



Aan de federale Minister van
Volksgezondheid en Sociale zaken

Aan de Ministers van Gezondheid van de
deelstaten

25/11/2020

NAAR EEN GOEDE COÖRDINATIE, TRANSPARANTIE EN BETAALBAARHEID VAN HET PATIËNTENVERVOER

Het onderwerp van dit advies

Dit advies handelt over de coördinatie van het niet-dringend patiëntenvervoer. Het vervoer dus buiten de oproepen van de 112-alarmcentrale. Het niet-dringend patiëntenvervoer heeft zowel betrekking op zittend-, liggend- als rolwagenvervoer. Het is een gedeelde bevoegdheid tussen deelstaten en federaal niveau.

De coördinatie van het patiëntenvervoer van thuis naar een ziekenhuis, zorginstelling of zorgverlener en terug, is een pijnpunt in dit land, alhoewel er regionale verschillen zijn in de ernst van het probleem. Het treft iedereen die ervan gebruik moet maken maar des te meer patiëntengroepen die structureel en langdurig een beroep moeten doen op niet-dringend vervoer vanwege hun chronische aandoening.

Het Observatorium Chronisch ziekten beschrijft in dit advies pijnpunten en formuleert oplossingen voor de overheden om de chronische zieke patiënt te ondersteunen bij het leven van elke dag via een gecoördineerd aanbod aan patiëntenvervoer waarbij de kostprijs duidelijk en billijk is voor de patiënt.

Het patiëntenvervoer speelt een elementaire rol in de organisatie van de gezondheidszorg. Vervoer is noodzakelijk om zorgafspraken te kunnen nakomen. Het belang ervan zal enkel stijgen in de toekomst met de hervorming naar netwerken en gespecialiseerde referentieziekenhuizen, de vergrijzing en de omschakeling van ziekenhuis- naar ambulante opnames.

Vanwege de hoge noden en pijnpunten omtrent het patiëntenvervoer besliste het Observatorium voor chronische ziekten een aantal adviezen te formuleren ter versterking van patiëntgericht en betaalbaar vervoer. De twee andere adviezen van het Observatorium, naast de voorliggende, handelen over de terugbetaling van ziekenvervoer tussen ziekenhuizen¹ en de financiële toegankelijkheid van repetitief patiëntenvervoer bij chronische aandoeningen.

Dit advies werd geschreven in de periode van de COVID-19-crisis. De COVID-crisis zorgde ook voor spanningen in de vervoerssector. De bestaande problemen werden nog versterkt en er kwamen nieuwe problemen bij zoals decontaminatiekosten en het moeilijker kunnen inzetten van vrijwilligers voor vervoersopdrachten gezien deze vaak tot een risicogroep behoren. De overheden bleken bereid om naar oplossingen te zoeken. Maar ook tijdens COVID waren ze beperkt qua termijn en bereik waardoor kwetsbare doelgroepen niet altijd in aanmerking kwamen.

¹ Voor het advies over ziekenvervoer tussen ziekenhuizen, zie de webpagina op de website van het Observatorium. <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/adviezen-observatorium-chronische-ziekten.aspx>

A. Transversale verwachtingen van het Observatorium omtrent patiëntenvervoer

Het Observatorium schuift deze basisprincipes naar voor inzake patiëntenvervoer. Het gaat om transversale principes van belang voor elk type van patiëntenvervoer. Het zijn kwaliteitsnormen die door verschillende overheden reeds naar voor werden geschoven ². Belangrijk is dat er een balans is tussen kwaliteit en betaalbaarheid voor de patiënt.

Een patiëntenvervoer

- ✓ Met een hart voor kwaliteit, toegankelijkheid en duurzaamheid
- ✓ Met oog op de veiligheid en het comfort van de patiënt en begeleiders
- ✓ Waarin het welzijn van de patiënten en de medisch ethiek worden geëerbiedigd
- ✓ Betaalbaar voor elke patiënt. Met a priori transparantie van de tarieven en tariefzekerheid zowel voor de patiënten als de bevoegde instanties
- ✓ Waarin de fysieke en morele integriteit van de patiënten steeds wordt gerespecteerd
- ✓ Met respect voor het principe van de gelijkheid van behandeling, zonder rechtstreekse of onrechtstreekse discriminatie
- ✓ Met respect voor de grondwettelijke en wettelijke rechten en vrijheden van de patiënten waaronder de vrije keuze van de dienst voor niet-dringend patiëntenvervoer, met inachtneming van hun gezondheidstoestand
- ✓ Met eerbiediging van de wettelijke verplichtingen inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de uitwisseling van gegevens gezien de gevoelige informatie over de gezondheidstoestand.

B. Het belang van betaalbaar en gecoördineerd patiëntenvervoer

Het belang van kwalitatief en betaalbaar patiëntenvervoer

Patiëntenvervoer speelt een belangrijke rol in de organisatie van de gezondheidszorg. Er is elke dag heel wat behoefte aan. Het is een onmisbare schakel in de toegang tot de zorg en is noodzakelijk voor mensen die zich niet autonoom naar een zorgafpraak kunnen verplaatsen en terug naar huis kunnen keren. Het zorgt dat er geen doktersafspraken worden gemist, bedden in het ziekenhuis sneller vrijkomen wanneer de patiënt klaar is voor ontslag. Kortom patiëntenvervoer maakt een integraal onderdeel uit van de gezondheidszorg.

Vervoer is extra belangrijk voor patiënten met een chronische aandoeningen. Het helpt hen onafhankelijk te blijven, hun nodige zorgen te ontvangen en ziekenhuisopnames te vermijden.

Nood aan betaalbaar patiëntenvervoer

Toch voorzien overheden slechts in specifieke situaties financiële tussenkomsten inzake patiëntenvervoer. Vervoer kan echter tot hoge kosten leiden voor de patiënt en dus de toegankelijkheid van de zorg in gevaar brengen wanneer mensen zorg gaan mijden vanwege problemen met vervoer of vervoerskosten. Daarom vraagt het Observatorium een goede terugbetaling van patiëntenvervoer wanneer de vervoerskosten hoog zijn, hetzij door de duur van de noodzakelijke behandeling, de ziektelast - kwetsbaarheid van de patiënt, de frequentie van het vervoer, omdat een geschikte behandeling niet in de directe omgeving van de patiënt voorhanden is of het onredelijk moeten beroep doen op mantelzorg of op gewoon, niet-medisch vervoer (openbaar vervoer, taxi's, vervoersdiensten van algemeen belang, ...).

Meer coördinatie is broodnodig

Vanuit verschillende instanties, hoeken en patiëntenorganisaties wordt bevestigd dat de coördinatie van het patiëntenvervoer niet voldoende vlot en goed verloopt op dit ogenblik. Patiënten zijn nochtans

² Gebaseerd op

- Protocol met betrekking tot de kwaliteitsnormen voor niet-dringend liggend ziekenvervoer 27/6/2016 (Vlaanderen)
- Ordonnantie betreffende de organisatie van het niet-dringend ziekenvervoer (Brusselse Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie – 21/3/18)
- Voorbereidende teksten aanpassing van Waalse wetgeving omtrent ziekenvervoer

vragende partij voor duidelijke en eenvoudig begrijpbare informatie omtrent tarifiering en het aanvragen en uitvoeren van patiëntenvervoer.

In sommige deelstaten ³ zijn er in de voorbije legislatuur stappen vooruit gezet om de coördinatie te verbeteren en zijn er ook plannen om verder op de ingeslagen weg te gaan. In andere deelstaten is er nog steeds een gebrek aan coördinatie. Er ontbreekt een duidelijk, overzichtelijk en gecoördineerd aanbod. Een extra aandachtspunt is het deelstaat-overschrijdend patiëntenvervoer.

Het vervoersaanbod is divers. Het start vanuit de wil de patiënt, de burger te ondersteunen bij zijn vervoersbehoefte. Het gaat van lokaalgebonden initiatieven van gemeentes, OCMW's en kleine vzw's. Tot de grotere initiatieven gelinkt aan de ziekenfondsen zoals partnerschappen of contractering met vervoerders/regiecentrales, vrijwilligerswerkingen, tussenkomsten in de aanvullende verzekering e.a.

Het aanbod en de inspanning zijn nobel en nuttig. Echter de verschillende inspanningen kunnen meer effect hebben door in te zetten op een sterkere afstemming tussen de verschillende initiatieven. Te vaak nog is de patiënt de dupe van het gebrek aan coördinatie. In sommige deelstaten blijft onduidelijkheid over de kostprijs, over de manier van aanvragen, over de voorwaarden om beroep te doen op bepaald vervoer, de voorwaarden om te genieten van bepaalde tarieven,... Meer coördinatie zou kunnen zorgen voor een patiëntvriendelijkere werking. En daarnaast ook voor transparante en kans op lagere tarieven wanneer het vervoer efficiënter georganiseerd wordt. Dit is ook voordelig voor een vlottere patiëntenstroom van, naar, terug en binnen de zorginstellingen.

Daarom een oproep van het Observatorium aan de verschillende spelers in de sector van het patiëntenvervoer om stappen vooruit te zetten naar een betere coördinatie van het aanbod aan patiëntenvervoer én eenvoudige toegang tot duidelijke informatie voor de patiënt. In deze tijden waarin digitaal gedreven bedrijven ⁴ dagelijks ontelbare logistieke opdrachten opzetten en uitvoeren moet dit toch een haalbare kaart zijn met oog op kwalitatief en gecoördineerd patiëntenvervoer?

C. Huidige situatie inzake bevoegdheden

De overheden maken een onderscheid tussen dringend, niet-dringend en specifiek patiëntenvervoer. De bevoegdheden is verdeeld over de federale en regionale overheden. Waar de grens van de bevoegdheden ligt is niet altijd even duidelijk. Sowieso wordt patiëntenvervoer maar in erg beperkte mate terugbetaald. Het wordt ook niet opgenomen in de Maximumfactuur, die bedoeld is om zorgkosten niet hoog te laten oplopen.

De bevoegdheden van de federale overheid

De Belgische verplichte ziekteverzekering vergoedt bepaalde reiskosten van patiënten. Zo worden gepland, specifiek niet-dringende reiskosten terugbetaald voor chronische of revalidatiepatiënten (reiskosten voor dialysepatiënten/ voor kankerpatiënten/ voor ouders van gehospitaliseerde kinderen met kanker/ in het kader van revalidatie met rolstoel).

Daarnaast is de federale overheid ook verantwoordelijk voor het dringend vervoer. Dit is het vervoer van patiënten dat via het noodnummer "112" wordt georganiseerd. Sinds 2019 wordt aan de patiënt voor elke dringende interventie van de ambulance na een 112-oproep 60,84 euro (geïndexeerd tarief 2020) aangerekend voor vervoerskosten, ongeacht de afgelegde afstand. Dit is een duidelijk verbetering voor de patiënt in vergelijking met de situatie van voor 2019.

³ In Vlaanderen bestaat sinds 1 januari 2019 een samenwerkingsverband (gemeenschappelijk lastenboek vervoer) tussen een reeks ziekenfondsen en de regiecentrale Mutas. Dit zorgde ervoor dat leden van deze ziekenfondsen een centraal telefoonnummer hebben. Bij het contacteren van de regiecentrale wordt meteen inzicht gegeven in de kosten die door de patiënt zullen moeten worden betaald. Daardoor is er tariefzekerheid voor de patiënt. De Vlaamse overheid ondersteunde het samenwerkingsverband via o.m. het financieren van een kostenstudie van patiëntenvervoer. Ook de Vlaamse ziekenfondsen niet aangesloten bij het vermelde samenwerkingsverband hebben een vergelijkbare werking met een externe regiecentrale.

⁴ In de praktijk gebeurt dit al. Een aantal regiecentrales vooral actief in Vlaanderen voor de ziekenfondsen werken met een online systeem Booqit waarbij de regiecentrale de ritten via een online tool overmaakt aan de ziekenvervoerders om hun rit al dan niet te aanvaarden of te weigeren. Via deze tool krijgt ook de vervoerder het bedrag van de rit; de berekening van welk tarief aangerekend mag worden aan de regiecentrale en aan het lid. Sommige logistieke bedrijven gaan nog verder. Zij werken met track & trace waardoor nog gemakkelijker ritten zouden kunnen toegewezen worden zodat vervoerders minder lege km's zouden hebben.

De bevoegdheden van de deelstaten

De deelstaten zijn bevoegd voor het niet-dringend patiëntenvervoer dat buiten “112” wordt georganiseerd en buiten de verplichte ziekteverzekering valt. Sinds de 6^{de} staatshervorming zijn er bevoegdheden omtrent revalidatie en dagverzorgingscentra overgedragen. Voor revalidatie en dagverzorgingscentra worden ook vervoersonkosten voorzien. Dit zijn de enige tussenkomsten voor de patiënt die de deelstaten voorzien inzake patiëntenvervoer.

De verschillende deelstaten hebben de voorbije legislaturen stappen gezet inzake kwaliteitsnormering, regulering, vergunningen voor niet-dringend liggend ziekenvervoer ⁵, controle, organisatie en opvolging van het niet-dringend patiëntenvervoer. In sommige deelstaten is op dit ogenblik regulering omtrent tarieven van kracht. Er wordt gewerkt met maximumtarieven ⁶, of er worden stappen gezet naar tariefzekerheid voor de gebruiker. Dit zijn positieve stappen voor wie occasioneel gebruik moet maken van patiëntenvervoer maar geen structurele oplossing voor mensen met een chronische aandoening die stelselmatig hoge kosten hebben vanwege de langdurige noodzaak aan patiëntenvervoer. Soms zijn er ook negatieve neveneffecten. In sommige deelstaten verhindert de officiële prijsstelling voorlopig bepaalde misbruiken niet. Zo blijkt dat maximumtarieven soms zorgen voor hogere tarieven dan anders het geval zou zijn. De maximumtarieven hebben enkel betrekking op bepaalde handelingen waardoor toch sommige supplementen kunnen worden aangerekend. De maximumtarieven zijn ook niet geldig bij het overschrijden van een andere deelstaat; dan worden net hogere tarieven aangerekend ⁷.

Het voorzien van maximumtarieven zonder overheidstussenkomst en andere flankerende maatregelen lijkt ons daarom niet aangewezen. Sowieso is het raadzaam – om ongewenste neveneffecten te vermijden - dat er meer overleg komt tussen aanbieders van vervoer, ziekenfondsen, verzekeraars én dat in samenspraak tussen de verschillende federale entiteiten.

Vermelding van patiëntenvervoer in de recente regeerakkoorden

Het Vlaamse regeerakkoord heeft de intentie om verder in te zetten op een eenvormig oproepsysteem en tariefzekerheid voor de patiënt in haar regio. Het Waalse regeerakkoord heeft aandacht voor de toegankelijkheid van mensen met verminderde mobiliteit en de intentie om het niet-dringend vervoer te analyseren met oog op een structurele en financiële verbetering voor de patiënt. In de andere regeerakkoorden was er geen aandacht voor patiëntenvervoer. Nergens was er aandacht voor deelstaat-overschrijdend vervoer.

⁵ In Vlaanderen moeten vanaf medio 2021 alle ziekenwagendiensten vergund zijn om niet-dringend liggend ziekenvervoer te mogen uitvoeren. Meer op webpagina: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/ziekenvervoer> In andere deelstaten werd dit ook bekeken voor liggend en niet-liggend vervoer. Maar is de voorbereiding nog niet voltooid en dus niet geïmplementeerd.

⁶ Maximumtarieven (Wallonië) blijken in de praktijk wel vaak de norm te worden inzake prijssetting met hogere prijzen als gevolg. Vooral voor patiënten die regelmatig gebruik moeten maken van vervoer onvoldoende. De maximumtarieven houden geen rekening met supplementen. In de praktijk worden te hoge facturen gecorrigeerd doordat de verschillende ziekenfondsen maximumtarieven overeenkomen met de vervoerders.

In Vlaanderen worden geen tarieven vooropgesteld. Sinds 1-1-2019 is er in Vlaanderen voor het ziekenvervoer met verschillende landsbonden een samenwerking met Mutas. Hiervoor werd een gezamenlijk lastenboek opgemaakt voor zowel liggend/rolwagen en zittend ziekenvervoer. De tarieven worden via dit lastenboek bepaald.

⁷ Voorbeeld uit de dagelijkse praktijk. Dame wordt vanuit Halle overgebracht naar UZ Brussel. Heenrit kost €650,40. Terugrit: €458,23. De prijs is voor heen en terug verschillend, nochtans identiek dezelfde afstand en type vervoer. Onbegrijpelijk voor de patiënt.

D. Een blik op de sector van patiëntenvervoer

De uitvoerders van het georganiseerd patiëntenvervoer ⁸

Taxidiensten

- Staan in voor personenvervoer. Kan ook gebruikt worden door patiënten.

Ambulancediensten voor patiëntenvervoer

- Bieden een mix aan van types vervoer gaande van zittend-, rolwagenvervoer maar ook liggend ambulancevervoer met eventuele zuurstof of infuustoediening, in aanwezigheid van verpleegkundige en/of arts indien nodig.
- Kan ingezet worden voor zowel dringend (via 112) als niet dringend - ziekenvervoer. Ze werken soms contractueel in opdracht van ziekenhuizen - regiecentrales - 112. De patiënt kan ook rechtstreekse ritten aanvragen.
- Voorbeelden van aanbieders zijn Rode Kruis en Ambuce

Basismobiliteit vrijwilligersvervoer of vervoer van algemeen belang

- Dit kan gelinkt zijn aan een thuiszorgorganisatie, ziekenfonds, een gemeente, OCMW, ... Dit type vervoer is niet voor elke patiënt geschikt gezien het vervoer vaak gebeurt door vrijwilligers met hun eigen personenwagen. In sommige deelstaten wordt vervoer van algemeen belang ook uitgevoerd met personeelsleden en dienstwagens.
- Voordeel kleinschaligheid, nabijheid en vertrouwdheid, lijkt evenwel soms te botsen op coördinatie- en capaciteitsproblemen. Vaak, maar niet steeds aan een gunstiger tarief dan de privé-vervoerders (afhankelijk van de afstand). De Mindermobiele centrales werken in Vlaanderen samen met Taxistop.

Regiecentrales

- Voor niet-dringend ziekenvervoer. Ze structureren de contacten tussen de aanvrager en de vervoerder. De regiecentrales zorgen voor de organisatie van binnenkomende aanvragen aan vervoer en de administratieve opvolging ervan, meer en meer ondersteund door digitale technologie. Ze werken vaak in opdracht van de ziekenfondsen.
- Ze hebben contracten met vervoerders die regionaal verspreid zijn zodat ze ritten kunnen garanderen. Sommige werken ook samen met vrijwilligers.
- Voorbeelden van regiecentrales in Vlaanderen zijn Mutas en Solidariteit voor het gezin. In Wallonië of Brussel zijn er geen gelijkaardige regiecentrales. Op regionale schaal bv. regio Dinant worden er wel op lokaal niveau initiatieven opgezet.

Het kostenmodel van de professionele aanbieders in patiëntenvervoer

Waar zitten de kosten van patiëntenvervoer?

In het kostenmodel van patiëntenvervoer zitten heel wat vaste kosten vevat zoals het voertuig, de standplaats, coördinatie, communicatie, permanentie personeelsleden, opleiding van personeelsleden, tijd voor het ophalen van het voertuig, de tijd zonder opdracht, pauzes, verzekeringskosten, onderhoud wagens, aankoop en onderhoud kledij ... Daarnaast zijn er nog de variabele kosten naar gelang de rit met de patiënt zoals afstand, brandstof, wachttijd in het ziekenhuis, inzet type wagen, inzet type personeel ... ⁹. In de praktijk blijken de vaste kosten de grootste kostenpost.

Het belang van voldoende ritten voor financiële duurzaamheid

Met oog op de rendabiliteit is het belangrijkste objectief de "lege" momenten¹⁰ zonder inzittenden in de wagens te minimaliseren. Om rendabel te zijn moeten vervoersbedrijven voldoende ritten per dag kunnen maken. Centrale dispatching waardoor lege kilometers kunnen vermeden worden door het beter afstemmen van afzetten en ophalen patiënten, kortere wachttijden aan zorginstellingen, ritten dicht bij standplaats, bundeling van ritten kunnen de rendabiliteit versterken zodat er een gezonde sector is zonder over- of ondercapaciteit aan vervoerdersbedrijven.

De rol van aanbestedingen in de vervoerssector

⁸ In België is er een scheiding tussen de 112 coördinatie voor dringend vervoer en het niet-dringend vervoer. Relevant te melden is dat er andere Europese landen of regio's zijn waar dit minstens ten dele gebundeld wordt. In Denemarken, Wales en Zweden wordt vanuit de meldkamer van het dringend patiëntenvervoer ook planbare ambulancezorg, waaronder zittend vervoer (taxivervoer) georganiseerd. Het voordeel daarvan is dat het organiseren van dit planbare vervoer vanuit één meldkamer er voor zorgt dat er geen inzet van een ambulance-eenheid nodig is en dit de capaciteit en efficiëntie van beschikbare ambulances vergroot. Rapport Nivel, Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijnszorgketen, Nederland, 2019

⁹ Rapport "Onderzoek naar de prijssetting van niet-dringend ziekenvervoer", Möbius in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid", 2018

¹⁰ De vervoerders investeren vaak ook tijd in het brengen van de patiënt naar een afdeling in het ziekenhuis, als de patiënt dit niet zelfstandig kan. Hiervoor zou kunnen nagedacht worden dat de ziekenhuizen zelf begeleiders zouden voorzien om kwetsbare patiënten naar de juiste plek te brengen en daarna terug naar de uitgang waar de vervoerder wacht. Er zijn reeds ziekenhuizen in België waar dit gebeurt.

Het patiëntenvervoer wordt sterk aangedreven door aanbestedingen met contractspecificaties. Er zijn aanbestedingen tussen ziekenhuizen en vervoerders, overheden en vervoerders (organisatie dringend ziekenvervoer 112) en tussen ziekenfondsen en regiecentrales (en via hen met vervoerdersdiensten).

Wie betaalt de factuur?

De patiënt zelf

- Het is overduidelijk dat een groot deel van de kosten **van het niet 112 vervoer** bij de patiënt zelf terechtgekomen. Er is geen zicht op de hoogte van deze kosten; er bestaat immers geen barometer van vervoerskosten.
- Patiëntengezuigenissen maken gewag van grote verschillen in facturen naar gelang standplaats auto-chauffeur, heen- of terugrit, wachten in de file, andere vervoerder, wijze van transport, begeleider, hogere prijs door afhankelijk te zijn van de zorginstelling die het vervoer regelt, e.a.

De ziekteverzekering - FOD Volksgezondheid - deelstaten

- Komt tussen voor vervoer tussen ziekenhuizen binnen de 24 u (opgenomen in de ligdagprijs). Er zijn tussenkomsten voor mensen met een specifieke chronische aandoening of in revalidatie. Daarnaast wordt ook het dringend ziekenvervoer gefinanciërd. Sinds de 6de staatshervorming betalen ook de deelstaten vervoerskosten terug voor revalidatie en dagverzorgingscentra.

De ziekenfondsen

- Komen tussen via hun vrije- en/of aanvullende verzekeringen. Deze financiële middelen worden via de premies/lidgeden geïnd. Ziekenfondsen komen meestal enkel tussen voor niet-dringend ziekenvervoer van huis naar ziekenhuis/woonzorgcentra en omgekeerd. Een deel van de kosten blijft ten laste van de patiënt.

Verzekeringen

- Wie een bijkomende hospitalisatieverzekering heeft, kan onkosten terugbetaald krijgen voor vervoerskosten met de ziekenwagen. Maar dit is uiteraard afhankelijk van polis tot polis, ook de verzekerde bedragen verschillen. Slechts een deel van de Belgische burgers heeft een dergelijke verzekeringspolis

Lessons learned: belang van stakeholder overleg

In bijna alle deelstaten is nu reeds een commissie voor niet-dringend ziekenvervoer actief waarin stakeholders worden samengebracht met als opdracht bepaling, actualisering en voortgangsbewaking van de minimumkwaliteitseisen voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer, verdere opdracht-uitbreiding zou momenteel worden overwogen door de overheid ¹¹. Het gaat om vertegenwoordigers van patiëntenvoerders, ziekenfondsen, zorginstellingen, patiëntenorganisaties, soms vertegenwoordigers van zorgverleners, vertegenwoordigers van de betrokken ministers, de administratie van de regionale overheid (AViQ, Iriscare Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid). Regiecentrales worden in sommige deelstaten ad hoc uitgenodigd naar gelang de nood van de agenda. Het lijkt aangewezen dat de samenstelling van de commissie niet-dringend ziekenvervoer in de verschillende regio's vergelijkbaar zou zijn en met vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen en patiëntenorganisaties.

De commissie voor niet-dringend ziekenvervoer zorgt voor een dialoog tussen de verschillende stakeholders en blijkt een goed forum om problemen en klachten te bespreken. Het zorgt voor een centralisering van kennis en praktijkervaring. De commissie behandelt klachten en geschillen in 2^{De} lijn ¹², bespreekt problematieken en detecteert signalen vanuit het terrein. Het faciliteert gedragenheid

¹¹ In Brussel is de opdracht breder. In 2019 richtte de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie de Permanente overlegcommissie inzake niet-dringend ziekenvervoer Brussel op. De commissie heeft als opdracht om voorstellen, adviezen en aanbevelingen te formuleren over erkenningsnormen, opleiding van personeel, financiële verhoudingen tussen patiënten en vervoersdiensten en technische controle met het oog op het waarborgen van de kwaliteit, toegankelijkheid en financiële levensvatbaarheid van de diensten voor niet-dringend ziekenvervoer in Brussel.

¹² Situatie in Vlaanderen: Er wordt verwacht dat klachten eerst behandeld worden door de betrokken diensten en dat pas wanneer er daar geen oplossing gevonden wordt, het kan behandeld worden op niveau van de Commissie. Voor dergelijke klachten is er een centraal mailadres bij de Commissie.

binnen de sector en zette mee stappen in kwaliteit en prijsbeleid en een sterkere regulering van de sector. De competentiegebieden verschillen per deelstaat. In sommige wordt enkel het liggend vervoer behandeld, in andere ook zittend vervoer. En in een derde deelstaat ook rolstoelvervoer. Het lijkt aangewezen dat overal zowel zittend, liggend als rolstoel patiëntenvervoer zou worden meegenomen in het stakeholder overleg.

E. Naar meer coördinatie van patiëntenvervoer

Er zijn dus heel wat verschillende aanbieders van vervoersdiensten. In elke regio zijn er meerdere patiëntenvervoerders actief en vaak zijn er lokale initiatieven met vrijwilligers. Probleem is echter dat de coördinatie in de praktijk vaak ontbreekt tussen deze initiatieven. Men werkt op zijn eigen regionale kader, met eigen chauffeurs, wagens, contact-telefoonnummer ... waardoor het systeem versnipperd en onnodig duur is.

Ten koste van de patiënt die niet of onvoldoende weet bij wie hij kan aankloppen voor welk type vervoer, voor zijn problematiek en zijn specifieke behoeften en aan de beste prijs/tussenkost. De situatie is niet in alle deelstaten even acuut. In sommige deelstaten zijn er duidelijke stappen vooruit gezet om de coördinatie te verbeteren, in andere deelstaten moet er een grote sprong voorwaarts worden gemaakt.

Waarom is er nood aan meer coördinatie?

Sterke coördinatie helpt de patiënt het gepaste vervoer te krijgen in functie van zijn zorgnood en vraag, met de juiste begeleiding, in het juiste voertuig, op het juiste tijdstip, op de juiste plek en aan het correcte tarief, aangepast aan zijn gezondheidstoestand (niet te veel en niet te weinig). Vanzelfsprekend is het ook hier van belang om de vraag van de patiënt mee te nemen. Bovendien kan dit ook het oneigenlijke gebruik verminderen.

Sterke coördinatie helpt de patiënt het gepaste vervoer te krijgen in functie van zijn zorgnood en vraag, met de juiste begeleiding, in het juiste voertuig, op het juiste tijdstip, op de juiste plek en aan het correcte tarief, aangepast aan zijn gezondheidstoestand (niet te veel en niet te weinig).

Hoe verloopt het nu?

Er zijn heel verschillende mogelijkheden om je als patiënt van thuis naar een zorgverlener – ziekenhuis en terug naar huis te verplaatsen. Het is ingewikkeld voor de patiënt om te weten waar hij het best terecht kan voor zijn gezondheidssituatie, de snelheid van beschikbaarheid aan de beste prijs. We vermoeden dat het ook voor zorgverleners zoals huisartsen niet evident is om de bomen door het bos te zien.

In de verschillende deelstaten zijn volgende transportmogelijkheden, buiten het openbaar vervoer en de eigen wagen, voorzien. In de bijlage wordt een overzicht gegeven van de concrete situatie voor patiënten in de verschillende deelstaten.

Gewone taxi

- Als de patiënt zittend vervoerd kan worden. Vervoer op aanvraag tegen betaling. Een taxi is dag en nacht beschikbaar. Je kan een taxi aanvragen tot vlak voor je vertrek bij een taxistandplaats, thuis of op een afgesproken locatie.
- Niet elke taxi-dienst heeft aangepaste voertuigen voor rolstoelgebruikers.
- Taxidiensten hanteren wettelijk vastgelegde tarieven. In de praktijk dure optie, meestal geen terugbetaling voorzien. Sommige ziekenfondsen hebben via samenwerkingsverbanden een dergelijk aanbod voor hun leden via zittend vervoer (dienstverlening “type taxi”).

Mindermobielen centrale of transportdiensten van algemeen belang

Patiënten met klachten over facturen en verkoopsvoorwaarden zitten al te vaak vast. Het is onduidelijk bij wie ze terecht kunnen. Er zijn ook te weinig drukingsmiddelen om tot oplossingen te komen vanwege een te beperkte wetgevende bescherming. Voor oplossingen moeten ze vaak rekenen op de goede wil van de betrokken partijen. Patiënten met klachten zouden het best terecht moeten kunnen in een centraal meldpunt gezondheidszorg. Dit principe staat alvast vermeld in het Vlaamse regeerakkoord van 2019.

- In de verschillende deelstaten bestaan er dergelijke initiatieven. In Vlaanderen zijn deze beperkt tot mensen met een mobiliteitsbeperking en/of een laag inkomen. In Wallonië is de doelgroep ruimer.
- Het doel van de transportdienst is om te voorzien in basisvervoersbehoeften voor eerder kortere trajecten: een familiebezoek, een consultatie bij de dokter of om boodschappen te doen, e.a.
- Een dienstverlening aangeboden door de gemeente, het OCMW, lokale verenigingen e.a.

Aangepast vervoer

- Deur-tot-deurvervoer van personen met een mobiliteitsbeperking. Kan met aangepast voertuig. De chauffeur kan een handje helpen bij het in- en uitstappen of voor wat hulp van en naar de woning.

Ambulance vervoer

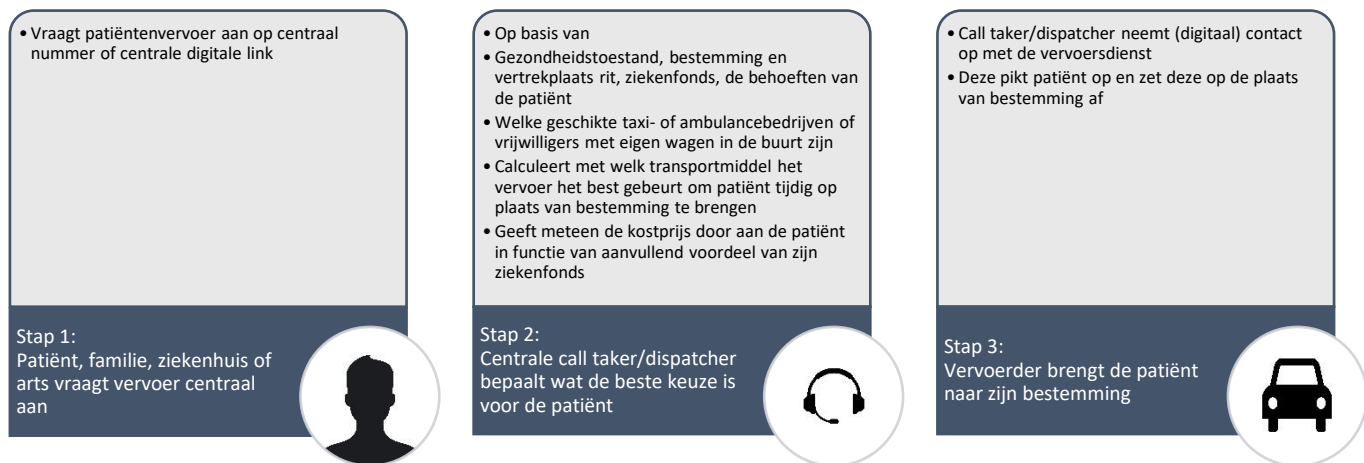
- Ziekenvervoer voor mensen die een verplaatsing moeten maken voor een medische behandeling of een (dag)opname in het ziekenhuis. Meestal gepland.
- Voor rolstoelgebruikers kan er soms aangepast vervoer voorzien worden.

Ambulance vervoer via ziekenfonds, geregeld door een regiecentrale

- Verschillende ziekenfondsen hebben een samenwerkingsverband met één regiecentrale. Zij heeft op haar beurt samenwerkingsafspraken met private ambulance- of taxidiensten.

Een vereenvoudigd schema van hoe coördinatie in patiëntenvervoer er zou kunnen uitzien¹³

In sommige deelstaten zijn er stappen gezet naar een sterkere coördinatie via regiecentrales en lopen er proefprojecten om de coördinatie verder te verfijnen¹⁴. We vragen de brede sector om beter te bekijken waar er innovatief en creatief kan samengewerkt en gepoold worden zowel vanuit de bestaande patiëntenvervoerders, regiecentrales, aangepast vervoer, mindermobiele centrales en openbaar vervoer.



¹³ De vervoerscentrales Mutas en Solidariteit voor het Gezin volgen voor Vlaanderen en Brussel minstens ten dele al een dergelijke coördinatie structuur. De vervoercentrale zorgt voor de intake van de aanvraag, de praktische afhandeling door de vervoerder en de administratieve afhandeling. De verschillende ziekenfondsen in Vlaanderen en Brussel – OCMW's doen een beroep op Mutas ofwel Solidariteit voor het Gezin voor de coördinatie van hun vervoeropdrachten.

¹⁴ Proefproject in de provincie Limburg van een centraal mobiliteitsplatform met slimme dispatching (ondersteuning van het **Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling**). Alle aanvragers van niet-dringend liggend ziekenvervoer kunnen op een eenvoudige wijze en bij één centraal platform hun vraag aanmelden. Na de ontwikkeling en testing in Limburg, zal het centraal mobiliteitsplatform verspreid worden naar Vlaanderen en uitgebreid worden tot andere vervoersvormen, o.a. het niet-dringend zittend ziekenvervoer - <https://www.pomlimburg.be/sectoren/zorgeconomie/centraal-mobiliteitsplatform-niet-dringend-liggend-ziekenvervoer/>

Stap 1

- Het vervoer wordt aangevraagd bij een centrale organisator van transport ¹⁵. Dit kan door de patiënt zelf, zijn familie, mantelzorger of zorgprofessional.
- De aanvraag kan telefonisch of digitaal via computer, tablet of smartphone.

Stap 2

- Het centrale coördinatieorgaan bepaalt wat de beste keuze is aan vervoer voor de patiënt. Het neemt onder andere volgende aspecten in rekening:
 - de gezondheidstoestand van de patiënt, bepaalt met welk type voertuig de opdracht moet gereden worden en met welk type personeel
 - de vertrekplaats en plaats van bestemming
 - de behoeften van de patiënt
 - het ziekenfonds waarbij de patiënt lid is
- Op basis van beschikbaarheid en geolocatie traceersysteem van de voertuigen calculeert de technologie van het coördinatieorgaan welke vervoerder of vrijwilliger het meest geschikt is om het vervoer uit te voeren.
- De calltaker/systeem geeft meteen de kostencalculatie door aan de patiënt (in functie van aanvullend voordeel van zijn ziekenfonds) en vertelt wat het remgeld zal zijn of indien de patiënt het volledige bedrag zelf zal moeten betalen.

Stap 3

- De calltaker/systeem verwittigt de vervoerder. Deze pikt de patiënt op en vervoert hem/haar naar de plaats van bestemming.

Stap 4

- Daarna kunnen er nog stappen gezet worden inzake de administratieve afhandeling door het centrale coördinatieorgaan zoals het bezorgen van de factuur van het remgeld aan de patiënt, de derde betaler regeling met het ziekenfonds, administratieve afhandeling met de ziekteverzekering, e.a..

De voordelen van meer coördinatie ¹⁶

- Meest gepaste vervoer in functie van de noden van de patiënt
- Duidelijkheid voor de patiënt over wie te contacteren voor patiëntenvervoer
- Duidelijkheid voor de patiënt van bij de start over de factuur en mogelijke terugbetaling
- Daling van de kosten door efficiëntiewinst en dus meer kans op lagere factuur voor de patiënt
- Duidelijkheid over de mogelijkheden voor de patiënt
- 24/7 coördinatie-ondersteuning met vlotheid, stiptheid, vind snel de juiste vervoerder en coördineer de reis van de patiënt
- Optimalisatie van vervoerscapaciteit: de beschikbare capaciteit wordt centraal gecoördineerd en gepland waardoor slimmer inzetten van beschikbaar wagenpark en personeel
- Een logische logistieke flow door een platform dat plant, trackt, rapporteert over de verplaatsing van patiënten, voertuigen en personeel/vrijwilligers
- Meer zekerheid dat het juiste voertuig/personeel wordt ingezet voor het juiste vervoer/zorgvraag ¹⁷

Risico's en aandachtspunten

- Het principe van dispatching alleen kan geen betere toegankelijkheid en tariefzekerheid voor patiënten garanderen. Er is ook regulering van operatoren en prijzen noodzakelijk, hetzij via overheidstussenkomst of via het concept van lastenboeken
- Risico van depersonalisatie en minder nabijheid van de dienstverlening. Minder loyaliteit tegenover de dienstverlening. Risico op lagere vertrouwensrelatie tussen de chauffeur/begeleider en de patiënt

¹⁵ Er kunnen meerdere centrale coördinatieorganen zijn, met oog op gemakkelijke toegang voor de patiënt en voor redenen van efficiëntie wel van belang dat er wordt gezocht naar samenwerking.

¹⁶ Randvoorwaarde: Goede samenwerking nodig tussen de regiecentrales en de aanbieders van vervoer. Gezien er gewerkt wordt in een dergelijk systeem met lastenboeken met duidelijke afspraken omtrent functioneren, prijs, e.a.

¹⁷ Er bestaat op dit ogenblik geen vastgelegde normering over wanneer en door wie verpleegkundige en/of arts moet worden ingezet. Nochtans zou dergelijke normering een duidelijke stap vooruit zijn.

- Financiële gedreven keuze weegt zwaarder door dan gepast vervoer in functie van zorgnood. Betekent vaak een cruciale factor in de kosten. Bv. ambulancevervoer terwijl taxivervoer voldoende is, zorgt voor hogere factuur.
- Ook in dit scenario blijft er nood aan duidelijke facturatie en kostentransparantie
- Risico op langere wachttijd dan bij individueel vervoer
- Bestaande vervoerscapaciteit stemt niet overeen met vervoersbehoeften
- Nood aan data(uitwisseling) tussen vervoersdiensten, ziekenfondsen, zorginstellingen, overheid

F. Onze vraag aan de overheden

Patiëntenvervoer maakt een integraal onderdeel uit van de gezondheidszorg. Toch is patiëntenvervoer qua regulering en financiering al te vaak miskend.

Het Observatorium vraagt een krachtig beleid omtrent patiëntenvervoer met als doelstelling aan de patiënt eenvoudig, efficiënt, betaalbaar en kwaliteitsvol vervoer te kunnen bieden. Het Observatorium vraagt concreet meer inspanningen van de overheden om

- Het patiëntenvervoer beter te coördineren, met o.m. aandacht voor het vervoer tussen deelstaten
- Het patiëntenvervoer betaalbaarder te maken
- In te zetten op stakeholderoverleg

Een betere coördinatie van patiëntenvervoer in samenwerking met alle stakeholders

Het Observatorium roept de overheden en de sector van het patiëntenvervoer op om stappen vooruit te zetten naar een betere coördinatie van het aanbod aan patiëntenvervoer én eenvoudige toegang tot duidelijke informatie voor de patiënt. In deze tijden waarin digitaal gedreven bedrijven dagelijks ontelbare logistieke opdrachten opzetten en uitvoeren moet dit toch een haalbare kaart zijn? De voorbeelden van regiecentrales kunnen inspirerend werken.

In alle deelstaten opstart van commissies niet-dringend patiëntenvervoer met alle stakeholders

Het Observatorium pleit er voor dat in alle deelstaten commissies niet-dringend ziekenvervoer zouden worden opgericht en dat in hun opdracht het zittend en rolwagen patiëntenvervoer naast het liggend patiëntenvervoer wordt meegenomen. In de commissie moet plaats zijn voor alle betrokken stakeholders zoals vervoerders, ziekenfondsen, zorginstellingen en patiëntenorganisaties. Het OBS vraagt om specifieke aandacht voor deelstaat-overschrijdend vervoer, dit zorgt vaak voor onduidelijkheid en hogere facturatie op het terrein.

Patiënten met klachten over facturen en verkoopsvoorwaarden zitten ook al te vaak vast. Het is vaak onduidelijk bij wie ze terecht kunnen. Er zijn ook te weinig drukkningsmiddelen om tot oplossingen te komen vanwege een te beperkte wetgevende bescherming. Voor oplossingen moeten ze vaak rekenen op de goede wil van de betrokken partijen. Patiënten met klachten zouden het best terecht moeten kunnen in een centraal meldpunt.

Nood aan betaalbaar patiëntenvervoer

Patiëntenvervoer speelt een belangrijke rol in de organisatie en toegang tot de gezondheidszorg. Toch voorzien overheden voor het niet-dringend patiëntenvervoer maar in sommige specifieke situaties financiële tussenkomsten inzake patiëntenvervoer. Patiëntenvervoer wordt ook niet opgenomen in de Maximumfactuur. Vervoer kan tot hoge kosten leiden en dus de toegankelijkheid van de zorg in gevaar brengen wanneer mensen zorg gaan mijden vanwege problemen met vervoer of vervoerskosten.

Het Observatorium vraagt dat de overheden stappen zet naar aanvaardbare en billijke prijzen voor iedereen die moet beroep doen op patiëntenvervoer.

We bepleiten dat de overheid via regulering meer werk maakt van uniformisering en via financiële impulsen stappen zet naar betaalbaarder niet-dringend ziekenvervoer. Enkel de focus leggen op pure regulering zonder financiële impulsen of interventies van de overheid is maar een deel van de

oplossing naar een kwalitatief en betaalbaar(der) ziekenvervoer. De overheden zullen in de toekomst meer financiële inbreng moeten voorzien om de betaalbaarheid voor de patiënt te garanderen.

Extra bescherming moet voorzien worden voor patiënten wanneer de vervoerskosten hoog zijn, hetzij door de duur van de noodzakelijke behandeling, de ziektelast - kwetsbaarheid van de patiënt, de frequentie van het vervoer, omdat een geschikte behandeling niet in de directe omgeving van de patiënt voorhanden is of het onredelijk moeten beroep doen op mantelzorg.

Met de meeste hoogachting,

Ulrike Pypops

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pypops', written over a horizontal line.

Voorzitster van de Raadgevende afdeling van
het Observatorium voor Chronische Ziekten

Karen Mullié

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mullié', written over a horizontal line.

Vice-voorzitster van de Raadgevende afdeling van
het Observatorium voor Chronische Ziekten

Bijlage concrete situaties in de verschillende deelstaten

Ik ben patiënt in Vlaanderen en moet naar het ziekenhuis en terug naar huis. Wat zijn mijn mogelijkheden? ^{18 19}

Optie 1: een gewone taxi

- Als de patiënt zittend vervoerd kan worden. Steeds beschikbaar tot vlak voor je vertrek.
- De taxidiensten hanteren wettelijk vastgestelde tarieven. In de praktijk dure optie, tenzij samenwerkingsverband van het ziekenfonds voor zittend vervoer voor hun leden.
- In de regio Roeselare zijn er heel wat taxibedrijven actief.

Optie 2: een vrijwilliger via een Mindermobielen centrale

- Kan ingeschakeld worden voor korte ritten voor mensen met een mobiliteitsbeperking en een laag inkomen. Het wordt uitgevoerd door vrijwilligers met een eigen wagen.
- De rit moet in Vlaanderen minstens 2 dagen vooraf aangevraagd worden. Aanvraag gebeurt via de specifieke, soms lokale mindermobielen centrale. Aan aangepast sociaal tarief per km + lidmaatschap bij de mindermobielen centrale
- Er zijn 15 Mindermobielen centrales in West-Vlaanderen, georganiseerd met steun van gemeente of OCMW of ziekenfonds e.a.

Optie 3: Aangepast vervoer

- Dit is deur-tot-deurvervoer van personen met een mobiliteitsbeperking. Kan eventueel met een voertuig aangepast voor een rolstoel.
- De rit moet ten laatste twee werkdagen vooraf aangevraagd worden. Er zijn contactpunten per provincie. Deze centrales bekijken de vervoersvraag, gaat op zoek naar het meest geschikte vervoer of geeft je de nodige informatie. Indien nodig verwijst ze door of organiseert ze zelf je rit
- De Vlaamse overheid voorziet voor dit type vervoer maximumtarieven die de vervoeraanbieder aan de gebruiker mag aanrekenen. Er zijn tarieven voor mensen met en zonder rolstoel.

Optie 4: Rechtstreeks bij ambulancedienst

- Zowel, zittend, liggend als rolstoelvervoer kan rechtstreeks bij een bedrijf aangevraagd worden door een patiënt.
- De aanvullende verzekering van de ziekenfondsen komen dan meestal niet tussen. Deze komen enkel tussen als de aanvraag via hun regiecentrale gebeurt.
- Kost afhankelijk van aantal km van de rit, vertrek van de standplaats van de ambulance (en de terugrit naar de standplaats), de wachttijd, e.a. Supplementen mogelijk voor apparatuur, aanwezigheid van medisch personeel, etc.

Optie 5: Mijn ziekenfonds contacteert een ambulancedienst

- Alle Vlaamse ziekenfondsen hebben een samenwerkingverband met een regiecentrale (met uitzondering van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering)
- De regiecentrale coördineert de aanvraag van vervoer.
- Het ziekenfonds betaalt een deel van de vervoerskost via de aanvullende verzekering. De patiënt betaalt het remgeld. Het bedrag dat het ziekenfonds tussenkomt verschilt van ziekenfonds tot ziekenfonds.

¹⁸ Bron: www.meermobiel.be, initiatief van Inter, Vlaams expertisecentrum toegankelijkheid en Universal Design

¹⁹ Het kostenplaatje zal verschillen naar gelang naar welke zorgverlener ik mij begeef. Bij vervoer naar het ziekenhuis voorzien heel wat ziekenfondsen een tussenkomst via hun vrije en aanvullende verzekering, voor vervoer naar een privépraktijk van een zorgverlener niet.

Ik ben patiënt in Wallonië en moet naar het ziekenhuis en terug haar huis. Wat zijn mijn mogelijkheden? ²⁰

Optie 1: een gewone taxi

- Als de patiënt zittend vervoerd kan worden. Steeds beschikbaar tot vlak voor je vertrek.
- De taxidiensten hanteren wettelijk vastgestelde tarieven. In de praktijk dure optie, tenzij samenwerkingsverband van het ziekenfonds voor zittend vervoer voor hun leden.
- Er zijn landelijke gebieden in België die niet goed bereikbaar zijn met een taxi.

Optie 2: Vervoer van personen via diensten van algemeen belang

- Transportdiensten van algemeen belang zorgen voor het vervoer van personen tegen betaling. Deze sociale initiatieven zijn gericht op meerdere doelgroepen en niet enkel patiënten.
- Er gelden maximumtarieven in Wallonië. Grote variatie aan voorwaarden, formules, initiatieven en organisatie. Dit wordt praktisch georganiseerd door gemeentes, OCMW's of lokale verenigingen. Maximumtarieven zorgen echter niet voor lagere prijzen.
- Het doel van de transportdienst is om te voorzien in de behoeften van medische verplaatsingen, familiebezoeken, vrije tijd, winkelen, zoeken naar werk, opleiding, ...

Optie 3: Aangepast vervoer voor mensen met beperkte mobiliteit

- Voor mensen met beperkte mobiliteit die aangepast vervoer nodig hebben. Het voertuig met chauffeur wordt op afspraak ter beschikking gesteld aan de persoon met beperkte mobiliteit.
- Alle transportaanvragen worden rechtstreeks ingediend bij de vzw die zich geografisch het dichtst bij de woonplaats van de te vervoeren persoon bevindt. Verschillende organisatoren.
- Vaak dezelfde tarieven als de TEC transportvervoerder in Wallonië.

Optie 4: (Rechtstreeks) bij ambulancedienst

- Zowel, zittend, liggend als rolstoelvervoer kan rechtstreeks bij een bedrijf aangevraagd worden door een patiënt.
- Sommige ziekenfondsen komen tussen wanneer gebruik van door hen erkende ambulancebedrijven of aanvraag via centraal nummer
- Kost afhankelijk van aantal km van de rit, vertrek van de standplaats van de ambulance (en de terugrit naar de standplaats), de wachttijd, e.a. Supplementen mogelijk voor apparatuur, aanwezigheid van medisch personeel, etc.

²⁰ Bron Wallonië: Transports d'intérêt général - <http://mobilite.wallonie.be/home/je-suis/un-citoyen/en-taxi/nature-du-transport/transports-dinteret-general.html>

Personnes à mobilité réduite - <http://mobilite.wallonie.be/home/je-suis/un-citoyen/en-taxi/personnes-a-mobilite-reduite.html>

Ik ben patiënt in Brussel en moet naar het ziekenhuis en terug naar huis. Wat zijn mijn mogelijkheden?

Optie 1: een gewone taxi

- Als de patiënt zittend vervoerd kan worden. Steeds beschikbaar tot vlak voor je vertrek.
- De taxidiensten hanteren wettelijk vastgestelde tarieven. In de praktijk dure optie, tenzij samenwerkingsverband van het ziekenfonds voor zittend vervoer voor hun leden.

Optie 2: Vervoer van personen via diensten van algemeen belang

- Transportdiensten van algemeen belang zorgen voor het vervoer van personen tegen betaling. Deze sociale initiatieven zijn gericht op meerdere doelgroepen en niet enkel patiënten.
- Het doel van de transportdienst is om te voorzien in de behoeften van medische verplaatsingen, familiebezoeken, vrije tijd, winkelen, zoeken naar werk, opleiding, ...
- In Brussel bestaat er geen legaal kader voor dit type vervoer, in andere deelstaten wel.

Optie 3: Aangepast vervoer voor mensen met beperkte mobiliteit

- Voor mensen met beperkte mobiliteit die aangepast vervoer nodig hebben. Het voertuig met chauffeur wordt op afspraak ter beschikking gesteld aan de persoon met beperkte mobiliteit.
- Alle transportaanvragen worden rechtstreeks ingediend bij de vzw die zich geografisch het dichtst bij de woonplaats van de te verzorgen persoon bevindt. Verschillende organisatoren.
- In Brussel bestaat er geen legaal kader voor dit type vervoer, in andere deelstaten wel.
- Geen Brusselse wetgeving omtrent tarieven.

Optie 4: (Rechtstreeks) bij ambulancedienst

- Zowel, zittend, liggend als rolstoelvervoer kan rechtstreeks bij een bedrijf aangevraagd worden door een patiënt.
- Sommige ziekenfondsen komen tussen wanneer gebruik van door hen erkende ambulancebedrijven of aanvraag via centraal nummer
- Kost afhankelijk van aantal km van de rit, vertrek van de standplaats van de ambulance (en de terugrit naar de standplaats), de wachttijd, e.a. Supplementen mogelijk voor apparatuur, aanwezigheid van medisch personeel, etc.
- Voor dit type vervoer bestaat er een legaal kader in Brussel. Maar is nog niet in werking voor tarieven.