

Vergaderjaar 2000–2001

27 401

Zorgnota 2001

Nr. 72

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 3 september 2001

Na kennis te hebben genomen van de inhoud van de brieven van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake het rapport «Niet zonder Zorg» naar aanleiding van onderzoek naar de kwaliteit en doelmatigheid in de ambulancezorg (VWS-01-899/VWS-01-917) bestond er in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de bewindsvrouw. De vragen zijn, met de door de minister bij brief van 3 september 2001 toegezonden antwoorden, hieronder afgedrukt.

Vragen PvdA-fractie

1

Uit het rapport «Niet zonder zorg» blijkt dat het huidige exploitatietekort 23 mln bedraagt; daarnaast is ten behoeve van kwaliteitsontwikkeling 16 mln. nodig en voor een verbetering van de beschikbaarheid van ingezette ambulances in een aantal regio's 6 mln.; verder zijn er kosten gemoeid met (her)spreiding van standplaatsen. Er is dus minimaal 45 mln. nodig. Via doelmatigheidswinst kan het tekort teruggebracht worden tot 25 mln. Het rapport stelt echter uitdrukkelijk dat alleen van grotere doelmatigheid uitgegaan kan worden wanneer de RAV-en landelijk zijn ingevoerd en de regionale spreidingsplannen landelijk op elkaar zijn afgestemd. Wat bedoelt de minister wanneer zij in de brief van 29 juni schrijft dat zij «een oplossing zal bieden voor het resterende bedrag»? Welk bedrag wordt beschikbaar gesteld voor 2001, welke bedragen voor de komende jaren?

Het RIVM-rapport van geeft aan dat de volgende bedragen nodig zijn voor verbetering van de ambulancezorg:

<i>exploitatietekorten 1999:</i>	f 23 mln
<i>verbetering beschikbaarheid:</i>	f 6 mln
<i>verbetering kwaliteit:</i>	f 16 mln

Totaal:	f 45 mln
---------	----------

In het jaar 2000 heb ik reeds f 10 mln structureel beschikbaar gesteld voor de invoering van het nieuwe budgetsysteem.

¹ Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Vacature (GroenLinks), Rijpstra (VVD) en Cörüz (CDA).
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th.A.M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O.P.G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Rietkerk (CDA), Van Gent (GroenLinks), Weekers (VVD) en Visser-van Doorn (CDA).

Bij Voorjaarsnota 2001 heb ik voor 2001 e.v. een bedrag van f 15 mln structureel beschikbaar gesteld. De beschikbare bedragen in 2002 en verder zullen in de Zorgnota 2002 worden gepresenteerd.

Binnenkort zal ik aan het Kabinet een tijdelijke wijziging van de saneringsregeling voor ambulancediensten en CPA's voorleggen, die ertoe strekt om negatieve vermogensbestanddelen (naar schatting gaat het om ca. f 30 mln) in aanmerking te kunnen laten komen voor subsidie door het College sanering ziekenhuisvoorzieningen. De subsidies komen ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Toegang tot het College sanering ziekenhuisvoorzieningen is alleen mogelijk bij intrekking van de vergunning van de ambulancedienst of bij wijziging of opheffing van de vestigingsplaats van de CPA.

2

Is de minister van mening dat andere partijen dan RAV-en en zorgverzekeraars geen rol spelen ten aanzien van de ambulancezorg? Hoe wordt de afstemming en samenwerking tussen ambulancezorg en politie, brandweer en overige geneeskundige hulpverlening bij rampen dan gewaarborgd?

De afstemming en samenwerking tussen ambulancezorg en politie, brandweer en partners bij de geneeskundige hulpverlening bij rampen wordt gewaarborgd door het systeem van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de afstemming binnen de keten in het kader van de GHOR ligt bij de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF). De verantwoordelijkheid van het lokaal openbaar bestuur ten aanzien van de geneeskundige hulpverlening bij rampen is vastgelegd in de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen. De verantwoordelijkheid van de RGF is daar van afgeleid.

De relatie tussen RAV en RGF is gelijk aan die tussen de ziekenhuizen en de RGF. Door het ingezette traject van samenvoeging van meldkamers van politie, brandweer en RAV wordt de onderlinge operationele afstemming en samenwerking extra bevorderd.

3

Kan de verantwoordelijkheidsverdeling ten aanzien van dagelijkse routine-ambulancezorg en ten aanzien van ambulancezorg bij rampen helder worden aangegeven? Waaruit bestaat precies de verantwoordelijkheid van de overheid nog in de door de minister voorgestelde nieuwe situatie?

De RAV is verantwoordelijk voor het leveren van ambulancezorg, zowel in de dagelijkse, routinesituatie, als bij rampen en zware ongevallen. De RAV maakt afspraken met zorgverzekeraars voor de dagelijkse zorg en met het lokaal openbaar bestuur cq. de Regionaal Geneeskundig Functionaris waar het gaat om inzet die uitstijgt boven de capaciteit die beschikbaar is voor de dagelijkse zorg. Daar bestaat nu reeds een stelsel van wet- en regelgeving voor (Wet ambulancevervoer, Kwaliteitswet zorginstellingen, Ziekenfondswet, Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen).

De rol van de (Rijks)overheid kan beperkt blijven tot het aangeven van de randvoorwaarden waarbinnen de ambulancezorg moet plaatsvinden. De RGF kan in geval van een ramp of zwaar ongeval aanwijzingen geven aan de RAV, evenals hij dat in dergelijke omstandigheden kan doen aan de ziekenhuizen. In feite ontstaat er dus in de nieuwe situatie voor zowel de routine-ambulancezorg als voor de ambulancezorg bij rampen, een zelfde verantwoordelijkheidsverdeling als die ten aanzien van de ziekenhuizen al sinds jaar en dag geldt.

Kan precies aangegeven worden welk tijdspad gehanteerd wordt bij de afronding van de modernisering van de ambulancezorg? Wanneer wordt landelijke invoering van de RAV-en en landelijke afstemming van de regionale spreidingsplannen voorzien? Wat betekent dit voor de benodigde financiering van de ambulancezorg in Nederland. En wat voor de mogelijke financiering?

Nog dit najaar zal worden gestart met de modernisering van de ambulancezorg. Een projectplan is in voorbereiding. Daarbij worden voor de planning de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De onderlinge afstemming van de regionale spreidingsplannen moet eind 2002 zijn afgerond. Op dit punt zijn de RAV-en en de zorgverzekeraars aan zet, met – op grond van de huidige Wet ambulancevervoer – de provincies als eindverantwoordelijken voor het vaststellen van de spreidingsplannen.
- Uiterlijk in 2003 moeten overal RAV-en functioneren. Het feitelijk vormen van de RAV-en is een verantwoordelijkheid van de ambulancediensten en de CPA. Van mijn kant zal ik de wet- en regelgeving aanpassen om de RAV te verankeren.

De financiering van de ambulancezorg is en blijft erop gericht dat ambulancediensten en CPA's verantwoorde ambulancezorg kunnen leveren. Extra financiële middelen zullen gericht moeten worden ingezet om een doelmatige aanwending van de financiële middelen te bevorderen. De aanwending van de financiële middelen is nog onderwerp van overleg tussen aanbieders, verzekeraars en CTG.

Kan precies aangegeven worden hoe in de overgangperiode tot aan het bereiken van de beoogde eindsituatie kwalitatief goede en verantwoorde ambulancezorg gewaarborgd zal worden?

Het budget van de ambulancediensten en de CPA's moet zodanig zijn dat er verantwoorde zorg kan worden geboden. Als de financiële situatie bij een ambulancedienst of CPA zodanig is dat de continuïteit van verantwoorde ambulancezorg in het geding komt, dan kan de instelling zich, samen met de zorgverzekeraar, wenden tot het College Tarieven Gezondheidszorg.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg.

Vragen VVD-fractie

Het doel van dit onderzoek is om uit te zoeken op welke plaatsen er doelmatigheidswinsten te behalen zijn. Kan de minister per regio aangeven welke doelmatigheidswinst gemaakt kan worden en op welke wijze deze gerealiseerd zou kunnen worden?

Het onderzoek richtte zich op de vraag of het huidige macrobudget toereikend is voor verantwoorde ambulancezorg. In het rapport wordt deze vraag dan ook op landelijk niveau beantwoord. Bij de analyse is uiteraard gebruik gemaakt van de gegevens van individuele instellingen en regio's. De geaggregeerde macrobenadering is echter niet zonder meer te vertalen in individuele doelstellingen. Niettemin acht ik het van belang dat iedere organisatie inzage krijgt in zijn eigen cijfers. Met de onderzoekers is afgesproken dat op korte termijn iedere organisatie zijn eigen gegevens krijgt. Daarbij zal voor wat betreft doelmatigheid aangegeven worden aan welke best presterende organisatie de instelling zich kan spiegelen.

7

Tevens richt dit onderzoek zich op de kwaliteit van de ambulancevoorziening. Kan de minister per regio aangeven welke kwaliteitsslag gemaakt kan worden en op welke wijze deze gerealiseerd kan worden?

Zie het antwoord op vraag 6.

8

In de afgelopen drie jaar zijn er slechts 5 RAV-regio's operationeel gemaakt. De resterende RAV-en moeten op 1 januari 2003 operationeel zijn. Dat is over anderhalf jaar. Welke concrete maatregelen gaat de minister nemen om zulks te realiseren?

De redenen waarom de RAV-vorming stagneert, zijn per regio verschillend. Het kan, zoals het rapport aangeeft, gaan om de financiële positie van de RAV-partners, ongelijke rechtspositie van medewerkers, verschil van opvatting over de gewenste bestuurs- of organisatiestructuur, onvoldoende regie op RAV-niveau en het ontbreken van een landelijk kader voor financiering van de ambulancezorg in een RAV-structuur. Veelal zal regionaal maatwerk moeten worden geleverd om de RAV-vorming vlot te trekken. Dit regionale maatwerk valt binnen de kaders die landelijk worden aangegeven, zoals de nieuwe besturingssystematiek en de (tijdelijke) saneringsregeling voor ambulancediensten en CPA's.

9

De huidige RAV-ontwikkeling stagneert op dit moment en leidt tot pas op de plaats (pag. 97). Een van de oorzaken luidt volgens het rapport dat het de RAV ontbreekt aan een helder wettelijk kader over de besturings-systematiek. Kan de minister aangeven waarom zij zich niet eerder helder heeft willen uitspreken over de gewenste besturingssystematiek?

Met de circulaire van 8 maart 2000 heb ik samen met de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties de uitgangspunten voor de RAV-vorming aangegeven. Gedurende de loop van het onderzoek is duidelijk geworden dat het punt van de besturingssystematiek zo'n prominente en vaak bepalende factor is bij de vorming van RAV-en. De belangrijkste knelpunten die moeten worden opgelost zijn de huidige scheiding tussen «betalen» en «bepalen» en de diffuse mix van verantwoordelijkheden (instelling, zorgverzekeraar, provincie, gemeente).

Ik heb daarom in december 2000 partijen uitgenodigd om hun visie op de gewenste besturingssystematiek kenbaar te maken. De reacties zijn inmiddels ontvangen. Mijn standpunt op hoofdlijnen op de besturings-systematiek heb ik op 29 juni 2001 aan de VC voor VWS kenbaar gemaakt. In overleg met betrokken partijen zal verder worden gesproken over de besturingssystematiek.

Ook binnen het huidige stelsel van wet- en regelgeving kan de RAV overigens wel worden gevormd. Het feit dat in een aantal regio's reeds sprake is van een RAV getuigt hiervan. Maar dat blijkt teveel afhankelijk te zijn van lokale of regionale factoren. De wetgeving zal moeten worden aangepast om – zoals reeds uitgesproken in de nota «Met zorg verbonden» (1997) – de verantwoordelijkheid voor de meldkamer (thans: CPA) onder te brengen bij de RAV.

10

RAV-ontwikkeling is een onomkeerbaar proces van regionalisering. Hoe verhoudt zich dit tot de sturende rol van (landelijk opererende en met elkaar concurrerende) verzekeraars?

In beginsel is er op dit punt geen verschil tussen een RAV of een ziekenhuis. In de onderhandelingen met de instellingen wordt naast een verte-

genwoordiger van de grootste verzekeraar in het gebied ook een vertegenwoordiger namens de overige zorgverzekeraars betrokken.

11

De RAV-vorming zal noodzakelijkerwijs de nodige reorganisaties en sanering met zich meebrengen. Kan de minister een indicatie geven van de kosten die deze reorganisatie en sanering met zich mee brengt en hoe deze worden gedekt?

Het is nog niet exact bekend wat de eventuele kosten van reorganisatie zullen zijn. Het proces als zodanig zal plaatsvinden binnen het project Versterking Ambulancezorg.

De kosten die samenhangen met de sanering van ambulancediensten en CPA's bedragen naar schatting in totaal f 30 mln, verspreid over enkele jaren. Deze kosten kunnen worden opgevangen binnen het kader voor de saneringsregeling ex Wet ziekenhuisvoorzieningen.

12

Het rapport geeft een eerste aanzet naar een optimaler functionerende ambulancezorg in Nederland. Probleem is echter dat het rapport met name de status-quo van de ambulancezorg voor het jaar 1999 in kaart brengt. Sociale veranderingen zoals de arbeidskrapte en werkdruk zijn factoren waar geen aandacht aan is gegeven in het onderzoek, maar die wel van significante betekenis zijn. In hoeverre moeten de conclusies van dit rapport worden herzien wanneer deze sociale veranderingen wel in acht worden genomen? (pag. 61 personeelsbeleid). Oftewel, is het rapport nog wel up to date?

Sociale veranderingen zoals arbeidskrapte en werkdruk konden inderdaad niet in strikt kwantitatieve zin worden meegenomen, omdat de meest actuele cijfers die verzameld konden worden, betrekking hebben op 1999. Hiertegenover staat dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg tijdens de bezoeken aan alle instellingen ook aandacht heeft besteed aan de gevolgen van de ontwikkelingen binnen het personeelsbeleid in het jaar 2000. Hoewel 1999 als referentiejaar is gehanteerd, bleek in de praktijk dat de problematiek al snel werd doorgetrokken naar het heden. De gesignaleerde problemen met het personeelsbeleid kunnen dus als actueel worden beschouwd en zijn dan ook in met name de kwalitatieve beoordeling meegewogen.

13

Het rapport schenkt geen aandacht aan de eerder gesignaleerde problematiek dat er sprake is van twee CAO's voor het ambulancepersoneel. Is deze problematiek inmiddels opgelost? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom schenkt het rapport hier dan geen aandacht aan?

Het rapport geeft aandacht aan de problematiek in die zin dat wordt aangegeven dat het bestaan van verschillende rechtspositionele regelingen een factor is die de RAV-vorming doet stagneren. In opdracht van CAO-partijen is in 2000 opdracht gegeven tot het houden van een onderzoek naar de mogelijkheden van harmonisatie van de arbeidsvoorwaarden in de ambulancezorg. Het onderzoek, dat met name een pakketvergelijking omvatte, is inmiddels afgerond. Het is nu aan CAO-partijen om de uitkomsten van het rapport te betrekken bij de CAO-onderhandelingen.

14

In enkele CPA-regio's, waar bijvoorbeeld de CPA een ander systeem heeft dan de aangesloten ambulancediensten, wordt de uitwisseling van informatie bemoeilijkt (pag. 58). Om dit soort problemen het hoofd te bieden

en om tot een goedlopende ambulancezorg te kunnen komen moeten ICT-middelen beschikbaar worden gesteld. Wie gaat deze middelen beschikbaar stellen en is er reeds een schatting gemaakt van de kosten?

Het gaat er in deze situaties niet om dat extra ICT-middelen beschikbaar worden gesteld, doch dat ambulancediensten en CPA dezelfde software gebruiken. In feite moet dus bij vervanging van systemen gekozen worden voor een het zelfde systeem bij alle diensten in de regio. Binnen een RAV is dit zelfs een noodzaak. Aangezien het hier in beginsel gaat om investeringen die gedaan worden als de systemen zijn afgeschreven, is het niet noodzakelijk hier extra geld voor ter beschikking te stellen.

Wel zal door mij worden bevorderd dat in de ambulancesector aanvullende systemen worden ingevoerd die betrekking hebben op de plaatsbepaling van ambulances. Deze systemen hebben naast een directe operationele waarde (direct overzicht van waar de beschikbare ambulances zijn) ook een waarde doordat zij relevante management-informatie kunnen leveren voor de RAV.

15

Welke RAV-regio's functioneren goed en welke niet goed en wat zijn de redenen hier voor? Kortom wat zijn de good and bad practices?

Over de redenen van ondoelmatigheid stelt het onderzoek het volgende vast. Omdat de RAV-vorming nog maar in 5 van de 28 CPA/RAV-regio's geheel van de grond is gekomen en er dus ook weinig organisaties als RAV aangesproken kunnen worden op hun prestaties, zijn de verklarende analyses voor doelmatigheid bepaald en geanalyseerd op het niveau van de individuele ambulancediensten en CPA's.

De variatie in doelmatigheid van ambulancediensten wordt voor 55% verklaard door drie factoren waarop een ambulancedienst geheel of gedeeltelijk invloed kan uitoefenen, te weten het aantal niet-declarabele ritten, het aantal ritten buiten kantooruren en de bezettingsgraad. Deze factoren hebben met elkaar gemeen dat ze te maken hebben met planning. Alle drie de factoren hebben namelijk betrekking op zaken als spreiding van ambulances, spreiding van planbare ritten en inroosteren van mensen en ambulances. Voor de variatie in doelmatigheid van CPA's kon geen verklaring worden gevonden. Het is van belang dat organisaties inzage krijgen in hun individuele cijfers en hun positie ten opzichte van de andere organisaties. Zij kunnen leren van de best practice instellingen.

16

Welke CPA-regio's functioneren goed en welke niet goed en wat zijn de redenen hier voor? Kortom wat zijn de good and bad practices?

Zie het antwoord op vraag 15.

17

Hoe zit het de bereikbaarheid vanuit andere regio's? Kan de minister de opvatting delen dat er veel meer over de regiogrens heengekeken moet worden als het gaat om snelheid en kostenbeperking?

Het rapport constateert dat de spreiding van standplaatsen niet overal optimaal is. Er zijn regio's die onderling afspraken hebben gemaakt ten aanzien van inzet van ambulances in elkaars gebied. Ik onderschrijf de harde constatering in het rapport dat door het loslaten van bestuurlijke grenzen (regio- cq. provinciegrens) een betere spreiding van standplaatsen mogelijk is. In feite moet er dus met operationele grenzen worden gewerkt. Dit heeft een gunstig effect op de aanrijtijden en zal er ook toe kunnen leiden dat ambulances doelmatiger kunnen worden ingezet.

Wat voor consequenties heeft dit voor de spreiding wanneer hier rekening mee wordt gehouden? Op welke wijze gaat de minister de regio's prikkelen om tot een optimalere interregionale samenwerking te komen? De regio-indeling is prima als basis, maar moet niet verstarrend werken op de feitelijke dienstverlening.

Het loslaten van bestuurlijke grenzen bij het vaststellen van de standplaatsen heeft tot consequentie dat een aantal standplaatsen zal moeten worden verplaatst. In de regionale ambulanceplannen, die door de RAV-en moeten worden opgesteld in overleg met de zorgverzekeraars, zal nadrukkelijk met dit uitgangspunt rekening moeten worden gehouden. De spreiding van standplaatsen is een onderwerp dat wordt meegenomen in het project Versterking ambulancezorg.

De dunbevolkte landsgrenzen met Nederland, Duitsland en België blijven ondanks de mogelijke spreiding van standplaatsen, wat betreft de 15-minutenbereikbaarheidsgrens, lastig te bereiken (pag. 66). Aan samenwerkingsverbanden wordt gewerkt (RAP «Hart voor Brabant»). Verschillen in het systeem van sturing en financiering beperken de mogelijkheden van grensoverschrijdende ambulancezorg. In hoeverre kan grensoverschrijdende bijstand als het gaat om ambulancevoorziening een oplossing bieden en kan de minister in een overzicht aangeven welke werkzaamheden, doelstellingen en termijnen zij op dit moment hanteert om de grensoverschrijdende bijstand te bevorderen?

Ik zie duidelijk voordelen wanneer zowel in de grensgebieden met België en Duitsland over en weer structureel gebruik kan worden gemaakt van elkaars potentieel. Dit kan echter eerst plaatsvinden wanneer goede afspraken zijn gemaakt over te leveren kwaliteit, financiering en erkenning.

In de grensstreken met België en Duitsland vindt al vele jaren samenwerking plaats op het gebied van ambulancezorg. Dit gebeurt op basis van afspraken die zijn gemaakt op lokaal en regionaal niveau. De inrichting van de ambulancezorg en de beroepsuitoefening van het ambulancepersoneel is in elk van de drie landen anders geregeld. Daarnaast worden verschillende communicatiesystemen gehanteerd, zodat het voor Nederlandse ambulances niet goed mogelijk is om via de mobilfoon in contact te komen met de meldkamers in Duitsland en België en vice versa. Ook zijn er verschillen in de wijze van financiering. Deze verschillen leveren belemmeringen op.

Vanwege de belemmeringen hebben de Staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en ik ITS gevraagd onderzoek te doen naar de verschillen. Hierover is in april 2000 gerapporteerd. De resultaten van het onderzoek zijn aan de Tweede Kamer aangeboden.

Ten aanzien van de situatie in België heb ik mij, mede naar aanleiding van het ITS-onderzoek, schriftelijk tot mijn Belgische ambtgenote gewend om belemmeringen aan Belgische zijde voor Nederlands ambulancepersoneel weg te nemen en de Nederlandse ziekenhuizen op te doen nemen in het Belgische systeem voor spoedeisende hulp (het 100-systeem). De minister van Volksgezondheid van België heeft met dit verzoek ingestemd. Dit dient nog wel in de regelgeving te worden vastgelegd.

Inmiddels zijn op ambtelijk niveau gesprekken met België gaande om praktische, juridische en financiële belemmeringen weg te nemen. Hierbij zijn van Nederlandse zijde zowel het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties als mijn ministerie betrokken. Het Benelux-secretariaat is bereid gevonden hierbij ondersteuning te verlenen. In mei

2001 heeft een eerste gespreksronde plaatsgevonden, in september a.s. zal verder worden gesproken.

Voor wat betreft de situatie met Duitsland zijn er minder verschillen. Wel speelt ook hier nadrukkelijk het communicatieprobleem. Nederlandse ambulances kunnen, mits zij zich houden aan de Duitse regelgeving, probleemloos optreden. Andersom is dat ook het geval. Er doen zich nog problemen voor ten aanzien van de erkenning van de Notarzt in Nederland en de erkenning van de bevoegdheden van de Nederlandse ambulanceverpleegkundige in Duitsland. Met het Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales wordt reeds gesproken over oplossing van deze problemen. Dit najaar zal overleg worden gestart met het Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales. De Staatssecretaris van BZK en ik streven ernaar om in 2002 de meeste problemen te hebben opgelost.

20

Staatssecretaris Gijs de Vries is op bovenstaand punt druk bezig. Op welke wijze is de minister bij dit onderzoek betrokken? Wat is de follow up van dit onderzoek? Ziet de minister de mogelijkheid om met het wegwerken van deze problemen de 15 minutengrens voor heel Nederland te bereiken?

Zoals bij het antwoord op vraag 19 al is aangegeven, hebben de Staatssecretaris van BZK en ik regelmatig contact over dit onderwerp. Op ambtelijk niveau trekken beide ministeries dan ook gezamenlijk op.

Als de problemen die thans nog aanwezig zijn zijn weggenomen, zie ik inderdaad mogelijkheden om het realiseren van de 15-minutennorm met behulp van de buurlanden te bereiken.

21

Met name bij kleinere standplaatsen wordt veel gebruik gemaakt van piketdiensten. Uit tabel 19 (pag. 65) blijkt dat in de klassengrootte 2 en 3 een groot aantal ritten wordt gemaakt in de avonden en 's nachts. Kan de minister een indicatie geven van de bereidheid van ambulancepersoneel om mee te draaien in het systeem van piketdiensten en in welke mate vormen piketdiensten een belemmering in het aantrekken c.q. behouden van het personeel?

Uit de tabel blijkt dat per standplaats in de genoemde klassengrootten gemiddeld minder dan 1 rit per nacht cq. avond wordt gereden. Indien gewerkt wordt met piketdiensten, moet de ambulancebemanning wonen binnen de standplaats. Het is mij niet bekend of en zo ja in welke mate dit een belemmering vormt in het aantrekken of behouden van het personeel.

Tijdens de bezoekeronde is wel de indruk ontstaan dat het merendeel van de ambulancebemanning geen voorstander is van piketdiensten. Zodra een piketdienst inhoudt dat de bemanning 's nachts één of meerdere keren uit bed moet, wordt dit erg vermoeiend gevonden. Daarnaast wordt de financiële vergoeding die tegenover een piketdienst staat, als niet aantrekkelijk ervaren.

22

Piketdiensten zijn relatief duur als er tijdens een piketdienst veel ritten worden gemaakt (tabel 19 pag. 65). Waar ligt het break even point of met hoeveel ritten is het vanuit financieel oogpunt aantrekkelijk om er een parate dienst van te maken?

Uit kwalitatief oogpunt wordt het in het algemeen ongewenst geacht dat tijdens de piketdienst op jaarbasis gemiddeld meer dan 1½ keer wordt

uitgerukt. De arbeidsvoorwaarden van het ambulancepersoneel voorzien er in dat in dergelijke situaties omzetting in een parate dienst plaatsvindt. In financiële zin ligt het break even point naar schatting rond de vier ritten, afhankelijk van de gemiddelde ritduur.

23

Welke instantie is met betrekking tot het bovenstaande punt, bevoegd om de beslissing te nemen om wel of geen piketdiensten te draaien.

Het is aan de ambulancedienst om, gegeven het budget en binnen de kaders van de Arbeidstijdenwet en de CAO, te bepalen of er piketdiensten worden gedraaid. De ambulancedienst doet dit in overleg met de andere ambulancediensten en de CPA in de regio?

24

Het onderzoek concludeert dat de rol en werkwijze van de CPA's in de keten nader moet worden vastgelegd. Op welke wijze dient dit te gebeuren en welke termijn heeft de minister hierbij in gedachten?

Het onderzoek doelt in deze conclusie op het feit dat er in sommige regio's nog discussies plaatsvinden over de vraag of de CPA een gezondheidszorginstelling is of een instelling van openbare orde en veiligheid. Reeds in de nota «Met zorg verbonden» (1997) is echter aangegeven dat het accent van de werkzaamheden van de CPA ligt op het vlak van de reguliere gezondheidszorg en dat het daarom voor de hand ligt dat de taken worden uitgevoerd door de RAV (een instelling van gezondheidszorg). Dit zal in de wetgeving worden vastgelegd, onder gelijktijdige intrekking van de bepaling dat de CPA een gemeenschappelijke regeling van gemeenten moet zijn.

In het regionaal ambulanceplan zal de samenwerking moeten worden omschreven met instellingen voor gezondheidszorg in de regio en met de aangrenzende RAV-en. Ik ga er vanuit dat nog vóór 2002 de rol en de werkwijze van de RAV – en daarmee dus ook van de meldkamer – in alle regio's zal zijn vastgelegd. Dit zal onderdeel zijn van het project Versterking ambulancezorg.

25

Tevens moet de schaalvergroting van de CPA's en ambulancediensten verder gestimuleerd en ondersteund worden. Op welke wijze en binnen welke termijn?

Het doel is maximaal 25 regionale ambulancevoorzieningen, waarvan de gebieden congruent zijn met die van de politie. Thans zijn er nog 27 CPA-regio's, zodat het doel spoedig zal zijn bereikt. Zoals eerder gesteld moet het proces van RAV-vorming in 2003 zijn afgerond. Dit is een van de belangrijkste onderdelen van het project Versterking ambulancezorg.

Vragen D66-fractie

26

De snelle afronding van de vorming van de RAV-en is één van de speerpunten voor de ambulancezorg. Tegelijkertijd constateert de commissie onder leiding van Professor Wolfson dat de RAV-ontwikkeling moeizaam verloopt en noemt hiervoor ook een aantal redenen. Op welke wijze gaan deze, door de commissie, gesignaleerde knelpunten aangepakt worden om de invoering van de RAV-en per 1 januari 2003 te kunnen afronden?

Er zal een project Versterking ambulancezorg worden opgezet om de RAV-ontwikkeling te stimuleren. Daarnaast zal door wijziging van wet- en

regelgeving en door een verruiming van de saneringsregeling voor ambulancediensten en CPA's het proces worden gefaciliteerd.

27

Door een andere verdeling van standplaatsen, waarbij tevens de grenzen tussen de regio's en tussen de provincies worden weggehaald, zullen de aanrijtijden aanzienlijk korter kunnen worden. Moeten de zorgverzekeraars en RAV-en bij hun afspraken over de spreiding ook rekening houden met per gebied verschillende congestie, de mogelijke verschillen waarmee vertrokken kan worden tussen parate dienst, piketdienst en slaapdienst en met bijstand uit België en Duitsland in de grensstreken? En zo ja, wordt dit in de wet verankerd?

Bij het bepalen van de mate van beschikbaarheid van ambulancezorg (aantal beschikbare ambulances en de mate van paraatheid) zal met diverse factoren rekening gehouden moeten worden. Het gaat daarbij om de omvang van de zorgvraag, de 15-minutennorm en de factoren die daarop van invloed zijn. Daar is regionaal maatwerk voor nodig. Dit behoeft niet apart in de wet te worden verankerd, aangezien dit een onderdeel is van het begrip verantwoorde ambulancezorg (Kwaliteitswet zorginstellingen).

28

Volgens de rapportage is voor het terugdringen van exploitatietekorten een bedrag nodig van 23 miljoen gulden. Voor de noodzakelijke kwaliteitsinvesteringen is een bedrag nodig van 22 miljoen gulden. Is in deze bedragen rekening gehouden met de zogenaamde beschikbaarheidsfunctie? Kan tevens aangegeven worden wat het standpunt van het kabinet over het al dan niet vertalen van de beschikbaarheidsfunctie in de financiële systematiek is?

De budgetsystematiek was niet het onderwerp van het onderzoek. In de huidige financiële systematiek wordt rekening gehouden met het feit dat in dunbevolkte gebieden de vraag naar ambulancezorg lager is. Omdat de ambulance wel beschikbaar moet zijn, is een deel van het budget vast. Daarnaast zijn de budgetvergoedingen per rit in dunbevolkte gebieden hoger dan in bijvoorbeeld de grote steden. De beschikbaarheidsfunctie is op die wijze impliciet verdisconteerd in de bestaande budgetmethodiek. Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat een groot aantal onderzochte omgevingsfactoren geen invloed lijken te hebben op de verschillen in doelmatigheid. Om die reden is er in ieder geval geen aanleiding voor aanpassing van de financiële systematiek.

29

Indien de ambulancediensten presteren op een doelmatigheidsniveau van 90% dan levert dit een doelmatigheidswinst op van 20 miljoen gulden. Volgens de commissie onder leiding van Professor Wolfson is de genoemde potentiële doelmatigheidswinst te behalen als de RAV-en landelijk zijn ingevoerd en de regionale spreidingsplannen landelijk op elkaar zijn afgestemd. Ook de minister geeft aan zich te realiseren dat er nog enige tijd nodig is voordat overal een betere doelmatigheid is bereikt. Ontstaan voor ambulancediensten gedurende de overgangperiode tot 2003 geen problemen als reeds nu de doelmatigheidswinst wordt meegeerekend?

Zie antwoord op vraag 1.

30

De besturing van de ambulancezorg wordt verplaatst van de provincie naar de zorgverzekeraars, net als de ziekenhuizen en ook vanwege het

motto: «wie betaalt bepaalt». Wat vindt u in dit licht gezien van de uitspraak van GS van Noord-Holland (Reformatorisch Dagblad 4-7-2001) dat: «burgers belang hechten aan dat in geval van nood ambulances tijdig ter plaatse zijn» en dat dit belang het beste gewaarborgd is wanneer de sturende rol voor een groot deel in handen van de overheid ligt?

De verantwoordelijkheid voor het tijdig ter plaatse zijn van ambulances heeft altijd al gelegen bij de ambulancediensten. De verantwoordelijkheid van de provincies beperkte zich tot het vaststellen van de standplaatsen en tot het bepalen van het minimum en maximum aanbod van ambulances, met inachtneming van de eisen die ten aanzien van de beschikbaarheid zijn gesteld aan de ambulancediensten. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende en verantwoorde (ambulance)zorg. Hierdoor ontstaat een overlap in verantwoordelijkheden die in de praktijk verstarrend werkt.

De overheid speelt een rol bij het aangeven van de noodzakelijke randvoorwaarden ten aanzien van de kwaliteit van de ambulancezorg en tot toezicht en handhaving.

Vragen SP-fractie

31

In 1999 was in 5,9% van de spoedritten een ambulance niet binnen 15 minuten na melding ter plaatse. Welke overschrijding van de 15 minuten-norm vindt u aanvaardbaar? Vindt u vermijdbare overschrijding (dus niet door overmacht) sowieso aanvaardbaar? (blz. 2)

De planning van de ambulancezorg dient zodanig te zijn dat op iedere plaats binnen 15 minuten na melding een ambulance ter plaatse kan zijn. Vermijdbare overschrijdingen moeten dus worden voorkomen. Star vasthouden aan die norm kan echter leiden tot extreme situaties, in die zin dat er dan ook standplaatsen zouden moeten komen op plaatsen waar weinig tot geen mensen wonen (bv. midden in natuurgebieden) en er dus weinig vraag naar ambulancezorg is. Dat leidt tot een ongewenste verdunning van de kwaliteit van de ambulancezorg. Ik ben van mening dat deze norm daarom in redelijkheid moet worden gehanteerd.

32

Wat is uw reactie op de stelling van stichting Medizon dat de overlevingskansen van slachtoffers van acute circulatiestilstand, na het starten van de reanimatie, bepaald wordt door de aanrijtijd van de ambulance en dat in 85–90% de ambulance te laat is? Is defibrilleren door niet-medici d.m.v. AED-reanimatie wel of niet toegestaan en kunt u dit toelichten? Indien dit niet is toegestaan gebeurt dit in een aantal regio's wel door politie en brandweer? (Blz. 2)

Het is van vitaal belang dat een reanimatie wordt gestart binnen 4 à 6 minuten na volledige circulatiestilstand. Een succesvolle reanimatie wordt, los van uiteraard de oorzaak van de circulatiestilstand, bepaald door een aantal factoren, zoals het snel constateren van de circulatiestilstand, een snelle alarmering en een snelle start van de reanimatie (hartmassage en mond-op-mondbeademing), gevolgd door professionele advanced life support.

Daarom is het in deze situaties belangrijk dat omstanders reeds kunnen beginnen met hartmassage en mond-op-mondbeademing. Om dit te bereiken worden door de Hartstichting en door Het Oranje Kruis en het Nederlandse Rode Kruis reanimatiecursussen voor leken georganiseerd. Defibrilleren is thans, ongeacht of dit plaatsvindt met automatische defibrillatoren, een handeling die op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), is voorbehouden aan artsen en

ambulanceverpleegkundigen. De Gezondheidsraad zal naar verwachting dit najaar een advies uitbrengen over de toepassing van de automatische uitwendige defibrillator. Indien de toepassing van de (automatische uitwendige) defibrillator ook aan leken kan worden toegestaan, zal de Wet BIG op dat punt moeten worden gewijzigd.

33

Kunt u een beeld geven met overschrijdingspercentages van de regio's waarin in meer dan 5% van de gevallen de 15-minutengrens wordt overschreden? (blz. 2)

De regio's waarin in 1999 in meer dan 5% van de gevallen de 15-minutengrens is overschreden zijn:
Flevoland (5,3%), Brabant Noord (5,6%), West-Brabant (6,3%), Groningen (6,5%), Midden-Brabant (6,9%), Stedendriehoek (7,0%), Zeeland (7,1%), Drenthe (7,4%), Amsterdam (7,5%), IJssel-Vecht (9,5%), Arnhem (10,6%), Brabant Zuidoost (11,5%) en Rotterdam-Rijnmond (15,1%).
Zie ook kaart 4 van het rapport.

34

Wat is uw reactie op de stelling van het IPO dat in het theoretische model van het RIVM-onderzoek geen rekening is gehouden met de concrete regionale situatie terwijl regionale factoren wel degelijk een rol spelen, bijvoorbeeld de verschillen tussen landelijke en stedelijke gebieden? (blz. 2)

In het onderzoeksmodel is wel degelijk rekening gehouden met de concrete regionale situatie. In de benchmarkanalyse wordt ten eerste al rekening gehouden met het productieniveau en de productmix van standplaatsen en ambulancediensten. Daardoor worden er geen vergelijkingen gemaakt tussen grote en kleine organisaties, of organisaties met een verschillende productiestructuur. Met andere woorden, er wordt alleen vergeleken tussen gelijksoortige organisaties. In de tweede fase van de benchmarkanalyse is het verband tussen de doelmatigheidsscore van organisaties en allerlei factoren met betrekking tot de omgeving (regionale kenmerken) van een dienst onderzocht. Hierbij kan men denken aan hoeveelheid oppervlaktewater in het werkgebied, de aanwezigheid van grote ziekenhuizen, de loop en de dichtheid van de wegenstructuur, het percentage ouderen in het werkgebied etc. De onderzochte omgevingsfactoren bleken geen significant effect te vertonen op doelmatigheid. De stelling van het IPO wordt dan ook op geen enkele wijze door het onderzoek bevestigd.

35

In het rapport wordt gesproken van doelmatigheidswinsten, hoe kunnen deze worden gerealiseerd en wat is de haalbaarheid hiervan? Zal er ook niet eerst flink geïnvesteerd moeten worden voordat deze doelmatigheidswinsten kunnen worden behaald? (blz. 2)

Kwaliteitsverbeteringen en doelmatigheidswinsten kunnen pas behaald worden als er sprake is van een integrale bedrijfsvoering in RAV-verband. Door het inzetten van extra financiële middelen alsmede door de voorgenomen (tijdelijke) wijziging van de saneringsregeling voor ambulance-diensten en CPA's kunnen verbeteringen doorgevoerd worden in de ambulancezorg. De feitelijke verbeteringen zullen plaatsvinden binnen het kader van het project Versterking Ambulancezorg.
Zie ook het antwoord op vraag 36.

36

Indien u zich realiseert dat enige tijd nodig is voordat overal betere doelmatigheid wordt bereikt, hoe kunt u dan de doelmatigheidswinst van 20 miljoen er nu al aftrekken? (blz. 2).

De te behalen doelmatigheidswinst is verwerkt in de ramingen zoals die zullen worden gepresenteerd in de Zorgnota 2002.

37

Wat is uw reactie op de motie ambulancevervoer van Provinciale Staten van Noord-Brabant, van 27 juni 2001, waarin zij het Rijk verzoeken de benodigde financiële middelen beschikbaar te stellen om de veiligheid van de burgers te garanderen? Is het u bekend dat de provincie Noord-Brabant in de eerste helft van 2001 het ambulancevervoer met ruim 6 miljoen heeft voorgefinancierd en gaat u dit terug betalen? (blz. 2)

In de motie wordt gesteld dat de terugbetaling van de voorfinanciering voor de eerste helft van 2001 door het Rijk in gevaar komt. Om misverstanden te voorkomen, heb ik Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant laten weten dat aanpassing van instellingsbudgetten een verantwoordelijkheid is van het College Tarieven Gezondheidszorg. Het Rijk is slechts verantwoordelijk voor de vaststelling van het macro-budget. Eventuele terugbetaling zal daarom via de ambulancediensten moeten lopen. Gelet op de problematiek en de aanbevelingen van het RIVM rapport zal ik mij inspannen voor extra middelen en bijvoorbeeld ambulancezorg.

38

Is het u bekend dat de ambulancesector in Gelderland zeker 10–15 miljoen zegt nodig te hebben en hoe zit dat in andere regio's?

De getallen uit Gelderland komen niet uit het onderzoek naar voren.

39

Wat is uw reactie op de stelling van het IPO dat naar schatting dat zeker 60 tot 100 miljoen extra nodig is om alle inwoners van Nederland te kunnen garanderen dat bij spoedeisende hulp een ambulance binnen 15 minuten na melding bij een Centrale Post Ambulancevervoer ter plekke is? (blz. 2)

Het IPO baseert zich hierbij kennelijk op een inventarisatie die door Ambulancezorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland in maart 2001 is gedaan. Het gaat daarbij om een bedrag van ruim f 39 mln in 2001, oplopend tot ruim f 101 mln in 2004. Die inventarisatie kent ook onderwerpen waar het onderzoek zich niet op heeft gericht, zoals ICT, arbeidsvoorwaarden en zorgvernieuwing (o.a. invoeren van medicatie t.b.v. prehospitala thrombolyse). Voorts is toen nog uitgegaan van een exploitatietekort van f 30 mln. Voor uitbreiding van de paraatheid zou – uiteindelijk in 2004 – een bedrag van f 15 mln nodig zijn.

40

Bent u bereid op korte termijn afspraken te maken, met als vertrekpunt de regionale ambulanceplannen en de inzichten uit het RIVM-onderzoek en de regio's die hun organisatie op orde hebben en aannemelijk kunnen maken dat zij onvoldoende geld hebben, dit extra geld toe te kennen? Bent u tevens bereid de regio's die hun zaken nog niet op orde hebben, financieel te helpen omdat anders de hulpvragers de dupe zijn? (blz. 2)

In dit traject is een belangrijke rol weggelegd voor het lokaal overleg tussen zorgverzekeraars en RAV-partijen, en vervolgens voor het overleg tussen deze partijen en het College Tarieven Gezondheidszorg. Vanzelfsprekend staat voorop dat de RAV verantwoorde zorg moet leveren, dat

de zorgverzekeraar verantwoorde zorg in voldoende mate inkoopt en dat het budget van de RAV voldoende randvoorwaarden biedt voor verantwoorde ambulancezorg. Indien de continuïteit van verantwoorde ambulancezorg in het geding komt, kunnen – zoals bekend – instellingen zich samen met de zorgverzekeraars melden bij het CTG.

41

Op welke manier zal de publieke en democratische controle gewaarborgd zijn in het door uw voorgestelde nieuwe systeem?

De controle bestaat, zoals gebruikelijk in de gezondheidszorg, uit twee hoofdelementen: het toezicht op de kwaliteit van de zorg en het toezicht op de zorgverzekeraars. Dit is vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen en in de Ziekenfondswet. Ik acht geen termen aanwezig om voor ambulancezorg een van de rest van de gezondheidszorg afwijkend controlesysteem te hebben.

42

Indien de verzekeraar gaat bepalen en betalen, zullen de aanvullende bijdragen van provincie en gemeenten mogelijk vervallen, om hoeveel geld gaat dat? (blz. 2)

Het is niet bekend op welke wijze de exploitatietekorten worden gedekt. Het zal in ieder geval niet om meer dan f 23 mln (het exploitatietekort in 1999) kunnen gaan.

43

Bent u voornemens na de zomer met een beleidsvisie over sturing te komen en zal deze ruim voor het algemeen overleg over ambulancezorg de Kamer bereiken? (blz. 2)

Zoals ik in mijn brief van 19 april 2001 (kenmerk DBO-CB-U-2173748) heb aangegeven, zal ik na deze zomer met mijn definitieve standpunt komen. Aangezien het algemeen overleg reeds op 13 september (en dus kort na de zomervakantie) plaatsvindt, zal ik vóór dat overleg slechts een visie op hoofdlijnen kunnen geven. Daarbij wil ik opmerken dat ik over mijn definitieve standpunt nog overleg wil voeren met Ambulancezorg Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, het Interprovinciaal Overleg en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

De voorzitter van de commissie,
Van Lente

De griffier van de commissie,
Teunissen