

FOD VOLKSGEZONDHEID  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

Brussel, 09/02/2023

---

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

---

FEDERALE RAAD VOOR  
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

---

Kenm.: FRZV/D/570-1 (\*)

## **Advies interhospitaalvervoer**

Namens de Voorzitter, Margot Cloet,

i.o., diensthoofd Management Office  
van het DG Gezondheidszorg

Annick Poncé

Directeur-generaal ad interim

(\*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 9/02/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

## 1. Inleiding

Dit is een advies als antwoord op de adviesvraag van minister Vandenbroucke over interhospitaalvervoer. De minister stelt een budget van 13,494 miljoen euro ter beschikking voor de financiering ervan in het Budget van Financiële Middelen.

Een werkgroep met leden van de FRZV, een delegatie van het Observatorium voor chronische zieken en experts kwam samen op 22/12/2022, 18/01/2023, 31/01/2023 en 03/02/2023.

Tijdens een eerste vergadering van de werkgroep vond een toelichting van het rapport interhospitaalvervoer van het Observatorium voor chronische ziekten<sup>1</sup> plaats, alsook een toelichting over de adviesvraag door de beleidscel en de bespreking van de eerste resultaten van de pilootprojecten.

### **Situering van het advies**

Het budget van 13,494 miljoen EUR is als volgt samengesteld:

- 6,494 miljoen EUR (beslissing van de Algemene Raad op 17/10/2022)
- 7 miljoen EUR (een bedrag, dat voorheen voorzien was voor de ondersteuning van de netwerkvorming).

Doelstelling: betaalbaarheid voor de patiënt en samenwerking tussen de ziekenhuizen stimuleren zowel voor locoregionale als voor supraregionale zorgopdrachten.

Scope: interhospitaaltransport met opname in een ander ziekenhuis

- Binnen het eigen locoregionaal klinisch netwerk met de nadruk op medisch begeleid vervoer
- Naar een referentieziekenhuis voor supraregionale zorgopdrachten

De minister vraagt een antwoord op volgende elementen:

- Inzetten van de budgetten + verdeling over ontvangende en verwijzende ziekenhuizen
- Verfijning obv pilootprojecten
- Aandacht voor een uniforme patiëntenfactuur

## 2. Pilootprojecten

In 2022 werd door de FOD Volksgezondheid een registratieproject van interhospitaalvervoer opgezet en gefinancierd voor 2 locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken: het Plexus netwerk in Vlaanderen en het Vivalia netwerk in Wallonië.

Aan de 2 ziekenhuisnetwerken werd voor deze proefperiode de financiering van een PIT (Paramedisch Interventieteam) toegekend.

De manier van organisatie van dit interhospitaalvervoer (en dus de registratie hiervan) is verschillend voor de 2 netwerken.

Het Plexusnetwerk heeft gebruik gemaakt van een eigen ziekenwagen voor zowel niet-dringend als dringend interhospitaalvervoer. Voor het dringend interhospitaalvervoer verliep dit via de 112-centrale, zodat de tarieven dringend vervoer t.a.v. de patiënt werden toegepast.

---

<sup>1</sup>

[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/adviezen\\_observatorium\\_ziekenvervoer\\_tussen\\_ziekenhuizen\\_2020\\_06.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/adviezen_observatorium_ziekenvervoer_tussen_ziekenhuizen_2020_06.pdf)

Het betreft hier zowel ritten voor locoregionale als supraregionale zorgopdrachten.

In het Vivalianetwerk verliep het interhospitaalvervoer via een aantal externe partners waarmee het ziekenhuisnetwerk overeenkomsten had afgesloten. Indien beroep gedaan wordt op externe firma's dan wordt de kost volledig ten laste van de patiënt gelegd.

In dit netwerk werd de PIT gebruikt voor het prehospitaalvervoer.

Dit verklaart ook de grote verschillen in het aantal transporten, zeker voor wat betreft het dringend transport als de verschillen in kostprijs voor het netwerk en voor de patiënt.

Transport via 112 kan dan wel minder kosten voor de patiënt, dit impliceert niet dat er minder reële kosten tegenover staan.

De eerste resultaten van deze pilootprojecten, die gebruikt werden voor de berekening van het budget van 13,494 miljoen EUR werden gepresenteerd op 22/12/2022. Deze resultaten waren gebaseerd op de registratie van een beperkt aantal maanden (een actualisatie is bezorgd, zie overzichtstabel in bijlage).

De beschikbare gegevens zijn erg beperkt en niet representatief. Een extrapolatie op basis van deze gegevens voor alle ziekenhuisnetwerken kan door de FRZV niet gevalideerd worden (o.a. omwille van een te beperkte steekproef, onvoldoende basisgegevens voor een representatief beeld, verschillen in achterliggende organisatiemodellen, ...).

Omwille van de volgende argumenten zou een extrapolatie leiden tot een onbetrouwbare inschatting van het aantal ritten en de kostprijs van die ritten:

- De registratieperiode bedraagt voor het Plexus-netwerk 8 maanden, voor het Vivalia-netwerk gaat het over 11 maanden. Het Vivalia-netwerk kampte tijdens deze registratieperiode met een ernstige cyberaanval waardoor de registraties mogelijks geen correcte weergave zijn
- Er zijn belangrijke verschillen in samenstelling van de netwerken: aantal ziekenhuizen per netwerk, geografische spreiding van de netwerken, afstanden en aanrijtijden tussen de ziekenhuizen van het netwerk en tussen het ziekenhuis en een referentiecentrum, aanbod en type van supraregionale zorgopdrachten per netwerk, (voor supraregionale zorgopdrachten zullen de afstanden langer zijn), landelijke versus stedelijke context, eventuele aanwezigheid van revalidatie- of gespecialiseerde ziekenhuizen (de grote meerderheid van hun patiënten worden doorverwezen uit acute ziekenhuizen), ...
- De cijfers van 2 netwerken zijn bijgevolg niet representatief en kunnen niet gebruikt worden voor extrapolatie
- De impact van toekomstige concentratie van zorgopdrachten op het interhospitaalvervoer is moeilijk in te schatten. Hiermee werd in de berekening van het budget geen rekening gehouden.

Er is een hoge nood aan een structuur op hogere geografische schaal van ziekenwagendiensten die louter interhospitaaltransporten, met een opsplitsing tussen tijdskritische en electieve/geplande transporten, doen en een betaalbare factuur kunnen aanbieden aan zowel de patiënt als het ziekenhuis, al dan niet via coördinatie door de overheid. Onze overheid verwacht samenwerking op netwerkniveau maar we zitten constant met transportproblemen om de patiënt van het ene ziekenhuis naar het andere te brengen zelfs binnen hetzelfde netwerk. Toch

moeten we ook al vaststellen dat een deel van de ziekenhuizen nu al hun interhospitaal transport registreren. Deze ziekenhuizen zouden als best practices kunnen dienen.

### 3. Vroegere adviezen

M.b.t. het ziekenvervoer brengen wij volgende adviezen en documenten van de FRZV onder aandacht :

- *Memorandum FRZV 2020-2024 (FRZV/D/495-10, 12/09/19): "Met de vorming van de ziekenhuisnetwerken zal ook vervoer tussen ziekenhuizen toenemen. Het is aangewezen dat het vervoer tussen ziekenhuizen mee wordt opgenomen in de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen."*

- *Advies van de FRZV betreffende de financiering van de ziekenhuisnetwerken (CFEH/D/501/2, 12-12-19): "Andere elementen in de financiering, zoals bv. het patiëntenvervoer, dienen hierin <budget op netwerkniveau> betrokken te worden. Door de netwerkvorming zou de kost van het patiëntenvervoer kunnen toenemen. Het zou niet correct zijn om deze kost af te wentelen op de patiënten noch op de ziekenhuizen." (p. 4-5)*

### 4. Advies van de FRZV m.b.t doelgroep

De FRZV apprecieert en steunt het initiatief van de minister om de factuur van de patiënt in het kader van het interhospitaalvervoer te verlagen en hiervoor budgettaire middelen ter beschikking te stellen.

Het is op basis van de beperkt beschikbare gegevens evenwel onmogelijk om een correcte inschatting te maken van het huidige, laat staan het te verwachten aantal en type ritten, en de bijhorende te financieren kosten. Er is nood aan meer gegevens, zodat een beter zicht kan bekomen worden op de werkelijke totale kost en de specificiteit per netwerk (zie hogervermelde parameters).

In het rapport van het Observatorium voor chronische ziekten wordt erop gewezen dat de aanwezigheid van een verpleegkundige in de ziekenwagendienst één van de factoren is waardoor de facturen voor de patiënt hoog kunnen oplopen. Deze aanwezigheid wordt onder meer gerechtvaardigd door het beperkt aantal handelingen dat door een ambulancier niet-dringend patiëntenvervoer<sup>2</sup> uitgevoerd mag worden. Zo is onder meer het toezicht op een patiënt met waakinfluus (dus zonder toegediende medicatie) door een ambulancier niet-dringend patiëntenvervoer niet toegelaten. Dit is bijvoorbeeld wel het geval voor de hulpverlener-ambulancier<sup>3</sup>, die via 112 ingeschakeld wordt en die meer technische handelingen mag verrichten.

---

<sup>2</sup> Het KB van 14 mei 2019 betreffende het beroep van ambulancier niet dringend patiëntenvervoer voorziet volgende technische prestaties: 1.heffen, tillen en correct positioneren van de patiënt ten behoeve van het vervoer, inclusief het verplaatsen van de patiënt met of zonder hulpmiddelen; 2. immobilisatie ten behoeve van de veiligheid tijdens het vervoer; 3. bewaken van de fysische veiligheid van de patiënt; 4. toezicht houden op de toestand van de patiënt. 5. verderzetting van een behandeling met zuurstof.

<sup>3</sup> Koninklijk besluit tot bepaling van de activiteiten vermeld in artikel 21quinquies, § 1, a), b) en c), van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen die de hulpverlener-ambulancier kan uitvoeren, en tot vaststelling van de nadere regels waaronder de hulpverlener-ambulancier deze handelingen kan stellen die verband houden met zijn functie.

Vanuit de dienst dringende geneeskundige hulpverlening werd in 2006 een omzendbrief<sup>4</sup> aan de ziekenhuizen bezorgd betreffende de dringende transporten tussen ziekenhuizen met een aantal richtlijnen over dringend interhospitaalvervoer (vanuit de spoeddienst).

Deze richtlijnen worden door de ziekenhuizen op een verschillende manier geïnterpreteerd. Sommige ziekenhuizen doen vaker beroep op de 112-centrale, andere doen dat niet en is het gevolg van lokale afspraken die verschillen. Soms wordt een verpleegkundige vanuit het ziekenhuis meegestuurd, in andere gevallen niet. Dit heeft tot gevolg dat er grote verschillen zijn in de factuur voor de patiënt.

Een duidelijkere aflijning over de rol van de dienst 112, met onder meer de structuralisering en uitbreiding van de PIT in het dringend interhospitaalvervoer is essentieel.

Op basis van bovenstaande overwegingen ( adviseert de FRZV om **prioriteit** te geven aan de interhospitaalvervoer, waarvoor **medische en/of verpleegkundige begeleiding** noodzakelijk is. Met als doel een tegemoetkoming in de factuur voor deze extra begeleiding voor deze vaak ernstig zieke patiënt.

Er bestaat op dit ogenblik geen vastgelegde normering over wanneer en door wie een verpleegkundige en/of arts moet worden ingezet. Algemeen kan gesteld worden dat de noodzaak aan medische en/of verpleegkundige begeleiding een medische beslissing is, die door de behandelend arts genomen moet worden. Over de indicaties voor het inzetten van een verpleegkundige of arts tijdens deze ritten kan indien gewenst, bijkomend advies gevraagd worden aan de betrokken beroeps- en/of wetenschappelijke verenigingen en aan nationale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening.

Het medisch of verpleegkundig begeleid interhospitaalvervoer vanuit de spoeddienst voor opname in een ander ziekenhuis maakt hier onlosmakelijk deel van uit. Hetzelfde geldt voor het medisch en/of verpleegkundig interhospitaalvervoer van en naar psychiatrische ziekenhuizen, hybride ziekenhuizen en revalidatieziekenhuizen vanuit algemene ziekenhuizen.

#### Voorstel van aanwending van het beschikbare budget:

Aangezien het momenteel niet mogelijk is om te beoordelen of het voorziene budget toereikend is en er geen betrouwbare parameters beschikbaar zijn voor de verdeling van dit budget over de ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken stelt de FRZV voor om **voor het medisch en/of verpleegkundig begeleid interhospitaalvervoer** van de patiënt een **tegemoetkoming** te voorzien **via de verplichte ziekteverzekering**.

Het criterium voor tegemoetkoming is de nood aan verpleegkundige en/of medische begeleiding, ongeacht het soort zorgopdracht waarvoor het interhospitaalvervoer plaatsvindt. Dit betekent dat deze tegemoetkoming zowel voor locoregionale opdrachten als voor supraregionale zorgopdrachten toegekend kan worden.

Het is een belangrijke stap naar meer transparantie en een uniforme patiëntenfactuur.

Bij de uitwerking van de tarieven moet er rekening gehouden worden met meerdere parameters:

- Het forfait dat ten laste wordt genomen (met inbegrip van de eerste 10 km)....
- Het totaal aantal afgelegde kilometers;
- Een tegemoetkoming voor verpleegkundige begeleiding;
- Een tegemoetkoming voor medische begeleiding;
- Een tegemoetkoming voor medische en verpleegkundige begeleiding.

---

<sup>4</sup> Omzendbrief ICM/AMU/012 van minister R. Demotte betreffende de dringende transporten tussen ziekenhuizen dd 04/09/2006

Voor de begeleiding is vooral de 'gemiddelde' tijdsperiode (uitgedrukt in aantal uren) die door de verpleegkundige en/of arts ingevuld moet worden voor dit transport, een relevant gegeven.

De regeling en tegemoetkoming die voorzien wordt voor transport van pasgeborenen vanuit een ziekenhuis met een N\*-functie (functie neonatale zorg) naar een NIC-dienst (neonatale intense zorgen)<sup>5</sup> kan inspiratie bieden.

#### 5. Belangrijke voorwaarden

De FRZV is van mening dat minstens de volgende voorwaarden vervuld moeten worden vooraleer een systeem van tegemoetkoming voor het interhospitaalvervoer kan geïmplementeerd worden.

- **Verplichte registratie van alle interhospitaalritten**

Verplichte registratie van alle interhospitaalritten via een centraal registratiesysteem (en dus niet enkel de medisch en/of verpleegkundig begeleidde ritten) is absoluut noodzakelijk om naar de toekomst toe een correcter zicht te krijgen op het type en het aantal ritten (inclusief tarieven).

De FRZV is van mening dat de federale overheid moet instaan voor het aanleveren van een uniforme registratiesoftware waarbij de licentiekosten door haar worden gedragen. Mogelijks kan de software van de Ambureg-registratie hiervoor in aanmerking komen, mits een aantal aanpassingen voor interhospitaalvervoer.

Daarnaast zullen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen voor wat betreft de terugbetaling van de kosten van het verpleegkundig en medisch begeleid interhospitaalvervoer moeten beschikken over de gegevens van dit type ritten.

Daarnaast zou een (zeer) beperkte terugbetaling (per kilometer) voorzien kunnen worden voor het interhospitaalvervoer van de andere patiënten, waarvoor er geen medische en/of verpleegkundige begeleiding noodzakelijk is.

Terugbetaling kan voorzien worden via een pseudonomenclatuurcode, transparent en voldoende verfijnd op de patiëntenfactuur.

Dit zorgt voor eenduidigheid en transparantie van de patiëntenfactuur voor zowel het interhospitaalvervoer met medische/verpleegkundige begeleiding als voor het interhospitaalvervoer zonder begeleiding.

- **Vastleggen van maximumtarieven (voor niet-dringend) interhospitaalvervoer of een alternatief op niveau van de Interministeriële Conferentie (IMC)**

In Vlaanderen en Brussel zijn op vandaag, in tegenstelling tot Wallonië, nog geen vaste of maximumtarieven voor niet-dringend ziekenvervoer vastgelegd. De FRZV vraagt dat zo snel mogelijk bekeken wordt op een Interministeriële Conferentie welk systeem er meest geschikt (en toepasbaar voor de verschillende regio's) is om de patiënt (en het ziekenhuis) te beschermen tegen de extreem hoge facturen, anders blijven er grote regionale verschillen bestaan in het door de patiënt te dragen persoonlijke aandeel. De hoge facturen die helemaal niet meer in verhouding staan tot de

---

<sup>5</sup> Ministerieel besluit van 8 januari 1992 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en van de toekenningsvoorwaarden voor de tegemoetkoming in de vervoerskosten van de prematuren en pasgeborenen wier leven wordt bedreigd of die een risico op blijvende neurologische sequellen lopen (gewijzigd bij MB van 24 november 1998).

achterliggende kosten moeten er uit. Dit financiële risico mag ook helemaal niet doorgeschoven worden naar de ziekenhuizen.

Ziekenhuizen zijn bereid om in te zetten op een efficiënte(re) organisatie van het interhospitaalvervoer. Ook voor de opdrachten, die buiten de scope van dit advies liggen (zoals de vervoeren waarbij de patiënt binnen de 24u terugkeert naar huis) is de tariefbepaling een criterium bij het uitschrijven en gunnen van openbare aanbestedingen. Op die manier kan men bij de openbare aanbesteding meer aandacht besteden aan andere aspecten zoals de kwaliteit van de dienstverlening, stiptheid van de opdrachten, service voor de patiënt,... bij de openbare aanbesteding.

## 6. Slotbeschouwingen

Dit is een advies voor een getrapte aanpak.

De ziekenhuizen zijn bereid om mee te werken aan een meer efficiënte organisatie van het interhospitaalvervoer. Echter in deze fase kan de FRZV omwille van de hierbovenvermelde redenen slechts een gedeeltelijk advies afleveren.

In deze fase stelt de FRZV voor om prioriteit te geven aan de aanwending van de middelen voor een gedeeltelijke terugbetaling van de patiënt in het kader van de verplichte verzekering vast te stellen voor het medisch en/of verpleegkundig begeleid interhospitaalvervoer bij de algemene ziekenhuizen. De FRZV is bereid om voorstellen tot bijsturing of uitbreiding te analyseren zodra er meer bruikbare registratiegegevens beschikbaar zijn.

Naast de medische/verpleegkundige begeleiding is ook de afstand in km (of in tijd in grootstedelijke gebieden) een belangrijke factor in de kostprijs. Op termijn moeten op basis van de registraties geëvalueerd worden of bijkomende financiële middelen moeten worden vrijgemaakt die een verruiming van het toepassingsgebied naar alle types interhospitaalvervoer kunnen vergoeden.

Een volledige inkanteling van het dringend interhospitaalvervoer in de organisatie van de DGH (112) behoort volgens de FRZV ook tot de mogelijkheden.

In het budget van 13,494 miljoen EUR is eveneens een budget van 7 miljoen EUR inbegrepen, dat aanvankelijk aan de algemene ziekenhuizen toegewezen was om de samenwerking tussen de ziekenhuizen van het ziekenhuisnetwerk te bevorderen<sup>6</sup>. De minister gaf in zijn nota over de hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering van 28 januari 2022 te kennen dit bedrag prioritair te willen inzetten voor de verlaging van de patiëntenfactuur van interhospitaalvervoer. Door deze 7 miljoen EUR te investeren in het interhospitaalvervoer komt dit bedrag ten goede van de patiënt, maar verdwijnt het uit de onmisbare financiering voor de ondersteuning van coördinerende functies van de ziekenhuisnetwerken, wat FRZV niet kan goedkeuren. De FRZV herhaalt dan ook haar vraag om minstens de (bij wet opgelegde) coördinerende functies van de ziekenhuisnetwerken kostendekkend te financieren.

Tenslotte wil de FRZV eindigen met de boodschap dat er zeker bereidheid is bij alle betrokken actoren om hun medewerking te verlenen aan het doelmatiger organiseren van het interhospitaalvervoer.

---

<sup>6</sup> Dit was bedoeld voor de coördinerende functies (in het bijzonder diegene die door de wet verplicht werden: netwerkhoofdartsen, college van hoofdartsen).

Het hoger doel moet zijn om naar maximale en kwaliteitsvolle zorg te streven en dit voor elk type van de patiënt (Quintuple Aim), waarvan het interhospitaal transport integraal deel van uit maakt.



**Bijlage : overzicht registraties pilootprojecten Plexus en Vivalia (overzicht 01/2023)**

Plexus 8 maand gegevens Vivalia 11 maand gegevens	per maand / par mois	
	Plexus	Vivalia

**Non-urgent**

dans le réseau / binnen netwerk (interhospitaal)	104	44
buiten netwerk / en dehors du réseau (intrahospitaal)	214	8

**Urgent**

dans le réseau / binnen netwerk (interhospitaal)	43	2
buiten netwerk / en dehors du réseau (intrahospitaal)	52	2

Plexus 8 maand gegevens Vivalia 11 maand gegevens	Prix facturé / Gefactureerde prijs	
	Plexus	Vivalia

**Non-urgent**

aan ziekenhuis - à l'hôpital	152,16 €	294,81 €
Patient	223,41 €	898,82 €

**Urgent**

aan ziekenhuis - à l'hôpital	68,88 €	772,91
Patient	62,89 €	geen gegevens/ pas de données