



Aan de federale Minister van  
Volksgezondheid en Sociale zaken

Aan de Ministers van Gezondheid van de  
deelstaten

25/11/2020

## **NAAR EEN GOEDE FINANCIËLE TOEGANKELIJKHEID VOOR PATIËNTENVERVOER VOOR REDENEN VAN CHRONISCHE AANDOENING**

### **Het onderwerp van dit advies**

Dit advies handelt over de patiëntengroepen die structureel en langdurig een beroep moeten doen op patiëntenvervoer vanwege hun chronische aandoening. Aan hun behandeling zijn vervoerskosten automatisch gelinkt.

Het Observatorium vraagt dat eens de kosten hoog en repetitief worden en de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt, de overheden interveniëren met oog op het beschermen van de gezondheidsgelijkheid en toegankelijkheid van de zorg.

De bevoegdheid inzake patiëntenvervoer is verdeeld over de federale en regionale overheden. De grens waar de bevoegdheid van de ene stopt en de andere begint is vaag en onduidelijk. Welk bevoegdheidsniveau ook verantwoordelijk, de patiënt, de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg moeten beschermd worden.

Het OBS formuleert in dit advies pijnpunten in de huidige regeling en beschrijft oplossingen om de chronische zieke patiënt die structureel en langdurig beroep moet doen op vervoer naar een zorgverlener of -instelling beter te beschermen.

## 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 <sup>1</sup>. 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 de 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. Waarom noodzaak aan financiële toegankelijkheid van patiëntenvervoer?

Het patiëntenvervoer speelt een elementaire rol in de organisatie van de gezondheidszorg. Vervoer is noodzakelijk om zorgafspraken te kunnen nakomen. Patiëntenvervoer kan tot hoge kosten leiden en dus een gevaar betekenen voor de toegankelijkheid van de zorg wanneer mensen zorg ontnomen wordt vanwege problemen met vervoer of vervoerskosten.

De overheden zouden een terugbetaling moeten voorzien wanneer de kosten 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.

### Verwachte groei in ambulante behandelingen

De terugbetaling vanuit de ziekteverzekering gaat nog sterk uit van ziekenhuisopnames. Reeds nu maar nog meer in de toekomst, zal er een verschuiving van zorg plaatsvinden naar de eerste lijn waardoor de kosten van ziekenhuisopnames zich naar thuishospitalisatie zullen verplaatsen, met als gevolg meer ambulante kosten waaronder ook vervoerskosten.

De kans dat zorg zich ook verder van huis zal bevinden wordt voor de patiënt veel groter met de komst van de gespecialiseerde referentieziekenhuizen en de totstandkoming van de ziekenhuisnetwerken.

Daarnaast zal ook de vergrijzing een impact hebben in het volume aan patiëntenvervoer. Zo worden vooral oudere patiënten geconfronteerd met kosten van vervoer tussen ziekenhuizen. De 65-plussers zijn goed voor 44 procent van deze ritten<sup>2</sup>.

---

*Overheid moet reguleren of tussenkomen in kosten patiëntenvervoer wanneer toegankelijkheid in gedrang komt door te hoge kosten door langdurige ziekte, frequentie, afstand, onredelijk beroep doen op mantelzorg*

---

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Analyse Socialistische ziekenfondsen, nomenclatuurcodes vervoer 960470 (ambulant) en 960481 (hospitalisatie) voor haar ledenbestand, 2018

Kortom de huidige financieringsmechanismen gaan nog steeds uit van de courante praktijken uit het verleden, en zijn niet toekomstbestendig – ook niet inzake patiëntenvervoer - voor de verwachte verschuiving van zorg in het ziekenhuis naar eerstelijns of thuis.

### C. Huidige situatie inzake bevoegdheden

De overheden maken een onderscheid tussen dringend, niet-dringend patiëntenvervoer en specifiek patiëntenvervoer. De bevoegdheid is verdeeld over de federale en regionale overheden. Sommige aspecten voor patiëntenvervoer liggen op het federale niveau, andere dan weer op het deelstatenniveau.

#### **Algemeen: te weinig coherentie in beleid**

De verschillende overheden zetten stappen om het vervoer te stroomlijnen. We juichen toe dat er inspanningen worden gedaan om patiëntenvervoer te reguleren, maar zien in de praktijk dat het vaak hybride inspanningen zijn. Een beetje van dit, een beetje van dat, met weinig stroomlijning van deelstaat tot deelstaat. Wat maakt dat de wetgeving en regulering niet af is, er blijven lacunes. Er is nood aan een meer coherent beleid voor de chronische patiënten.

#### **Bevoegdheden van de federale overheid**

De Belgische ziekteverzekering zorgt voor de terugbetaling van geneeskundige verzorging en betaalt talrijke verstrekkingen terug zoals raadplegingen, geneesmiddelen, ziekenhuiskosten, maar ook bepaalde vormen van patiëntenvervoer. Ze moet daarbij oog hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in ons land. De overheid moet interveniëren met oog op solidariteit wanneer de toegang tot de zorg in gevaar komt.

Inzake patiëntenvervoer is de federale overheid verantwoordelijk voor het dringend vervoer. Dit is het vervoer van patiënten dat via het noodnummer “112” wordt georganiseerd. De verplichte ziekteverzekering betaalt ook het gepland specifiek niet-dringend patiëntenvervoer terug voor chronische of geïnvaleerde patiënten voor wie de kosten erg hoog worden. Er zijn momenteel tegemoetkomingen voor dialysepatiënten, bij kankerbehandelingen, voor revalidatieovereenkomsten en voor premature en pasgeboren baby's.

De federale overheid bepaalt ook de normen van kracht in de zorgverlening in België. Zo beschermt het recente KB van 14 mei 2019<sup>3</sup> ook het beroep van ambulancier niet-dringend patiëntenvervoer. Gezien dit een federale bevoegdheid is, kan er dus theoretisch gezien nomenclatuur, geheel of gedeeltelijk vergoed, uit voortvloeien.

#### **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 bevoegdheid werd overgedragen naar de deelstaten hebben de diverse gewesten - gemeenschappen stappen gezet in kwaliteitsnormering, regulering, organisatie en opvolging van het niet-dringend-patiëntenvervoer. Met de 6<sup>de</sup> staatshervorming werden ook bijkomende bevoegdheden overgedragen aan de deelstaten.

In sommige deelstaten is op dit ogenblik regulering omtrent tarieven van kracht. Er wordt gewerkt met maximumtarieven<sup>4</sup>, 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.

---

<sup>3</sup> 14 mei 2019 - Koninklijk besluit betreffende het beroep van ambulancier niet dringend patiëntenvervoer, gepubliceerd op 11 juni 2019 - [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019051410&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2019051410&table_name=wet)

<sup>4</sup> Maximumtarieven blijken in de praktijk wel vaak de norm te worden inzake prijssetting met hogere prijzen als gevolg. De maximumtarieven houden geen rekening met supplementen.

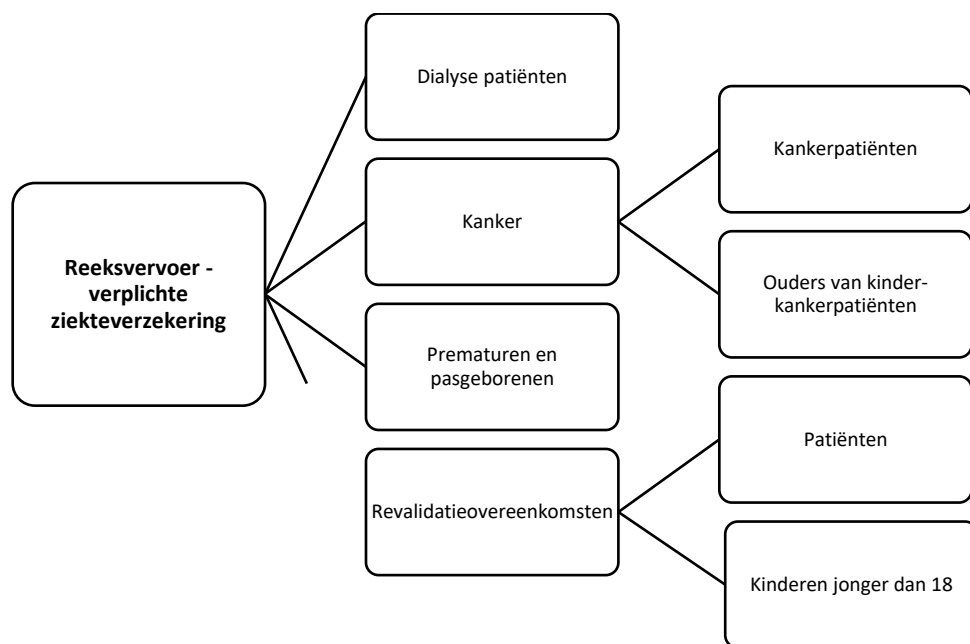
### **Flou artistique in de bevoegdheden**

Het mag duidelijk zijn dat de grens tussen waar de bevoegdheid van de ene stopt en de andere begint vaag en onduidelijk is. Welk bevoegdheidsniveau ook verantwoordelijk, de patiënt en de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg moeten beschermd worden.

Afstemming tussen de Belgische overheid en de deelstaten via de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid is noodzakelijk in het dossier van patiëntenvervoer. Zoals voorzien in het Protocolakkoord tussen de Federale Overheid en de Overheden van 27 maart 2017 is steeds continuïteit in de zorg en het terugdringen van gezondheidsongelijkheid van groot belang.

### **Een overzicht van de bestaande tegemoetkomingen in de vervoerskosten van patiënten**

De verplichte ziekteverzekering voorziet tegemoetkomingen voor patiënten in dialyse, bij kanker, voor revalidatieovereenkomsten en voor premature en pasgeboren baby's.



Sinds de zesde staatshervorming werd een deel van de bevoegdheid inzake revalidatie overgedragen naar de gefedereerde entiteiten<sup>5</sup>. Op RIZIV-niveau werden hiervoor in het verleden tussenkomsten voor de patiënt inzake vervoer voorzien.

<sup>5</sup> Op basis van deze RIZIV-link

<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/revalidatiecentra/Paginas/default.aspx>

De bevoegde deelstaten zijn Vlaamse Gemeenschap, Brussels Gewest, Waals Gewest, Franse Gemeenschap (centra die deel uitmaken van de universitaire ziekenhuizen) en de Duitstalige Gemeenschap. De Duitstalige gemeenschap heeft geen revalidatie-instellingen.

<b>Bevoegdheden deelstaten</b>	Ernstige mentale stoornissen
	Mentale stoornissen, gehoor-, stem- en spraakstoornissen, neurologische stoornissen (ambulante revalidatie)
	Autisme, diagnose en coördinatie van behandeling
	Vroegtijdige problemen in de moeder-kindrelatie
	Mentale stoornissen bij volwassenen
	Verslaving
	Gezichtsstoornissen
	Gehoorstoornissen
	Respijtzorg jonge patiënten met ernstige ziekte
	Revalidatiecentra kinderen met autisme en gezichtsstoornissen

### **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.

### **Er is geen globaal zicht op patiëntenvervoer**

Er is nood aan een betere kennis en globaal overzicht van de problematiek van patiëntenvervoer. Er moet sterker ingezet worden op het in het kaart brengen van het gebruik en kosten van patiëntenvervoer. Om zo een beter zicht te hebben op het profiel van de gebruikers, de exacte kosten voor de patiënt, om het impact op lange termijn van vergrijzing, groei in ambulante behandelingen, verschuiving naar netwerk- en referentieziekenhuizen te kunnen meten.

## **D. Fundamentele pijnpunten huidige tegemoetkomingen reeksvervoer**

### **Pijnpunt 1: In de meeste bestaande tussenkomsten is er sinds jaren geen indexatie doorgevoerd**<sup>6</sup>

De bestaande federale tegemoetkomingen voor mensen in dialyse, bij kanker, voor revalidatie-overeenkomsten liggen sinds jaren vast en zijn nooit geïndexeerd. Hetzelfde geldt voor de meeste bevoegdheden die sinds de 6<sup>de</sup> staatshervorming zijn overgedragen.

De tussenkomsten voor de patiënt zijn dus nooit geïndexeerd en dus niet welvaartsvast<sup>7</sup>. De huidige tussenkomsten liggen voor deze patiënten op €0,25 per km, ongeacht het type vervoer waarin ze worden getransporteerd. Nochtans weten we dat het vervoer via externe ambulancediensten erg kostelijk kan zijn.

<sup>6</sup> Er wordt gezocht naar manieren om het vervoer kostenbesparend te laten verlopen. Ervaring van een ziekenhuis: Dialysepatiënten komen via groepsvervoer 's morgens toe in het ziekenhuis en vertrekken pas 's avonds terug. Gezien de aard van hun aandoening gebeurt dit enkele dagen per week, uiteraard lastig voor de levenskwaliteit van deze nierdialysepatiënten.

<sup>7</sup> De tussenkomsten voor prematuren en pasgeborenen worden wel geïndexeerd. Tot 10 km 60,96 euro – vanaf 11 km 6,10 euro – vanaf 21<sup>ste</sup> km 4,72 euro.

Er is een inhaalbeweging nodig om de tegemoetkomingen welvaartsvast en marktconform te maken. Als ijkpunt hier nemen we de tussenkomsten voor professionele verplaatsingen in België. Sinds 1 juli 2020 is dit 0,3542 euro/km <sup>8</sup>.

**De huidige voorziene tussenkomsten naar gelang bevoegdheidsniveau voor eigen of ander vervoer**

<b>FEDERAAL</b>	
Dialyse patiënten	€ 0,25/km, meestal max 30 km h/t
Kankerpatiënten	€ 0,25/km, werkelijke afstand
Ouders/voogd jonge kankerpatiënten	€ 0,25/km, werkelijke afstand. Max €75/dag
Algemene revalidatieovereenkomsten	Gedaan door inrichting zelf of zelfstandig vervoerder € 1,35/km. Wie subsidie ontvangt €0,49/km
	Eigen vervoer € 0,25/km
	Gemeenschappelijk vervoer € 0,25/km, verminderd met 20% bij 2 personen. € 0,25/km, verminderd met 30% bij 3 personen
Algemene revalidatieovereenkomsten – jonger dan 18 jaar	€ 0,25/km
<b>VLAANDEREN <sup>9</sup></b>	
Dagverzorgingscentrum	€ 0,35/km, max 15 km
Ambulante revalidatie – 18 jaar	€ 18,52/dag
Ambulante revalidatie – rolstoelafhankelijke zorggebruikers <sup>10</sup>	€ 0,26/ km eigen aangepast voertuig € 1,35/ km collectief vervoer professionele vervoerder € 0,50/ km professionele vervoerder, die subsidie ontvangt
<b>WALLONIE <sup>11</sup></b>	
Dagverzorgingscentrum	€0,36/km
Ambulante revalidatie – 18 jaar	€ 0,25/km
Ambulante revalidatie – rolstoelafhankelijke zorggebruikers	€ 0,25/km in eigen aangepast voertuig € 1,35/km via taxi of chauffeur centrum. € 0,49/km indien professionele vervoerder reeds subsidie ontvangt
<b>BRUSSEL <sup>12</sup></b>	
Dagverzorgingscentrum	

<sup>8</sup> Omzendbrief nr. 683 van 12 juni 2020 over de aanpassing van het bedrag van de kilometervergoeding 2020

<sup>9</sup> Bron: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/vergoeding-voor-de-reiskosten-naar-revalidatieovereenkomsten> - <https://www.zorg-en-gezondheid.be/tegemoetkoming-voor-de-reiskosten-in-dagverzorgingscentra>

<sup>10</sup> Voor ambulante revalidatie is er enkel een tussenkomst voor rolstoelafhankelijke patiënten. Patiëntenorganisaties voor mensen met niet-aangeboren hersenaandoeningen (NAH) zien in de praktijk dat het ook erg moeilijk is voor mensen met NAH om zich naar het revalidatiecentrum te verplaatsen. Door de aard van hun aandoening is zelfstandig zich verplaatsen met openbaar vervoer e.a. vaak onmogelijk.

<sup>11</sup> De informatie is voor Brussel en Wallonië online niet toegankelijk. Ook via de administratieve diensten van Aviq en Iriscare was het moeilijk om informatie te ontvangen over de financiële tussenkomsten voor de patiënt sinds de 6<sup>de</sup> staatshervorming.

<sup>12</sup> idem

Ambulante revalidatie – 18 jaar	Er werd meermaals contact opgenomen met Iris Care. Vanwege COVID, kon men geen antwoord bezorgen binnen de gevraagde timing
Ambulante revalidatie – rolstoelafhankelijke zorggebruikers	

## **Pijnpunt 2: grondslag van onrechtvaardigheid, gezien limitatieve lijst aandoeningen en doelgroepen**

Op dit ogenblik is tegemoetkoming in hoge kosten aan patiëntenvervoer enkel voorzien voor een reeks specifieke doelgroepen en aandoeningen<sup>13</sup>. Er zijn tegemoetkomingen in de verplichte ziekteverzekering voor mensen in dialyse, bij kanker, voor revalidatieovereenkomsten en voor premature en pasgeboren baby's. Ook in sommige deelstaten zijn er sinds de zesde staatshervorming tegemoetkomingen inzake vervoer voor specifieke doelgroepen.

### **Limitatieve lijst**

Er wordt dus gewerkt met een limitatieve lijst van aandoeningen en doelgroepen om het recht op terugbetaling te verwerven. Daar zit een grondslag van onrechtvaardigheid in. Waarom alleen deze beperkte lijst van aandoeningen en doelgroepen, terwijl er heel wat meer kwetsbare groepen zijn met een hoge noodzakelijke vervoersbehoefte?

Als voorbeeld nemen we enkele invaliderende ziektes waarvoor geen terugbetaling geldt vandaag. Omdat functies afnemen – hetzij tijdelijk of na verloop van tijd - vermindert de mobiele zelfstandigheid waardoor deze patiënten moeten beroep doen op anderen zoals mantelzorgers, vrijwilligers of professionele vervoerders voor ritten die men voorheen zelfstandig maakte.

*In limitatieve lijsten van aandoeningen en doelgroepen zit een grondslag van onrechtvaardigheid. Ook andere kwetsbare groepen hebben een grote vervoersbehoefte.*

<sup>13</sup> We geven ter illustratie een overzicht van het aantal verplaatsingen voor enkele huidige vervoerstussenkomsten. Belangrijk is wel te melden dat dit een onderschatting is. Het gaat hier enkel om ritten waarvoor een terugbetaling voorzien is en voor de welke er ook een tussenkomst werd terugbetaald. We geven zowel het gemiddelde, mediaan als percentiel 95 van het aantal verplaatsingen. Percentiel 95 betekent dat 95% van het aantal verplaatsingen lager lag dan dit getal en 5% hoger lag.

**Aantal verplaatsingen per lid voor vervoer waarvoor terugbetaling werd aangevraagd en verkregen, gegevens Socialistische Mutualiteiten, 2018 <sup>13</sup>**

Prestatiejaar	Type vervoerskosten	Gemiddelde aantal verplaatsingen	Mediaan aantal verplaatsingen	Percentiel 95 aantal verplaatsingen
2018	Dialysepatiënten	98,56	112	191
	Kankerpatiënten	13,11	7	40
	Revalidatieovereenkomsten RIZIV	15,28	3	98
	Revalidatieovereenkomsten deelstaten	31,08	6	164

- Neurodegeneratieve ziektes: verzamelnaam van verschillende ziektes die aantasting van hersenen gemeen hebben. Het gaat o.m. over volgende ziektes Alzheimer, Parkinson, Huntington.<sup>14</sup>

#### **De getuigenis van Guido en Regine**

*Guido en Regine hebben allebei de ziekte van Parkinson. Autorijden lukt daardoor niet meer. Gelukkig kunnen ze een beroep doen op de mindermobielen centrale van hun gemeente voor vervoer naar de consultaties bij hun arts. Zo kunnen ze op een betaalbare manier beroep doen op een vrijwilliger chauffeur.*

*Guido en Regine hebben geluk met de minder mobiele centrale. Maar vragen zich wel af hoe ze het allemaal betaalbaar gaan regelen als ze later misschien niet meer zelfstandig in de wagen kunnen stappen. En wat voor mensen die wonen in gemeentes zonder minder mobiele centrale? Hoe geraken zij aan betaalbaar patiëntenvervoer?*

#### **De getuigenis van Guy**

*Guy probeert voor grotere afstanden beroep te doen op het openbaar vervoer. Helaas de stress die dat teweeg brengt zijn nefast voor hem. Jammer! Want het onderhouden van sociale contacten is zo belangrijk bij de ziekte van Parkinson. De wereld wordt immers steeds kleiner. Gratis treinbegeleiding zou een dankbare ondersteuning zijn om de regie in eigen handen te houden voor Guy.*

- Psychiatrische patiënten

#### **De getuigenis van Valérie**

*Valérie is 35 jaar oud. Ze moet vanwege haar psychiatrische stoornis elke week op consultatie bij haar psychiater. Ze mist deze vaak. Door haar psychische stoornissen kan Valérie niet op het openbaar vervoer. Valérie heeft regelmatig contact met Corinne die dezelfde ziekte heeft als zij en die haar heel goed begrijpt. Corinne is haar vertrouwenspersoon geworden. Corinne is bereid om met Valérie naar haar afspraak te gaan, maar zij kan ook niet met de auto rijden. Valérie en Corinne hebben telkens een chauffeur nodig om hen samen te brengen naar de afspraak bij de psychiater. En dat is kostelijk.*

- Getuigenis van patiënt met verschillende aandoeningen (prostaatkanker, Rhabdomyolyse, syndroom van Sjögren en hoge bloeddruk)

#### **Getuigenis ontvangen via de ervaringsdeskundigen van het RIZIV**

*Het gebeurt dat ik medische afspraken annuleer vanwege de kosten die de doktersbezoeken met zich mee brengen, zoals het remgeld en het vervoer, een onderdeel van de kosten dat de rekening snel kan doen oplopen.*

### **Pijnpunt 3: MAF brengt geen verlichting**

Te vermelden valt dat ook in de maximumfactuur de vervoerkosten momenteel niet opgenomen worden. De MAF moet nochtans gezinnen beschermen tegen hoge gezondheidskosten door het installeren van een kostenplafond.

---

<sup>14</sup> . Valérie, Guido, Regine en Guy zijn pseudoniemen van patiënten. De werkelijke namen zijn bekend bij het VPP en La Luss.



#### **Pijnpunt 4: de bestaande tussenkomst voor mensen met kanker houdt geen rekening met nieuwe behandelingen**

De terugbetaling voor vervoer bij kanker is op dit ogenblik bijzonder afhankelijk van het type behandeling. Enkel bij chemotherapie, bestraling of raadplegingen is er terugbetaling voorzien, waardoor nieuwe types van behandelingen worden uitgesloten.

Kankerbehandelingen moeten ruimer geïnterpreteerd worden voor patiënten waarvoor eigen vervoer niet mogelijk is vanwege de nevenwerkingen van de behandeling of de kwetsbaarheid van de patiënt. Door deze bredere interpretatie kunnen immunotherapie en nieuwe vormen van behandeling in de toekomst wel inbegrepen zijn. Het Observatorium verneemt dat op dit ogenblik wordt gewerkt aan een Ministerieel Besluit om dit te verhelpen. Het Observatorium juicht dit ten zeerste toe.

#### **Pijnpunt 5: toepassen 3<sup>de</sup> betalerregeling in de vervoerskosten**

1 op 8 mensen met een laag inkomen stelt gezondheidszorg uit door financiële drempels. Vaak blijkt dat het voorschieten van gezondheidskosten al een drempel is bij patiënten die financieel kwetsbaar zijn.

Deze patiënten hebben baat bij een maximale integratie van de 3<sup>de</sup> betalerregeling inzake vervoerskosten.

We bepleiten een maximale ingang van de 3<sup>de</sup> betalerregeling waarbij de patiënt enkel het eventuele remgeld betaalt. Dit maakt de zorg beter toegankelijk voor patiënten die een laag inkomen hebben of tijdelijk in een kwetsbare situatie zitten.

#### **Pijnpunt 6: gebrekkige toegang tot informatie voor de patiënten en te weinig coördinatie van het aanbod aan patiëntenvervoer**

Patiënten snakken naar duidelijke en eenvoudig begrijpbare informatie omtrent tarifiering en het aanvragen van patiëntenvervoer. In de huidige situatie is er een gebrek aan duidelijk, overzichtelijk aanbod en coördinatie.

In sommige deelstaten zijn er in de voorbije legislatuur stappen gezet om de coördinatie te verbeteren. In andere deelstaten (met name Brussel en Wallonië) is er nog steeds een groot mankement aan coördinatie. Op het terrein zijn er heel wat goed menende, nuttige en nobele lokaalgebonden initiatieven, maar deze hebben voorsnog niet het beoogde effect gezien de afstemming tussen de verschillend initiatieven te beperkt is.

Daarom een oproep om stappen te zetten naar een betere coördinatie van het aanbod aan patiëntenvervoer én eenvoudige toegang tot duidelijke informatie voor de patiënt.

#### **Pijnpunt 7: de opvolging van de huidige tussenkomsten is administratief te ingewikkeld**

Vanuit diverse hoeken, patiëntenorganisaties, ziekenfondsen en zorginstellingen worden problemen met de administratieve opvolging van de tegemoetkomingen voor patiëntenvervoer gemeld. De attesten moeten – volgens de reglementering van de ziekteverzekering - verplicht opgevraagd worden voor terugbetaling vanuit het ziekenfonds.

De administratieve opvolging moet herhaaldelijk gebeuren. Het ziekenhuis geeft de documenten niet automatisch mee aan de patiënt. Deze moet dit dus telkens vragen: bij dialysepatiënten maandelijks, bij kankerpatiënten voor de duur van de specifieke behandeling (bv. 6 weken radiotherapie sessies). Heel wat betrokken patiënten hebben levenslange aandoeningen.

Als een formulier administratief niet in orde is of zoek geraakt, dan krijgt de patiënt alsnog de volledige factuur van de ambulancedienst met alle problemen van dien qua betalingsproblemen, betwistingen, e.a. Dit kan over hoge bedragen gaan voor mensen in specifieke ziektesituaties. Het attest is eigendom van de patiënt. Ziekenhuizen willen vaak geen duplicaat afgeven bij verlies.

Het Observatorium pleit voor een harmonisering van de procedures en formulieren zodat de administratieve opvolging vereenvoudigt en vraagt om toekomstgericht te investeren in digitalisering van dergelijke processen. Een oplossing ligt mogelijk in het centraliseren op een E-health platform voor betrokken stakeholders waardoor de administratieve attestering digitaal zijn weg naar terugbetaling kan volgen.

## E. Voorstel van oplossingen

Voor het Observatorium zijn punt 1 en punt 2 de belangrijkste prioriteiten om te realiseren.

### 1. Een regeling voor de patiënten met het statuut van persoon met chronische aandoening die een hoog en repetitief bedrag aan vervoerskosten hebben

Met oog op het beschermen van de toegankelijkheid van de zorg voor mensen met een chronische aandoening<sup>15</sup> een regeling treffen zodat de vervoerkosten voor deze patiëntengroep redelijk en beperkt blijft.

De vervoerskosten zijn gelinkt aan de langdurige behandeling van de chronische aandoening. Het lijkt dan ook maar logisch dat eens de kosten hoog en repetitief worden, de kosten worden geïntegreerd in de behandeling en de maximumfactuur.

Het is aan de overheid om te bepalen welke formule het meest geschikt is. Het Observatorium legt volgend voorstel op tafel.

- Voor wie het statuut van persoon met een chronische aandoening heeft een tegemoetkoming voorzien voor de patiënten die meer dan redelijk een beroep moeten doen op patiëntenvervoer. Zo wordt bijvoorbeeld in Nederland een terugbetaling voorzien voor personen die voor een langdurige ziekte of aandoening voor langere tijd aangewezen zijn op vervoer. Voor de terugbetaling van deze reiskosten wordt er een formule gehanteerd. Wie boven het financiële plafond gaat, kan een tussenkomst voor reiskosten ontvangen. De gehanteerde formule houdt rekening met frequentie, duur en afstand<sup>16</sup>.
- Met eventuele correcties naar gelang statuut verhoogde tegemoetkoming, de afstand die moet afgelegd worden, het al dan niet moeten beroep doen op een externe vervoerder.
- Er zou kunnen gewerkt worden met reeds bestaande procedés van de ziekteverzekering zoals een forfait of het inbrengen van vervoerskosten in de Maximumfactuur of het starten met een Maximumfactuur voor medisch vervoer. Vanzelfsprekend met een maximale eenvoud in de uitvoering.

### 2. Geen indexatie in jaren in de bestaande tegemoetkomingen → Nood aan welvaartsvast en marktconforme terugbetalingen

Er is een inhaalbeweging nodig om de bestaande tegemoetkomingen welvaartsvast en marktconform te maken. De huidige tussenkomsten liggen op €0,25 per km, ongeacht het type vervoer waarin ze worden getransporteerd. Nochtans weten we dat het vervoer via externe ambulancediensten erg kostelijk kan zijn.

We pleiten voor een gelijkschakeling met de terugbetaling voor professionele verplaatsingen. Sinds 1 juli 2020 is dit 0,3542 euro/km volgens de omzendbrief nr. 683 van de Federale overheidsdienst Beleid en Ondersteuning. En vragen dat een gradatie in de tussenkomst naar gelang het type vervoer wordt onderzocht.

---

<sup>15</sup> Voor de patiënten die op dit ogenblik buiten de regeling vallen van specifiek reeksvervoer voorzien door het RIZIV of sinds de laatste staats hervorming overgedragen zijn aan de deelstaten.

<sup>16</sup> Zie de informatie op de website van Zorginstituut Nederland. Gehanteerde formule om te bepalen of verzekerde beroep kan doen op een tussenkomst: (aantal maanden) x (aantal keren p/week) x (aantal weken p/maand) x (aantal km enkele reis) x 0,25 (= wegingsfactor)

<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/h/hardheidsclausule-bij-vervoer-zvw>

### **3. Verruimen van de mogelijke terugbetalingen voor mensen met kanker**

De terugbetaling voor vervoer bij kanker is op dit ogenblik bijzonder afhankelijk van het type behandeling. Enkel bij chemotherapie, bestraling of raadplegingen is er terugbetaling voorzien, waardoor nieuwe types van behandelingen worden uitgesloten.

Kankerbehandelingen moeten ruimer geïnterpreteerd worden voor patiënten waarvoor eigen vervoer niet mogelijk is vanwege de nevenwerkingen van de behandeling of de kwetsbaarheid van de patiënt. Door deze bredere interpretatie kunnen belastende nieuwe vormen van kankerbehandeling in de toekomst wel inbegrepen zijn. Het Observatorium is verheugd over het nieuwe Ministerieel Besluit die hieromtrent in opmaak zou zijn.

### **4. Meer 3<sup>de</sup> betalerregeling in de vervoerskosten**

We bepleiten een maximale ingang van de 3<sup>de</sup> betalerregeling voor vervoerskosten waarbij de patiënt enkel het eventuele remgeld betaalt. Dit maakt de zorg beter toegankelijk voor patiënten die een laag inkomen hebben of tijdelijk in een kwetsbare situatie zitten en vermindert de administratieve belasting voor de patiënt.

### **5. Administratieve vereenvoudiging door harmonisering en digitalisering**

De huidige administratieve procedures zijn niet meer aangepast aan de digitale tijden en de realiteit van chronische aandoeningen die vaak levenslang zijn. Het Observatorium vraagt een harmonisering van de procedures en formulieren zodat de administratieve opvolging vereenvoudigt en digitaliseert.

### **6. Volgehouden afstemming tussen de overheden via Interministeriële Conferentie Volksgezondheid**

Het Observatorium vindt volgehouden afstemming noodzakelijk inzake het dossier van patiëntenvervoer tussen de Belgische overheid en de deelstaten via de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Met aandacht voor afstemming, continuïteit in de zorg en het terugdringen van gezondheidsongelijkheid.

Met de meeste hoogachting,

Ulrike Pypops



Voorzitster van de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor Chronische Ziekten

Karen Mullié



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