

Vergaderjaar 2001–2002

26 670

Grensoverschrijdende projecten

28 008

Zorgnota 2002

Nr. 9

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN
SPORT EN DE STAATSSECRETARIS VAN BINNENLANDSE ZAKEN
EN KONINKRIJKSRELATIES**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 april 2002

Op 8 november 2000 heeft de Commissie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties gevraagd om een projectplan om de problemen omtrent de grensoverschrijdende ambulancezorg aan te pakken (26 670/27 242, nr. 4). Met deze brief informeren wij u over de voortgang ter zake.

In opdracht van de ministeries VWS en BZK heeft het onderzoeksbureau ITS in 2000 een inventarisatie van de problemen die zich voordoen bij het grensoverschrijdende ambulancevervoer in de grensstreek uitgevoerd. Dit rapport is aan de Tweede Kamer aangeboden. Uit de rapportage bleek dat een aantal problemen slechts opgelost kan worden door bemoeienis van de verantwoordelijke overheden in Nederland, Duitsland en België.

Voor de grensproblematiek tussen België en Nederland is door de Benelux een ad hoc werkgroep ingesteld om oplossingen te vinden. Het gaat hierbij om volgende punten:

Nederland en België

**Verschillen in handelingsbevoegdheden van het
ambulancepersoneel tussen Nederland en België.**

Het Nederlandse ambulancepersoneel is opgeleid voor het verrichten van handelingen voor advanced life support (ALS). Het Belgisch ambulancepersoneel is opgeleid voor het verlenen van handelingen voor basic life support (BLS). Handelingen op het gebied van ALS zijn in België voorbehouden aan artsen. Handelt het Nederlandse ambulancepersoneel in België volgens de Nederlandse protocollen, dan zijn zij in overtreding. Inmiddels is met de Belgische federale overheid afgesproken dat zij hun ambulanceprotocollen zullen aanpassen. Hierdoor zal Nederlands ambulancepersoneel in België op dezelfde wijze kunnen optreden als in Nederland.

Verschillen in tarifiering en financiering van ambulancezorg

Hierbij gaat het om de inzet van Nederlandse ambulances voor de behandeling en het vervoer van Belgische patiënten naar een Belgisch ziekenhuis, waarbij met name het spoedvervoer voor problemen in de declaratieafhandeling zorgt. Dit is terug te voeren op de financiering en verzekering van de ambulancezorg in België waar een onderscheid wordt gemaakt tussen het vervoer en de medische behandeling. De medische behandeling wordt in België vanuit een beperkte groep ziekenhuizen georganiseerd en door het desbetreffende ziekenhuis bij de patiënt/zorgverzekeraar gedeclareerd. De ambulancedienst is alleen verantwoordelijk voor het vervoer en declareert alleen kosten die verband houden met het vervoer. Dientengevolge ontstaan problemen als een Nederlandse ambulance het WTG tarief voor spoedvervoer declareert omdat hierin zowel de vervoerskosten als de kosten van de medische behandeling zijn begrepen. Omdat vanuit de inhoudelijke voorschriften in België bij een spoedvervoer ook de inzet van medische hulp (Mobiele Urgentie Groep) vanuit het ziekenhuis vereist is, vindt een dubbele declaratie plaats.

Uitgaande van de veronderstelling dat de Nederlandse ambulance die buiten de landsgrenzen ambulancezorg aanbiedt in opdracht van de CPA onder de werking van de WTG blijft vallen is de volgende pragmatische oplossing denkbaar: in de vigerende E-tariefstructuur wordt een onderscheid gemaakt tussen spoedvervoer (sluittarief) en besteld vervoer (landelijk uniform neventarief). Bij besteld vervoer is geen sprake van spoedeisende medische hulpverlening. Het tarief is dan ook op een lager niveau vastgesteld (euro 170 tegen gemiddeld ca euro 340 voor het spoedvervoer). Door nu voor de inzet op Belgisch grondgebied een tarief vast te stellen dat ergens tussen het besteld vervoer tarief van euro 170 en het spoedvervoertarief van gemiddeld euro 340 zou moeten liggen wordt het probleem van de dubbele declaratie voor medische hulpverlening vermeden (Belgische Mobiele Urgentie Groep én Nederlandse ambulance met medisch team) omdat de Nederlandse ambulance alleen de kale ritprijs (zoals bij het bestelde vervoer) hoeft te berekenen. Door apart te tarifieren kan bovendien het totale volume aan grensoverschrijdend vervoer in beeld worden gebracht. Er is dan tevens een mogelijkheid om vervoer van buitenlandse patiënten uit Nederland naar de buurlanden te regelen via een uniform tarief. Als het totale ritvolume relatief groot zou zijn kan het niet structureel onder de gemiddelde kostprijs aan het buitenland worden aangeboden en moet een andere oplossing worden gezocht.

Voor de betrokken ambulancedienst betekent een neventarief in budgettermen geen nadeel omdat de dienst een vergoeding krijgt gebaseerd op het werkelijke aantal ritten maal de parameterwaarde. Ten aanzien van de dekking van het budget geldt dat de buitenlandse ritten te weinig opbrengst genereren. Dit leidt tot een verrekening via de Nederlandse sluittarieven. De gesuggereerde oplossing is dan ook alleen adequaat indien het aantal ritten beperkt blijft. Het opbrengsttekort is dan marginaal en de additionele schadelast praktisch te verwaarlozen.

Na advisering door Zorgverzekeraars Nederland en Ambulancezorg Nederland kan een regeling en een neventarief als hierboven beschreven door het College Tarieven Gezondheidszorg worden vastgesteld. Naar verwachting zal dit voorjaar uitsluitel hierover zijn.

Erkenning van Nederlandse ambulances en ziekenhuizen in het Belgische 100-systeem

In België worden patiënten na ongevallen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoerd dat een erkenning heeft in het Belgische systeem voor spoedeisende zorg, het zogenaamde 100-systeem. In Nederland kennen wij zo'n systeem niet. Dit kan in de praktijk betekenen dat iemand die net over de grens in België een ongeval krijgt en door een Belgische ambulance wordt meegenomen, vele kilometers extra moet afleggen alvorens verdere hulp te ontvangen, terwijl er net over de grens in Nederland een ziekenhuis beschikbaar is. Dit wordt als onwenselijk ervaren. Met de Belgische autoriteiten is daarom afgesproken dat Nederlandse ziekenhuizen, als zij voldoen aan de Belgische criteria, erkenning krijgen in het 100-systeem. De Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg zal hiertoe een toets uitvoeren, België zal zich aan de uitkomst van deze toets conformeren en de erkenningen afgeven. De Nederlandse ambulances, alhoewel zij wel voldoen aan de criteria, zijn niet erkend in het 100-systeem. De formele erkenning daarvan zal tegelijkertijd met de erkenning van de Nederlandse ziekenhuizen in het Belgische 100-systeem worden meegenomen.

Grensoverschrijdende communicatie

De radiocommunicatie tussen Nederlandse ambulances en de Belgische 100-centrales zowel als tussen de Belgische ambulances en de Nederlandse Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA) is thans nog een probleem. Voor de korte termijn is als oplossing het uitrusten van ambulances met carkits en mobiele telefoons aangedragen. Op lange termijn bieden het Nederlandse C2000 en het Belgische Astrid-systeem in technische zin de oplossing, aangezien beide systemen werken in dezelfde frequentieband en met dezelfde standaard (Tetra). Vooralsnog zal de wetgeving niet worden aangepast, maar is gekozen om in Nederland de vergunningen zodanig aan te passen, dat grensoverschrijdende communicatie mogelijk wordt voor Belgische hulpdiensten die bijstand verlenen in Nederland. Daarnaast zal een overeenkomst worden gesloten tussen België en Nederland waarin het een en ander komt vast te liggen. Dit is een oplossing van tijdelijke aard totdat het C 2000-systeem in de lucht is.

Naast communicatie in technische zin is het ook van belang dat tussen de verschillende landen overeenstemming bestaat over de te hanteren begrippen. Hiervoor is een viertalige woordenlijst op het terrein van ambulancezorg ontwikkeld. Binnenkort komt deze lijst voor alle betrokkenen beschikbaar.

Nederland en Duitsland

De verschillen tussen de Nederlandse ambulancezorg en de Duitse ambulancezorg zijn kleiner dan die tussen Nederland en België. Er is op dit moment slechts sprake van twee zaken die door tussenkomst van de rijksoverheid moeten worden opgelost.

Erkenning van de Notarzt

In Europa is sprake van een vrij verkeer van goederen en personen. Zo mogen werknemers in alle EU-landen in principe hun beroep uitoefenen. Dit geldt ook voor beroepen in de gezondheidszorg. In Duitsland wordt vaak naast een ambulance, een Notarzt meegezonden. Een Notarzt is gespecialiseerd in het verlenen van advanced life support. Ook voor hem geldt dat hij op grond van het vorenstaande zijn beroep mag uitoefenen. In Nederland geldt echter dat een arts zijn beroep pas mag uitoefenen als

deze is ingeschreven in het register op grond van de Wet BIG (het BIG-register). Duitse Notärzte zijn dit in de regel niet. Het ministerie van VWS onderzoekt thans of hierin in algemene zin kan worden voorzien, of dat toch aan de Duitse artsenorganisatie zal moeten worden gevraagd om elke Notarzt in het Nederlandse BIG-register te laten inschrijven.

Grensoverschrijdende communicatie

In de communicatie tussen ambulances, de Nederlandse CPA's en de Duitse Leitstellen is evenals in de situatie met België sprake van technische en wetgevende belemmeringen. In de grensstreek is echter sprake van in het algemeen pragmatisch omgaan met de mogelijkheden. Echte moeilijkheden doen zich dan ook niet voor. Wél is uiteraard sprake van enig ongemak. Ook hier worden de Nederlandse vergunningen aangepast, zodat de Duitse hulpdiensten die bijstand verlenen in Nederland gebruik kunnen maken van de Nederlandse frequenties. Daarnaast zijn de ministeries van BZK en V&W in overleg met de Duitse collegae van de deelstaten Nordrhein-Westfalen en Niedersachsen over grensoverschrijdende communicatie richting Duitsland.

Tot slot

Uit het vorenstaande moge duidelijk zijn dat in de achterliggende periode duidelijk voortgang is geboekt. Voor alle belemmeringen is inmiddels een oplossing gevonden of in voorbereiding.

Dit neemt echter niet weg dat de mogelijkheden moeten worden gecommuniceerd naar betrokken (overheids)diensten en andere betrokkenen. U hebt tijdens het Algemeen Overleg d.d. 8 november 2000 gelegenheid gevraagd een helpdesk voor deze diensten in het leven te roepen. Gelet op de huidige stand van zaken is eerst ondergetekende van mening dat hier thans mee moet worden gestart en heeft daarom het ITS gevraagd te onderzoeken op welke wijze de helpdesk het beste kan worden gepositioneerd en ingericht.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
G. M. de Vries