent (24.500 personen), declareerde helemaal geen reiskosten. Een precieze reden hiervoor is niet vast te stellen maar het lijkt aannemelijk dat dit komt doordat veel mensen het bestaan van de regeling niet kennen. Verdere analyses laten zien dat hoe groter de afstand is die iemand moet reizen, hoe vaker er in de onderzochte periode gedeclareerd werd, terwijl bij korte afstanden heel weinig vervoer werd gedeclareerd (figuur 3).

Figuur 3 | Verdeling percentages patiënten met chemo- of radiotherapie in 2017 die vervoer vergoed kregen per afgelegde afstand ten opzichte van alle patiënten die therapie ontvingen

AFGELEGDE AFSTAND IN KILOMETERS



PERCENTAGE VERGOED TEN OPZICHTE VAN TOTALE GROEP ONCOLOGIEPATIËNTEN IN 2017 (%)

Bron: zorgprestatiedeclaraties

Reisafstand loopt langzaam op

Kankerpatiënten die hun reiskosten hebben gedeclareerd, reisden in 2017 gemiddeld 46 kilometer vanaf hun huis naar een zorginstelling. In vergelijking met voorgaande jaren is sprake van een lichte stijging van het aantal kilometers. Dit past bij de ontwikkeling dat oncologische zorg steeds specialistischer wordt, met een vermindering van het aantal ziekenhuizen dat deze zorg aanbiedt tot gevolg. Patiënten moeten hierdoor soms verder reizen voor hun behandeling. Het verst moesten mensen in Zeeland, gemiddeld 69 kilometer. Patiënten in Zuid-Holland reisden het minst ver, gemiddeld 30 kilometer (zie figuur 4).

Figuur 4 | De spreiding van de afstanden huis-instelling voor de oncologiepatiënten die vervoer vergoed kregen, weergegeven voor alle provincies in 2017



Bron: zorgprestatiedeclaraties

Grootste en kleinste groep

Rolstoelgebruikers vormen in aantallen de grootste groep die actief gebruik maakt van de regeling ziekenvervoer. In 2017 declareerden 40.000 rolstoelgebruikers voor in totaal € 24,5 miljoen aan reiskosten. Het ging met name om vervoer naar revalidatie-instellingen. Het vaakst werden taxikosten gedeclareerd (90%), gevolgd door de eigen auto (10 %). Een minderheid koos voor het openbaar vervoer (figuur 5A). Er zijn geen afstanden bekend van deze groep.

Bij nierpatiënten gaat het om een groep van ongeveer 8.300 mensen die in 2017 gemiddeld drie keer per week naar een zorginstelling reisden om te worden gedialyseerd. Zij kregen voor € 22,2 miljoen vergoed, voornamelijk taxikosten (98%, zie figuur 5B). Gemiddeld moesten dialysepatiënten 26,1 kilometer afleggen, een afstand die redelijk stabiel blijft over de jaren. In tegenstelling tot kankerpatiënten maken binnen deze groep alle personen gebruik van de mogelijkheid hun vervoer vergoed te krijgen. Visueel gehandicapten kregen in 2017 € 3,6 miljoen vergoed voor met name taxivervoer (88%, zie figuur 5C). Deze groep bestond in 2017 uit niet meer dan 3.600 personen.

Intensieve kindzorg tot slot, is een heel kleine groep die sinds 2016 ziekenvervoer naar dagverpleging vergoed kan krijgen. Het gaat om minder dan honderd kinderen die voornamelijk met de taxi reizen (zie figuur 5D). In 2017 bedroeg de vergoeding voor deze groep € 0,5 miljoen. Ook voor deze twee groepen zijn geen afstanden bekend.

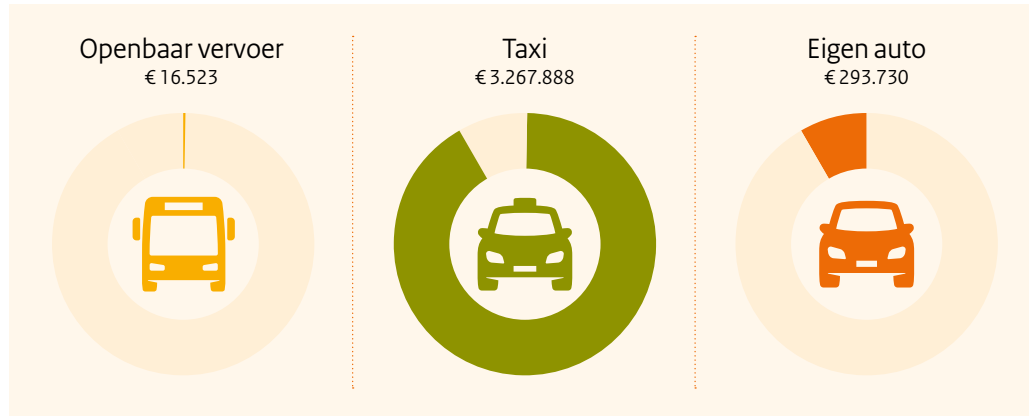
Figuur 5A | Verdeling van het vervoer voor rolstoelgebruikers in 2017



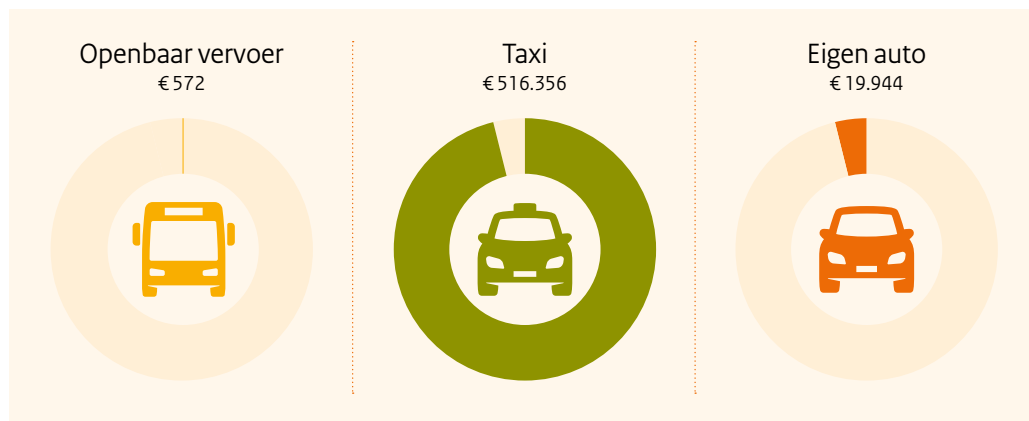
Figuur 5B | Verdeling van het vervoer voor nierdialyse in 2017



Figuur 5C | Verdeling van het vervoer voor visueel gehandicaptenzorg in 2017



Figuur 5D | Verdeling van het vervoer voor intensieve kindzorg in 2017



Verleden, heden en toekomst van ziekenvervoer

De regeling ziekenvervoer bestaat al meer dan vijftig jaar en is bedoeld om te voorkomen dat patiënten zorg zouden mijden vanwege (te) hoge kosten van vervoer naar een instelling. Onder het Ziekenfonds (tot 2006) werd vervoer vergoed als er medische noodzaak was. De huisarts of medisch specialist schreef daarvoor het zogeheten 'taxibriefje' uit. Omdat de kosten voor ziekenvervoer in die tijd elk jaar toenamen, bestond het sterke vermoeden dat gedeclareerd vervoer niet altijd noodzakelijk was. Mede om die reden werd de regeling in 2004 aangepast en ingeperkt. Sindsdien geldt voor iedereen de eigen bijdrage (in 2017 was deze € 103).

Als gevolg van standpunten van het Zorginstituut is de regeling ziekenvervoer de afgelopen jaren enigszins verruimd voor kankerpatiënten. Sinds 2018 wordt voor hen ook het vervoer naar het ziekenhuis voor immuuntherapie vergoed en vanaf 2019 ook vervoer naar consulten, (na)controles en voor (bloed)onderzoek bij zowel de oncologie patiënten als de nierdialyses.

Op dit moment wordt de regeling geëvalueerd door het ministerie van VWS.

Werkwijze en verantwoording

Om meer inzicht te verschaffen in de potentiële omvang en de gebruikers van het ziekenvervoer is een kwantitatieve analyse gedaan op basis van gepseudonimiseerde zorgdeclaraties die zorgverzekeraars via Vektis (het data-analysecentrum van de zorgverzekeraars) aan het Zorginstituut verstrekken voor de uitvoering van diens wettelijke taken (het beheer van de fondsen voor Zvw en Wlz). Voor de analyse is gekeken naar data over gedeclareerde zorg die in aanmerking komt voor een vergoeding van het vervoer. Omdat er geen aparte declaraties van zittend ziekenvervoer bestaan, is gebruikgemaakt van een combinatie van verschillende databronnen. Zorggebruik is gebaseerd op de landelijke dataset van zorgdeclaraties. Totale gedeclareerde lasten per verzekerde voor ziekenvervoer komen uit Basic, de dataset van Vektis met totale schadelast per verzekerde.

Daarnaast is gebruikgemaakt van data over schadelast met betrekking tot de Zvw en Wlz die zorgverzekeraars elk kwartaal aanleveren aan het Zorginstituut. Specifiek betreft het de categorie 561: ziekenvervoer in 2017. Op het moment van de analyse was voor 2017 de verwachting van de verzekeraars dat er nog 15% mist. De cijfers zijn met dit percentage opgehoogd en zijn dus een verwachting van de totale lasten voor 2017.

Ten slotte is aan een aantal verzekeraars gevraagd om aanvullende informatie te leveren die betrekking heeft op de aantallen unieke verzekerden die gebruik hebben gemaakt van de verschillende vervoerscategorieën binnen het zittend ziekenvervoer. Op basis van de totale omzet van de verzekeraars die hebben aangeleverd, is geëxtrapoleerd naar landelijk beeld.

Een uitgebreide beschrijving van de toegepaste methode, inclusief gebruikte prestatiecodes, is terug te vinden in het rapport 'Ziekenvervoer, in maat en getal' van Zorginstituut Nederland:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2018/12/20/pakketadvies-ziekenvervoer>.