

Vergaderjaar 2009–2010

29 835

Wet ambulancezorg

Nr. 62

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 6 april 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 11 maart 2010 overleg gevoerd met minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 december 2009 met een reactie aan het Veiligheidsbe- raad over de stand van zaken van de implementatie van de Wet op de ambulancezorg (2009Z24708);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 december 2009 over grensoverschrijdend ambulance- vervoer (29 247, nr. 111);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 januari 2010 over de aanrijtijden van de ambulances in Oost-Groningen (29 247, nr. 115);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 maart 2010 d.d. met een schriftelijke afhandeling van de toezegging tijdens het AO Ambulancezorg (29 835, nr. 60).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand stenografisch verslag uit.

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

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

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie), Sap (GroenLinks) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), De Mos (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

Voorzitter: Smeets
Griffier: Clemens

Aanwezig zijn zeven leden der Kamer, te weten: Zijlstra, Schermers, Van der Veen, Van Gerven, Van der Vlies, Wiegman-van Meppelen Scheppink en Smeets,

en minister Klink van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van zijn ministerie.

De **voorzitter**: Voorzitter. Ik open de vergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Op de agenda van dit algemeen overleg staat ambulancezorg. Ik heet de minister, de ambtenaren, het publiek op de publieke tribune en onze geachte afgevaardigden van harte welkom. We hebben met elkaar een spreektijd van vier minuten afgesproken. Het woord is aan de heer Zijlstra van de fractie van de VVD.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Dank u wel. Er staat een aantal stukken op de agenda, waarvan het meest recente, de brief van 8 maart jl. gaat over de wijze waarop wij het ambulancevervoer niet langer gaan aanbesteden. Op zichzelf is dat wel bijzonder. We hebben jarenlang gediscussieerd over of en, zo ja, hoe het moest, commentaar van de sector gekregen en vragen uit de Kamer, maar het antwoord was telkens dat het zo moest vanwege de Europese regelgeving. Er waren allerlei redenen om te doen wat er was ingestoken. Nu is het bijna zo ver en is de koers bijna 180 graden de andere kant op! Hoe kan dat? Dat is mijn simpele vraag. Hoe kan het dat wij jarenlang een bepaald stramien hebben moeten volgen en dat het nu kennelijk toch eenvoudig was om heel anders te handelen. Uit de brief van de minister spreekt enige logica, maar goed, dat was de afgelopen jaren en in de motivatie van de sector ook het geval. Mijn vraag blijft dus overeind: waarom dit late inzicht? De al in de wet opgenomen maatstafconcurrentie blijft een handig instrument om te toetsen of men efficiënt en kwalitatief goed bezig is. Hoe ziet het systeem van prestatiebekostiging eruit dat de minister nu ook in de wet wil opnemen? Wil hij daarvan de contouren schetsen? Hij geeft wel aan dat er een dergelijk systeem in 2013 moet komen, maar ik heb geen beeld van de manier waarop de minister het beprizen van ambulances ziet.

Wat vindt de sector van de 10%-efficiencytaakstelling? De minister stelt dat hij met de sector een goede overeenkomst heeft gesloten. Doelt hij dan op die deal? Ik krijg hierop graag een toelichting.

Ik kom terug op een puntje uit een vorig algemeen overleg. Dat betrof het ambulancevervoer in Zeeland. Daar zijn extra ambulances ingezet, maar de minister stelt dat het probleem is dat die ambulances niet zo vaak worden gebruikt. Kan de kwaliteit van de zorgverlening daarmee wel worden gegarandeerd? Wij zien natuurlijk ook op andere gebieden dat een aantal handelingen nodig is om de expertise van artsen of ziekenbroeders overeind te houden. Is dat in Zeeland het geval?

Ik ga snel door mijn vragen heen en kom op het grensoverschrijdende ambulancevervoer tussen met name Nederland en België. Tussen België en Luxemburg levert dat niet zo'n probleem op. Minister Verhagen heeft als voorzitter van de Benelux – ik weet niet wat de officiële naam is van die functie – een beschikking afgegeven. Dat is goed. Hoe gaat het nu verder? Wij hebben een stuk papier, maar hoe wordt dat concreet uitgewerkt?

Ten slotte heb ik een vraag over de aanrijtijden in Oost-Groningen. 45% van de ambulances komt daar te laat bij het ziekenhuis. Dat is heel veel. De minister probeert heel charmant in een prachtige brief aan te geven dat het vanzelfsprekend is dat dat gebeurt, omdat de stabilisatietijd in Oost-Groningen veel langer is dan de 5 minuten waarmee gewoonlijk

wordt gerekend. Die langere stabilisatietijd veroorzaakt de overschrijding in 45% van de gevallen. Met de tijd die men nodig heeft om van de plaats waar de patiënt zich bevindt bij het ziekenhuis te komen, dus de aanrijtijd, blijft men namelijk wel binnen de 25 minuten die in de normberekening opgenomen zijn. Dit leidt toch wel tot de vraag hoe het in de rest van het land zit. De minister maakt in zijn brief een vergelijking met de rest van het land voor wat betreft het kwartier waarbinnen men bijvoorbeeld bij het slachtoffer thuis moet zijn – dat gebeurt wel volgens het landelijk gemiddelde – maar hij vergeet die koppeling even te maken waar het gaat om die overschrijding in 45% van de gevallen. Is er landelijk overal sprake van langere stabilisatietijden? Zo ja, worden die aanrijtijden dan landelijk ook niet gehaald? Zo nee, hoe kan het dat men in Oost-Groningen allerlei aandoeningen heeft die men in de rest van het land niet heeft?

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Tijdens het vorige algemeen overleg over ambulancezorg heeft de fractie van het CDA twee belangrijke punten ingebracht, te weten de bereikbaarheid van de acute verloskunde en de verankering van de ambulancezorg in de regio door getrapte vergunningverlening. De minister hield tijdens dat algemeen overleg stevig vast aan het voornemen om een open, transparante aanbesteding in te gaan. De CDA-fractie is verheugd dat de minister hier nu toch van afziet, maar zij is ook wel wat verbaasd. Mijn buurman zei dat ook al te zijn. Het gaat zelfs zo ver dat de minister nu zelf een rechtspersoon gaat oprichten als de bestaande vervoerder in de regio niet aan de eisen voldoet, als het verplichte advies van het GHOR-bestuur en/of de zorgverzekeraar negatief uitvalt of als er in gebieden waarin er nog geen RAV-vorming heeft plaatsgevonden, het partijen niet lukt om een samenwerkingsverband aan te gaan in de vorm van een rechtspersoon. In dat laatste geval betreft het gebieden waarin het nog niet is gelukt om tot zelfstandige RAV-vorming te komen. In dergelijke gebieden is de kwaliteit van de ambulancezorg meestal niet zo goed. Dat hebben wij in het verleden al gezien. Het oprichten van een rechtspersoon is dan een formele stap, maar hoe gaan we controleren of de kwaliteit van de ambulancezorg goed is? Dit is een belangrijk punt nu de periodieke aanbesteding is vervallen. Verder hoor ik graag van de minister waarom de gemeenten of de provincies in dit proces geen rol hebben gekregen. Is dat omdat de minister zo directer kan sturen? Over sturing gesproken, in de regio Haaglanden wordt, gezien haar specifieke situatie, gewerkt aan een publieke rechtspersoon. De vraag is of dit strookt met artikel 6, lid 2 van het convenant. Hoe moet in dezen dat artikel volgens de minister worden geïnterpreteerd?

De minister kiest er dus voor, een regionaal georganiseerd zorgstelsel op te richten. Is het zeker dat het voorstel past binnen de Europese wet- en regelgeving? Dit is eigenlijk de zelfde vraag als mijn buurman stelde. Over de acute verloskunde, het tweede belangrijke punt dat de CDA-fractie tijdens het vorige algemeen overleg aansneed, laat de minister weten dat de RAV Zeeland en de verloskundigen op Walcheren nadenken over onder andere de standplaatsen van de ambulances in dit dunbevolkte gebied. Dat is echter maar een deel van het verhaal. De ambulancenorm bestaat uit drie delen. Ten eerste moet de patiënt op tijd worden bereikt. Dat hangt af van de ambulancestandplaatsen. Ten tweede moet de patiënt worden gestabiliseerd en ten derde moet die op tijd naar een ziekenhuis worden vervoerd. Dat ziekenhuis moet dan wel een spoedeisende eerste hulp hebben als het acute medische zorg betreft en een verloskamer met mogelijkheden tot acuut ingrijpen als het acute verloskunde betreft. Deelt de minister de mening van de CDA-fractie dat in Zeeland door sluiting van de locatie Vlissingen vooral een overschrijding van de norm dreigt dat men binnen 25 minuten met de patiënt in het ziekenhuis moet zijn? Hoe wil de minister daaraan tegemoetkomen?

In een ander dunbevolkt gebied lijkt er wat anders aan de hand te zijn, zoals al is gememoreerd. Onderzoek naar overschrijdingen in Oost-Groningen toont aan dat de rijtijd van de ambulance naar de patiënt in 95% van de gevallen binnen de norm van 15 minuten valt en dat de rijtijd naar het ziekenhuis daarna in 96% van de gevallen binnen de norm van 25 minuten valt, terwijl toch in ruim 45% van de gevallen de norm van 45 minuten totaal niet wordt gehaald. Er wordt dan maar geconcludeerd dat men in Groningen langer dan gemiddeld nodig heeft om de patiënt te stabiliseren. Is dit wel een logische conclusie? Licht het niet veel meer voor de hand om te denken dat er anders wordt geregistreerd? Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

De minister voert overleg met de Nederlandse Reanimatie Raad en de Hartstichting om een kader op te stellen waarbinnen de burgerhulpverlening zich kwalitatief kan ontwikkelen. Hoe staat het met de uitwerking van de door de Kamer aangenomen motie-Schermers over het verduidelijken van de status van de niet-reanimeerpenning?

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Allereerst zijn wij uitermate tevreden met het voorstel dat er nu ligt. Het amendement van mijn collega Khadija Arib, medeondertekend door mevrouw Koşer Kaya en mevrouw Schippers, wordt nu eindelijk uitgevoerd. Ik vind het goed dat dit na een aantal jaren gebeurt. Ook vind ik het goed dat blijkt dat je zorg kunt organiseren zonder uit te gaan van het marktprincipe en dat je op die manier ook kwaliteit kunt stimuleren. Het lijkt mij goed om dat ook eens op andere delen van de zorg te betrekken. Wellicht komen wij dan ook tot dat inzicht.

Ik maak Ambulancezorg Nederland complimenten voor het convenant dat is gesloten. Daaraan is keihard getrokken. Het feit dat men zich, naar ik heb begrepen, niet bij voorbaat tegen de efficiencykorting verzet, verdient echt alle waardering.

In het kader van de efficiency merk ik het volgende op. Er loopt nu geloof ik een achttienjarige proef in Den Haag met zogenaamde ligtaxi's. Zij nemen eigenlijk het lichte ambulancevervoer voor hun rekening. Het zou uitermate plezierig zijn om te horen hoe het daar nu mee staat. Bestaat de mogelijkheid dat die ligtaxi's, of hoe ze ook mogen heten, onderdeel worden van de ambulancezorg? Dat schijnt nogal tot kostenbesparing te leiden.

De invoering van prestatiebekostiging per 2013 lijkt mij goed, maar ik hoop dat wij voor 2013 tot het inzicht komen dat de zaak ook anders dan via prestatiebekostiging kan worden gestimuleerd. Maar goed, het is nog geen 2013.

Mijn fractie is ook uitermate tevreden over het feit dat het de werkgevers en werknemers gelukt is om de ene cao af te sluiten. Daarover bestonden wat twijfels. Hun maak ik dus mijn complimenten.

De op te richten RAV's, drie in getal als ik mij niet vergis, zijn er nog niet. De minister zegt dat hij zelf ingrijpt als oprichting daarvan niet lukt. Hij richt dan een eigen rechtspersoon op. Wanneer is het moment gearriveerd dat die rechtspersoon wordt opgericht? Ik denk dat er behoefte aan duidelijkheid over deze kwestie bestaat.

Ik heb alle mogelijke fantasieën over het stabiliseren in Groningen. Of de heer Zijlstra heeft gelijk dat daar andere ziekten voorkomen dan in de rest van Nederland of ambulancepersoneel staat daar even stil om wat anders te gaan doen alvorens aan het stabiliseren te slaan. Het puzzeltje leidt tot enorm veel fantasie over wat er op het punt van stabilisatie gebeurt. Ik had trouwens ook niet door dat er gewoon bedoeld werd «plaats van het ongeval». Ik had ook heel andere ideeën over stabilisatiepunten. Wellicht kan de minister dit toelichten.

Vorige keer hebben we het gehad over de fusies tussen ziekenhuizen en ambulancediensten. We hebben de fusie in Groningen en de voorgenomen fusie van het AMC. Over de voorgenomen fusie van het AMC heeft

de minister gezegd er nog eens goed naar te kijken. Hij gaat er kort op in. Hij spreekt nu van een soort fusietoets, maar ik vind het plezierig om van de minister te vernemen wat hij daar zelf van vindt.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Voor een oppositiepartij zijn de successen schaars, maar vandaag heeft de SP een succes te vieren. De marktwerking in de ambulancezorg gaat namelijk definitief niet door. Van meet af aan heeft de SP zich tegen de introductie van marktwerking in de ambulancezorg verzet. De minister zal het haar dan ook niet euvel duiden dat zij haar complimenteert met zijn stap over zijn eigen schaduw. Chapeau daarvoor! Ik wil ook het ambulancepersoneel en de vakbonden feliciteren, want het is mede aan hun volhardende acties te danken dat de marktwerking van tafel is. Hun acties en strijd hebben dus geloond.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik miste nog het compliment aan mijn collega Khadija Arib en aan de collega's van D66 en de VVD, die een aantal jaar geleden een amendement hebben ingediend dat heeft geleid tot dit voorstel. Waarschijnlijk is de heer Van Gerven dat vergeten.

De heer **Van Gerven** (SP): Misschien had ik er wel voor gestemd.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dat hoor ik graag!

De **voorzitter**: De heer Van Gerven is aan het woord.

De heer **Van Gerven** (SP): Het succes heeft vele vaders en moeders. Het zij u gegund. Ik kan mij alleen niet herinneren dat de VVD tegen marktwerking was. Ik kan mij herinneren dat mevrouw Schippers daar inderdaad tegen was, maar de heer Zijlstra is ervoor. Van de Partij van de Arbeid weet je ook niet elke dag of zij voor of tegen is.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Dit is een beetje zuinig.

De heer **Van Gerven** (SP): Nee, maar het resultaat telt.

De **voorzitter**: Mijnheer Van Gerven, u daagt de VVD-fractie uit, dus de heer Zijlstra wenst toch nog een interruptie.

De heer **Zijlstra** (VVD): In tegenstelling tot de SP die altijd tegen marktwerking is, ook als het zinvol is, en daar niet over nadenkt, denkt de VVD daar wel over na. Zij vindt dan ook dat je je in verband met sommige gebieden moet afvragen of het verstandig is om met marktwerking te gaan werken. Vandaar dat de VVD het amendement van mevrouw Arib over ambulancezorg medeondertekend heeft. Op andere gebieden van zorg heeft marktwerking bewezen tot een enorme verbetering geleid. Het zou de SP dan ook sieren als zij eens met een open blik naar dergelijke zaken keek.

De heer **Van Gerven** (SP): Alvorens verder te gaan met mijn betoog, reageer ik kort op de interruptie van de heer Zijlstra. Ik heb de heer Zijlstra horen zeggen dat hij voor de aanbesteding was. Nu heeft hij zich in zijn betoog verbaasd over de wending van de minister. Hij heeft dus wel degelijk een ander standpunt dan mevrouw Schippers destijds had. De SP deelt de analyse van de minister dat ambulancezorg zich niet leent voor marktwerking. De minister schrijft dat bij ambulancezorg de continuïteit en de kwaliteit van de zorg voorop moet staan en nimmer in gevaar mogen komen. Daarmee erkent de minister dat marktwerking bedreigend is voor de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Ik zou zeggen: minister, ga zo door. De minister stelt wel een aantal voorwaarden, waarover mijn fractie vragen heeft of waarbij zij vraagtekens plaatst. Dan

noem ik allereerst de maatstafconcurrentie. Kan de minister concreet uitleggen wat dit gaat betekenen? Is dit geen race naar beneden? Als de prijs elk jaar naar beneden wordt bijgesteld, bijvoorbeeld op basis van de goedkoopst werkende RAV, dan krijgen wij een steeds knellender budgettair korset. Daardoor wordt de bereikbaarheid en de kwaliteit van ambulancezorg bedreigd.

Hoe zit het met de prestatiebekostiging? Hoe wil de minister dit uitwerken? Wat staat hem precies voor ogen? De bezuiniging met 10% wordt ingeboekt. Daarbij plaatst de SP grote vraagtekens. Waar is dit percentage op gebaseerd? Uit welk onderzoek blijkt dat een dergelijke bezuiniging niet ten koste gaat van de kwaliteit en de bereikbaarheid van ambulances? Wat vindt de sector van deze bezuiniging? Hoe kun je in godsnaam innoveren als je minder geld krijgt? Wordt innovatie zo niet juist afgeremd?

Het 45 minuten criterium is opgebouwd uit 15 minuten aanrijtijd, 5 minuten stabilisatietijd en 25 minuten rijtijd naar het ziekenhuis. In de praktijk wordt de stabilisatie in 5 minuten tijd vaak overschreden. De werkelijkheid is dus negatiever dan de papieren berekeningen en de papieren werkelijkheid. Wat gaat de minister met dit gegeven doen? Het onderzoek in Groningen laat zien dat in werkelijkheid het 45 minuten criterium in 45% van de gevallen wordt overschreden. De minister zegt dat dit niet erg is, maar het is wel in strijd met het uitgangspunt dat na melding van een spoedsituatie een patiënt binnen 45 minuten een ziekenhuis moet hebben bereikt. De aanrijtijd naar de patiënt toe is essentieel, maar ook de rijtijd naar het ziekenhuis is van belang. De minister doet daar heel erg bagatelliserend over ondanks het feit dat een ambulance geen ziekenhuis is, hoeveel daarin ook kan gebeuren. Was een ambulance een ziekenhuis, dan hadden wij natuurlijk überhaupt geen ziekenhuizen nodig. Is de minister bereid om het onderzoek dat in Groningen is gedaan, landelijk uit te voeren, zodat wordt nagegaan hoe het in de rest van Nederland zit? Ik neem aan dat het ook in de rest van Nederland het geval is. Dat zou een heel ander licht werpen op de gegevens en regelingen die we nu hebben. Wat vindt de minister van de conclusie in het rapport uit Groningen dat sluiting van de spoedzorg in perifere ziekenhuizen naar schatting leidt tot een verviervoudiging van het aantal spoedpatiënten dat niet binnen 40 minuten in het ziekenhuis is? Wil de minister deze conclusie betrekken bij dat landelijke onderzoek? Wat betekent het bijvoorbeeld voor Goes en Vlissingen als in Vlissingen de acute hulp zou verdwijnen? Wil de minister dat ook bij het onderzoek betrekken?

Ik heb nog enkele vragen. Hoe zit het met de toekomst van de Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg? Hoe zit het met de verdere centralisatie van het aantal meldkamers? De SP denkt dat dit geen goede zaak is. Hoe zit het tot slot met de pensioenregelingen, de VUT-regelingen en de flo-overgangsregeling voor de B3-stichtingen? Is dat allemaal opgelost en financieel afgedekt voor de toekomst?

De heer **Van der Vlies** (SGP) Voorzitter. Enkele collega's hebben de loftrampet al gestoken over wat nu bereikt lijkt te zijn in een traject van vele jaren over een weerbarstig probleem. Immers, we willen dat de normen voor aanrijtijden en de bereikbaarheid voor alle burgers daaromtrent even toegankelijk zijn en gehaald worden. Dat is natuurlijk op de kaart van Nederland best een weerbarstig probleem. Net zo goed als dat voor alle andere fracties geldt, blijft dit voor de SGP-fractie een aanhoudend punt van zorg. Aangezien er nu toch stappen zijn gezet, wil ik mij wel voegen bij de complimenten die daarvoor gemaakt zijn. Het gaat vooral om de buitengebieden. De regionale gemiddelden verdoezelen nog steeds de problemen die zich hierin kunnen voordoen en helaas ook voordoen. Daar zouden we toch wel voldoende zicht op moeten houden. Het is een benaderingswijze, maar je moet ook kijken

naar de spreiding rondom die gemiddelden. Dan stuit je toch op problemen.

De bereikbaarheid van de acute zorg in Groningen is al aan de orde gesteld. De minister gaat alleen maar in op de provinciale gemiddelden, zo begrijp ik. De onderzoekers geven echter aan dat de landelijke normen wel gehaald worden, gelukkig, maar dat er risicogebieden zijn waar de normen niet worden gehaald. Daarbij komt nog eens dat de onderzoekers signaleren dat de huidige financiering van de spoedeisende hulp in de perifere ziekenhuizen met inbegrip van de beschikbaarheidsgelden niet kostendekkend is. Het is de vraag of de spoedeisendehulpafdelingen in deze ziekenhuizen overeind kunnen blijven, zeker nu er ook gesleuteld wordt aan de regeling beschikbaarheidsgelden. Geldt dit probleem ook voor ziekenhuizen in dunbevolkte gebieden in andere provincies? Is de minister bereid om met een structurele oplossing te komen voor de financiering van de afdelingen spoedeisende hulp in dunbevolkte gebieden? Hoe langer mijn fractie erover nadenkt, hoe meer zij de opvatting heeft dat wij hier nog een structurele stap moeten zetten. We moeten eens van dit probleem af. Ik ga ervan uit dat de minister net zoals ik niet wil dat er afdelingen om gaan vallen als gevolg van onvoldoende financiering. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Ik kom nu op het onderwerp spoedeisende hulp op Walcheren. Mevrouw Schermers heeft daarover al vragen gesteld. Ik doel op de positionering van de ambulances en het tandje dat daar is bijgezet. Dat is een. Een tweede is echter waar die spoedeisende hulp wordt geboden. Er loopt een traject over, waarover de Kamer een brief heeft ontvangen. De opvatting van mijn fractie is en blijft dat het uitgangspunt moet blijven dat er op Walcheren volwaardige spoedeisende hulp beschikbaar is. In een ander verband komen wij hierover nog te spreken, namelijk als er definitief zicht is op wat er wel en niet in de fusieplannen zit. Ik blijf mijn daarover aangenomen motie bij eenieder in herinnering brengen, ook bij de minister. Mijn fractie wijkt niet van haar standpunt af.

Met Ambulancezorg Nederland is een convenant gesloten over de vergunningverlening. Zoals ik al zei, is dat prima. Ik maak daarvoor mijn complimenten. Ik heb nog wel twee punten van zorg. Het Europese Hof van Justitie heeft uitgesproken dat Duitse regio's vergunningen voor ambulancevervoer Europees moeten aanbesteden. Dat hebben enkele anderen ook gereleveerd. Wat zijn daarvan nu precies de consequenties voor de systematiek, die onlangs is overeengekomen, en de procedure die wij in Nederland willen volgen. Moeten wij het zo wel doen? Moeten wij het zo wel willen? Is het onontkoombaar? Wij hebben in de thuiszorg ook een hele toestand gehad in verband met de Europese aanbesteding. We hebben die als een stuk misère ervaren. Moet het dan hier ook weer met alle risico's van dien gaan gebeuren?

Het tweede punt van zorg van mijn fractie is dat het accent op efficiency in de prestatiebekostiging negatieve gevolgen kan hebben voor de bereikbaarheid van spoedeisende hulp in de eerdergenoemde buitengebieden. Ik vraag de minister in dit debat dus opnieuw de garantie dat ambulanceposten in buitengebieden niet weggesaneerd worden als gevolg van de nieuwe regeling.

Er is ten slotte een beschikking ontstaan die de weg bereidt voor een betere uitwisseling van ambulances tussen Nederland en België, als dat nodig mocht zijn. Dat is positief. In de toelichting wordt echter aangegeven dat Belgische ambulances patiënten alleen naar ziekenhuizen met een erkenning in het Belgische systeem mogen vervoeren. Dat sluit niet aan op die gewenste uitwisseling. Hoe zit dat precies?

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Schepink** (ChristenUnie): Voorzitter. De ambulancezorg vond de onmisbare eerste schakel in de keten van acute zorg. Het is erg belangrijk dat deze vorm van zorg continu beschikbaar is en goed wordt afgestemd met andere hulpverlenings-

diensten binnen de keten van acute zorg en de veiligheidsregio's. Voor mijn fractie zijn eenduidige publieke borging en aansturing van de meldkamer belangrijke uitgangspunten. De ChristenUnie steunt de algemene lijn in de brief van de minister die de Kamer begin deze week bereikte. Dat er een omslag is gemaakt van het aanbesteden van ambulancezorg naar het verlenen van vergunningen is dan ook een goede zaak. Jaren geleden sprak Arie Slob nog over ambulancezorg als een vreemde eend in de bijt. Destijds was er nog geen sprake van regionale aansturing. Dat is veranderd. Zoals de brief aangeeft, wordt er steeds meer op regionaal niveau aangestuurd en wordt er ook een koppeling gemaakt met de veiligheidsregio's. Dit bestuurlijke en organisatorische afstemmingsproces zorgt voor een verankering in de keten van zorg en in de keten van openbare orde en veiligheid. Kortom: er is de afgelopen jaren veel gebeurd. De voorgestelde stappen van de minister lijken mij dan ook heel logisch.

De minister geeft een aantal prikkels die voor de beste prijs-kwaliteitsverhouding binnen de ambulancezorg moeten zorgen. In het convenant met Ambulancezorg Nederland worden deze prikkels meer verduidelijkt: maatstafconcurrentie en prestatiebekostiging. Die zijn helder. Wil de minister ingaan op de efficiëncytaakstelling? Hij wil de ambulancezorg een efficiëncytaakstelling opleggen die de zelfde doelmatigheid moet genereren als wanneer er een open procedure geweest was. Ik krijg graag antwoord op mijn vraag wat de consequenties daarvan zijn voor Ambulancezorg Nederland als zij die efficiëncytaakstelling niet haalt.

De minister gaat ook in op de vraag over buitenlandse toetreders. Als ik het goed begrijp, vervalt het gehele aanbestedingsproces door de omslag naar het vergunningenstelsel. De ChristenUnie concludeert dat de recente uitspraken van het Europese Hof van Justitie over het schenden van de Europese aanbestedingsrichtlijnen door Duitsland geen gevolgen heeft voor de Nederlandse situatie. Vandaag krijg ik graag de bevestiging van de minister van deze conclusie.

Er is veel gesproken over grensoverschrijdende samenwerking. Het ondertekenen van de beschikking over grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer juicht de ChristenUnie toe. Het is goed dat de intenties op papier staan, maar het komt nu wel aan op een goede uitvoering. De ChristenUnie ziet graag informatie tegemoet over hoe dat er precies uit komt te zien.

Ook de ChristenUnie maakt zich zorgen over de aanrijtijden in de dunbevolkte buitengebieden. Collega Schermers van het CDA is daarop uitgebreid ingegaan. Collega Van der Veen deed dat ook zeer uitgebreid, nog beeldender. Laat ik dit punt eraan toevoegen: het ministerie voor Wonen, Wijken en Integratie heeft zich de afgelopen maanden actief beziggehouden met bevolkingskrimp. Ik vraag de minister om betrokken te blijven bij deze tendensen, zodat hij er heel direct op kan inspelen als het gaat om de bereikbaarheid van acute zorg en het ambulancevervoer.

Minister Klink: Voorzitter. De eerste vraag van de heer Zijlstra geeft meteen aanleiding om uit te wijden over de achtergronden, waarom wij van de open procedure zijn afgestapt of althans het voornemen daartoe hebben. Wij willen de vergunning verlenen aan de zittende vervoerder onder voorwaarde dat die aan de kwaliteitseisen voldoet. Op 8 oktober had ik een overleg met de Kamer. Ik heb toen toegezegd dat ik in overleg met de sector zou zoeken naar de mogelijkheden voor het verlenen van vergunningen in het kader van de Waz. Ik heb toen aangegeven dat ik bereid was om alle varianten te bekijken. Toen speelde al de vraag in hoeverre een gefaseerde vergunningverlening uiteindelijk kon leiden tot een positie waarin de kwaliteit en continuïteit van de zorg niet gegarandeerd konden worden.

Ik meld in de richting van de heer Van Gerven dat de kwaliteit voortdurend leidend is in het beleid. Dat geldt voor de ambulancezorg en voor de ziekenhuiszorg. Ik heb daarom ook niet het gevoel dat ik over een schaduw heen spring als ik tot de conclusie kom dat het ter wille van de continuïteit en de kwaliteit van de zorg uiteindelijk beter is om niet te werken met concurrentie op de markt. Ik zal de zittende vervoerders de vergunning verlenen onder de voorwaarde dat zij aan de eisen zullen voldoen die uit de Waz voortvloeien en nog nader gepreciseerd moeten worden. De kwaliteit en de continuïteit van de zorg zijn doorslaggevend geweest.

Ik heb toegezegd, gesprekken te voeren met het veld. Er heeft een tweetal gesprekken plaatsgevonden. Wij hebben ook goed naar de Kamer geluisterd. Op 8 oktober was de teneur immers dat de Kamer zorgen had over de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Met het voornemen tot het sluiten van een convenant met de strekking zoals zo-even vermeld, kunnen wij aan die kwaliteit en continuïteit tegemoet blijven komen. Als de heer Van Gerven bereid is om met mij over eventuele schaduwen heen te springen door de kwaliteit leidend te laten zijn, dan verwacht ik in de toekomst nog mooie debatten over de ziekenhuiszorg. Als wij dat onbevangen doen, ligt er een mooie toekomst in het verschiet.

De heer **Van Gerven** (SP): De constatering van de minister dat de marktwerking in dit geval de continuïteit en de kwaliteit van de zorg bedreigt, zou ook wel eens voor andere terreinen van de zorg kunnen gelden. Ik denk daarbij aan de thuiszorg en de huishoudelijke hulp die door de gemeente is georganiseerd. Daarbij is het helemaal misgegaan. De minister heeft dat ruiterlijk erkend. Hij heeft die conclusie getrokken na consultatie van het veld en op grond van alle signalen die hij gekregen heeft. De SP is bereid om overal open naar te kijken. Het middel van de markt ...

De **voorzitter**: Mag ik u even onderbreken? Ik weet dat de minister u heeft uitgedaagd. U hebt dus ook het recht om te reageren, maar het debat gaat niet over marktwerking maar over de ambulancezorg.

De heer **Van Gerven** (SP): Het debat gaat wel degelijk ook over het instrument marktwerking. Het middel marktwerking is strijdig met kwaliteit en continuïteit in de gezondheidszorg.

Minister **Klink**: Ik zal één illustratie geven van wat ik bedoelde. De toegankelijkheid is buitengewoon belangrijk. Volgens de AZN-rapporten over de ziekenhuiszorg is die toegenomen. De wachtlijsten zijn minder lang geworden, de kwaliteit is verbeterd en dit alles tegen een lagere prijs. Laten wij dus gezamenlijk een wedstrijdje doen, wie het beste over de schaduw heen kan springen. Dan komen wij een heel eind.

45% van de ambulances komt te laat vanwege de lagere stabilisatietijd. Ik maak eerst een algemene opmerking daarover. AZN stelt ons binnenkort nadere inzichten over die trends ter beschikking. Daar tekent zich namelijk iets af dat boeiend, interessant en tegelijkertijd nadere bestudering waard is. Gaandeweg moet je namelijk een balans zoeken tussen ambulancezorg en hospitaalzorg. Het is mogelijk dat men door meer sophistication en zorginhoudelijke kennis van zaken de stabilisatietijd, die nu 5 minuten is, vanuit de ambulance kan doen toenemen, niet alleen in Oost-Groningen maar over een brede linie. Toch is dat een punt van aandacht. Wij moeten namelijk voortdurend samen erop toezien hoe wij de bereikbaarheid van acute zorg in stand kunnen houden en hoe de zorg in de ambulance en in de ziekenhuizen zich tot elkaar verhouden. Het is voor de toekomst van belang om dit te bezien. Anders zit je wellicht later met die aanrijtijden en vervolgens met die 25 minuten. Ik zeg dat niet om te verklaren wat er in Groningen aan de hand is, maar om een trend aan te wijzen die wellicht

van belang is met betrekking tot de bereikbaarheid van de zorg. Die ligt mij natuurlijk na aan het hart.

In Groningen kan het aan de aandoeningen liggen, maar dat lijkt mij eerlijk gezegd niet het geval, hoewel er wel een regionale spreiding van aandoeningen te zien is. De gezondheid in Oost-Groningen is door de bank genomen minder goed dan in de rest van het land. Dat hangt samen met de sociaaleconomische status en de daaruit voortvloeiende aandoeningen of risico's. Wij spraken daarover drie jaar geleden al met de heer Van der Veen. Het kan echter ook te maken hebben met het gegeven dat spoedeisende hulp nu eenmaal iets verder weg gelegen is. Als de stabilisatietijd toeneemt, zit de lucht in de ventielwerking van die 25 minuten op andere terreinen, waardoor men wel ruimschoots op tijd in het ziekenhuis is. Dit verklaart het verschil.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Dat snap ik toch niet helemaal. Juist het vervoer van de patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis gaat in 96% van de gevallen goed. Het vindt dus binnen 25 minuten plaats. Dat is geen verklaring.

Minister **Klink**: Jawel, want als men binnen tien minuten vanaf de stabilisatie in het ziekenhuis is, voldoet men aan de 97%-norm, namelijk dat men binnen 45 minuten in het ziekenhuis is. Daarmee is nog niet gezegd dat het 45 minuten geduurd heeft. Het kan best zijn dat het 10 minuten geduurd heeft. Daarom zie je wellicht een spreiding. Ik zeg het anders: als in het westen het ziekenhuis verder weg gelegen is, was men niet met die 25 minuten toegekomen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Men komt nu ook niet met die 45 minuten toe. De bereikbaarheid van het ziekenhuis is niet het probleem. Men haalt het vervoer van de patiënt naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis in 96% van de gevallen binnen die 25 minuten. Het ziekenhuis is dichtbij genoeg. Dat lijkt dus niet het probleem te zijn. Kan de minister ingaan op mijn vraag of wij wel echt uniform registreren. Wanneer gaat de stabilisatietijd in? Wanneer gaat de laatste fase in?

Minister **Klink**: Voor de registratie zijn er landelijke richtlijnen. Ik heb geen enkele indicatie dat in Groningen anders geregistreerd wordt dan in de rest van het land. Het is wel een aandachtspunt dat wij voortdurend moeten monitoren. Ik heb echter geen aanwijzingen daarvoor. Wij gaan ervan uit dat men in 97% van de gevallen binnen 45 minuten in het ziekenhuis moet zijn. Als de stabilisatietijd in het westen toeneemt, is het best mogelijk dat het ziekenhuis in het westen zo dichtbij gelegen is dat men daar veel makkelijker binnen die 45 minutengrens blijft. Dat gaat ook drukken op die 45 minuten. Ik formuleer het anders. Als langer stabiliseren de trend is, komt er druk op de aanrijtijd naar het ziekenhuis. Die druk vertaalt zich in het westen niet naar het feit dat men er niet binnen 45 minuten is, maar in het oosten van het land wellicht wel. Die trends moeten wij nader in ogenschouw nemen. Daarom moeten wij goed kijken naar de kwaliteit van de zorg, enerzijds in de ambulance en anderzijds in het ziekenhuis.

De heer **Zijlstra** (VVD): Het lijkt ons belangrijk om dat laatste te doen. De minister zegt feitelijk dat de stabilisatietijd in het hele land gelijk is, maar dat men die op bepaalde plekken in het land kan compenseren door kortere aanrijtijden zodat men binnen die 45 minuten blijft. Welke conclusie trekt de minister hieruit voor de totale normtijd van 45 minuten en de stabilisatietijd? Moet er dan niet landelijk gekeken worden of die norm nog van deze tijd is, met name vanwege situaties zoals in Oost-Groningen en waarschijnlijk ook in Zeeland en in andere dunbevolkte gebieden?

Minister **Klink**: Dat is inderdaad de strekking van mijn opmerking. Wij moeten heel goed kijken welke kwaliteit er bij een langere stabilisatie geboden wordt ten opzichte van kort stabiliseren en snel naar het ziekenhuis, zodat je wel binnen die 45 minuten blijft. Ik begrijp dat dit debat ook in Denemarken wordt gevoerd. Dat debat is gerechtvaardigd. Een ambulance is bijna een ziekenhuis op wielen, zoals mijn oud-DG Martin van Rijn ooit zei. Daardoor komt de verhouding anders uit.

De heer **Zijlstra** (VVD): Met inachtneming van zijn demissionaire status vraag ik de minister, wanneer hij de Kamer kan informeren over hoe wij in de toekomst met die normtijden om moeten gaan, uitgaande van die drie elementen. Hoe zal dat in de verschillende regio's uitwerken?

Minister **Klink**: Wij krijgen vrij binnenkort gegevens van AZN. Als ik goed geïnformeerd ben, zoomen die in op de stabilisatietijd en de kwaliteit daarvan. Ik noemde net al het voorbeeld van Denemarken. Ik zeg toe dat wij de internationale ontwikkelingen zullen bekijken en opnemen welke evaluatiepunten zich aftekenen. Ik zal de Kamer die informatie nog deze periode doen toekomen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Mijn vraag is in feite al beantwoord. Ik doe nog één toevoeging in het kader van Walcheren dat steeds aan de orde is. Ambulances worden bijna kleine ziekenhuizen. Op Walcheren speelt de verloskundige zorg een grote rol. Kan de minister zich voorstellen dat ambulances zodanig worden ingericht dat het niet erg is als er af en toe een bevalling in de ambulance plaatsvindt? In plaats van een stabilisatiepunt heb je dan een geboortepunt. Ik weet helemaal niet of dat kan. Er zitten echter deskundigen in de zaal. Ik vraag me af of de ambulancezorg gericht op ziekten of ongevallen kan worden georganiseerd. De ambulances kunnen namelijk op verschillende manieren worden ingericht voor verschillende doeleinden, zodat de ziekenhuisstatus wordt benaderd.

Minister **Klink**: Ik begrijp dat hier een soort mobiele kraamkamer aanbevolen wordt. Dit soort innovaties is inderdaad van belang. In de toekomst betekenen die misschien ook voor andere problemen een oplossing. Ik vind het een beetje hachelijk, omdat ik op dit punt evenmin deskundig ben als u. Ik kan mij voorstellen dat je op de A12 of als je net meer gas gegeven hebt, op de A13 geboren wordt. Het is een aandachtspunt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik vind dit – met permissie van mijn rechterbuurman – een bizar voorstel. Wij moeten de verloskunde zo organiseren dat mensen in principe niet in een ambulance hoeven te bevallen. Ik borduur nog even voort op mijn vraag. Ik had ervoor gepleit om het onderzoek in Groningen ook landelijk te doen. Wij spreken nu daarover. Ik wil met name weten of wat voor Groningen geldt ook geldt in meerdere landelijke gebieden die genoemd zijn, zoals Walcheren. Die 45 minuten worden alles bij elkaar opgeteld met tientallen procenten overschreden. Ik wil weten in hoeveel gevallen een overschrijding leidt tot schade bij patiënten die voorkomen had kunnen worden. Zijn daardoor patiënten overleden? Ik weet dat het moeilijk is om deze berekening te maken, maar zij gaat wel over de essentie. Ik vraag de minister om deze berekening toe te zeggen.

Minister **Klink**: Ik breng even een correctie aan. De heer Van der Veen heeft volgens mij niet bedoeld te zeggen dat dit een soort noodoplossing moet zijn. Ik zeg dat evenmin. Het moet een volwaardige oplossing zijn. Het gaat om volwaardige zorg. Dat moge duidelijk zijn.

Voor Walcheren hebben wij ervoor gezorgd dat de 45 minuten norm gewaarborgd kan blijven, door een ambulance toe te voegen met een standplaats in de kop van Walcheren. Ik kom daar straks nog op terug. De heer Van der Veen heeft inderdaad om dat onderzoek gevraagd. Ik kom daarop graag terug bij de beantwoording van zijn vragen.

Mevrouw **Wiegman-van Meppelen Scheppink** (ChristenUnie): Ik had zojuist als moeder en als vrouw de behoefte om in te grijpen toen het ging over bevallen in een ziekenauto. Dat wens je volgens mij niemand toe. Ik begrijp op zich wel dat hierover gedacht wordt, maar ik vraag de minister om dit heel nadrukkelijk aan de ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld de verloskundigen in Zeeland of Groningen, over te laten. Zij zijn als geen ander in staat om heel goed in te schatten wat goede zorg is en hoe een en ander georganiseerd moet worden.

Minister **Klink**: Voordat er nu oneigenlijke beelden ontstaan – ik zeg dit met name voor de journalisten in de zaal – moge één ding duidelijk zijn: wij hebben niet het voorstel voor een soort mobiele kraamkamer gedaan. Ik spreek ook namens de heer Van der Veen. Hij wilde waarschijnlijk hetzelfde zeggen.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Als vader en als grootvader voel ik niets voor mobiele kraamkamers. Deze opmerking was bedoeld voor regio's met te lange aanrijtijden, zoals Zeeland. In bepaalde situaties daar kun je daar als next best oplossing wellicht ambulances inzetten die voldoen, als er onverhoopt een bevalling moet plaatsvinden in die ambulance. Ik wil er nog eens de nadruk op leggen dat ik noch als vader, noch als grootvader hoop dat dit moet gebeuren. Het gaat mij erom, het zwart-wit denken te doorbreken. Ik heb echter gemerkt dat «out of the box»-denken niet altijd loont.

Minister **Klink**: De heer Zijlstra vroeg ook naar de prestatiebekostiging en de contouren daarvan. De NZa heeft een advies gegeven over de prestatiebekostiging waarbij duidelijk wordt dat de beschikbaarheid gegarandeerd moet zijn. Er is dus een soort bodembedrag dat iedereen krijgt. In de bekostiging kan daarbovenop rekening worden gehouden met de mate waarin men presteert. Dat kan onder andere via maatstafconcurrentie. Laat ik maar direct duidelijk maken, opnieuw in de richting van de heer Van Gerven, dat het in de prestatiebeschrijvingen die wij gaan realiseren en de benchmark geen financiële race to the bottom wordt. Bovenaan staat de kwaliteit. De aanrijtijden zullen daar ongetwijfeld deel van uitmaken. De mate waarin men het vervoer weet te differentiëren kan daarbij van belang zijn, evenals de kwaliteit van de verleende zorg. Al die punten komen in die prestatiebeschrijvingen en die benchmark terug. Uitgaande van een beschikbaarheidsvergoeding, zodat de basale zorg gegarandeerd is, is het enerzijds mogelijk om aan de hand van de geleverde prestatie periodiek de lumpsum te herijken. Anderzijds is het mogelijk om prestatiebeschrijvingen te maken die verzekeraars in staat stellen om bepaalde prestaties nader te contracteren; ook kan er minder geld naartoe gaan als men niet aan de eisen voldoet of kunnen aanmoedigingsmiddelen worden toegewezen. Dat is meer of minder specifiek. Er zit een balans tussen benchmark en bedragen die als lumpsum gelden, afhankelijk van de mate waarin men presteert, tot en met het meer specificeren van de diensten die men verleent en de mate waarin daarvoor betaald wordt. De NZa werkt dat de komende tijd uit, maar ik vind het van belang om over de gehele linie van de zorg niet meer simpelweg voor beschikbaarheid en verrichtingen te betalen, maar voor de kwaliteit van zorg. Daarom hecht ik aan de prestatiebekostiging in de toekomst. Dat moet echter in de komende tijd nog allemaal uitgewerkt worden door de NZa.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik merk op dat in de beantwoording van de minister de maatstaffinanciering en de prestatiebekostiging door elkaar lopen. We wachten af hoe een en ander wordt uitgewerkt door de NZa. Ik geef wel mee dat wij moeten oppassen dat zaken niet in de financiering door elkaar gaan lopen. De kans bestaat anders dat regio's via twee routes de plus of de min krijgen, waardoor er ongewenste effecten ontstaan.

Minister **Klink**: Dat is waar. Ik noem ze allebei omdat ze in elkaars verlengde liggen. De maatstaffconcurrentie is wat globaler. Als er veel prestaties zijn, kan er afgevinkt worden in hoeverre prestatie geleverd wordt met het daarbij passende bedrag. De balans daarin moet gevonden worden. Of het zwaartepunt meer bij het een dan het ander komt te liggen, kan ik nog niet melden. Ik vind wel dat wij af moeten van het puur budgetteren en het verrichtingenstelsel, waarin alleen het contact al garant staat voor een inkomen. Wij moeten meer toe – nogmaals, het gaat om de zwaartepunten, niet om of-of – naar het belonen van kwaliteit. Dat geldt ook voor de ambulancesector.

Gevraagd is hoe je de efficiencytaakstelling haalt. De sector wil zich daartoe verplichten hetgeen ik prijzenswaardig vind. Ik prijs de sector omdat de veronderstelling was dat de concurrentie om de markt uiteindelijk tot efficiencyverbetering zou leiden. De sector heeft zich echter vrijwillig bereid verklaard om die efficiency alsnog in te boeken. Dat gaat natuurlijk niet onverhoeds en met de natte vinger. Daar zit een idee achter over waar dat te halen is. Daarbij is te denken aan differentiatie van het ambulancevervoer. De heer Van der Veen wees terecht op het meerjarige experiment in Den Haag met de hulpambulance. Soms wordt er zelfs met een motor ambulancezorg verleend. Voor die differentiatie is nu een wettelijke grondslag. Die differentiatie kan uiteindelijk tot verbetering van de doelmatigheid leiden, evenals de centrale inkoop; die kan ook een belangrijke rol spelen, als men niet allemaal afzonderlijk ambulances of hartapparatuur aanschaft. Ook kan misschien de triage op de meldkamer verbeterd worden. Een aantal van die elementen is op een rij gezet en het vertrouwen is er dat die 10% gehaald kan worden. Dat wordt vertaald naar een taakstelling. Ook hier gaat het niet om een race to the bottom, maar net als bij de maatstaffconcurrentie en de benchmark zal blijken dat het ergens kan. Vervolgens wordt dat naar een andere regio gehaald. Over het grensoverschrijdend vervoer is overeenstemming bereikt met België. Over de financiering worden op dit moment nog gesprekken gevoerd en afspraken gemaakt. Dat heeft alles te maken met het gegeven dat wij een meer integrale bekostiging kennen. In België tekent die integrale bekostiging zich niet af zodat wij met hogere prijzen zitten dan de Belgen. Er wordt op dit moment gekeken op welke manier daarin evenwicht gebracht kan worden. Ik kom nog terug op de vraag van de heer Van der Vlies in hoeverre men alleen naar Belgische ziekenhuizen vervoert als het gaat om Belgische patiënten.

De heer **Zijlstra** (VVD): Gaat de minister nog in op de kwaliteit van de ambulances in relatie tot de hoeveelheid ritten?

Minister **Klink**: We hebben wel eens gesproken over de ambulances die alleen voor «verlosmomenten» beschikbaar zijn in Walcheren. Daarbij zou het om uiterlijk een of twee keer per maand gaan. Dat is natuurlijk niet bevorderlijk voor de kwaliteit. Daarom wordt met de roulatie van personeel een en ander ondervangen. Dat moet gebeuren en dat gebeurt ook. Het is een manier om het nadeel te ondervangen van het feit dat de spreiding van de ambulances zodanig is dat er geen volwaardig aantal ritten wordt gereden; daarmee wordt in elk geval de kwaliteit op peil gehouden.

Mevrouw Schermers heeft vragen gesteld over de kwaliteit van de ambulancezorg. Wij gaan over op een programma van eisen dat gesteld

wordt; de RAV's moeten daaraan gaan voldoen. Daarbij zal een voortdurende benchmark plaatsvinden. Gevraagd is wat er gebeurt als men door de bodem van de prestatie-eisen zakt. De schaal van interveniëren is glijdend. Allereerst wordt er met elkaar gesproken. Als dat niet tot een uitkomst leidt, dan is het mogelijk voor de inspectie – ik trek hierbij de parallel met cruciale zorgfuncties en de Wet cliëntenrechten zorg waarover wij al verschillende keren met elkaar gesproken hebben – om verscherpt toezicht in te stellen. Dat kan ook op de ambulancesector. Het kan zelfs zo ver gaan dat van bovenaf gevraagd wordt om een soort herstelplan als de bedrijfsvoering niet zodanig is dat aan de prestatie-eisen kan worden voldaan. In the end kan het ertoe leiden, maar wel onder het beslag van de cruciale zorgfuncties en de wet cliëntenrechten zorg, waarin dat meegenomen wordt, want ook hier gaat het om cruciale zorgfuncties, dat er een herstelplan komt en eventueel een bewindvoerder, die de dienstverlening zodanig kan opwaarderen dat er wel aan de prestatie-eisen wordt voldaan. Dat wordt meegenomen in de Wet cliëntenrechten zorg. In het kader van die wet worden alle cruciale zorgfuncties verkend. Als het kabinet niet demissionair was geworden, dan was het wetsvoorstel daarover binnenkort naar de Kamer gekomen. Wellicht komt het wetsvoorstel nog steeds naar de Kamer. Wij moeten vervolgens bepalen hoe wij een en ander in het onderlinge verkeer regelen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik stel graag een verduidelijkende vraag. De minister heeft het oprichten van de rechtspersoon sterk naar zich toegetrokken. Hoe ziet hij zijn eigen verantwoordelijkheid?

Minister Klink: Het antwoord dat ik zo-even gaf, had hiermee te maken: stel dat men in de nabije toekomst niet aan de prestatie-eisen voldoet. De vraag was wat dit zou betekenen voor de RAV's. In het ultieme geval kan een vergunning worden afgenomen, maar de vraag is wat er dan vervolgens moet gebeuren. Moet je dan concurrentie om de markt realiseren of komt er een publieke rechtspersoon, door mij opgericht? De strekking van mijn antwoord is dat het zover niet zal komen. Ik werk dan liever met een bewindvoerder die orde op zaken stelt dan de vergunning in te trekken. Ik zal niet zeggen dat het nooit zal gebeuren, maar het is echt een ultimatum remedium. Er gaan stappen aan vooraf die lijken op de stappen die geschetst zijn in het kader van de cruciale zorgfuncties. Voor de huidige situatie veronderstellen en hopen wij dat de zittende vervoerders, waar nog geen RAV gevormd is, met elkaar gaan samenwerken, zoals bijvoorbeeld in Rotterdam gebeurd is, zodat zij tot één vervoerende instantie komen die zich wil kwalificeren voor de vergunning. Als dat niet gebeurt – overigens wordt dat traject van vergunningverlening in de tweede helft van dit jaar in gang gezet – roep ik een rechtspersoon in het leven die dat voor zijn rekening neemt. Ik meen dat serieus; ik ga dat echt doen. Sterker nog, ik sluit niet uit dat wij binnenkort in een aantal regio's die rechtspersoon formeel in het leven roepen om te laten zien dat het ons echt menens is. Laat niemand denken, en ik spreek nu een beetje voor mijn beurt want ik heb geen signalen uit die richting, het is puur speculatief: ik rook die andere wel uit en dan kom ik aan de beurt. Dat gaat niet gebeuren. Als dat dreigende taal is, dan komt die alleen aan als er een voet is waaraan die schoen past. Anders is het een loze opmerking.

Mevrouw Schermers vroeg waarom de gemeenten geen rol hebben gekregen in dat proces. Op dit moment geven de provincies de vergunningen af. Er is vrij uitvoerig gesproken met de provincies over hun rol. Daarbij is toen gemeld dat zij op drie punten een rol krijgen: bij de prestatie-eisen of het programma van eisen, bij de herijking van spreiding en bereikbaarheid en bij de benchmark. Dat is de rol van de provincie in de nabije toekomst.

Mevrouw Schermers vroeg ook naar de niet-reanimeerpenning. Er worden op dit moment gesprekken gevoerd met Ambulancezorg Nederland. Volgende week is een vervolcontact met deze organisatie gepland. Afgelopen december heeft de juristenvereniging Pro Vita Humana zich met een WOB-verzoek in het debat gemengd. Ook met deze vereniging wordt het gesprek aangegaan. Ik wil nog deze maand met AZN en de betrokkenen om de tafel gaan zitten om nog voor de zomer tot afhandeling te komen van het dictum van de motie over verheldering van de juridische status van de niet-reanimeerpenning. AZN en de NVVL, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levens einde, zijn in overleg om de voorlichting over de niet-reanimeerpenning, met name de consequenties van het niet reanimeren, zorgvuldig in kaart te brengen. Ik zeg de Kamer toe, voor de zomer met een standpunt te komen. Ik zal schetsen hoe aan de zorgvuldigheid van die procedure zodanig vorm kan worden gegeven dat de ambulancediensten ervan op aan kunnen dat een niet-reanimeerpenning de wens van betrokkenen vertegenwoordigt om niet gereanimeerd te worden.

De heer Van der Vlies en mevrouw Wiegman stonden stil bij de strijd met het gemeenschapsrecht. Ik denk dat mevrouw Wiegman gelijk heeft: het gaat niet om een aanbesteding maar om een vergunningverlening. Wij zijn namelijk niet de financierders; dat zijn de verzekeraars. Wij stellen eisen, via het programma van eisen, aan de status en de werkwijze van de ambulances die zich kwalificeren om voor een vergunning in aanmerking te komen. Dat is een ander regime dan het aanbestedingsregime. Wij doen dit vanuit het oogpunt van continuïteit en kwaliteit van de zorg. In Europeesrechtelijk verband kennen die een dimensie die soms prevaleert boven die van marktwerking, waarmee een inbreuk daarop gerechtvaardigd is. Het publiekelijk uitspreken en onderstrepen dat de kwaliteit en continuïteit van de zorg ons hiertoe hebben gebracht, is daarbij van belang.

Mevrouw Schermers heeft een vraag gesteld over de concentratie van acute zorg in Goes. Ik heb vernomen dat het ziekenhuis in Zeeland voornemens is om deze week de toekomstplannen neer te leggen. Ook ik wacht deze af. Daarna komt deze vraag wellicht opnieuw aan de orde. Ik teken er wel bij aan dat wij ten behoeve van verloskundige zorg in de kop van Walcheren een ambulance gestationeerd hebben, teneinde de 45 minutengrens te kunnen blijven halen en garanderen.

Veel van de vragen en opmerkingen van de heer Van der Veen zijn al de revue gepasseerd. Ik ga in op de vraag over de fusie tussen de ambulances en het AMC. De inspectie heeft geen zienswijze gegeven aan de NMa, maar wel een aantal vragen beantwoord. De NZa heeft wel een duiding gegeven. Zij heeft gezegd dat er risico's voor de publieke belangen aan vastzitten. Deze risico's liggen volgens de NZa in de sfeer van de sterke positie die de ambulancezorg op de markt zou kunnen hebben. Dit kan betekenen dat aanrijdende ambulances het AMC bevoordelen boven andere ziekenhuizen. De NZa wijst in het advies bovendien op de mogelijkheid dat partijen de bestemming van de ambulances mede zouden kunnen laten bepalen door financiële motieven. Deze kanttekeningen heeft de NZa aan de NMa laten weten bij het voornemen van een fusie. Uiteindelijk gaat de NMa hierover. De risico's waren voor de NMa niet doorslaggevend omdat aanbieders van ambulancezorg verplicht zijn zich te houden aan de protocollen. De kwaliteit en de bereikbaarheid van de zorg spelen daarbij een rol. Als die in gevaar komen, kan de inspectie handhavend optreden. De partijen hebben geen prikkel om het AMC te bevoordelen, doordat patiënten zelf vaak aangeven naar welk ziekenhuis zij willen worden vervoerd. Het letsel is soms zo erg dat men naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis moet rijden. De capaciteit van het AMC is bovendien beperkt, zodat patiënten ook naar andere ziekenhuizen moeten worden vervoerd.

Dit is het oordeel van de NMa. Ik ga daar niet over. Zo is de stand van zaken in het verkeer tussen NZa, NMa en inspectie.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik heb de vorige keer ook al gezegd dat ambulancezorg een belangrijk onderdeel is van de ketenzorg. Amsterdam heeft een behoorlijk aantal ziekenhuizen. De vorige keer heb ik gevraagd of door de afspraken in de ketenzorg het AMC geen voordeelpositie heeft ten opzichte van andere ziekenhuizen. Nou had ik altijd het idee dat de meeste mensen bij spoedhulp niet echt een keuze maken voor een bepaald ziekenhuis. Ik begrijp nu van de minister dat de NMa daar een ander oordeel over heeft. De keuze is vooral aan de orde als er geen acute zorg nodig is en als de ketenzorg een grote rol speelt.

Minister **Klink**: Ik deel de overwegingen van de heer Van der Veen. Dat heb ik de vorige keer ook gezegd. Intuïtief deel ik de risicobeoordeling van de NZa wel degelijk. De NMa stelt dat ziekenhuizen zich wel aan de protocollen zullen houden vanwege hun marktpositie. Dit geldt ook voor het AMC. Vanuit de beroepsethiek geredeneerd vind ik dat de NMa daar groot gelijk in heeft. Tegelijkertijd zie ik wel vaker dat het volumedenken een rol speelt. Denk bijvoorbeeld aan het bericht over de orthodontisten van deze week, voor wie overigens strak gereguleerde tarieven gelden. Je moet dus kritisch blijven. Daarom vind ik het van groot belang om dit heel nauwgezet te monitoren. Dit zijn zo mijn ideeën hierover, met inachtneming van het feit dat de NMa hierover gaat. Maar een kritische zin kan geen kwaad, lijkt mij.

Wanneer is het moment gekomen om een rechtspersoon op te richten? Dit vraagt de heer Van der Veen. In de tweede helft van dit jaar zullen alle bestaande vergunninghouders in de regio die niet tot één RAVweten te komen, geen aanvraag meer kunnen indienen. Dat het ons menens is, zal ik laten zien door binnenkort een rechtspersoon in het leven te roepen indien er geen vorderingen worden gemaakt met de uniformeringen, althans de samenwerking.

Begin 2011 gaan we over tot de vergunningverlening. Vanaf de tweede helft van 2010 kunnen hiervoor dus aanvragen worden ingediend.

De heer Van Gerven heeft gesproken over de prestatie-indicatoren. Ik heb al gezegd dat deze met name met kwaliteit te maken zullen hebben en afgezet zullen worden tegen doelmatigheid. Kwaliteit en doelmatigheid kunnen overigens goed hand in hand gaan. Dat doen ze in de regel ook. Maar het is dus geen race to the bottom, dat moge duidelijk zijn.

De heer Van Gerven heeft verder gesproken over één meldkamerorganisatie en over de plannen die mijn voormalige collega van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties daarvoor had. Zij heeft dit idee geopperd omdat hiermee de doelmatigheid gediend zou zijn. Overigens betreft dit niet alleen de ambulancezorg, maar ook de brandweer en de politie. Realisatie hiervan zou jaren in beslag nemen. Ik wil daar niet op vooruitlopen. Het idee van de minister was in de eerste plaats geen kabinetsstandpunt. In de tweede plaats moeten wij toch binnen de Wet ambulancezorg gaan werken aan de vergunningverlening. Dat is het actuele regime.

De heer **Van Gerven** (SP): Mag ik de minister vragen om een kwalitatief oordeel? Het is buitengewoon belangrijk dat mensen die in meldkamers werken, kennis hebben van de lokale situatie, van huisartsenposten en noem maar op. De bulk van het werk is natuurlijk de medische poot. Het idee voor een centrale meldkamer was destijds nog geen officieel standpunt van het kabinet, maar is het naar de mening van de minister toch verstandig om het regionaal te verankeren en het te beperken tot bijvoorbeeld 25 regio's, zodat elke regio zijn eigen meldkamer behoudt?

Minister **Klink**: We hebben, sprekend over de meldkamers, onderschat hoe belangrijk het is dat de witte kolom een eenheid vertegenwoordigt. De triage, de zorg die verleend wordt in de ambulance en het regime rond de aanrijtijden moeten in één hand zijn. Als de concentratie van de meldkamers ertoe leidt dat dit wordt gefragmenteerd, zou ik er inderdaad niet voor zijn. Ik denk dat dat het argument is dat de heer Van Gerven zo-even benoemde. Je moet inderdaad kennis van zaken hebben over de lokale omgeving. Daar komt natuurlijk expertise bij die gaandeweg regionaal gebonden is. Opschaling kan daarbij een risico vormen. Als je de eenheid wel kunt waarborgen door op te schalen, heb ik er weer minder bezwaren tegen. Maar dit is wel een basisconditie, een randvoorwaarde, überhaupt voor enige opschaling. Ik sta er dus niet op voorhand bij te juichen, maar als de doelmatigheid kan worden verbeterd met behoud van kwaliteit doordat de witte kolom in één hand is, is het wellicht een oplossing. Maatgevend blijven ook hierbij de kwaliteit en de samenhang van de zorg. Pure opschaling vanwege efficiencywinst is wat mij betreft dus niet aan de orde.

Ik kom te spreken over de Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg. Op het moment dat de RAV's zelf verantwoordelijk worden voor de organisatie van de bovenregionale ambulancezorg en dit onderdeel wordt van het programma van eisen, is een landelijke meldkamer voor ambulancezorg niet meer nodig. Dan is de bovenregionale samenwerking namelijk gewoon op een andere wijze gegarandeerd. Deze vorm van een landelijke meldkamer voor ambulancezorg wordt met de inwerkingtreding van de WAZ in feite dus overbodig.

De heer Van Gerven heeft nog gevraagd in hoeverre het flo afgerond is. Net als de heer Van der Veen wil ik de sector graag complimenteren met het feit dat men tot één cao gekomen is. Dat is een megaprestatie. Ik wil hierbij ook de naam van de heer Borstlap noemen. Hij heeft hieraan een buitengewoon grote bijdrage geleverd. Dit is van belang, zodat de sector ook in de toekomst met een moderne cao in de startblokken staat om goed en gekwalificeerd personeel te krijgen. Daarom is het van groot belang geweest dat er één cao is gekomen.

De B3-stichting, de publieke diensten en de particuliere diensten hebben een financiële regeling voor de ouderenregeling die separaat is, althans, die haar eigen kenmerken heeft. Sinds vorig jaar worden alle diensten hierdoor gefinancierd. De financiering is nu per regeling nog verschillend, maar er is zicht op een structurele financieringsregeling, die op korte termijn met alle partijen zal worden besproken. Dit traject loopt separaat van dat van de cao's.

De heer **Van Gerven** (SP): Het is separaat, maar de cao gaat pas door als het andere ook geregeld is, heb ik begrepen. Worden het flo en alle zaken die de afgelopen jaren hebben gespeeld, opgelost? Dat is namelijk een voorwaarde om de cao in te laten gaan.

Minister **Klink**: Het is niet voorwaardelijk. Ik heb al gezegd dat er binnenkort wordt gesproken over een structurele financieringsregeling. Die zal op korte termijn worden besproken met betrokkenen. De cao is inmiddels ondertekend.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik begrijp dat de cao een staand feit is, maar afgesproken is dat de aparte regelingen waarover de minister het zojuist had, opgelost zouden zijn voordat de cao ingaat.

Minister **Klink**: Ik kom graag in tweede termijn terug op de technische details hiervan.

De heer Van Gerven heeft gevraagd wat ik doe met de aanbevelingen van ROAZ Groningen. Ik ben onlangs zelf in Oost-Groningen op bezoek geweest. Ik heb mij de problematiek daar min of meer eigen gemaakt. Ik

heb het RIVM gevraagd om een paar scenario's uit te werken voor de specifieke problematiek in Oost-Groningen. Daarbij wordt uitgegaan van het aantal beschikbare afdelingen voor SEH in dit gebied en wordt bekeken wat de gevolgen voor de bereikbaarheid van de acute zorg zijn voor inwoners in de omliggende gebieden indien een of meer afdelingen voor SEH hun deuren zouden sluiten. De uitkomsten van die analyse ken ik nog niet, maar ze zullen snel volgen. Ik zal ze betrekken bij de verdere invulling van de beschikbaarheidsvergoeding. Daar wil ik graag naartoe, ook naar aanleiding van de vragen van de heer Van der Vlies. Naarmate ik mij meer verdiep in deze materie, wil ik een ding klip-en-klaar garanderen, ook als wij overgaan tot prestatiebekostiging: we hebben een structureel goede regeling voor de SEH-afdelingen en de daarmee gemoeide specialismen. Ik ken de problematiek van Oost-Groningen. Als men de ziekenhuizen van Winschoten en van Delfzijl gaat concentreren op een plek langs de snelweg, meer in de richting van de stad Groningen, en als daardoor in een aantal gebieden de bereikbaarheid minder wordt, mag dat niet te maken hebben met het tekortschieten van de beschikbaarheidsvergoeding. Als wij tot prestatiebekostiging overgaan, in welk jaar dan ook en met wie dan ook aan de knoppen, zijn we eraan gehouden, dat regime heel goed af te regelen en daar geen risico's bij te nemen. Daarom zijn de scenariostudies van het RIVM volgens mij wel goed. Daarmee kunnen we namelijk bezien wat de consequenties zijn van concentratie langs de snelweg in de richting van de stad Groningen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Al vijftien jaar liggen er plannen om bij Zuidbroek een ziekenhuis te bouwen. Dat heeft met deze vergoeding dus niet zoveel te maken.

Minister **Klink**: Wij zullen ons wel rekenschap moeten geven van de effecten die zich aftekenen. Wij moeten daarvoor goed in beeld brengen binnen hoeveel minuten een ziekenhuis te bereiken is. We moeten goed bekijken wat de status is van de zorg die een ambulance kan bieden. Er zijn nu al gebieden waar de zorg niet binnen 45 minuten bereikbaar is, zoals de Waddeneilanden. Daar wordt gewerkt met helikopters. Wellicht kan dat een oplossing bieden. Daar moet een keer integraal naar gekeken worden. De voorwaarde is dat de bereikbaarheid gegarandeerd is. Dat lijkt mij van belang.

Het nadeel van de positie van de heer Van der Vlies, als laatste in de rij van vragenstellers, is dat ik de meeste van zijn punten en passant meegenomen heb. Dat geldt voor de vragen over de beschikbaarheidsvergoeding en de prestatiebekostiging. Wat betreft de zorg op Walcheren wacht ik af welke plannen het Admiraal De Ruyter Ziekenhuis voor de raad van bestuur zal presenteren. Aan de motie wordt invulling gegeven als wij de definitieve fusieplannen kennen. Bij brief van 10 maart hebben wij de Kamer geïnformeerd over de actuele situatie op Walcheren.

De heer Van der Vlies heeft gezegd dat men in België alleen naar Belgische ziekenhuizen mag rijden. Hij heeft gevraagd hoe dit zich verhoudt met het convenant. In het verleden gaf het problemen dat Belgische ambulances niet naar Nederlandse ziekenhuizen mochten rijden. Er was namelijk een lijst met 100 ziekenhuizen. Met het convenant is die barrière weggenomen en mogen Belgische ambulances wel naar Nederlandse ziekenhuizen rijden.

De **voorzitter**: Mevrouw Wiegman is naar een ander algemeen overleg. Wil de minister ook haar vragen beantwoorden? Dan kan zij de antwoorden teruglezen. Er wordt ook voor haar meegelusterd.

Minister **Klink**: Ik heb haar vragen al beantwoord. Ik ben namelijk ingegaan op het Europees recht en op de Duitse situatie met betrekking tot het verschil tussen aanbesteding en vergunningverlening. Ook heb ik

gesproken over de efficiencytaakstelling. Deze wordt namelijk gezocht in differentiatie van vervoer, schaalvergroting door RAV-vorming, betere organisatie van planning en doelmatiger inkoop. Over de dunbevolkte gebieden hebben we gesproken naar aanleiding van interventies van onder anderen de heer Van Gerven, de heer Van der Veen en de heer Van der Vlies. Volgens mij heb ik daarmee alle vragen van mevrouw Wiegman beantwoord.

De **voorzitter**: Is er behoefte aan een tweede termijn? Ik constateer dat dit het geval is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Ik moet zeggen dat ik uitermate tevreden ben met de antwoorden van de minister. Ik ga er dus verder geen woorden aan wijden. We krijgen nog de uitzoekoefening van de minister van de drie componenten van de aanrijtijden in dunbevolkte gebieden. We wachten het voorstel voor de definitieve wijze van afdoening van de ambulancezorg af.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Voorzitter. Ik deel de mening van de minister dat wij overgegaan zijn van ambulancevervoer op ambulancehulpverlening. Daarom is het goed om te kijken naar de drie componenten van de ambulancenorm. Naar mijn mening hangt er de zweem omheen van de mogelijkheid dat een norm van langer dan 45 minuten acceptabel is. Ik denk dat we die kant niet op moeten. De minister heeft eerder gezegd dat de norm voor verloskunde misschien naar minder dan 45 minuten moet gaan. Al die tijd zit het kind in nood. Ik ben geen moeder en geen grootmoeder, maar ik ben wel een dokter die enkele keren bij een bedreigende bevalling heeft meegereden in een ambulance. Dat is een benauwende ervaring. In een ambulance kun je absoluut niet goed een bedreigende bevalling verrichten. Bevalling in een ambulance moet dus tot een absoluut minimum worden beperkt. We moeten er alles aan doen om de verloskundige zorg goed bereikbaar te houden. De minister zegt dat daaraan in Walcheren is gewerkt met behulp van een extra ambulance. Ik blijf dat onvoldoende vinden. Samen met mijn collega Ad Koppejan heb ik over deze situatie ook vragen gesteld. Ik vraag de minister of het mogelijk is om deze vragen te beantwoorden voordat wij het debat over Zeeland voeren. Dan kan ik die antwoorden meenemen. Een vraag is blijven liggen. Is de publieke rechtspersoon mogelijk volgens artikel 6, lid 2? Als op deze vraag geen antwoord komt, ben ik ook tevreden met de toezegging dat een gesprek mogelijk is over de interpretatie van dit artikel.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Voorzitter. Uiteraard maak ik de minister en zeker ook de werkgevers en de werknemers in de ambulancezorg mijn complimenten. Ik wil nog een opmerking kwijt, constaterend dat ik vandaag niet al te succesvol ben in het lanceren van voorstellen. Met name het laatste jaar ben ik onder de indruk geraakt van de kwaliteit van de ambulancezorg en van de mogelijkheden ervan. Ik denk dat voor veel mensen ambulancezorg niet meer is dan dat een ambulance heel hard moet komen aanrijden, dat het ambulancepersoneel iemand in de ambulance stopt en dan zo snel mogelijk naar het ziekenhuis rijdt. Dat is het dus duidelijk niet. Daarover zijn we het met zijn allen eens. Misschien ben ik het niet helemaal eens met mevrouw Schermers. Ik heb namelijk het idee dat de 45 minutennorm nog een beetje gebaseerd is op de gedachte dat je zo snel mogelijk van de plaats des ongevals naar het ziekenhuis moet. Maar we hebben een paar maanden geleden gemerkt dat de ziekenhuizen hun gynaecologische zorg lang niet altijd voor elkaar hebben. We hebben gehoord dat bij de spoedeisende eerste hulp geen specialisten en chirurgen aanwezig zijn. Het ziekenhuis blijkt in de praktijk niet altijd een behandelwalhalla te zijn. Ambulances spelen een belang-

rijke rol. Ik spreek over de toekomst. Ik stel nu niet allemaal andere dingen voor, maar ben wel geïnteresseerd in de relatie tussen de mogelijkheden van de ambulancezorg, die kwalitatief heel erg goed is en die je kunt differentiëren, en de mogelijkheden van een ziekenhuis.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Daarom heb ik in eerste termijn ook gezegd dat de afdeling eerste hulp in een ziekenhuis meer is dan een bordje waarachter zich geen organisatie bevindt. Een verloskamer is niet alleen een verloskamer, maar biedt ook de mogelijkheid om acute verloskundige hulp te verlenen, inclusief de mogelijkheid om een keizersnee te verrichten. Ik ben het dus helemaal eens met de heer Van der Veen. Ik denk ook dat we moeten kijken naar de kwaliteit van de eerste hulp en naar de kwaliteit van de verloskundige opvang.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ik zeg het heel voorzichtig: ik heb liever dat in een ambulance een noodbevalling plaatsvindt op een goede manier dan dat iemand naar een ziekenhuis gebracht wordt waar de gynaecologische zorg niet op orde is.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Het is lastig om in de beensteunen te liggen als je ingesnoerd ligt op de brancard.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Naar mijn idee doet dit geen recht aan de innovatieve mogelijkheden van de ambulance. Ik heb van zaken gehoord die tien jaar geleden onmogelijk in een ambulance konden worden gedaan en nu wel mogelijk zijn.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik wil de heer Van der Veen zeggen dat de beste oplossing is dat ziekenhuizen ervoor zorgen dat zij hun zaken op orde hebben. Een ambulance is echt niet voor bevallingen. Daar moeten we niet naar streven.

Het is vandaag een heuglijke dag voor de ambulancezorg. Vandaag is bekrachtigd dat de markt in deze situatie zijn werk niet kan doen en dat de inhoud leidend kan zijn. Dat is volgens mij prima.

De minister heeft de rol van de provincie geschetst. Is dit de definitieve rol? Hij noemde drie punten.

De minister heeft ook gesproken over de beschikbaarheidstoeslag in Oost-Groningen. Wellicht speelt dit ook in Zeeland en in andere regio's. Het gaat hierbij om een locatietoeslag voor de spoedeisende eerste hulp. Zou de minister in dat kader ook willen kijken naar de gedachten die leven bij de vereniging van samenwerkende algemene ziekenhuizen (SAZ)? Deze vereniging heeft hiervoor plannen gemaakt, die de minister hierbij zou kunnen betrekken. Er bestaat een relatie tussen beschikbaarheidsmiddelen en omzet. Dit lijkt mij een heel goede formule om het probleem dat de minister signaleert op te lossen.

Ik heb een vraag gesteld over een landelijk onderzoek naar aanleiding van het rapport over Groningen. Het is mij niet helemaal duidelijk of de minister dit onderzoek heeft toegezegd.

Tot slot heb ik een vraag over de flo-problematiek. In de cao staat een ontbindende voorwaarde. Als de flo-problematiek niet is opgelost, gaat de cao niet door. Ik vraag de minister om uit te leggen hoe hij dit probleem gaat oplossen. Het is natuurlijk in ons aller belang dat zowel het ene als het andere wordt opgelost en doorgaat.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. Ik zeg de minister dank voor zijn reactie. Kwaliteit en continuïteit zijn leidend. Mijn fractie is het hiermee eens; hoe zou het anders kunnen?

Het antwoord van de minister heeft consequenties voor de vraag of Europees aanbesteed zal worden. Het Europese Hof heeft zich uitge-

spraken over Duitsland. De latente onrust zou daarmee kunnen zijn weggenomen.

Er moet een structurele regeling komen, zei de minister tegen onder anderen mij. Ik ben het daarmee helemaal eens. Er moet nog het een en ander gebeuren. Er komt een scenariostudie en wat dies meer zij. Daar komen we in de nabije toekomst dus op terug.

Ik heb gevraagd of Belgische ambulances alleen naar Belgische ziekenhuizen vervoeren of ook naar andere ziekenhuizen. Dit punt lijkt opgelost te zijn.

Mijn laatste opmerking betreft Walcheren. Ik wacht met de minister de definitieve fusieplannen af, maar ik ben er niet gerust op. Ik zeg dit mede naar aanleiding van de brief van 10 maart, die nu niet op de agenda staat. Ik ga die brief nu dus ook niet bespreken. Daar komen we later wel op terug. Ik begrijp echter dat er wel degelijk een verdeling van de functies over de verschillende locaties aan de orde is. Ook is een strengere financiële onderbouwing van die plannen aan de orde. Ik kan mij goed voorstellen dat er in de regio onrust bestaat. Daar komen we straks wel op terug. Ik hoop dat dit probleem zich niet zal voordoen. Ik spreek de minister daar toch op aan. Het is nu donderdag. Deze week komt er uitsluitel. Waar hebben we het dan precies over? Moet ik dit debat verlaten en per kerende post begrijpen dat er een openbaarmaking is van de definitieve plannen? Dat kan toch niet zo zijn? Ik hoop dat de minister alert is. Ik vertrouw hem daarin, hoor, maar ik wil het toch gezegd hebben.

Minister **Klink**: Voorzitter. Ik beloof de heer Zijlstra dat ik met een notitie zal komen over de dunbevolkte gebieden en überhaupt over de aard, status en kwaliteit van de ambulancezorg in relatie tot de 45 minutennorm. Ook zal ik ingaan op de tendens rondom het uit de pas lopen doordat de stabilisatietijd toeneemt. Ik kom voor de zomer met deze notitie. Het lijkt mij te verstrekkend om hiervoor landelijk onderzoek te doen. Daar gaat veel te veel tijd overheen, zeg ik tegen de heer Van Gerven. Het kan best zijn dat we naar aanleiding van de notitie op een aantal punten nader onderzoek instellen. Internationale ervaringen neem ik, voor zover beschikbaar, graag mee. We zullen geen internationaal onderzoek doen. Dat is namelijk nog verstrekkender.

Terecht zegt mevrouw Schermers dat ambulancehulpverlening meer is dan ambulancevervoer. De zwaartepunten hierin zijn aan het verschuiven. Ik ben er niet op uit om de 45 minutennorm te relativiseren, integendeel. Dat zeg ik ook tegen de heer Van der Vlies naar aanleiding van de situatie in Zeeland. De 45 minutennorm is voor mij onwaarschijnlijk belangrijk. De bereikbaarheid van zorg is van grote betekenis. Daarbij plaats ik de kanttekening dat de norm geldt voor 95% tot 97% van de gevallen. Garant staan voor de hele linie is ook niet mogelijk. De marges zijn wel heel smal. Ik kom op de opmerking van mevrouw Schermers over de dreigende bevalling. Ik kijk naar mijn ambtenaren. Een van hen is een dame die binnenkort moet bevallen. Laten we aan de horde schrikbeelden die zich aftekenen, niet nog een aantal toevoegen. Dat lijkt mij uit menselijk oogpunt op dit moment niet gewenst. We komen hier een andere keer op terug, tijdens het zwangerschapsverlof, zullen we maar zeggen.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Waar woont ze, minister? Woont ze in Zeeland?

Minister **Klink**: Ik kan u melden dat ze onlangs verhuisd is van Zeeland naar Den Haag.

De heer **Van der Veen** (PvdA): Ook in Den Haag zou ik ervoor zorgen dat de taxi klaarstaat.

Minister **Klink**: Over de 45 minuten norm op Walcheren komen we uiteraard nog te spreken naar aanleiding van de interventie van de heer Koppejan, mevrouw Schermers en de heer Van der Vlies.

Artikel 6, lid 2 discrimineert niet naar de status van de rechtspersoon. Het is dus niet zo dat een publiekrechtelijke rechtspersoon als het ware voorrang krijgt op een privaatrechtelijke organisatie, een B3-stichting, of «whatever it may be».

De voorstellen die de heer Van der Veen etaleerde mogen misschien niet geweldig zijn, maar zijn taalgebruik wel. Ik vind «behandelwadhalla» voor een ziekenhuis eerlijk gezegd wel heel mooi. Dat is een ziekenhuis inderdaad niet altijd. Daarom moet verloskundige zorg ook in de eerste lijn kunnen plaatsvinden. Daarmee spreek ik waarschijnlijk woorden die uit het hart van mevrouw Wiegman gegrepen zijn.

De vraag van de heer Van Gerven over het flo is nog niet beantwoord. Het is een misverstand om te denken dat de inwerkingtreding van de cao afhankelijk is van de technische oplossing van het flo. Wij streven ernaar om de regelingen in de toekomst gelijk te financieren. Nu is dat nog verschillend. Dit is echter niet voorwaardelijk voor de inwerkingtreding van de cao.

De rol van de provincies is inderdaad drieledig. Mijn antwoord op de vraag hierover is dus volmondig «ja». Over de beschikbaarheid in Oost-Groningen hebben we gesproken. Ook over het landelijk onderzoek heb ik het een en ander gezegd. We zullen zien in hoeverre dat zinvol is. De heer Van der Vlies heeft een vraag gesteld over de Europese aanbesteding. Het Europese Hof sprak zich uit over de aanbesteding. Daarvoor zouden meer partijen zich moeten kunnen kwalificeren. In dit geval gaat het om vergunningverlening. Het gaat om kwaliteit en continuïteit van de zorg, maar dat is een meer inhoudelijk argument, los van de juridische status van aanbesteding of vergunning. Uit de mij bekende uitspraken van het Europese Hof wordt duidelijk dat het Hof de laatste jaren telkens meer genegen is om marktwerking te mitigeren.

Over Walcheren zullen wij ongetwijfeld nog spreken. Ik heb zo-even al gezegd dat de 45 minuten norm voor mij van buitengewoon groot belang is.

Mevrouw **Schermers** (CDA): Ik heb de minister gevraagd of het gaat lukken om de vragen van de heer Koppejan en mij te beantwoorden voor het overleg.

Minister **Klink**: Ik weet niet in hoeverre het overleg hierover al gepland is, maar wij zullen de vragen zo snel mogelijk beantwoorden.

De heer **Van Gerven** (SP): Mijn vraag over de voorstellen van de SAZ voor de beschikbaarheidstoelage voor spoedeisende eerste hulp is nog niet beantwoord.

Minister **Klink**: Wanneer de prestatiebekostiging ook in moge gaan, zullen wij met een structureel regime komen. De voorstellen zullen ongetwijfeld ook aan de orde komen op het moment dat wij spreken over de cruciale zorgfuncties en de borging daarvan. Deze zijn geïncorporeerd in de Wet cliëntenrechten zorg. Dit zal nog aan de orde komen voor deze zomer.

De **voorzitter**: Alles is gewisseld. We zijn drie kwartier eerder klaar dan gepland. Ik dank de minister, de ambtenaren en het publiek en sluit deze vergadering.