

Vergaderjaar 1999–2000

25 387

Spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen

Nr. 9

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 30 november 1999

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ en de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties² hebben op 11 november 1999 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris G.M. de Vries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties over:

- **de brieven van 7 april, 20 augustus en 27 september 1999 inzake spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen (25 387, nrs. 5 en 7 en VWS-99-1443);**
- **de brief van 10 september 1999 inzake de aanpassing van het budgetmodel voor ambulancediensten (26 204, nr. 40).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissies

Mevrouw **Wagenaar** (PvdA) vond de plannen van de regering voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen erg vaag. Wat zijn de concrete plannen per GHOR-regio (geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen)? Waar zijn leemtes gesignaleerd en wat denkt het kabinet daaraan te doen? Zij drong aan op een gedegen plan van aanpak. Wanneer kan de Kamer de circulaire verwachten waarin de criteria worden aangegeven op basis waarvan de beschikbare middelen over de regio's worden verdeeld? Zij was niet tevreden over de antwoorden op Kamervragen van haar kant over het ambulancetekort ten tijde van rampen of zware ongevallen in de regio Amsterdam. Onderkent het kabinet deze problematiek? Speelt deze problematiek ook in andere regio's? Vervolgens merkte zij op dat de ambulanceorganisaties sterke twijfels hebben bij het project C2000. Is dat terecht? Wordt er iets ondernomen om deze twijfels weg te nemen? Als de proef in de regio

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Rouvoet (RPF), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Arib (PvdA), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA) en Blok (VVD).

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

² Samenstelling:

Leden: Schutte (GPV), Te Veldhuis (VVD), ondervoorzitter, De Cloe (PvdA), voorzitter, Van den Berg (SGP), Van de Camp (CDA), Scheltema-de Nie (D66), Van der Hoeven (CDA), Van Heemst (PvdA), Noorman-den Uyl (PvdA), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Hoekema (D66), Rijpstra

(VVD), Cornielje (VVD), O.P.G. Vos (VVD), Rehwinkel (PvdA), Luchtenveld (VVD), Rietkerk (CDA), De Boer (PvdA), Duijkers (PvdA), Verburg (CDA), Halsema (GroenLinks), Kant (SP) en Balemans (VVD).

Plv. leden: Rouvoet (RPF), Van Beek (VVD), Zijlstra (PvdA), Ravestein (D66), Van Wijmen (CDA), Augusteijn-Esser (D66), Balkenende

(CDA), Barth (PvdA), Gortzak (PvdA), Rabbae (GroenLinks), Wijn (CDA), Dittrich (D66), Cherribi (VVD), Nicolai (VVD), Van den Doel (VVD), Van Oven (PvdA), Brood (VVD), Apostolou (PvdA), Eurlings (CDA), Kuijper (PvdA), Belinfante (PvdA), Mosterd (CDA), Van Gent (GroenLinks), Poppe (SP) en Essers (VVD).

Amsterdam slaagt zal het veld, ook brandweer en politie, investeringen moeten doen. Over de hoogte van die investeringen moet duidelijkheid bestaan. Daarnaast is het zinnig om in de evaluatie van de startregio ook de ambulancezorg afzonderlijk te evalueren.

Mevrouw Wagenaar benadrukte dat ambulancezorg een basiszorg is die overal in Nederland gegarandeerd moet zijn. Op de Wadden en in Zeeland schiet de ambulancehulpverlening momenteel te kort, ondanks de inzet van het ambulancepersoneel. In haar brief van 10 september 1999 stelt de minister als uitgangspunt dat toegankelijkheid en beschikbaarheid van de ambulancezorg overal in Nederland van hetzelfde niveau moeten zijn. Dat betekent dat aanrijtijden niet langer dan vijftien minuten in beslag mogen nemen en dat een goed gegarandeerde kwaliteitszorg geboden moet worden. Zeeland heeft op basis van dit uitgangspunt een uiterst sober plan opgesteld, waarin een tekort van 3,8 mln. wordt gecijferd. De minister stelt nu voor het jaar 2000 1,7 mln. beschikbaar en wil de situatie het jaar daarop opnieuw bezien. Mevrouw Wagenaar was van mening dat de provincie Zeeland meer geld moet krijgen voor het jaar 2000 en stelde dat de minister wel met heel goede argumenten moet komen als zij van het door Zeeland gecijferde bedrag wil afwijken. Als de minister onverhoopt niet van plan is Zeeland in deze zin tegemoet te komen, zal de PvdA-fractie bij de bespreking van de Zorgnota voorstellen op dit punt doen. Een en ander moet voor het komende jaar geregeld zijn en voor de jaren daarna moet de financieringssystematiek van het COTG (Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg), die kennelijk niet is ingesteld op dunbevolkte gebieden of eilanden, worden aangepast. Kan de minister hierover duidelijkheid scheppen?

Voor de Wadden speelt een soortgelijke situatie. De vervoerders hebben uitgerekend dat voor Vlieland, Terschelling, Ameland en Schiermonnikoog een bedrag van 2,8 mln. nodig is om meer ambulancepersoneel aan te trekken. Zij kunnen pas overgaan tot het aantrekken van nieuw personeel als er duidelijkheid komt over het budget. Kan de minister ook op dit punt duidelijkheid verschaffen? Het eiland Texel is uit de brand als de uitkering die de minister reeds heeft toegezegd ongefaseerd wordt uitgekeerd. Kan de minister die toezegging doen?

De heer **Buijs** (CDA) stelde dat een goede spoedeisende medische hulpverlening een basisvoorwaarde dient te zijn voor de zorg in Nederland. Helaas is dat nog niet overal het geval. Te lang bestaan er al knelpunten. Anders dan in andere sectoren kan de ambulancezorg niet werken met wachtlijsten. Hij verlangde dan ook van de minister in dit overleg de harde toezegging dat deze knelpunten op zeer korte termijn worden opgelost. Tijdens het algemeen overleg over de meerjarenafspraken op 23 juni toonde de minister zich optimistisch, omdat zij meende dat door deze afspraken «rust in het veld zou ontstaan». Dit is echter niet op de ambulancesector van toepassing. Op het laatste moment konden eind september acties in de ambulancezorg worden voorkomen. Reden temeer voor de minister hier nu duidelijk haar verantwoordelijkheid te nemen.

Meer dan zes jaar geleden heeft de inspectie voor de gezondheidszorg in het rapport «De keten rammelt» geconstateerd dat er nogal wat mis was met de spoedeisende hulpverlening. Op basis daarvan werd in 1997 een nieuwe structuur voor ambulancezorg, traumazorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen gepresenteerd in de nota «Met zorg verbonden». Deze nota kon destijds rekenen op zeer brede steun van de Kamer. Maar daarna is het misgegaan. Per januari 1998 zouden er in dit land regionale ambulanceverenigingen zijn en zouden er regionale ambulanceplannen worden opgesteld. Dat is tot op heden nog niet volledig gerealiseerd. In oktober 1998 zou volgens deze nota een onderzoek worden ingesteld naar een nieuwe budgettering en het COTG zou op basis van dit KPMG-onderzoek de budgetteringssystematiek voor

1999 herijken. Ook dit heeft een jaar vertraging opgelopen. Al met al kan geconcludeerd worden dat kostbare tijd verloren is gegaan. In maart 1999 is het KPMG-rapport eindelijk beschikbaar gekomen. Daarin staat dat er een nieuw budgetteringsmodel moet komen dat meer is gebaseerd op bereikbaarheidscriteria en minder op inwonersaantallen. Bovendien zou het macrokader met 10 mln. moeten worden verhoogd om het huidige activiteitsniveau van de ambulancesector in stand te houden. Kan de minister aangeven of in dat KPMG-rapport rekening is gehouden met bestaande knelpunten?

Gelet op de briefwisseling met de Landelijke federatie van werkgevers in de ambulancezorg (LFAZ) bestaat de indruk dat het ministerie van VWS niet erg voortvarend heeft gezocht naar oplossingen. Gelukkig kon de minister met haar brief van eind september acties nog afwenden. In de brief van 27 oktober 1999 geeft de minister aan dat zij naar een oplossing wil zoeken. De heer Buijs plaatste vraagtekens bij de inhoud van deze brief. Waarom wordt het macrokader niet onmiddellijk met 10 mln. opgehoogd? Is het juist dat de toegezegde 1,7 mln. voor het jaar 2000 ten laste komt van de benodigde demografische groei van 2,6 mln.? Zo ja, waarom deze sigaar uit eigen doos? De uitgaven ambulancezorg voor 1998 hebben met 13 mln. het macrokader overschreden. Onduidelijk is waardoor dit is veroorzaakt. Voor de overschrijding 1998 is besloten geen budgetkorting op te leggen. Klopt het dat van deze overschrijding van 14,8 mln. 9 mln. ten laste komt van de intensiveringsruimte ambulancezorg? Weer een sigaar uit eigen doos. De heer Buijs noemde dit financiële noodverbanden. Er is nog geen structurele oplossing gevonden. De minister kondigt in haar brief van 27 oktober nieuw onderzoek aan dat inzicht moet verschaffen in de bestaande knelpunten of in nog te voorziene knelpunten. De uitkomsten van dat onderzoek zullen bepalend zijn voor het budget voor 2001. De heer Buijs vond dit een goede zaak, maar verbond hier twee voorwaarden aan. Ten eerste dient bij dit onderzoek uitgangspunt te zijn dat de gewenste kwaliteit van het ambulancevervoer, zoals beschreven in de nota «Met zorg verbonden» – inclusief de kwaliteitswet, de nieuwe arbeidstijdenwet, de invoering van de wet BIG en de invoering van de landelijke protocollen – gegarandeerd moet zijn. Ten tweede dient er voor de tussenliggende periode – 1999 en 2000 – een garantie te worden gegeven dat zodra tengevolge van de nieuwe budgetsysteem knelpunten ontstaan die de kwaliteit van het ambulancevervoer in gevaar brengen, deze worden opgelost. Hij wees erop dat iedere regio haar eigen problemen heeft en dat het daarom van belang is dat zorg op maat geboden wordt.

De heer Buijs was blij dat de minister in haar brief van 27 oktober weergeeft veel belang te hechten aan de rapporten van de Inspectie over de twee probleemgebieden: de Waddeneilanden en Zeeland. Toegezegd wordt dat de Waddeneilanden voldoende budget krijgen en dat ook aan Zeeland voor het jaar 2000 extra middelen worden toegekend. Zeeland heeft een sober regionaal ambulanceplan gepresenteerd dat op de volledige steun kan rekenen van de Inspectie. Kan de minister toezeggen dat voor Zeeland de benodigde extra middelen, zijnde 3,8 mln., ook daadwerkelijk kunnen worden gegarandeerd? De minister heeft bij brief van 10 november 1999 aan het College van Gedeputeerde Staten van Zeeland toegezegd dat zij 1,7 mln. beschikbaar wil stellen. Hij hoopte dat de minister bereid is dit bedrag te verhogen tot de 3,8 mln. die Zeeland heeft becijferd.

Wat de ICT-problematiek betreft sloot hij zich aan bij de woorden van mevrouw Wagenaar.

Tot slot concludeerde de heer Buijs dat hij uit de brieven van de minister van 27 oktober en van 10 november het idee heeft gekregen dat de minister doordrongen is van de ernst van de situatie en dat zij bereid is oplossingen te zoeken. Hij spoorde de minister aan om bestuurlijk overleg dat in dit kader nog nodig is zo spoedig mogelijk op te starten. Een goed

functionerende ambulancevoorziening is immers van groot belang in de zorgketen die ook verantwoordelijk is voor de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen. Is er al voldoende materieel en personeel om in samenwerking met de ambulancediensten grote rampen het hoofd te kunnen bieden? Kunnen bijvoorbeeld inwoners van Zeeland zich veilig voelen indien zich op de Westerschelde een grote ramp zou voltrekken? Is er een samenwerkingsverband met België opgezet om deze mogelijke rampen het hoofd te kunnen bieden? Een goede spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen is niet alleen noodzakelijk; het is een dure plicht.

De heer **Weekers** (VVD) had waardering voor de wijze waarop de laatste jaren is gewerkt aan de verbetering van de geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen en rampen. Er moet echter nog het nodige gebeuren. Vooral als het gaat om de ambulancezorg bestaan er grote problemen die om een oplossing vragen. Bovendien moet voorkomen worden dat er nieuwe knelpunten ontstaan. De situatie in Zeeland is zorgwekkend en behoeft dringend aanpassing. Ook op de Waddeneilanden zijn er problemen. De Inspectie voor de gezondheidszorg heeft geconstateerd dat de situatie op Ameland en Terschelling onverantwoord is en dat er onmiddellijk maatregelen ter verbetering moeten worden genomen. Een goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van ambulancezorg in het gehele land is van groot belang. Dat houdt in dat de verantwoordelijke regio's in staat moeten zijn het in de wet opgenomen criterium van vijftien minuten na te komen. Hij wees in dit verband op de uitgangspunten in de nota «Met zorg verbonden».

Waar liggen de knelpunten op het financiële terrein? In de Zorgnota stelt de minister dat met de aangepaste budgetsystematiek in principe voor alle ambulancediensten ruimte is om een verantwoorde ambulancezorg te leveren. De LFAZ weerspreekt dat, tenzij de minister het macrokader met 10 mln. oprekt en een stevig impuls geeft voor schaalvergroting. Ook het COTG heeft de minister geadviseerd bij de invoering van het aangepaste budgetmodel het macrokader uiteindelijk structureel met 10 mln. te verhogen om de ambulancezorg overal in het land op een gelijkwaardig niveau te brengen. Voor het jaar 2000 zou dat een bedrag van 1,7 mln. met zich brengen. De minister stelt dat bedrag incidenteel beschikbaar, maar laat dit ten laste komen van de ruimte voor demografische groei in de sector. Worden daarmee de problemen niet verschoven? Betekenen de woorden in de Zorgnota dat de minister vindt dat het macrobudget voldoende is om aan het vijftienminuten criterium te kunnen voldoen en dat geschoven moet worden in de verdeelmaatstaven? Klopt het dat bij het macrobudget geen rekening is gehouden met de veranderende wetgeving op het gebied van arbeidstijden, invoering van de wet BIG etcetera?

De aanpassing van de budgetteringssystematiek moet ertoe leiden dat de beschikbaarheid een grotere rol speelt dan de feitelijk uitgevoerde ritten. De heer Weekers was het daarmee eens. Met name de dunnerbevolkte gebieden zouden daarvan moeten kunnen profiteren. Uit brieven uit de regio blijkt dat dit nog onvoldoende soelaas biedt. De minister erkent de problematiek die in Zeeland speelt, zoals blijkt uit haar brief van 10 november. De minister heeft aangegeven dat er in het Zeeuwse plan verkeerde kostentoe rekeningen en inefficiency's staan. Kan de minister aangeven op welke punten dit het geval is?

De heer Weekers vroeg aandacht voor de gebieden die er met de nieuwe budgetsystematiek op achteruit gaan. In hoeverre zijn de klachten die hierover uit de regio binnenkomen terecht? Is het de bedoeling dat er sprake zal zijn van benchmarking van de ambulancediensten, zodat de diensten uit de verschillende regio's met elkaar vergeleken kunnen worden? Hij dacht aan een belonings- en strafstelsel voor ambulancevoorzieningen. Het leek hem verstandig om de planning en financiering

van deze voorzieningen in één hand te houden en de sturing te koppelen aan de financiële verantwoordelijkheid.

De heer **Van der Vlies** (SGP) deelde mede ook namens de fracties van RPF en GPV te spreken. Hij vond het ambulancevervoer een noodzakelijke activiteit die gekenmerkt wordt door het feit dat het altijd gaat om een race tegen de klok. Elke seconde kan tellen. Het gaat om het redden van levens. In een welvarende samenleving mag op dit terrein niet te kort worden geschoten. De historisch gegroeide dienstverlening kan worden geoptimaliseerd. Dat leidt tot een zekere herordering, waarbij de doelstelling is een verantwoorde zorg op basis van een paraat en adequaat systeem. Het gaat erom de beschikbare budgetten zodanig te verdelen dat een gelijkwaardig niveau van dienstverlening voor iedere burger bereikt wordt. Dat is de uiteindelijke doelstelling. In de praktijk zal dat natuurlijk niet altijd lukken. Wanneer een regio onvoldoende middelen krijgt om een verantwoord niveau aan dienstverlening te bieden, moeten er maatregelen genomen worden. Dat heeft financiële consequenties. Volgens het COTG, het IPO, de VNG, de Koepel van ambulanceorganisaties is structureel 10 mln. nodig om een en ander adequaat te regelen. Hij drong er bij de minister op aan toe te zeggen die financiële inspanning te doen. Op dit punt is snel duidelijkheid en een adequate budgettering geboden. Daartoe zal intensief bestuurlijk overleg moeten worden gevoerd.

De heer Van der Vlies wilde weten hoe de rittijden gemeten worden. Wordt gemeten vanaf de melding of vanaf het verstrekken van de opdracht? Als het laatste het geval is, kan dat twee minuten in tijd schelen en die minuten kunnen van levensbelang zijn. Hij was er dus voor te meten vanaf de melding.

Een ander bestuurlijk knelpunt komt voort uit de samenhang tussen gebiedsindeling, regiovorming, het voorzieningenniveau sec en de provinciale planning. Daar is ook wetgeving voor vereist. Hoe ziet de minister het verloop van dat traject? Duidelijk is dat bepaalde verantwoordelijkheden transparant moeten zijn geregeld en dat bepaalde activiteiten titels krijgen in de wet.

Vervolgens kwam hij op de regio's met specifieke kenmerken. Voor de Waddeneilanden is een overgangsmoedel voorzien, waarbij in drie jaar tijd gestreefd wordt naar een adequaat voorzieningenniveau. Hij sloot zich aan bij de vragen die hierover zijn gesteld. Voor Zeeland is in het budgetmodel 0,5 mln. uitgetrokken en daaraan is 1,7 mln. additioneel toegevoegd. Er is dus 2,2 mln. beschikbaar voor Zeeland. De provincie heeft gevraagd om 3,8 mln. Het sobere plan dat Zeeland heeft ingediend is goedgekeurd door de inspectie. Dat is toch de verlengde arm van de minister? Tegen deze achtergrond leek het hem duidelijk dat er 1,6 mln. bijgeplust moet worden. Hij vroeg de minister toe te zeggen dat die 1,6 mln. voor Zeeland wordt uitgetrokken.

Ook de heer Van der Vlies wees op de consequenties voor deze sector van de vernieuwde arbeidstijdenwetgeving en de veranderingen in de wet BIG. Het onderzoek in dit kader zal in december zijn afgerond. Hij vroeg de minister de Kamer snel nadat de resultaten verschenen zijn over haar bevindingen te rapporteren.

Hij sloot zich wat het project C2000 betreft aan bij de opmerkingen van mevrouw Wagenaar.

Mevrouw **Kant** (SP) wees op het belang van een goede ambulancezorg. Helaas zijn de problemen in de ambulancezorg zo geëscaleerd dat er op veel plaatsen grote tekorten bestaan en er in verschillende regio's zelfs sprake is van onverantwoorde zorg. Er wordt binnen de regio's echter hard gewerkt aan verbeteringen in de ambulancezorg en er is de afgelopen jaren veel bereikt. Zij hoopte dan ook dat er over een aantal knelpunten in dit overleg voor deze mensen duidelijkheid komt.

Zij merkte vervolgens op dat de VNG vindt dat het nieuwe budgetterings-systeem onaanvaardbaar grote herverdeeleffecten met zich brengt. In hoeverre worden de problemen die hierdoor ontstaan opgelost met de 10 mln. die volgens het COTG extra is uitgetrokken voor de sector? Haar was overigens nog volkomen onduidelijk of dat bedrag daadwerkelijk zal worden verstrekt. Uit welk potje komt het? Zij had ook begrepen dat de dekking voor de 1,7 mln. die volgend jaar wordt uitgetrokken voor Zeeland gehaald wordt uit de normale noodzakelijke groei. Dat is dan toch een sigaar uit eigen doos? Hiermee wordt het probleem opgeschoven. Hoe denkt de minister dit op te lossen?

Zij wees op het onderzoek dat de minister heeft toegezegd om per regio vast te stellen of adequate zorg wordt geleverd. Klopt het dat dit onderzoek uiterlijk in juni 2000 afgerond zal zijn? Wat verstaat de minister eigenlijk onder adequate zorg? Houdt zij bijvoorbeeld vast aan de vijftienminutengrens vanaf melding, zoals in de nota «Met zorg verbonden» staat? Welk percentage aan overschrijdingen vindt zij redelijk? Welke criteria worden gehanteerd om te bepalen of een ambulance paraat dan wel beschikbaar moet zijn? Is de minister bereid op basis van de resultaten van het onderzoek boter bij de vis te doen? De ambulancezorg kan niet langer aan het lijntje gehouden worden met onderzoek en incidentele dekking.

Voor twee gebieden moet een snelle oplossing komen, namelijk voor Zeeland en de Waddeneilanden. Voor Zeeland is extra geld toegezegd, maar minder dan de regio zegt nodig te hebben. Waarom is dit het geval? De inspectie voor de gezondheidszorg vindt de situatie in Zeeland onacceptabel. Volgens de provincie wordt er roofbouw gepleegd op mensen en op budgetten, ziekenhuizen, brandweer en gemeenten. Er zijn zelfs al particuliere inzamelingsacties gehouden. Komt de benodigde 3,8 mln. er? De inspectie vindt de situatie op verschillende Waddeneilanden onverantwoord en zij heeft geadviseerd onmiddellijk maatregelen te nemen. Door de regio is gevraagd om de herverdeling van het budget 2000 voor de Waddeneilanden per 1 januari 2000 te effectueren en om extra middelen voor de inzet van personeel. Is de minister hiertoe bereid? Mevrouw Kant vroeg naar de gevolgen van de uitvoering van de nieuwe arbeidstijdenwet voor de ambulancesector. Klopt het overigens dat uitvoering van de arbeidstijdenwet 14 mln. gaat kosten? Waar worden de overschrijdingen uit 1998 en 1999 uit gedekt? Kan de minister garanderen dat deze dekkingen niet uit het ambulancebudget of uit de intensivering hiervan moeten komen?

De minister is van plan een saneringsregeling te faciëren. Waarom wordt niet nagegaan waarom zoveel diensten er zo slecht voorstaan? Hoeveel ambulancediensten hebben momenteel met problemen te kampen? Hoe groot zijn de tekorten en wat zijn hiervan de consequenties? Is het niet beter om te zoeken naar de oorzaken.

Aan het adres van de heer Weekers merkte mevrouw Kant op dat met straffen nog nooit problemen zijn opgelost en dat Kamer en regering er nu juist voor zijn om tezamen problemen op te lossen.

Afrondend stelde zij dat er op korte termijn 10 mln. beschikbaar moet komen om structurele tekorten weg te nemen. Daarboven moeten de problemen van Zeeland en de Waddeneilanden opgelost worden, gezien de onacceptabele situaties. Extra geld moet niet gefourneerd worden uit de huidige noodzakelijke groei van het budget. De groei van het budget is gebaseerd op wat er nodig is vanwege demografische factoren. Voor de lange termijn moet gezocht worden naar structurele oplossingen, zodat er adequate ambulancezorg gegeven kan worden in Nederland.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) vond de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen onvoldoende. In het gehele land zijn gemeentelijke samenwerkingsverbanden gevormd, ook wel GHOR genoemd. De directeur GGD heeft daar een centrale plaats in. Op 2 juni is een

hoorzitting voor betrokkenen gehouden met de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de positionering van de regionaal geneeskundig functionaris in de GHOR. De conclusie was dat daarover decentraal moest worden besloten. Het verbaasde mevrouw Hermann dan ook toen zij de antwoorden van 20 augustus op schriftelijke vragen daarover las, waarin stond: de regionaal geneeskundig functionaris zal de verantwoordelijkheden van de directeur GGD, zoals die nu zijn neergelegd in de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen, overnemen; daartoe zal de WGHR, vooruitlopend op het wettelijk verankeren van de nieuwe bestuurlijke organisatie, worden aangepast. In een brief van de minister van VWS over de openbare gezondheidszorg staat echter dat de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen een basistaak van de GGD is. Uit gemeentelijke kring is naar voren gebracht dat inmiddels in 20 van de 26 regio's de directeur GGD als regionaal geneeskundig functionaris is aangemerkt. Zijn de bewindslieden bereid over de positie van de GGD bij de GHOR na te denken en met betrokkenen te overleggen? Mevrouw Hermann was ervoor de uitrijtijden van de ambulances te laten gelden vanaf het moment van melding. Om dat te realiseren moeten middelen beschikbaar gesteld worden. Na een melding moet de Centrale post ambulancevervoer (de CPA) een gerichte inhoudelijke indicatiestelling doen. Verhoudt een gerichte inhoudelijke indicatiestelling zich wel met een budgettering van het totaal? In wezen heb je door zo'n indicatiestelling al de redelijke zekerheid dat er gedaan wordt wat nodig is. Dan leidt budgettering toch tot een onverantwoorde terugbrenging van de financiële middelen?

Op het gebied van de ambulancezorg bestaat er in Zeeland grote nood. Mevrouw Hermann meende dat de minister op dit punt onvoldoende duidelijk is. Hoe wordt de ontvlechting van ambulancediensten bijvoorbeeld gefinancierd? Ambulances kunnen alleen paraat zijn als er geld is om de mensen te betalen. Zij wees erop dat het ambulancepersoneel nu al vaak veel meer doet dan volgens hun contract van hen gevraagd mag worden. Er wordt nu onterecht geld uit andere budgetten beschikbaar gesteld. Die middelen zullen weer gecompenseerd moeten worden uit de voorziene groei. Is de minister bereid tot nader bestuurlijk overleg met de provincie Zeeland? Uiteindelijk zal de provincie, zoals in «Met zorg verbonden» staat, het minimumaanbod aan ambulances in het verzorgingsgebied moeten bepalen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) wees op het belang van een goede ambulancezorg. Deze basiszorg moet gegarandeerd zijn en daar gaan kosten mee gepaard. Het COTG heeft berekend dat er structureel 10 mln. extra moet worden uitgetrokken voor de ambulancezorg. De minister heeft in haar brief echter niet aangegeven dat zij het hiermee eens is. Kan zij duidelijkheid geven op dit punt? Het verdelingsmodel dat momenteel geldt, blijkt niet toereikend te zijn. De minister heeft toegezegd dat er een knelpuntenonderzoek zal worden ingesteld in de loop van 2000. Dit vond mevrouw Van Vliet een te vage toezegging. Kan de minister aangeven wanneer dat onderzoek zal worden ingesteld? Tevens verzocht zij de minister om een tussenrapportage als de resultaten van het onderzoek lang uitblijven. Bij dat onderzoek moeten ook betrokken worden de gevolgen van de nieuwe arbeidstijdenwet en de effecten van kwaliteitswetgeving, van de wet BIG etcetera.

Ook mevrouw Van Vliet vond dat voor Zeeland en de Waddeneilanden zo snel mogelijk geld beschikbaar moet worden gesteld. Duidelijk is dat er voor Zeeland 2,2 mln. wordt uitgetrokken. Zeeland heeft echter een goed onderbouwd plan gepresenteerd, waaruit blijkt dat er 3,8 mln. nodig is voor ambulancezorg. Kan de minister uitleggen waarom zij meent dat er minder geld uitgetrokken moet worden dan Zeeland beweert nodig te hebben?

De minister heeft gesteld dat de RAV-regio's (regio's die in aanmerking komen voor regionale ambulance voorziening) een wettelijke basis krijgen. Hoe staat het daarmee?

Het antwoord van de regering

De **minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport** was het ermee eens dat de ambulancezorg een basisvoorziening is die goed moet functioneren. Ambulances moeten op tijd komen en de geboden zorg moet van goede kwaliteit zijn. De invoering van integrale budgettering voor ambulancediensten is een belangrijke stap geweest, ook uit een oogpunt van kostenbeheersing. De kosten voor ambulancezorg stegen namelijk veel harder dan de kosten van welke andere sector in de gezondheidszorg ook. Daarnaast is onderzoek gedaan door het COTG, dat een nieuw budgetmodel heeft vastgesteld. Dat model bleek in de praktijk niet volledig sluitend te zijn. Vervolgens heeft KPMG een onderzoek gedaan en heeft het COTG op basis daarvan nieuwe beleidsregels vastgesteld. Hoewel er nog steeds knelpunten zijn, kent dit nieuwe model een veel breder draagvlak dan het eerste. Met name in de perifere gebieden gaan de ambulancediensten er door het nieuwe model op vooruit. Dat is belangrijk, omdat daar met name knelpunten optreden in de beschikbaarheid. Het COTG heeft echter gesteld dat er voor het nieuwe model structureel 10 mln. bij het macrokader moet worden opgeteld en die ruimte is er momenteel niet. Wel is het mogelijk om voor het jaar 2000 de 1,7 mln. die uit het schema volgt ter beschikking te stellen en het nieuwe model goed te keuren voor één jaar. Hierover is ook gesproken met de LFAZ, die zich kon vinden in deze aanpak. Uit het knelpuntenonderzoek, dat in overleg met de ambulancesector, de provincies, de gemeenten en de verzekeraars per regio wordt ingesteld, zal vervolgens blijken of het nodig is die structurele ophoging tot 10 mln. in de komende jaren door te voeren. Als uit dit onderzoek blijkt dat er meer geld nodig is, zal dit ergens gevonden moeten worden. Het is de bedoeling dat dit onderzoek in het voorjaar 2000 wordt afgerond. Een en ander wordt vertaald in een beslissing die zijn neerslag vindt in de Zorgnota 2001. Regionaal zal het doelmatigheidsaspect onderzocht worden. De minister zegde toe nog voor de behandeling van de Voorjaarsnota een tussenrapportage over de stand van zaken te geven.

Op de vraag waarom bij een gerichte inhoudelijke indicatiestelling budgettering nodig is, antwoordde de minister dat er meer bij komt kijken dan alleen inhoudelijke zorg. Meegewogen moet bijvoorbeeld ook worden hoe men omgaat met de aanschaf van materiaal. Om de zaken financieel in de hand te houden kan een budgetsysteem helpen. Uiteraard moet de zorginhoudelijke nood gelenigd worden, maar als het om andere zaken gaat kan het soms wel iets minder.

De minister merkte op dat de situatie in de provincie Zeeland als het gaat om de ambulancezorg nijpend is. De provincie Zeeland heeft de afgelopen jaren veel energie gestoken in de verbetering van de ambulancezorg. Volgens het nieuwe budgetmodel wordt er voor Zeeland 0,5 mln. uitgetrokken. Dat is echter niet voldoende om de beschikbaarheid van de ambulancezorg in Zeeland te waarborgen. Besloten is daarom per 1 januari 2000 1,7 mln. aan Zeeland toe te kennen bovenop de 0,5 mln. Dit bedrag is toegekend omdat hiermee de typisch Zeeuwse aspecten gedekt zijn. Zeeland had berekend dat er 3,8 mln. nodig is. Er is dus een verschil tussen de berekening van Zeeland en het toegekende bedrag van 1,6 mln. Dat verschil van 1,6 mln. betreft echter aspecten die ook in andere regio's spelen. De minister meende dat het toekennen van die 1,6 mln. een precedentwerking kan hebben voor de rest van het land. Zij toonde zich bereid met de provincie Zeeland te onderzoeken in hoeverre die 1,6 mln. nog nodig is en zegde de Kamer een notitie toe waarin onderbouwd wordt hoe tot deze bedragen gekomen is. Bij dat overleg, dat in januari plaats zal

vinden, zullen kwesties als de dubbele bezetting van de CPA (de Centrale post ambulancevervoer) en de ontvlechting van de ambulancedienst uit de brandweer aan de orde zijn. Ook het punt van de effecten van de arbeidstijdenwet zal bij dit overleg aan de orde komen. Wellicht kan op bepaalde punten gedacht worden aan ontheffing van de wet. Het is de vraag of dit uit het zorgbudget gefinancierd moeten worden, omdat deze kwestie voor het gehele land geldt. Deze problematiek moet in bredere zin binnen het kabinet besproken worden met de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Op de Waddeneilanden is de ambulancezorg onverantwoord, zoals ook door de Inspectie voor de gezondheidszorg is geconstateerd. Dat heeft vooral te maken met de opleidingsgraad van het personeel. In het nieuwe budgetmodel is voor de Waddeneilanden meer geld uitgetrokken. Voor Terschelling en Ameland zijn de bedragen meer dan verdubbeld en de andere Waddeneilanden krijgen er 50% tot 75% bij. De situatie moet in een versneld tempo verbeterd worden. Er zijn nu voldoende middelen om het verbetertraject goed in te zetten.

De minister beaamde dat de vorming van de regionale ambulancevoorzieningen enige vertraging heeft opgelopen vanwege de invoering van het budgetsysteem. Op dit moment is men volop bezig met de vorming. In zes regio's zijn er al goede voorzieningen en in de andere regio's is men met elkaar in overleg.

Vervolgens zegde zij toe een schriftelijke toelichting aan de Kamer te sturen over de kwestie van het ter beschikking stellen van 1,7 mln. extra uit de demografische groei. Dat is zeker geen «sigaar uit eigen doos».

Op de vraag of in het KMPG-onderzoek rekening is gehouden met bestaande knelpunten, antwoordde de minister dat het onderzoek gericht was op de vraag of het geld op een eerlijke en evenwichtige manier was verdeeld. Dat was niet het geval en dat heeft geleid tot het nieuwe budgetmodel. Meer heeft het KPMG niet onderzocht.

De minister deelde mede dat het de bedoeling is het wetsvoorstel voor de wijziging van de Wet ambulancevervoer begin 2001 aan de Kamer voor te leggen. Nog dit jaar gaat er een circulaire uit, in samenwerking met de sector, over de randvoorwaarden voor de regionale ambulancevoorziening en over de voorgestelde regio-indeling.

Er bestaat verschil van mening over het criterium dat gehanteerd wordt voor uitrijtijden van ambulances. In de nota «Met zorg verbonden» wordt uitgegaan van «vijftien minuten vanaf melding» en in de Wet ambulancevervoer van «vijftien minuten vanaf opdrachtverlening». In de praktijk is het vaak zo dat er vanaf melding enige tijd, soms wel twee minuten, verstrijkt voordat de ambulance uitrijdt. Die tijd moet zo kort mogelijk zijn, het liefst slechts 30 seconden. Er moet dan ook alles aan gedaan worden om die tijd terug te brengen. De minister zegde toe in de gewijzigde WAV het criterium gelijklopend te laten zijn aan het criterium dat in de nota «Met zorg verbonden» is gehanteerd.

De **staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties** stelde dat er langs een aantal lijnen wordt gewerkt aan de verbetering van de medische component van de rampenbestrijding. Dat geldt het functioneren van de verschillende onderdelen van de keten. Met name moet gedacht worden aan het verbeteren van ambulancezorg en traumazorg. De vorming van de RAV is hierbij een belangrijke component. Een tweede belangrijke component is dat er aanvullende voorzieningen totstandkomen voor grootschalig optreden. Een derde belangrijke component is dat de samenhang tussen de verschillende schakels in de geneeskundige ketens wordt verbeterd. Ten vierde is het streven een slagvaardiger, eenvoudiger bestuurlijke organisatie van dit onderdeel van de keten. Hij doelde hierbij op de GHOR-regiovorming. Vervolgens ging hij in op de rol van de geneeskundige combinaties. Daarvan zijn er in totaal 43 aan het land ter beschikking gesteld. Het gaat

dan om een samenwerkingsverband van voertuigen met de daarbij behorende bemanning, die tot taak hebben om bij grote ongevallen en rampen ter plaatse stabiliserend op te treden, zodat er tijdswinst kan worden geboekt en op die manier een betere voorziening naar gespecialiseerde ziekenhuizen kan worden geregeld. Dit is een belangrijke schakel in de rampenbestrijding, vooral bij de grootschalige ongevallen en rampen. Die 43 combinaties zijn zodanig over de regio's verspreid dat iedere GHOR-regio ten minste één van die geneeskundige combinaties heeft. Daarbij is extra aandacht besteed aan een aantal risicogebieden, onder andere Zeeland. Zeeland heeft er drie ter beschikking gekregen vanwege de eilandelijke structuur: één in Zeeuws-Vlaanderen, één in Middelburg en één in Goes. Daarnaast is er altijd bijstand mogelijk van de traumahelikopter. Op 1 december zal een aangepaste geneeskundige combinatie ter beschikking worden gesteld voor alle Waddeneilanden.

De afgelopen jaren is gebleken dat men in toenemende mate bereid is de GHOR-regio's tot stand te brengen. Het gaat relatief snel. Alle betrokkenen – zowel besturen als operationele diensten – verdienen wat dat betreft een compliment. Over een paar jaar zal op het gebied van wetgeving enige onduidelijkheid op dit punt worden opgeheven. Op dit moment is er namelijk wel een ketenverantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen, maar niet voor het dagelijkse deel, de spoedeisende medische hulpverlening. Het idee is dat deze twee worden samengebracht in een wet GHOR, die naar verwachting in 2003 van kracht zal kunnen worden. Ook operationeel moet er het nodige gebeuren.

Inmiddels zijn 26 GHOR-regio's totstandgekomen, vrijwel identiek aan de politieregio's. Wat dat betreft is er dus sprake van territoriale congruentie en dat vermindert de complexiteit en vergroot de slagkracht. Elk van de regio's heeft een plan van aanpak en een activiteitenplan gemaakt. Ook heeft elke regio een RGF (regionaal geneeskundig functionaris) benoemd. De gedachte is dat het de regio's vrij moet staan om te beslissen of zij de geneeskundige coördinatie bij ongevallen en rampen willen opdragen aan een fulltime functionaris, los van een GGD-directeur. In veel gevallen blijken de regio's daarvan voorlopig geen gebruik te willen maken en laten dat bij de GGD-directeur. Als men dat wil, moet men daarvoor kiezen. Dit is een typisch decentrale verantwoordelijkheid. Het hangt ook af van de individuen, omdat die RGF een belangrijke coördinerende rol krijgt. Zo'n taak moet natuurlijk opgedragen worden aan de meest in aanmerking komende persoon in zo'n regio. Dat kan in veel gevallen de GGD-directeur zijn, maar de regio's moeten de vrijheid hebben om te kiezen voor een aparte functionaris. Een wetsvoorstel dat die vrijheid biedt, is dezer dagen aangeboden aan VNG en IPO voor overleg en zal daarna worden aangeboden aan de Raad van State voor advies.

De komende jaren wordt geleidelijk aan toegewerkt naar een systeem waarbij zowel voor de brandweerregio's als voor de geneeskundige regio's het extra geld dat van rijkswege beschikbaar komt, meer wordt verdeeld aan de hand van de risico's die in bepaalde regio's spelen. Er wordt dus meer maatwerk geleverd, omdat de risico's van regio tot regio verschillen. Het is de bedoeling die nieuwe systematiek geleidelijk in te voeren in overleg met de betrokken regio's op zodanige wijze dat alle regio's erop vooruitgaan en dat sommige regio's er extra op vooruitgaan afhankelijk van de risicofactoren die daar gelden. De staatssecretaris deed de toezegging de Kamer over de details nader schriftelijk te informeren. De kosten voor C2000 worden kritisch beoordeeld. De systematiek die hierbij gevolgd wordt, is dat het Rijk de infrastructuur ter beschikking stelt en deze ook financiert. De regio's kiezen vervolgens voor de randapparatuur. Dit betekent dat de CPA's hierin een verantwoordelijkheid dragen. Er loopt een Europese aanbestedingsprocedure voor de randapparatuur. Die aanbestedingsprocedure is nog niet afgerond, dus er kan per definitie nog weinig duidelijkheid worden gegeven over eventuele financiële consequenties daarvan.

De staatssecretaris merkte op dat er een verdrag is met België en ook met Duitsland met betrekking tot bijstandsverlening. Dergelijke verdragen dienen natuurlijk ook praktisch te worden ingevuld. Dat is helaas niet voldoende het geval en deze vorm van samenwerking verdient dan ook een extra impuls. Er zijn nog te veel praktische problemen met grensoverschrijdende samenwerking. Grensoverschrijdend oefenen bijvoorbeeld komt niet anders dan incidenteel voor. Dat gebeurt ook tussen de provincie Zeeland en de Belgische provincies West-Vlaanderen en Oost-Vlaanderen nauwelijks. Het is dan ook plezierig dat er een paar weken geleden een nieuwe publiekrechtelijke samenwerking is gestart tussen die drie provincies, waarin rampenbestrijding een duidelijk speerpunt is geworden. Deze kwestie heeft de volle aandacht op de departementen van VWS en van BZK. Er zal met de beide buurlanden overleg worden gevoerd over dit onderwerp dat in de eerste helft van 2000 afgerond wordt. De Kamer zal hierover zo mogelijk voor het eind van het jaar over de aard van dit overleg worden geïnformeerd. Tot slot merkte de staatssecretaris op dat de gemeenten de verantwoordelijkheid hebben voor het samenvoegen van diensten en dus ook voor het ontvlechten van diensten. De systematiek van de rampenbestrijding in Nederland is nu eenmaal zodanig dat het zwaartepunt van de bevoegdheden en ook wat de verantwoordelijkheden en de financiering betreft bij de gemeenten ligt. De staatssecretaris wilde nog wel onderzoeken of er in voorkomende situaties overleg nodig is met het Rijk over extra kosten voor dit soort processen. Daarbij moet vooral gedacht worden aan een toets met betrekking tot de territoriale congruentie, mits dit leidt tot een eenvoudiger bestuurlijke organisatie, waarbij de grenzen van politie-regio's, brandweerregio's en geneeskundige regio's kunnen samenvallen.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Essers

De voorzitter van de vaste commissie voor Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties,
De Cloe

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen