

Vergaderjaar 2001–2002

28 008

Zorgnota 2002

Nr. 2

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 3 oktober 2001

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 13 september 2001 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brieven van de minister van VWS van 27 en 29 juni 2001 inzake het rapport «Niet zonder zorg» naar aanleiding van het onderzoek naar kwaliteit en doelmatigheid in de ambulancezorg (VWS-01-899/VWS-01-917) en de brief van de minister van VWS van 3 september 2001 ter beantwoording van commissievragen terzake;**
- **de brief van de minister van VWS van 3 september 2001 betreffende het standpunt inzake het rapport «Niet zonder zorg» en het standpunt op hoofdlijnen inzake de besturingssystematiek ambulancezorg (VWS-01-1153);**
- **de brief van de minister van VWS van 19 april 2001 inzake termijn toezending eindrapport van het onderzoek naar kwaliteit en doelmatigheid in de ambulancezorg en stand van zaken herijking besturingsmodel (VWS-01-543);**
- **de brief van de minister van VWS van 5 februari 2001 inzake de implementatie van de norm EN 1789 voor ambulances (VWS-01-140);**
- **de brief van de minister van VWS van 12 januari 2001 inzake termijn standpunt besturingssystematiek ambulancezorg (VWS-01-34);**
- **de brief van de minister van VWS van 28 november 2000 inzake de toekomstige besturingssystematiek van de ambulancezorg (VWS-00-1813);**
- **de brief van de minister van VWS van 10 december 2000 inzake knelpunten en ondoelmatigheden in de ambulancezorg en termijn toezending eindrapportage onderzoek ambulancezorg (VWS-00-1641);**
- **de brief van de minister van VWS van 27 september 2000 inzake tussenrapportage onderzoek doelmatigheid en kwaliteit ambulancezorg (VWS-00-1371);**
- **de brief van de minister van VWS van 2 oktober 2000 inzake de implementatie van de norm EN 1789 voor ambulances (VWS-00-1391);**

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), 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), Cörüz (CDA), Pitstra (GroenLinks).
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), 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), Visser-van Doorn (CDA), Van Gent (GroenLinks).

- de brief van de minister van VWS van 28 juni 2000 inzake ambulancezorg (VWS-00-1074);
- de brief van de minister van VWS van 30 mei 2000 inzake knelpunten in de ambulancezorg (VWS-00-913).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA) vindt het noodzakelijk dat de ambulancezorg in Nederland zodanig is georganiseerd dat er 100% zekerheid is over de beschikbaarheid bij rampen en ongevallen. Het is in het belang van de burger dat de afgesproken aanrijtijd wordt gehaald en het budget voor deze basisvoorziening voldoende is. De minister geeft aan dat zij de volledige bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg, in navolging van de ziekenhuiszorg, bij de zorgverzekeraars wil leggen. Zij denkt daarmee de gewenste doelmatigheid en efficiency te kunnen bereiken. Zij legt daarmee in feite de verantwoordelijkheid bij de markt. Het maakt voor haar fractie in principe niet uit waar de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor deze voorziening ligt, mits de aansturing doelmatig geschiedt en de samenwerking tussen betrokken partijen goed is. Alvorens tot een conclusie te kunnen komen, zal eerst antwoord verkregen moeten worden op een aantal vragen. Er dient, zoals gezegd, zekerheid gegeven te worden dat bij een ongeval of ramp 100% van de ambulances op tijd aanwezig is. Verder dient de vraag te worden beantwoord of er bij de ambulancezorg waar het gaat om spoedeisende hulp, sprake kan zijn van concurrentie. Zo ja, hoe verhoudt zich dit met het kabinetsstandpunt in het WRR-rapport «Borging van publieke belangen»? Hoe kan de minister garanderen dat de overheid bij rampen en andere calamiteiten voldoende sturingsinstrumenten heeft om de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening op zich te nemen? De minister spreekt in haar brief van 8 maart nog over het in een hand hebben van de spoedeisende medische hulpverlening bij klein- en grootschalig optreden. Hoe kan de minister garanderen dat de hiervoor aangewezen functionaris deze zaken met de nodige verantwoordelijkheid via de zorgverzekeraar kan aansturen? Hij heeft toch geen formele verantwoordelijkheid? Waarom is de minister afgestapt van het idee dat de verantwoordelijkheid bij de rampenbestrijding in een hand moet worden gehouden bij provincie en gemeente, die ook de verantwoordelijkheid voor andere functies en taken bij de rampenbestrijding hebben? Haar fractie heeft de nodige twijfels over het besturingsvoorstel van de minister, met name als het gaat om het in een hand houden van de verantwoordelijkheid.

De minister stelt een overgang voor in de sturing, terwijl zij het overleg met de verschillende betrokken partijen, zoals VNG (Vereniging Nederlandse Gemeenten), IPO (Inter Provinciaal Overleg) en GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen)-burgemeesters, nog moet gaan voeren. Zou het niet logischer zijn om eerst dit overleg te voeren? Verder loopt ook nog de tweede fase van een onderzoek naar besturingsmodellen in de GHOR. Is het niet beter de uitkomsten van dit onderzoek, dat in oktober zal worden afgerond, bij dit overleg te betrekken? Verschillende provincies hebben gemeld dat de budgetten voor de ambulancezorg ontoereikend zijn. Ook AmbulanceZorg Nederland heeft laten weten dat op basis van het beschikbare budget de noodzakelijke ambulancezorg niet kan worden uitgevoerd. Moet er niet eerst een uitwerking komen van de landelijke benchmark op basis van het RIVM-rapport (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) en in de regio's bestaande ambulanceplannen? Op die manier kan een reëel beeld van de financiële en organisatorische consequenties worden verkregen, waarna onderhandeld kan worden. Overigens is het niet haar bedoeling deze uitwerking per regio af te wachten. Er is voldoende aangetoond dat de bekostiging onvol-

doende is. Hiervoor dient zo snel mogelijk een financiële oplossing te worden gevonden.

Zij is het ermee eens dat er zo doelmatig mogelijk moet worden gewerkt. De patiënt staat centraal. De zorgverzekeraar dient daarbij als partij op te treden in de keten en zo efficiënt mogelijk te werken. De ambulancezorg is echter bij spoedeisende hulp en rampen een basisvoorziening. In de afgelopen jaren is duidelijk gebleken dat het budget niet toereikend is. Is een onderzoek op basis van een jaar voldoende om conclusies te kunnen trekken over de concrete situatie in de regio? De berekeningen die op grond van ervaring door de regio's worden toegestuurd, geven aanleiding om daaraan te twijfelen. Heeft de minister zekerheid dat de zorgverzekeraars op basis van het door haar beschikbaar gestelde budget mee willen doen? Zo ja, kan zij garanderen dat op basis van dat budget alle spoedeisende hulp 100% wordt gegarandeerd? Welk budget stelt de minister precies beschikbaar? Kan gegarandeerd worden dat ook aan onverzekerden hulp wordt geboden? Vindt de minister dit budget voldoende om de kwaliteit van de ambulancezorg in de regio in al haar aspecten te garanderen? Wanneer zal het CTG-rapport over de bekostigingssystematiek het licht zien? Hoe staat het met het al geruime tijd geleden door de zorgverzekeraar ingediende plan voor het Waddenfonds? Zij vraagt in dit verband aandacht voor de onrechtvaardige wijze waarop de bekostiging in de perifere gebieden uitpakt.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) verschilt in dit dossier al geruime tijd van mening met de minister. De laatste brief van de minister heeft daar niet veel aan veranderd. GroenLinks kijkt naar ieder onderwerp vanuit de volgende invalshoeken. Is iets uit te leggen aan de burger? Is het uitvoerbaar voor degenen die het moeten doen? Is het verantwoord uit een oogpunt van volksgezondheidsbeleid?

De burger leest in de krant dat meer dan 1 miljoen inwoners niet binnen de 15 minuten de ambulancezorg krijgen die in een spoedeisend geval nodig is, dat de ambulancediensten door gebrek aan menskracht en middelen niet in staat waren mee te doen aan oefeningen in het kader van de rampenbestrijding en dat op vele plaatsen in het land geld uit de algemene middelen bijgepast moet worden voor de ambulancediensten.

De WAV (Wet Ambulance Vervoer) geeft duidelijke taken en verantwoordelijkheden aan gemeenten, provincies, Rijk en zorgverzekeraars. De uitvoerders zijn nog steeds gebonden aan circulaire van het ministerie van Binnenlandse Zaken uit 1999 en van het ministerie van VWS uit maart 2000, waarin het beleid tot 1 januari 2004 staat. Het is vreemd dat de minister nu ineens met een standpunt komt over een geheel andere bestuurssystematiek. De minister heeft de andere overheden uitgenodigd om hun visie te geven, maar hoewel deze overheden dat hebben gedaan, heeft zij hierover tot nu toe geen overleg met hen gevoerd. De fractie van GroenLinks vindt het publiceren van een beleidsvoorstel over de bestuursystematiek zonder overleg met de andere overheden onzorgvuldig. Is het niet verstandiger dat de minister haar intentie terugneemt, opdat het overleg open gevoerd kan worden?

De directe uitvoerders van de ambulancezorg hebben hun zorgen op het gebied van de financiering herhaaldelijk kenbaar gemaakt. Het rapport van het RIVM gebaseerd op de situatie uit 1999 is duidelijk, maar de problemen zijn daarna alleen maar groter geworden. Er zou op dit moment een jaarlijkse verhoging van het budget van ongeveer 90 mln gulden nodig zijn. Het rapport geeft aan dat door een andere spreiding van de ambulancediensten efficiencywinst te behalen is, maar een andere spreiding betekent dat er ook meer plaatsen van spreiding moeten komen. De minister spreekt over de mogelijkheid tot sanering op grond van de saneringsregeling. Is deze regeling hier inderdaad van toepassing? De regeling kan namelijk alleen worden toegepast als de vergunning wordt

ingetrokken of een wijziging of opheffing van de Centrale Post Ambulancevervoer plaatsvindt.

De bestuurlijke visie van de minister dat de ambulancezorg een verlengstuk is van de ziekenhuiszorg en dus thuishoort bij de zorgverzekeraars spreekt haar fractie niet aan en mist iedere onderbouwing. Provincie en gemeente zijn het erover eens dat een goede bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen en daarbij aansluitende ambulancezorg alleen gestalte kan krijgen door een duidelijke medeverantwoordelijkheid van de lagere overheden. Zij is van mening dat het overleg over de bestuurlijke beslissing nog moet beginnen. Samengevat vindt zij de handelwijze van de minister ondoordacht, onzorgvuldig, ontijdig en in feite «onaanvaardbaar».

De heer **Weekers** (VVD) maakt zich al enkele jaren zorgen om de alarmerende berichten over de ambulancezorg en de overschrijding van de 15-minutengrens met 5,9%. Een betere spreiding, meer paraatheid en inzet van ICT zijn nodig, terwijl tegelijkertijd aan verbetering van de bestaande inefficiency gewerkt moet worden. Het uitgangspunt blijft voor zijn fractie dat alle burgers in Nederland bediend moeten kunnen worden door een kwalitatief hoogwaardige en kwantitatief voldoende ambulancezorg. Hij is daarbij een groot voorstander van een structurele oplossing van het probleem en niet van ad-hocoplossingen van specifieke knelpunten zoals op de Wadden en in Zeeland de laatste jaren is gebeurd. Dat het doelmatigheidsonderzoek van het RIVM slechts een algemene analyse geeft, stelt hem teleur. Hij had gehoopt dat het onderzoek uitsluitend zou geven over de regio's waar het slecht gaat, de oorzaken die daaraan ten grondslag liggen en de mogelijke oplossingen. Tegelijkertijd is hij blij dat de minister nu eindelijk actie onderneemt door het project «Versterking ambulancezorg» op de rails te zetten. Wordt daarin de vertaalslag van de algemene analyse van het RIVM naar de concrete verbetering in de diverse regio's gemaakt?

Hij heeft een paar jaar geleden al gewezen op de complexe, chaotische, onduidelijke rolverdeling bij de ambulancezorg en de minister gevraagd om heroverweging daarvan. Hij is na ampele overweging tot de conclusie gekomen dat planning en financiering in een hand moeten komen te liggen; dat sturing gekoppeld moet worden aan financiële verantwoordelijkheid. Hij is blij dat de minister inmiddels ook tot dit inzicht is gekomen en de ambulancezorg snel structureel op orde wil brengen. Het komt nu aan op daden. Hij is daarom geen voorstander van het eerst nog houden van een aantal overlegrondes.

De minister kiest op het vlak van de besturingssystematiek voor de RAV (Regionale Ambulance Voorziening) als zorginstelling, de regierol bij de verzekeraars zoals elders in de zorg en niet meer voor een provinciaal spreidingsplan. Hij is het ermee eens dat de tussenkomst van de provincie, wanneer deze geen budgettaire verantwoordelijkheid heeft, verstarrend werkt. Een alternatief zou zijn om de gehele budgettaire verantwoordelijkheid over te hevelen naar provincie of gemeente. Hiermee zouden de banden met de reguliere curatieve zorg echter totaal worden doorgesneden. Gezien de ontwikkeling van de kwaliteit van de ambulancezorg in de afgelopen tien jaar als vooruitgeschoven ziekenhuiszorg en ontlasting van de eerstelijnszorg, lijkt volledige overheveling naar de lagere overheden hem niet verstandig, al zal het publieke belang van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en voldoende paraatheid goed geregeld moeten worden. Hij ziet een zekere logica in de sturende rol van verzekeraars, maar dan wel als collectief van verzekeraars, verenigd in Zorgverzekeraars Nederland en niet als onderling concurrerende partijen. Hij twijfelt er echter aan of verzekeraars in een systeem waarbij geen concurrentie bestaat tussen ambulancediensten de regierol blijvend kunnen vervullen. Om de zaak structureel op orde te brengen wil hij de minister echter in deze overgangperiode in haar keuze

volgen. Daarbij is het van belang dat de rol van verzekeraars door de overheid goed wordt ingekaderd en gereguleerd. Ook het toezicht op de capaciteit en de kwaliteit van het spoedvervoer moet goed geregeld worden. Een louter wettelijk vastleggen van de zorgplicht van verzekeraars als open norm is onvoldoende. Voorkomen moet worden dat gemarchandeerd gaat worden met het 15-minutencriterium. De minister moet verantwoordelijk zijn voor de vraag hoe de capaciteit geregeld wordt. De voorbereiding kan plaatsvinden door de sector samen met verzekeraars, maar de minister zal uiteindelijk het landelijke spreidingsplan en de kwaliteitscriteria dienen vast te stellen.

Het is moeilijk om hierbij over privatisering of publieke aanhechting te praten. De meeste ziekenhuizen in ons land zijn private instellingen met een publiekrechtelijk kader. Een dergelijke constructie zou ook in de ambulancezorg mogelijk zijn. Hij ziet voor de toekomst de RAV's als reguliere zorginstellingen die financieel goed op orde moeten zijn. Bij harmonisering van de arbeidsvoorwaarden is privatisering nodig door onderbrenging in een stichting. Zaken die voortvloeien uit de GHOR – zoals oefenen, het inzetten van materieel en menskracht – zullen door de GHOR-bestuurders dienen te worden ingekocht. Overigens is marktwerking voor de VVD geen dogma. In de ambulancezorg zal inderdaad geen marktwerking mogelijk zijn, maar in andere sectoren van de zorg wel.

De publieke belangen zullen worden veiliggesteld via de regionaal geneeskundig functionaris. Kan deze functionaris bij een ramp ambulancezorgcapaciteit vorderen? Evenals de gecolloceerde meldkamer lijkt dit een belangrijke voorwaarde, willen de GHOR-bestuurders hun publieke verantwoordelijkheid waar kunnen maken. Er zou een convenant tussen de ambulancesector en de GHOR-bestuurders in de maak zijn over taken, rol en financiering. Ligt de financiering bij de GHOR-gemeenten of bij BZK? Hoe staat het met dit convenant? Kan de minister de Kamer over de voortgang van het proces informeren? Het belang van de burger dient hier centraal te staan en niet het eigenbelang van organisaties of bestuurders.

Een andere vraag is of de RAV's aan het eind van 2002 met een schone lei kunnen beginnen. Als de financiële verantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraars komt te liggen, dienen ontvlechtingen plaats te vinden en moeten de exploitatietekorten worden opgelost. Hij sluit zich aan bij de vragen over de saneringsregeling. Hoe gaat de minister om met regio's waar particuliere en overheidsdiensten opereren?

De heer **Buijs** (CDA) verzoekt de minister dringend om na zoveel jaar eindelijk eens op te houden met het «gekruidenier» in de ambulancezorg. De financiering is nog steeds niet voldoende. De minister heeft het door de commissie becijferde bedrag op grond van doelmatigheidsverwachtingen gehalveerd, terwijl er 90 mln gulden nodig blijkt te zijn. Is het niet wat voorbarig de doelmatigheidswinst nu al in te boeken, terwijl de volledige structuur nog niet op poten is gezet? Is het niet verstandiger om de 45 mln gulden nu reeds ter beschikking te stellen, vooruitlopend op de 90 mln gulden die nodig is?

De minister zal nog overleg gaan voeren met de diverse betrokken partijen over de bestuurlijke verantwoordelijkheid. Dat overleg heeft veel te lang op zich laten wachten. Er heeft sinds januari geen overleg meer plaatsgevonden met het IPO, terwijl de ambulancezorg een zeer belangrijke basisvoorziening in het land is. Het aantal spoedritten dat de 15-minutengrens heeft overschreden is vanaf 1996 tot heden verdubbeld van 10 000 naar 20 000. Al in 1994 verscheen het inspectierapport «De keten rammelt». Drie jaar later kwam de minister met nieuwe beleidsvoorstellen in «Met zorg verbonden», waarin gesproken werd over een nieuwe structuur en aangescherpte kwaliteit van de ambulancezorg. Dit rapport kreeg brede steun in de Kamer. Afgesproken werd dat de regionale ambulancevoorzieningen er in januari 1998 zouden zijn, maar er is

niets gebeurd. Het is de hoogste tijd dat de structuur van de ambulancezorg kwalitatief aan alle eisen gaat voldoen die regering en Kamer als wetgever gesteld hebben.

Wat gaat de minister doen met de exploitatietekorten die zijn voor-gefinancierd door provincies en gemeenten?

Tot nu toe is de consistente opvatting in alle rapporten geweest dat de publieke voorzieningen ambulance, brandweer en politie in een centrale regie thuishoren als het om de sturing ervan gaat. De CDA-fractie hecht hier zeer aan en kan niet akkoord gaan met een plotseling nieuw besturingsmodel, waarbij verzekeraars een rol gaan spelen in de sturing. Bij rampen is het van essentieel belang dat de samenwerking vlekkeloos verloopt. De CPA (Centrale Post Ambulancevervoer) mag geen financiële scheiding kennen, waardoor de ene afdeling voor de ambulancezorg werkt en de andere voor politie en brandweer. Bij een ongeval worden de drie diensten meestal tegelijk gewaarschuwd.

De heer **Van der Vlies** (SGP) vindt het, vanuit de optiek dat burgers erop moeten kunnen vertrouwen dat de kwalitatieve en kwantitatieve dienstverlening in noodsituaties op orde is, jammer dat het dossier ambulancezorg zo langshepend is geworden. Ambulancezorg Nederland spreekt over ongewenste situaties. Het is zaak dat deze binnen de kortst mogelijke tijd uit de weg worden geruimd, waarbij een sfeer van «uitonderhandelen» en «kruidenieren» niet op zijn plaats is.

Dat het RIVM-rapport een rapportcijfer van 8,7 aan de ambulancediensten geeft op het gebied van de kwaliteit en doelmatigheid, is op zichzelf indrukwekkend, maar het gaat om een gemiddelde. Niet overal wordt dit niveau gehaald, maar de ambitie moet zijn om het niveau overal nog dichter bij de volmaaktheid te brengen. Het onderzoeksrapport geeft een benchmark en een ijklat. Wat hem betreft zou iedere regio daarlangs gelegd moeten worden in het kader van een benodigd verbeterbudget. Het rapport spreekt over een additioneel benodigd budget van 20 tot 45 mln gulden. Volgens de berekening van Ambulancezorg Nederland is echter een bedrag van 90 mln gulden nodig. Hij sluit zich aan bij de kritische vragen die hierover zijn gesteld.

Hoe is de stand van zaken op de Waddeneilanden en in Zeeland, waar verbetertrajecten zijn ingezet? Groeien we in de landelijke gebieden met een inspanningsverplichting toe naar een te verantwoorden niveau op het gebied van een betere spreiding van standplaatsen, een meer dynamische planning en inzet van ambulances? Hij is het ermee eens dat de geconstateerde schotten tussen provincies en regio's onaanvaardbaar zijn. Hij steunt de minister in een voortvarende aanpak.

Hij heeft de indruk dat op het gebied van de besturingssystematiek de weg is ingeslagen naar een besturingsmodel dat dicht bij het private model ligt. Zijn fractie huldigt het standpunt dat de ambulancehulpverlening een publieke taak is die in publieke handen moet zijn, willen de publieke belangen optimaal gewaarborgd kunnen worden. Hij kan zich voorstellen dat voor een bepaalde taakverdeling wordt gekozen, maar de ultieme aansturing zal altijd in publieke handen moeten liggen. Zijn fractie zal de nadere ontwikkeling van de plannen bekijken vanuit die invalshoek. Het WRR-rapport «De borging van publieke belangen» bevat een stappenplan. Hoe verhoudt zich dat tot het standpunt van de minister? Kan het overleg met partijen nog invloed hebben op de uiteindelijke visie van de regering? Wanneer de besturingsconceptie te dicht bij het private domein ligt, zal hierover een fundamentele discussie moeten plaatsvinden. Het is overigens niet zijn bedoeling om hiermee de implicaties van verbeterplannen op de lange baan te schuiven.

De criteria voor de ambulancezorg zijn al geruime tijd standaard, terwijl het wegennet andere kenmerken heeft gekregen, wat een impact kan hebben op de aanrijtijden. Wordt gestudeerd op een alternatieve benadering op dit punt? Wil je de benchmark projecteren op de regionale

plannen, dan dien je eenzelfde uitgangsmateriaal te kiezen. Er worden in de sfeer van aanrijtjdoerschrijdingen echter verschillende normen gesteld. Kan de minister hierop ingaan?

Mevrouw **Kant** (SP) is van mening dat de ambulancezorg in Nederland hoogwaardige zorg is. De beroepsgroep heeft een hoge beroepsethiek. Zij moet helaas constateren dat dit niet dankzij maar eerder ondanks het gevoerde beleid is. De discussie loopt al vele jaren. De problemen worden gesignaleerd, maar er wordt niets aan gedaan. Meer dan 1 miljoen mensen kunnen niet binnen 15 minuten bereikt worden, bij bijna 6% van de spoedritten is er sprake van een overschrijding van de 15-minuten-norm. Op de vraag of de minister dit aanvaardbaar vindt, heeft zij geantwoord dat de norm in redelijkheid moet worden gehanteerd. Wie beoordeelt wat redelijk is? Er zal nooit 100% perfectie bereikt worden, maar moet het uitgangspunt niet zijn dat gestreefd wordt naar het voorkomen van alle overschrijdingen, behoudens in geval van overmacht?

De beperkingen liggen op het gebied van middelen en menskracht. Omdat het tot nu toe nooit gelukt is de 15-minutennorm te halen, is nooit nagedacht over de vraag of deze norm voldoende is en of niet een 10-minuten-norm gehanteerd zou moeten worden. Kan de minister hierop ingaan? Het RIVM-onderzoek berekent dat een bedrag van 45 mln gulden nodig is om de 15-minutennorm te halen, maar volgens de regio's ligt dit bedrag veel hoger. Zij ondersteunt het voorstel om per regio te kijken hoeveel geld er nodig is. Het is overigens niet haar bedoeling om te wachten op de uitkomsten van het onderzoek. Er dienen nu reeds extra middelen beschikbaar te worden gesteld.

In het onderzoek van het RIVM is een aantal factoren niet meegenomen. Er wordt geconstateerd dat een betere spreiding nodig is, maar de kosten hiervan zijn niet berekend. Er is door andere sprekers al gewezen op het ten onrechte in mindering brengen van de doelmatigheidswinst van 20–46 mln gulden. Ook de derde geldstroom, die momenteel vanuit gemeenten en provincies naar de noodlijdende ambulancezorg toegaat, wordt niet meegenomen in de berekeningen. Om welk bedrag gaat het en is de minister bereid om deze tekorten aan te vullen? Ook een andere regeling van de piketdiensten is wenselijk. Verder worden aanbevelingen gedaan om de verschillende cao's te harmoniseren. Is de minister bereid om het bedrag van 40 mln gulden dat Ambulancezorg Nederland vraagt, beschikbaar te stellen? De minister heeft als reactie op het rapport tot nu toe 10 mln gulden beschikbaar gesteld, terwijl de sector aangeeft dat 90 mln gulden nodig is.

Bij de aansturing van de ambulancezorg zijn voor haar fractie twee zaken van belang, een ongedeelde ambulancezorg en een publiek aangestuurde ambulancezorg. Zij acht concurrentie bij de ambulancezorg uit den boze. Toch heeft zij in de nota over het nieuwe stelsel gelezen dat marktwerking getest zal worden bij het ambulancevervoer. Hoe valt dit te rijmen?

Haar fractie is niet voor sturing door verzekeraars, al leidt dit wellicht tot een gemakkelijker afstemming met andere zorgsectoren. Ambulancezorg is evenals politie en brandweer een belangrijk onderdeel van de rampenbestrijding en daarmee een publieke taak, die publiek betaald en geregeld moet worden. Ziekenhuizen zijn vaak private instituten. In de praktijk blijkt dat vele ziekenhuizen zonder landelijke sturing gesloten worden. Een landelijke aansturing van kwaliteit en spreiding is bij de ambulancezorg absoluut noodzakelijk.

Zij wijst tot slot op de slechte samenwerking tussen ambulancezorg en ziekenhuizen, waardoor ambulancepersoneel soms van ziekenhuis naar ziekenhuis moet rijden met een patiënt. Wat gaat de minister hieraan doen?

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie) spreekt zijn waardering uit voor het RIVM-rapport. Een van de hoofdconclusies is dat er sprake is van hoog-

waardige ambulancezorg. Toch zijn er verbeteringen mogelijk. Hij is het volledig eens met het streven om het gemiddelde cijfer van 8,7 omhoog te brengen. Het betreft dan de organisatie, de spreiding van standplaatsen en de afronding van het proces van RAV-vorming. In het rapport wordt het exploitatietekort op basis van 1999 geraamd op 23 mln gulden, terwijl uit de diverse brieven blijkt dat het tekort in de verschillende regio's fors is. De minister gaat ervan uit dat de sleutel om het exploitatietekort aan te pakken in de RAV-vorming ligt. Hij waagt dit te betwijfelen. In Noord-Brabant is dit proces praktisch afgerond, terwijl het exploitatietekort 15 mln gulden bedraagt. Is de schatting van 23 mln gulden reëel? In het RIVM-rapport wordt gesproken over investeringsmaatregelen die nodig zijn in verband met intensivering van de kwaliteit. Ligt uitvoering van al deze maatregelen besloten in het bedrag van 22 mln gulden voor kwaliteitsverbetering?

Het is hem opgevallen dat de kosten van ambulancevervoer verschillen van f 300 tot f 15 000 per rit. Wat betekent dit, gerelateerd aan de discussie over het zorgstelsel? Wat betekent het om de verzekeraars een prominente rol te geven? Is het denkbaar dat dit gaat doorwerken in de premiestelling?

De minister motiveert haar voorkeur om de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het ambulancevervoer bij de verzekeraars te leggen vanuit de stelling dat ambulancevervoer vooruitgeschoven ziekenhuiszorg is. Zijn fractie is van mening dat ambulancevervoer niet op dezelfde manier kan worden behandeld als andere vormen van vraaggestuurde zorg. De parallel met brandweer en politie dringt zich hier op. Het is niet onlogisch daarbij te denken in de richting van een vergelijkbare financierings- en verantwoordelijkheidsstructuur. Hoe past de sturende rol van verzekeraars bij de regionalisering van de RAV's? Ook voor zijn fractie staat het als een paal boven water dat de publieke belangen publiek geborgd dienen te worden. Is de minister bereid deze vragen te betrekken bij de definitieve standpuntbepaling in het najaar? Hij zou het betreuren als de minister haar oordeel al definitief gevormd heeft. In de brief van 29 juni stelt de minister dat zij met de CPA's en de ambulancezorg wil aansluiten bij de veiligheidsregio's. Het ligt dan niet voor de hand om voor een andere bestuurlijke verantwoordelijkheid te kiezen. Zijn fractie heeft altijd gepleit om de functionele en bestuurlijke regio's gelijk te trekken. Verschillende verantwoordelijkheden kunnen elkaar belemmeren of tegenwerken in geval van een noodsituatie.

Hij wijst tot slot op het feit dat de aanrijtijden in de verschillende landen variëren van 6,5 minuut tot 19 minuten en vraagt zich af waar de 15-minutennorm vandaan komt. Hij zou graag zien dat de exercitie wordt gemaakt wat het voor de gezondheidsrisico's, de kosten en de efficiency betekent als je de aanrijtijd op 10 of op 20 minuten zou stellen. Belangrijk is hoe lang iemand zonder buitensporige risico's in een ambulance kan verblijven.

Mevrouw **Van Vliet** (D66) vindt het RIVM-rapport een zeer goed rapport. Een gemiddeld cijfer van 8,7 voor de ambulancezorg is zeer goed, al moet het streven blijven om dit cijfer nog te verbeteren.

De minister heeft het budgetmodel van 1998 aangepast. In het nieuwe budgetmodel wordt meer rekening gehouden met verschillen tussen dunbevolkte gebieden en steden. Dat is ook terug te vinden in de bekostiging. Hoewel dit een stap op weg is naar het beter invoegen van de beschikbaarheidsfactor, worden zaken zoals de piketdiensten, de mate van zorgvraag en de congestie niet meegewogen in het rapport. Kan de minister een toelichting geven op haar antwoord op schriftelijke vragen dat dit regionaal moet gebeuren en daarom niet in de wet hoeft te worden opgenomen?

Zij sluit zich aan bij de opmerkingen over de ingeboekte doelmatigheids-winst en de saneringsregeling.

Zij is van mening dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg neergelegd dient te worden bij de zorgverzekeraars, maar dat betekent niet dat daarmee marktwerking ingevoerd wordt in de ambulancezorg. Hoewel de ultieme taak van zorgverzekeraar is om prikkels te geven om doelmatigheid en kwaliteit te verbeteren, is bij de kraamzorg gebleken dat in een dergelijke setting minimumkwaliteitseisen nodig zijn. In het geval van de ambulancezorg ontvangt de zorgverzekeraar de budgetten, geeft deze door aan de ambulancezorg en zorgt voor een goede samenhang in de zorgketen. Hierbij is de rol van de overheid als toezichthouder op de kwaliteit en als planner op landelijk niveau nodig. Er is indertijd afgesproken dat de uitvoering in de gezondheidszorg meer op regionaal niveau gelegd zal worden. Daarbij moet voorkomen worden dat de regiogrenzen verstikkend gaan werken. Een landelijke planning kan dat voorkomen. De zorgverzekeraar kan een belangrijke rol vervullen als aanstuurder bij de regionale uitwerking. Zij is niet bang dat een landelijke planning en een regionale uitwerking bij de ambulancezorg in botsing zullen komen met de wijze van aansturing bij brandweer en politie, omdat de minister in geval van rampenbestrijding spreekt over opschaling. Belangrijk is in dit verband de vraag wat de taak is van de regionale geneeskundige functionaris. Communiceert hij de taken van de landelijke overheid door of krijgt hij een onafhankelijke positie? Het is zaak ervoor te zorgen dat er zo min mogelijk schijven zijn, waarbij de keuze voor de schijf van de zorgverzekeraar meer voor de hand ligt dan van de provincie. Hoe denkt de minister hieraan invulling te gaan geven?

De minister volgt de suggestie van het RIVM-rapport om de problemen in RAV-verband op te lossen. Er zijn echter in een groot aantal regio's knelpunten waardoor de ontwikkeling van de RAV tot stilstand is gekomen. Wat gaat er gebeuren om het proces weer vlot te trekken?

Het is haar opgevallen dat de verpleegkundigen in de ambulancezorg in de regio Den Haag een zeer afstandelijke relatie hebben met de huisarts. De minister ziet een goede ketenzorg als een taak voor de zorgverzekeraars. Kan zij dit onderwerp meenemen in het project «Versterking ambulancezorg», zodat er meer begrip ontstaat voor elkaars werk en meer samenwerking? Hoe is de stand van zaken op het gebied van een aantal secundaire arbeidsvoorwaarden en de rechtspositieregeling? Wat zal er gedaan worden aan scholing voor het verplegend personeel?

Het antwoord van de regering

De **minister** vindt het RIVM-rapport van de drie organisaties RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) en CTG (College Tarieven Gezondheidszorg) begeleid door de commissie-Wolfson een goed rapport, al is het jammer dat het erg lang heeft geduurd voordat het onderzoek werd uitgevoerd, waardoor nu pas een goed inzicht verkregen is in de problemen in de ambulancezorg. Het was zonder dat inzicht niet mogelijk om een goed beleid te voeren. Nu het onderzoek er eenmaal ligt, is het zaak het beleid in een hogere versnelling te zetten. Er is overigens in de tussentijd wel het een en ander gebeurd. Het CTG heeft een aantal malen financiële hulp geboden aan individuele ambulancediensten met problemen, terwijl ook sommige provincies en gemeenten financieel zijn bijgesprongen in geval van nood. Zij spreekt haar erkentelijkheid hiervoor uit.

Zij is trots op het oordeel dat het rapport uitsprekt over de ambulance-sector. Het cijfer van gemiddeld 8,7 is heel bijzonder. De kwaliteit van de mensen die in Nederland in de ambulancesector werken, is voortreffelijk. Er is nu een goed objectief beeld ontstaan van de toestand in de ambulancewereld. Alle instellingen zijn onderzocht. Bij de vergelijking is steeds dezelfde meetlat gehanteerd. Toch zou de ambulancezorg volgens het rapport nog doelmatiger georganiseerd kunnen worden. Soms strijden individuele belangen met elkaar wat de efficiency niet bevordert.

Daarnaast zijn de standplaatsen niet optimaal verdeeld en te veel gebieden zijn niet binnen 15 minuten bereikbaar. Het rapport laat zien dat het openen van de grenzen tussen provincies en regio's het mogelijk zou maken Nederland als een geheel te bekijken en een dynamisch standplaatsenbeleid op te zetten, waardoor in plaats van 11% nog slechts 8,4% van de mensen in Nederland niet binnen 15 minuten te bereiken is. Ook het invoeren van moderne communicatiesystemen in deze sector zal het, evenals bij de politie en de brandweer, mogelijk maken dat men op ieder moment weet waar welke ambulance zich bevindt.

Er dienen op zo kort mogelijke termijn een aantal zaken aangepakt te worden. Dat is om te beginnen de vorming en de wettelijke inbedding van de RAV (Regionale Ambulance Voorziening). Daarnaast dienen de spreiding en de beschikbaarheid verbeterd te worden door open regiogrenzen en een dynamisch standplaatsenbeleid. Verder moet getracht worden nog doelmatiger te gaan werken. Om dit proces te faciliteren zal binnenkort het project «Versterking ambulancezorg» opgestart worden, dat tot doel heeft dat er voor januari 2003 in iedere regio een RAV gerealiseerd wordt. Ook dient er gewerkt te worden aan de professionalisering van bestuur en management van de RAV. AmbulanceZorg Nederland en de Zorgverzekeraars Nederland staan volledig achter deze lijn.

Wat de sturing betreft gaat het bij de ambulancezorg om twee verschillende taken. De eerste is de dagelijkse routine ambulancezorg. Dat is 90% van de werkzaamheden. Daarbij is sprake van een keten waarvan ook het ziekenhuis en de huisarts deel uitmaken. Om die reden is zij ervoor om hier te kiezen voor een sturing binnen de zorg, ook al gaat het hier om de borging van publieke belangen en niet om een open marktwerking. De tweede taak is de ambulancezorg bij grote en ernstige ongevallen, waarbij gecoördineerd opgetreden moet worden tussen politie, brandweer en de geneeskundige hulpverlening. Dit blijft ook in haar visie een taak van het openbaar bestuur.

Zij heeft van verschillende kanten kritiek beluisterd dat zij bij het in ontvangst nemen van het rapport duidelijk een eigen voorkeur heeft uitgesproken over de besturingssystematiek. Het RIVM-rapport heeft aangetoond dat helderheid nodig is op het vlak van de sturing en dat het tot stand brengen van de RAV-vorming grote urgentie heeft. Zij vond het om die reden verantwoord om als minister vast uit te spreken naar welke vorm van sturing haar voorkeur uitgaat. Dit betekent niet dat zij het overleg met betrokken partijen niet serieus zal voeren en niet zal luisteren naar hun inbreng. De Kamer moet haar opvatting echter wel zien als een zeer stellig voornemen. Het is in de afgelopen zomermaanden niet gelukt een bestuurlijk overleg met alle betrokken partijen te organiseren. Zij zal na dit overleg te hebben gevoerd begin november haar definitieve standpunt kenbaar maken.

Overigens heeft zij haar standpunt niet van de ene op de andere dag gevormd. In de nota «Met zorg verbonden» uit 1997 stond al dat de ambulancezorg een onderdeel van de gezondheidszorg is en geen vervoer. In de jaren daarna heeft de ambulancezorg zich steeds sterker geprofileerd als zorgvoorziening. De ambulancezorg vervult een sleutelrol in de spoedeisende gezondheidszorg en hangt nauw samen met huisartsenzorg en ziekenhuiszorg. Zij geeft daarom ook de voorkeur aan de term «ambulancezorg» in plaats van ambulancevervoer. De ambulancezorg is een vooruitgeschoven ziekenhuispost maar wordt ook steeds meer gebruikt als een voorpost van de eerstelijnszorg. Via het nummer 112 komen de spoedmeldingen binnen. Door de ontwikkelingen van de laatste jaren is de meldkamer van de RAV steeds sterker het centrale punt in de regio geworden, dat zicht heeft op de beschikbare capaciteit van de ziekenhuizen en langzamerhand uitgroeit tot de acute zorgcentrale. In Drenthe en in Tilburg heeft men reeds een combinatie van de huisartsenpost en de meldkamer van de RAV gerealiseerd. Hierdoor is een samenwerkingssituatie gegroeid. Een patiënt die belt kan op deze

wijze zo nodig van de huisartsenpost naar de RAV worden doorverwezen of omgekeerd. Het is meer een kwestie van collocatie. De bekostiging van de ambulancezorg heeft altijd plaatsgevonden uit de premiemiddelen op grond van de Ziekenfondswet. Zij zou graag zien dat de ambulancezorg in het tweede compartiment gepositioneerd blijft. Het RIVM-rapport wijst erop dat het huidige systeem, waarbij de provincie bepaalt en de verzekering betaalt, niet logisch is. De stelregel zou moeten zijn: wie bepaalt, betaalt. Hieruit volgt dat het in verband met duidelijke verantwoordelijkheden gewenst is dat beide zaken of bij de provincie of bij de zorgverzekeraar berusten.

Zij zou het begrip «privatisering» niet willen gebruiken bij deze operatie. Ambulancezorg is nooit per definitie een overheidstaak geweest. De zorgplicht lag hier bij de verzekeraars, de uitvoering was privaat en de gemeenten hadden een vangnetfunctie. Als de ambulancezorg via een privaat initiatief niet tot stand kwam, was het aan de gemeente om een gemeentelijke ambulancedienst te organiseren. De planningsbevoegdheid lag bij de provincie. Gezien de huidige ontwikkelingen ziet zij geen goede argumenten meer om de verantwoordelijkheden zoals deze er nu liggen, te handhaven. Het concept van de RAV en de Kwaliteitswet zorginstellingen in aanmerking genomen en de wijze waarop in de gezondheidszorg de sturingsverantwoordelijkheden bij zorgverzekeraars worden gelegd, is het een logische conclusie om de zorgverzekeraar voor de aansturing te laten zorgen en ook voor de planning.

Een vereiste daarbij is wel dat de overheid de publieke belangen waarborgt. De overheid blijft in algemene zin verantwoordelijk voor een systeem dat toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid garandeert en voldoende financiën ter beschikking heeft. De juristen van haar ministerie onderzoeken momenteel of het mogelijk is gebruik te maken van de systematiek uit de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV), omdat deze wet de minister de mogelijkheid geeft om vergunningen af te geven. Daarbij kunnen bepaalde instellingen worden aangewezen voor bepaalde taken. De wet kent ook de mogelijkheid om prestatie-eisen te stellen. Toegankelijkheid, beschikbaarheid, bereikbaarheid, en kwaliteit en financiering kunnen dan gekoppeld worden aan het voldoen aan die eisen. Een alternatieve weg zou wellicht een wijziging van de Wet ambulancevervoer kunnen zijn. Overigens wordt op dit moment ook gekeken of verrichtingen die niet meer bijzonder zijn, uit de WBMV geschrapt kunnen worden.

Voor haar blijft het belangrijkste argument om de ambulancezorg net als het ziekenhuis te behandelen dat de ambulancezorg een vooruitgeschoven ziekenhuisvoorziening is. De criteria voor de planning en de planning zouden bij de overheid moeten berusten, maar de RAV en de verzekeraar kunnen samen voor de lokale invulling zorgen. Het planningsskader van de overheid zou bijvoorbeeld kunnen aangeven dat een zo groot mogelijk percentage – 100% zal nooit haalbaar zijn – van de Nederlandse bevolking binnen 15 minuten voor de ambulancezorg bereikbaar moet zijn. De RAV en de verzekeraar kunnen vervolgens bekijken op welke wijze zij hieraan in de provincie invulling geven. Zij zijn op de hoogte van de lokale en de verkeerssituatie.

Een ander argument om te kiezen voor een aansturing van verzekeraars binnen de door de overheid wettelijk vastgelegde kaders is dat verzekeraars een doelmatigheidsprikkel hebben. Zij hebben een budget voor de collectief vastgestelde premie en zij kunnen zelf een nominale premie heffen. Omdat zij deze nominale premie laag willen houden, hebben ze er belang bij dat de RAV zo doelmatig mogelijk werkt. Uit het rapport valt op te maken dat de niet-gemeentelijke ambulancediensten zeker zo efficiënt werken als de gemeentelijke diensten. Ook het argument van open grenzen pleit voor een aansturing door verzekeraars.

Verschillende sprekers hebben hun voorkeur uitgesproken voor een regeling waarbij de ambulancezorg in een hand wordt gehouden met brand-

weer en politie. Zij wijst erop dat de politie regionaal georganiseerd is, maar onder de minister valt, terwijl de brandweer onder de gemeente valt. Er is dus geen sprake van een gezamenlijke aansturing van brandweer en politie in de dagelijkse routine. Gezamenlijke aansturing vindt alleen plaats bij een ramp of een grootschalig ongeval. Daarbij veranderen de gezagsverhoudingen en treedt de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen, de «Rampenwet» in werking. De regionaal geneeskundig functionaris is dan verantwoordelijk voor het geneeskundig hulpverleningsproces, maar een daartoe aangewezen burgemeester heeft het opperbevel. De commandant brandweer krijgt de operationele coördinatie over alle hulpdiensten, tenzij de burgemeester anders bepaalt. In een dergelijke situatie moeten rood, wit en blauw strak met elkaar samenwerken onder een aansturing. In de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen staat dat ziekenhuizen en de CPA – straks de RAV – zich moeten voorbereiden op hun functioneren bij rampen en zware ongevallen. De regionaal geneeskundig functionaris functioneert als een schakel tussen het verantwoordelijk bestuur bij de geneeskundige hulpverlening en de betrokken zorginstellingen. Hij moet ervoor zorgen dat de patiënten die door de ambulances vervoerd worden, een goede plek krijgen en dat uit de belendende regio's indien nodig extra ambulances worden toegevoegd. Ambulancezorg Nederland en de Raad van regionaal geneeskundig functionarissen bereiden momenteel een convenant voor, waarin de GHOR-taken van de RAV en de relatie met de GHOR-regio's inzichtelijk worden gemaakt, inclusief kostencomponenten, berekeningsmethoden en normstellingskader. De minister zal dit convenant na gereedkoming aan de Kamer voorleggen. De Rgf wordt benoemd door het regionaal GHOR-bestuur, de gemeente. Hij stuurt bij rampen niet alleen de ambulances, maar de hele zorgketen inclusief de ziekenhuizen aan. Er is in de routine-situatie dus een andere sturing dan bij rampen, maar dit geldt ook voor de ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben in de dagelijkse gang van zaken te maken met de zorgverzekeraar, maar krijgen bij een ramp met een aansturing door het openbaar bestuur te maken. De extra ambulance-rekeningen komen dan op de begroting van de minister van Binnenlandse Zaken. Het is natuurlijk belangrijk dat zowel ambulancediensten als ziekenhuizen blijven oefenen in het kader van de GHOR. Ook hier speelt de discussie of daar extra geld voor beschikbaar moet worden gesteld. Er bestaat volledige overeenstemming met BZK over de opschalingssituatie in geval van rampen. Er zijn 25 veiligheidsregio's. In elke regio is een meldkamer op een locatie voor rood, wit en blauw. Een modern ondersteuningsprogramma optimaliseert de samenwerking tussen rood, wit en blauw. Het systeem C2000 kan grensoverschrijdend werken en vervangt de huidige gebrekkige informatiesystematiek. Zij is blij dat de staatssecretaris van BZK voor de uitvoering hiervan steun heeft gekregen. Zij komt vervolgens te spreken over het budget. Ondanks het feit dat het nog geen Prinsjesdag is, is zij bereid om mededeling te doen van het beschikbaar te stellen bedrag. Er is volgens het rapport een exploitatie-tekort van 23 mln gulden op basis van de cijfers van 1999. Dit bedrag wordt door de onderzoekers goed onderbouwd, terwijl ook de commissie-Wolfson het een reëel bedrag acht. Verder is 22 mln gulden nodig voor verbetering van beschikbaarheid en kwaliteit. Dat is bij elkaar een bedrag van 45 mln gulden. Dit geld zal per 1 januari 2002 beschikbaar worden gesteld. De passage over het inboeken van de doelmatigheidswinst is kennelijk niet duidelijk geformuleerd. Zij biedt hiervoor haar excuses aan. Zij zou het niet fatsoenlijk vinden om de doelmatigheidswinst van 20 mln gulden die in de toekomst misschien kan worden verkregen, nu al te gaan incasseren. De kans om doelmatig te werken begint pas na het tot stand brengen van een heldere aansturing en de RAV-vorming. Naast het bedrag van 45 mln gulden zal er met ingang van 1 januari 2002 extra geld beschikbaar komen voor versterking van ICT. Dit staat los van de middelen die beschikbaar worden gesteld voor C2000, het geavanceerde systeem

waarmee rood, wit en blauw moeten kunnen communiceren bij rampen. Dit bedrag komt voor rekening van de begroting van Binnenlandse Zaken. Er zal een aparte saneringsregeling worden getroffen voor de ambulance-sector. Als gevolg van de RAV-vorming zullen ambulancediensten niet in de huidige setting maar in een bredere context doorgaan, wat alle mogelijke saneringskosten tot gevolg kan hebben. Deze kosten mogen niet op de sector blijven drukken. Het bedrag van minstens 30 mln gulden dat hiervoor nodig is, komt uit het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten. Ten slotte is ook geld gereserveerd voor de harmonisatie van de arbeidsvoorwaarden in het kader van de Van Rijn-gelden. Het hiervoor benodigde bedrag zal worden vastgesteld in de onderhandelingen tussen werkgevers en werknemers. Het moet mogelijk zijn om met de nu beschikbare gelden de grote slagen te maken in het komende jaar, hoewel er in de jaren daarna ongetwijfeld opnieuw extra geld nodig zal zijn voor verdere verbeteringen.

Het project «Versterking ambulancezorg» is, zoals gezegd, gericht op het realiseren van de RAV's, een optimale spreiding, een verbetering van de doelmatigheid, het invoeren van een dynamisch plaatsbepalingssysteem en een professionalisering van management en bestuur. Het doel is dat er voor januari 2003 in iedere regio een RAV wordt gerealiseerd. Dit is tot nu toe slechts in zes regio's gelukt. Er zal daarom per twee regio's een speciale projectmanager worden aangewezen die tot taak heeft om de partijen aan te sporen de RAV daadwerkelijk tot stand te brengen. Er komt per regio een projectteam, waarin de RAV, de zorgverzekeraar, de regionaal geneeskundig functionaris en de procesmanager zitten. Het zwaartepunt van het project ligt in de regio's. Zij is het er mee eens dat de stagnatie bij de totstandkoming van de RAV's voor een deel te wijten is aan een gebrek aan helderheid over de verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Het is zaak dat deze helderheid er nu snel komt. Los van de bestuurlijke voorziening waarvoor wordt gekozen, zal altijd een aantal partijen nodig zijn om de regionale ambulancevoorziening te realiseren. Zij ziet de RAV als een gezondheidsvoorziening, een samenvoeging van de ambulancezorg en de centrale post, die heel goed in de vorm van een stichting kan worden gerealiseerd, evenals ziekenhuizen en verpleeginstellingen.

De hulp aan onverzekerden is precies hetzelfde geregeld als bij de ziekenhuizen. Volgens CTG-beleidsregels gaat het hier om dubieuze debiteuren. Het College voor zorgverzekering buigt zich momenteel over de voorstellen voor het Waddenfonds. De Kamer zal hierover daarna geïnformeerd worden.

Nadere gedachtewisseling

Mevrouw **Van der Hoek** (PvdA) vindt het bemoedigend dat de minister een budget van 45 mln gulden beschikbaar stelt. Een aantal door de regio's aangegeven knelpunten kan hiermee worden opgelost, al zal met de harmonisatie van de arbeidsvoorwaarden een flink bedrag gemoeid zijn.

Zij is minder optimistisch dan de minister over de organisatie in geval van rampen en grootschalige ongevallen. De wijze waarop de publieke borging in een dergelijke situatie is veiliggesteld, is haar niet duidelijk. Zij is blij dat de minister in overleg zal treden met de verschillende partijen alvorens zij in november met een definitief standpunt komt. Zij blijft van mening dat de sturing bij rampenbestrijding in publieke handen moet blijven bij provincie en gemeente. Zij ziet er niets in om de publieke borging bij de rijksoverheid en de minister neer te leggen. Wat moet zij zich overigens voorstellen bij het begrip «doelmatigheid» als het gaat om basiszorg?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) merkt op dat haar harde toon in eerste termijn vooral is ingegeven door de term «beleidsstandpunt» in de brief van 3 september 2001. Zij is blij dat het blijkt te gaan om een stellig voor-nemen, waarover nog overleg met betrokken partijen gaat plaatsvinden. Dit verandert inhoudelijk echter niets aan haar standpunt. Zij is er niet gerust op dat de voorstellen van de minister om de sturing en planning bij de zorgverzekeraars neer te leggen de beoogde doelmatigheidswinst en verbetering zullen opleveren. De toegankelijkheid van de zorg voor de burger komt in eerste instantie terecht bij de gemeen-telijke overheid. Zij ziet duidelijk voordelen in de publieke verankering van de routinezorg en zeker van de zorg bij grootschalige rampen. Zij is beducht dat de grenzen die de verzekeraar trekt en de publiek getrokken grenzen voor de rood, wit en blauw-zaken met elkaar in conflict komen. Zij wil graag het standpunt van de minister in november afwachten.

De heer **Weekers** (VVD) merkt op dat zijn ervaringen met provinciale spreidingsplannen niet positief zijn. De afstemming tussen provincies is vaak slecht. Ook uit het RIVM-onderzoek blijkt dat deze zaken veel beter landelijk bekeken kunnen worden. Hij is ervoor om de regionale ambulancevoorzieningen de zaken lokaal te laten uitwerken samen met de zorgverzekeraars, waarbij de minister in het kader van de publieke borging het laatste woord heeft. Als de minister zich garant stelt voor toegankelijkheid, bereikbaarheid, beschikbaarheid, kwaliteit en financiën is daarmee de publieke borging gewaarborgd. Wat de publieke borging in geval van een GHOR-optreden betreft, bevindt zijn fractie zich op een lijn met de minister. Om snel knopen door te kunnen hakken, moet er een verantwoordelijke zijn. De minister moet bij geschillen met spoed een aanwijzing kunnen geven.

Het wekt vertrouwen dat de minister op financieel gebied schoon schip wil maken, zodat de RAV's met een schone lei kunnen beginnen. Kan zij de Kamer op de hoogte houden van de voortgang van het project «Versterking ambulancezorg» en van het tijdpad op het gebied van wijziging van de betreffende wetgeving?

Hij is blij dat de coördinatie tussen BZK en VWS op het gebied van rampenbestrijding en traumazorg een forse verbetering te zien geeft. Hij wijst in dit verband op de noodzaak van een goede samenwerking tussen ambulancediensten en traumazorg.

De heer **Buijs** (CDA) is verheugd dat de minister uiteindelijk meer een grootgrutter dan een kruidenier blijkt te zijn en complimenteert haar met het ter beschikking stellen van een bedrag van 45 mln gulden. Hij blijft ernstige problemen houden met haar keuze om de sturing van de ambulancezorg bij de verzekeraars te leggen. Ambulancezorg is inderdaad een onderdeel van de keten van zorg, maar functionele en bestuurlijke samenwerking hoeven niet haaks op elkaar te staan. Hij kiest voor een publieke aansturing en verzoekt de minister om de meerderheid van de Kamer hierin als leidraad te nemen.

De heer **Van der Vlies** (SGP) wil het standpunt van de minister over de besturingssystematiek in november afwachten. Hij geeft daarbij wel de randvoorwaarde mee dat de borging van de publieke belangen deugdelijk en duurzaam geregeld moet zijn.

Dat de minister een bedrag van 45 mln gulden ter beschikking stelt, is meer dan hij had verwacht. Wanneer hierbij het bedrag voor de sanerings-regeling en een bedrag in de sfeer van de opschaling van de arbeidsvoorwaarden geteld wordt, komt de claim van Ambulancezorg Nederland voor 2002–2004 aardig binnen bereik te liggen.

Mevrouw **Kant** (SP) moet bekennen dat de minister meer geld ter beschikking stelt dat zij had verwacht, al had zij het wel een blamage gevonden als het geld er niet gekomen zou zijn.

Zij heeft op een aantal in eerste termijn gestelde vragen geen antwoord ontvangen. Het betreft de inventarisatie van de problemen en tekorten per regio, de gelden voor de verbetering van de spreiding, de voorfinanciering door gemeenten en provincies, de piketdiensten, het terugbrengen van de 15-minutengrens en de samenwerking tussen personeel ambulancedienst en ziekenhuizen. Kan de minister hier alsnog op ingaan? Haar fractie zal in november op de kwestie van de sturing terugkomen.

De heer **Rouvoet** (ChristenUnie) is blij met het toegezegde bedrag van 45 mln gulden per 1 januari 2002. Hij deelt de zorg van de Kamer over een sturing en planning door verzekeraars. Hij hoopt dat de minister in november nader zal ingaan op de veiligheidsregio's en de afbakening van verantwoordelijkheden. Hij is het ermee eens dat brandweer en politie verschillend worden aangestuurd maar wijst erop dat dit wel publiek gebeurt en niet via verzekeraars.

De minister legt de nadruk op ambulancezorg in plaats van ambulancevervoer. Betekent dit dat de aansprakelijkheid van het ambulancepersoneel op dezelfde wijze moet worden verstaan als in ziekenhuizen? Hij herinnert aan zijn in eerste termijn gestelde vraag over een exercitie op het gebied van de aanrijtijden. Hij voegt hier nog een andere vraag aan toe. Moet niet meer onderscheid gemaakt worden tussen het ter plaatse brengen van een mobiel medisch team en de noodzaak van het vervoer? De aanrijtijden hebben vaker betrekking op het ter plekke brengen van het personeel dan van vervoer. Is hier ruimte om met de aanrijtijden op een andere wijze om te gaan?

Mevrouw **Van Vliet** (D66) is blij met de toezegging op het financiële terrein en het feit dat het misverstand van de in te boeken doelmatigheidswinst is weggewerkt. Zij vraagt opnieuw hoe de beschikbaarheidsfactor in het nieuwe budgetmodel wordt verwerkt. Zij kan zich in de wijze van sturing door de minister tot op grote hoogte vinden, maar op het vlak van de planning bestaat een verschil van inzicht. De minister legt ook de planning bij de zorgverzekeraar, terwijl zij de planning landelijk geregeld zou willen zien. De uitvoering kan dan via de zorgverzekeraars lopen. Wil de minister dit punt bij haar besluitvorming betrekken?

De **minister** merkt op dat de definitieve standpuntbepaling over de sturing in november komt. Zij zal in de uitwerking van het projectplan zoveel mogelijk antwoord proberen te geven op een aantal opmerkingen en vragen die vandaag aan de orde zijn gesteld en waarop zij nu het antwoord schuldig is gebleven. Zij heeft de opvattingen van de Kamer over de sturing goed begrepen. Zij zet vervolgens kort nogmaals uiteen hoe de sturing het beste geregeld kan worden. De dagelijkse routine-situatie ambulancezorg is in de keten van de curatieve zorg en de acute hulpverlening een zorgvoorziening. De zorgverzekeraar ziet in die situatie toe op een zo hoog mogelijke doelmatigheid en overlegt hierover met de RAV. Doelmatigheid betekent in haar visie dat de verhouding tussen het budget en de productie zo gunstig mogelijk is. Als er geen sprake is van rampen, kan de zorgvoorziening zich voegen in het hele systeem van zorgvoorzieningen in het tweede verzekeringscompartiment met dezelfde rol voor verzekeraars. Ook de politie en brandweer hebben in de dagelijkse routine hun eigen baas, respectievelijk provincie of gemeente. Bij een ramp wordt de gezagsrelatie het gemeentebestuur met de burgemeester als opperbevelhebber. Rood, wit en blauw hebben te doen wat hij zegt. Bij de Ambulancezorg zit daar de regionaal geneeskundig functio-

naris tussen. De «Rampenwet» gaat dan draaien. Zij zal deze zaken in haar definitieve voorstel zo goed mogelijk uitwerken.

Zij is het ermee eens dat ook in de dagelijkse gang van zaken de publieke belangen veiliggesteld moeten worden. Zij zal in november laten weten hoe zij daar juridisch vorm aan denkt te geven.

Wat de verdeling van de budgetten in de dagelijkse gang van zaken bij verzekeraars betreft, zal gewerkt worden met een verdeelmodel waarbij rekening wordt gehouden met het feit dat de ene regio dunbevolkt is en de andere een stedelijk gebied is. Deze parameters worden verwerkt.

Zij zal als minister het plannings- en spreidingsplan voor het hele land met de daarbij geldende criteria meegeven aan de lokale partijen. Zij zal vervolgens de voorstellen van de lokale partijen vaststellen. Zij geeft toe dat de samenwerking tussen de provincies inderdaad niet altijd optimaal is.

Zij heeft in de ambulancewereld steun aangetroffen voor haar keuze op het gebied van de sturing, ook bij de LFAZ (Landelijke Federatie Ambulancezorg). Zij verwacht dat het introduceren van verzekeraars geen vertraging maar eerder versnelling zal opleveren.

Het gaat bij de aanrijtiden inderdaad om het ter plekke brengen van de hulpverleners. Zij zal deze gedachte bij de uitwerking van de verdere plannen meenemen.

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

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