



De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
CZ-EKZ 2811255			12 nov. 07
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Stand van zaken ambulancezorg			

De vaste kamercommissie Volksgezondheid heeft mij verzocht u een "stand-van-zaken"-brief te zenden met betrekking tot de ambulancezorg. Deze brief dient tevens als voorbereiding op het geplande Algemene Overleg (AO) ambulancezorg van 29 november aanstaande. Daarnaast heeft uw Kamer mij tijdens het vragenuur d.d. 2 oktober 2007 gevraagd om voor de behandeling van de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport een reactie te geven op het rapport "Ambulances in-zicht, 2006" van AmbulanceZorg Nederland (AZN) en daarbij de mogelijkheden tot verbetering van de huidige prestaties te inventariseren.

In deze brief komen achtereenvolgens de volgende onderwerpen aan de orde:

- Prestaties ambulancezorg 2006;
- Mogelijke oorzaken overschrijdingen;
- Inventarisatie mogelijkheden tot verbeteringen prestaties;
- Financiële problemen B3 stichtingen;
- MICU transport;
- Traumahelikopter.

Prestaties ambulancezorg 2006

Op 28 september jongstleden heeft AZN het rapport "Ambulances in-zicht 2006" aan mij aangeboden. Dit rapport heb ik vervolgens op 12 oktober aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer, 2007-2008, 29247, nr.53) en op 30 oktober aan de Eerste Kamer (Eerste Kamer, 2007-2008, 29835 I) doen toekomen. AZN presenteert in het rapport voor het eerst per regio geaggregeerde cijfers over prestaties in de sector. De ambulancesector is daarmee voorloper op het gebied van openheid en transparantie binnen de zorgsector. De huidige cijfers zullen door de ambulancesector onder andere gebruikt worden voor landelijke verantwoording over prestaties en resultaten, kwaliteitsverbetering door onderlinge vergelijking, beleid en sturing van individuele organisaties en normontwikkeling.

De gepresenteerde cijfers in het rapport wijzen op betere prestaties in regio's waar een Regionale Ambulancevoorziening (RAV) is gevormd. Dit geldt met name voor regio's waar de RAV al langere tijd bestaat. Ten tweede is in de meeste RAV-regio's inmiddels sprake van een gecoloekeerde meldkamer, dit is de fysieke locatie waar de meldkamer voor ambulancezorg, politie en brandweer gezamenlijk zijn gehuisvest. Deze ontwikkeling sluit aan bij het, in juli 2007, aan u aangeboden Wetsvoorstel veiligheidsregio's (Wvvr). Tevens toont het rapport aan dat de sector goed op weg is met het kwaliteitsbeleid. Inmiddels

nadert de sector een HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) certificeringsgraad van 100%. Dit is een zeer goed resultaat in vergelijking met andere sectoren in de zorg. Ten vierde laat de sector op het gebied van personeel en arbeidsomstandigheden positieve resultaten zien, zoals een laag ziekteverzuim en een lage instroom in arbeidsongeschiktheidsregelingen. Dit geeft blijk van grote toegewijde van ambulancemedewerkers én van het feit dat het gevoerde personeelsbeleid binnen de sector zijn vruchten afwerpt.

Naast bovenstaande positieve ontwikkelingen, blijken de prestaties, in de vorm van responstijden en percentage overschrijdingen, een punt van aandacht te zijn. In 2006 zijn in Nederland in totaal 933.718 ambulanceritten verreden, waarvan 62% met spoedkarakter. De spoedritten worden onderverdeeld in A1 (urgent: levensgevaar en/of risico op blijvende invaliditeit) en A2 (spoed, maar geen direct levensgevaar) ritten. De overige 38% bestaat uit planbare ambulancezorg zonder spoedkarakter (B-ritten). Van het totaal aantal A1 ritten (ruim 387.000) bleek 91% binnen 15 minuten ter plaatse te zijn. Landelijk hanteert de sector de veldnorm dat 95% binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn. Deze norm wordt dus niet gehaald. Het aantal ritten buiten deze norm is circa 35.000. De gemiddelde aanrijdtijd van een A1 spoedrit was overigens 10 minuten. Bij A2 ritten worden vergelijkbare prestaties gezien. Bij A2 ritten wordt als veldnorm gehanteerd dat 95% van de bevolking binnen 30 minuten bereikt moet zijn. In 2006 was 92% binnen 30 minuten ter plaatse en bedroeg de gemiddelde aanrijdtijd 17 minuten.

Ter achtergrond, de veldnorm van 15 minuten komt voort uit het streven om patiënten in acute situaties binnen het 'golden hour' naar een ziekenhuis voor verdere behandeling te kunnen vervoeren. Bij de planning van voorzieningen en het beoordelen van de beschikbaarheid wordt als uitgangspunt gehanteerd dat dit binnen 45 minuten (waarvan 15 minuten tussen melding en aankomst ambulance) mogelijk moet zijn. Voor sommige acute aandoeningen, zoals hartstilstand, is dat te lang. Voor andere acute aandoeningen is soms meer tijd beschikbaar alvorens de intramurale behandeling gestart moet worden. De interpretatie van de bovenstaand beschreven prestaties wordt bemoeilijkt vanwege het ontbreken van ziektespecifieke gegevens.

Mogelijke oorzaken overschrijdingen

De prestaties voor het spoedvervoer blijven achter bij de publieke en politieke verwachtingen. In lijn met de ambulancesector zelf zie ik hiervoor de volgende mogelijke oorzaken:

- Aanwijzingen dat nog niet in alle regio's volgens 'best practices' wordt gewerkt:
 - o De afhandeling van de meldingen op de meldkamer vertoont grote verschillen per regio. In de door AZN gepresenteerde cijfers zijn vooral verschillen zichtbaar tussen regio's voor wat betreft tijdsduur van aanneming en uitgifte van de melding. Dit duidt erop dat bij het afhandelen van de melding nog relatief veel tijdsduur te behalen valt.
 - o Daarnaast is er tussen meldkamers differentiatie in de beoordeling van de ernst van een spoedrit; de verhouding A1 ten opzichte van A2 ritten is in sommige regio's erg hoog. Een verbeterde triage op de meldkamer kan ervoor zorgen dat de capaciteit efficiënter ingezet wordt.
 - o RAV vorming is nog niet overal tot stand gekomen. Het rapport van AZN duidt op een positieve correlatie tussen RAV vorming en goede prestaties. Binnen de

huidige Wet ambulancevervoer (Wav) heeft RAV vorming geen wettelijke status en is er dus geen prikkel tot RAV-vorming.

- Het huidige Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid is gebaseerd op cijfers uit 2001. Dit referentiekader is in opdracht van het ministerie van VWS door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) opgesteld en in 2004-2005 geïmplementeerd. Hoewel de provincies binnen de huidige wetgeving verantwoordelijk zijn voor het vaststellen van het regionale spreidingsplan en het landelijk referentiekader nog geen wettelijke status heeft, is het landelijk referentiekader voor veel provincies het uitgangspunt geweest bij het vaststellen van de regionale spreidingsplannen. Ten opzichte van 2001 zijn echter verschillende ontwikkelingen zichtbaar waar de sector mee te maken heeft, waardoor het referentiekader niet altijd meer actueel is. Allereerst is er een toenemende vraag naar ambulancevervoer: in 2006 was het totaal aantal ambulanceritten 16% hoger dan in 2001. Tevens is de verkeersdruk op de Nederlandse wegen de afgelopen jaren flink toegenomen, waardoor de aanrijdtijden voor bepaalde trajecten hoger zullen zijn.
- Voor de implementatie van het eerste Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid is in 2004-2005 extra budget beschikbaar gesteld, namelijk €18 miljoen in 2004 en €30 miljoen structureel vanaf 2005. De ambulancesector geeft aan dat regio's eerst hebben moeten investeren in mensen en middelen om ze vervolgens ook daadwerkelijk in te kunnen zetten. De effecten van de recente investeringen zijn daarom nog niet volledig zichtbaar in de prestatiegegevens over 2006. De verwachting van de sector is dat het effect van deze investeringen de komende jaren nog zal doorwerken.

Inventarisatie mogelijkheden tot verbeteringen prestaties

Om het huidige percentage overschrijdingen terug te dringen zie ik momenteel verschillende mogelijkheden. Ten eerste ligt er een belangrijke taak voor de ambulancesector zelf om de prestaties te verbeteren. Zij zullen vooral resultaten kunnen behalen in het verbeteren van de meldkamerprocessen: een snelle afhandeling van de melding, goede indicatie type spoedrit of niet-spoed. De koepelorganisatie AZN geeft aan dat haar leden het rapport reeds gebruiken om hun primaire processen te verbeteren. Daarnaast is de sector ook bezig om best practices te onderscheiden om verschillende regio's in de gelegenheid te stellen van elkaar te leren.

Van mijn kant heb ik het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) opdracht gegeven om te onderzoeken of de huidige spreiding van uitrukposten en de bestaande capaciteit in het Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid nog adequaat zijn. Inmiddels is dit onderzoek van start gegaan en verwacht ik de resultaten hiervan in mei 2008. Dit onderzoek is een stuk verfijnder dan het eerste onderzoek van enkele jaren terug. Er wordt nu bijvoorbeeld rekening gehouden met factoren als aanrijdtijden op het platteland versus aanrijdtijden in verstedelijkte gebieden, tijdstip van dag, snelheid op wegen, etc. De ritgegevens over 2006 zullen als input dienen voor het nieuwe referentiekader.

De specifieke opdracht voor het RIVM is vierledig:

1. Op basis van een geactualiseerd rijtijdenmodel ambulancezorg een analyse te geven van de spreiding van ambulancestandplaatsen. Centraal is hierbij de vraag hoeveel inwoners van Nederland binnen 15 minuten responstijd kunnen worden bereikt.

2. Een analyse geven van de overschrijdingen in 2006. Dit moet resulteren in een overzicht van de geografische spreiding van overschrijdingen en een analyse van de oorzaken van deze overschrijdingen.
3. Het vaststellen van een spreiding van ambulancezorg op basis van de eerste twee punten.
4. Het vaststellen van de benodigde beschikbaarheid op basis van de gerealiseerde ambulanceritten in 2006 en de in punt 3 vastgestelde spreiding.

Het RIVM wordt tijdens deze opdracht begeleid door een expertteam, welke de randvoorwaarden en uitgangspunten van het onderzoek vaststelt in nauwe samenwerking met het RIVM. Het expertteam bestaat uit vertegenwoordigers van de ambulancesector en de zorgverzekeraars.

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek zal ik het bestaande budget en de verdeling daarvan onder de loep nemen. Ik zal in de tussentijd de ontwikkelingen in de sector nauwlettend blijven volgen en waar nodig met de sector in overleg treden als mogelijke prestatieverbeteringen achterblijven.

Ten slotte vormt het Wetsvoorstel ambulancezorg (Waz) een belangrijk instrument om kwaliteitsverbeteringen in de sector te bewerkstelligen. In de Waz bestaat de mogelijkheid om in een programma van eisen nadere (prestatie)eisen te stellen en krijgt de RAV bovendien een wettelijke status. Bij het formaliseren van de status van de RAV wordt de vergunning niet meer verleend aan een ambulancedienst, maar aan een rechtspersoon, zijnde de RAV. In het verleden is RAV-vorming door het Kabinet gestimuleerd (via ondermeer saneringsregelingen), omdat uit onderzoeken bleek dat (regionale) schaalvergroting (RAV-vorming) en eenduidige verantwoordelijkheidstoedeling betere condities boden voor kwaliteits- en doelmatigheidsverbeteringen van de ambulancehulpverlening. Het onlangs aan u aangeboden rapport "Ambulances in-zicht, 2006" bevestigt dit: daar waar RAV-vorming een feit is, wordt er beter gepresteerd.

Het wetsvoorstel ambulancezorg ligt ter behandeling voor bij de Eerste Kamer. Op 1 augustus jongstleden heb ik de Eerste Kamer middels een brief verzocht om de Waz zo spoedig mogelijk te behandelen (Eerste Kamer, 2006-2007, 29835 H). In deze brief verwijs ik naar eerdere correspondentie uit oktober 2006, waarin ik uiteenzet tot welke risico's verder uitstel van het wetsvoorstel kan leiden (Eerste Kamer, 2006-2007, 29835 F en Eerste Kamer, 2006-2007, 29835 G). De Eerste Kamer heeft besloten de Wet op de ambulancezorg tegelijk te behandelen met de Wet op de veiligheidsregio's (Wvr). Aangezien de Wvr nog aangenomen moet worden in de Tweede Kamer, waarna behandeling in de 1^e Kamer aan de orde is, betekent dit fors uitstel voor de behandeling van de Waz. In de tussentijd blijft de Wet op het ambulancevervoer (Wav) van kracht. Met de RAV-vorming en de vergunningverlening op basis van het programma van eisen zie ik goede mogelijkheden om een substantiële verbetering van resultaten te behalen, die ik onder de huidige Wav niet mogelijk acht. Zoals u uit hierboven beschreven correspondentie kunt opmaken leidt de hierdoor ontstane onzekerheid over (het tijdstip van) de inwerkingtreding van de wet tot onrust bij alle partijen in het veld, die de wet ook zullen moeten implementeren.

In afwachting van de in werkingtreding van de Waz zal ik mij ervoor inspannen om RAV-vorming, binnen mijn mogelijkheden, verder te stimuleren. Ik ben daarom voornemens de

regio's waar nog geen RAV tot stand is gekomen uit te nodigen voor een gesprek over de mogelijkheden en belemmeringen voor RAV-vorming in de specifieke regio.

B3 stichtingen

Een viertal ambulancestichtingen (zogenaamde B3-stichtingen) hebben zich, in verband met financiële problemen, tot mij gewend met het verzoek om een financiële bijdrage ter oplossing daarvan. Bij brief van 1 oktober 2007 (Tweede Kamer, 2007-2008, 25999, nr.11). informeerde ik u over de door mij voorgestane oplossing en de condities die ik daarbij stel. De essentie hiervan is dat ik mij bereid heb getoond om in financiële zin de helpende hand te bieden onder voorwaarden die waarborgen dat een vergelijkbare situatie zich in de toekomst niet nogmaals voordoet. Aan mijn keuze voor een oplossing ligt het onderzoeksrapport van het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) ten grondslag, welke u als bijlage bij mijn brief ontving. De stand van zaken op dit moment is dat ik inmiddels ook in overleg ben getreden met de vakorganisaties en de besturen van de betreffende ambulancestichtingen. Ik zal u van de verdere ontwikkelingen in dit traject op de hoogte houden.

MICU transport

Op 18 juli 2007 heb ik u een brief gezonden waarin ik u verslag heb gedaan van de activiteiten rond de uitvoering van het IC-transport (TK 2006-2007, 30800 XVI, nr. 170). Op 5 november heb ik u een brief gezonden (CZ/TSZ-2802331), waarin ik u informeer over de wettelijke basis voor het transport van patiënten met een mobiele intensive care unit (MICU). Partijen kunnen vanaf nu een vergunning hiervoor aanvragen. De Nederlandse Zorgautoriteit heb ik gevraagd beleidsregels op te stellen voor de bekostiging. Alles is er op gericht het IC-transport per 1 januari 2008 operationeel te hebben.

Traumahelikopter

Ik heb u met mijn brief (Tweede Kamer, 2006-2007, 29247, nr. 35) van 19 januari 2006 geïnformeerd over het onderzoek dat gestart zou worden met inzet van een 24x7 paraat mobiel medisch team met helikopter, de zogenaamde nachtpilot traumahelikopter. In deze pilot wordt onderzocht of inzet buiten de daglichturen verantwoord en veilig kan plaatsvinden en of deze voorziening meerwaarde oplevert ten opzichte van inzet van dit mobiel medisch team met grondgebonden vervoer of inzet van ambulances. Het onderzoek loopt af op 31 oktober van dit jaar. Veel partijen uit Nederland, maar ook de providers die helikopterinzet vanuit het buitenland leveren, hebben data voor dit onderzoek aangeleverd. De wetenschappelijke verwerking wordt door het RIVM en het instituut voor Medical Technology Assessment van de Radboud Universiteit Nijmegen gedaan. De rapportage zal gereed zijn in de derde week van december. Ik zal op basis van de gegevens en conclusies in dit rapport in overleg met de betrokken organisaties en met de verzekeraars treden. Ik ben voornemens u in april 2008 mijn standpunt over de organisatie en financiering van deze bijzondere vorm van acute zorgverlening te doen toekomen. De inzet van de bestaande 24-uurs helikopter en de inzet van de mobiel medische teams met traumahelikopter gedurende 'zicht'-uren op de 3 andere locaties is voornemens tot eind juni 2008 verzekerd.

Tenslotte

De ambulancesector heeft door de presentatie van haar sectorrapport getoond dat zij op weg is naar verdere professionalisering. Ik ervaar het als een positieve ontwikkeling dat de sector zich op deze transparante manier presenteert en daarmee een voorbeeld vormt voor de zorgsector. Hoewel het rapport verschillende positieve ontwikkelingen signaleert, zijn de

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

6

Kenmerk

CZ-EKZ 2811255

huidige prestaties in de sector een punt van aandacht. Inspanningen van de sector zelf en van mijn kant moeten ervoor zorgen dat deze prestaties kunnen worden verbeterd. Ik heb er vertrouwen in dat de genoemde gezamenlijke inspanningen daadwerkelijk kunnen bijdragen aan een goed presterende ambulancesector. Tenslotte is het wetsvoorstel ambulancezorg een belangrijk instrument om kwaliteitsverbeteringen te kunnen bewerkstelligen. Hiermee kunnen prestatie-eisen aan de sector worden gesteld en krijgt de RAV een formele status. Het is van belang dat dit wetsvoorstel spoedig door de Eerste Kamer wordt behandeld.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink