



Nederlandse
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. de heer drs. P. Blokhuis
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Uw brief van
25 juni 2019

Behandeld door

Telefoonnummer

E-mailadres

Kenmerk

353472/554707

Onderwerp

Advies Bekostiging van vervoer met psychiatrische hulpverlening

Datum

5 december 2019

Geachte heer Blokhuis,

Met deze brief bieden wij u het advies Bekostiging van vervoer met psychiatrische hulpverlening aan. Deze rapportage is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 3 december 2019, naar aanleiding van uw verzoek bij brief van 25 juni 2019.

Vervoer met psychiatrische hulpverlening is een vak apart. Uw adviesvraag aan de NZa past binnen de bredere zoektocht naar betere oplossingen voor de patiëntgroep die te kampen heeft met verward gedrag. Oplossingen met meer oog voor de menselijkheid en de bij de patiëntgroep passende deskundigheid.

Samen met deze brief ontvangt u ons advies. Wij hebben binnen de door u geschetste kaders naar de beste bekostigingsmogelijkheden voor passend vervoer gezocht. Daarbij rekening houdend met het uitgangspunt dat het vervoer naar de locatie van psychiatrische beoordeling voorbehouden zal zijn aan regionale ambulancevoorzieningen (verder: RAV's) en met uw verkenning om het vervoer vanaf de locatie van beoordeling naar een instelling alsmede het vervoer in het kader van de psychiatrische behandeling niet voorbehouden te laten zijn aan RAV's.

Zoals u zult lezen, dwingen de uitgangspunten ons tot een complex advies met gefragmenteerde vervoers- en bekostigingsoplossingen. Deze complexe oplossingen zijn mogelijk niet noodzakelijk en lijken, gelet op de vermoedelijk lage volumes, ook niet proportioneel. Op basis van gesprekken en consultatie van het onderzoek is naar voren gekomen dat het door ggz-professionals gewenste en voor de patiënt passende vervoer reeds door alternatieve vervoerders wordt aangeboden. Met name onduidelijkheid bij zowel de vervoerders als de afnemers over de betaaltitel voor deze gewenste dienstverlening staat aan bredere inzet van dit aanbod in de weg. Een betaaltitel ongeacht het vervoersmoment kan hier een passende oplossing voor zijn. Hiermee treden we wel buiten de kaders van uw adviesvraag.

Kenmerk
353472/554707

Pagina
2 van 2

Een dergelijke aanpak past bij de prille regionale aanpak die nu is ontstaan binnen de ruimte van de met ZonMw gesubsidieerde regionale experimenten. In een aantal regio-experimenten waar een alternatieve vervoerder het vervoersmoment voorafgaand aan de psychiatrische beoordeling aanbiedt¹, lijkt belangrijke verbetering te ontstaan in de mate waarin passend vervoer voor de patiënt tot stand komt, terwijl ook de tijdigheid van het vervoer en de betaalbaarheid gewaarborgd blijven. De huidige ontwikkelingen in de praktijk bieden daarmee mogelijk een alternatieve oplossingsrichting die minder complex en gefragmenteerd zal zijn.

Tot slot willen wij nog het volgende opmerken. In ons advies leest u dat wij de zorgverzekeraars en RAV's volgen in hun toezegging dat zij passend vervoer gaan aanbieden aan de betreffende patiënten. Tot op heden laat de passendheid van het vervoer, althans buiten de kaders van een aantal regio-experimenten, te wensen over. Als marktmeester willen we bewaken dat er nu wel echt passende oplossingen tot stand komen. Daarom geven we een voorlopig akkoord op de toezegging van partijen, maar bevelen ook aan om nauwlettend te monitoren dat passend vervoer daadwerkelijk en in voldoende mate tot stand komt.

Met deze brief en het advies informeren wij u verder over de mogelijke opties omtrent de bekostiging van vervoer van verwarde personen. We hopen hiermee bij te dragen aan het door u geplande "go / no go moment" in februari.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

¹ Het betreft de niet-RAV pilots binnen de regio's Noord- & Midden-Limburg, Midden-West Utrecht en Midden-Nederland.

A high-angle, top-down photograph of a man and a woman working together at a white desk. The man, on the left, is wearing a light blue button-down shirt and is pointing at a laptop screen. The woman, on the right, is wearing a grey long-sleeved shirt and is writing on a piece of paper with a pen. On the desk, there is a calculator, a red mug of coffee, and a pair of glasses. The background is a plain, light-colored wall. The image has a soft, slightly blurred quality.

Advies

Bekostiging van vervoer met psychiatrische hulpverlening

December 2019



Nederlandse
Zorgautoriteit

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	11
Overwegingen bij het advies	14
Aanspraak en zorgtypering	21
Verantwoordelijkheid en inkoop	24
Bekostiging en financiering	31
Tot slot: tijdige evaluatie	36
Bijlage 1: Juridisch kader	38
Bijlage 2: Aandachtspunten	42

Samenvatting

Samenvatting

Inleiding

Voor mensen met verward gedrag komt passend vervoer nog te weinig tot stand. De bekostiging van dit vervoer kan hierbij een rol spelen, maar ook andere aspecten. Dit advies gaat in op de mogelijkheden om passend vervoer met zorg in te kunnen zetten voor mensen met verward gedrag, voor zover er sprake is van een indicatie voor vervoer met psychiatrische hulpverlening. Dit vervoer met zorg korten wij in dit advies af als VPH-i: Vervoer met Psychiatrische Hulpverlening op indicatie. Dit advies gaat dus niet in op passend vervoer voor mensen met verward gedrag, wanneer geen sprake is van een indicatie voor vervoer met psychiatrische hulpverlening.

Wij baseren ons in dit advies op het Voorlopig model vervoer (SiRM), met daarin drie *vervoersmomenten*:

- A. Vervoer naar een locatie van psychiatrische beoordeling,
- B. Vervoer vanaf de locatie van psychiatrische beoordeling naar huis of instelling,
- C. Vervoer tussen instellingen of vervoer terug naar een instelling (psychiatrische beoordeling niet van toepassing, patiënt al in behandeling).

Meer specifiek betreft ons advies de *vervoersituaties* A3, A4, A5; B2, B3; C1, C2 en C3. Dit zijn de vervoerssituaties waarbij VPH-i het passende vervoer kan zijn.

Het adviesverzoek van de staatssecretaris stelt de vraag of voor de totstandkoming van passend vervoer met psychiatrische hulpverlening de huidige prestaties voor ambulancezorg volstaan, of dat aanpassing of nieuwe prestaties (en tarieven) wellicht nodig zijn. De staatssecretaris vraagt de NZa om bij de beantwoording voor vervoersbeweging A ervan uit te gaan dat dit vervoer onderdeel blijft van het wettelijk monopolie

van de regionale ambulancevoorzieningen. Voor vervoersmomenten B en C wil de staatssecretaris verkennen of het wettelijk monopolie kan worden opgeheven.

Wij zijn met dit advies op zoek gegaan naar de mogelijkheid om met de bekostiging de juiste prikkels voor totstandkoming van het gewenste passende vervoer te creëren. De materie blijkt complex en het te verwachten volume aan VPH-i inzetten is nog onbekend. Dat roept een proportionaliteitsvraag op: past de complexiteit van de verkende oplossingen bij de omvang van de problematiek? Binnen de uitgangspunten van de adviesvraag zien wij echter geen minder complexe oplossingen.

De complexiteit hangt deels samen met onzekerheden die spelen rondom dit advies. Er zijn nog geen geschikte kwaliteitskaders voor dit type vervoer gedefinieerd, de bekostiging van de acute psychiatrische hulpverlening verandert vanaf 2020 en VWS werkt aan een nieuw ontwerp van een wet ambulancezorg die de Twaz vanaf 2021 moet opvolgen. Ten aanzien van de ontwerpwet gaan we ervan uit dat VWS dit advies bij de ontwikkeling van die ontwerpwet betreft – dit advies gaat uit van de nu geldende wet.

Gedreven door de vraag “wat betekent passend vervoer voor de patiënt” menen wij dat menselijkheid en deskundigheid de leidende principes bij de mogelijke oplossingen moeten zijn. Bij de overkoepelende vraag “hoe komt passend vervoer tot stand” spelen ook relevante kwaliteitsvraagstukken een rol. Waar wij tegen het belang van heldere (nu nog vaak ontbrekende) kwaliteitsafspraken aanliepen hebben wij die waarneming benoemd.

Advies

Algemeen:

1. Een aanname bij de totstandkoming van dit advies is dat VPH-i ambulancezorg is. Het is ons tijdens de consultatie gebleken dat deze aanname voor veldpartijen niet zonder meer vast staat en hier onduidelijkheid over bestaat. Van belang hierbij is ook dat de reguleringsbevoegdheid van de NZa van deze aanname afhankelijk is. Wij gaan er in dit advies vanuit dat ten aanzien van VPH-i – mede in het licht van de toekomstige kwaliteitsstandaarden - onomstreden duidelijk zal worden dat VPH-i inderdaad ambulancezorg is. Om deze duidelijkheid te verkrijgen voor zowel veldpartijen als de NZa en om daarnaast de reguleringsbevoegdheid van de NZa te bevestigen, bevelen we aan om Zorginstituut Nederland te vragen om een formele duiding te geven over de vraag of VPH-i inderdaad in alle gevallen ambulancezorg is.

2. De regionale pilots demonstreren dat regio's verschillende oplossingen vinden voor passend vervoer voor de patiënt. Rode draad is een goede samenwerking tussen de betrokken partijen. Wij adviseren daarom om ook vanaf 2021 zoveel mogelijk ruimte te bieden voor regionaal maatwerk voor de totstandkoming van passend vervoer voor VPH-i.

Vervoersmoment A:

3. Het adviesverzoek gaat ervan uit dat vervoersmoment A (VPH-i naar een locatie van psychiatrische beoordeling) blijft voorbehouden aan de RAV's. Uit onze consultatie onder veldpartijen blijkt dat RAV's en zorgverzekeraars van mening zijn dat zij zonder aanpassingen in de bekostiging in staat zijn om passend vervoer voor deze patiëntgroep te realiseren.

4. We constateren dat passend vervoer binnen de uitgangspunten van de adviesvraag niet met de bekostiging kan worden bevorderd, maar wel gefaciliteerd. Borging van de uitkomst dat daadwerkelijk passend vervoer tot stand komt zal elders – met name in kwaliteitsafspraken – moeten worden gezocht. We adviseren daarom in eerste instantie gehoor te geven aan de toezegging van de RAV's en zorgverzekeraars dat zij tezamen goede oplossingen voor de inzet van passend vervoer zullen realiseren. Daarom adviseren wij dat nu geen aanpassingen in de bekostiging van RAV's noodzakelijk zijn. Gezien de noodzaak van goede oplossingen rondom passend vervoer voor de patiënt bevelen we aan dat nauwgezette en tijdige evaluatie van de resultaten (en niet van de inspanningen) van de daadwerkelijke totstandkoming van passend vervoer noodzakelijk is om zo nodig snel van koers te kunnen veranderen.

a. Voor de bekostiging wordt de huidige budgetsystematiek van de RAV's gehanteerd.

b. Dit vervoer vindt plaats in opdracht van de meldkamer ambulancezorg (MKA). Het voorlopig model melding stelt dat de APH-triagist bepaalt of passend vervoer moet worden ingezet en daarbij doorzettingskracht heeft (cf. Voorlopig model melding p. 45). Doorzettingskracht betekent dat als de APH-triagist bepaalt dat VPH geïndiceerd is, de MKA passend vervoer voor VPH-i inzet en niet een ander vervoersmiddel, tenzij dat op dat moment niet anders kan (bijvoorbeeld omdat het voor VPH-i passend vervoer al elders is ingezet). Dit sluit aan bij onze observatie dat goede samenwerking tussen de crisisdienst en de RAV een sleutel is voor de totstandkoming van passend vervoer en is vergelijkbaar met een aanvraag van een andere zorgprofessional zoals bijvoorbeeld een huisarts, die in de praktijk leidt tot een verkorte triage en daarmee een snellere inzet. We nemen aan dat de kwaliteitskaders die momenteel worden opgesteld recht zullen doen aan het belang van dergelijke samenwerking.

c. Door middel van onderaannemerschap kan een RAV een alternatieve vervoerder opdracht geven tot het uitvoeren van VPH-i binnen (een deel van) de RAV-regio. Onderaannemerschap is reeds mogelijk en bestaat in de praktijk ook al. Voor de RAV's staat niets in de weg om aan een (nieuwe) onderaannemer te vragen het passend vervoer met psychiatrische hulpverlening te verzorgen.

d. Wij zien met dit advies geen aanleiding voor aanpassingen in de bekostiging van de meldkamer.

Vervoersmoment B:

5. Wij adviseren om de verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid en totstandkoming van VPH-i voor B2 en B3 op termijn bij het regionale acute psychiatrie-overleg te beleggen en dus *de facto* bij de regievoerder / gebudgetteerde zorgaanbieder. We stellen voor dat de bekostiging voor VPH-i onderdeel wordt van de GMAP budget-bekostiging – daarvoor kan de NZa een (of meerdere) budgetparameter(s) vaststellen. De regie over de totstandkoming van VPH-i ligt bij de ggz-crisisdienst, die er bijvoorbeeld voor kan kiezen om dit vervoer in te kopen bij een alternatieve vervoerder.

6. Het beoogde tijdpad is waarschijnlijk te kort voor het in iedere regio realiseren van een dekkend aanbod voor dit type vervoer. De regeling die vrijgave van dit type ambulancezorg regelt zal gebaseerd moeten zijn op de in 2021 geldende wet, die nu nog niet bestaat. Aan deze voorwaarden wordt naar verwachting te laat voldaan om het vervoer per januari 2021 op verantwoorde wijze tot stand te laten komen.

7. Gelet op het te korte tijdpad zou de staatssecretaris kunnen overwegen om in de voorziene "go/no go" afweging voor een "no go" te kiezen. Wij adviseren echter in overweging te nemen nu niet voor een "no go" te kiezen maar er voor te kiezen om de regionale experimenten die via ZonMw lopen nog een jaar langer te laten bestaan, dus tot einde 2021. Die extra tijd biedt de gelegenheid de praktische bezwaren te overwinnen. Het extra jaar van de experimenten zou er (mede) op gericht kunnen zijn om te onderzoeken of de aanbodzijde voor dit type

vervoer inderdaad in staat is om landelijk dekkend vervoer te bieden dat voldoet aan de (dan duidelijkere) kwaliteitseisen.

8. Bij deze bekostigingsvariant zal een nieuwe prestatie voor vervoersmoment B nodig zijn. We adviseren de volgende prestatie.

'Psychiatrisch spoedvervoer vanaf locatie van psychiatrische beoordeling': spoedvervoer met ambulancezorg (in opdracht van de regionale ggz-crisisdienst) vanaf de beoordelingslocatie, waarbij het voertuig gezien de ernst van de melding binnen 60 minuten ter plaatse dient te zijn, en waarbij geen (vermoeden van) somatische indicatie is voor medische begeleiding tijdens de rit.

a. Voor dit vervoer geldt een vast tarief ter dekking van het budget.

b. De dagelijkse coördinatie van het vervoer (te vergelijken met de rol van de meldkamer ambulancezorg) ligt bij de ggz-crisisdienst (deze functie valt onder het budget van de GMAP).

Vervoersmoment C:

9. Voor vervoersmoment C volstaat de huidige prestatie "planbare ambulancezorg" niet, omdat deze in zijn huidige vorm onder het wettelijk monopolie van ambulancezorg valt en omdat er geen duidelijke registratie mee ontstaat. Daarom adviseren wij de volgende nieuwe prestatie:

'Psychiatrische geplande ambulancezorg': gepland vervoer met ambulancezorg die vooraf is aangevraagd, waarbij geen sprake is van een spoedclassificatie, en waarbij geen (vermoeden van) somatische indicatie is voor medische begeleiding tijdens de rit.

a. Voor dit vervoer adviseren wij om een vrij tarief te kiezen.

b. Wij adviseren om zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij de reeds bestaande regelgeving rondom de vergelijkbare vervoerssituaties zonder VPH-i. De regelgeving voor VPH-i kan de NZa, in samenspraak met veldpartijen en Zorginstituut Nederland voor het duiden van de aanspraak, te zijner tijd uitwerken.

c. Inter- en intraklinisch vervoer speelt als aandachtspunt mee bij deze vervoerssituaties. Wij zijn van mening dat hoe dit vervoer bekostigd moet worden in ieder geval ten aanzien van de somatiek voldoende duidelijk is. Ons advies in dit kader is om voor VPH-i bij dezelfde kaders aan te sluiten.

10. De nieuwe prestatie(s) die we schetsen voor vervoersmomenten B en C kan de NZa in haar regelgeving opnemen. We moeten nader onderzoeken hoe de precieze uitwerking hiervan vorm krijgt. De bekostiging en financiering van deze VPH-i inzetten kan immers op verschillende manieren tot stand komen in de regelgeving: bijvoorbeeld door het verbreden van de beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen, of verbreding van de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening, of een geheel nieuwe beleidsregel. De exacte uitwerking verdient meer tijd dan dit adviestraject nu toelaat.

Evaluatie

11. Gezien de noodzaak van goede oplossingen rondom passend vervoer voor de patiënt adviseren we om ten aanzien van vervoersmoment A ten minste twee evaluatiemomenten te plannen. Het eerste evaluatiemoment zou eind 2020 moeten plaatsvinden en gericht zijn op de vraag of er in alle regio's goede afspraken tussen zorgverzekeraars en RAV's zijn gemaakt om de inzet van passend vervoer tot stand te doen komen. Het tweede evaluatiemoment zou medio 2021 moeten plaatsvinden en gericht zijn op de vraag of passend vervoer nu in de regel tot stand komt. Mocht uit de evaluatie blijken dat passend vervoer in onvoldoende mate tot stand komt geeft dit aanleiding om de uitgangspunten onderliggend aan de gekozen oplossing te heroverwegen.

12. Wij adviseren om uiterlijk drie jaar na invoering van VPH-i voor vervoersmomenten B en C de daadwerkelijk totstandkoming van passend vervoer voor de patiënt te evalueren en daarbij ook te evalueren of de prijzen die binnen vervoersmoment C tot stand komen aanvaardbaar zijn of dat toch een maximumtarief wenselijker blijkt.

Voorlopig model vervoer				
		A	B	C
Verkenning VWS	Omschrijving vervoersmoment	Naar locatie t.b.v. beoordeling	Vanaf locatie van beoordeling	Tussen instellingen, of terug naar instelling
	Voorbehouden aan RAV	Ja	Verkenning: Nee	Verkenning: Nee
Aannames NZa	Scope advies: Vervoerssituaties met VPH-i	A2, A3, A4	B2, B3	C1, C2, C3
	Acute psychiatrisch hulpverlening	Ja	Ja	Nee
	Indicatiestelling door	MKA Waarbij APH-triagist doorzettingskracht heeft	Crisisdienst	Behandelaar
	Toepasselijke aanspraak Zvw (of Wlz)	Vervoer per ambulance (Bzv 2.13)	Vervoer per ambulance (Bzv 2.13)	Deels vervoer per ambulance (Bzv 2.13) Deels een andere, bredere aanspraak
Advies NZa	Zorgplicht	Zorgverzekeraar	Zorgverzekeraar	Zorg-verzekeraar Zorg- * verzekeraar
	Zorgverzekeraar* koopt in bij	RAV	Acute psychiatrie keten	Alternatieve vervoerders Behandelend instelling
	Via	representatie	representatie	individueel individueel**
	Bekostiging	RAV-budgettering	GMAP-budgettering	Prestatie-bekostiging Via reguliere dbc / zzp
	Nieuwe prestatie	Geen	Psychiatrisch spoedvervoer vanaf beoordelings-locatie	Psychiatrische geplande ambulancezorg Niet nodig
	Tariefsoort	n.v.t.	Vast tarief	Vrij tarief n.v.t.
	Haalbaar per 2021?	Ja	Nee	Ja Ja

*In sommige gevallen moet hier 'zorgkantoor' gelezen worden

** Tenzij sprake is van financiering vanuit Wlz. Dan koopt het zorgkantoor in.

Afkortingen en veelgebruikte termen

APH-triagist: de acuut psychiatrische hulpverlener die op basis van de triagewijzer een inschatting kan maken van de urgentie van de crisis en de eventuele indicatie voor vervoer met psychiatrische hulpverlening kan stellen.

GMAP: Generieke module acute psychiatrie. module waarin de inhoud en organisatie van hulpverlening wordt beschreven voor personen in een crisissituatie, waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben bij wie snel (medisch) ingrijpen noodzakelijk is, waarvan de eerste versie in maart 2017 is vastgesteld door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

Ggz-crisisdienst: zie regievoerder

MKA: Meldkamer ambulancezorg

Passend vervoer: vervoer met bejegening die voldoet aan de herstelondersteunende principes, vervoer waarbij een naaste kan meereizen en vervoer dat zoveel mogelijk zittend en prikkelarm is

RAV: Regionale Ambulancevoorziening

Regievoerder: de zorgaanbieder op wie, op grond van een beschikking van de NZa, de budgetsystematiek ten aanzien van de acute psychiatrische hulpverlening binnen budget van toepassing is.

RM: Rechterlijke Machtiging. Met de komst van de wet verplichte ggz zal dit een 'zorgmachtiging' of 'crisismaatregel' heten.

Vervoersmoment: de met het Voorlopig model vervoer gedefinieerde momenten (A) voorafgaand aan en ten behoeve van de psychiatrische beoordeling; (B) direct na psychiatrische beoordeling; en (C) tijdens en in het kader van psychiatrische behandeling.

Vervoerssituatie: De verschillende situaties binnen de vervoersmomenten van het Voorlopig model vervoer. Voor vervoersmoment A worden vijf situaties (A1 t/m A5) onderscheiden, voor B vier (B1 t/m B4) en voor C drie (C1 t/m C3).

VPH-i: Vervoer met psychiatrische hulpverlening op indicatie

ZonMw-pilots: de regionale experimenten die met ZonMw subsidies mogelijk zijn gemaakt.

1. Inleiding

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vraagt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om advies over de bekostiging van vervoer met psychiatrische hulpverlening (hierna: adviesaanvraag). De adviesvraag maakt onderdeel uit van een verkenning van het ministerie van VWS. In deze verkenning beziet het ministerie van VWS of (en zo ja, hoe) vervoer met psychiatrische hulpverlening na psychiatrische beoordeling ook door andere partijen dan RAV's kan worden aangeboden.

1.2 Te beantwoorden vragen

De adviesaanvraag vraagt of voor vervoer voorafgaand aan psychiatrische beoordeling - waarvan VWS aangeeft dat dit per 2021 voorbehouden zal zijn aan de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) - de bestaande prestaties voor ambulancezorg volstaan en zo nee, welke wijziging de NZa adviseert met daarbij aandacht voor de tariefsoort.

Ten tweede geeft de adviesaanvraag aan dat het ministerie verkent of zij het vervoer met psychiatrische hulpverlening na psychiatrische beoordeling door een psychiater/ psychiatrisch verpleegkundige per 2021 kan vrijgeven voor andere aanbieders. Hierbij vraagt het ministerie de NZa of voor dit vervoer de bestaande prestaties voor ambulancezorg volstaan en zo nee, welke wijzigingen de NZa dan adviseert rekening houdend met de tariefsoort en wie de prestatie kan en mag declareren.

Afkorting VPH-i

Dit advies betreft de bekostigingsmogelijkheden om passend vervoer met zorg in te kunnen zetten voor mensen met verward gedrag, voor zover er sprake is van een indicatie voor vervoer met psychiatrische hulpverlening. Dat is nogal een mond vol, daarom korten wij dit begrip

hierna af als VPH-i: Vervoer met Psychiatrische Hulpverlening op indicatie.¹

1.3 Uitgangspunten van de adviesvraag

Met de adviesvraag geeft de staatsecretaris een aantal expliciete en impliciete uitgangspunten mee. De expliciete uitgangspunten zijn:

Voor het vervoer voor psychiatrische beoordeling:

1. Vervoer met psychiatrische hulpverlening voorafgaand aan psychiatrische beoordeling blijft voorbehouden aan RAV's;
2. Zorgverzekeraars kopen dit vervoer en alle andere ambulancezorg die is voorbehouden aan RAV's in via het bestaande representatiesysteem;
3. De bekostiging van alle overige ambulancezorg verandert niet;
4. Positieve prikkels voor de inzet van passend vervoer, al dan niet via onderaannemerschap;
5. Maximaal 30 minuten responstijd (zie het Voorlopig model vervoer van personen met verward gedrag).

Voor het vervoer na psychiatrische beoordeling:

6. Vervoer na psychiatrische beoordeling valt onder het eigen risico;
7. Inschakelen van een andere vervoerder dan een RAV hoeft niet via de meldkamer te verlopen;
8. Eisen aan auto en personeel zoals geformuleerd in het Voorlopig model vervoer, het Voorlopig model melding en de generieke module acute psychiatrie geven richting voor de invulling van vervoer met psychiatrische hulpverlening. Dit vanwege het op een later tijdstip bij

¹ Op de vraag wie de indicatie stelt, gaan we verderop in dit advies in.

het Zorginstituut in te dienen kwaliteitskader voor vervoer van personen met verward gedrag, waarvan het vervoer met psychiatrische hulpverlening deel uitmaakt.

De adviesvraag noemt nog vier uitgangspunten die wij als aandachtspunten opvatten:

9. Voorkomen van dubbel bekostiging;
10. Voorkomen van toename van administratieve lasten;
11. De kosten van vervoer met psychiatrische hulpverlening dienen zowel voor als na psychiatrische beoordeling apart inzichtelijk te zijn;
12. Waarborgen van de macrobudgettaire beheersbaarheid.

Uitgangspunten 1 en 2 impliceren dat vervoer met psychiatrische hulpverlening ambulancezorg is. Immers, alleen ambulancezorg is wettelijk voorbehouden aan RAV's en volgens het eerste uitgangspunt blijft vervoer met psychiatrische hulpverlening voor de psychiatrische beoordeling voorbehouden aan RAV's.

Uit de adviesvraag blijkt ook dat de staatssecretaris al heeft besloten dat VPH-i voorafgaand aan psychiatrische hulpverlening voorbehouden zal zijn aan RAV's. Voor dit advies geldt dat dus ook als uitgangspunt.

1.4 Doelstelling advies

Ons doel is om zo veel mogelijk helderheid te scheppen rondom de vragen die met de adviesvraag samen hangen. Het onderwerp bleek complex en er bleek sprake van uiteenlopende meningen en interpretaties bij de verschillende betrokken partijen. Ook zijn de discussies rondom dit onderwerp nog relatief "feitenarm". Onze indruk is dat de betrokken partijen (en uiteindelijk de betreffende doelgroep binnen de groep personen met verward gedrag) vooral bij helderheid gebaat zijn. Daarbij beantwoorden we uiteraard – waar mogelijk – de adviesvragen.

1.5 Regelgevende kaders

Naast de door VWS uitgeschreven uitgangspunten hanteert de NZa ook de voor ons bekende modellen (GGZ-triagewijzer, Generieke Module Acute Psychiatrie, voorlopig model vervoer en voorlopig model melding) en de huidige relevante regelgeving als uitgangspunt in de beantwoording van de adviesvragen. Het gaat hier om de kaders opgenomen in de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering (Bzv), de Regeling zorgverzekering, de Wet langdurige zorg (Wlz), de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz), de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg (regeling Twaz) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg.

1.6 Leeswijzer

Voordat we de concrete vragen van de staatssecretaris over prestaties en tarieven kunnen beantwoorden, moeten we een aantal zaken verhelderen en ingaan op de organisatie van de zorg. De rest van dit advies bestaat daarom uit de volgende delen. Hoofdstuk 2 beslaat de paragrafen waarin we de afbakening van het advies, onze uitgangspunten bij dit advies en de knelpunten vs. de gewenste praktijk uiteenzetten. Hoofdstuk 3 schept zo veel mogelijk juridische duidelijkheid rondom de begrippen aanspraak en ambulancezorg. Hoofdstuk 4 gaat in op verantwoordelijkheid voor en inkoop van de zorg. Hoofdstuk 5 geeft antwoord op de vragen over prestaties en tarieven. In hoofdstuk 6 staan wij tot slot nog stil bij de resterende aandachtspunten. Bijlage 1 bevat de uitgewerkte versie van de juridische analyse in hoofdstuk 2.

Naast de adviesvragen en de uitgangspunten, geeft de staatssecretaris ook tien aandachtspunten voor het advies. Deze aandachtspunten komen verspreid door dit advies, op daarvoor logische plekken, aan de orde. Bijlage 2 geeft een samenvattend overzicht van onze conclusies over de aandachtspunten.

2. Overwegingen bij het advies

2. Overwegingen bij het advies

Om te kunnen beoordelen in hoeverre de huidige prestaties voldoen, hebben we ons allereerst de vraag gesteld: is voldoende duidelijk waarvoor de prestaties moeten voldoen? De gesprekken die we hierover hebben gevoerd, hebben geleid tot een aantal verhelderingen en verdiepingsvragen die we in dit hoofdstuk bespreken. Dit hoofdstuk verschaft dus aanvullende context die wij relevant vinden als onderbouwing van ons advies.

Als eerste gaan we in paragraaf 2.1 in op de afbakening van de vervoersmomenten en patiëntencategorieën. Vervolgens staan we in paragraaf 2.2 stil bij een aantal leidende principes die we daarbij hanteren. In paragraaf 2.3 benoemen we de belangrijkste knelpunten in de praktijk die om oplossing vragen.

2.1 Afbakening en vervoerscategorieën

De adviesaanvraag van de staatssecretaris verwijst al naar een aantal achtergronddocumenten waarin veel is opgenomen over de afbakening van het onderwerp en de categorieën die erbinnen te onderscheiden zijn. In de hiernavolgende alinea's gaan wij nader in op de scope van dit advies.

Van verward gedrag naar psychiatrische hulpverlening

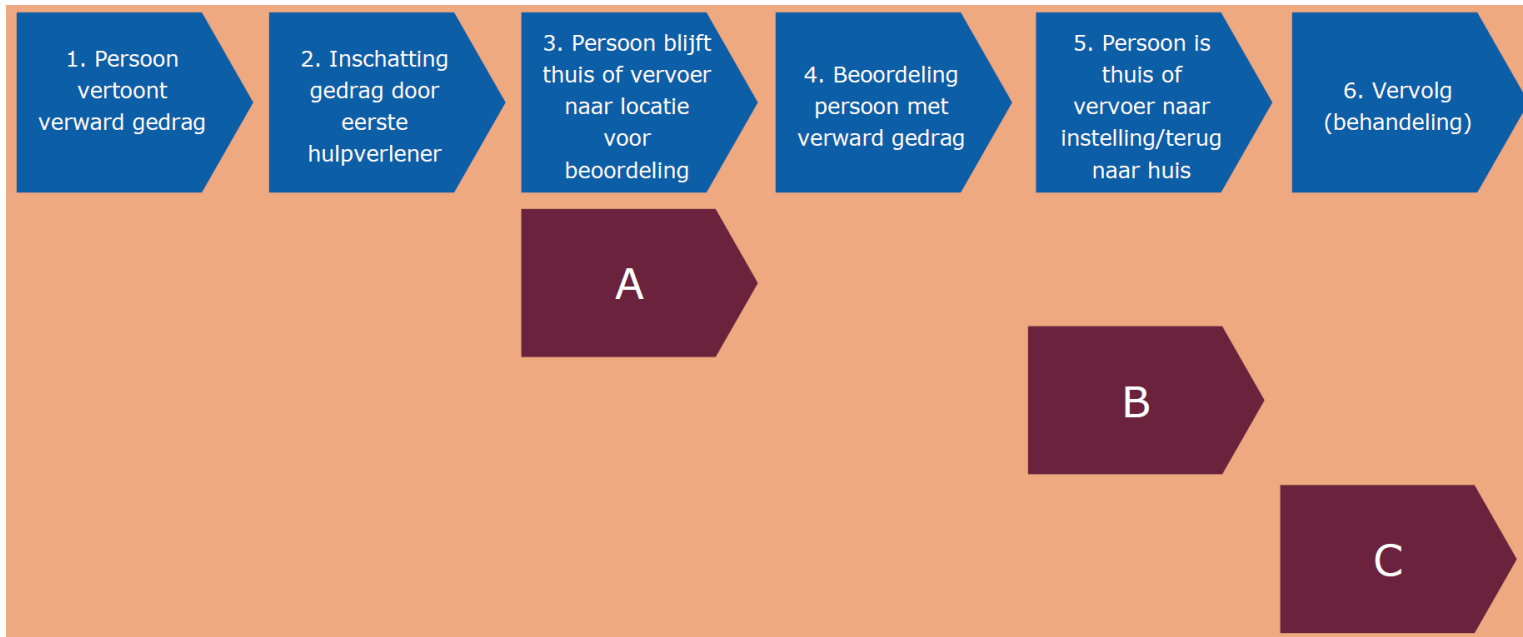
Het gaat in dit advies om het vervoer van personen met verward gedrag waarbij sprake is van een indicatie voor vervoer met psychiatrische hulpverlening. Dit advies betreft dus niet de gehele groep "personen met verward gedrag". Tot die grotere groep behoren ook mensen die weliswaar verward zijn maar waarbij geen (vermoeden van) acute psychiatrie aan de orde is en die ook niet onder psychiatrische behandeling zijn. Hoe het vervoer voor deze bredere groep moet worden opgelost, wordt met dit advies niet beantwoord.

Wij gebruiken in dit advies de vervoersmomenten en de groepen personen die SiRM heeft onderscheiden in haar voorlopig model vervoer (de figuur hierboven is afkomstig uit dat document). De drie vervoersmomenten die SiRM onderscheidt zijn:

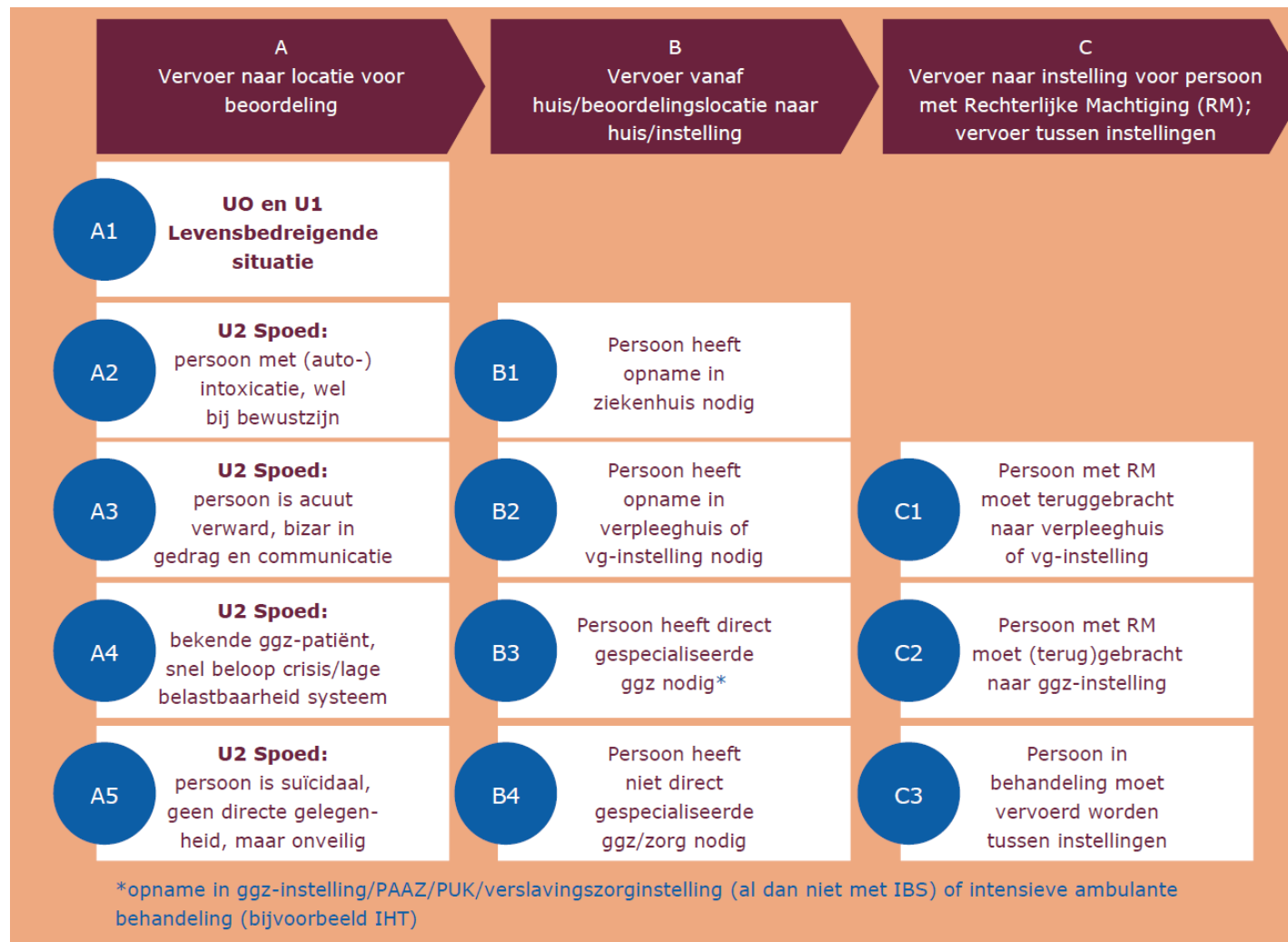
- Vervoersmoment A - het vervoer van een patiënt waarbij de patiënt nog niet somatisch, psychiatrisch of multidisciplinair beoordeeld is;
- Vervoersmoment B - het vervoer van een patiënt nadat de patiënt beoordeeld is; en
- Vervoersmoment C - het vervoer van een patiënt met rechterlijke machtiging die in behandeling is en terug moet naar de instelling of het vervoer van een psychiatrisch patiënt tussen instellingen.

Per vervoersmoment onderscheidt SiRM drie tot vijf groepen personen voor wie georganiseerd vervoer nodig kan zijn (A1 t/m A5, B1 t/m B4 en C1 t/m C3).² Wij gebruiken in dit advies de term "vervoerssituatie" om te verwijzen naar de door SiRM onderscheiden groepen personen voor wie georganiseerd vervoer nodig kan zijn. In de hiernavolgende alinea's bakenen wij af welke van deze in aanmerking komen voor VPH-i en daarmee tot de scope van ons advies behoren.

² Bron: SiRM Voorlopig model vervoer p. 21



Figuur 1 - vervoersmomenten SiRM (bron: voorlopig model SiRM)



*Figuur 2 - vervoersmomenten en groepen personen
(bron: voorlopig model SiRM)*

Vervoersmoment A

Aanvullend op het vervoersmodel van SiRM gaan we ervan uit dat geen sprake is van somatische medische indicatie tot vervoer voor VPH-i. Indien er een somatische medische indicatie tot ambulancezorg is, dan zet de meldkamer ambulancezorg de reguliere ambulancezorg in. Dit betekent dat de vervoerssituaties A1 en A2 buiten de scope van ons advies liggen. Voor A3, A4 en A5 geldt dat als een somatische indicatie reden is tot de indicatie tot vervoer, er ook sprake is van reguliere ambulancezorg. Vervoerssituaties A3, A4 en A5 beschouwen we dan ook alleen als VPH-i als geen sprake is van een somatische medische indicatie tot het inzetten van vervoer.

VPH-i voor de vervoerssituaties A3, A4 en A5 vallen binnen de scope van dit advies. We verwachten op basis van de adviesaanvraag van het ministerie dat deze vervoersinzetten per 2021 voorbehouden zijn aan de RAV.

Vervoersmoment B

Voor de vervoerssituatie B1 geldt ook dat hier een somatische medische indicatie tot vervoer leidend is voor het vervoer. De patiënt gaat immers naar het ziekenhuis voor opname om somatische redenen. Het georganiseerd vervoer voor de vervoerssituatie B1 valt daarom buiten de scope van ons advies.

Uit de adviesaanvraag blijkt dat de vervoerssituatie B4 geen ambulancezorg betreft en dat er geen sprake is van Zvw verzekerde zorg. Eventueel georganiseerd vervoer voor de vervoerssituatie B4 is dan per definitie geen VPH-i en valt daarom buiten de scope van ons advies.

Het georganiseerd vervoer voor de vervoerssituaties B2 en B3 zijn wel onderdeel van ons advies. Het betreft hier VPH-i voor personen die een opname in het verpleeghuis of VG-instelling nodig hebben, of personen die direct gespecialiseerde ggz nodig hebben.

Vervoersmoment C

Voor alle drie de vervoerssituaties C1, C2 en C3 kan VPH-i aan de orde kan zijn. Het is belangrijk om de afbakening tussen vervoersmoment C enerzijds en vervoersmomenten A en B scherp te krijgen. Daarom veronderstellen wij dat vervoersmomenten A en B óók van toepassing kunnen zijn voor patiënten die al onder ggz-behandeling zijn én die acute psychiatrische hulp nodig hebben. Deze nuance vinden wij niet terug in het voorlopig model vervoer, daarom maken wij expliciet deze opmerking. Dit betekent dat een persoon (al of niet met rechterlijke machtiging) als gevolg van een crisis opnieuw beoordeeld moet worden ten behoeve of als gevolg waarvan een indicatie tot vervoer (VPH-i) kan ontstaan. Er is dan geen sprake van georganiseerd vervoer in het kader van vervoersmoment C, maar in het kader van vervoersmoment A (vóór psychiatrische beoordeling) of B (na psychiatrische beoordeling). De psychiatrische crisis die de oorzaak is van een dergelijke vervoersnoodzaak kan worden vergeleken met bijvoorbeeld een acute somatische aandoening waarvoor reguliere (somatische) ambulancezorg wordt geïndiceerd. Kort gezegd: bij vervoersmoment C is er geen sprake (meer) van acute psychiatrie.

2.2 Leidende principes bij dit advies

Ons begrip van de context van de adviesvraag is dat het hierbij vooral om menselijkheid, deskundigheid en patiëntgerichtheid gaat. Wij zien als aanleiding voor de adviesvraag de maatschappelijk wens om te kunnen zorgen dat mensen met (acute) psychiatrische problematiek, indien vervoer als gevolg van die problematiek noodzakelijk is, passend vervoerd worden. We zoeken daarom naar oplossingen om de mensen die in verwarring komen en waarbij een indicatie voor vervoer met psychiatrische hulpverlening geldt, van zo passend mogelijk vervoer te kunnen voorzien.

De zorg die bij VPH-i wordt geboden werkt stabiliserend voor de aandoening van de persoon. Vervoer wordt zo mogelijk vermeden en mag de verwarde staat van de persoon in kwestie niet verergeren. Drang en dwang, ruwe behandeling of bejegening of een stigmatiserend

vervoerstype (bijvoorbeeld vervoer per politieauto, terwijl geen sprake van strafbare feiten is) of overmatig visueel prikkelend voertuig (bijvoorbeeld de vele “toeters en bellen” in het interieur van een ambulance) kunnen bijvoorbeeld een escalatie van de verwarde psychische toestand van de persoon in kwestie veroorzaken. Deskundigheid ter zake met een de-escalerende en normaliserende benadering van de persoon kan juist tot kalmering en medewerking leiden.

We hebben ons bij de totstandkoming van dit advies daarom laten leiden door het principe dat de menselijkheid, deskundigheid en patiëntgerichtheid van de geanticipeerde vervoersoplossingen voorop staan. Vanuit die invalshoek is ons ook duidelijk geworden dat zowel het vervoer van patiënten als omgaan met psychiatrische patiënten een gespecialiseerd vak is. Voor adequate oplossingen rondom VPH-i is daarom noodzakelijk dat de verscheidene expertisegebieden samenkomen door samenwerking tussen de verschillende partijen die met de patiënt te maken hebben.

2.3 Knelpunten en gewenste praktijk

Passendheid van het vervoer

Dit advies komt tot stand in het kader van een maatschappelijk streven naar passend vervoer voor de betreffende doelgroep. “Passend” betekent in het algemeen dat het aansluit bij de vervoersbehoefte van de patiënt. Iemand met verward gedrag is kwetsbaar. Zoals in de voorgaande sectie beschreven kan vervoer in positieve of juist in negatieve zin bijdragen aan de verwarde toestand.

Om de gewenste praktijk voor VPH-i te beschrijven, sluiten we aan bij de definitie van het Voorlopig model melding: “passend vervoer” betekent vervoer met bejegening die voldoet aan de herstelondersteunende principes, vervoer waarbij een naaste kan meereizen en vervoer dat zoveel mogelijk zittend en prikkelarm is. (Voorlopig model melding, p.44).

Volgens het uitgangspunt van de adviesvraag betreft VPH-i ambulancezorg. Ambulancezorg is wettelijk voorbehouden aan RAV's (mogelijke uitzonderingen daargelaten). RAV's zijn momenteel echter sterk op vervoer met somatische zorg ingericht. Deze bestaande vorm van ambulancezorg is vaak niet passend voor VPH-i (veel prikkels als gevolg van de inrichting van de ambulance, doorgaans liggend vervoer zonder mogelijkheid voor een naaste om mee te rijden en bejegening door de ambulanceverpleegkundige die niet altijd voldoet aan de herstel-ondersteunende principes). Voor de volledigheid merken we hier op dat een aantal RAV's wel experimenteert met nieuwe vormen van ambulancezorg die mogelijk passend zijn voor VPH-i, zoals een psycholance of een medium-care ambulance.

Er is ten tijde van dit advies nog geen structureel cijfermatig inzicht in hoeveel mensen met VPH-i (zullen) worden vervoerd. Voor de totstandkoming van ons advies hebben wij ons gebaseerd op schattingen en inzichten die uit de ZonMW pilots zijn ontstaan.³ Het ontbreken van meer cijfermatig inzicht in de behoefte aan en het potentiële aanbod van VPH-i kan aan de uitvoerbaarheid van de mogelijke oplossingen in de weg staan, met name waar een nieuwe inkoopverantwoordelijkheid zou ontstaan als gevolg van het wegnemen van het wettelijk monopolie. Dit knelpunt kan worden opgelost door meer tijd te nemen in het proces tot implementatie van VPH-i. Daardoor kan op basis van de lopende ZonMW pilots meer inzicht ontstaan in de omvang van de behoefte aan en het potentiële aanbod van VPH-i.

Juridische duidelijkheid

Bij de totstandkoming van ons advies bleek de aanname, dat VPH-i ambulancezorg is, niet direct evident. De reguleringsbevoegdheid van de NZa is echter afhankelijk van deze aanname. Tijdens de gesprekken en consultaties met veldpartijen bleek deze onduidelijkheid ook bij partijen een rol te spelen. Voor ggz instellingen is tot nu toe vaak niet

³ Zoals de AZN- en KPMG-rapportages, rapportages van individuele pilots en achtergrondgesprekken met betrokkenen bij de pilots.

duidelijk of zij alternatieve vervoerders mogen inzetten voor dit type vervoer en wie voor de kosten van dat vervoer verantwoordelijk is.

Vervoer met psychiatrische hulpverlening wordt al een aantal jaar door alternatieve vervoerders geleverd, ook buiten de context van de ZonMw pilots. Een knelpunt dat door de betrokken partijen wordt gesignaleerd is dat daarbij vaak onduidelijk is of de patiënt hiervoor een aanspraak op zorgverzekering heeft. De adviesvraag gaat er van uit dat dit vervoer ambulancezorg betreft. Dat zou betekenen dat de patiënt wel een aanspraak heeft maar het vervoer niet door alternatieve vervoerders mag worden geleverd – het is immers nog niet vrijgegeven van het wettelijk monopolie. De praktijk staat dus op gespannen voet met de aanname in de adviesvraag.

Het is wenselijk dat helder wordt welk vervoer wel en welk vervoer niet binnen de regelgevende kaders van het begrip ambulancezorg vallen. In het volgende hoofdstuk gaan wij nader in op dit knelpunt met als doel zo veel mogelijk opheldering te bieden. Volledige opheldering kunnen we met dit advies niet geven. We bevelen aan om het Zorginstituut te vragen hierover een formele duiding te geven. Om te voorkomen dat vertraging optreedt bij de totstandkoming van de bekostiging van passend vervoer, is het in de ogen van de NZa raadzaam dat VWS nu reeds het Zorginstituut verzoekt een formele duiding te geven over de vraag of VPH-i in alle gevallen ambulancezorg betreft. Dit voorkomt dat de NZa dit alsnog zal moeten doen op het moment dat zij een prestatie met bijbehorend tarief moet vaststellen.

Bovenregionaal vervoer en vervoer buiten kantoortijden

Een knelpunt in de huidige praktijk is dat een RAV VPH-i buiten kantoortijden soms niet kan verzorgen, omdat dit de beschikbaarheid van spoedeisende ambulancezorg in gevaar zou brengen.

Een voorbeeld is dat een patiënt die met een RM onder behandeling is uit een instelling is weggelopen en op vrijdagavond in een andere regio wordt gevonden en naar de ggz-crisisdienst van die regio wordt gebracht. Voor de patiënt (en voor de ggz crisisdienst) is in dit scenario wenselijk dat de patiënt zo snel mogelijk naar de eigen instelling wordt

teruggebracht en voor dat vervoer kan vervoer met psychiatrische hulpverlening worden geïndiceerd. De meldkamer ambulancezorg kan echter besluiten om een dergelijke aanvraag pas op de maandag te laten uitvoeren door een ambulance, om de beschikbaarheid van spoedeisende ambulancezorg in de eigen regio gedurende het weekend te waarborgen. Voor de patiënt kan dat een onwenselijk lange wachttijd zijn.

De gewenste praktijk zou zijn dat passend vervoer op aanvraag ook buiten kantoortijden en voor bovenregionaal vervoer binnen een aanvaardbare termijn (zoals in het voorlopig model vervoer vastgesteld) tot stand komt.

Monopoliepositie RAV's en gelijk speelveld

Een knelpunt in de huidige praktijk is dat passend vervoer vooralsnog onvoldoende tot stand is gekomen. Bezien vanuit de hoeveelheid “reguliere” ambulancezorg die door RAV's wordt geleverd, is de behoefte aan passend vervoer voor VPH-i vrij beperkt (uit onderzoek van AZN blijkt dat dit voor een aantal regio's slechts circa 2% van de vervoersbewegingen betreft ⁴). De gewenste praktijk is dat ondanks de vermoedelijk relatief beperkte omvang van de patiëntgroep, toch doorgaans meer passende vervoersoplossingen voor hen tot stand komen.

⁴ Onderzoek gebaseerd op cijfers uit 2017. Bij het onderzoek is geen onderscheid gemaakt tussen inzetten voor en inzetten na psychiatrische beoordeling.

3. Aanspraak en zorgtypering

3. Aanspraak en zorgtypering

Een belangrijke aanname in het adviesverzoek is dat VPH-i ambulancezorg is in de zin van de Twaz. Tijdens gesprekken met de sector bleek deze aanname niet onomstreden. Ook voor ons bleek deze vraag niet eenvoudig te beantwoorden. De onduidelijkheid concentreert zich rond de aanspraak en de typering van de zorg. Daarom gaan we in deze paragraaf op beide onderwerpen in.

3.1 Aanspraak

In dit advies gaan wij er van uit dat VPH-i onder artikel 2.13 Besluit zorgverzekering (Bzv) - de aanspraak ambulancevervoer- zal vallen. Deze aanname is noodzakelijk om de adviesvragen te kunnen beantwoorden. Onder welke aanspraak VPH-i valt, is essentieel omdat de reguleringsbevoegdheid van de NZa ervan af hangt. De NZa kan alleen prestaties en tarieven vaststellen voor zorgaanbieders als VPH-i onder artikel 2.13 Bzv valt. Dit artikel verwijst naar ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in de Twaz. Of het VPH-i onder de aanspraak van artikel 2.13 Bzv valt, hangt af van de vraag of we het vervoersmiddel kunnen scharen onder "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter". Op dit moment is nog niet duidelijk hoe de eisen aan het voertuig voor psychiatrische hulpverlening eruit komen te zien. Daarnaast is nog niet duidelijk welke eisen worden gesteld aan de ambulancezorgprofessional, die onderdeel uitmaakt van de uitrusting die een motorvoertuig tot ambulance kan maken.

Ondanks deze onduidelijkheid weten we wel dat de sector (nieuwe) kwaliteitsstandaarden opstelt voor VPH-i. Ten aanzien van het vervoer voor psychiatrische beoordeling ligt het initiatief bij AZN. AZN streeft ernaar om deze standaard eind 2019 of begin 2020 gereed te hebben. Voor de kwaliteitsstandaard na psychiatrische beoordeling ligt het initiatief bij MIND. Deze kwaliteitsstandaarden zullen eisen moeten bevatten over o.a. uiterlijke kenmerken en de inrichting van het voertuig. Hetzelfde geldt voor de eisen voor de ambulancezorgprofessional.

Gelet daarop gaan wij er in dit advies vanuit dat ten aanzien van VPH-i - als het voldoet aan de toekomstige kwaliteitsstandaarden - vanaf dat

moment onomstreden duidelijk zal zijn dat het onder artikel 2.13 Bzv valt. Dit sluit aan bij de ambtelijke antwoorden van het Zorginstituut. We bevelen aan om het Zorginstituut te vragen om een formele duiding om de onduidelijkheid die er nog is, definitief weg te nemen. Wij vermoeden dat dergelijke duiding ook afhankelijk is van de nieuwe wet op de ambulancevoorzieningen die nu in voorbereiding is en mede moet worden gezien in het licht van de nieuw op te stellen kwaliteitsstandaarden.

Ten aanzien van vervoersmoment C uit het voorlopig model vervoer van SiRM kan nog het volgende worden opgemerkt. Bij deze vervoerssituaties is de patiënt al in behandeling. De instelling is dan verantwoordelijk voor de patiënt.⁵ De kosten van het vervoer komen voor rekening van de instelling, niet op basis van de aanspraak 2.13 Bzv maar als onderdeel van de instellingskosten ten behoeve van de behandeling van de patiënt. Als er echter sprake is van een onvoorziene behoefte aan vervoer met zorg met (nieuwe of acute) psychiatrische of somatische problematiek, dan kan ambulancezorg nodig zijn en dan valt het vervoer wel onder artikel 2.13 Bzv. We constateren dat als gevolg van dit onderscheid een prikkel voor instellingen ontstaat om het vervoer te kwalificeren als ambulancezorg, niet zijnde een reguliere vervoerssituatie binnen vervoersmoment C, zodat het vervoer voor rekening van de zorgverzekeraar komt in plaats van de instelling. Het verdient aanbeveling dat voor alle betrokken instellingen en RAV's duidelijk wordt dat het vervoer binnen vervoersmoment C in het kader van de behandeling voor rekening van de instelling is.

3.2 Ambulancezorg

Hierboven schrijven wij dat we, in het kader van dit advies, ervan uitgaan dat VPH-i onder artikel 2.13 Bzv valt. Daarmee is dit vervoer tevens ambulancezorg in de zin van de Twaz.

⁵ Als de behandeling door een andere instelling wordt overgenomen kan voor het vervoer naar die nieuwe instelling wel sprake zijn van VPH-i met aanspraak 2.13 Bzv.

Er zitten verschillende elementen in de definitie van ambulancezorg. Deze worden in bijlage 1 bij dit advies besproken. De aanname dat VPH-i gekwalificeerd wordt als ambulancezorg en onder artikel 2.13 Bzv valt, heeft de volgende consequenties:

- 1) Het vervoer is voorbehouden aan de RAV;
- 2) De NZa kan tarieven en prestaties vaststellen die zorgaanbieders in rekening kunnen brengen en;
- 3) De patiënt heeft een aanspraak op (de vergoeding van) zorg.

Wij merken tenslotte op dat vervoer dat niet aan de genoemde toekomstige kwaliteitsstandaarden voldoet, niet gekwalificeerd zal zijn als VPH-i en als ambulancezorg. Als het vervoer met psychiatrische hulpverlening geen ambulancezorg is, betekent dit dat het vervoer niet tot het wettelijk monopolie van een RAV behoort en de NZa geen reguleringsbevoegdheid heeft.

4. Verantwoordelijkheid en inkoop

4. Verantwoordelijkheid en inkoop

De vorige paragrafen gingen over de huidige context, en over het helder krijgen van het op te lossen probleem. Nu kunnen we onze blik gaan richten op de toekomst, het oplossen van het probleem. Voordat wij toekomen aan het beantwoorden van de vragen van de staatssecretaris over de bekostiging, de prestaties en de tarieven, is het belangrijk om stil te staan bij wat daaraan voorafgaat: de verantwoordelijkheidsverdeling en de inkoop. In deze paragraaf zetten wij uiteen hoe wij die voor ons zien, en waarom.

De volgende observaties ten aanzien van de nu (anno 2019) geldende praktijk relevant:

- De wettelijke zorgplicht van de zorgverzekeraars vormt het fundament onder de nadere verantwoordelijkheidsverdeling in het zorgveld voor de beschikbaarheid van zorg en (passend) vervoer.
- Ambulancezorg in de zin van de Twaz is tot en met 2020 voorbehouden aan de RAV. Dit advies gaat ervan uit dat dit (voor zover hier al sprake van was) zo blijft voor VPH-i voor psychiatrische beoordeling en vervoerssituatie B1, en mogelijk wordt opgeheven (voor zover hier al sprake van was) voor de vervoerssituaties B2, B3 en C1, C2 en C3. Het voorbehoud betekent ook een wettelijke leverplicht voor de RAV. Met het deels opheffen van het monopolie zou ook deze wettelijke leverplicht verdwijnen voor dit deel.
- De verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van zorg in de keten acute psychiatrie ligt met ingang van 2020 bij de regionale regievoerder acute psychiatrie. Deze zorgaanbieder organiseert het regionale overleg hierover, legt de afspraken vast en voert inkoopgesprekken hierover met de representerende zorgverzekeraar.
- De inkoopgesprekken monden uit in een budgetaanvraag bij de NZa, ter dekking van drie elementen in de acute psychiatrie keten: triage, beoordeling en behandeling (eerste 72 uur). De regievoerder acute psychiatrie beheert het acute psychiatrie-budget voor de betreffende regio. De financiële afwikkeling tussen regievoerder en de zorgverzekeraars vindt plaats volgens een vergelijkbaar model als die tussen de RAV en de zorgverzekeraars.

- De acute psychiatrie keten omvat ook VPH-i, voor zover het gaat om vervoersmomenten A en B. Met ingang van 2020 maken de regionale afspraken over (beschikbaarheid van) VPH-i al onderdeel uit van de verantwoordelijkheid van het ketenoverleg acute psychiatrie c.q. de regievoerder. De RAV neemt deel aan het ketenoverleg acute psychiatrie. De financiële weerslag van VPH-i loopt in 2020 niet via het budget acute psychiatrie, maar via het RAV-budget of (in experimenteerregio's) via een subsidie van ZonMw.

- Over de nadere verantwoordelijkheid op dit moment rondom de vervoerssituaties van vervoersmoment C bestaat onvoldoende duidelijkheid. Deze situaties maken in ieder geval geen onderdeel uit van de keten acute psychiatrie.

Hieronder gaan wij in op de vraag welke verantwoordelijkheidsverdeling de NZa als het meest passend voorkomt voor VPH-i in het door VWS geschetste scenario, en welke inkooprollen daarbij horen. We gaan daarbij eerst in op vervoersmomenten A en B, in samenhang met de keten acute psychiatrie. Daarna gaan we in op vervoersmoment C.

4.1 Vervoersmoment A: naar locatie van psychiatrische beoordeling

Voor A3, A4 en A5 geldt dat deze inzetten VPH-i voorbehouden blijven aan de RAV. Uit onze consultatie onder veldpartijen blijkt dat RAV's en zorgverzekeraars van mening zijn dat zij zonder aanpassingen in de bekostiging in staat zijn om passend vervoer voor deze patiëntgroep te realiseren

Wij constateren dat de bekostiging kan dienen om totstandkoming van passend vervoer te faciliteren, maar geen middel is om passend vervoer tot stand te laten komen. Borging van de uitkomst dat daadwerkelijk passend vervoer tot stand komt zal elders – met name in kwaliteitsafspraken – moeten worden gezocht. Partijen signaleren geen knelpunten in de huidige bekostiging van RAV's. Daarom adviseren wij in eerste instantie geen aanpassingen in de bekostiging van RAV's. Dat betekent dat er in feite niets hoeft te veranderen; Voor de bekostiging wordt de huidige budgetsystematiek van de RAV's gehanteerd.

Gezien de noodzaak van goede oplossingen rondom passend vervoer voor de patiënt bevelen we aan dat nauwgezette en tijdige evaluatie van de resultaten (en niet van de inspanningen) van de daadwerkelijke totstandkoming van passend vervoer noodzakelijk is om zo nodig snel van koers te kunnen veranderen. In hoofdstuk 6 gaan wij nader in op de geadviseerde evaluatie.

Dit vervoer vindt plaats in opdracht van de meldkamer ambulancezorg (MKA). Het voorlopig model melding stelt dat de APH-triagist bepaalt of passend vervoer moet worden ingezet en daarbij doorzettingskracht heeft (cf. Voorlopig model melding p. 45). Doorzettingskracht betekent dat als de APH-triagist bepaalt dat VPH geïndiceerd is, de MKA passend vervoer voor VPH-i inzet en niet een ander vervoersmiddel, tenzij dat op dat moment niet anders kan (bijvoorbeeld omdat het voor VPH-i passend vervoer al elders is ingezet). Dit sluit aan bij onze observatie dat goede samenwerking tussen de crisisdienst en de RAV een sleutel zijn voor de totstandkoming van passend vervoer en is vergelijkbaar met een aanvraag van een andere zorgprofessional zoals bijvoorbeeld een huisarts, die leidt tot een verkorte triage en daarmee een snellere inzet. We nemen aan dat de kwaliteitskaders die momenteel worden opgesteld recht zullen doen aan het belang van dergelijke samenwerking.

Door middel van onderaannemerschap kan een RAV een alternatieve vervoerder opdracht geven tot het uitvoeren van VPH-i binnen (een deel van) de verantwoordelijkheid van de RAV. Onderaannemerschap is reeds mogelijk en bestaat in de praktijk ook al. Voor de RAV's staat niets in de weg om aan een (nieuwe) onderaannemer te vragen het passend vervoer met psychiatrische hulpverlening te verzorgen.

Wij zien met dit advies geen aanleiding voor aanpassingen in de bekostiging van de meldkamer, aangezien dit advies de scope van de meldkamer niet raakt.

4.2 Vervoersmoment B: vanaf locatie van psychiatrische beoordeling

Wij adviseren om de verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid en totstandkoming van VPH-i voor B2 en B3 op termijn bij het regionale acute psychiatrie-overleg te beleggen en dus *de facto* bij de regievoerder / gebudgetteerde zorgaanbieder. Het onderwerp vervoer valt nu al binnen het acute psychiatrie-overleg. De aard van het gesprek binnen het regionale overleg acute psychiatrie zal wel veranderen, omdat de vanzelfsprekendheid van de RAV als uitvoerend verantwoordelijke van dit vervoer komt te vervallen met het vrijgeven van dit deel.⁶

We stellen voor dat de bekostiging onderdeel wordt van de GMAP-budgetbekostiging. De NZa kan hierbij in ieder geval een prestatie met een vast tarief vaststellen. De regievoerder kan het vervoer zelf uitvoeren of het door een aan andere partij laten uitvoeren. Indien zij voor het laatste kiest, valt dit onder de regel onderlinge dienstverlening.

Bij de totstandkoming van dit advies hebben we ook een alternatief scenario overwogen, waarin de verantwoordelijkheid voor de inkoop bij individuele zorgverzekeraars komt te liggen. Bij dat alternatief zou prestatiebekostiging passen. Wij hebben dit alternatief als onuitvoerbaar verworpen omdat nu eenmaal is gekozen voor een regionale invulling van de APH-keten en inkoop per representatie. Individuele inkoop op dit onderdeel van de acute psychiatrie-keten lijkt zich slecht te verhouden tot dat uitgangspunt.

Ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de hierboven geadviseerde bekostiging merken wij op dat implementatie per 2021 waarschijnlijk een te kort tijdspad betekent. Dit komt doordat de GMAP pas vanaf 2020 geldt en de sector in 2020 daarom naar verwachting nog met overgangsuitdagingen zal kampen. Om in datzelfde jaar ook de verantwoordelijkheid over de totstandkoming van VPH-i bij die partijen

⁶ Wij gaan in overeenstemming met de verkenning van de staatssecretaris met dit advies uit van vrijgave van de vervoerssituaties VPH-i na beoordeling.

te leggen zou te veel gevraagd kunnen zijn. Dit bevestigden meerdere partijen tijdens de consultatie van het conceptadvies.

Het beoogde tijdspad is waarschijnlijk ook te kort omdat de regeling die vrijgave van dit type ambulancezorg regelt zal gebaseerd moeten zijn op de in 2021 geldende wet, die nu nog niet bestaat. Aan deze voorwaarden wordt naar verwachting te laat voldaan om het vervoer per januari 2021 op verantwoorde wijze tot stand te laten komen.

Gelet op het te korte tijdspad zou de staatssecretaris kunnen overwegen om in de voorziene “go/no go” afweging voor een “no go” te kiezen. Wij adviseren echter in overweging te nemen nu niet voor een “no go” te kiezen maar er voor te kiezen om de regionale experimenten die via ZonMw lopen nog een jaar langer te laten bestaan, dus tot einde 2021. Die extra tijd biedt de gelegenheid de praktische bezwaren te overwinnen. Het extra jaar van de experimenten zou er (mede) op gericht kunnen zijn om te onderzoeken of de aanbodzijde voor dit type vervoer inderdaad in staat is om landelijk dekkend vervoer te bieden dat voldoet aan de (dan duidelijkere) kwaliteitseisen.

4.3 Vervoersmoment C: in het kader van de behandeling of tussen instellingen

Vervoerssituaties C1, C2 en C3, zoals nader gedefinieerd in paragraaf 2.1, staan los van de acute psychiatrie-keten. In ons advies hieronder staat centraal dat er voor deze vervoerssituaties vaak analoge situaties bestaan in de ambulancezorg zonder VPH-i. Voor ambulancezorg niet zijnde VPH-i bestaat al regelgeving waarmee in de meeste gevallen duidelijk is of de rekening van de RAV naar het bestellende ziekenhuis moet (in die gevallen is ‘medische zorg’ de aanspraak), of rechtstreeks naar de zorgverzekeraar (in die gevallen is ‘vervoer’ de aanspraak).⁷

Als VPH-i niet voorbehouden zou zijn aan RAV’s betekent dit dat de behandelend instelling kan kiezen of zij het vervoer zelf uitvoert of door

⁷ Dit zijn de gevallen van interklinisch en intraklinisch vervoer, uitgewerkt in Beleidsregel Ambulancezorg, artikel 7 onder I002 BESTELD VERVOER (B-RIT).

een andere partij laat uitvoeren. Indien zij voor het laatste kiest, valt dit onder de regel onderlinge dienstverlening.

Wij adviseren om voor de vervoerssituaties C1, C2 en C3 met VPH-i zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij de reeds bestaande regelgeving rondom de vergelijkbare vervoerssituaties zonder VPH-i. De nieuwe regelgeving kan de NZa, in samenspraak met veldpartijen en Zorginstituut Nederland voor het duiden van de dominante aanspraak, te zijner tijd uitwerken.

Inter- en intraklinisch vervoer

Bij VPH-i in vervoersmoment C is het aandachtspunt rondom inter- en intraklinisch vervoer van belang. Wij zijn van mening dat hoe inter- en intraklinisch vervoer bekostigd moet worden in ieder geval ten aanzien van de somatiek voldoende duidelijk is. Ons advies in dit kader is dat we voor VPH-i bij dezelfde kaders aansluiten. In de hiernavolgende alinea’s gaan wij kort in op deze kaders.

Vanuit de ziekenhuizen geldt dat het ziekenhuis verantwoordelijk is voor de eigen patiënt en dus de kosten voor vervoer voor haar rekening neemt (dit staat omschreven in de beleidsregel regionale ambulancevoorziening). Dit houdt in dat indien een ziekenhuis kosten maakt voor de eigen patiënt, deze kosten ten laste van dit ziekenhuis komen. Dit betekent dat als een patiënt in het kader van onderlinge dienstverlening (ten behoeve van zijn of haar behandeling) vervoerd moet worden naar een ander ziekenhuis, dat het behandelend ziekenhuis verantwoordelijk is voor het inzetten en het vergoeden van vervoer. De rekening van de inzet van de ambulance is in deze situaties voor het ziekenhuis. Dit noemen we in de ambulancezorg ook wel het interklinisch vervoer in het kader van onderlinge dienstverlening. De ambulancedienst vervoert hierbij de klinische patiënt tussen ziekenhuizen waarbij tussen de ziekenhuizen sprake is van onderlinge dienstverlening. Deze gedachte geldt voor zowel interklinisch vervoer, als voor intraklinisch vervoer.

Wij adviseren dat de lijn uit de nu bestaande (somatische) ambulancezorg wordt doorgetrokken naar VPH-i. Dezelfde logica is

namelijk toepasbaar voor VPH-i tussen instellingen. Bovendien geldt dit niet alleen voor het vervoerssituatie C3, maar meer in algemeenheid voor alle situaties binnen het vervoersmoment C.

Voor vervoersmoment C geldt dat de instelling waar de patiënt onder behandeling is, verantwoordelijk is voor het inzetten van eventueel vervoer dat in het kader van die behandeling nodig is en het vergoeden hiervan. We sluiten hierbij aan op de bovenstaande gedachten van de 'eigen patiënt': dit houdt in dat indien een zorgaanbieder de kosten voor de uitoefening van een bepaalde functie in haar budget of haar vergoedingsbedrag heeft, alle hiermee samenhangende kosten ook ten laste van deze zorgaanbieder komen. Dit betekent dat als een patiënt in het kader van onderlinge dienstverlening (ten behoeve van zijn of haar behandeling) vervoerd moet worden naar een andere instelling, dat de behandelend instelling verantwoordelijk is voor het inzetten en het vergoeden van vervoer.

Binnen vervoersmoment C kunnen kosten van het vervoer dan ook niet rechtstreeks in rekening worden gebracht bij de patiënt, terwijl dit binnen vervoersmoment B voor de groepen B2- en B3 wel kan. Deze kosten zijn voor de patiënten binnen C immers onderdeel van de betreffende behandeling.⁸ De grondslag van deze verantwoordelijkheid leggen we uit aan de hand van het juridisch kader in het voorgaande hoofdstuk.

4.4 Aandachtspunten

In het kader van dit hoofdstuk is een aantal aandachtspunten van de adviesvraag specifiek relevant, daarom gaan wij hieronder expliciet op die aandachtspunten in.

Aandachtspunt 1: Het speelveld van aanbieders van vervoer met zorg, inclusief de mededingingspositie van de RAV's

⁸ Dit zijn kosten die (incidenteel) onderdeel kunnen uitmaken van de behandeling. Deze kosten moeten gemiddeld genomen door de voor de behandeling geldende tarieven worden gedekt.

Wij interpreteren dit aandachtspunt als volgt: Hoe is te voorkomen, dat er op de vervoerssituaties B2, B3 en C1, C2 en C3 oneerlijke concurrentie ontstaat tussen de RAV's en andere aanbieders van dit vervoer, vanwege het blijvende wettelijke monopolie van de RAV op het vervoer met psychiatrische hulpverlening bij vervoersmoment A? En wat moet daarvoor eventueel door wie worden geregeld?

Relevant hierbij is de vraag waarom de staatssecretaris vrijgave van VPH-i na psychiatrische beoordeling overweegt. Het deels loslaten van het wettelijk monopolie van de RAV's heeft als doel dat dit ruimte schept voor een aantal alternatieve aanbieders om dit deel van de markt te gaan bedienen. De verwachting is niet dat dit doel bereikt wordt middels mededinging, maar door coördinatie en afstemming tussen betrokken partijen die van deze extra ruimte gebruik kunnen maken. Vanuit die overweging hoeft het creëren van een gelijk speelveld geen specifiek aandachtspunt te zijn.

In het te verkennen scenario dat VPH-i voor vervoersmomenten B en C niet meer voorbehouden is aan RAV's, is wel een observatie ten aanzien van gelijk speelveld op zijn plaats. Eén van de partijen die kan meedingen naar het vervoer in deze segmenten is een RAV. RAV's genieten als zorgaanbieders bepaalde fiscale voordelen ten opzichte van alternatieve vervoerders, bijvoorbeeld rondom Btw en Bpm. Dat creëert momenteel een structurele ongelijkheid in de kosten, maar ook in de administratieve regels, tussen deze twee type partijen.

De genoemde status-ongelijkheid zal naar verwachting komen te vervallen wanneer duidelijk is dat de alternatieve vervoerders met het aanbod van VPH-i daadwerkelijk ambulancezorg leveren. Als een alternatieve vervoerder, niet zijnde een RAV, zorg verleent die wordt gedefinieerd als ambulancezorg, dan is de vervoerder op grond van artikel 1, eerste en tweede lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg een zorgaanbieder.

Aandachtspunt 3: De beschikbaarheid en bekostiging van bovenregionaal vervoer

In regio's waar de beschikbaarheid van bovenregionaal VPH-i een knelpunt is, kan dit in samenhang met het overige vervoer besproken en opgelost worden. Het hangt overigens van de situatie af of het bovenregionale vervoer de verantwoordelijkheid is van de 'wegbrengende' dan wel de 'ophalende' regio. De regio weet zelf in hoeverre het knelpunt (vooral) zit in wegbrengcapaciteit, (vooral) in ophaalcapaciteit, of in beide.

Aandachtspunt 4: De bekostiging van het verlenen van zorg ter plekke, zonder vervoer

RAV's zijn momenteel gebudgetteerde zorgaanbieders. Daarnaast geldt dat zij door middel van een aantal prestaties en tarieven declaraties kunnen indienen. Deze declaraties dienen ter dekking van het budget. Er is geen declarabele prestatie voor eerste hulp, geen vervoer. Dit betekent dat als een ambulance uitrukt, men zorg levert en er geen vervoer plaatsvindt van een patiënt, dat de RAV hier geen individuele declaratie voor in rekening kan brengen. Dit betekent overigens niet dat de RAV deze inzetten niet vergoed krijgt. De RAV ontvangt immers een totaal budget, waarin alle ambulance inzetten zijn meegenomen in de hoogte van het budget. Dit geldt in de nieuwe situatie per 2021 dan ook voor het VPH-i dat voorbehouden zal zijn aan de RAV (VPH-i voor de groepen personen A3, A4 en A5) bij budgetbekostiging.

Voor VPH-i waarvan het ministerie verkent of dit vrij gegeven kan worden (voor de groepen personen B2, B3, C1, C2 en C3), verwachten wij dat er geen eerste hulp, zonder vervoer plaats zal vinden voor de nieuwe vervoerders. Voor de nieuwe vervoerders geldt immers dat na beoordeling door de crisisdienst ggz of op verzoek van de behandelaar, voor de patiënt vervoer met psychiatrische hulpverlening geïndiceerd is. Het is dan vrijwel zeker dat de vervoerder ook daadwerkelijk de patiënt dient te vervoeren, anders zou er immers geen indicatie tot vervoer met psychiatrische hulpverlening zijn afgegeven. Dit is anders dan bij de

RAV's: Bij de triage door de meldkamer ambulancezorg kan de meldkamercentralist niet altijd uitsluiten of vervoer al dan niet nodig is.

Aandachtspunt 5: De bekostiging van de meldkamer ambulancezorg

Wij verwachten niet dat aanpassingen aan de bekostiging van de meldkamer ambulancezorg noodzakelijk zijn als de staatssecretaris tot een GO zou beslissen rondom het vrijgeven van VPH-i na psychiatrische beoordeling.

Aandachtspunt 6: De rol van het referentiekader Spreiding en beschikbaarheid wanneer het vervoer met psychiatrische hulpverlening voor en na psychiatrische beoordeling anders wordt ingericht

Wij verwachten geen relevante belemmeringen in de totstandkoming van het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid wanneer het vervoer met psychiatrische hulpverlening voor en na psychiatrische beoordeling anders wordt ingericht.

Aanvullend aandachtspunt: Voorkomen van dubbele bekostiging

Als VPH-i vanaf de beoordelingslocatie en in het kader van de behandeling wordt vrijgegeven, betekent dit dat voor zover dit vervoer nu door RAV's wordt uitgevoerd, het RAV-budget in de eerstvolgende twee jaren na de vrijgave nog gebaseerd zal zijn op de jaren waarin de RAV het vervoer leverde. In die twee jaren treedt dus een risico van dubbele bekostiging op. Hoewel precieze cijfers van het volume van dit vervoer ontbreken, is onze inschatting dat dit een zeer beperkt effect betreft. Maatregelen lijken ons dan ook niet proportioneel.

Aanvullend aandachtspunt: waarborgen macrobudgettaire beheersbaarheid

We verwachten minimale budgettaire effecten. Voor zo ver RAV's deze inzetten al uitvoeren, is dit al bekostigd in de huidige bekostiging. RAV's en zorgverzekeraars hebben toegezegd in de budgetafspraken meer rekening te gaan houden met passend vervoer. Het kan zijn dat hier meerkosten mee gemoeid zijn. Maar het kan ook betekenen dat de RAV, meer en mogelijk goedkopere onderaannemers (alternatieve vervoerders) inzet. Het macro budgettaire effect is dus niet eenduidig, maar zal naar verwachting gering zijn.

We hebben gezien dat de bestaande alternatieve vervoerders ogenschijnlijk redelijke prijzen rekenen en dat het alternatieve vervoer dat zij (binnen en buiten de regio-experimenten) aanbieden zonder beschikbaarheidscomponent tot stand is gekomen. We verwachten daarom dat de macrobudgettaire effecten zeer beperkt zullen blijven.

5. Bekostiging en financiering

5. Bekostiging en financiering

Voor zowel VPH-i voor als na psychiatrische beoordeling vraagt de staatssecretaris of de bestaande prestaties voor de ambulancezorg volstaan en, zo niet, welke wijziging de NZa dan adviseert, met daarbij aandacht voor de tariefsoort. Dit hoofdstuk gaat in op die vragen. Paragraaf 5.1 betreft vervoer naar locatie van psychiatrische beoordeling, paragraaf 5.2 vervoer vanaf psychiatrische beoordeling en paragraaf 5.3 vervoer in het kader van de behandeling en tussen instellingen. Paragraaf 5.4 beschrijft hoe de adviezen een plek kunnen krijgen in de regelgeving van de NZa.

5.1 Vervoersmoment A: naar locatie van psychiatrische beoordeling

Dit deel van het advies betreft specifiek de vervoerssituaties A3, A4 en A5 zoals onderscheiden in het voorlopig model vervoer: VPH-i naar locatie van psychiatrische beoordeling. Wij adviseren om VPH-i naar de beoordelingslocatie onder de huidige RAV-budgettering te brengen zonder nieuwe prestaties en tijdig te evalueren of passend vervoer daadwerkelijk tot stand komt.

AZN en ZN hebben tijdens de consultatie van dit advies toegezegd passend vervoer in vervoersmoment A tot stand te laten komen en aangegeven daarbij geen behoefte te hebben aan aanpassingen in de bekostiging. Wij adviseren in het licht van die toezegging dat deze partijen de ruimte wordt geboden om hun verantwoordelijkheid inderdaad te nemen.

Wij adviseren daarom VPH-i voor beoordeling (specifiek A3, A4 en A5) onder te brengen onder de huidige budgetsysteem van de RAV's. We merken hierbij op dat het niet nodig is om aparte prestaties vast te stellen. Dit adviseren wij met de volgende argumenten:

- Zowel ZN als AZN hebben aangegeven dat binnen de reguliere budgetssysteem afspraken gemaakt kunnen worden voor passend vervoer voor VPH-i. Bovendien heeft ZN aangegeven dat dit onderdeel zal zijn van de budgetonderhandeling.

- Hiernaast geven allebei de partijen aan niet veel te voelen voor aparte budgetparameters en prestaties. Er zijn immers meer gedifferentieerde vervoersmiddelen (buiten VPH-i om), waarvoor ook geen aparte systematiek is.

- Wij zien weinig mogelijkheden om door middel van prikkels in de bekostiging passend vervoer voor VPH-i tot stand te laten komen. Het is een kwaliteitsvraag welke mate van passendheid van het vervoer wenselijk is, dit moet dus in kwaliteitsafspraken worden vastgelegd.

Een aandachtspunt bij dit advies is het inzichtelijk maken van de daadwerkelijke omvang van VPH-i, zoals de staatssecretaris wenst in zijn adviesvraag aan de NZa. We vertrouwen erop dat RAV's zelf inzichtelijk zullen maken hoeveel inzetten VPH-i tot stand komen. .

Het door ons geadviseerde vertrouwen zou gepaard moeten gaan met twee evaluatiemomenten. Het eerste evaluatiemoment zou eind 2020 kunnen plaatsvinden, waarin wordt onderzocht of in de inkoopafspraken tussen zorgverzekeraars en RAV's voldoende aandacht is geschonken aan de totstandkoming en adequate registratie van passend vervoer voor VPH-i. Het tweede evaluatiemoment zou halverwege 2021 kunnen plaatsvinden, waarin wordt onderzocht of passend vervoer voor VPH-i daadwerkelijk en in voldoende mate tot stand komt. We adviseren om deze evaluatiemomenten zo vroeg mogelijk in de tijd te laten plaatsvinden zodat – mocht dat nodig blijken – vroegtijdig kan worden bijgestuurd.

5.2 Vervoersmoment B: vanaf locatie van psychiatrische beoordeling

We stellen voor dat de bekostiging op termijn onderdeel wordt van de GMAP budget-bekostiging. Daarvoor kunnen we een (of meerdere) budgetparameter(s) vaststellen - wij zien hierbij geen relevante uitdagingen in de techniek. De NZa zal in ieder geval een prestatie met een vast tarief moeten vaststellen.

Prestatie

We adviseren de volgende concept-prestatieomschrijving:

'Psychiatrisch spoedvervoer vanaf locatie van psychiatrische beoordeling ('spoedvervoer met ambulancezorg (in opdracht van de regionale ggz-crisisdienst) vanaf de beoordelingslocatie (c.q. woning), waarbij het voertuig gezien de ernst van de melding binnen 60 minuten ter plaatse dient te zijn, en waarbij geen (vermoeden van) somatische indicatie is voor medische begeleiding tijdens de rit.

Opmerkingen en aandachtspunten bij bovenstaande concept-prestatieomschrijving:

- Deze prestatie komt tot stand binnen het te verkennen scenario dat dit type VPH-i wordt vrijgegeven. Deze vervoersmomenten zijn niet voorbehouden aan RAV's.
- Zonder aanpassingen in de bestaande prestaties ('Spoedvervoer' en 'Planbare ambulancezorg'⁹) zou er overlap kunnen ontstaan met de nieuw voorgestelde prestatie. Deze overlap moet uit de bestaande prestaties 'weggesneden' worden.
- De ggz-crisisdienst geeft opdracht tot deze spoedinzet. Dit is in lijn met de verantwoordelijkheid van de ggz-crisisdienst in de keten acute psychiatrie.

Tariefsoort

Zoals uiteengezet in hoofdstuk 4 adviseren wij om de verantwoordelijkheid voor de beschikbaarheid van VPH-i binnen vervoersmoment B bij de keten acute psychiatrie c.q. de regionale regievoerder te leggen. Tevens adviseren we om deze VPH-i toe te voegen aan de acute psychiatrie -budgettering. Bij die budgettering past een vast tarief.

⁹ In 2019 heet de prestatie 'planbare ambulancezorg' in de beleidsregel nog 'besteld vervoer'; naar verwachting is 'planbare ambulancezorg' de terminologie die vanaf 2020 ook in de beleidsregel zal gelden.

Tariefhoogte

Voor onderbouwing van het vaste tarief zal de NZa nader kostenonderzoek moeten doen. De kosten zullen deels afhankelijk zijn van de nog op te stellen kwaliteitsstandaard. Bovendien merken we op, dat in de pilots waar met dit type vervoer wordt geëxperimenteerd, de alternatieve vervoerders momenteel in staat lijken om passend vervoer in te zetten zonder beschikbaarheidsvergoeding en tegen een vergoeding die qua hoogte op het tarief van de huidige prestatie 'Planbare ambulancezorg' lijkt. Aanvullend merken wij nog op dat een verschil in beschikbaarheidskosten kan leiden tot verschillende tariefhoogtes voor VPH-i bij B-vervoersmomenten in vergelijking met C-vervoersmomenten.

5.3 Vervoersmoment C: in het kader van de behandeling en/of tussen instellingen

C1 en C2: Vervoer naar instelling voor persoon met RM; C3: Vervoer tussen instellingen

Prestatie

Voor de vervoerssituaties C1, C2 en C3 adviseren we de volgende concept-prestatieomschrijving:

'Psychiatrische geplande ambulancezorg': gepland vervoer met ambulancezorg die vooraf is aangevraagd, waarbij geen sprake is van een spoedclassificatie, en waarbij geen (vermoeden van) somatische indicatie is voor medische begeleiding tijdens de rit.

- Deze prestatie komt tot stand binnen het te verkennen scenario dat dit type VPH-i wordt vrijgegeven. Deze vervoersmomenten zijn niet voorbehouden aan RAV's.
- Zonder aanpassingen in de bestaande prestaties ('Spoedvervoer' en 'Planbare ambulancezorg') zou er overlap kunnen ontstaan met de nieuw voorgestelde prestatie. Deze overlap moet uit de bestaande prestaties 'weggesneden' worden.

Tariefsoort

Bij dergelijke vrijgave past ook een bepaalde mate van vrijheid t.a.v. de tariefvorming. Tariefsoorten die bij dergelijke vrijheid passen zijn een vrij tarief of een maximumtarief. Een vrij tarief geniet de voorkeur indien met enige zekerheid mag worden verwacht dat de prijsvorming tussen vragende en aanbiedende zijdes rondom dit type vervoer tot een voor allen acceptabel prijsniveau zal leiden. Een maximumtarief is meer passend indien de inkopers van dit type vervoer enige bescherming bij het inkoopproces nodig hebben. Gelet op de naar verwachting beperkte volumes zou de keuze voor een vrij tarief ook slechts een beperkt risico kunnen vormen. In dat licht zou in eerste instantie voor een vrij tarief gekozen kunnen worden. Voor het alternatieve vervoer dat tot nu toe tot stand is gekomen geldt geen gereguleerd tarief. Wij hebben geen enkel signaal gekregen dat er van onwenselijk hoge prijzen sprake zou zijn. Na verloop van tijd zou wel kunnen worden geëvalueerd of binnen dergelijke vrije ruimte aanvaardbare tarieven tot stand komen.

Tariefhoogte

Als de staatssecretaris voor een vrij tarief kiest, is de vraag over tariefhoogte niet van toepassing. Als hij toch voor een maximumtarief zou kiezen, zullen we voor onderbouwing van het tarief nader kostenonderzoek moeten doen. De kosten zullen deels afhankelijk zijn van de nog op te stellen kwaliteitsstandaard. Bovendien merken we ook hier op, dat in de pilots waar met dit type vervoer wordt geëxperimenteerd, de alternatieve vervoerders momenteel in staat lijken om passend vervoer in te zetten zonder beschikbaarheidsvergoeding en tegen een vergoeding die qua hoogte op het tarief van de huidige prestatie 'Planbare ambulancezorg' lijkt.

5.4 Gevolgen voor de regelgeving

Als de NZa de bovenstaande prestaties doorvoert in haar regelgeving, hoe kan dit dan een plek krijgen in de regelgeving, en de uitvoering eromheen? Voordat we die nieuwe situatie schetsen, eerst een overzicht van de huidige situatie. Daarna gaan we in op de (geadviseerde) nieuwe situatie.

Huidige situatie ambulancezorg

In de Beleidsregel regionale ambulancevoorziening beschrijft de NZa de algemene kaders en haar eigen werkwijze:

- de opbouw van de RAV-budgetten (elementen en normbedragen);
- de omschrijvingen van de prestaties die (voor een groot deel van) ter dekking dienen van het RAV-budget en de berekeningswijze van de bijbehorende vaste tarieven;
- procedures die de NZa hanteert rondom het indienen van de budgetaanvragen en de latere verrekening in twee rondes: voorlopige en definitieve opbrengstverrekening.

De nadere regel 'Regeling regionale ambulancevoorziening' stelt regels waaraan veldpartijen zich moeten houden bij het doorlopen van de procedures rondom de budgetaanvraag en verrekeningen. Ook stelt de nadere regel regels rondom het declareren en administreren van de geleverde zorg.

In de algemene tariefbeschikking 'Tariefbeschikking regionale ambulancevoorziening' publiceert de NZa de prestaties en tarieven die partijen in een bepaald jaar moeten hanteren (in lijn met de beleidsregel).

In individuele beschikkingen stelt de NZa per budgetjaar (in chronologische volgorde,) het volgende vast:

- Voorlopige opbrengstverrekening
- Aanvullende voorlopige opbrengstverrekening
- Definitief budget
- Definitieve opbrengstverrekening

Huidige situatie acute psychiatrie

Allereerst een nuance bij 'huidige' situatie: het budgetsysteem rondom de acute psychiatrie (AP) start in 2020. Verder lijkt het budgetsysteem in enige mate op dat van de ambulancezorg. Er is sprake van een regionaal AP-budget en de sector kent AP-prestaties met vaste tarieven, en een voorlopige en definitieve verrekening ter afrekening achteraf. De feitelijke regelgeving is op hoofdlijnen daarom vergelijkbaar:

- 'Beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening',
- 'Regeling acute psychiatrische hulpverlening' (nadere regel),
- 'Beschikking acute psychiatrische hulpverlening' (algemene beschikking),
- 'Beschikking [PM]', 'Beschikking [PM]' en 'Beschikking [PM]' (individuele beschikkingen).

Toevoegingen nieuwe situatie

De nieuwe prestatie(s) die we schetsen voor vervoersmomenten B en C kan de NZa in haar regelgeving opnemen. We moeten nader onderzoeken hoe de precieze uitwerking hiervan vorm krijgt. De bekostiging en financiering van deze VPH-i inzetten kan immers op verschillende manieren tot stand komen in de regelgeving: bijvoorbeeld door het verbreden van de beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen, of verbreding van de beleidsregel acute psychiatrische hulpverlening, of een geheel nieuwe beleidsregel. De exacte uitwerking verdient meer tijd dan dit adviestraject nu toelaat.

Om wel alvast een beeld te geven, schetsen we hieronder een mogelijke variant voor de nieuwe prestatie onder vervoersmoment C:

- 'Beleidsregel vervoer met psychiatrische hulpverlening', met daarin de omschrijving van de nieuwe prestatie (en eventueel de berekeningswijze van het bijbehorende maximumtarief);
- 'Regeling vervoer met psychiatrische hulpverlening', met daarin regels rondom het declareren, registreren en administreren van de geleverde zorg;
- 'Prestatiebeschrijvingsbeschikking vervoer met psychiatrische hulpverlening', met daarin de prestaties en eventueel tarieven die partijen in een bepaald jaar moeten hanteren (in lijn met de beleidsregel).

Tot slot benoemen we hier als aandachtspunt het aanpassen van de regelgeving ambulancezorg (RAV-budgettering), om duidelijk te maken dat VPH-i binnen de vervoersmomenten B en C niet langer onderdeel uitmaakt van het vervoer dat via de RAV-budgetten wordt bekostigd.

6. Tot slot: tijdige evaluatie geadviseerd

6. Tot slot: tijdige evaluatie

Het begrip VPH-i is nieuw en de voorgestelde oplossingen moeten in de praktijk bijdragen aan de totstandkoming van passend vervoer voor de kwetsbare mensen die tot de doelgroep van VPH-i behoren. Wij adviseren daarom dat het al of niet in voldoende mate ontstaan van passend vervoer wordt geëvalueerd met als kernvraag: worden de mensen met verward gedrag in de vervoersmomenten A, B en C nu in de regel passend vervoerd? Als blijkt dat het antwoord op deze vraag voor één of meerdere van de vervoersmomenten “nee” is, dan adviseren we dat de expliciete en impliciete uitgangspunten van de adviesvraag, in hoofdstuk 1 van dit advies opgesomd, te herzien.

Vervoersmoment A

Gezien de noodzaak van goede oplossingen rondom passend vervoer voor de patiënt adviseren we om ten aanzien van vervoersmoment A ten minste twee evaluatiemomenten te plannen. Het eerste evaluatiemoment zou eind 2020 moeten plaatsvinden en gericht zijn op de vraag of er in alle regio's goede afspraken tussen zorgverzekeraars en RAV's zijn gemaakt om de inzet van passend vervoer tot stand te doen komen.

Het tweede evaluatiemoment zou medio 2021 moeten plaatsvinden en gericht zijn op de vraag of passend vervoer onder verantwoordelijkheid van de RAV's nu in de regel tot stand komt. Mocht uit de evaluatie blijken dat passend vervoer in onvoldoende mate tot stand komt geeft dit aanleiding om de uitgangspunten onderliggend aan de gekozen oplossing te heroverwegen.

Vervoersmomenten B en C

Voor vervoersmomenten B en C adviseren we om uiterlijk drie jaar na invoering van VPH-i de daadwerkelijk totstandkoming van passend vervoer voor de patiënt te evalueren. Specifieke aandachtspunten daarbij zijn de regionale beschikbaarheid van passend vervoer, ook in meer afgelegen of uitgestrekte gebieden en of de prijsvorming die binnen de vrije tariefruimte van vervoersmoment C tot stand komt aanvaardbaar is.



Bijlagen

Bijlage 1: Juridisch kader

De aanspraak

In dit advies gaan wij er vanuit dat VPH-i onder artikel 2.13 Bzv valt. De NZa is daarom bevoegd om prestaties en tarieven vast te stellen voor dit type vervoer. Er is veel onduidelijkheid over de vraag of vervoer met psychiatrische hulpverlening onder de aanspraak van artikel 2.13 Bzv valt en of er sprake is van ambulancezorg.

Wij hebben daarom (informeel) contact gehad met het Zorginstituut over VPH-i. Om de vragen in het advies goed te kunnen beantwoorden hebben wij gekozen om uit te gaan van de "aanname" dat het bij VPH-i gaat om ambulancezorg. De bevindingen van de NZa sluiten aan bij de ambtelijke antwoorden van het Zorginstituut. Vanwege de korte doorlooptijd is geen formele duiding gevraagd aan het Zorginstituut. Hieronder lichten wij bovenstaande conclusie toe.

De Zorgverzekeringswet regelt wanneer verzekerden aanspraak maken op (de vergoeding van kosten van) vormen van zorg. Dit is verder uitgewerkt in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Artikel 2.13, 2.14 en 2.15 uit het Besluit zorgverzekering (Bzv) gaan over vervoer. Wij hebben onderzocht onder welke aanspraak VPH-i valt. De reguleringsbevoegdheid van de NZa hangt daar immers vanaf. In beginsel is al het vervoer uitgesloten van regulering door de NZa.¹⁰ Een uitzondering daarop is vervoer zoals omschreven is het ambulancevervoer uit artikel 2.13 Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv).¹¹ De NZa kan dus alleen prestaties en

¹⁰ Artikel 3 lid 1 onder e van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG.

¹¹ Zie artikel 3 lid 2 onder e van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG. Andere uitzonderingen daarop worden genoemd in artikel 3 lid 2 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG:
c. vervoer als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet langdurige zorg dat geleverd wordt door of vanwege een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;
d. vervoer als bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel f, van de Wet langdurige zorg dat deel uitmaakt van een prestatie of geheel van prestaties waarvoor een tarief in rekening wordt gebracht.

tarieven vaststellen voor zorgaanbieders als het vervoer met psychiatrische hulpverlening onder artikel 2.13 Bzv valt.

VPH-i valt niet onder artikel 2.14 of artikel 2.15 Bzv. Het vervoer kan onder artikel 2.14 Bzv vallen op basis van de aard van de zorg die een verzekerde moet ondergaan of op basis van de aard van de aandoening of beperking die een verzekerde heeft. Als niet is voldaan aan één van die criteria dan kan nog de hoge frequentie of de grote afstand tussen thuis en plaats van behandeling een basis bieden voor vergoeding. Psychiatrische hulpverlening is op zich geen kwalificatie die tot een vergoeding van vervoer leidt op grond van artikel 2.14 Bzv. Artikel 2.15 Bzv regelt dat de zorgverzekeraar kan toestaan dat ziekenvervoer plaatsvindt met een ander vervoermiddel dan een motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, lid 1, onderdeel b van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz). Dit artikel is niet bedoeld om een motorvoertuig, dat niet de functionaliteit biedt van een ambulance (hetzij via de materiële uitrusting hetzij via de bemanning) toch als ambulance te kunnen kwalificeren.

Artikel 2.13 van het Besluit zorgverzekering luidt als volgt:

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Tijdelijke wet ambulancezorg, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
1. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
2. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
3. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;

4. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:

1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;

2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;

5. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.

2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

In de aanspraak 2.13 Bzv gaat het om ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel b, van de Twaz. In dat artikel staat de definitie van ambulance omschreven: "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter." Of het vervoer met psychiatrische hulpverlening onder de aanspraak van artikel 2.13 Bzv valt, hangt dus af van de vraag of we het vervoersmiddel kunnen scharen onder "een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter". Hoewel de definitie van ambulance breed kan worden uitgelegd, valt een onopvallende auto niet zonder meer onder de definitie van een ambulance. Ook kan niet iedere auto met een ambulancezorgprofessional als "ambulance" gekwalificeerd worden.

Op dit moment is nog niet duidelijk hoe het voertuig voor VPH-i eruit komt te zien. Daarnaast is nog niet duidelijk welke eisen worden gesteld aan de ambulancezorgprofessional, die onderdeel uitmaakt van de uitrusting die een motorvoertuig tot ambulance kan maken. Vanwege deze onduidelijkheid over de inrichting van het voertuig en de bemanning kunnen wij niet zonder meer concluderen dat vervoer van personen met verward gedrag onder 2.13 Bzv valt.

Ondanks deze onduidelijkheid weten we wel dat er kwaliteitsstandaarden worden opgesteld voor het vervoer met psychiatrische hulpverlening. Ten aanzien van het vervoer voor beoordeling ligt het initiatief bij AZN. AZN streeft ernaar om deze standaard eind 2019 of begin 2020 gereed te hebben. Voor de kwaliteitsstandaard na beoordeling ligt het initiatief bij MIND. In deze kwaliteitsstandaarden zullen uiterlijke kenmerken en eisen over de inrichting van het voertuig en de ambulancezorgprofessional opgenomen moeten worden, zodat het voertuig gekwalificeerd kan worden als zijnde "ingericht voor het vervoer van zieken en gewonden". Vanwege de korte doorlooptijd is het Zorginstituut niet om een formele duiding gevraagd. Gelet op de onduidelijkheid die er momenteel is over de aanspraak en de verhouding tot ambulancezorg, verdient het aanbeveling om het Zorginstituut te vragen om een formele duiding. Wij vermoeden dat dergelijke duiding ook afhankelijk is van de nieuwe wet op de ambulancevoorzieningen die nu in voorbereiding is.

Bovenstaande conclusie geldt niet voor alle vervoerssituaties van het vervoersmoment C uit het voorlopig model vervoer van Sirm. Zoals in het advies wordt uitgelegd, gaat het bij vervoersmoment C om vervoer tussen instellingen (C3) en het vervoer van een patiënt met RM die moet worden teruggebracht naar een verpleeghuis, VG-instelling of ggz-instelling (C1 en C2). Het gaat hier om de patiënt die al in behandeling is en waar de instelling verantwoordelijk voor is. De kosten van het vervoer komen in beginsel voor rekening van de instelling, niet op basis van een aparte aanspraak (en dus ook niet op basis van artikel 2.13 Bzv) maar als onderdeel van de instellingskosten. Als er echter sprake is van een onvoorziene behoefte aan vervoer met zorg met psychiatrische of somatische problematiek, dan valt het vervoer wel onder artikel 2.13 Bzv.

Ambulancezorg

Hierboven schrijven wij dat wij ervan uitgaan dat VPH-i onder artikel 2.13 Bzv valt. Dit vervoer is daarmee tevens ambulancezorg de zin van de Twaz. Dit betekent dat het vervoer met psychiatrische hulpverlening is voorbehouden aan de RAV. Dit leggen we hieronder verder uit.

Het Ministerie van VWS kwalificeert VPH-i als ambulancezorg. In de adviesaanvraag staat namelijk dat wordt verkend om het vervoer na beoordeling per 2021 vrij te geven voor andere aanbieders dan de Regionale ambulancevoorziening (RAV). De RAV heeft op dit moment een monopolistenpositie voor het uitvoeren van ambulancezorg. Ten aanzien van B4 van het voorlopig model vervoer van Sirm stelt VWS dat er geen sprake is van ambulancezorg.

Er is volgens ons een verschil tussen de aanspraak (artikel 2.13 Bzv) en ambulancezorg. De aanspraak verwijst naar de definitie van "ambulance" maar niet naar de definitie van "ambulancezorg". Ambulancezorg is breder dan het ambulancevervoer. Ambulancezorg is namelijk ook het verlenen van hulp door een ambulanceprofessional over ambulanceverpleegkundige zonder dat er sprake is van vervoer. Hieronder nemen wij de verschillende elementen van de definitie van ambulancezorg door.

In artikel 1, eerste lid, onderdeel d van de Twaz staat de definitie van ambulancezorg:

'zorg, erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel:

- 1°. hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige, en per ambulance te vervoeren, of
- 2°. hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige, met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar voertuig'

Als het gaat om hulp die ter plaatse wordt verleend zonder dat de patiënt moet worden vervoerd, dan hoeft er geen sprake te zijn van een voor vervoer ingericht motorvoertuig.

Als het gaat om hulp die wordt verleend waarbij de zieke of gewonde daadwerkelijk wordt vervoerd, dan zal er sprake moeten zijn van een voor vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter. Bij vervoer van personen met psychiatrische hulpverlening zou artikel 1, eerste lid, onderdeel b onder 1° Twaz van toepassing zijn omdat er vervoer plaatsvindt.

Om de vraag of er sprake is van ambulancezorg te kunnen beantwoorden moeten de volgende stappen worden doorlopen:

1. Is er sprake van 'een voor het vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter'

Zoals hiervoor aangegeven gaan wij er in dit advies vanuit dat het vervoersmiddel gekwalificeerd kan worden als ambulance.

2. Is er sprake van een zieke of gewonde die zorg nodig heeft voor zijn aandoening of letsel?

Deze begrippen kunnen onzes inziens ruim worden uitgelegd. Het begrip "zieke of gewonde" uit bovengenoemde definitie maakt geen onderscheid tussen somatiek en psychiatrie.

3. Is er sprake van hulpverlening?

De begrippen "zorg" en "hulp verlenen" zijn in de Twaz verder niet nader omschreven. In 2013 heeft het Gerechtshof 's-Hertogenbosch in een uitspraak bepaald dat het begrip "hulp verlenen" in de Twaz ruim moet worden uitgelegd.¹² Onder hulpverlening valt in elk geval ook het vervoeren, plaatsen en overdragen van patiënten in de keten van zorg. Wij concluderen dat er bij vervoer met psychiatrische hulpverlening sprake is van "hulpverlening".

¹² ECLI:NL:GHSHE:2013:3651.

4. Wordt de hulp verleend door een ambulanceverpleegkundige of een ambulanceprofessional?

De hulp moet worden verleend door een ambulanceverpleegkundige of een ambulancezorgprofessional. Ten aanzien van dit laatste punt is het de vraag of een acuut psychiatrisch hulpverlener gekwalificeerd kan worden als een ambulancezorgprofessional. Het is in ieder geval duidelijk dat een psychiatrisch hulpverlener geen ambulanceverpleegkundige is.

Artikel 1 lid 1 Twaz definieert ambulanceprofessional als: "zorgprofessional als bedoeld in artikel 10a". In dat artikel staat dat bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de inschrijving in de registers, bedoeld in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, dan wel de diploma's of getuigschriften, waarover een ambulancezorgprofessional dient te beschikken. Deze AMvB is nooit opgesteld. Maar, zoals we hierboven concluderen, worden er kwaliteitsstandaarden opgesteld door partijen voor het vervoer met psychiatrische hulpverlening. Daarin zal worden vervat over welke eisen de ambulancezorgprofessional dient te beschikken. We mogen veronderstellen dat de ambulancezorgprofessional bevoegd en bekwaam is om iemand met een acute psychiatrische aandoening te stabiliseren. Dat wil zeggen dat deze professional deskundig is om een deëscalerend en normaliserend effect op de betreffende persoon te hebben.

Gelet op de toekomstige kwaliteitsstandaarden gaan we er in dit advies vanuit dat er bij het vervoer met psychiatrische hulpverlening sprake is van ambulancezorg. Vervoer dat niet aan de genoemde kwaliteitsstandaarden voldoet, wordt niet gekwalificeerd als ambulancezorg.

Als er sprake is van ambulancezorg dan zijn de bepalingen uit de Twaz en Regeling Twaz van toepassing. Dat het vervoer van psychiatrische hulpverlening wordt gekwalificeerd als ambulancezorg heeft tot gevolg dat het vervoer is voorbehouden aan de RAV. De RAV's hebben een monopolistenpositie voor het uitvoeren van de ambulancezorg in de regio. Het is op grond van artikel 4, derde lid van de Twaz anderen dan de Regionale Ambulancevoorziening verboden ambulancezorg te

verrichten. Een uitzondering daarop is onderaannemerschap zoals genoemd in artikel 4, vijfde lid, waarbij de RAV krachtens een overeenkomst het vervoer of een deel daarvan uitvoeren door een derde. In de adviesaanvraag staat beschreven dat wordt verkend of vervoer met psychiatrische hulpverlening na psychiatrische beoordeling waarvan somatische problematiek is uitgesloten, vrij kan worden geven aan andere aanbieders. Dat betekent dat vervoer met psychiatrische hulpverlening niet is voorbehouden aan de Rav. Op grond van de huidige situatie zal bij ministeriële regeling een uitzondering op deze regel uit artikel 4, derde lid van de Twaz moeten worden gemaakt.

In de adviesaanvraag is ook opgenomen dat inschakelen van een andere vervoerder dan de RAV bij het vervoer na beoordeling niet via de meldkamer hoeft te verlopen. Op grond van artikel 4, vierde lid, van de Twaz is het is verboden ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van een meldkamer. Ook hier geldt dat als er sprake is van ambulancezorg het vervoer in lijn moet worden gebracht met de Twaz.¹³

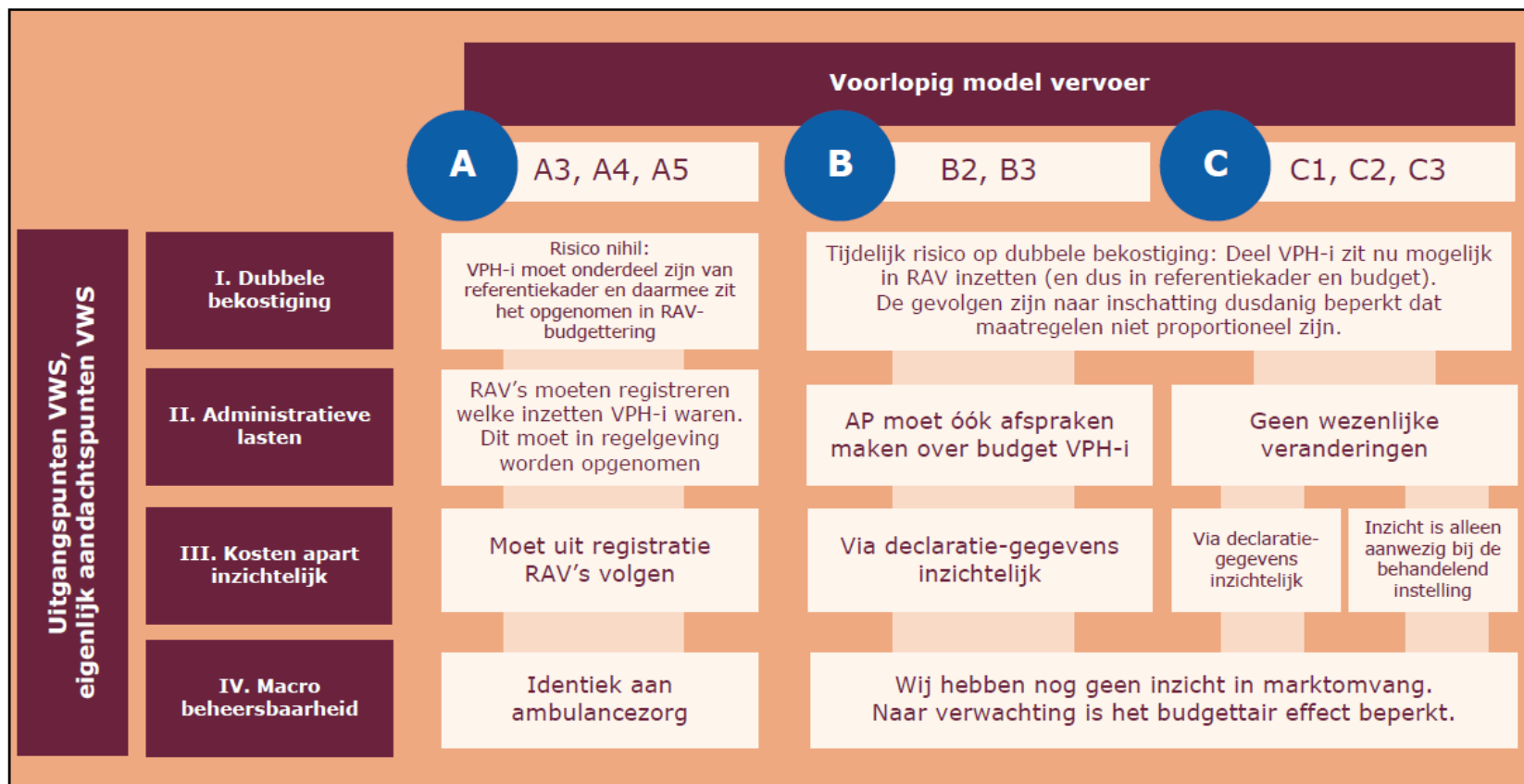
¹³ In artikel 25 van de Regeling Twaz wordt een andere uitzondering genoemd.

Bijlage 2: Aandachtspunten

(Zie volgende bladzijde)

		Voorlopig model vervoer					
		A A3, A4, A5		B B2, B3		C C1, C2, C3	
10 Aandachtspunten VWS	1. Speelveld aanbieders van VPH-i	RAV monopolie: andere vervoerders via onderaannemerschap		GMAP-monopolie: Andere vervoerders mogelijk		Alternatieve vervoerders: vrij speelveld	Behandelend instelling heeft monopolie: andere vervoerders via instelling
	2. Bekostiging intra- en interklinisch vervoer na beoordeling	Onveranderd		Patiënt is nog niet klinisch opgenomen. Geen sprake van inter- of intraklinisch vervoer		Indien patiënt klinisch opgenomen en VPH-i nodig t.b.v. de behandeling: behandelend instelling is verantwoordelijk en vergoedt deze inzet	
	2. De rekening van VPH-i is voor	Zorgverzekeraar		Zorgverzekeraar		Zorg-verzekeraar	Behandelend instelling
	3. Beschikbaarheid en bekostiging van bovenregionaal vervoer	Is via bekostiging niet af te dwingen		Is via bekostiging niet af te dwingen		Is via bekostiging niet af te dwingen	
	4. Bekostiging 'eerste hulp, geen vervoer'	Onveranderd		Niet relevant		Niet relevant	
	5. Bekostiging meldkamer	Onveranderd		MKA ontvangt niet langer deze meldingen. Verloopt via APH. APH wordt al bekostigd vanuit acute ggz		n.v.t.	
	6. Rol Referentiekader S&B	Onveranderd		VPH-i zou niet langer in het referentiekader S&B horen te zitten		VPH-i zou niet (langer) in het referentiekader S&B horen te zitten	
	7. Systeem van inkoop Verzekeraar koopt in bij	RAV		Acute psychiatrie keten		Behandelend instelling en alternatieve vervoerders	
	8. Onderlinge dienstverlening	Onveranderd		Andere vervoerders mogelijk		Alternatieve vervoerders: Onderlinge dienstverlening mogelijk	Behandelend instelling kan andere vervoerders inzetten
	9. Gevolgen toezicht zorgplicht	Onveranderd: Zorgplicht ligt bij zorgverzekeraar		Onveranderd: Zorgplicht ligt bij zorgverzekeraar		Onveranderd: Zorgplicht zorg-verzekeraar	Onveranderd: Zorgplicht zorg-verzekeraar*
10. Rol regievoerder		RAV is onderdeel van overleg AP		Regievoerder zorgt voor VPH-i en budgetafspraken met verzekeraar		Niet relevant	

*In sommige gevallen moet hier 'zorgkantoor' gelezen worden





NZa • Bezoekadres: Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht • Postadres: Postbus 3017, 3502 GA Utrecht • 088 - 770 8 770 • info@nza.nl • www.nza.nl

Wij werken aan goede en betaalbare zorg.