

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

Brussel, 28/09/2023

Directoraat-generaal Gezondheidszorg

FEDERALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Kenm.: FRZV/D/583-2 (*)

Advies betreffende interhospitaalvervoer

Namens de voorzitter van de FRZV,
Margot Cloet,

Sabine Stordeur
Directrice-generaal

(*) Dit advies werd goedgekeurd door de plenaire op 28/09/2023 en door het Bureau op hetzelfde datum geratificeerd.

1. Inleiding

De minister vraagt advies over de aanwending van een budget van 13,494 miljoen euro, dat geïntegreerd wordt in het budget van financiële middelen (BFM). Dit budget dekt vanaf 01.01.2024 het niet-dringend interhospitaalvervoer van opgenomen patiënten, die vanuit een ziekenhuis doorgestuurd worden voor opname in een ander ziekenhuis.

De transportkosten voor niet-dringend interhospitaalvervoer van opgenomen patiënten, die dezelfde dag terugkeren naar ziekenhuis was reeds opgenomen in het BFM (KB 25/04/2002, artikel 12,§2 a, 3°).

Voor het dringend interhospitaalvervoer zal in het kader van de hervormings- en herfinancieringsplannen voor de Dringende Geneeskundige Hulpverlening een extra PIT per ziekenhuisnetwerk toegewezen worden, die vanaf 01.01.2024 ook voor dringend interhospitaalvervoer ingezet zal kunnen worden. Dit vervoer wordt gereguleerd via de 112-centrale.

De Raad geeft aan dat het momenteel niet duidelijk is wat verstaan moet worden onder 'niet-dringend' en 'dringend' interhospitaalvervoer.

De minister vraagt ook advies over een mogelijke patiëntenbijdrage.

2. Advies van de FRZV

De FRZV apprecieert de inspanningen van de minister om de financiële toegankelijkheid voor de patiënt te verhogen door verlaging van de patiëntenfactuur.

In het advies van 09/02/2023 met kenmerk FRZV/D/570-1 over het interhospitaalvervoer heeft de Raad een negatief advies gegeven over de integratie van het bedrag van 13,494 miljoen EUR voor interhospitaalvervoer in het BFM.

De Raad stelde een alternatieve piste voor van een tegemoetkoming voor het medisch en/of verpleegkundig begeleid interhospitaaltransport via de verplichte ziekteverzekering.

De Raad blijft vasthouden aan het advies van 09/02/2023.

De Raad herhaalt de belangrijkste redenen voor het alternatieve voorstel in plaats van integratie in het BFM:

1. Door het ontbreken van objectieve gegevens kan er momenteel niet geoordeeld worden of het voorzien gesloten budget toereikend is.
2. Het bedrag is gebaseerd op een (te) beperkte, niet-representatieve steekproef (verschillen tussen samenstelling netwerken, afstanden, geografische spreiding).

Het alternatief voorstel van de Raad kwam tegemoet aan de bekommernis van de minister om werk te maken van de extreem hoge patiëntenfacturen in geval van medische en/of verpleegkundige begeleiding.

3. Bedenkingen bij het vragen van de minister

De Raad boog zich, ondanks zijn negatief advies over de integratie van de 13,494 miljoen euro voor (niet-dringend) interhospitaalvervoer in het BFM over de verschillende onderdelen van de huidige adviesvraag van de minister en wenst hierbij volgende bedenkingen mee te geven:

1. Verdeling van het budget

De minister stelt een integratie van het budget voor in onderdeel B1 op basis van de grootte van het ziekenhuis en stelt voor om de 4 groepen, zoals die volgens grootte gedefinieerd zijn in onderdeel B1 hiervoor te gebruiken. Pro rata van het aantal bedden worden punten per bed toegewezen.

De Raad geeft aan dat er bij voorkeur ook rekening gehouden moet worden met andere factoren:

- **Terugverwijzing:** grotere ziekenhuizen, die vaak instaan voor supraregionale zorgopdrachten krijgen ook te maken met het interhospitaaltransport terug naar het verwijzende ziekenhuis of naar een ziekenhuis in de regio waar de patiënt woont. Daarnaast zijn er in deze ziekenhuizen ook patiënten, die via het dringend prehospitaaltransport voor specifieke pathologieën en behandelingen (bv stroke, trauma, hyperbare zuurstoftherapie,...), opgenomen worden en die na de acute opname soms voor vervolgzorg doorverwezen worden naar een ander ziekenhuis.
- Er zijn grote verschillen in transportkosten, afhankelijk van de afstanden tussen de ziekenhuizen, interventietijden en reden van vervoer. Verschillende ziekenhuizen zullen verschillende types vervoer hebben. Het lijkt dan ook aangewezen om in een toekomstig model o.a. ook de **afstanden** tussen de ziekenhuizen, interventietijden, types interventies en interventiezones¹ als een parameter mee te nemen.
- We verwachten naar de toekomst toe **wijzigingen in het aanbod** van zorgopdrachten in het kader van de verdere uitbouw van de ziekenhuisnetwerken. Een efficiënte organisatie van het interhospitaal vervoer binnen het netwerk (inclusief de financiering) zal dan noodzakelijk zijn.
- Interhospitaaltransport is gelinkt aan de **activiteit** die binnen het ziekenhuis plaatsvindt. Het aantal erkende bedden is geen correcte weerspiegeling van de activiteit. De Raad verkiest om volgende definitie voor een 'bed' te hanteren:

Met bed wordt bedoeld de verantwoorde bedden of erkende bedden voor de kenletters waarvoor geen verantwoorde bedden worden berekend of voor de ziekenhuizen bedoeld in artikel 33, §§ 1 en 2 van het KB van 25/04/20002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Het aantal verantwoorde bedden is dat gebruikt bij de vaststelling van het budget van financiële middelen van het betrokken dienstjaar en [(43) het aantal erkende bedden is datgene dat bekend is bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu op 1 januari van het betrokken jaar”

¹ Bijvoorbeeld grootstedelijke zones waar de kost forfaitair wordt vastgelegd.

Dit houdt concreet in dat alle bedden (inclusief Sp-bedden, bedden Sp-palliatief en de bedden in de eenheden voor de behandeling van zware brandwonden) meegenomen worden in de berekening.

Over het voorstel van **puntenverdeling** stellen een aantal leden voor om het aantal punten per bed aan te passen. Andere leden stellen vast dat de verdeling, voorgesteld door de minister, subjectief is, maar hebben door gebrek aan beschikbare gegevens, geen voorstel van een meer objectieve verdeling.

Voorstel van de adviesvraag :

groep	bedden groep	weging	totaal punten
> 200 bedden	1500,00	4	6000
200-299	5182,00	3	15546
300-449	10633,00	2	21266
450+	35051,00	1	35051
	52366,00		77863
budget	13494000,00		
bedrag/punt	173,30		
Toegepast op ziekenhuizen van verschillende grootte	Bedrag per ZH		
ZH 150 bedden	103982,64		
ZH 250 bedden	129978,30		
ZH 350 bedden	121313,08		
ZH 550 bedden	95317,42		
ZH 750 bedden	129978,30		
ZH 950 bedden	164639,17		

De redenering is dat hoe kleiner het ziekenhuis, hoe meer extern transport er nodig is.

Voorstel van de Raad:

Sommige leden zijn van mening dat de differentiatie in de puntenverdeling te groot is en dat dit leidt tot eigenaardige resultaten en ongewenste effecten. Er is immers ook een correlatie tussen ziekenhuisactiviteit en interhospitaalvervoer.

Deze leden stellen daarom voor om de verschillen minder groot te maken en geleidelijk van 2,5 punt per bed naar 1 punt per bed te gaan over de 4 groepen, in stappen van 0,5 punten per groep en hiervoor een gestaffelde berekening te hanteren, die er als volgt zou kunnen uitzien:

Per ziekenhuis worden per bed volgende punten toegekend

- aan de eerste 200 bedden worden 2,5 punten per bed
- voor de bedden tussen 201 en 300 bedden 2 punten per bed,
- Voor de bedden tussen 301 en 450 bedden 1,5 punten per bed
- Voor de bedden boven de 450 bedden: 1 punt per bed.

.Voor een ziekenhuis van 950 bedden zou dit er dan bijvoorbeeld als volgt uitzien:

200 x 2,5 punten+ 100 x 2 punten + 150 x 1,5 punt + 500 x 1 punt = 1.425 punten.

In bovenstaande berekening werd nog geen rekening gehouden met het **interhospitaalvervoer tussen psychiatrische ziekenhuizen en tussen psychiatrische en algemene ziekenhuizen.**

Het interhospitaalvervoer van en naar de psychiatrische ziekenhuizen en tussen psychiatrische ziekenhuizen onderling kan onder meer gaan over psychiatrische zorg voor bijvoorbeeld een psychiatrische patiënt met een somatische zorgnood, over psychiatrische patiënten in een AZ of PZ die omwille van de specifieke problematiek beter in een ander psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen waar een gepaste omkadering beschikbaar is voor de specifieke doelgroep waartoe de patiënt behoort. De Raad stelt daarom voor om een deel van het budget toe te wijzen aan de psychiatrische ziekenhuizen.

De FRZV wenst binnen het beschikbaar budget van 13,494 mio euro een voorafname te doen van 7,0 mio euro specifiek voor de algemene ziekenhuizen aangezien deze middelen initieel bestemd waren voor de financiering van de coördinatiefunctie van de klinische ziekenhuisnetwerken. Het resterende budget van 6,494 mio euro wordt volgens de klassieke verdeling (85,5% - 14,5%) toegewezen aan de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen. De verdeelbare massa voor de algemene ziekenhuizen bedraagt aldus 12,552 mio euro en voor de psychiatrische ziekenhuizen 0,942 mio euro.

De toepassing van de ponderatie-techniek op de bedden en plaatsen kan generiek gebeuren voor beide groepen.

Op basis van het geglobaliseerd puntentotaal over alle algemene ziekenhuizen wordt een bedrag per punt bepaald (12,552 mio gedeeld door het puntentotaal van de algemene ziekenhuizen) van waaruit het recht op financiering voor elk algemeen ziekenhuis kan berekend worden.

Hetzelfde verdeelmechanisme is van toepassing voor de psychiatrische ziekenhuizen om de verdeling van de 0,942 mio euro uit te voeren naar elk individueel psychiatrisch ziekenhuis op basis van het puntentotaal van de psychiatrische ziekenhuizen.

Welk voorstel van puntenverdeling ook weerhouden wordt, is het meer dan waarschijnlijk dat het resultaat geen accurate weergave zal zijn van de werkelijke kost van transporten per ziekenhuis. Een tegemoetkoming voor het medisch en/of verpleegkundig begeleid interhospitaaltransport via de verplichte ziekteverzekering (cf hoger) zou hier wel aan tegemoet komen.

Voor interhospitaalvervoer tussen ziekenhuizen zal de factuur van het ziekenwagenvervoer gedragen worden door het verwijzende ziekenhuis. Zij staan immers in voor de inschakeling van de ziekenwagendienst (via een eigen ziekenwagendienst of via een externe firma). De patiëntenbijdrage (zie verder) zal ook gefactureerd worden door het verwijzende ziekenhuis.

4. Medische en verpleegkundige begeleiding van niet-dringend interhospitaalvervoer

Verskillende leden van de FRZV gaven aan dat het onderscheid tussen dringend en niet-dringend interhospitaalvervoer niet altijd duidelijk is. Dit is zeker het geval als de toestand van de patiënt verpleegkundige en/of medische begeleiding vereist.

Voor de verpleegkundige begeleiding van **dringend** interhospitaalvervoer voorziet de minister vanaf 01.01.2024 een extra PIT per netwerk. Voor de medische begeleiding van dringend interhospitaalvervoer bestaan er nomenclatuurnummers die aangerekend kunnen worden in geval van interhospitaalvervoer. De nomenclatuurnummers zijn terug te vinden in annex van dit advies.

Er zijn echter ook 'geplande' interhospitaaltransporten, waarvoor verpleegkundige en/of medische begeleiding noodzakelijk is. Een voorbeeld hiervan is een geplande transfer van een 'stabiele' patiënt vanuit intensieve zorgen van ziekenhuis A naar ziekenhuis B onder begeleiding van een verpleegkundige of arts. Dit is geen 'dringend' interhospitaalvervoer, maar er is wel nood aan bijkomend verpleegkundig en/of medisch toezicht tijdens de transfer.

Voor deze extra begeleiding kan men niet terugvallen op de nomenclatuur in bijlage voor de medische begeleiding of een andere tegemoetkoming voor de verpleegkundige begeleiding.

Deze gespecialiseerde artsen en/of verpleegkundigen zijn tijdens deze transfer niet beschikbaar voor activiteiten in het ziekenhuis.

De Raad is van mening dat deze kosten in beeld gebracht moeten worden en stelt voor om deze extra begeleiding via registratie te monitoren, met de bedoeling om dit specifieke transport te objectiveren en voorstellen voor eventuele verfijning van de financiering uit te werken.

5. Patiëntenbijdrage

De Raad is van mening dat de juridische uitwerking van een patiëntenbijdrage door een uitzondering te voorzien in het KB van 25/04/2002 onder vorm van kosten van ontsmetting van het voertuig na transport, niet de gewenste oplossing is. Dergelijke 'concrete' omschrijving is voer voor discussies met de patiënt over de patiëntenfactuur.

De Raad is voorstander om voor deze patiëntenbijdrage een afzonderlijk koninklijk besluit uit te werken, naar analogie met het KB² dat de patiëntenbijdrage regelt voor het dringend ziekenwagenvervoer.

Het is niet de bedoeling dat de patiëntenbijdrage ook aangerekend kan worden bij patiënten die wel nog de dag zelf terugkeren.

De aanpassing KB 25/04/2002, artikel 12,§2 a) 3° zou er dan als volgt kunnen uitzien:

- *“externe patiëntenvervoer op voorwaarde dat dit vervoer niet het gevolg is van een opname in een ander ziekenhuis;*
- *externe patiëntenvervoer als gevolg van een opname in een ander ziekenhuis; naar een ander ziekenhuis, exclusief het forfait ten laste van de patiënt zoals bepaald in het KB van XXX (patiëntenbijdrage in kader van interhospitaalvervoer)”*

Deze door de patiënt te betalen bijdrage is essentieel: het zal nodig zijn om de juridische verenigbaarheid van een dergelijk forfaitair bedrag met de dekking van het interziekenhuisvervoer door het BMF te garanderen en, indien nodig, de wetgeving aan te passen zodat dit ten laste van de patiënt kan worden gebracht.

De Raad vraagt om de juridische mogelijkheden verder te onderzoeken.

In het nieuwe koninklijk besluit over de patiëntenbijdrage bij interhospitaalvervoer kan naast de bepaling dat de patiënt een patiëntenbijdrage, die gelijk loopt met de bijdragen van het dringend

² Koninklijk besluit van 28/11/2018 betreffende de facturatie naar aanleiding van een tussenkomst van de dringende geneeskundige hulpverlening

interhospitaaltransport, moet betalen aan het ziekenhuis, tevens een aantal voorwaarden inzake **registratie** opgenomen worden.

De registratie van deze gegevens is de basis om het beschikbare budget te evalueren en om financieringsmodel in de toekomst bij te sturen (zie verder).

Een niet-exhaustieve opsomming van te registreren gegevens, die volgens de Raad zinvol kunnen zijn, zijn de volgende:

- Aankomst- en vertrekplaats van het ziekenhuis
- Afstanden van het interhospitaalvervoer: zie supra
- Interventietijden (datum – uur)
- Vervoer tussen ziekenhuizen van het netwerken of naar een ziekenhuis buiten het netwerk: deze gegevens kunnen zinvol zijn in het kader van aanpassing van het financieringsmodel
- Soort transport: is er nood aan medische of verpleegkundige begeleiding? (cave het gaat hier wel degelijk over niet-dringend interhospitaalvervoer),
- Vervoer van en naar het psychiatrisch ziekenhuis
- Zittend of liggend vervoer
- Prijs gefactureerd door de ziekenwagendiensten

Een piste zou kunnen zijn om deze registraties aan de FOD Volksgezondheid over te maken, zoals dit ook bv het geval is voor de Finhostagegegevens.

De Raad is echter geen voorstander om voor de gegevensverzameling gebruik te maken van de uitgebreide gegevensverzameling via Ambureg.

Het voorstel van te registreren gegevens is uitgebreid. De administratieve belasting voor de ziekenhuismedewerkers moet zo laag mogelijk gehouden worden. Zo kan er bv opgelegd worden dat een aantal van bovenstaande gegevens (zoals afstanden, interventietijden, type vervoer,...) aangeleverd moeten worden door de ziekenwagendiensten (bijvoorbeeld via de factuur of een ad hoc communicatie aan het ziekenhuis).

Het is ook evident dat deze patiëntenbijdrage geïndexeerd wordt, zoals dat ook het geval is voor de patiëntenbijdrage, die voorzien is in de dringende geneeskundige hulpverlening.

In het KB kan worden opgenomen dat geen supplementen noch niet-vergoedbare betalingen kunnen worden aangerekend aan de patiënt.

Om de patiënt te beschermen stelt de Raad voor om deze patiëntenbijdrage mee op te nemen in de maximumfactuur (idem voor de patiëntenbijdrage van het dringend interhospitaalvervoer).

6. Evaluatie en monitoring

Omwille van het ontbreken van actuele objectieve gegevens en het feit dat er naar de toekomst toe zich verschillende wijzigingen in het ziekenhuislandschap kunnen voordoen (zoals centralisatie en verschuiving van zorgopdrachten, herdefiniëring van 'wat is een ziekenhuis',...), die een impact kunnen hebben op het interhospitaaltransport, is het moeilijk om een verdeelsleutel te bepalen.

De verdeling van dit budget kan dus slechts voor een periode van 2 jaar toegepast worden, gecombineerd met een grondige monitoring en evaluatie van het beschikbare budget en of de verdeling ervan gerelateerd is tot de kosten.

De raad herhaalt hierbij nog eens haar standpunt om via een tegemoetkoming vanuit de verplichte verzekering tijdens deze registratieperiode te zorgen voor een correcte betaling van de reële transportkosten. Hierbij mag het geenszins de bedoeling zijn om de factuur door te schuiven naar de patiënt, maar ook niet naar het ziekenhuis.

De meningen over het al dan niet herzienbaar karakter van de financiering tijdens deze eerste twee jaar zijn verdeeld binnen de Raad, de Raad kan zich hier dan ook niet eensgezind over uitspreken. Enerzijds wensen sommige leden zo tot een correctere financiering te komen, anderzijds wensen andere leden niet dat er extra onzekerheid en complexiteit wordt toegevoegd.

Na twee jaar kan er op basis van de registraties overgegaan worden tot een bijsturing van deze financiering en van het budget (is deze financiering passend) en kan de Raad een nieuw voorstel formuleren, rekening houdend met de parameters zoals hierboven beschreven.

Het is tevens aangewezen om op basis van de verkregen registraties de verdeelsleutel tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen te evalueren.

7. Randvoorwaarden:

- De Raad herhaalt zijn advies van 09/02/2023 waarin zij vraagt om maximumtarieven vast te leggen voor (niet-dringend) interhospitaalvervoer of een alternatief op niveau van de Interministeriële Conferentie (IMC). Dit is van belang om de factuur van het transport, waarbij het financieel risico bij het ziekenhuis komt liggen, te reguleren.
- Bestaande tegemoetkomingen en prestaties moeten geëxcludeerd worden uit dit voorstel. We denken hierbij bijvoorbeeld aan de bestaande nomenclatuur voor neonataal transport, tegemoetkoming van vervoer van oncologische patiënten, opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis naar een algemeen ziekenhuis voor een oncologische behandeling.

BIJLAGE

Nomenclatuur voor medische bijstand tijdens medisch vervoer

Toepassing op transfers tussen ziekenhuizen

Code	Wording	Voorwaarden	Toepassing op transfers tussen ziekenhuizen
590472	<p>Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, in het raam van een extramurale medische interventie van de mobiele urgentiegroep met het oog op een medisch begeleid transport naar het ziekenhuis waarvan de erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg deel uitmaakt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De prestaties 590472, 590435, 590446 en 590413 590424 kunnen enkel in aanmerking worden genomen als de dienstdoende arts van de "mobiele spoedgevallendienst" voldoet aan de kwalificaties bepaald in het koninklijk besluit van 10 augustus 1998 tot vaststelling van de normen waaraan een "mobiele spoedgevallendienst" (SMUR) moet voldoen om erkend te worden. ➤ De prestaties 590472 en 590435 kunnen enkel in aanmerking worden genomen als het dringende vervoer met medische begeleiding plaatsvindt na een oproep aan het uniform oproepsysteem. ➤ De prestaties 590472 en 590435 kunnen niet worden gecombineerd. ➤ Uitkeringen 590472 en 590446 kunnen worden gecombineerd. ➤ Uitkeringen 590472, 590435 of 590446 kunnen worden gecombineerd met uitkering 590413 590424 maar niet met uitkering 109734. ➤ Uitkeringen 590472, 590435, 590446 en/of 	<p>Nee: deze code is niet van toepassing op transfers tussen ziekenhuizen.</p> <p>Het moet ook worden uitgevoerd :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ door de dienstdoende arts met de SMUR; na een 112-oproep.

		590413 590424 kunnen niet worden gecombineerd met het consult of bezoek. Uitkeringen 590472, 590435, 590446 en/of 590413 590424 kunnen wel worden gecombineerd met technische diensten tijdens vervoer met medische begeleiding.	
590435	Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, in het raam van een extramurale medische interventie van de mobiele urgentiegroep en medisch begeleid transport van een patiënt naar een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis waarvan de erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg deel uitmaakt	Zie hierboven.	Nee zie hierboven.
590446	Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg voor een medisch begeleid transport van een opgenomen patiënt naar een ander ziekenhuis dan het ziekenhuis waarvan de erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg deel uitmaakt, met het oog op een dringend uit te voeren diagnosestelling en/of behandeling	onder andere, drievoudige aandoening (hierboven geel gemarkeerd): o Intramurale ; o Spoedeisend ; o door de dienstdoende arts met de MUG.	Ja : Maar met deze dubbele voorwaarde kan deze code niet worden gebruikt: <ul style="list-style-type: none"> • Voor niet-spoedeisende transfers, omdat er geen spoeddiagnose en/of -behandeling is. Ook niet voor dringende transfers met PIT, want er is geen SMUR.
590413 590424	Installatie van en toezicht op de gecontroleerde beademing onder endotracheale intubatie of tracheotomie en op de hartfunctie met gebruik van een waaktoestel dat op zijn	inclusief voorwaarden (hierboven geel gemarkeerd): o Noodgeval ; o Door de dienstdoende arts met de MUG.	Ja : Maar met deze voorwaarde kan deze code niet worden gebruikt:

	minst bestendig het elektrocardiogram volgt, tijdens het medisch begeleid dringend transport van een patiënt in een ambulance		Voor niet-spoedeisende transfers, want er is geen spoedgeval. Ook niet voor dringende transfers met PIT, want er is geen MUG.
109734	Toeslag voor geneeskundige bijstand tijdens de dringende overbrenging van de patiënt per ziekenwagen naar het ziekenhuis door de huisarts	Huisbezoek	Nee : geen transfers tussen ziekenhuizen
599303	Honorarium voor de arts-specialist in de kindergeneeskunde, die toezicht houdt op de pasgeboren patiënt tijdens zijn overbrenging naar een dienst NIC van een andere verpleeginrichting	➤ Zowel urgent als niet-urgent	