

Vergaderjaar 1998–1999

25 387

Spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen

Nr. 7

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 20 augustus 1999

In de vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bleek bij onderstaande fracties behoefte te bestaan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 7 april 1999 inzake spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen (25 387, nr. 5).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 20 augustus 1999. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier voor dit verslag,
Atkins

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Rouvoet (RPF), De Vries (VVD), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woordman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GL), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Van Gent (GL), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Orgü (VVD), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Weekers (VVD), Schutte (GPV), Cherribi (VVD), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (Groen-Links), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Rosenmöller (GL), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA).

Vragen PvdA-fractie

1

Is de nieuw aan te schaffen informatie- en communicatietechnologie technisch geschikt om in te passen in het project C2000?

Het in dit kader gehanteerde begrip ICT is breder te duiden dan alleen C2000. Er moet ook worden gedacht aan b.v. een geautomatiseerde patiëntregistratie in het kader van verbetering van de kwaliteit van zorg, met alle kosten van dien. Indien het echter specifiek om ICT aanschaffen gaat in het kader van C2000 zal compatibiliteit vanzelfsprekend zijn, omdat dit nu juist één van de doelen van het project C2000 is.

2

Wordt er gestreefd naar een zelfde gebiedsindeling voor geneeskundige hulpverlening, politie en brandweer?

Ja, zie ook de antwoorden op de vragen 7,15 en 53.

3

Welke ervaringen zijn er tot nu toe opgedaan met co-locaties van meldkamers?

De ervaringen zijn wisselend. Wel is gebleken dat co-locatie van meldkamers met een duidelijke scheiding van verantwoordelijkheden en taken tussen CPA-personeel, brandweerpersoneel en politiepersoneel het beste werkt.

4

Welke criteria worden er aangelegd voor de aanwijzingen van traumacentra?

Voor de gebezigde criteria verwijs ik u graag naar mijn beleidsvisie traumazorg gedateerd 12 oktober 1998. Zoals ik in mijn brief van 27 april 1999 heb aangegeven zijn inmiddels de volgende ziekenhuizen aange-wezen als traumacentrum: het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Academisch Ziekenhuis VU, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Medisch Spectrum Twente, Isala Klinieken te Zwolle, en het St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg. Het Academisch Ziekenhuis Groningen, het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het Leids Universitair Medisch Centrum hebben een tijdelijke aanwijzing gekregen aangezien de door deze ziekenhuizen ingediende verzoeken tot aanwijzing te weinig het karakter hadden van een gedegen plan van aanpak. De tijdelijke aanwijzingen kunnen pas in definitieve aanwijzingen worden omgezet als de ziekenhuizen de ingediende plannen verbeteren. De betrokken ziekenhuizen hebben hiervoor vier maanden de tijd gekregen.

5

Welke opleidingsfaciliteiten zijn er voor de vrijwilligers die deelnemen in SIGMA (Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie)? En welke vergoedingen gelden hiervoor?

De SIGMA is onderdeel van de Geneeskundige Combinatie (GNK-combinatie). Voor de opleiding van de SIGMA-leden is de zogenaamde HOC-opleiding (Hulpverlening bij Ongevallen en Calamiteiten) ontwikkeld. Deze opleiding bestaat zowel uit theorie die wordt getoetst door middel van meerkeuzevragen, een praktijkgerichte eindtoets, alsmede een praktijkstage op een Spoedeisende Hulpafdeling van een ziekenhuis en bij een ambulancedienst.

In het kader van het Besluit doeluitkering bestrijding van rampen en zware ongevallen (BDUR) wordt jaarlijks voor opleiding en (monodisciplinaire) oefening van de leden van de GNK-combinatie f 14 425,- per GNK-combinatie beschikbaar gesteld.

Voor het houden van interdisciplinaire oefeningen wordt in het kader van het BDUR jaarlijks f 11 480,- per GNK-combinatie beschikbaar gesteld. Daarnaast is eenmalig ter compensatie van de aanloopkosten voor de opleiding van de SIGMA-leden een bedrag beschikbaar gesteld van f 22 500,- per GNK-combinatie.

6

In hoeverre zijn de samenwerkingsverbanden tussen geneeskundige diensten in gemeenten gerealiseerd?

Op basis van de circulaire «Bestuurlijke organisatie geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen» d.d. 7 november 1997 nr. PGHOR97/116, zijn in het gehele land gemeentelijke samenwerkingsverbanden GHOR gevormd (zie ook antwoord vraag 15)

7

Welke samenhang zal er worden gerealiseerd tussen de plannen beschreven onder «Vervolg» en het Project Versterking Brandweer?

Het Project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PGHOR) en het Project Versterking Brandweer (PVB) zijn twee parallel verloopende projecten, welke ieder tot doel hebben om de kwaliteit van de hulpverlening en van de organisatie binnen de «eigen» discipline te verbeteren.

Beide projecten hebben geresulteerd in concrete beleidsvoornemens om deze kwaliteitsverbetering vorm te geven. De komende jaren zullen deze voornemens daadwerkelijk moeten worden geïmplementeerd. Zoals u reeds is medegedeeld is het Rijk voornemens om in deze kabinetsperiode gefaseerd extra middelen vrij te maken ten behoeve van de versterking van de rampenbestrijdingstaken bij de regionale brandweren en de samenwerkingsverbanden GHOR. Omtrent de wijze van toedeling van deze extra gelden wordt thans een regeling voorbereid. De betrokken regio's zullen daarover nog dit jaar worden geïnformeerd.

In vervolg op beide projecten zal de komende jaren nadrukkelijk de afstemming en samenwerking tussen de diverse disciplines bevorderd worden.

In de door Hoofdlinjennotitie Rampenbestrijding die ook aan uw Kamer is toegestuurd worden daartoe een aantal concrete voorstellen gedaan. Ik noem hier ondermeer de territoriale afstemming van regio-indelingen, het opstellen van organisatieplannen rampenbestrijding en het ontwikkelen van kwaliteitsnormen voor de rampenbestrijding.

8

Hoe verhoudt zich de inhoud van de brief van de minister van VWS van 7 april 1999 tot de in de Voorjaarsnota beschikbaar gestelde gelden voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen in het kader van het Project versterking Brandweer?

Welke concrete plannen zijn er voor de besteding van deze gelden?

Het Kabinet is voornemens ter versterking van de rampenbestrijding, een bedrag olopend tot een bedrag van 85 mln. in 2003 structureel ter beschikking te stellen. Een nadere onderverdeling tussen de regionale brandweren en de regionale samenwerkingsverbanden GHOR is nog niet bepaald. Inmiddels is een circulaire in voorbereiding, waarin zal worden aangegeven op basis van welke criteria de beschikbaar te stellen extra middelen over de regio's verdeeld zullen worden.

Met de bestaande en de nieuwe hiervoor ter beschikking komende rijksmiddelen en de middelen die gemeente hiervoor extra uitgeven, mag worden verwacht dat de voorgestane versterking van de rampenbestrijding de komende jaren geleidelijk kan worden gerealiseerd.

Vragen VVD-fractie

9

In de brief van de minister worden verschillende bedragen genoemd die beschikbaar worden gesteld om schakels in het project Geneeskundige Hulpverlening bij Rampen en Ongevallen (GHOR) te realiseren. Voor het ontwikkelen van een traumazorgnetwerk wordt bijvoorbeeld f 10 miljoen beschikbaar gesteld en nog eens 10 miljoen voor een helikoptervoorziening (blz.3). Voor de Geneeskundige Combinatie (GNK-Combinatie) is 35 miljoen gulden gereserveerd (p.4). Waarop zijn deze bedragen gebaseerd en hoe zijn ze opgebouwd?

Het ontwikkelen van het traumazorgnetwerk is vanuit de visie grotendeels een organisatorische en logistieke activiteit. Het geld dat hiervoor beschikbaar is kent nog geen calculatiegrondslag. Er is geen vergelijkingsmateriaal. Feitelijk zal een aantal mensen per traumacentrum regio geheel of gedeeltelijk worden belast met het uitwerken en uitvoeren van het plan van aanpak, behorende bij de aanvraag voor aanwijzing. Het bedrag van 10 miljoen zal dan ook grotendeels, naar het zich nu laat aanzien, op deze wijze door de 10 regio's worden in gezet. Anders ligt dit bij de helikoptervoorzieningen. Er is in Nederland door twee Academische ziekenhuizen (Academisch Ziekenhuis VU en Academisch Ziekenhuis Rotterdam) met een helikoptervoorziening geëxperimenteerd. De uit deze pilots beschikbare cijfers geven voorlopig geen rechtvaardiging voor hogere bijdragen van het rijk. De pilots zullen worden geëvalueerd. De f 35 mln voor de Geneeskundige Combinaties is uitgegeven ten behoeve van de 43 Geneeskundige Combinaties. Dit bedrag is opgebouwd uit de kosten voor de aanschaf van alle speciale voertuigen, de aanpassingskosten van deze voertuigen en de inrichtingskosten.

10

Om de zorgketen als geheel te laten functioneren is het onder andere nodig om duidelijk de keten af te bakenen (p.4). Daartoe is in de schematische beschrijving van het proces Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) een tien stappenplan opgesteld. Wie of welke instelling stuurt dit hele proces aan?

Om de keten van spoedeisende medische hulpverlening als een geheel te laten functioneren wordt in het kader van het project GHOR een bestuurlijke en organisatorische structuur gevormd. Het openbaar bestuur dat nu reeds op grond van de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen (Wghr) verantwoordelijk is voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen (GHR) wordt in de nieuwe structuur tevens verantwoordelijk voor het samenhangend laten functioneren van de dagelijkse keten van spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen (SMH). Dit nieuwe bestuur GHOR (SMH + GHR = GHOR) stelt een functionaris aan, de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF), die namens hen invulling geeft aan deze verantwoordelijkheid. Hierover is op 1 juli 1999 de circulaire «verantwoordelijkheid regionaal samenwerkingsverband GHOR en taken RGF EB1999/70 913» uitgebracht.

11

Op pagina 4 staat: « In 1998 is een opleidingstraject gestart voor de leden van de GNK-combinatie». Wat houdt dit opleidingstraject precies in en hoeveel personen nemen deel aan dit traject?.

Het opleidingsinstituut voor de ambulancezorg (SOSA) heeft in de eerste helft van 1999 in het kader van de nascholing van de ambulancehulpverleners en de CPA-centralisten aandacht besteed aan de samenstelling, operationele en praktische facetten van de Geneeskundige Combinatie. Nagenoeg alle ambulancehulpverleners en CPA-centralisten hebben deze nascholing gevolgd. Ten aanzien van de opleiding voor de SIGMA-leden van de GNK-combinatie verwijzen ik u naar het antwoord op vraag 5.

12

Hoeveel Geneeskundige Combinaties zijn operationeel inzetbaar en in welke regio's?

BZK heeft 43 uitrustingen ten behoeve van de GNK-combinaties beschikbaar gesteld en in 1998 en 1999 uitgezet in het land. Op dit moment wordt er in de regio's gewerkt aan het operationaliseren van de GNK-combinatie (selecteren en paraat stellen van personeel, opstellen inzet protocollen CPA, opleiden en oefenen personeel). In dit kader wordt door BZK voor de tweede helft van 1999 geld beschikbaar gesteld voor de paraatheid van het personeel. Dit geld zal een structureel beschikbaar blijven. Eind 1999 zal een inventarisatie gereed zijn met betrekking tot de operationele inzetbaarheid van de GNK-combinatie.

13

Om te komen tot feitelijke verbeteringen in de geneeskundige hulpverleningsketen is het noodzakelijk om de bestuurlijke en organisatorische verantwoordelijkheid in één hand te stellen. Daartoe wordt een Regionaal Geneeskundig Functionaris aangesteld. Onder de verantwoordelijkheid van welk departement valt deze functionaris en waaruit zal concreet zijn takenpakket bestaan?

De Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) valt niet onder verantwoordelijkheid van een departement, maar onder de verantwoordelijkheid van het intergemeentelijk samenwerkingsverband Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR). Dit samenwerkingsverband stelt een functionaris aan, die invulling geeft aan zijn verantwoordelijkheden. Deze functionaris, de RGF, legt rechtstreeks verantwoordelijkheid af aan het openbaar bestuur GHOR.

Verantwoordelijkheden GHOR bestuur:

- Het zorgdragen voor de totstandkoming van een beleidsplan GHOR.
- Het zorgdragen voor samenhang en samenwerking binnen de geneeskundige keten ten aanzien van de dagelijkse spoedeisende medische hulpverlening en in rampsituaties.
- Het zorgdragen voor aansluiting van de geneeskundige keten op de overige hulpverleningsdiensten in het kader van de rampenbestrijding (i.c. brandweer en politie).
- Het benoemen van een functionaris ter uitvoering van deze verantwoordelijkheden.
- Het zorgdragen voor het instellen en in stand houden van de CPA-functie.

Taken van de RGF:

- Het maken van een beleidsplan GHOR in overleg met de ketenpartners.
- Het op basis van het beleidsplan GHOR maken van afspraken met de betrokken ketenpartners en de betrokken andere hulpverleningsdiensten.
- Het afstemmen van beleidsontwikkeling en operationele taken tussen alle betrokken partners in de zorgketen, de regionale brandweer, de politie en het openbaar bestuur.

- Het bevorderen van de samenhang en de samenwerking tussen de ketenpartners en het toezien op en evalueren daarvan.
- Het toetsen van de plannen van de betrokken ketenpartners aan het beleidsplan GHOR op de voor de GHOR relevante onderdelen, ter bevordering van de afstemming van beleidsontwikkeling en operationele taken tussen alle betrokken partners in de zorgketen, de regionale brandweer, de politie en het openbaar bestuur.
- Het adviseren aan het bevoegd gezag (goedkeurende instanties) over deze plannen van de ketenpartners, voorzover het de samenwerking betreft (maar het is aan het bevoegde orgaan om daarover te beslissen).
- Het zorgdragen voor bovenregionale afstemming.
- Het leiding geven, in geval van rampen of zware ongevallen, aan de binnen de GHOR keten samenwerkende zorginstellingen, namens de burgemeester.

Hierover is op 1 juli 1999 de circulaire «verantwoordelijkheid regionaal samenwerkingsverband GHOR en taken RGF EB1999/70913» uitgebracht.

14

Per regio is structureel f 350 000,- beschikbaar gesteld voor de personele ondersteuning bij het uitvoeren van de regionale implementatieprogramma's. Waarop is dit bedrag gebaseerd en hoe is het opgebouwd?

14

Bij de bepaling van het bedrag is reeds vooruitgekeken naar de gewenste situatie waarin per regio een RGF is aangesteld met personele ondersteuning, om de taken zoals verwoord onder het antwoord bij vraag 13 uit te voeren. Bij de bepaling van de hoogte van het bedrag is mede uitgegaan van de visie dat de RGF op het zelfde niveau functioneert als de korpschef van politie en de regionaal commandant brandweer.

15

Op pagina 6 staat: «In het gehele land zijn inmiddels gemeentelijke samenwerkingsverbanden gerealiseerd...». Kan er een overzicht worden gegeven van de gerealiseerde gemeentelijke samenwerkingsverbanden? Kan er tevens een overzicht worden gegeven van nog te realiseren gemeentelijke samenwerkingsverbanden?

Op basis van de circulaire «Bestuurlijke organisatie geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen» d.d. 7 november 1997 nr. PGHOR97/116, zijn in het gehele land gemeentelijke samenwerkingsverbanden GHOR gevormd. In totaal zijn er 26 regionale samenwerkingsverbanden GHOR, waarvan de buitengrenzen vrijwel gelijk lopen met die van de politieregio's.

GHOR regio's op basis van bovengenoemde circulaire:

- 1) Groningen
- 2) Friesland
- 3) Drenthe
- 4) IJssel-Vecht
- 5) Twente
- 6) Stedendriehoek/Noord-West Veluwe
- 7) Achterhoek
- 8) Arnhem/West Veluwe Vallei
- 9) Nijmegen en Rivierenland
- 10) Utrecht

- 11) Noord Holland Noord
- 12) Agglomeratie Amsterdam
- 13) Zuid en Midden Kennemerland
- 14) Gooi en Vechtstreek
- 15) Haaglanden
- 16) Zuid Holland Noord/Midden Holland
- 17) Rotterdam Rijnmond
- 18) Zuid Holland Zuid
- 19) Zeeland
- 20) Westelijk Noord-Brabant
- 21) Midden Brabant
- 22) Brabant Noord-Oost
- 23) Eindhoven
- 24) Noord en Midden Limburg
- 25) Zuid Limburg
- 26) Flevoland

16

*«Ten aanzien van de regionale implementatieprogramma's zijn minimum-eisen vastgesteld..», zo staat op pagina 6.
Wat houden die minimumeisen in?*

Door middel van circulaire PGHOR/1998/62058 d.d. 15 januari 1999 zijn de gemeenten geïnformeerd over de activiteiten die in het kader van het project GHOR in 1999 van de samenwerkende gemeenten GHOR worden verwacht en de financiële bijdrage (f 350 000,-) die daartegenover staat. In deze circulaire zijn tevens de prestaties geformuleerd die eind 1999 in ieder geval bereikt moeten zijn. Deze minimumeisen luiden:

- Procesbeschrijving: overleg en aantoonbaar committent bij de ketenpartners over toepassing van de procesbeschrijving conform de publicatie van het projectbureau van het PGHOR «Schematische beschrijving SMH-proces» d.d. juli 1998, bijvoorbeeld in de vorm van schriftelijke afspraken met alle relevante partijen;
- Kwaliteitsplan: overeenstemming bij alle SMH-keten partijen in de regio over de activiteiten die in het kader van kwaliteitsverbetering worden ondernomen, conform het document van het projectbureau van het PGHOR «Voor verbetering vatbaar; het organiseren van het SMH kwaliteitssysteem in de regio» d.d. juli 1998.
- Registratie en informatie: aantoonbare bereidheid bij alle relevante partijen in de regio om een ketenregistratie op te zetten gericht op het verkrijgen van de minimale gegevensset conform publicatie «Definitie-studie registratie- en informatiesysteem» d.d. juli 1998, bijvoorbeeld in de vorm van een intentieverklaring.
- RGF: overeenstemming over werving, selectie en de overgangsstructuur voor de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) op basis van de medio 1999 landelijk vast te stellen functie RGF, bij voorkeur door in overleg met in ieder geval de vertegenwoordigers van de relevante medische partijen een wervings- en selectieplan op te stellen;
- GHOR-bestuursstructuur: voorbereidingen treffen voor het oprichten van definitieve besturen GHOR conform de medio 1999 landelijk vast te stellen structuur, bij voorkeur in een vastgestelde overgangs- of stappenplan.

17

Hoe krijgt – op de korte en op de lange termijn – de psychische hulpverlening vorm in het project Geneeskundige Hulp bij Rampen en Ongevallen?

Psychosociale hulpverlening is weliswaar als onderdeel aangemerkt van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, maar gezien de complexiteit van de materie en het feit dat de termijn voor een dergelijk beleidstraject de einddatum van het project GHOR zou overschrijden is dit onderwerp niet binnen het pGHOR nader uitgewerkt. Het is gelukkig in de reguliere hulpverlening bij ongevallen en rampen gebruikelijk geworden hieraan aandacht te besteden. Recente ervaringen (o.m. Bijlmer, legionella) laten echter zien dat meer aandacht op zijn plaats is. Ik zal mijn beleid op dit onderdeel in overleg met de vele betrokkenen en deskundigen intensiveren.

18

Hoe wordt het slagvaardige optreden en de samenwerking tussen de verschillende betrokken dienstverlenende instanties op peil gehouden? Worden daartoe regelmatig oefeningen gehouden en waar is dat terug te vinden in de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen?

Het systeem van rampenbestrijding in Nederland is gebaseerd op de gedachte van opschaling van de operationele hulpverleningsdiensten. Tot dusver is de samenwerking tussen die disciplines nog onvoldoende van de grond gekomen. In de hoofdlijnennotitie rampenbestrijding van BZK is deze interdisciplinaire samenwerking één van de speerpunten. Voor nadere maatregelen op dit punt, verwijs ik naar het antwoord op vraag 7. Vanuit het rijksniveau worden bijdragen verleent via het Besluit doeluitkering rampenbestrijding om oefenen te stimuleren. Daarnaast zijn in aanvulling op de bestaande oefenmodules ten behoeve van de GNK-combinaties nieuwe oefenmodules ontwikkeld.

19

Welke relatie – zowel op de korte als op de langere termijn – zal het project Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen in het algemeen hebben met de reguliere gezondheidszorg. Welke relatie heeft dit project in het bijzonder met het ambulancevervoer en de traumazorg in de dunbevolkte gebieden en in de grensregio's?

In de nota «Met zorg verbonden» is als visie neergelegd dat een goede kwaliteit en organisatie van de dagelijkse (reguliere) spoedeisende medische hulpverlening (SMH) de basis moet zijn voor een naadloze opschaling bij een grootschalig incident. Vanuit deze gedachte zal er een continue relatie zijn tussen de GHOR en de reguliere SMH. Het veld heeft een beschrijving gemaakt van de 10 stappen in het SMH proces. Het project GHOR heeft als zodanig nooit gediscrimineerd naar aard van gebieden. Alle regio's zijn vanuit het project evenveel betrokken bij de ontwikkeling.

De vorming van regionale ambulancevoorzieningen, alsmede de grensoverschrijdende hulpverlening zijn geen onderdeel van het project GHOR. Wel is er vanwege de nauwe onderlinge samenhang tussen de vorming van RAV-en, de vorming van traumazorgnetwerken en de ontwikkelingen op het gebied van de GHOR een sterke inbreng van de ambulancesector, de ziekenhuizen en medisch specialisten in het project GHOR.

Vragen CDA-fractie

20

Over de nota «Met Zorg Verbonden» is op 8 oktober 1997 overleg gevoerd met de vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In dit overleg is door de leden van de PvdA-fractie om een implementatie overzicht gevraagd inzake «wie verantwoordelijk is voor wat, wie wat gaat doen, wanneer dat klaar is, wat het kost en wie dat betaalt».

Genoemde leden verzoeken alsnog zo'n implementatie overzicht vanaf het uitbrengen van de nota tot op heden.

Het gevraagde overzicht zal u binnen 6 weken separaat worden toegezonden.

21

In het bovengenoemd overleg van 8 oktober 1997 is door de leden van de D66-fractie speciale aandacht gevraagd voor de ambulancezorg in landelijke gebieden zoals de Waddeneilanden, Friesland en Zeeland. Waaruit heeft deze aandacht tot op heden bestaan en wat is tot op heden gerealiseerd?

21

Bij de invoering van budgettering in de ambulancezorg in 1998 werd verwacht dat de beschikbaarheid van ambulances beter bekostigd zou kunnen worden. Dit zou met name een financiële verbetering betekenen voor de landelijke gebieden. Zoals bekend is deze verbetering minder dan beoogd, hetgeen reden was om een apart onderzoek te laten uitvoeren naar de mogelijkheden voor verbetering van de budgetsystematiek. Uit de voorlopige gegevens die het COTG bekend heeft gemaakt, heeft zij nieuwe budgetregels voorbereid. Wat blijkt is dat de landelijke gebieden er over het algemeen budgettair gesproken substantieel op vooruit gaan. Het COTG zal in de vergadering van oktober 1999 een besluit nemen over de nieuwe budgetregels, waarna deze ter goedkeuring aan de minister van VWS zullen worden aangeboden. Bij de daaropvolgende beoordeling van de door het COTG vastgestelde budgetregels zal met name gekeken worden naar de effecten op de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van ambulancezorg.

22

In de meerjarenaafspraken met de landelijke Federatie Ambulancezorg en Zorgverzekeraars Nederland van 5 november 1998, achtten partijen de totstandkoming van de Regionale Ambulancevoorzieningen noodzakelijk. Is de totstandkoming van de Regionale Ambulancevoorziening al gerealiseerd? In de nota «Met zorg verbonden» is sprake van het realiseren van deze voorzieningen per 1 januari 1998 (blz. 12). Wat is de reden van de opgetreden vertraging?

In de nota «Met Zorg Verbonden» werd de datum van 1 januari 1998 genoemd als datum vanaf welke door veld en overheid, ieder vanuit de eigen verantwoordelijkheid, gewerkt zou gaan worden aan de implementatie van RAV-en. In de nota werd tevens aangegeven dat er naar verwachting in het jaar 2000 overal sprake zou zijn van een RAV. Over het algemeen wordt er door ambulancediensten en CPA's constructief gewerkt aan de totstandkoming van RAV-en. Om het proces van RAV-vorming te faciliteren is door de LFAZ een handreiking gemaakt die door de ambulancediensten en CPA's gebruikt kan worden bij de ontwikkeling van de RAV.

De complexiteit van de materie en de grote aantallen betrokken actoren, waardoor vele meningen, zijn oorzaak voor de vertraging van het proces.

23

In het antwoord van de minister van VWS bij het overleg met de vaste kamercommissie van VWS op 8 oktober 1997 onderkende de minister dat de vorming van de Regionale Ambulancevoorzieningen extra kosten met zich meebrengt en was de minister tevens bereid om eventuele knelpunten in de besluitvorming mee te nemen. Waren er knelpunten? Zo ja, op welke wijze is de minister hieraan tegemoet gekomen?

Zoals bekend hebben zich bij een aantal ambulancediensten knelpunten voorgedaan als gevolg van de invoering van een budgetstelsel voor ambulancediensten. Mij zijn geen situaties bekend waar de vorming van een RAV tot een knelpunt heeft geleid. Teneinde de implementatie van RAV-en te bevorderen, heb ik in 1997 aan de Landelijke Federatie Ambulancezorg een subsidie verstrekt van f 970 000,-. Met deze subsidie ondersteunt de LFAZ regionale processen.

24

In het kader van de meerjarenafspraken is extra geld beschikbaar gesteld voor de ambulancezorg, oplopend van 15,9 miljoen in 1999 tot 49,5 miljoen in 2002. Voorwaarde voor het beschikbaar stellen van de extra financiële middelen is dat er sprake moet zijn van een Regionale Ambulancevoorziening of van een onomkeerbare omzet tot de vorming van een Regionale Ambulancevoorziening. Kan de regering een overzicht geven op welke wijze en waar deze 15,9 miljoen in 1999 is of zal worden ingezet?

Het bedrag van f 15,9 mln is als volgt opgebouwd: f 6,2 mln demografische groei en volume eigen bedrage Ziekenfondswet, f 5,7 mln voor kwaliteitsbeleid en bedrijfsvoering en f 4 mln voor informatie- en communicatietechnologie (ICT). Het bedrag voor ICT is met name bedoeld voor de projecten GMS en C2000. Deze bevinden zich nog in een pilotfase. Er loopt een pilot met GMS bij de CPA Eindhoven, in de tweede helft 1999 zal een begin worden gemaakt met een GMS-pilot bij de CPA Drenthe. C2000 wordt gestart bij in de regio Amsterdam. Hier is de CPA Amsterdam e.o. bij betrokken.

Het COTG heeft beleidsregels in voorbereiding ten aanzien van de verdeling van de gelden voor kwaliteitsbeleid. Deze gelden zullen na vaststelling van de beleidsregels door het COTG en goedkeuring door de minister van VWS met terugwerkende kracht kunnen worden toegewezen aan die regio's die aan de toetsingscriteria voldoen.

25

Per 1 januari 1998 is voor de ambulancezorg budgettering ingevoerd. «Naar de gevolgen van de budgettering is een onderzoek gestart waarvan de resultaten naar verwachting in oktober 1998 bekend zullen worden. Deze resultaten zullen door het COTG worden betrokken bij de eventuele bijstelling van het budgetteringssysteem voor 1999»(JOZ 1999 blz 59). Wat waren deze resultaten en op welke wijze vond eventuele bijstelling plaats?

Door KPMG Management Consulting is een uitgebreid onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van de budgettering en zijn aanbevelingen gedaan voor aanpassing van het budgetmodel. De resultaten van het onderzoek zijn door het COTG – in overleg met de ambulancesector en de zorgverzekeraars – betrokken bij de aanpassing van het budgetmodel. Vanwege de zorgvuldigheid is besloten de aanpassing van het budgetmodel niet in te laten gaan op 1 januari 1999, doch op 1 januari 2000. Zoals gesteld in het antwoord op vraag 21 zal het COTG naar verwachting in oktober 1999 een besluit nemen.

26

Wordt met de in vraag 6 genoemde bijstelling hetzelfde bedoeld als «wijziging van de budgetteringssystematiek»? In een brief van het ministerie van VWS aan Stichting Het Klaverblad Zeeland (kenmerk CSZ/EZ-995337 d.d. 22 april jl.) is sprake van deze «wijziging», die meer recht doet aan het element beschikbaarheid in relatie tot de bevolkingsdichtheid. Het COTG zou uiterlijk 1 juli 1999 de nieuwe beleidsregels bekend maken, aldus deze brief.

Per wanneer zal deze nieuwe budgetteringssystematiek worden ingevoerd? Welke relatie bestaat er tussen deze nieuwe systematiek en de extra gelden (voor 1999 15,9 miljoen)?

Ja. Zoals gesteld in het antwoord op vraag 25 zal het aangepaste budgetmodel op 1 januari 2000 worden ingevoerd. Er is geen relatie tussen de nieuwe systematiek en de extra gelden die op basis van de meerjarenafspraken beschikbaar zijn gesteld. De budgetsysteematiek gaat uit van verdeling van het macrokader zoals dat in het Jaaroverzicht Zorg is vastgesteld. De extra gelden op basis van de meerjarenafspraken zijn bedoeld voor specifieke onderwerpen (kwaliteitsbeleid, ICT, bedrijfsvoering) op RAV-niveau.

27

In de nota «Met zorg verbonden» is sprake van een regiogrootte van minimaal 400 000 inwoners (blz. 12).

Kan de regering inzicht geven in het aantal Regionale Ambulancevoorzieningen in relatie tot het inwonertal? Welke gevolgen heeft het indien onverhoopt het minimale inwonertal niet kon worden gerealiseerd en op welke wijze is rekening gehouden met de in vraag 2 genoemde landelijke gebieden?

Het inwonertal van 400 000 is aangegeven om een efficiënte bedrijfsvoering mogelijk te maken en om de RAV ook voldoende basis te geven voor de kwaliteit van de zorgverlening. In de meerjarenafspraken is het uitgangspunt van tenminste 400 000 inwoners opnieuw vastgelegd, alsmede dat het gebied zoveel mogelijk binnen de provinciegrenzen valt. Hierbij is niet gekeken naar de bevolkingsdichtheid. Het al dan niet landelijk karakter van een RAV-gebied weegt mee in de aanpassing van het budgetmodel voor ambulancediensten die bij het COTG wordt voorbereid.

Daar waar het aantal van 400 000 inwoners niet wordt gehaald, maar er wel sprake is van een samenvallen van het RAV-gebied met de regio's van politie, brandweer en GHOR zal dit laatste vanwege de noodzakelijke bestuurlijke afstemming over het algemeen zwaarder wegen.

Zodra de toetsingscriteria die door de LFAZ en ZN gezamenlijk zijn opgesteld gepubliceerd zijn, kan inzicht worden verkregen in het aantal Regionale Ambulancevoorzieningen.

28

Voor de ontwikkeling van het traumazorgnetwerk is f 10 miljoen beschikbaar. Tien ziekenhuizen zullen worden aangewezen als traumacentra. Deze traumacentra krijgen ook als taak zorg te dragen voor kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering. Waarvoor en op welke wijze zal deze f 10 miljoen voor deze taken worden ingezet?

Het formeren van het traumazorgnetwerk is vanuit de visie grotendeels een organisatorische en logistieke activiteit. Het geld dat hiervoor beschikbaar is kent nog geen calculatiegrondslag. Er is geen vergelijkingsmateriaal. Feitelijk zullen een aantal mensen per traumacentrum regio geheel of gedeeltelijk worden belast met het uitwerken en uitvoeren van het plan van aanpak, behorende bij de aanvraag voor aanwijzing. Het bedrag van 10 miljoen zal dan ook grotendeel, naar het zich nu laat aanzien, op deze wijze door de 10 regio's worden in gezet (zie ook het antwoord bij vraag 9)

29

Vier traumacentra zullen worden aangewezen voor een helikoptervoorziening voor het vervoeren van een mobiel medisch team. Welke

centra zijn hiervoor aangewezen? Is deze helikoptervoorziening 24 uur paraat? Is de hiervoor beschikbaar gestelde f 10 miljoen voldoende? Zo ja, Wat wordt hiervan bekostigd?

Als traumacentrum met een helikoptervoorziening zijn aangewezen het Academisch Ziekenhuis VU Amsterdam, het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en het Academisch Ziekenhuis Nijmegen. Het Academisch Ziekenhuis Groningen heeft een aanvraag ingediend om te worden aangewezen als traumacentrum met helikoptervoorziening. Aangezien dit ziekenhuis een tijdelijke aanwijzing heeft gekregen als traumacentrum, is nog niet besloten omtrent een helikoptervoorziening voor Noord-Nederland.

Vooralsnog zullen de helikoptervoorzieningen paraat zijn van schemer tot schemer. De beschikbaar gestelde f 10 mln is bedoeld als bijdrage in de exploitatie van de helikoptervoorziening. Er is in Nederland door twee Academische ziekenhuizen (Academisch Ziekenhuis VU en Academisch Ziekenhuis Rotterdam) met een helikoptervoorziening geëxperimenteerd. De uit deze pilots beschikbare cijfers geven voorlopig geen rechtvaardiging voor hogere bijdragen van het rijk. De pilots zullen worden geëvalueerd (zie ook het antwoord bij vraag 9)

30

Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) heeft voor een bedrag van f 35 miljoen 43 uniforme uitrustingen aangeschaft ten behoeve van de Geneeskundige Combinatie (GNK-combinatie).

In 1999 zal het operationaliseringstraject worden afgerond (blz. 4)

De GNK-combinatie kent een éénhoofdige leiding, een mobiel medisch team, twee ambulanceteams en een Snel Inzetbare Groep ter Medische Assistentie (Sigma).

Bij welke instantie wordt de GNK-combinatie ondergebracht? Hoeveel zijn de personele kosten en door wie worden deze gefinancierd? Hoe is de stand van zaken voor wat betreft de personele invulling, daar waar het materieel inmiddels is aangeschaft?

De uitrusting voor de GNK-combinatie wordt formeel beschikbaar gesteld aan de besturen van de Wghr-regio's (in de toekomst de GHOR-regio's). In de praktijk zal dit bestuur de uitrusting onderbrengen bij operationele diensten, zoals een ambulancedienst of een brandweerkorps.

In de organisatorische samenstelling van de GNK-combinatie is het Mobiel Medisch Team (MMT) opgenomen.

In Nederland zijn tien traumacentra (al dan niet voorlopig) aangewezen die elk een MMT formeren.

Deze tien MMT's (waarvan er vier over een helikoptervoorziening beschikken) kunnen, naast hun taak in het kader van de Spoedeisende medische Hulpverlening, bij rampen en zware ongevallen in de organisatie van de GNK-combinatie worden ingepast. De leden van het MMT zijn in dienst van de traumacentra.

De leden van de ambulanceteams zijn in dienst van de ambulancediensten. De taak van de leider van de GNK-combinatie (Officier van Dienst Geneeskundig of Toegevoegd Medisch Leider) zal meestal worden ingevuld door een ambulanceverpleegkundige.

Door de introductie van de GNK-combinatie worden deze professionele hulpverleners efficiënter ingezet. De SIGMA, een groep van 8 vrijwilligers van bij voorkeur het Nederlandse Rode Kruis, zorgt in het kader van de GNK-combinatie voor de ondersteuning. Hierdoor kunnen de professionele hulpverleners hun volledige aandacht richten op de behandeling van de zwaargewonden.

In feite hoeven de traumacentra en ambulancediensten geen extra personeel in dienst te nemen voor de personele vulling van de

GNK-combinatie. Voor de vulling van met name de ambulanceteams is echter wel extra paraatheid benodigd. Daarom stelt het ministerie van BZK per 1 juli 1999 een bijdrage in de kosten voor de paraatheid van de GNK-combinatie beschikbaar van 50 000,- op jaarbasis. Voor de jaren 2000 en verder zal deze bijdrage worden betrokken uit de versterkingsgelden voor de rampenbestrijding. Voor wat betreft de operationele inzetbaarheid van de Geneeskundige Combinaties verwijs ik naar het antwoord op vraag 12.

31

Wie bepaalt in eerste instantie op welke wijze gebruik moet worden gemaakt van het opschalingschema bij grote ongevallen en rampen?

De burgemeester heeft het opperbevel bij rampen en zware ongevallen. De CPA vervult over het algemeen de rol als eerste te constateren en door te geven dat er van een groter dan normaal ongeval sprake is. Bij het vervullen van het opperbevelschap wordt de burgemeester bijgestaan door de commandant van de (regionale) brandweer, de korpschef van de politie en de directeur GGD (in de toekomst de RGF).

32

In de ontwikkeling van een kwaliteits-, registratie- en visitatiesysteem wordt voorzien. Welke kosten brengt dit met zich mee en door wie wordt dit gefinancierd?

In de aanloopfase van het project GHOR is sterk aandacht besteed aan de ontwikkeling van een procesbeschrijving voor de spoedeisende medische hulpverlening, een definitiestudie GHOR, een basisontwerp voor een registratiesysteem en een visitatiemodel. Gezamenlijk vormen deze rapporten een werkwijze voor het organiseren van een kwaliteitssysteem, welke tot stand is gekomen onder begeleiding van het College van Advies (bestaande uit vertegenwoordigers van koepelorganisaties of belangenverenigingen).

Een GHOR regio kan deze producten gebruiken en aanpassen aan de eigen situatie. De gezamenlijke aanloopkosten *van het gehele project* bedragen ongeveer 1 miljoen gulden.

Deze kosten zijn gezamenlijk gedragen door de ministerie van VWS en BZK in het kader van het project GHOR. Regio's zijn nu reeds, in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen, gehouden tot het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid en dus ook tot het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem. Hiervoor moeten zij zelf de kosten dragen. Indien zij gebruik maken van de rapporten van het GHOR betekent dit minder werk en minder kosten voor een regio.

Binnen de financiële bijdragen die VWS beschikbaar heeft gesteld voor de ontwikkeling van de regionale ambulance voorziening (RAV) en het traumazorgnetwerk is inbegrepen een bijdrage voor ontwikkeling en onderhoud van een kwaliteitssysteem.

33

De Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) zal belast worden met de procesverantwoordelijkheid voor de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) en Geneeskundige Hulp bij Rampen (GHR). Is dit dezelfde functionaris als de leidinggevende bij de Geneeskundige Combinatie? De RGF valt onder de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur. Aan welke instantie(s) wordt gedacht?

De leidinggevende bij de GNK-combinatie is onderdeel van deze combinatie en ook daar binnen inzetbaar. Deze functionaris is niet de RGF. De RGF is degene die namens het openbaar bestuur, het GHOR-bestuur

(een regionaal samenwerkingsverband van gemeenten), de bevoegdheden van dit bestuur werkelijk uitvoert (zie ook het antwoord op vraag 56).

34

Wat is de relatie tussen de RGF en de brandweer en de politie?

De RGF is voor de regionale commandant brandweer en de korpschef van de politie het eerste aanspreekpunt met betrekking tot geneeskundige zaken die de (voorbereiding op) rampenbestrijding betreffen.

35

Voor 1999 is een bedrag van f 350 000 beschikbaar gesteld voor personele ondersteuning bij het uitvoeren van de regionale implementatieprogramma's. Na 1 januari 2000 zal dit bedrag beschikbaar worden gesteld ten behoeve van de RGF.

Betekent dit dat pas in 2000 de functie van RGF kan worden ingevuld, daar waar juist de RGF bij het implementatieproces een belangrijke rol kan vervullen?

Nee. Na het uitkomen van de circulaire d.d. 1 juli 1999 (EB1999/70913) kan iedere GHOR-regio een RGF aanstellen en financieren uit het bedrag dat dit jaar per regio, zijnde f 350 000,-, beschikbaar wordt gesteld. De RGF valt ook onder de definitie van personele ondersteuning.

36

Is bij het implementeren en operationaliseren van de GHR en SMH ook rekening gehouden met de noodzaak tot het houden van oefeningen? Zo ja, welk bedrag is hiervoor uitgetrokken? Zo neen, waarom niet?

Ja, zie ook het antwoord bij vraag 18. In de extra middelen die voor de rampenbestrijding de komende jaren beschikbaar worden gesteld is hierin voorzien.

Vragen D66-fractie

37

Wordt de voortgang van het proces om te komen tot een RAV vanuit het ministerie van VWS of BZK gecontroleerd? Hoe zal er worden ingegrepen als één of meerdere regio's er niet in slagen om te komen tot samenhang en samenwerking in de ambulancevoorziening?

De voortgang van RAV-vorming wordt bewaakt vanuit het ministerie van VWS. Uiteindelijk zal de RAV een wettelijke basis krijgen. Hiertoe zal onder meer de Wet ambulancevervoer worden gewijzigd, waardoor uiteindelijk alle ambulancediensten en CPA's RAV-en zullen vormen.

38

Welke partijen zijn verantwoordelijk om een RAV tot stand te brengen?

De verantwoordelijkheid voor de vorming van RAV-en ligt primair bij de ambulancediensten en de CPA in de regio. Het spreekt voor zich dat de zorgverzekeraars hier ook door deze partijen bij betrokken worden. Uiteindelijk zal de RAV een wettelijke basis krijgen. Hiertoe zal onder meer de Wet ambulancevervoer worden gewijzigd, waardoor uiteindelijk alle ambulancediensten en CPA's RAV-en zullen vormen.

39

In het overleg met het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) zal de gebiedsindeling van de RAV

besproken worden en hierbij zal worden aangehaakt bij de voorlopige samenwerkingsgebieden. Hoe is de ervaring met de kwaliteit van deze voorlopige gebieden op dit moment? Wordt heel Nederland door deze voorlopige samenwerkingsgebieden afgedekt of zijn er nog overlappen of witte vlekken?

De voorlopige indeling in GHOR-gebieden sluit goed aan bij de politieregio's. Heel Nederland is door de gebiedsindeling afgedekt. Aangezien de (voorlopige) gebiedsindeling nog vrij recent van aard is, is het nog te vroeg om een oordeel te kunnen geven over de kwaliteit van deze gebieden en de samenwerking binnen die gebieden.

40

Wordt bij de vaststelling van de gebiedsindeling rekening gehouden met de grenzen van de inmiddels gevormde politie- en/of brandweerregio's? Zo ja, op welke manier?

De vaststelling van de gebiedsindeling voor RAV-en is een verantwoordelijkheid voor de provincies. Hierbij zal de voorlopige indeling in GHOR-gebieden uitgangspunt zijn. Deze indeling sluit goed aan bij de indeling in politieregio's. Het uiteindelijke streven van het kabinet is dat de indelingen voor GHOR, RAV, politie en brandweer volledig op elkaar aansluiten. Als uitgangspunt wordt hierbij de politieregio genomen.

41

Kan de regering de eerste zin van Ad 2): «Om in operationele zin... GNK-combinatie geïntroduceerd» toelichten?

Uit verschillende inspectierapportages is gebleken dat in operationele zin het opschalingproces binnen de geneeskundige hulpverlening te wensen over liet. In Nederland konden ten behoeve van de rampenbestrijding 61 Geneeskundige Pelotons worden geformeerd uit vrijwilligers. Deze eenheden sloten wat betreft organisatie, werkwijze, uitrusting en kwaliteit niet aan op de dagelijkse Spoedeisende Medische Hulpverlening (ambulancehulpverlening en traumazorg). Tevens waren deze eenheden pas na twee uur operationeel inzetbaar. Daarom is besloten dat de geneeskundige pelotons worden opgeheven, en dat een eenheid wordt geïntroduceerd die wel aansluit op de dagelijkse Spoedeisende Medische Hulpverlening: de GNK-combinatie. De afbouw van de geneeskundige pelotons is reeds aangevangen, en wordt op 1 januari 2000 formeel afgerond. Deze afbouw vindt parallel plaats met de opbouw van de Geneeskundige Combinaties in Nederland.

Met de introductie van de GNK-Combinatie zal het opschalingsproces van de dagelijkse Spoedeisende Medische Hulpverlening naar een optreden in groter verband geleidelijker verlopen. Qua organisatie, werkwijze, uitrusting en kwaliteit sluit de GNK-combinatie aan op de Spoedeisende Medische Hulpverlening. Daarnaast is de Geneeskundige Combinatie uiterlijk binnen een uur inzetbaar op de locatie van het ongeval. Aangezien de formatie van de GNK-combinatie ook op de locatie van het ongeval kan geschieden uit het aanwezig hulpverleningspotentieel, kan het opschalingsproces zeer geleidelijk verlopen. Tevens is door de uniforme samenstelling, werkwijze en uitrusting van de Geneeskundige Combinatie bijstand mogelijk.

42

Hoeveel GNK-combinaties zijn er of zullen er komen?

Het aantal GNK-combinaties bedraagt 43.

Ten behoeve van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen op de Waddeneilanden (Texel, Ameland, Vlieland, Terschelling

en Schiermonnikoog) is een aangepaste geneeskundige uitrusting ontwikkeld.

BZK draagt naar verwachting in oktober 1999 vijf van deze uitrustingen over aan de besturen van de betrokken geneeskundige hulpverlenings-regio's.

43

Hoe zal de afstemming plaatsvinden tussen GNK-combinaties en de RAV'en? Wie bepaalt wanneer een GNK-combinatie ingezet zal worden?

Het GHOR bestuur zal de operationalisering van de GNK-combinatie tot haar verantwoordelijkheid moeten rekenen. De CPA bepaald de inzet van hulpverleningspotentieel in de geneeskundige kolom.

44

Hoe verhoudt zich het principe «de patiënt centraal» met het afbakenen van de keten en de samenhang en samenwerking van de verschillende schakels daarbinnen, alsmede met de overeenstemming over de wijze waarop de samenwerking en samenhang van de schakels kan worden bevorderd? Hoe wordt het principe «de patiënt centraal» hierin bevorderd?

Het vaststellen van de zorgketen voor slachtoffers van ongevallen en rampen en het vaststellen van de processtappen hierin, is gebeurd vanuit het principe «de patiënt centraal». Gekozen is om op basis hiervan het GHOR/traumazorg kwaliteitssysteem op te bouwen. Er is in dit kader sprake van een groeimodel. De samenwerking binnen de keten zal worden gerealiseerd door de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF).

45

Geschiedt het gestelde onder Ad 3 budgettair neutraal? Zo niet, welke kosten zijn hiervoor geraamd?

Voor een aantal zaken is extra geld beschikbaar gesteld. Voor de invulling van de regionaal geneeskundige functie zullen de besturen voor de GHOR een bijdrage van het ministerie van BZK ontvangen.

Voor de invulling van het kwaliteitsbeleid binnen RAV-en is in het kader van de meerjarenafspraken ambulancezorg geld beschikbaar gesteld. Eveneens is geld beschikbaar gesteld voor de invulling van de bijzondere taken van de traumacentra.

46

Waar kunnen mensen met klachten over de aanrijdtijden van de ambulances of tekortschietende hulpverlening terecht? Wordt er een apart meldpunt voor klachten ingericht? Zo ja, wordt dit een meldpunt op landelijk niveau?

Voor klachten over aanrijdtijden van ambulances of over de hulpverlening door ambulancediensten kunnen mensen zich, net als bij andere zorginstellingen, wenden tot de desbetreffende RAV. Indien er sprake is van structurele knelpunten in de aanrijdtijden van ambulances zal er tussen de RAV, de RGF, de provincie en de zorgverzekeraars overleg plaatsvinden om te bezien op welke wijze verbeteringen kunnen worden aangebracht.

De Inspectie voor de gezondheidszorg houdt toezicht op de afhandeling van klachten. Een apart meldpunt wordt niet overwogen.

47

Wordt de Regionaal Geneeskundig Functionaris ook verantwoordelijk voor de GNK-combinaties?

Ja. Aangezien het bestuur van de GHOR-regio eindverantwoordelijk is voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, en de RGF de bevoegdheden in de praktijk zal uitvoeren, is ook de RGF (mede) verantwoordelijk voor de GNK-combinaties (zie ook de antwoorden op de vragen 33 en 56).

48

Wordt met de term «openbaar bestuur» de gemeentelijke, de provinciale of landelijke overheid bedoeld?

De gemeentelijke overheid.

49

Is het de bedoeling dat de verantwoordelijkheid voor de spoedeisende hulpverlening bij ongevallen en rampen in het vervolg ook in één hand wordt gebracht en indien dit het geval is, welk ministerie zal hiervoor de eindverantwoordelijkheid moeten dragen?

Nee, het blijft een gezamenlijke verantwoordelijkheid van beide departementen. Het ministerie van VWS is vanuit de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg ook verantwoordelijk voor die onderdelen van de gezondheidszorg die een rol spelen bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Het ministerie van BZK is verantwoordelijk voor het scheppen van de randvoorwaarden voor samenwerking tussen de onderdelen van de keten van GHOR en voor het kunnen functioneren van de onderdelen bij rampen en zware ongevallen.

50

Worden de rampenplannen van gemeenten en provincies ook afgestemd met de RAV'en of GHOR's?

Ja. De beleidsvoornemens en operationele afspraken, gemaakt in het kader van de GHOR en de RAV, zullen een vertaling moeten krijgen in de gemeentelijke en provinciale rampenplannen en vice versa.

Vragen GroenLinks-fractie

51

De RAV is een samenwerkingsverband tussen ambulancediensten en de CPA. De RAV is verantwoordelijk voor kwaliteitsbeleid en bedrijfsvoering en is houder van het budget voor de ambulancezorg. Welke bestuurders en bestuursorganen zijn rechtstreeks betrokken bij de RAV en welke bestuurders / bestuursorganen zijn verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid en bedrijfsvoering door de RAV'en?

De RAV is een rechtspersoon. Het bestuur van de RAV wordt gevormd door alle ambulancediensten en de CPA in de regio. De bestuurders van deze afzonderlijke delen zijn daardoor ook betrokken bij het bestuur van de RAV en daarmee integraal verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid en de bedrijfsvoering van de RAV.

52

Op welke wijze zal de effectiviteit van de extra middelen voor de ambulancezorg worden getoetst, naast het criterium dat er sprake moet zijn van een RAV of RAV in oprichting?

Er moet sprake zijn van een door de RAV, in samenspraak met zorgverzekeraars opgesteld, regionaal ambulance plan (RAP), waarin zijn opgenomen zaken als:

- visie op de SMH

- regie, afstemming, controle en verdeling budgetten
- uitvoering meldkamertaken
- regie, afstemming, controle van spreiding en paraatheid van ambulancezorg
- uitvoering opleidingsbeleid
- uitvoering kwaliteitsbeleid
- opstellen van een kwaliteitsjaarverslag

Dit RAP moet door de provincie worden goedgekeurd.

53

De voorlopige samenwerkingsgebieden voor het project GHOR dienen als uitgangspunt voor de gebiedsindeling. In hoeverre komen deze gebieden overeen met de huidige politieregio's? Is er sprake van «blinde vlekken» binnen deze gebiedsindeling, bestaande uit gemeenten die buiten enig samenwerkingsgebied vallen? Is de regering bereid meer eenduidige regiogrenzen te stellen voor de veelheid aan regionale samenwerkingsverbanden? Welke voorwaarden worden aan deze gebiedsindeling gesteld als het gaat om bijvoorbeeld bestuurlijke inbedding of aanrijtijden van de ambulances?

Op basis van de circulaire «Bestuurlijke organisatie geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen» d.d. 7 november 1997/nr. PGHOR97/116, zijn in het gehele land gemeentelijke samenwerkingsverbanden GHOR gevormd. In totaal zijn er 26 regionale samenwerkingsverbanden GHOR, waarvan de buitengrenzen vrijwel gelijk lopen met die van de politieregio's. Belangrijkste verschillen:

politie	GHOR
2 regio's: a) Zaanstreek Waterland b) Amsterdam Amstelland	1 regio: Agglomeratie Amsterdam
1 regio: Noord en oost Gelderland	2 regio's: a) Stedendriehoek/Noord West Veluwe b) Achterhoek
1 regio: Midden en West Brabant	2 regio's: a) Westelijk Noord Brabant b) Midden Brabant

De regering streeft naar een eenduidige gebiedsindeling voor politie, brandweer en GHOR/RAV. Aansluiting op de schaal van de huidige politieregio's is hierbij het uitgangspunt. Naast voordelen voor de operationele samenwerking biedt dit ook grote voordelen waar het gaat om de bestuurlijke afstemming.

Ongeacht de grenzen van de gebieden blijft als planningscriterium dat iedere plaats binnen 15 minuten door een ambulance moet kunnen worden bereikt.

54

Waarom is voor de in de nota naar aanleiding van het verslag vermelde specialismen en voorzieningen in de traumacentra gekozen? Is overwogen ook de 24-uursaanwezigheid van een intensive-care arts als vereiste op te nemen? Zo nee, waarom niet?

De lijst van specialismen is onder meer gebaseerd op het advies van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Het betreft hier specialismen die benodigd zijn bij de eerste opvang van ernstige ongevals slachtoffers in het

ziekenhuis. De eerste opvang van grote multitraumatisé patiënten vereist speciale opleiding en ervaring. Er is in eerste instantie dan ook niet overwogen om een intensive care arts aanwezig te laten zijn bij de eerste opvang van patiënten op de eerste hulp. De expertise van deze arts ligt juist op het gebied van de IC, welke plaats vind in de fase aansluitende op de eerste opvang.

55

Voor vier helikoptervoorzieningen is 10 miljoen gulden beschikbaar gesteld. Waarom heeft de regering niet gekozen voor een wat uitgebreider experiment, waaraan ook de ZFR de voorkeur geeft? Op basis van welke criteria wordt de effectiviteit van deze voorzieningen gemeten? Geldt voor deze effectiviteit ook een evaluatie binnen twee jaar?

Het onderzoeksrapport naar aanleiding van het experiment met de traumahelikopter in Amsterdam bood voldoende aanknopingspunten om vast te stellen dat de inzet van medische teams per helikopter een toegevoegde waarde heeft als aanvulling op de ambulancezorg en daarmee als onderdeel van het traumazorgnetwerk. De inzet van mobiele medische teams per helikopter is uitgebreid op het punt van kosten-effectiviteit geëvalueerd door de Ziekenfondsraad. De evaluatie van de helikoptervoorziening als onderdeel van het traumazorgnetwerk zal zich meer richten op de samenwerkingsaspecten en zal ook na twee jaar geëvalueerd worden.

56

Wat is de positie van de GNK-combinatie in relatie tot de RAV'en? Wat wordt precies bedoeld met «een organisatorisch samenwerkingsverband»? Gedurende welke periode zullen de GNK-combinaties operationeel zijn? Welke functionaris wordt bedoeld met «eenhoofdige leiding»? Wie is bestuurlijk verantwoordelijk voor deze GNK-combinatie?

Het bestuur van de GHOR-regio is eindverantwoordelijk voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Binnen de RAV zal de GNK-combinatie één van de middelen zijn die kunnen worden ingezet. Net als alle andere middelen zoals de CPA, ambulances, leidinggevende functionarissen e.d. zijn deze 24 uur per dag beschikbaar. Elke GHOR regio stelt zelf de leidinggevende aan. De meeste regio's zullen deze verantwoordelijkheid overdragen aan de Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG) cq. Toegevoegd Medisch Leider.

57

Hoe is het gesteld met de respons van de brandweer op meldingen van tewaterraking? In hoeverre zijn de brandweerorganisaties in staat om drenkelingen snel en effectief bij te staan? Is overwogen om, analoog aan een SIGMA binnen de GNK-combinatie, een organisatie in te richten die in operationele zin de brandweer kan bijstaan bij tewaterrakingen? Op welke manier kan met de inzet van vrijwillige, maar gediplomeerde, duikers een zogenaamde «Snel Inzetbare Groep», ter assistentie van de brandweerdikers, worden gevormd?

De organisatie van de rampbestrijding in Nederland is gebaseerd op de gedachte dat de operationele diensten opschalen om een juist antwoord op iedere calamiteit te kunnen bieden. De diensten zijn geprepareerd op allerlei soorten gebeurtenissen, zoals ongevallen met auto's, treinen, rampen met vliegtuigen e.d. Hierbij kunnen zich vele modaliteiten voordoen zoals brand, rookontwikkeling, giftige dampen e.d. De omstandigheden kunnen zeer divers zijn zoals op het land, in het water, in het midden van de stad of op het platteland. De organisaties zijn zo ingericht dat ze flexibel op al deze situaties kunnen reageren. Het speciaal inrichten

van (delen van) de organisatie op tewaterrakingen is in dit verband derhalve niet aan de orde.

58

De Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) wordt, blijkens de brief, aangesteld «onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur». Welke bestuurders of bestuursorganen worden bedoeld met «openbaar bestuur»? Hebben deze bestuursorganen ook een democratische inbedding? Op welke manier zal de verdeling van de verantwoordelijkheid tussen «openbaar bestuur» en RGF worden vormgegeven? Hoe verhoudt de positionering van de RGF zich tot de huidige positie van de directeur GGD binnen de Rampenstaf?

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor een goed functionerende GHOR. Bij het college van burgemeester en wethouders ligt de zorgplicht. De burgemeester heeft het opperbevel in geval van een grote calamiteit of ramp. De samenwerkende gemeenten GHOR stellen de RGF aan. De RGF legt direct verantwoording af aan het openbaar bestuur GHOR. De RGF zal de verantwoordelijkheden van de directeur GGD zoals die nu zijn neergelegd in de Wghr overnemen. Daartoe zal de Wghr, vooruitlopend op het wettelijk verankeren van de nieuwe bestuurlijke en organisatorische structuur voor de GHOR worden aangepast.

59

In de brief staat: «Het bedrag van f 350 000 zal na 1 januari 2000 beschikbaar worden gesteld ten behoeve van de RGF». Wat is hiervan precies het bestedingsdoel? In hoeverre bestaat over de invulling hiervan overeenstemming met de LVGGD?

Het bestedingsdoel is de financiering van de personele invulling van het bureau RGF-functie. De LVGGD speelt hierin geen rol en is dus hierover niet geconsulteerd.

Vragen SP-fractie

60

Kan inzicht worden gegeven in de vorderingen bij de vorming van regionale ambulancevoorzieningen en de totstandkoming van regionale ambulanceplannen? Zijn er regio's waar geen RAV is ontwikkeld?

Er bestaat een grote diversiteit in de verschillende regio's voor wat betreft het stadium van ontwikkeling waarin men zich bevindt, daar waar het gaat om RAV vorming. Sommige regio's zijn reeds operationeel als RAV, sommige regio's zijn bezig met de ontwikkeling naar een RAV en bij de derde categorie is RAV vorming nog niet aan de orde. Het COTG zal in augustus een besluit nemen over de beleidsregels waarin de door de LFAZ en ZN uitgewerkte toetsingscriteria voor RAV'en zijn opgenomen.

61

Gebleken is reeds dat een ambulancevoorziening in een dunbevolkt gebied relatief duur is. Op welke manier wordt dit opgelost? Aanpassingen in het budgetsysteem zouden voor 1 juli 1999 bekend zijn. Kan een overzicht worden gegeven van deze aanpassingen in het systeem? Gaat er eventueel herallocatie van de gelden plaatsvinden en welke regio's moeten dan geld inleveren? Welke consequenties heeft dat voor de regio's en hoe denken deze daarover?

De kosten van een ambulance worden voor het grootste deel bepaald door personeelskosten, die op hun beurt weer samenhangen met de mate

van beschikbaarheid van de ambulance. Aangezien ambulances in dunbevolkte gebieden over het algemeen minder ritten maken dan ambulances in stedelijke gebieden, zijn de kosten per rit in landelijke gebieden over het algemeen hoger dan die in stedelijke gebieden. De aanpassingen van het budgetsysteem zoals die onderwerp zijn van besluitvorming in het COTG gaan onder meer uit van een vast bedrag per standplaats en ongewogen en gewogen bedragen per rit. Hiertoe wordt een standplaatsclassificatie voorgesteld, die afhankelijk is van het inwoneraantal van het werkgebied en de zogeheten omgevingsadressendichtheid (dit is het gemiddeld aantal adressen binnen een oppervlakte van 1km² rond de standplaats).

In het budgetmodel wordt hierdoor rekening gehouden met de bevolkingsdichtheid, hetgeen belangrijk is voor de ambulancediensten in de landelijke gebieden. Aangezien het macrokader voor ambulancezorg – zoals dat is vastgelegd in het Jaaroverzicht Zorg – taakstellend is, zal een verhoging van budgetten van ambulancediensten in landelijke gebieden moeten worden opgebracht door een verlaging van budgetten bij andere ambulancediensten (voornamelijk in stedelijke gebieden). Bij het al dan niet goedkeuren van het aangepaste budgetmodel zal ik uiteraard zwaar laten meewegen of de toegankelijkheid en de beschikbaarheid van ambulances over in Nederland op een gelijkwaardig niveau komt. De herallocatie-effecten zijn voor de VNG aanleiding geweest om nu nog niet akkoord te gaan met de aanpassingsvoorstellen.

62

Kunnen dunbevolkte regio's op meer geld rekenen per 1 januari 2000? Zo ja, wanneer zijn de nieuwe budgetten bekend? Zo nee, waarom niet? Zullen, eventueel na nieuwe budgettering, de problemen en knelpunten overal zijn opgelost? Hoe staat het dan bijvoorbeeld met de regio's Zeeland, Twente, Achterhoek, ZO-Brabant en Texel? Zo nee, bent u bereid naar specifieke oplossingen te zoeken?

Op basis van de aanpassingsvoorstellen heeft het COTG voorlopige berekeningen gemaakt. De nieuwe budgetten zijn eerst bekend als het COTG een besluit heeft genomen ten aanzien van de nieuwe budgetregels. De voorlopige berekeningen laten zien dat de ambulancediensten in de dunbevolkte regio's een hoger budget zullen krijgen. Dat neemt niet weg dat er knelpunten kunnen blijven bestaan. De regio's Zeeland, Achterhoek, regio ZO-Brabant, Twente en Texel worden meegenomen in deze nieuwe budgetregels. Eerst als na het intreden van deze regels blijkt dat er regionale knelpunten blijven bestaan en deze een gevolg zijn van onjuiste keuzen in het budgetmodel, zal ik specifieke oplossingen overwegen.

63

Hoe verloopt het overleg met het IPO en de VNG over de gebiedsindeling RAV?

Met het IPO is inmiddels bestuurlijk overleg geweest waar het onderwerp gebiedsindeling aan de orde is geweest. Het IPO onderschrijft het streven naar congruentie van gebiedsindelingen en de lijn dat de voorlopige gebiedsindeling voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen uitgangspunt is voor de indeling in RAV-gebieden. Het IPO heeft daarbij wel de verantwoordelijkheid van de provincies bij de gebiedsindeling benadrukt. Met de VNG zal nog overleg moeten plaatsvinden.

64

Een incidentele overschrijding van de 15-minutengrens is niet te voorkomen. Welk percentage van overschrijding wordt acceptabel gevonden? Is hiervoor de minister, de provinciale overheid of de RAV

verantwoordelijk?

Ambulancezorg moet zodanig zijn georganiseerd dat een ambulance onder normale omstandigheden binnen 15 minuten ter plaatse kan zijn. Bepaalde situaties (bijvoorbeeld weersomstandigheden, verkeersopstoppingen of een onvoorziene gelijktijdigheid van aanvragen voor ambulancezorg) kunnen leiden tot langere aanrijdtijden. Het is moeilijk aan te geven welk percentage acceptabel is. Het gemiddelde landelijke overschrijdingspercentage licht jaarlijks tussen de 3,5% en 4%. De provinciale overheid is verantwoordelijk voor het vaststellen van het spreidingsplan voor ambulancezorg, waarbij de 15-minutennorm leidend is. De RAV is verantwoordelijk om de uitvoering van de ambulancezorg zodanig te organiseren dat aan de 15-minutennorm kan worden voldaan.