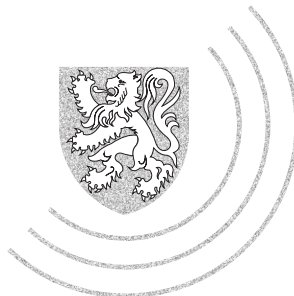


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2002-2003

4 juni 2003

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**– van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Sonja Becq, de heer Luc Martens,
mevrouw Ingrid van Kessel, de heer Paul Van Malderen en mevrouw Veerle Heeren –**

betreffende het niet-dringende liggend ziekenvervoer

HOORZITTING

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door de heer Jan Roegiers**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Patricia Ceysens.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey,
mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van
Kessel ;

mevrouw Patricia Ceysens, mevrouw Claudine De
Schepper, de heren Jacques Devolder, Koen Helsen ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer
Felix Strackx ;

de heren Guy Swennen, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle
Heeren, de heren Luc Martens, N... ;

de heren Jozef Browaeys, Frans De Cock, André Moreau,
Cis Schepens ;

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen
Van den Eynde ;

de heren Carlo Daelman, Chokri Mahassine ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Kris Van Dijck.

Zie :

866 (2001-2002)

– Nr. 1 : Voorstel van resolutie

INHOUD

	Blz.
1.1. Uiteenzetting door de heer Marc Weeghmans, voorzitter Vlaamse Vereniging voor Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg (VVVS)	4
1.2. Bespreking	4
2.1. Uiteenzetting door de heer Johan Martens, voorzitter van de Ambulance Groep Limburg (AGL)	5
2.2. Bespreking	6
3.1. Uiteenzetting door de heer Jan Christiaen, bedrijfsleider Ambuce Rescue Team	7
3.2. Bespreking	7
4.1. Uiteenzetting door de heer Philip Vandevyver, Unie der Belgische Ambulancediensten ..	8
4.2. Bespreking	11
5.1. Uiteenzetting door de heer Wim Coumans, directeur-generaal Rode Kruis Vlaanderen ...	12
5.2. Bespreking	13

DAMES EN HEREN,

De Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen hield op 27 mei 2003 een hoorzitting over het voorstel van resolutie betreffende het niet-dringende liggend ziekenvervoer (*Parl. St. VI. Parl. 2001-2002, nr. 866/1*).

1.1. Uiteenzetting door de heer Marc Weeghmans, voorzitter Vlaamse Vereniging voor Verpleegkundigen Spoedgevallenzorg (VVVS)

De heer Marc Weeghmans : Ongeveer 10 procent van onze patiënten wordt aangebracht met privé-ziekenwagens. De spoedgevallendienst is de enige dienst die 24 uur op 24 open is en ook toegankelijk is voor liggende patiënten. Dat wil dus zeggen dat iedereen die nood heeft aan gezondheidszorg naar de spoedgevallendienst komt.

Het privé-ziekenwagenvervoer omvat zowel kritische als niet-kritische patiënten. De organisatie, de uitrusting en de kwaliteit van de zorg zijn niet gegarandeerd. Het bedrag per kilometer en de afgelegde weg voor dezelfde vervoersafstand varieert van patiënt tot patiënt en van ziekenwagendienst tot ziekenwagendienst.

Niet-dringend liggend vervoer is vervoer van personen die verzorging nodig hebben van, naar en tussen verzorgingsinstellingen en/of de praktijk van een gezondheidsbeoefenaar, met uitsluiting van vervoer dat geregeld wordt door de wet van 8 juli 1964. Men valt binnen deze wet als men het nummer 100 draait. Als men dat nummer niet draait of men roept een privé-ziekenwagen op, dan valt men niet binnen deze wet alhoewel men toch dringend vervoerd dient te worden.

Dringend liggend vervoer is het vervoer van patiënten die niet voldoen aan een aantal objectieve gezondheidscriteria tijdens het vervoer of bij aanvang van de rit. We wensen het dringende en niet-dringende vervoer te scheiden. Dringend vervoer moet steeds door de dienst 100 worden gecoördineerd.

De structurele elementen met betrekking tot de organisatie omvatten een vaste standplaats, een erkenning op basis van een vergunning, rechtspersoonlijkheid, een medisch en administratief verantwoordelijke en een aansprakelijkheidsverzekering. Sommige diensten zijn niet in orde met een aantal van deze zaken. Kwalitatieve elementen houden in dat de beheerders en medewerkers voldoen aan elementaire normen, onder meer een bewijs van

goed gedrag en zeden. Momenteel is dat niet nodig. Elk ziekenvervoer moet worden uitgevoerd door twee medewerkers. Het gebeurt regelmatig dat patiënten alleen worden vervoerd door een chauffeur. Verder moet de ziekenwagen uitgerust zijn met materiaal dat aan minimumkwalificaties voldoet. Sommige diensten zijn met tweedehandsmateriaal uitgerust, dat niet of onvoldoende werkt.

Bedrijfseconomische elementen houden in dat ziekenwagendiensten volgens de opgegeven normen moeten kunnen werken op een gezonde bedrijfseconomische basis, zonder voorkeur voor een statuut van dienst of medewerkers. Dat wil dus zeggen dat vrijwilligers ook bij dit vervoer kunnen worden ingeschakeld. De tarieven dienen te worden afgesproken evenals welke afgelegde weg in aanmerking komt voor het vervoer van de patiënt.

De terugbetalingstarieven door het ziekenfonds zijn nog een heet hangijzer. Met een attest voor liggend vervoer dient voor alle ziekenfondsen dezelfde terugbetaling te gelden. Elk verbond hanteert een ander tarief met andere terugbetalingsvoorwaarden. Vervoer over verschillende verbonden van hetzelfde ziekenfonds geeft telkens een andere tariefberekening. Elk verbond heeft een eigen organisatie voor het vervoer. Ze maken afspraken met privé-ziekenwagendiensten en ze ijveren voor het goedkoopste vervoer. Daarmee is niet altijd de kwaliteit verzekerd.

Wat de elementen voor kwalificatie betreft, is er de uitrusting van de ziekenwagendienst en de ziekenwagen. Zo dienen de ziekenwagens te voldoen aan de Europese norm. De opgelegde tarieven voor vervoer van patiënten moeten worden aanvaard en gehanteerd. Verder zijn opleiding en bijscholing belangrijk. Alle ambulanciers dienen dezelfde opleiding te krijgen. We mogen geen twee soorten ambulanciers krijgen. Ook dient er een door de gemeenschap opgelegde registratie van elke rit te zijn. De VVVS streeft naar een witte-zonevorming waar de hulpverlening van de medische discipline op elkaar kan worden afgestemd en officieel kan worden vastgelegd.

1.2. Bespreking

Mevrouw Marijke Dillen : Een van de grote knelpunten is het verschil in tarieven. Hebt u suggesties om tot een oplossing te komen ?

De heer Marc Weeghmans : Het ziekenwagentarief voor dringend vervoer voldoet niet. We ijveren dan ook voor een tarief dat economisch haalbaar en

leefbaar is voor de ziekenwagens. Ik denk aan 10 euro (400 frank) per kilometer, terwijl het bedrag momenteel ongeveer 2 euro is. Het probleem van de privé-vervoerders is dat ze regelmatig failliet gaan omdat ze onder de prijs rijden en hun personeel niet kunnen betalen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : U stelt dat het personeel dat erkend is om in de dringende hulpverlening te werken, ook niet-dringende verzorging moet kunnen doen. Vindt u dat dezelfde dienst dat moet doen of zijn er twee erkenningen nodig ? Dringende hulpverlening is immers verbonden aan een ziekenhuis.

U sprak van een afstemming op de regio's. U kent het decreet op de zorgregio's blijkbaar niet. Het is interessant om op te volgen in welke mate deze verdeling een antwoord kan zijn.

De reden waarom dit een voorstel van resolutie en geen voorstel van decreet is geworden, is dat we vaststellen dat er zeer veel positief ingestelde belanghebbenden zijn. Als men onmiddellijk een regeling zou maken, zet men mensen eerder tegen elkaar op dan dat men hen doet samenwerken. Hebt u opmerkingen bij de tekst van het voorstel ? Zijn er aanvullingen nodig of zijn bepaalde zaken al voorbijgestreefd ?

De heer Marc Weeghmans : Ik heb geen opmerkingen bij de tekst.

Zodra men in het systeem van het dringende vervoer (het 100-systeem) terechtkomt, wordt door de verantwoordelijke van de dienst 100 het hele systeem afgesteld op de dringende zaak. Bij niet-dringend vervoer is dat niet het geval. De ziekenwagen komt ter plaatse en pas dan stelt men vast wat er aan de hand is. Het probleem is dat niet alle mensen opgeleid zijn en dan gebeuren er soms zaken die niet kunnen.

2.1. Uiteenzetting door de heer Johan Martens, voorzitter van de Ambulance Groep Limburg (AGL)

De heer Johan Martens : Ik zal u de werking van een ambulancedienst toelichten. Het ziekenvervoer is georganiseerd in de jaren zestig. Er was behoefte aan ziekenwagens voor dringend ziekenvervoer. De ambulanciers waren vaak brandweerlui, en vooral vrijwilligers. Er was toen minder behoefte aan niet-dringend ziekenvervoer omdat de zieken langer in het ziekenhuis bleven. Nu gaan patiënten

vlugger naar huis, er is dus meer niet-dringend ziekenvervoer nodig.

Het dringende ziekenvervoer is gereguleerd, maar het niet-dringende ziekenvervoer niet. Tot het einde van de jaren zeventig maakten ambulancediensten voor beide vormen van vervoer gebruik van vrijwilligers. In het begin van de jaren tachtig was er een kentering omdat het Rode Kruis ook ziekenvervoer begon te organiseren, hoofdzakelijk met vrijwilligers.

In 1979 moesten patiënten 55 frank per kilometer betalen, nu is dat 45 frank per kilometer. Na de aanpassing van de tarieven rijden taxi's nu voor 48 frank per kilometer. Dat verklaart de huidige impasse. De overheid heeft nooit klaarheid willen scheppen. Ik hoop dat het voorliggende voorstel van resolutie de aanzet kan vormen voor een debat tussen de betrokkenen.

AGL is een vereniging van privé-ambulancediensten die nadenken over hoe ze kunnen overleven. Er zijn een aantal vonnissen die belangrijk zijn voor onze sector. Een vonnis van 1998 van Craighs tegen VZW Life Care maakt het onderscheid tussen dringend en niet-dringend ziekenvervoer. De rechtbank oordeelde dat dringend ziekenvervoer niet onder de wet van de commerciële handelspraktijken valt. Het niet-dringend ziekenvervoer daarentegen blijft een handelsactiviteit. Daarvoor mogen geen vrijwilligers ingezet worden.

Een rechtstreeks gevolg van die uitspraak was dat veel firma's, naast een PVBA of een eenmansfirma, een VZW oprichtten omdat die wel met vrijwilligers mogen werken. Voor het niet-dringende ziekenvervoer worden ook nog steeds vrijwilligers ingezet. Het is ook niet duidelijk waar de grens is tussen dringend en niet-dringend ziekenvervoer.

Vervolgens is er het vonnis van het UBA tegen het Rode Kruis, dat ondanks de beroepsprocedures nog steeds van toepassing is. De rechter stelde eveneens dat vrijwilligers in het niet-dringende ziekenvervoer bij wet verboden zijn.

Nu hebben we de kans om op korte termijn een degelijke reglementering in de sector tot stand te brengen. Veel privé-diensten blijven immers verkommerd achter. Ze werken met zwartwerkers om te overleven. Het is noodzakelijk dat de sector gereguleerd wordt. Nu hebben de privé-ambulancediensten geen rechtszekerheid.

Door de heer Pieters van NV-A werd op het federale niveau een wetsvoorstel ingediend om het

niet-dringende ziekenvervoer uit de handelsactiviteiten te schrappen. De Raad van State gaf daarover een negatief advies. Daarin stond dat de Europese wetgeving dat vervoer tot de commerciële activiteiten rekent. Voornoemde argumenten maken duidelijk dat heel wat firma's buiten de wet opereren. Het is dus hoog tijd voor een reglementering.

De mutualiteiten zoeken voor hun patiënten de goedkoopste oplossing. Dat zijn meestal diensten die met vrijwilligers werken en dus niet onderworpen zijn aan de voorwaarden over opleiding en kwaliteit. Dat is voorbijgestreefd. Aan de werknemers van privé-diensten worden wel kwalificaties gevraagd. Voor het vervoer van hartpatiënten wordt bijvoorbeeld begeleiding door een verpleegkundige gevraagd. Ook dat werkt zwartwerk in de hand. Vaak worden immers verpleegkundigen van spoeddiensten ingeschakeld.

Daarom moeten ambulanciers een opleiding volgen zodat zij het speciaal vervoer zelf kunnen uitvoeren. Dat impliceert een opleiding van A2-niveau van twee tot drie jaar. Dat zal vrijwilligers zeker ontmoedigen.

Omdat bedrijven gesplitst zijn in BVBA's en VZW's, zijn ze moeilijk te controleren. Daarom moet men, zoals bij de diensten 100, werken met vergunningen.

Zowel personeel als bedrijven moeten dan een vergunning krijgen als ze voldoen aan bepaalde criteria. De sector vraagt dus een betere overheidscontrole.

Kortom, een degelijke opleiding zou een groot deel van de problemen oplossen. Een ambulancier met een goede opleiding wil werken voor een degelijke ambulancedienst. Ook in de ons omringende landen moeten ambulanciers minstens een opleiding van twee jaar volgen. Zelfs in Zuid-Afrika duurt de opleiding drie jaar. Mits er een goede regelgeving is, kunnen vrijwilligers aan de slag blijven. Het is wel belangrijk dat alle diensten moeten voldoen aan gelijke voorwaarden. Vrijwilligers kunnen de kosten drukken. Gezien de kwalificatie van Europa betwijfel ik echter of het mogelijk is. We vragen dus een betere opleiding, vergunningen en reglementering van het vrijwilligerswerk.

Als de vrijwilligers vervangen worden door beroepskrachten, dan zullen er voor Limburg alleen al een 100-tal arbeidsplaatsen bijkomen. Ook dat is niet onbelangrijk voor de financiering van de sector. In Frankrijk moeten de ambulancediensten

geen loonlasten betalen. Ook het remgeld kan een oplossing bieden. Het ambulancevervoer zit nu nog in de niet-verplichte ziekteverzekering. Dat zou kunnen overgeheveld worden naar het RIZIV, mits er een fatsoenlijke financiering is.

2.2. Bespreking

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : U pleit voor kwaliteitseisen, maar dat vergt middelen. De Raad van State heeft duidelijk gezegd dat ambulancevervoer een Vlaamse bevoegdheid is. Daarom is het moeilijk om het RIZIV in te schakelen. Heeft u al berekend hoeveel de bijdrage van de overheid zou zijn ?

De heer Johan Martens : Ik denk dat er om en bij de 6 miljard Belgische frank nodig is. Trekken we daarvan af wat de mutualiteit nu betaalt, zitten we al bij de helft. Als we een paar duizend arbeidsplaatsen kunnen creëren, zal dit de financiën ook ten goede komen. Verder zullen we ook naar een systeem van remgeld moeten overgaan. Ik realiseer mij dat deze maatregel verre van populair zal zijn, maar hij is echt noodzakelijk. En ten slotte hoop ik dat deze Commissie nog andere maatregelen zal voorstellen om het noodzakelijke geld bijeen te krijgen.

Mevrouw Sonja Becq : Er worden door de verschillende organisaties heel verschillende prijzen voor de gebruiker gehanteerd. Kwaliteit is natuurlijk een must, maar wordt ook gedacht aan de afstemming van de prijs ?

De heer Johan Martens : In 1979 kregen we 55 frank per kilometer, maar nu, ruim twintig jaar later, nog slechts 45 frank. Dit zou zeker moeten verdrievoudigd worden. Een vergoedingssysteem per prestatie zou overigens veel beter zijn.

Laat me een voorbeeld geven. Voor een korte interventie met rit van 10 kilometer, waar 2 beroepsmensen aan meewerken, wordt 450 frank betaald. De loonkost per uur alleen al bedraagt 1.500 frank. En dan hebben we het nog niet over het materiaal en de afschrijving, het verbruik, de verzekering en het onderhoud van de ziekenwagen.

Mevrouw Sonja Becq : Dat begrijp ik. Maar mijn vraag was of u ervoor pleit de tarieven voor de gebruiker te stroomlijnen.

De heer Johan Martens : Dit is stof voor een commissie Economie. Daar werden nog nooit degelijke berekeningen over gemaakt. We moeten naar een

prijssetting waar rekening gehouden wordt met de effectieve loonkost, en naar een financiering per ambulance, waarbij inzet en afstand in acht genomen worden.

3.1. Uiteenzetting door de heer Jan Christiaen, bedrijfsleider Ambuce Rescue Team

De heer Jan Christiaen : Op 6 maart 2002 had ik over deze problemen reeds een gesprek met mevrouw Van Cleuvenbergen. Het is duidelijk dat ik op de mij toebedeelde tijd slechts zeer summier kan schetsen waar de knelpunten zitten.

Over de kwaliteitsnormering heeft de groep Ambuce rond 1995 samengewerkt met toenmalig minister Colla. Daaruit vloeide de wet Colla uit, die omwille van de nationale/regionale bevoegdheidsoverschrijding niet kon standhouden. Ze bevatte zeer zeker positieve punten, maar ook enkele knelpunten.

Zo werden de technische vereisten voor de ziekenwagens gelijkgesteld met de EU-norm, terwijl geen enkele andere lidstaat deze norm effectief haalt. De kostprijs van de ziekenwagens steeg daarmee in grote mate, maar de verhoging van de financiering bleef uit. Ten aanzien van het huidige wagenpark zijn er in verband met deze EU-norm overigens twee grote problemen : de crash-norm en de elektrische/elektronische omkadering.

De wet Colla schrijft voor dat beide ziekenvervoerders dezelfde opleiding dienen genoten te hebben. Volgens ons volstaat het dat slechts één van beide vervoerders een dergelijke opleiding kreeg. Wie gaat al die opleidingen van 60 uur betalen ?

Bovendien worden vaak jobstudenten ingezet die perfect de taak van chauffeur op zich kunnen nemen mits een korte opleiding van 12 uur.

Met het oog op het genieten van gunstige BTW-tarieven lijkt het me noodzakelijk de term 'ziekenvervoer' exact te definiëren. Ziekenvervoer moet omschreven worden als 'elk vervoer van een patiënt van of naar een ziekenhuis'. Alle andere vervoer van zieken, bijvoorbeeld voor een consultatie, behoort tot het taxivervoer.

De financiering is uiteraard het moeilijkste punt van de hele sector. De maximumfinanciering is essentieel voor het ziekenvervoer. Wat mij betreft, mag het ziekenvervoer gerust functioneren met enkel fulltime werknemers en hoogstaand materiaal, dat, zoals in Nederland, na vijf jaar sowieso

vervangen wordt. De globale kostprijs ziekenvervoer die de Nederlandse regering op zich neemt is dan ook 800 miljoen euro op jaarbasis.

Voor het ziekenvervoer in België, volgens de maximumnorm, spreken we over 500 tot 600 miljoen euro. Vorig jaar heeft het RIZIV echter slechts 537 miljoen frank betaald aan de vier vormen van ziekenvervoer. De mutualiteiten leggen nog eens 700 à 800 miljoen frank bij via de vrije aanvullende ziekteverzekering. Dit betekent dus 1,3 miljard frank op jaarbasis. Dit is zeer ver beneden de optimale 24 miljard frank.

Ik pleit dan ook voor een pragmatische aanpassing : uiteraard moeten we kwaliteit normeren, maar de norm moet haalbaar zijn.

Daarom ook pleit ik voor de vrijwilligers. Zij zijn essentieel in de sector van het ziekenvervoer : zij drukken de kostprijs. Een vergelijkende studie toont aan dat de kostprijs daalt met een factor 4.

De staat zou haar hypocriete houding moeten opgeven : zij is boswachter en stroper tegelijkertijd. Enerzijds dwingt zij ons met vrijwilligers te werken om de kostprijs laag te houden, en anderzijds daagt ze de werkgevers, via de inspectie Sociale Zaken, als criminelen voor de rechtbank.

3.2. Bespreking

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Er bestaat dringend en niet-dringend ziekenvervoer. Wil u dat in de toekomst samen houden, en de selectie gewoon per telefoon maken ?

Worden de EU-richtlijnen op het vlak van materiaal bij u toegepast ?

Er wordt toch vaak op het grensgebied met Nederland gewerkt. In Nederland is er echter een andere prijssetting, en moet men werken met verpleegkundigen. Zal in de toekomst bij ons ook enkel met verpleegkundigen gewerkt worden, of houden wij daarnaast ook de opleiding tot ambulancier ?

De heer Jan Christiaen : De EU-norm is een technische norm. Wat betreft het personeel is Nederland het verst gevorderd. Er bestaat een aparte opleiding voor ambulance-verpleegkundige. Als arts moet ik daar natuurlijk voor pleiten, maar als bedrijfsleider kan ik dat niet. Wij werken ook in Nederland, met verpleegkundigen, maar de tarieven liggen er dan ook 10 keer hoger.

De Nederlandse ziekenwagens volgen de technische EU-norm op dit moment het beste op. Door het afspringen van de crashtests staat dit systeem nog in geen enkel land volledig op punt. Bij deze tests laat men ziekenwagens crashen tegen een versnelling van 20g, of twintig keer de zwaartekracht. Maar deze tests zijn waardeloos omdat met 'gestripte' ziekenwagens wordt gewerkt : de wagens bevatten geen perfusiepompen of ventilatoren, geen matrassen op de brancards. Patiënten zouden voor hun veiligheid trouwens gefixeerd moeten worden in een harnas, wat maatschappelijk slechts wordt aanvaard voor 5 procent van de patiënten, namelijk de psychiatrische patiënten.

Sommige firma's hebben zich onder wettelijke druk in twee secties opgesplitst : het dringende en het niet-dringende vervoer. In de praktijk blijkt het niet-dringende vervoer vaak echter even dringend te zijn als het dringende vervoer. Patiënten wenden zich immers gemakkelijker tot hun ziekenfonds, dit omwille van het goedkopere tarief. Het verschil tussen dringend en niet-dringend vervoer is vaak subtiel, soms zelfs idioot. Een inspecteur van sociale wetten vroeg me eens hoe onze firma in de praktijk het onderscheid maakt tussen de twee vormen van vervoer. Ik antwoordde hem met een weder-vraag : wat zou hij willen dat er gebeurde als zijn kind was aangereden en er kwam een wagen voor niet-dringend ziekenvervoer voorbij ? De huidige reglementering bepaalt dat als die wagen stopt, hij officieel een fout begaat.

4.1. Uiteenzetting door de heer Philip Vandevyver, Unie der Belgische Ambulancediensten

De heer Philip Vandevyver : Ik zet hier het standpunt uiteen van de Unie der Belgische Ambulancediensten. Ik ga in op de huidige werking van de sector en wil de mogelijke opdrachten van het Vlaams Parlement aanduiden.

Over de wetgeving kunnen we zeer kort zijn. Er is enkel de wet van 8 juli 1964 die de organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening regelt. Het gaat hier om dringende interventies die de burger aanvraagt via het eenvormige oproepstelsel 100.

Door het herschrijven van de voorwaarden waaraan de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg moet voldoen, is de laatste jaren duidelijk een nevenstructuur opgericht, onder meer door de ziekenhuizen. Dit levert een gevaar op voor de bevolking : dringend patiëntenvervoer kan nu gebeuren zonder controle door een overheidsdienst. Door

het handig omzeilen van de wetgeving op het dringende ziekenvervoer, hebben patiënten niet langer de garantie een ernstige dienstverlening te genieten.

Bovendien hebben ambulanceteams dagelijks mensenlevens in handen zonder enig beroepsstatuut, zonder enige rechtszekerheid, bescherming of degelijke opleiding. Financiering door het RIZIV blijft achterwege. Het Instituut verklaart dit door te wijzen op het gebrek aan normen. Maar de omgekeerde redenering gaat natuurlijk ook op : er komen geen normen, omdat daar een financiering aan vast hangt. De sector zit dus duidelijk in een impasse. Deze vicieuze cirkel kan alleen worden doorbroken als het Vlaams Parlement beslist om dit voorstel van resolutie ter harte te nemen.

Onze eerste vraag moet zijn onder welke vorm onze dienstverlening wettelijk wordt gecatalogeerd. Het Wetboek van Koophandel bepaalt in artikel 2, vijfde lid, dat daden van koophandel zijn : alle verrichtingen van ondernemingen van openbare of private werken van vervoer te land, te water of door de lucht. Iedere exploitant van een ambulancedienst moet daarmee rekening houden. Tevens dient de overheid haar eigen wetgeving te respecteren door ze zelf na te leven en eventueel te laten naleven. Als er iets schort aan de wetgeving, kan de wetgever dit op democratische wijze veranderen.

In oktober 1999 diende federaal parlementslid en professor sociaal recht Danny Pieters een wetsvoorstel in tot wijziging van artikel 2, vijfde lid, van het Wetboek van Koophandel. Dit wetsvoorstel voorzag in een onttrekking van het ziekenvervoer aan het Wetboek van Koophandel, maar er werd geen meerderheid gevonden om het voorstel goed te keuren. Het advies van de Raad van State was vernietigend, aangezien de datum van inwerking-treding met terugwerkende kracht werd opgenomen om een van de partijen in een gerechtelijke procedure te dienen. Het voorstel was volgens de Raad van State bovendien in strijd met de Europese richtlijnen. Het Vlaams Parlement zal met dit alles rekening moeten houden bij de verdere uitwerking van de reglementering van de sector ambulancevervoer.

In een poging om de sector alsnog wettelijk te regelen, werd in 1999 het zogenaamde KB-Colla opgesteld en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad. Wegens een bevoegdheidsovertreding werd dit koninklijk besluit inmiddels door de Raad van State vernietigd. Toenmalig minister Vogels, die de nietigverklaring zelf had gevraagd, belastte zichzelf

daarop met de taak onze zaak verder te regelen. Een schrijven van de Vlaamse administratie van gezondheidsbeleid voorziet in een regularisatie van de sector.

Deze hele situatie leidt in de sector tot een wildgroei van ambulancediensten, meestal op illegale basis, waarop de overheid totaal geen vat heeft. Dit ondanks het feit dat het hier toch gaat om een belangrijke schakel in de gezondheidsketen.

Door de historische ontwikkeling van de dienst 100, die in de jaren zestig vooral met vrijwilligers werkte, bepaalt het federale ministerie van Tewerkstelling en Arbeid dat een opdracht conform de wet van 8 juli 1964 niet kan worden aanzien als een arbeidsprestatie. Dit houdt expliciet in dat alle andere vormen van ambulance-interventies helemaal geen vrijstelling genieten.

In de praktijk worden de meeste werknemers in onze sector op schandelijke wijze uitgebuit en aan hun lot overgelaten. Opnieuw een impasse : een degelijk sociaal statuut voor de ambulancier verhoogt de kostprijs voor de patiënt, die nog steeds in de kou staat op het vlak van financiering.

De meeste exploitanten worden zwaar aangepakt en hebben dit tot hun schande moeten verhalen op de tewerkstelling binnen de ambulancesector.

Dit is de ideale manier om de jobzekerheid binnen een sector volledig te vernietigen. Als de overheid een beleid zou voeren, kan de sector morgen minstens 5.000 jobs creëren.

Jullie hebben allemaal voldoende zicht op de maatschappij om te begrijpen dat op korte termijn de sector werd overspoeld met vrijwilligers, bevoordeelde statuten en voornamelijk zwartwerk. Exploitanten die zich hieraan gretig schuldig maken, slagen erin een mooie façade te bouwen waarachter criminele imperia schuilgaan. Ambulanciers maken hierover vele opmerkingen via het internet : tewerkstelling zonder overeenkomsten, niet-uitbetaalde overuren, werken onder het wettelijke minimumloon, niet-betaalde uren tijdens het wachten op patiënten, werknemers die onverrichter zake en onbetaald huiswaarts worden gestuurd tussen ambulanceritten door, ga zo maar door. En wat meer is : de ambulancier die zijn mond durft te openen, gaat mooi de deur uit. Het is vrij eenvoudig : opleiding is niet vereist, dus er zijn altijd kandidaten om uw plaats in te nemen.

Wat de opleiding betreft, is het evident dat een opleiding van 160 uur helemaal niet volstaat om de

verantwoordelijkheid voor een mensenleven te dragen. Deel uitmaken van een ambulanceteam, vraagt heel wat meer dan alleen EHBO-kennis.

Er is een lichtje aan het einde van de duistere tunnel. In 1993 bepaalde de Koning dat het 'vervoer van patiënten' gecatalogeerd wordt onder de lijst van paramedische beroepen, beschreven in het koninklijk besluit nummer 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen. Alweer een impasse : de niet-professionele medewerkers wensen natuurlijk geen langdurige opleiding.

Ook op het vlak van de kwaliteit geldt geen enkele norm. Onlangs bracht een ambulance een patiënt over van het ene ziekenhuis naar het andere. De patiënt had net een arteriële ingreep achter de rug. Toen de ambulance in het ziekenhuis aankwam, was de patiënt overleden. De ambulance was bemand met alleen een chauffeur. Omdat het ziekenhuis in kwestie de kostprijs van de ambulance in de toekomst zou zien verhogen, werd beslist om alles in de doofpot te stoppen en dichte men de patiënt een natuurlijk overlijden toe. Het zal je familie maar wezen ! Het gaat hier om criminele daden om financiële redenen. Vandaag worden de patiënten van dat ziekenhuis nog steeds met een ambulance zonder begeleider vervoerd. Is dit geen taak voor de overheid ?

Ook met het voertuigenpark is het erg gesteld. In West-Vlaanderen bijvoorbeeld moeten patiënten bij interklinisch transport op een krap zitje plaats nemen omdat de containers met de ziekenhuismaaltijden tegelijkertijd mee naar de andere campus worden vervoerd. Voertuigen die worden ingezet om bezoldigd personenvervoer te organiseren, moeten iedere zes maand worden aangeboden bij de technische keuring. Maar diverse diensten schrijven hun ambulance in als bestelwagons om die keuring te omzeilen.

Voor de verzekeringen een zelfde verhaal : vraag maar eens wie een verzekering heeft afgesloten voor eventuele beroepsfouten. Een controlerende overheid zou hier toch heel wat kunnen aan veranderen.

Wat procedures betreft, kunnen we stellen dat de sector grotendeels werd opgesplitst in exploitanten die de wet op de handelspraktijken en het statuut van de arbeidsprestaties volgen en exploitanten die menen dat ze de wet niet moeten volgen en daar gretig de vruchten van plukken. De beroepsvereniging ligt, gezien de bevoegdheid die ze heeft door de wet van 14 juli 1991 betreffende de handelspraktijken en de voorlichting en de bescherming

van de consument, aan de basis van heel wat van deze procedures. Aanvankelijk waren ook vakbonden geneigd exploitanten voor de rechters te slepen, maar dat is onbegonnen werk omdat de uittuiting van de ambulanciers zo veralgemeend is.

Men verwijt de beroepsvereniging de andere actoren uit de sector te willen weren maar wij vragen enkel gelijke rechten en gelijke plichten. Gelijke rechten om onze job naar behoren uit te voeren en daarvoor een gepaste verloning te mogen ontvangen. Plichten die minstens gelijk zijn voor iedere vorm van exploitatie zodat de ongelooflijke waaier aan verschillende toegepaste tarieven op een natuurlijke manier verdwijnt.

Een van de oorzaken maar niet de basisoorzaak van het probleem, is het niet respecteren van de wetgeving inzake exploitatie en tewerkstelling van de ambulanceteams.

Een veel groter probleem dat eigenlijk aanleiding geeft tot meervoudige illegale praktijken, betreft de financiering in de sector. In de toelichting bij het voorstel van resolutie werd terecht aangehaald dat de patiënt bijna altijd de rekening betaalt. Bovendien krijgt de patiënt daarvan heel weinig terug. Een terugbetaling in het kader van de verplichte ziekteverzekering kennen we helemaal niet. Dat de sector niet geregeld is, is niet zijn schuld. Patiëntenvervoer is toch ook een onderdeel van de gezondheidssector. Maar het solidariteitssysteem inzake gezondheidszorg geldt voor onze sector niet.

Door de uitsluiting uit de verplichte ziekteverzekering werd onze sector noodgedwongen opgenomen in de vrije aanvullende verzekering. En in die tak gedragen de ziekenfondsen zich als een ware verzekeringsmaatschappij. Omdat ze streven naar zo min mogelijk uitgaven, is er een rush naar de goedkoopste oplossing ontstaan. Al jarenlang worden exploitanten van ambulancediensten vaak alleen op basis van hun kostprijs gekozen. Op die manier worden diensten gedwongen illegaal te werken en wordt onze sector in een impasse geduwd. De patiënt geniet geen keuzevrijheid meer of wordt financieel afgestraft. Waar zijn zijn rechten? De ziekenfondsen beweren dan wel dat zij kwaliteitsnormen nastreven, maar als de overheid nog geen normen voor kwaliteit kan opleggen, hoe zou een mutualiteit, die daar ook nog moet voor betalen, dat dan kunnen? De beste bidder is dus meestal de goedkoopste en die kan zijn activiteiten alleen maar in stand houden door gebruik te maken van allerlei achterpoorten die hij op een of andere manier legaal probeert te noemen.

Ziekenfondsen doen intussen op grote schaal aan kartelvorming met diensten waarvan niemand weet welke kwaliteit ze leveren maar die wel de goedkoopste zijn. Door exclusieve tussenkomsten voor hun contracten sluiten de ziekenfondsen bovendien andere diensten volledig uit. Ze dwingen exploitanten van ambulancediensten tot veelvuldige inbreuken op de sociale wetgeving en tot oneerlijke handelspraktijken, met vele faillissementen tot gevolg. Dat is voor onze sector duidelijk het basisprobleem.

Een oplossing voor de hele problematiek bestaat er niet. De overheid moet optreden. Maar die overheid is in ons land verdeeld over diverse regeringen en ministeries. Wij stellen voor dat er bij de federale regering wordt aangedrongen om het beroepsstatuut op te nemen in een koninklijk besluit.

Voorts moeten er erkenningsnormen komen voor de exploitatie van een dienst. Hierbij moet rekening gehouden worden met de bestaande wetgeving. Op die manier komen we dan toch ten minste al tot een registratie van de diensten die instaan voor het niet-dringende ziekenvervoer.

Er moeten normen worden vastgelegd voor wat het verschil is tussen de 100 en de niet-100. Bovendien moet zowel het dringende niet-100 als het niet-dringende vervoer worden geregeld. Er mogen geen niet-gereguleerde fracties van onze sector overblijven, anders ontstaat een nieuwe wildgroei. Er moeten minimale kwaliteitsnormen voor de exploitatie, het materieel en de uitvoering van de opdrachten worden vastgelegd.

De Vlaamse regering moet zich dringend buigen over de vraag of vrijwilligers kunnen ingezet worden in concurrentie met professionele dienstverleners. Het deel van de sector dat hiervan de dupe is, is bereid hiervoor het Europese Hof van Justitie aan te spreken als ons lokale bestuur nalaat hierover een duidelijk niet aanvechtbaar standpunt in te nemen. Een korps dat uitsluitend uit vrijwilligers bestaat, biedt overigens geen zekerheid inzake continuïteit.

De patiënt moet een gelijk recht op teruggave hebben, ongeacht voor welk type kwaliteit of ziekenvervoer hij kiest. De tussenkomst in het vervoer van patiënten moet zeker worden losgekoppeld van de vrije aanvullende verzekering.

De kostprijsberekening moet rekening houden met de bestaande sociale wetgeving zodat exploitanten alsnog een overlevingskans hebben. Een mogelijk middel om de kostprijs te verlagen is een loskoppe-

ling van de werknemers aan de sociale plichten maar met behoud van sociale rechten. Op die manier creëren we voor iedereen dezelfde jobzekerheid, maar heeft de sociale plicht een positieve invloed op de kostprijsberekening die zich vertaalt in een vermindering van het financieringspakket voor de terugbetaling van het ziekenvervoer.

De inzet van verpleegkundigen biedt geen soelaas voor onze sector. Een driejarige opleiding is niet nodig voor een specifieke ambulancejob. Bovendien zijn er nu al 10.000 verpleegkundigen te kort.

Bij het uittekenen van de krijtlijnen moet het zittend ziekenvervoer zeker in kaart worden gebracht. Dat biedt een kans op blijvende tewerkstelling in onze sector. Het beroep van ambulancier is fysisch en psychisch zwaar. Zittend ziekenvervoer meenemen in het volledige pakket, verlicht onze opdracht en biedt kansen aan oudere werknemers die dan niet gedumpt moeten worden. Het Vlaams Parlement kan duidelijke grenzen trekken om het begrip 'zittend ziekenvervoer' af te bakenen en misbruiken te vermijden.

In onze buurlanden betaalt de patiënt niets of bijna niets voor een ambulance. Of dat het ultieme doel is, is een politieke vraag. De malaise waarin de sector vandaag verkeert, is alleszins onhoudbaar. Wij bieden u onze hulp aan.

Mag ik u allen vragen dit voorstel van resolutie als een dringende noodzaak te beschouwen en het als een ernstige opdracht ter harte te nemen – in naam van onze sector maar ook van onze patiënten.

4.2. Bespreking

Mevrouw Niki De Gryze : Hoe zit het met de opleiding van de vrijwilligers bij de niet-100 ? Zijn zij verplicht de cursus van 160 uur te volgen ?

De heer Philip Vandevyver : Enkel de opleiding voor ambulanciers die actief zijn in het kader van de dienst 100 is vastgelegd op 160 uur, aangevuld met 24 uur permanente vorming per jaar, met een evaluatie elke vijf jaar. Voor eender welke ambulancier die niet actief is in het kader van de dienst 100 geldt geen enkele opleiding. Als een patiënt vervoerd wordt in een ziekenwagen en daar een hartstilstand krijgt, is het mogelijk dat de ambulancier de dienst 100 er moet bij halen om te reanimeren.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Als een van de mogelijke oplossingen stelt u voor de kostprijs

te verlagen door een loskoppeling van de werknemers aan sociale plichten maar met behoud van sociale rechten. Bestaat dat in sommige landen ?

In de hernieuwde visie op onderwijs pleit men om te werken met modules van opleidingen. Tot nu toe berust de opleiding van ambulanciers bij erkende opleidingscentra. Ziet u dit ook mogelijk in het reguliere onderwijs ?

De heer Philip Vandevyver : Wij pleiten inderdaad voor een modulaire opleiding in het reguliere onderwijssysteem. Principieel worden we een paramedisch beroep en zal men moeten bepalen welke de toetredingsvoorwaarden voor onze sector zijn. Ik ben zelf voorzitter van de werkgroep voor het vervoer van patiënten en ben sedert 1994 aan het pogen om af en toe nog eens samen te komen, zonder veel succes. We hebben een voorstel ingediend. In welke richting dat zal gaan, is me vandaag nog niet duidelijk. Veel zal afhangen van hoe de sector geregeld zal worden.

Ik ben er mij ook van bewust dat het Vlaams Parlement niet de volledige bevoegdheid heeft in dit dossier. Een van de grote vragen is of vrijwilligers al dan niet toegestaan zijn. Men heeft te maken met een reguliere job, maar ik denk dat het gevaarlijk is te stellen dat alles door vrijwilligers zou worden uitgevoerd. Ondanks een grote inzet bij deze mensen, zou een dergelijk scenario niet haalbaar zijn. Terecht is vandaag meermaals benadrukt dat alles een kostprijs heeft. De sector kan echter moeilijk het slachtoffer worden van het geldgebrek dat er op dit moment is.

Als we ons land vergelijken met andere lidstaten van Europa, is onze situatie gelijkaardig aan die in Portugal. De andere staten hebben een betere regeling. Patiënten hebben erg weinig garanties voor kwaliteit.

Momenteel moet de patiënt alles zelf betalen, maar ik denk dat dit op termijn onbetaalbaar wordt. De beslissing om dit te veranderen moet volgens mij op interparlementair niveau genomen worden. Om de kostprijs te drukken zou men rekening kunnen houden met een bepaalde vrijstelling van sociale lasten voor onze werknemers. Dit moet echter gepaard gaan met het behoud van sociale rechten, want anders komen onze mensen in de kou te staan.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Kan u een voorbeeld uit het buitenland aanhalen waar men de werknemers ontslaat van sociale plichten, maar met behoud van sociale rechten ?

De heer Philip Vandevyver : In Frankrijk past men dit systeem toe. Men heeft daar lange tijd grote problemen gehad inzake het ziekenvervoer. Indien men dit systeem niet toepast, komt men in een vicieuze cirkel terecht. Wij moeten sociale lasten betalen om het solidariteitssysteem in stand te houden, maar meteen moeten we uit hetzelfde fonds geld halen om de sector te kunnen financieren. Dit heeft men in Frankrijk opgemerkt, en men heeft geprobeerd een van de schakels te doorbreken zodat de kostprijsberekening gunstig beïnvloed zou worden. Zo kwam men op een meer betaalbaar niveau.

Een ziekenwagen is inderdaad duur, aangezien er twee mensen bij betrokken zijn. In de toekomst zullen deze hopelijk ook opgeleid zijn. Er is ook het materieel, dat moet voldoen aan meer en meer normen die door Europa worden opgelegd. Ziekenwagens kunnen niet doorlopend van de ene naar de andere opdracht rijden, zodat er lege uren zijn. Men moet er ook rekening mee houden dat een ziekenwagen een zeker onderhoud vereist. Minimale hygiënenormen zijn vandaag nog onbestaande, maar iedere ambulancedienst die zichzelf respecteert hoort hier aandacht aan te besteden.

5.1. Uiteenzetting door de heer Wim Coumans, directeur-generaal Rode Kruis Vlaanderen

De heer Wim Coumans : Het thema dat hier voorligt, houdt onze organisatie reeds lang bezig. De Vlaamse overheid kan inderdaad een belangrijke rol spelen in deze thematiek, aangezien recente debatten uitwijzen dat deze aangelegenheid na de staatshervorming onder haar bevoegdheid valt. Dit zou niet het geval zijn indien niet-dringend ziektevervoer deel zou uitmaken van de ziekteverzekering en het stelsel van de sociale zekerheid. De wenselijkheid hiervan bespreek ik nu niet, aangezien een dergelijk pleidooi op federaal niveau moet worden gehouden.

Ik zal niet ingaan op de elementen die al verschillende jaren het voorwerp vormen van juridische disputen tussen het Belgische Rode Kruis en een aantal van onze collega's. Deze hebben betrekking op aangelegenheden die niet het onderwerp vormen van de besprekingen in deze Commissie.

De bundel die ter beschikking is gesteld, bevat enkele technische bijdragen. Ik vraag uw aandacht voor de laatste hiervan, die een voorstel is van een mogelijk decreet. Wij zijn van oordeel dat er op Vlaams vlak zeker iets nuttigs kan gebeuren om de vooropgestelde doeleinden te verwezenlijken.

Waarom verzorgt het Rode Kruis Vlaanderen niet-dringend ziekenvervoer ? Wij hebben daar drie redenen voor. Allereerst denken wij dat het tot onze sociale taken behoort om ervoor te zorgen dat er een aanbod is aan goed gespreid, altijd bereikbaar, kwalitatief hoogstaand en betaalbaar ziekenvervoer. De afgelopen jaren hebben wij kunnen ervaren dat de bevolking dit aanbod ook van ons verwacht. Ten tweede zien wij een duidelijke link tussen deze activiteit en onze rol in de rampenhulpverlening, die ons door de overheid is toevertrouwd. In het kader van een aantal provinciale rampenplannen worden wij geacht vrij snel beschikbaar te zijn en prestaties te leveren die analoog zijn met activiteiten in het niet-dringende ziekenvervoer. De mensen die wij moeten kunnen inschakelen, kunnen ervaring opdoen door aan niet-dringend ziekenvervoer te doen. Tot slot komen wij op voor de waarde van het vrijwilligerswerk. De prijs die men zou moeten vragen indien alle werk zou gebeuren door professionelen, ligt veel hoger. Onze vrijwilligers leveren trouwens kwalitatief goede prestaties. Het Rode Kruis heeft ook een emanciperende rol ten aanzien van zijn vrijwilligers. Mensen die om allerlei redenen niet de schoolse opleiding van verpleging hebben kunnen volgen, krijgen bij ons de gelegenheid om naast hun professionele activiteiten een maatschappelijke rol te vervullen.

Hoe kunnen wij de bevolking een goed gespreid en kwalitatief hoogstaand ziekenvervoer garanderen ? In de afgelopen decennia hebben wij behoorlijk geïnvesteerd in de opleiding van onze mensen, in ziekenwagens en in een degelijke kledij. Wij besteden aandacht aan de spreiding van het aanbod, wat niet evident is op alle momenten van de dag. Wij vinden het noodzakelijk dat er ook een aanbod bestaat op plaatsen waar ziekenvervoer financieel niet kostendekkend is bij de huidige tarieven. Wij moeten soms grote inspanningen leveren om op bepaalde plaatsen ons aanbod te kunnen verzorgen.

Er bestaat een link met de rampenhulpverlening, die voor het Rode Kruis een statutaire doelstelling is.

Het vrijwilligerswerk is een van de pijlers van onze werkzaamheden en is een van de zeven basisbeginselen van onze organisatie. Op dit ogenblik hebben wij meer dan 13.000 geregistreerde vrijwilligers in Vlaanderen, die worden ondersteund door 521 beroepskrachten. In het ziekenvervoer zijn 3000 vrijwilligers actief en 96 beroepskrachten.

Het Rode Kruis organiseert zich voor het niet-dringende ziekenvervoer rond lokale afdelingen. De regels en normen worden samen met praktische zaken gestuurd door het centrale hoofdkwartier in Antwerpen. Dit alles verwezenlijken is een voortdurende financiële en organisatorische evenwichtsoefening. De tarieven die vandaag in de praktijk gelden voor het niet-dringende ziekenvervoer, laten ons niet toe om structureel grote overschotten daarop te realiseren. Doordat we vrijwilligers inzetten is er een relatief beperkte kost, wat in zeer grote mate ten goede komt aan de vervoerde patiënten.

De interne normen die worden opgelegd, hebben betrekking op onze ambulanciers. De bestuurder van de ziekenwagen moet minstens 21 jaar oud zijn, de begeleider minstens 18. Zij moeten beschikken over een bewijs van goed gedrag en zeden en minstens voldoen aan het niveau 'verzorging'. Dit is een opleidingsniveau binnen onze structuur van vrijwilligersopleidingen dat inhoudt dat men ongeveer 96 uur opleiding heeft gevolgd. Daarenboven is er een verplichte jaarlijkse bijscholing van 6 uur. Uiteraard moet men ook over het benodigde rijbewijs beschikken en een medische schifting ondergaan.

Onze ziekenwagens moeten voldoen aan normen die grotendeels overeenstemmen met de Europese normen.

In 2002 heeft het Rode Kruis ongeveer 73.000 ritten verzorgd, waarvan ongeveer drie vierden voor niet-dringend ziekenvervoer.

Voor deze sector bestaat geen enkele specifieke wetgeving. De grens tussen het dringende en het niet-dringende ziekenvervoer is trouwens erg vaag. De rechtbanken gaan er vanuit dat het Wetboek van Koophandel van toepassing is. Het Rode Kruis meent evenwel dat het niet-dringende ziekenvervoer deel uitmaakt van de gezondheidszorg.

Terugbetaling van niet-dringend ziekenvervoer is alleen mogelijk via de aanvullende ziekteverzekering. Er zijn trouwens grote verschillen in de tussenkomsten van de verschillende ziekenfondsen. De betaalbaarheid van het ziekenvervoer is een grote bekommernis van het Rode Kruis. Ook de overheid moet daarmee rekening houden.

Er zijn weinig kwaliteitsgaranties. De markt genereert niet altijd kwaliteit. Voor sommige actoren is kwaliteit niet de eerste bekommernis. Ook bepaalde afnemers hebben vooral oog voor de prijs. De kwaliteit van het aanbod varieert dan ook zeer

sterk. Wij denken dat de markt zo verkruimeld is dat kwaliteitsgaranties waarschijnlijk niet tot stand zullen komen op basis van de marktwerking of van zelfregulering.

Tachtig procent van de ambulanciers zijn vrijwilligers. Zij worden geconfronteerd met de problematiek van de fiscale en parafiscale behandeling van de vergoedingen. We zullen trachten daarover met de federale overheid tot een overleg te komen.

Wij menen dat een decretale regeling nuttig kan zijn. Vroeger werd gepleit voor een zelfregulering van de aanbieders, maar zoals we reeds zegden maakt een dergelijke aanpak weinig kans door de verkruimeling van de sector. Op het ogenblik dat de patiënten op deze dienstverlening een beroep moeten doen, zijn ze vaak niet in staat om de naleving van de normen te controleren of om zorgvuldig na te gaan wat er op de markt aangeboden wordt.

Belangrijke elementen bij een eventuele regulering zijn de erkenningscriteria van de ziekenwagendienst, de minimumcriteria voor de opleiding van de ambulanciers en voor de uitrusting van de ziekenwagens en het principe dat de beginselen van het kwaliteitsdecreet op het ziekenvervoer van toepassing moeten zijn. We zijn graag bereid verder te praten om deze criteria (verder) te concretiseren.

Het Rode Kruis meent dat het ziekenvervoer toegankelijk moet blijven voor de sociaal zwakkeren. We hebben bedenkingen bij een normering die zou leiden tot een verhoging van de tarieven. Een financiële tussenkomst van de overheid kan eventueel gewenst zijn.

5.2. Bespreking

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Ik ben blij met het degelijke document van het Rode Kruis en met het voorstel van decreet. Ik heb hierover in 2001 trouwens al een voorstel van resolutie ingediend.

Denkt de heer Coumans dat de sector klaar is om de normen van het voorstel van decreet te aanvaarden ? Ik vrees dat een normering van de opleiding van de ambulanciers en van de ziekenwagens zal leiden tot een tekort in het aanbod.

Heeft hij ook een prijsraming gemaakt ? Daarbij kan men uitgaan van twee scenario's. Het eerste is de huidige verhouding van tachtig procent vrijwilligers en twintig procent beroepskrachten. In het tweede scenario zou er in elke ziekenwagen ook

een beroepskracht aanwezig moeten zijn, wat tot een vijftig-vijftig-verhouding zou leiden.

De heer Wim Coumans : Niet alles kan veranderen van de ene dag op de andere. Onze tekst voorziet daarom in een overgangperiode die indien nodig nog kan worden verlengd. Wij verkiezen echter een langzame start boven een uitstel. De problemen waarover mevrouw Van Cleuvenbergen het heeft, zullen hoe dan ook blijven bestaan.

Binnen onze organisatie is er een financieel evenwicht en dat is mogelijk omdat we met vrijwilligers werken. Daardoor kunnen we trouwens ook een aanbod doen op plaatsen waar anderen het niet doen. We hebben ook overeenkomsten afgesloten met de ziekenfondsen over een terugbetaling vanuit de aanvullende verzekering.

We beweren niet dat wij de enige dienst zijn die kwaliteit biedt. Ook sommige privé-diensten voor ziekenvervoer leveren degelijk werk. Op sommige plaatsen is die kwaliteit er echter niet.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Ik ben het eens met de heer Coumans dat er een signaal moet worden gegeven. Eerst moet er echter een inventaris worden opgemaakt. Er is ook een financieel kostenplaatje. Daarom meen ik dat deze regeling moet worden opgenomen in het volgende regeerakkoord.

Mevrouw Sonja Becq : In het voorstel van decreet staat geen enkel financieringsvoorstel.

De heer Wim Coumans : In de tekst staat er inderdaad niets over een tariefsysteem. We vragen geen minimumtarieven en we stellen evenmin dat er maximumtarieven moeten worden opgelegd. We zijn bereid om daarover te praten. We zijn van oordeel dat er niemand baat bij heeft dat er aan haalbare tarieven een dienst wordt geleverd waarvan we van oordeel zijn dat die niet behoorlijk is.

Het is nuttig dat de belangrijke spelers in de sector rond de tafel gaan zitten, nagaan wat de kosten zijn en met de overheid bekijken wat er kan gebeuren. We zouden het bijzonder jammer vinden als de conclusie is dat de overheid niet bereid is om daaraan geld te besteden en alles te laten zoals het is. Het zou minder slecht zijn als er een aantal normen worden opgelegd, ook al houdt dit het risico van een prijsverhoging in.

We mogen niet vergeten dat er nog een derde betrokken partij is, die vandaag niet aanwezig is, namelijk de ziekenfondsen, die in het kader van de

vrije verzekering optreden en die voor hun verantwoordelijkheid worden geplaatst als er een prijsverhoging is ten gevolge van een kwaliteitsverbetering die door de overheid wordt geïnduceerd. We nemen geen standpunt in of dat een verplichte ziekteverzekering moet zijn of eventueel een initiatief van de Vlaamse overheid.

De voorzitter : We hebben de ziekenfondsen om schriftelijk advies gevraagd. Dat zal bij het dossier worden gevoegd.

Mevrouw Ingrid van Kessel : In hoeverre is het decreet dat het Rode Kruis voorstelt, een vertaling van het KB-Colla ? Wijkt het daarvan grondig af ?

De heer Wim Coumans : Er zijn geen fundamentele afwijkingen, maar wel een aantal aanpassingen aan de specifieke toestanden die voortvloeien uit het feit dat dit een Vlaamse regelgeving is.

Het Rode Kruis Vlaanderen heeft inhoudelijk geen problemen met het KB-Colla. We zouden het nuttig hebben gevonden als er een dergelijke regelgeving tot stand zou gekomen zijn, los van de vraag welke overheid die regelgeving zou uitgevaardigd hebben.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Denkt u dat uw voorstel op een consensus kan rekenen in de sector ?

De heer Wim Coumans : Het vormt zeker een basis voor een discussie, die op korte termijn tot duidelijke standpunten kan leiden.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : De financiering van de sector zal wel moeten worden verhoogd. Heel wat sectoren kunnen niet werken met zoveel vrijwilligers.

De heer Wim Coumans : Ik heb een aantal mensen vandaag dingen horen zeggen, die ik zelf niet graag zeg omdat men me dat kwalijk zou kunnen nemen. We hebben de indruk dat het klopt dat er op heel veel plaatsen met vrijwilligers wordt gewerkt.

Mevrouw Sonja Becq : Hebben jullie de vergelijking gemaakt met het vervoer voor minder-mobiele ? Daarvoor geldt ook een specifieke regeling waarvoor bepaalde vervoerssituaties wel in subsidiëring wordt voorzien.

De heer Wim Coumans : We hebben die vergelijking niet gemaakt. Het gaat hier wel over een groter volume dan bij het minder-mobielenvervoer. We doen op jaarbasis 75.000 ritten en schatten dat

we een marktaandeel van 15 tot 20 procent hebben.

De heer Philip Vandevyver : Niemand weet hoeveel interventies er in Vlaanderen zijn. Het is een belangrijk punt dat er vandaag is aangetoond dat de overheid geen enkel idee heeft van het aantal ritten en het aantal personen dat wordt vervoerd.

De voorzitter : Ik dank alle deelnemers voor hun inbreng in het debat. Er is een goed overzicht gemaakt van de stand van zaken in de sector.

De verslaggever,

Jan ROEGIERS

De voorzitter,

Patricia CEYSENS
