

Rapport

Zittend Ziekenvervoer

Onderzoek naar kwaliteitsafspraken

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doelstelling	11
1.3 Onderzoeksaanpak	11
1.4 Leeswijzer	12
2. Zittend Ziekenvervoer	13
2.1 Wet- en regelgeving	13
2.2 De markt voor het zittend ziekenvervoer	14
2.3 De wijze van contractering door zorgverzekeraars en vervoerders	14
3. Meldingen zittend ziekenvervoer	17
3.1 Media en ontvangen meldingen	17
3.2 Consumentenorganisaties	18
3.3 Conclusie meldingen zittend ziekenvervoer	19
4. Kwaliteitsafspraken	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Kwaliteit vervoermiddel	21
4.3 Kwaliteit chauffeur	21
4.3.1 Representativiteit	21
4.3.2 Serviceniveau	21
4.3.3 Opleidingsniveau	22
4.4 Telefonische bereikbaarheid	22
4.5 Wachttijden en gecombineerd vervoer	22
4.6 Controle en handhaving	22
4.6.1 Managementrapportages	23
4.6.2 Klachtenrapportages	23
4.6.3 Klanttevredenheidonderzoeken	23
4.6.4 Handhavinginstrumenten	23
4.7 Feitelijke handhaving	24
4.8 Conclusie	24
5. Visie NZa zittend ziekenvervoer	27
5.1 Samenvatting	27
5.2 Visie NZa	28
5.2.1 Aanbevelingen	28
5.2.2 Acties NZa	29

Vooraf

Wat voor kwaliteitsafspraken hebben zorgverzekeraars met de aanbieders gemaakt over zittend ziekenvervoer? Om dat in kaart te brengen heeft de NZa eind 2007 onderzoek gedaan. De resultaten staan in dit rapport.

De aanleiding voor het onderzoek zijn de vele signalen die de NZa de afgelopen tijd via de media en consumenten(organisaties) ontving over de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer. De klachten gaan vooral over de lange wacht- en omrijdtijden en de manier van bejegening van de chauffeurs.

In dit rapport wordt ingegaan op de kwaliteitsafspraken tussen zorgverzekeraars en vervoerders en de controle op de naleving van die afspraken. Daarbij is rekening gehouden met de veranderende markt van het zittend ziekenvervoer en de verschillende manieren waarop zorgverzekeraars het zittend ziekenvervoer organiseren. De NZa geeft een aantal aanbevelingen voor de marktpartijen en tot slot geeft zij aan welke acties de NZa zelf onderneemt om de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer te verbeteren.

Rest ons een woord van dank aan allen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave
voorzitter

Managementsamenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) krijgt regelmatig klachten over zittend ziekenvervoer. Zo hebben patiënten te maken met lange wachttijden en zijn chauffeurs niet altijd even vriendelijk.

Dit rapport verstaat onder zittend ziekenvervoer het door de zorgverzekeraar georganiseerde ziekenvervoer van woonadres naar de behandelingslocatie en terug. Zittend ziekenvervoer is een verstrekking in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en daarom maakt de kwaliteit van het vervoer deel uit van de zorgplicht van zorgverzekeraars. De naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars valt onder het toezicht van de NZa.

Problemen zittend ziekenvervoer

De NZa heeft diverse meldingen ontvangen via de media en consumenten(organisaties) dat de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer te wensen overlaat. Volgens een aantal zorgverzekeraars en vervoerders zijn echter relatief weinig klachten binnengekomen. Wel geven zij aan dat door de veranderende markt de geboden service is gewijzigd, terwijl de verwachtingen van de consumenten niet afgenomen zijn.

Een van de problemen rond zittend ziekenvervoer is de veranderende markt van het contractvervoer waaronder het zittend ziekenvervoer valt. Tot midden jaren negentig kenmerkte deze markt zich vooral door de jarenlange relaties die vervoerders hadden opgebouwd met zorgverzekeraars. Daarna is de prijsconcurrentie toegenomen en is de markt zich in toenemende mate gaan concentreren. Verschillende partijen hebben aangegeven dat door de grote prijsconcurrentie de kwaliteit van het vervoer onder druk staat. Daarnaast stellen zorgverzekeraars steeds meer eisen aan de organisatie van het vervoer.

Zorgverzekeraars organiseren het zittend ziekenvervoer op verschillende manieren. Zo besteedt een kwart van de zorgverzekeraars het proces van contractering en coördinatie uit aan een vervoerscentrale en een kwart kiest voor het contracteren van een relatief groot aantal vervoerders.

De helft van de zorgverzekeraars kiest voor het aanbesteden van het vervoer in een of enkele grote percelen (regio's). Daarbij blijkt in een aantal gevallen een erg kort aanbestedings- en implementatietraject te zijn gehanteerd. Dit heeft geleid tot problemen bij de uitvoering. Het bleek voor vervoerders niet mogelijk voor een groot perceel op korte termijn een goed werkend vervoersnet op te zetten.

Kwaliteitsafspraken

In haar rapport *Zorgplicht van juli 2007* heeft de NZa naar aanleiding van terugkerende klachten aangekondigd het zittend ziekenvervoer te monitoren. Onderdeel hiervan is dit onderzoek naar de kwaliteitsafspraken die zorgverzekeraars en aanbieders van zittend ziekenvervoer in hun overeenkomsten opnemen. Daarbij is ook gekeken op welke manier de naleving van de kwaliteitsafspraken wordt gecontroleerd.

Uit de overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en vervoerders blijkt dat afspraken over kwaliteit met name betrekking hebben op het vervoermiddel, de chauffeur, de bereikbaarheid van de vervoerder en de wacht- en reistijden. Er bestaan vooral grote verschillen in afspraken

over opleidingsniveau van de chauffeur, hulp bij het afleveren van de patiënt op de bestemming en de bereikbaarheid. Voor een aantal zorgverzekeraars zijn op die onderdelen verbeteringen mogelijk.

Voor controle en handhaving valt op dat meer dan helft van de zorgverzekeraars geen gebruik maakt van klanttevredenheidsonderzoeken. Periodieke rapportages over klachten of managementinformatie worden meer gebruikt. Bij tweederde van de klachtenrapportages hanteert de zorgverzekeraar marges. Wanneer het aantal klachten boven de marge zit, leidt dat tot sancties. Voor de overige zorgverzekeraars lijkt meer sprake te zijn van ad hoc interventie naar aanleiding van klachten. Ten slotte blijkt dat het maar enkele keren is voorgekomen dat verzekeraars daadwerkelijk hebben ingegrepen naar aanleiding van te veel klachten.

Uit het onderzoek is niet gebleken dat er een directe relatie bestaat tussen de wijze waarop de zorgverzekeraar het vervoer heeft georganiseerd en het aantal of het niveau van de gemaakte kwaliteitsafspraken. Wel lijken korte aanbestedings- en implementatietrajecten te zorgen voor (opstart)problemen bij de uitvoering van het zittend ziekenvervoer.

Visie NZa zittend ziekenvervoer

De NZa ziet vooralsnog geen aanleiding om voor te schrijven welke kwaliteitsafspraken er precies gemaakt moeten worden. De NZa wil eerst zorgverzekeraars de kans geven om met betrokken partijen tot een concrete en toetsbare norm te komen voor de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer. Echter, de NZa acht aanmerkelijke verbeteringen op korte termijn noodzakelijk. Daarom stelt de NZa hiervoor een termijn van een jaar. Wanneer de NZa begin 2009 nog te weinig verbetering ziet bij het zittend ziekenvervoer, zal de NZa zelf een norm opstellen en deze handhaven.

Voor de uitwerking van de kwaliteitsafspraken beveelt de NZa de volgende aandachtspunten ten zeerste aan:

- het verdient aanbeveling om voldoende tijd te nemen voor aanbestedings- en implementatietrajecten;
- de NZa moedigt initiatieven aan om afspraken over te maken over belangrijke aspecten als wachttijden en reistijden in geval van gecombineerd vervoer;
- de deskundigheid van de chauffeur moet beter worden afgestemd op de specifieke doelgroepen die gebruik maken van het vervoer;
- afspraken maken over controle en handhaving moeten sterk worden verbeterd en ook de uitvoering daarvan verdient meer aandacht;
- de communicatie naar verzekerden kan worden verbeterd, wat zou kunnen leiden tot een kleinere verwachtingskloof.

Naar aanleiding van de bevindingen van dit onderzoek zal de NZa een aantal acties ondernemen:

- een aantal individuele zorgverzekeraars wordt gewezen op de noodzaak tot het verbeteren van de gemaakte kwaliteitsafspraken en in de tweede helft van 2008 zal worden onderzocht in hoeverre verbeteringen doorgevoerd zijn. Er wordt dan speciaal gelet op de controle en handhaving van de naleving van de afspraken;
- ontwikkelingen betreffende zittend ziekenvervoer zullen worden gevolgd via de verantwoording in de uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars. Hiertoe wordt verantwoording over klachtenbehandeling, klanttevredenheidsonderzoeken en kwaliteitsafspraken in het uitvoeringsverslag voorgeschreven;

- via signaaltoezicht worden meldingen over knelpunten en de acties om deze op te lossen, gevolgd.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De NZa krijgt geregeld klachten over zittend ziekenvervoer. Patiënten hebben te maken met lange wachttijden en chauffeurs zijn niet altijd even vriendelijk. Zittend ziekenvervoer valt formeel niet onder gezondheidszorg en daardoor niet onder het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het valt wel als verstrekking onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarom valt de kwaliteit van het vervoer onder de zorgplicht van de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars hebben aangegeven de klachten van het zittend ziekenvervoer te herkennen en maatregelen te treffen om de problemen te verhelpen. In het rapport zorgplicht heeft de NZa naar aanleiding van terugkerende klachten aangekondigd het zittend ziekenvervoer te monitoren. Onderdeel daarvan is een verdiepend onderzoek naar de kwaliteitsafspraken die zorgverzekeraars en aanbieders van zittend ziekenvervoer maken. Daarbij kijkt de NZa naar hoe verzekeraars en aanbieders de naleving van de kwaliteitsafspraken waarborgen.

Dit rapport beschrijft de uitkomsten van het verdiepende onderzoek.

1.2 Doelstelling

Het onderzoek heeft de volgende doelstellingen:

1. Inzicht krijgen in de manier waarop zorgverzekeraars kwaliteitsafspraken maken met aanbieders van zittend ziekenvervoer.
2. Inzicht krijgen in de manier waarop zorgverzekeraars de naleving van deze afspraken waarborgen.
3. Wanneer daar aanleiding toe is op basis van de uitkomsten van het onderzoek, het doen van aanbevelingen om de kwaliteit van zittend ziekenvervoer te verbeteren.

1.3 Onderzoeksaanpak

De onderzoeksaanpak is driedelig. Het eerste deel betreft een onderzoek naar de overeenkomsten die zorgverzekeraars en aanbieders van zittend ziekenvervoer hebben gesloten. Bij de zorgverzekeraars zijn deze overeenkomsten opgevraagd. De overeenkomsten zijn beoordeeld op de aanwezigheid van kwaliteitsafspraken. Ook is de zorgverzekeraars gevraagd om een toelichting te geven op de wijze van controle op de naleving van de kwaliteitsafspraken. Waar nodig is aanvullende informatie opgevraagd.

Er zijn 32 statutaire zorgverzekeraars. Omdat twee zorgverzekeraars buiten het onderzoek vallen¹, zijn uiteindelijk dertig zorgverzekeraars in het onderzoek betrokken. Dit wil echter niet zeggen dat er ook dertig verschillende overeenkomsten gesloten worden. Er is namelijk één zorgverzekeraar die vanwege schaalvoordelen aansluit bij de afspraken van een andere zorgverzekeraar en een aantal zorgverzekeraars dat

¹ Deze zorgverzekeraars hebben aangegeven alleen een polis zonder gecontracteerde zorg aan te bieden en dus geen afspraken met vervoerders te maken.

afspraken op concernniveau maakt. Uiteindelijk zijn van de dertig zorgverzekeraars vijftien overeenkomsten ontvangen en beoordeeld.

Naast de uitvraag van de contracten is een aantal gesprekken met relevante partijen uit het veld gevoerd. De betrokken partijen zijn Sociaal Fonds Taxivervoer, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de landelijke vervoerders Bios-Groep en Connexxion, de Chronisch zieken en Gehandicapten-Raad (CG-Raad) en de Nierpatiëntenvereniging Nederland (NvN). In deze gesprekken zijn de knelpunten besproken in het zittend ziekenvervoer. Ook hebben deze gesprekken bijgedragen aan het in kaart brengen van de markt.

Ten slotte zijn ook de binnengekomen meldingen bij de NZa via de media en consumenten in het onderzoek betrokken.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat in op de wet- en regelgeving die van toepassing is op het zittend ziekenvervoer. Tevens geeft hoofdstuk 2 een korte beschrijving van de markt voor het zittend ziekenvervoer. Hoofdstuk 3 behandelt de informatie en meldingen die vanuit de media en relevante veldpartijen zijn ontvangen. Hoofdstuk 4 gaat in op de afspraken die zorgverzekeraars en vervoerders hebben gemaakt met betrekking tot de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer. Hier wordt ook ingegaan op de afspraken over controle en naleving. De conclusies en aanbevelingen naar aanleiding van de analyse van de afspraken en de overige informatiebronnen staan in hoofdstuk 5.

2. Zittend Ziekenvervoer

2.1 Wet- en regelgeving

Ziekenvervoer omvat volgens artikel 10 Zvw het vervoer in verband met ontvangen van zorg of diensten, die krachtens de zorgverzekering verzekerd zijn, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het gaat om zowel vervoer per ambulance als vervoer per auto of openbaar middel (bus, taxi) in de laagste klasse (artikel 2.14 Besluit zorgverzekering).

In het kader van dit onderzoek wordt onder zittend ziekenvervoer verstaan het ziekenvervoer van het woonadres naar de behandelingslocatie en terug. De verzekerde heeft aanspraak op dit ziekenvervoer op basis van de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar organiseert het zittend ziekenvervoer. Bij deze vorm van ziekenvervoer kan de zorgverzekeraar met vervoerders afspraken maken over de kwaliteit van het vervoer. Dit is bij het gebruik van bijvoorbeeld openbaar vervoer of eigen auto niet mogelijk.

Een aantal groepen verzekerden komt volgens het Besluit zorgverzekering in aanmerking voor zittend ziekenvervoer:

- verzekerden die nierdialyses of oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moeten ondergaan;
- 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;
- verzekerden die in verband met een behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen zijn op vervoer en waarbij het niet verstrekken van deze prestatie zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. Deze bepaling betreft de zogenoemde hardheidsclausule. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft een formule opgesteld ter uitvoering van de clausule. Deze luidt als volgt: aantal (maanden) x aantal (x per week) x 4 (weken in een maand) x {aantal (km enkele reis) x 0,25 (weging)} = getal (op basis van enkele afstand). Wanneer dit getal gelijk of groter is dan 250, maakt de verzekerde aanspraak op zittend ziekenvervoer. Deze formule sluit echter de niet de mogelijkheid tot vaststelling op andere wijze uit.²

Conform de Zvw heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht (art. 11 Zvw) tegenover zijn verzekerden. Deze verplicht hem ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van de kosten van) zorg of overige diensten en/of desgevraagd zorgbemiddeling krijgt, waar behoefte aan en wettelijke aanspraak op bestaat. Het gaat daarbij niet alleen om de omvang, maar ook om de tijdigheid en kwaliteit van de verzekerde prestatie. In geval van gecontracteerde zorg of overige diensten moet de zorgverzekeraar volgens de Zvw borgen dat die als goed kan worden gekwalificeerd.³ Bij de contractering moeten zorgverzekeraars zich er daarom van bewust zijn dat de zorgaanbieder een minimaal kwaliteitsniveau kan blijven garanderen.

Het zittend ziekenvervoer valt formeel niet onder gezondheidszorg en daardoor niet onder het toezicht van de IGZ. Omdat het zittend ziekenvervoer onderdeel uitmaakt van de verzekerde prestaties op basis van de zorgverzekeringswet, heeft de zorgplicht betrekking op het

² Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen, Anoniem Bindend Advies ANO07.088, april 2007.

³ Memorie van Toelichting Zorgverzekeringswet, p. 43.

zittend ziekenvervoer. De naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars valt onder het toezicht van de NZa.

2.2 De markt voor het zittend ziekenvervoer

Zittend ziekenvervoer maakt onderdeel uit van het contractvervoer. Deze markt heeft een omvang van ongeveer € 700 miljoen, waarvan het zittend ziekenvervoer ongeveer twintig procent uitmaakt.⁴ Tot midden jaren negentig was deze markt vooral relationeel georganiseerd. Dat wil zeggen dat vervoerders jarenlange relaties hadden opgebouwd met zorgverzekeraars. Als gevolg daarvan stond er relatief weinig druk op het prijsniveau.⁵

Sinds de jaren negentig is de concurrentie op prijzen toegenomen en is de markt zich in toenemende mate gaan concentreren. Waar vroeger nog relatief veel gebruik werd gemaakt van kleine lokale aanbieders, geven veel zorgverzekeraars er nu de voorkeur aan om met slechts één of enkele vervoerders afspraken te maken. Dit kunnen landelijke of regionale afspraken zijn, in de vorm van aanbesteding of van uitbesteding van de contractering en coördinatie aan een zorgvervoercentrale. Voor zorgverzekeraars leidt concentratie tot een aanzienlijke afname van de kosten, onder meer omdat de zorgverzekeraar niet meer met vele aanbieders een overeenkomst hoeft af te sluiten. Verschillende partijen hebben aangegeven dat door de grote prijsconcurrentie de kwaliteit van het vervoer onder druk staat.⁶

Voorts stellen zorgverzekeraars steeds meer eisen aan de organisatie van het vervoer, bijvoorbeeld door een vervoerder te verplichten een coördinatiecentrum op te zetten. Deze vervoerder moet overal in het verzorgingsgebied vervoer kunnen aanbieden. Dit is voor grotere aanbieders van vervoer makkelijker te realiseren dan voor kleine partijen. Kleine aanbieders werken dan ook vaak als onderaannemers voor grotere vervoerders.

2.3 De wijze van contractering door zorgverzekeraars en vervoerders

Zorgverzekeraars organiseren zittend ziekenvervoer op drie verschillende manieren. De eerste is volledige uitbesteding van het vervoer voor alle verzekerden aan een vervoerscentrale. De vervoerscentrale draagt zorg voor het gehele proces van de coördinatie en contractering van lokale vervoerders (onderaannemers). Zeven van de dertig zorgverzekeraars hebben het zittend ziekenvervoer op deze manier georganiseerd.

Een tweede optie is het aanbesteden van het vervoer in een of enkele grote percelen (regio's). Vijftien zorgverzekeraars maken hier gebruik van. De meest voorkomende verdeling is in één of twee kernregio's en daarnaast een perceel voor de rest van Nederland. Het is gebleken dat enkele zorgverzekeraars erg korte aanbestedings- en implementatietrajecten hebben gehanteerd. Dit heeft tot problemen geleid bij de uitvoering van het zittend ziekenvervoer. Het is voor vervoerders niet mogelijk gebleken om binnen enkele weken voor een groot perceel een goed werkend vervoersnetwerk op te zetten.⁷ Een

⁴ Bron: Interview Sociaal Fonds Taxi

⁵ Bron: Interview Sociaal Fonds Taxi

⁶ Bron: Interview Sociaal Fonds Taxi, Interview CG-Raad

⁷ Bron: Interview Sociaal Fonds Taxi, interview vervoerders.

aantal zorgverzekeraars, dat het vervoer op deze manier organiseert, overweegt om met meer kleinere percelen te gaan werken. Wel noemen zij als knelpunt daarbij dat in bepaalde regio's vervoerders een zodanig marktaandeel hebben dat er weinig alternatieven zijn voor de zorgverzekeraar.⁸

Tot slot zijn er acht zorgverzekeraars die een relatief groot aantal vervoerders contracteren. Zorgverzekeraars stellen een minimum eisenpakket vast waar de vervoerder aan moet voldoen. Indien de vervoerder daar aan voldoet, wordt er een overeenkomst gesloten en kan hij het vervoer uitvoeren.

⁸ Bron: Interview Zorgverzekeraars Nederland.

3. Meldingen zittend ziekenvervoer

Dit hoofdstuk gaat nader in op de berichtgeving in de media en de door de NZa ontvangen meldingen van consumenten(organisaties) en andere instanties over het zittend ziekenvervoer. Aansluitend geeft het een overzicht van de genoemde oorzaken van de problemen rondom het zittend ziekenvervoer.

3.1 Media en ontvangen meldingen

In maart 2007 berichtte het consumentenprogramma Tros Radar in een uitzending over de klachten rondom het zittend ziekenvervoer. Patiënten zouden te maken hebben met lange wacht- en omrijdtijden. Ook de bejegening door chauffeurs zou te wensen overlaten. Lang wachten en onderweg zijn is vervelend voor verzekerden die net een behandeling ondergaan hebben, maar kan ook tot gevolg hebben dat iemand een behandeling mist. De klachten betroffen met name de regio's Utrecht en Amsterdam.

Na de uitzending zijn kamervragen gesteld aan de Minister van VWS en is een aantal klachten gemeld bij de NZa. De klachten betroffen dezelfde problematiek als gemeld in Radar. Bovendien gaven de klachten de indruk dat de problematiek van lange wachttijden ook in andere regio's speelde. De NZa had voor die tijd geen klachten ontvangen over zittend ziekenvervoer. Naar aanleiding van de ontvangen klachten heeft de NZa contact gezocht met diverse zorgverzekeraars. Een aantal gaf aan dat de problematiek niet onder hun verzekerden speelde. Anderen herkenden de klachten en hebben aangegeven dat zij actie hebben ondernomen om de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer te verbeteren. Deze bevindingen zijn ook opgenomen in het NZa rapport over de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars.⁹

In de zomer van 2007 zijn wederom berichten in de media gekomen dat de kwaliteit van het vervoer te wensen over laat. Ook na de publicatie van het rapport over de zorgplicht zijn diverse meldingen van consumenten ontvangen door de NZa. Medio januari 2008 berichtte het Algemeen Dagblad nog over onredelijke wacht- en omrijdtijden voor dialysepatiënten in de regio Den Haag.¹⁰

Ondanks de berichtgeving in de media en de door de NZa ontvangen klachten¹¹, geeft een aantal vervoerders en zorgverzekeraars aan dat zij relatief weinig klachten ten opzichte van het aantal ritten ontvangen. Die lage klachtenpercentages geven volgens hen te weinig aanleiding om in te grijpen en verbeteringen te eisen.

Zorgverzekeraars betogen tevens dat de fileproblemen een kwestie van overmacht zijn. Dit speelt vooral in de Randstad. Een aantal zorgverzekeraars probeert echter wel oplossingen te vinden voor lokale knelpunten. Zo onderzoekt één zorgverzekeraar de mogelijkheid om dialysebehandelingen zoveel mogelijk buiten spijttijden plaats te laten vinden.

⁹ [NZa, Thematisch onderzoek Zorgplicht, augustus 2007.](#)

¹⁰ Algemeen Dagblad, "Dialysepatiënt wacht uren op taxivervoer" en "Doodziek wachten op de taxi", 18 januari 2008.

¹¹ Sinds maart 2007 heeft de NZa ongeveer 55 klachten ontvangen over dit onderwerp.

Sommige vervoerders en zorgverzekeraars geven aan dat veel patiënten die afhankelijk zijn van het zittend ziekenvervoer te hoge verwachtingen hebben over het serviceniveau. Dit wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door het verleden. Er was toen meer geld beschikbaar om extra service te kunnen bieden. Zo werd vaker gebruik gemaakt van dezelfde chauffeur, die de patiënt bij wijze van spreken tot aan de behandelruimte begeleidde en op hem bleef wachten. Als gevolg van een beperktere financiële ruimte, is dit niet altijd meer mogelijk. Ook de invulling van het begrip zittend ziekenvervoer is in de loop der jaren gewijzigd. Door veel zorgverzekeraars wordt hier enkel het vervoer van de patiënt van deur tot deur onder verstaan.

In opdracht van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat is door TNS NIPO een evaluatie uitgevoerd van de klachten- en geschillenregeling van het taxivervoer.¹² De evaluatie betreft zowel straatvervoer als contractvervoer. Volgens het onderzoek worden naar schatting ruim 600.000 klachten op jaarbasis ingediend. Bij contractvervoer leidt ongeveer 1% van de ritten tot een klacht. De klachten over het contractvervoer hebben vooral betrekking op het te laat komen van de taxi, de reis- en omrijtijden en het gedrag van de chauffeur. De helft van de klagers is ontevreden over de afhandeling van klacht. Volgens de evaluatie worden formele klachten vaak niet ingediend vanwege de tijd die dat kost en omdat klagers niet weten waar de klacht in te dienen. Ook blijkt dat het Landelijk Klachtenmeldpunt Taxi (LKT) nauwelijks bekend is bij taxigebruikers. Het bestaan van een onafhankelijke organisatie die helpt bij het indienen en oplossen van klachten wordt echter wel belangrijk gevonden.¹³ De eindconclusie van het onderzoek is dat klachten in de taxibranche nog geen optimaal marktinstrument zijn voor sturing op kwaliteit.

3.2 Consumentenorganisaties

In het kader van dit onderzoek is onder meer gesproken met de CG-Raad. In samenwerking met het Landelijke Steunpunt cliëntenRaden (LSR) en de gezamenlijke ouderenbonden (CSO) heeft de CG-Raad in 2004 al een rapport gepubliceerd met de resultaten van het openstellen van een meldpunt zittend ziekenvervoer.¹⁴ Dit rapport had niet zozeer betrekking op de kwaliteit van het vervoer, maar vooral op de problemen die mensen ondervonden vanwege de beperking van het verzekerde pakket ten aanzien van zittend ziekenvervoer. Er wordt gesteld dat de eerder genoemde hardheidsclausule te streng wordt toegepast door zorgverzekeraars. Volgens de CG-Raad ondervinden nog steeds veel patiënten hinder van de strenge toepassing, zoals nierpatiënten die weliswaar thuis dialyse ondergaan, maar toch regelmatig naar het ziekenhuis moeten.

Tevens geeft de CG-Raad een terugloop van de kwaliteit in het algemeen aan en noemt hierbij een aantal aandachtspunten. Zo wordt aangegeven dat bij aanbesteding aan één vervoerder, deze als het ware een

¹² TNS NIPO Consult, Evaluatie klachten- en geschillenregeling taxivervoer Nederland, juli 2007.

¹³ Het LKT is niet van toepassing in geval van het zittend ziekenvervoer, omdat dit een verstrekking volgens de Zvw is. Conform artikel 114 Zvw moet een zorgverzekeraar zorg dragen voor de mogelijkheid een geschil over de uitvoering van de zorgverzekering voor te leggen aan een onafhankelijke instantie. Alle zorgverzekeraars zijn hiervoor aangesloten bij de Stichting Klachten en Geschillencommissie (SKGZ).

¹⁴ CG-raad, LSR en CSO, Meldpunt zittend ziekenvervoer, augustus 2004. Het meldpunt (10 juni tot en met 23 juli) was een initiatief van de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad), het Landelijke Steunpunt cliëntenRaden (LSR) en de gezamenlijke ouderenbonden (CSO).

monopolie krijgt. De consument kan dan bij ontevredenheid niet zomaar een andere vervoerder kiezen en daarmee een prikkel afgeven om op kwaliteit te concurreren. Ook krijgt de CG-Raad meldingen van consumenten dat klagen over het vervoer geen zin heeft. De klachten zouden niet naar tevredenheid afgehandeld worden en de afhandeling leidt er niet toe dat de reeds geleden schade ongedaan wordt gemaakt. Zorgelijk noemt de CG-Raad ook de lange wachttijden en het gecombineerd vervoer van bepaalde groepen patiënten zoals nierpatiënten.

De Consumentenbond meldt in januari 2008 op zijn website dat het zittend ziekenvervoer volgens zijn bronnen niet vlekkeloos verloopt. De Consumentenbond doet momenteel onderzoek naar de huidige stand van zaken omtrent het zittend ziekenvervoer.

Het gesprek met de Nierpatiëntenvereniging Nederland (NvN) heeft geleid tot vergelijkbare signalen. De NvN vertegenwoordigt een groep patiënten die structureel afhankelijk zijn van het zittend ziekenvervoer en daar ook zeer frequent gebruik van moeten maken. Het te laat komen van de vervoerder kan voor een patiënt tot gezondheidsproblemen en voor het betrokken dialysecentrum tot planningsproblemen in de bedrijfsvoering leiden. Ook zou het soms voorkomen dat de vervoerder niet op de patiënt wacht met als gevolg dat de patiënt te laat bij het dialysecentrum aankomt of enkele uren op een nieuwe auto moet wachten. Daarnaast signaleert de NvN dat de kwaliteit van de gebruikte taxibusjes afneemt. Tot slot signaleert de NvN dat onderaannemers vaak ten onrechte gebruik maken van de keurmerken van de hoofdaannemer voor het vervoer.

3.3 Conclusie meldingen zittend ziekenvervoer

In het vorige hoofdstuk is reeds genoemd dat korte aanbestedings- en implementatieperioden hebben geleid tot problemen bij de uitvoering van het zittend ziekenvervoer. Het lukt de vervoerder in zulke gevallen niet om de organisatie tijdig in te richten op zittend ziekenvervoer voor een groot perceel. Ook de afname van financiële ruimte binnen de markt lijkt een rol te spelen. Dit kan tot gevolg hebben dat minder in de kwaliteit van het vervoer geïnvesteerd wordt. Bovendien is het niet meer altijd mogelijk voor vervoerders om dezelfde service te bieden als in het verleden kon.

De verwachtingen van consumenten zijn echter niet afgenomen. Er lijkt daarom sprake van een verschil tussen de verwachtingen van de verzekerde en de invulling van het zittend ziekenvervoer door zorgverzekeraars en vervoerders. Ten slotte komen problemen rondom de wacht- en reistijden van verzekerden in belangrijke mate voort uit toegenomen verkeerdrukke. Vooral in de Randstad leidt dit tot knelpunten.

4. Kwaliteitsafspraken

4.1 Inleiding

Naar aanleiding van de bevindingen in voorgaand hoofdstuk zal in dit hoofdstuk gekeken worden in hoeverre de problematiek het gevolg is van de kwaliteitsafspraken die zorgverzekeraars en vervoerders met elkaar maken. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke kwaliteitsafspraken worden gemaakt met vervoerders en hoe zorgverzekeraars de naleving van deze afspraken waarborgen. Aan het einde van het hoofdstuk worden in tabel 4.1 de afspraken samengevat.

Uit de inventarisatie van de kwaliteitsafspraken is gebleken dat deze vooral betrekking hebben op de volgende categorieën: het vervoermiddel, de chauffeur, bereikbaarheid en wacht- en reistijden. Naast kwaliteitsafspraken maken zorgverzekeraars ook afspraken over administratieve aspecten zoals betalingsvoorwaarden en de aanlevering van managementrapportages. Deze afspraken maken een relatief groot aandeel uit van de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en vervoerders. Tot slot maken de zorgverzekeraars en vervoerders ook afspraken over controle en handhaving.

4.2 Kwaliteit vervoermiddel

De afspraken over het vervoermiddel hebben vooral betrekking op de maximale leeftijd van de auto, de wettelijke eisen en de in de auto aanwezige voorzieningen. Bij dit laatste valt te denken aan de aanwezigheid van een rolstoelvoorziening, een brandblusser, reisdeken, EHBO-koffer en sputumbakken (spuugbakken). Nagenoeg alle zorgverzekeraars maken deze afspraken met vervoerders. Een derde van de zorgverzekeraars maakt nog afspraken over het luxeniveau, waarbij dan gebruik gemaakt moet worden van een representabele auto uit de hogere middenklasse. Tot slot moet een vervoerder altijd voldoen aan de eisen uit de Wet Personenvervoer (WPV).

4.3 Kwaliteit chauffeur

De eisen die worden gesteld aan de chauffeur zijn op te splitsen in drie categorieën; representativiteit, serviceniveau en opleidingsniveau.

4.3.1 Representativiteit

Praktisch alle zorgverzekeraars stellen op een of andere manier eisen aan de representativiteit. Roken is in alle gevallen verboden. Andere afspraken over representativiteit zijn onder meer correcte bejegening en Nederlands kunnen spreken. Eén zorgverzekeraar heeft geen afspraken gemaakt over de representativiteit van de chauffeur.

4.3.2 Serviceniveau

Het serviceniveau gaat over de vraag of de patiënt op de plaats van behandeling wordt gebracht of slechts tot de ingang van het betreffende gebouw. Twee derde van de zorgverzekeraars stelt dat de patiënt bij de ingang van het gebouw moet worden afgeleverd. Enkele hebben hierbij wel opgemerkt dat dit afhankelijk is van de mobiliteit van de patiënt. Uit gesprekken met enkele vervoerders is gebleken dat niet elke

zorgverzekeraar bereid is hierover afspraken te maken met de vervoerder en de betrokken zorginstelling waar de patiënt wordt behandeld.

4.3.3 Opleidingsniveau

De afspraken over het opleidingsniveau zijn divers. De ene zorgverzekeraar stelt alleen de wettelijke minimumeisen op basis van de WPV. De andere eist aanvullend op de WPV diverse diploma's, zoals EHBO en CCV-doelgroepenvervoer¹⁵. Het komt voor dat de zorgverzekeraar slechts aangeeft dat het wenselijk is dat chauffeurs aan bepaalde opleidingseisen voldoen. Opvallend is dat bijna geen enkele zorgverzekeraar het TX-keurmerk verplicht stelt, terwijl volgens de Sociaal Fonds Taxi zestig procent van de vervoerders voldoet aan de eisen van het TX-keurmerk. Het TX-keurmerk is een landelijk kwaliteitskeurmerk voor het taxivervoer. Onderdeel van dit keurmerk is dat de chauffeur diverse CCV-certificaten heeft. Voorbeelden van deze certificaten zijn de diploma's sociale vaardigheden taxi, stratenkennis en doelgroepenvervoer. Vanaf 2008 zijn er enkele zorgverzekeraars die het TX-keurmerk verplicht stellen.

4.4 Telefonische bereikbaarheid

De helft van de zorgverzekeraars maakt over de telefonische bereikbaarheid afspraken. Het betreft minimumeisen voor de telefonische bereikbaarheid, maximale wachttijd aan de telefoon en het beschikbaar stellen van een telefoonnummer. Ook verplichten sommige zorgverzekeraars dat de chauffeur in de auto informatie beschikbaar heeft over hoe en waar de patiënt eventuele klachten kan indienen.

4.5 Wachttijden en gecombineerd vervoer

De meeste zorgverzekeraars hebben eisen gesteld aan de maximale wachttijden. Gemiddeld mag de wachttijd niet langer zijn dan een half uur. Een aantal zorgverzekeraars stelt in de overeenkomst dat de patiënt op tijd op zijn bestemming moet zijn. De omrijtijd bij gecombineerd vervoer mag bij de zorgverzekeraars die daar afspraken over hebben gemaakt nooit langer zijn dan de helft van de ritduur tot maximaal een half uur. Het merendeel van de zorgverzekeraars stimuleert de vervoerder om zo veel als mogelijk gebruik te maken van gecombineerd vervoer, waarbij uitzonderingen op basis van de medische indicatie mogelijk zijn. Dertig procent van de zorgverzekeraars neemt expliciet in de voorwaarden op dat bepaalde groepen, zoals dialysepatiënten, uitgezonderd worden van gecombineerd vervoer. Vier zorgverzekeraars hebben geen afspraken gemaakt met vervoerders over gecombineerd vervoer.

4.6 Controle en handhaving

Voor een goede uitvoering van controle op de naleving van en zonodig handhaving van een contract heeft een meerderheid van de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over een periodieke aanlevering van managementrapportages en klachtenverantwoordingen. Een aantal

¹⁵ CCV is een onderdeel van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen. CCV draagt zorg voor opleiding en examinering van chauffeurs in het beroepsvervoer.

zorgverzekeraars maakt daarnaast gebruik van klanttevredenheidsonderzoeken.

4.6.1 Managementrapportages

Bijna tweederde van de zorgverzekeraars maakt gebruik van een managementrapportage die de vervoerder periodiek moet aanleveren. De zorgverzekeraars gebruiken de managementrapportage vooral voor kostenverantwoording, fraudecontrole en om inzicht te krijgen in knelpunten. Deze managementrapportages bevatten hoofdzakelijk zaken als rittenstatistiek (onder meer aantal ritten, kilometers) en informatie over het callcenter (wachtijden en gespreksduur). Incidenteel wordt ook gerapporteerd over zaken als wachtijden, lokale ontwikkelingen en verbeterplannen naar aanleiding van knelpunten. Tot slot maken klachtenrapportages met informatie over aantal, afhandeling en aard van de klacht deel uit van de managementrapportage.

4.6.2 Klachtenrapportages

Ruim tweederde van de verzekeraars hanteert voor het zittend ziekenvervoer een klachtenrapportage. De vervoerder verantwoordt zich met deze rapportage aan de zorgverzekeraar. In de klachtenrapportage staan zaken als het aantal klachten, aard en afhandeling van de klachten. Iets meer dan de helft van de klachtenrapportages aan de zorgverzekeraar vindt maandelijks plaats. De overige kennen een frequentie van een kwartaal en bij twee zorgverzekeraars jaarlijks.

De informatie uit de klachtenrapportage wordt door zorgverzekeraars gebruikt om knelpunten te signaleren en indien nodig daar actie op te ondernemen middels afspraken over verbeterplannen of sancties. Bijna de helft van de zorgverzekeraars maakt gebruik van een marge. Indien de klachten binnen de marge blijven, hebben deze geen direct gevolg voor de vervoerder. Wanneer het aantal klachten echter hoger is dan de marge, kan de zorgverzekeraar op grond van de contractafspraken sancties opleggen zoals boetes. De hoogte van de boete kan bij een aantal verzekeraars oplopen tot enkele procenten van het totale declaratiebedrag gedurende de periode waarin de overschrijding van de marge plaatsvindt. De marges die in de contracten zijn overeengekomen zitten tussen 0,1 en 2%.

In de contracten waarin geen afspraken over een marge zijn opgenomen, is vaak toch een sanctiemogelijkheid opgenomen voor de situatie waarin de afspraken door een van beide partijen (meestal de vervoerder) niet worden nagekomen. Dit betreft meestal de mogelijkheid tot eenzijdige opzegging van het contract.

4.6.3 Klanttevredenheidsonderzoeken

Veertien zorgverzekeraars maken regelmatig gebruik van klanttevredenheidsonderzoeken onder hun verzekerden. Deze vinden één keer per één of twee jaar plaats. De uitkomsten van deze klanttevredenheidsonderzoeken worden door de zorgverzekeraars gebruikt om specifieke knelpunten in het zittend ziekenvervoer of wensen van verzekerden op te sporen en aan de hand daarvan verbeterplannen te ontwikkelen in samenwerking met de vervoerders.

4.6.4 Handhavinginstrumenten

In paragraaf 4.6.2. is al kort ingegaan op de controle-instrumenten die in de contracten zijn vastgelegd. Wanneer een vervoerder te veel klachten krijgt over bijvoorbeeld te laat aankomen kan vaak een boete worden

opgelegd. Sommige verzekeraars maken hierbij gebruik van een glijdende schaal, waarbij de boete afhankelijk is van de hoogte van het aantal klachten en de duur van de overschrijding van de overeengekomen marge. Naast boetes komt het voor dat een tweede vervoerder op de markt wordt toegelaten als alternatief. Ook worden bij structurele problemen verbeterafspraken of aanvullende afspraken gemaakt waarover de vervoerder periodiek moet rapporteren. Bij ernstige klachten kan de overeenkomst met de vervoerder of de onderaannemer worden opgezegd. De meeste zorgverzekeraars hebben specifiek vastgelegd dat een aantal van de bovenstaande handhavinginstrumenten inzetbaar is bij niet nakoming van de afspraken. Voor de overige contracten zijn geen specifieke afspraken gemaakt over handhaving.

4.7 Feitelijke handhaving

Uit de aangeleverde informatie blijkt dat in ieder geval door zeven zorgverzekeraars maatregelen zijn genomen naar aanleiding van klachten. Het betreft drie interventies op concernniveau. In twee gevallen is een zorgverzekeringsconcern overgegaan tot het contracteren van een tweede aanbieder in de regio, tevens zijn met een van deze vervoerders aanvullende afspraken over de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer gemaakt. In het derde geval is het contract met een onderaannemer opgezegd.

4.8 Conclusie

Alle zorgverzekeraars hebben in meer of mindere mate afspraken gemaakt over het vervoermiddel, de chauffeur, bereikbaarheid en wach- en reistijden. Vooral bij afspraken over het opleidingsniveau van de chauffeur, hulp bij afleveren van de patiënt op de bestemming en de bereikbaarheid bestaan grote verschillen tussen de zorgverzekeraars. Hierbij zijn voor een aantal zorgverzekeraars verbeteringen mogelijk.

Uit het onderzoek is niet gebleken dat het aantal of niveau van gemaakte kwaliteitsafspraken afhangt van de wijze waarop het vervoer georganiseerd is. In geval van aanbesteding worden niet persé meer of minder afspraken met betrekking tot kwaliteit gemaakt dan bij brede contractering. Ook komt geen directe relatie tussen de hoeveelheid kwaliteitsafspraken en de mate waarin er geklaagd wordt, naar voren.

De zorgverzekeraars die te maken hebben met toegenomen klachten, hebben in vergelijking niet minder kwaliteitsafspraken opgenomen in de overeenkomsten dan andere zorgverzekeraars.

Met betrekking tot controle en handhaving valt op dat meer dan helft van de zorgverzekeraars geen gebruik maakt van de mogelijkheid tot klanttevredenheidsonderzoeken. Periodieke rapportages over klachten of managementinformatie worden in grotere mate gehanteerd. Bij tweederde van de klachtenrapportages wordt gebruik gemaakt van marges. Wanneer boven de marge klachten worden ontvangen, leidt dat tot sancties. Voor de overige zorgverzekeraars lijkt meer sprake te zijn van ad hoc interventie naar aanleiding van klachten.

Ten slotte blijkt dat het maar enkele keren is voorgekomen dat verzekeraars hebben ingegrepen bij vervoerders naar aanleiding van te veel klachten.

Tabel 4.1. Overzicht kwaliteitsafspraken zorgverzekeraars

Afspraken over	Aantal (n=30)
Kwaliteit vervoersmiddel	
Aanwezigheid speciale voorzieningen	28
Luxeniveau van de auto	10
Kwaliteit chauffeur	
Representativiteit chauffeur	29
Aflevering patiënt bij de receptie benedenverdieping	20
EHBO-diploma (verplicht)	12
Diploma levensreddende hulp (verplicht)	5
Bijscholing verplicht	1
Telefonische bereikbaarheid	15
Wachttijden en gecombineerd vervoer	
Maximale wachttijd < 15 minuten	14
Maximale wachttijd 15-30 minuten	10
Tolerantie aankomsttijd < 15 minuten	5
Tolerantie aankomsttijd 15- 30 minuten	10
Tolerantie aankomsttijd > 30 minuten	2
Verzekerde moet op tijd aankomen	10
Maximale omrijtijd bij gecombineerd vervoer	26
Uitzonderingen op gecombineerd vervoer mogelijk	26
Controle en handhaving	
Managementrapportages	19
Klachtenrapportages	23
Gebruik van marge voor klachten	14
Klanttevredenheidsonderzoek	14
Geen bepalingen over controle	3
Sancties vastgelegd in contract	23

Bron: NZa

5. Visie NZa zittend ziekenvervoer

5.1 Samenvatting

De markt voor het zittend ziekenvervoer heeft sinds de jaren negentig te maken gehad met een toenemende concentratie en prijsconcurrentie. Het laatste lijkt ook gevolgen te hebben voor de kwaliteit van het vervoer. Een kwart van de zorgverzekeraars contracteert nog relatief breed. De overige zorgverzekeraars maken gebruik van volledige uitbesteding aan een vervoerscentrale of aanbesteding in één of enkele grote percelen.

Uit het onderzoek is niet gebleken dat de wijze waarop de zorgverzekeraar het vervoer heeft georganiseerd, direct gerelateerd is aan het aantal of het niveau van de gemaakte kwaliteitsafspraken. Wel lijken korte aanbestedings- en implementatietrajecten voor (opstart)problemen bij de uitvoering van het zittend ziekenvervoer te zorgen.

Behalve een korte implementatietijd bij aanbesteding en toegenomen prijsconcurrentie spelen ook andere ontwikkelingen binnen de markt een rol bij de problemen met het zittend ziekenvervoer. Zo vormt een toename in de verkeersdruk, vooral in de Randstad, een belangrijke oorzaak voor de wacht- en reistijden van verzekerden. Ook is er sprake van verschil in verwachtingen van de verzekerde en de invulling van het zittend ziekenvervoer door zorgverzekeraars en vervoerders.

Uit een analyse van de overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en vervoerders blijkt dat alle zorgverzekeraars kwaliteitsafspraken hebben gemaakt, maar wel in verschillende mate. Vooral bij afspraken over het opleidingsniveau van de chauffeur, hulp bij het afleveren van de patiënt op de bestemming en bereikbaarheid bestaan grote verschillen. Voor een aantal zorgverzekeraars zijn verbeteringen mogelijk.

Ook over de controle en handhaving van het naleven van kwaliteitsafspraken heeft de meerderheid van zorgverzekeraars bepalingen opgenomen in de overeenkomsten. Zij zetten voor controle vooral management- en/of klachtenrapportages in en in mindere mate klanttevredenheidonderzoeken. Bijna de helft van de zorgverzekeraars heeft een marge voor klachten opgenomen in de overeenkomst. De overigen lijken meer op ad hoc basis op klachten te reageren. Uit de beschikbare informatie blijkt ten slotte dat nog maar enkele keren is voorgekomen dat verzekeraars hebben ingegrepen bij vervoerders naar aanleiding van te veel klachten.

De NZa heeft diverse meldingen ontvangen via de media en consumenten(organisaties) dat de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer te wensen overlaat. De klachten hebben vooral betrekking op de wacht- en rijtijden, het gedrag en de deskundigheid van de vervoerder. Een aantal zorgverzekeraars en vervoerders geeft echter aan dat weinig klachten binnengekomen zijn ten opzichte van het aantal ritten. De zorgverzekeraars die te maken hebben met toegenomen klachten hebben in vergelijking niet minder kwaliteitsafspraken opgenomen in de overeenkomsten dan andere zorgverzekeraars.

5.2 Visie NZa

Klachten zijn een belangrijke vorm van signalering van knelpunten voor zorgverzekeraars. Ongeacht de hoogte van klachtenpercentages verplicht de zorgplicht zorgverzekeraars om vooraf de kwaliteit te waarborgen bij het inkopen van zorg. Bij het sluiten van een overeenkomst voor de levering van zittend ziekenvervoer moet dus ook de kwaliteit van het vervoer een belangrijke rol spelen en niet alleen de prijs.

Vooralsnog ziet de NZa geen aanleiding om voor te schrijven welke kwaliteitsafspraken er precies gemaakt moeten worden. Het veld wordt eerst de kans gegeven verbeteringen aan te brengen in plaats van op voorhand regels te stellen. Daarbij is in de eerste plaats een rol weggelegd voor zorgverzekeraars om in samenwerking met betrokken partijen in de sector tot een concrete en toetsbare kwaliteitsnorm te komen. Omdat de NZa het noodzakelijk acht dat de kwaliteit van het zittend ziekenvervoer op korte termijn aanmerkelijk verbetert, geeft zij veldpartijen een jaar de tijd om gezamenlijk tot een kwaliteitsnorm te komen. Daarbij doet de NZa een beroep op de zorgverzekeraars en consumentenorganisaties om haar op de hoogte te houden van de ontwikkelingen. Wanneer begin 2009 onvoldoende verbetering zichtbaar is in het zittend ziekenvervoer zal de NZa zelf een norm voorschrijven en deze handhaven.

Wel wil de NZa een aantal zaken aanbevelen ten aanzien van de kwaliteitsafspraken rond het zittend ziekenvervoer. Ook zal de NZa de komende tijd een aantal acties ondernemen.

5.2.1 Aanbevelingen

- Wanneer overeenkomsten gesloten worden met vervoerders, dient de zorgverzekeraar zich ervan te vergewissen dat de gemaakte afspraken ook daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden en dat de afspraken ook van toepassing zijn op eventuele onderaannemers. Wanneer een groot perceel aan één vervoerder gegund wordt, moet de vervoerder wel de mogelijkheid krijgen zijn organisatie daarop in te richten voor de overeenkomst ingaat. De NZa beveelt dan ook aan dat voldoende tijd wordt genomen voor aanbestedings- en implementatietrajecten.
- De transparantie over het zittend ziekenvervoer kan flink verbeterd worden. Wanneer zorgverzekeraars duidelijk naar hun verzekerden communiceren wat onder het zittend ziekenvervoer wordt verstaan, wordt de verwachtingskloof minder groot.
- Belangrijke aspecten om afspraken over te maken zijn de wachttijden en reistijden in geval van gecombineerd vervoer. De wachttijden voor de verzekerde dienen zoveel mogelijk beperkt te worden en te laat komen bij een afspraak is ongewenst. Het kan zijn dat door de fileproblematiek zorgverzekeraars en vervoerders niet in staat zijn het vervoer tijdig te leveren. De NZa verwacht wel dat zorgverzekeraars en vervoerders zich meer inspanssen indien dergelijke knelpunten zich voordoen. Verschillende verzekeraars lijken dit ook te doen. De NZa moedigt initiatieven aan, zoals het proberen files te ontwijken door de behandelzeiten daarop af te stemmen.
- Een ander belangrijk aspect vindt de NZa de deskundigheid van de chauffeur. De chauffeur moet weten hoe om te gaan met de doelgroepen. Het bezit van een EHBO-diploma zou een minimum vereiste moeten zijn. Nu wordt deze nog regelmatig niet of alleen als wenselijk opgenomen in de overeenkomsten.
- Zorgverzekeraars moeten betere afspraken maken over controle en handhaving. Een goed werkende controle en handhaving is noodzakelijk om te waarborgen dat afspraken ook worden

nagekomen. Gebrekkige controle en handhaving geven geen prikkel aan vervoerders om op de kwaliteit te letten. De NZa vindt het noodzakelijk dat de zorgverzekeraar gebruik maakt van een adequate klachtenregeling voor zittend ziekenvervoer en zijn verzekerden hierover duidelijk informeert. Ook het periodiek uitvoeren van klanttevredenheidsonderzoeken wordt sterk aanbevolen. Knelpunten kunnen dan beter worden geïnventariseerd en aanleiding geven voor verbeteracties. Voor het meten van klantervaringen met het zittend ziekenvervoer op een uniforme wijze is het raadzaam aansluiting bij de CQ-index te zoeken.¹⁶ Ten slotte wordt het steekproefsgewijs controleren van vervoerders aanbevolen. Dit laatste kan eventueel gebeuren door het vereisten stellen van een keurmerk, zoals het TX-keurmerk. De onafhankelijke instantie die het keurmerk afgeeft, voert de controle dan uit.

5.2.2 Acties NZa

Naar aanleiding van de bevindingen van dit onderzoek zal de NZa een aantal acties ondernemen:

- de NZa wijst een aantal individuele zorgverzekeraars op de noodzaak tot het verbeteren van de gemaakte kwaliteitsafspraken. In de tweede helft van 2008 onderzoekt zij vervolgens in hoeverre verbeteringen doorgevoerd zijn door deze individuele zorgverzekeraars naar aanleiding van bovenstaande aanbevelingen en de individuele terugkoppeling. Er wordt dan speciaal gelet op hoe de controle en handhaving van de naleving van de afspraken vormgegeven wordt door zorgverzekeraars;
- tevens blijft de NZa het zittend ziekenvervoer volgen door middel van de verantwoording in de uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars. De NZa verplicht zorgverzekeraars in de uitvoeringsverslagen aan te geven wat het aantal klachten in een jaar is in de populatie verzekerden die gebruik maakt van zittend ziekenvervoer en wat er met klachten gedaan is richting de verzekerden. Ook moeten zorgverzekeraars zich in de uitvoeringsverslagen verantwoorden over het gebruik van klanttevredenheidsonderzoeken en het maken van kwaliteitsafspraken bij het inkopen van zittend ziekenvervoer;
- ten slotte houdt de NZa via haar signaaltoezicht meldingen over knelpunten in de gaten en gaat zij na welke acties zorgverzekeraars ondernemen om deze knelpunten op te lossen.

¹⁶ www.centrumklantervaringinzorg.nl: De CQ-index (Consumer Quality Index) is een verzameling meetinstrumenten die ontwikkeld zijn vanuit het perspectief van gebruikers van zorg. Op dit moment gaat het binnen de CQ-index vooral om schriftelijke vragenlijsten die de concrete ervaringen van patiënten en cliënten met de zorg meten. De CQ-index is daarnaast een geregistreerd merk dat gebruikt wordt als keurmerk.