

Vergaderjaar 2013–2014

32 854

Tijdelijke bepalingen over de ambulancezorg (Tijdelijke wet ambulancezorg)

Nr. 21

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 7 januari 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 20 september 2013 inzake analyse gevoelige ziekenhuizen 2013 (Kamerstuk 32 854, nr. 20).

De op 15 november 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 6 januari 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de analyse gevoelige ziekenhuizen. Genoemde leden hebben een fundamentele vraag. De 45-minutennorm is een belangrijke norm die van grote invloed is op de inrichting van het zorglandschap. De voorzitter van Ambulance Zorg Nederland heeft de 45-minutennorm in het verleden «obsoleet» genoemd. Als het klopt dat deze norm obsoleet is, is het de vraag of het verstandig is deze norm als uitgangspunt te nemen bij zoiets belangrijks en kapitaalintensiefs als de inrichting van het zorglandschap. Het is de vraag of een model van 15 minuten aanvangstijd, 5 minuten voor zorg ter plaatse en 25 minuten voor het vervoer naar het ziekenhuis aansluit bij de ontwikkelingen van de afgelopen jaren. De leden van de VVD-fractie zouden de Minister willen vragen hoe en wanneer deze norm tot stand gekomen is.

Naar aanleiding van discussie in de Tweede Kamer heeft het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), op aanvraag van een van mijn voorgangers, verschillende uitvoeringstoetsen opgesteld inzake de bereikbaarheid van acute zorg. Deze uitvoeringstoetsen hebben begin 2002 geleid tot het vaststellen van een tweetal normen. Allereerst is het begrippenkader rond ziekenhuiszorg geëxpliciteerd, met daarin een nadere omschrijving van een basisziekenhuis. De tweede norm betreft de bereikbaarheid van spoedeisende medisch specialistische zorg per ambulance binnen 45 minuten. Deze norm is later vastgelegd in de beleidsregels onder de wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Er hebben zich sinds de totstandkoming van deze norm vele ontwikkelingen voorgedaan op medisch inhoudelijk gebied, op het gebied van vervoer en infrastructuur en op het gebied van communicatie. De leden van de VVD-fractie vragen of het niet tijd wordt de bestaande 45-minutennorm te herijken en te bezien of er een andere norm of andere normen te ontwikkelen zijn die beter aansluiten bij de huidige behoeften en mogelijkheden. Is de Minister bereid een alternatief of alternatieven voor de huidige 45-minutennorm te onderzoeken?

Graag verwijzen genoemde leden naar eerder door het lid Mulder gestelde schriftelijke vragen over dit onderwerp.¹

Ik ben het met de VVD-fractie eens dat zich op medisch-inhoudelijk gebied vele ontwikkelingen hebben voorgedaan sinds de totstandkoming van de 45-minutennorm. De mogelijkheden om al in de ambulance te starten met de behandeling van de patiënt zijn toegenomen. Dit maakt het in sommige gevallen mogelijk om op een verantwoorde en veilige wijze met de patiënt door te rijden naar een SEH met een specifiek profiel, die misschien op langere afstand is gelegen, maar waar de patiënt wel op de aandoening afgestemde zorg ontvangt. Naast de ontwikkelingen in de ambulancezorg komt er bij wetenschappelijke verenigingen steeds meer inzicht in de gevoelige balans tussen kwaliteit van zorg en bereikbaarheid. Een goed voorbeeld hiervan is de cardiologische richtlijn rond ST-elevatie acuut myocardinfarct (STEMI). In deze richtlijn staat zowel de gewenste *door to balloon time* beschreven (bereikbaarheid) als de gewenste deskundigheid van het team bij dit soort (complexe) hart- en vaatoperaties (kwaliteit).

Zoals ik in antwoord op de genoemde vragen van het lid Mulder heb beschreven hecht ik aan de bereikbaarheid van de basis-SEH binnen 45 minuten. De 45-minutennorm zorgt ervoor dat de spreiding van de zorg over Nederland goed is. Iedereen heeft basis medisch specialistische zorg

¹ Aangangsel Handelingen II 2011/12, nr. 1841

en basis spoedeisende hulp op vrij korte afstand ter beschikking. Daarom vind ik het niet verstandig de 45-minutennorm los te laten en op zoek te gaan naar een alternatief. Dit neemt niet weg dat wel gekeken kan worden naar de kwalitatieve invulling van de 45 minutennorm. De huidige bereikbaarheidsnormen gaan uit van een basis-SEH, waar 24/7 een arts met SEH competenties en een SEH verpleegkundige werkzaam zijn. In het licht van de implementatie van de kwaliteitsvisie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de regionale veranderingen die dit teweeg brengt zal ik onderzoeken of er knelpunten ontstaan in de acute zorg en of de kwaliteitseisen aan een basis-SEH aanpassing behoeven.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister waarin zij de «Analyse gevoelige ziekenhuizen 2013» aanbiedt. Voor deze leden is kwalitatief goede, beschikbare en tijdige zorg van groot belang en de bereikbaarheid van spoedeisende hulp is daarin een belangrijke pijler. Genoemde leden stellen daarom dat het aantal inwoners buiten de bereikbaarheidsnorm en het aantal gevoelige ziekenhuizen zo gering mogelijk moeten zijn. De leden van de PvdA-fractie vragen of gevoeligheid van ziekenhuizen alleen op basis van aanrijtiden wordt gedefinieerd.

Spelen andere factoren ook een rol, bijvoorbeeld het risico op calamiteiten in een bepaalde regio? In hoeverre zijn de huidige aanrijdnorm en de componenten daarvan, bestaande uit de meld-, uitruk-, inlaad- en rijtijd, in beton gegoten? Waar zijn de componenten op gebaseerd? Worden zij wel eens geëvalueerd?

De analyse gevoelige ziekenhuizen wordt op basis van het vigerende referentiekader spreiding en beschikbaarheid en een actueel overzicht van SEH-locaties en ambulancestandplaatsen opgesteld. Deze analyse geeft weer welk deel van de Nederlandse bevolking binnen 45 minuten per ambulance naar de SEH vervoerd kan worden en welke ziekenhuizen gevoelig zijn voor de 45 minutennorm. In de analyse wordt geen rekening gehouden met zorginhoudelijke kenmerken van de regio. Het is aan verzekeraars om in overleg met de betrokken partijen in het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) te besluiten over de inrichting van de acute zorg in de regio. Zij zullen, binnen de normen voor kwaliteit en bereikbaarheid, moeten kiezen voor een inrichting die past bij de specifieke zorgvragen in de regio, bijvoorbeeld wanneer er extra risico is op calamiteiten.

Voor het antwoord op de vraag naar de herkomst van de 45 minutennorm en een evaluatie daarvan verwijs ik u naar mijn antwoorden op vergelijkbare vragen van de VVD-fractie.

De leden van de PvdA-fractie vragen mij daarnaast naar de onderbouwing van de verschillende componenten die in het model onder de analyse gevoelige ziekenhuizen worden gebruikt. Het antwoord op deze vraag moet worden gezien in het licht van het doel van het model, namelijk een spreidingstoets. Het model berekent, op basis van een aangenomen meld-, uitruk- en behandeltime, of Nederlandse inwoners, gegeven de rijsnelheden die volgen uit het rijtijdenmodel en een actueel overzicht van SEH locaties en ambulancestandplaatsen, binnen 45 minuten per ambulance op een SEH gepresenteerd kunnen worden. Het model is niet bedoeld om de werkelijke meld- en uitruktijd en de werkelijke behandeltime te toetsen. In de berekeningen van de analyse gevoelige ziekenhuizen wordt hierover een aantal aannames gedaan. Zo wordt gewerkt met 3 minuten meld- en uitruktijd, parallel aan de opbouw van de 15 minutennorm zoals deze door de ambulancesector zelf is gesteld met betrekking tot de aanrijdtijd van spoedritten. Daarnaast wordt gerekend

met 5 minuten inlaadtijd. Ook is het model niet bedoeld voor toetsing van de werkelijke aanrijdtijd en vervoertijd. Er kunnen redenen zijn om in het belang van de patiënt niet met volle snelheid naar een SEH te rijden en er kunnen ook redenen zijn om niet naar de dichtstbijzijnde SEH te rijden. De aanrijdtijd en vervoerstijd die in het model worden gehanteerd volgen uit het rijtijdenmodel en zijn afhankelijk van de plaats van incident, de locatie van de standplaats en de locatie van de SEH. Hoewel het een theoretisch spreidingsmodel betreft en hier dus in de praktijk van wordt afgeweken betekent dit niet dat de analyse uit de lucht gegrepen is. Het RIVM heeft het nieuwe rijtijdenmodel gevalideerd aan de gemeten snelheden en geconcludeerd dat dit rijtijdenmodel valide is en representatief is voor de spoedeisende ambulancezorg. De modellen die onder de analyse gevoelige ziekenhuizen liggen behoren, ook volgens de ambulancesector en verzekeraars, die hieraan hebben meegewerkt, tot de meest geavanceerde van de wereld. Doordat de praktijkdata die in dit model worden gebruikt over een langere periode bij alle RAV's zijn verzameld is het model representatiever dan de eerdere analyses.

De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd dat stappen zijn gemaakt in het representatiever maken van het rijtijdenmodel dat wordt gebruikt als referentiekader voor spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg. De voorliggende analyse is gebaseerd op gegevens van een heel jaar over alle Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) en lijkt daarmee een realistischer beeld over het behalen van de aanrijtjidsnorm te geven. De verkregen resultaten geven aan dat ambulances sneller rijden dan in eerdere modellen werd aangenomen en dat het bereik van ingezette ambulances groter is dan verondersteld. Betekent de huidige analyse dat men zich gebonden dient te voelen aan de resultaten indien men voornemens is om zorg te concentreren? Verder zijn genoemde leden erg benieuwd naar de aankomende analyse over gevoelige ziekenhuizen waarin geactualiseerde kwaliteitsnormen voor basis Spoedeisende Hulpafdelingen (SEH's) meegenomen zijn. Is de verwachting dat deze normen van grote invloed zullen zijn op voorliggende resultaten? In geval van concentratie van zorg dienen partijen zich te houden aan de normen voor bereikbaarheid en kwaliteit. Uitgangspunt in de 45 minuten bereikbaarheidsnorm is het rijtijdenmodel onder het vigerende referentiekader spreiding en beschikbaarheid. De gevoelige ziekenhuisanalyse is gebaseerd op dit rijtijdenmodel en geeft daarmee een actuele weergave van de gevoelige ziekenhuizen in Nederland. Overigens kunnen verzekeraars, regionale ambulancevoorzieningen en ROAZ-en bovenop de gevoelige ziekenhuisanalyse, indien nodig, het RIVM vragen om doorrekeningen voor een specifieke regio te maken. Als gezegd wordt bij de huidige bereikbaarheidsnormen van een basis-SEH, uitgegaan van de huidige kwaliteitsnormen voor een basis-SEH, met 24/7 beschikbaarheid van een arts met SEH competenties en een SEH verpleegkundige. Zoals ik in antwoord op vragen van de leden van de VVD-fractie heb beschreven zal ik onderzoeken of de kwaliteitseisen aan een basis-SEH aanpassing behoeven. Na afronding van dit onderzoek zal ik u berichten wat de uitkomst hiervan is en hoe dit doorwerkt op de gevoelige ziekenhuisanalyse.

De analyse focust zich op 94 SEH's met 24/7 openstelling. In de analyse zijn geen aparte analyses gemaakt voor SEH's waarvan alle acht poortspecialismen 24/7 beschikbaar zijn en voor SEH's die 24/7 acute verloskunde bieden. Wat betekent dit voor de uitkomsten van de analyse? Is er met de nieuwe analyse voldoende inzicht in bereikbaarheid en tijdigheid van acute verloskunde en spoedeisende hulp waar men niet 24/7 met alle acute zorgvragen terecht kan, en hoe is het hiermee gesteld? In hoeverre heeft de analyse rekening gehouden met ambulances die in het belang van de patiënt niet met volle snelheid rijden of uitwijken naar een andere

SEH dan de dichtstbijzijnde, bijvoorbeeld omdat een bepaald specialisme daar niet voorhanden is? Wat betekent dit voor de interpretatie van de resultaten?

Met mijn brief van 16 juli 2013 (Kamerstuk 32 854, nr. 19), heb ik u het nieuwe referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg aangeboden. Om de gevolgen van dit snellere rijtijdenmodel in beeld te krijgen heb ik het RIVM gevraagd een nieuwe gevoelige ziekenhuizenanalyse te maken. Daarbij is de afweging gemaakt of ook een analyse moest worden gemaakt voor de ziekenhuizen met de 8 poortspecialismen en de acute verloskunde. Ik heb er, in overleg met het RIVM, voor gekozen om dit nu niet te doen. Belangrijkste reden was dat actuele informatie over beschikbare specialismen per ziekenhuislocatie op korte termijn niet beschikbaar was. Deze inventarisatie zou veel tijd kosten en daarmee onnodig lange onzekerheid voor de ziekenhuizen met zich meebrengen. Specifieke regionale vragen over de bereikbaarheid van de acht poortspecialismen en de acute verloskundige zorg zullen door het RIVM, wanneer hiervoor een verzoek wordt gedaan door de verzekeraar, regionale ambulancevoorziening (RAV) of ROAZ, gewoon worden doorgerekend. Wanneer de eerder genoemde gesprekken rond de kwaliteitsnormen van een basis-SEH tot meer duidelijkheid hebben geleid zal ik het RIVM vragen een nieuwe doorrekening te maken en dan opnieuw bezien welke inventarisatie hiervoor nodig is.

De leden van de PvdA-fractie vinden het fijn dat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in bepaalde regio's ad hoc gevoeligheidsberekeningen kan uitvoeren als er bijvoorbeeld een afdeling acute verloskunde wordt gesloten. Wie draagt hier verantwoordelijkheid voor? Zijn deze berekeningen inmiddels al uitgevoerd in de vijf regio's waar sinds 2011 de SEH gesloten is of niet meer 24/7 open is? Zijn deze resultaten meegenomen in voorliggende analyse? Verder vragen de leden van de PvdA-fractie in hoeverre RAV's ambulancestandplaatsen kunnen herindelen in geval uit analyse blijkt dat dit de aanrijtijden ten goede komt.

Zoals ik hierboven heb beschreven worden de berekeningen die het RIVM maakt voor specifieke regio's in principe gemaakt op verzoek van de zorgverzekeraar en de RAV in die regio. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van deze berekeningen ligt bij het RIVM. Sinds 2011 heeft het RIVM een aantal doorrekeningen gemaakt ten behoeve van specifieke vragen uit de regio, zoals in Meppel, Dokkum en Spijkenisse. Dat is niet voor alle gesloten SEH's het geval geweest. Deze doorrekeningen kennen over het algemeen twee componenten. Ten eerste wordt berekend of afdelingen van ziekenhuislocaties cruciaal zijn voor de 45-minutennorm. Indien dat het geval is wordt vaak ook doorgerekend of een beoogde oplossing, zoals de inzet van een extra ambulance, tegemoet komt aan de problemen rond de bereikbaarheid.

De resultaten van de doorrekeningen zijn in de voorliggende analyse opgenomen als er effecten waren op de spreiding van ambulancestandplaatsen of de openstelling van een SEH. Immers gaat de gevoelige ziekenhuizenanalyse uit van de actuele spreiding van ambulancezorg en SEH's. Maatregelen uit het verleden met gevolgen voor de spreiding en openstelling SEH's zijn dus meegenomen.

De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd te vernemen dat de 94 SEH's met 24/7 openstelling die Nederland kent dusdanig verspreid zijn dat 99,85% van de burgers binnen 45 minuten per ambulance op een SEH kan zijn. Deze leden maken zich wel zorgen om de 24.400 inwoners van Nederland waarvoor de aanrijtijden niet goed geregeld lijken te zijn, bijvoorbeeld op de Waddeneilanden. Neemt de Minister dat voor lief of is

er een plan van aanpak in de maak om een oplossing te bieden? Zo ja, wat zijn de opties en hoe worden deze opties aangegrepen? Wie controleert aanrijtijden actief en steekproefsgewijs? Hoe gaat de Minister aanrijtijdnormen handhaven als deze niet gehaald worden in bepaalde regio's?

Sinds jaar en dag zijn er enkele gebieden in Nederland die niet binnen 45 minuten per ambulance op een SEH kunnen zijn. Het uitgangspunt in mijn beleid rond gevoelige ziekenhuizen is dat, in geval van een concentratiebeweging, of sluiting van een ziekenhuislocatie, het aantal mensen dat buiten de 45-minutennorm valt niet toe neemt ten opzichte van de situatie ten tijde van het instellen van deze norm. Voor die gebieden die al buiten de 45-minutennorm vielen is het zaak dat de zorgverzekeraar, samen met de betrokken aanbieders in het ROAZ, organiseert dat deze mensen adequate toegang hebben tot spoedeisende zorg. Deze verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar volgt uit zijn zorgplicht. In de praktijk wordt hier ook invulling aangegeven, bijvoorbeeld door de inzet van helikopters, boten en tijdige risicosignalering. Ik zie geen reden om aanvullend op deze regionale invulling hierover een plan van aanpak op te stellen. Het is aan deze partijen om regelmatig te monitoren of deze oplossingen effectief zijn of dat ze aanpassing behoeven. De NZa ziet erop toe dat de verzekeraar zijn zorgplicht waar maakt. De IGZ ziet er daarnaast op toe dat de aanbieders voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg.

De leden van de PvdA-fractie vinden het positief dat het aantal gevoelige ziekenhuizen vergeleken met de vorige analyse is gedaald met 22 ziekenhuizen, naar acht. Dit wordt grotendeels toegerekend aan hogere snelheden die in het aanrijtijdenmodel zijn gebruikt en minder aan praktijkgerelateerde zaken zoals toename van ambulancestandplaatsen en gunstigere spreiding daarvan. In hoeverre is het mogelijk dat het nieuwe aanrijtijdenmodel zaken positiever voorstelt dan de werkelijkheid? Verder vinden deze leden het opmerkelijk dat het aantal gevoelige ziekenhuizen is afgenomen in een periode waarin het aantal SEH's daalde. Hoe valt dit te verklaren?

De rijssnelheden in het rijtijdenmodel zijn afgeleid van concrete rittendata die zijn verzameld bij ambulancediensten. Deze rittendata geven weer hoe snel ambulances daadwerkelijk hebben gereden op bepaalde weggedelen en op verschillende tijdstippen in verschillende regio's. Dit neemt niet weg dat een ambulance er in individuele gevallen inderdaad langer over kan doen, maar dat past, zoals hierboven beschreven binnen het doel van het model. Het RIVM heeft het nieuwe rijtijdenmodel gevalideerd aan de gemeten snelheden en geconcludeerd dat dit rijtijdenmodel valide is en representatief is voor de spoedeisende ambulancetzorg. De modellen die onder deze analyse liggen behoren, ook volgens de ambulancesector en verzekeraars die hieraan hebben meegewerkt, tot de meest geavanceerde van de wereld.

Zoals in de Kamerbrief beschreven zijn er verschillende verklaringen voor de afname van het aantal gevoelige ziekenhuislocaties. Het aantal SEH's is één van de factoren die het aantal gevoelige ziekenhuislocaties beïnvloedt. Deze invloed werkt twee kanten op. Enerzijds is bijvoorbeeld de SEH van de Sionsberg in Dokkum gesloten. Dit betekent concreet een afname van het aantal gevoelige ziekenhuizen. Anderzijds heeft een afname van het aantal SEH's tot gevolg dat de overblijvende SEH's gevoeliger worden. Deze effecten leiden in samenhang met de andere genoemde factoren, zoals de hogere snelheden in het rijtijdenmodel, de aanpassing van het aantal ambulancestandplaatsen en de actualisatie van de bevolkingsgegevens, tot de voorliggende analyse.

De analyse geeft aan dat acht ziekenhuizen als gevoelig aangemerkt kunnen worden; als deze locaties zouden wegvallen, vallen meer mensen buiten de 45-minutennorm. Hoe staan deze ziekenhuizen er financieel voor? De leden van de PvdA-fractie vragen wat er gebeurt als er zich een calamiteit voordoet terwijl er zojuist een gevoelig ziekenhuis failliet is gegaan. Is hier een plan voor? Zo nee, vindt de Minister dat gevoelige ziekenhuizen een plan moeten hebben? Wie is verantwoordelijk voor de garantie dat andere ziekenhuizen in dit geval patiënten zo goed mogelijk opvangen? En wat is het beleid bij grote calamiteiten waarbij het bereiken van spoedeisende hulp onder grote druk komt te staan, bijvoorbeeld ernstige calamiteiten in het Botlekgebied? Is er dan automatisch extra inzet geregeld? Is er een bij alle actoren bekend calamiteitenplan waaruit, zonder discussie, blijkt welke rol partijen dienen op te pakken?

Ik heb geen inzicht in de financiële situatie van de acht gevoelige ziekenhuizen, dat is ook niet mijn rol. De zorgverzekeraars hebben vanuit hun zorgplicht de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg. Daarmee is het van belang dat zij een goed inzicht hebben in de financiële situatie van de acht gevoelige ziekenhuizen, zodat zij tijdig kunnen inspelen op eventuele financiële problemen. Ten aanzien van grote calamiteiten dienen ziekenhuizen, ambulance-diensten en huisartsen(posten) een Rampen Opvangplan (ROP) te hebben. Daarnaast is in de Wet veiligheidsregio's (Wvr) vastgelegd dat het bestuur van de veiligheidsregio in een crisisplan schriftelijke afspraken maakt met de ketenpartners en met aangrenzende regio's, over de taken en voorbereidingen op rampen en crises. De plannen rond de aanpak bij grote calamiteiten worden ook besproken in het ROAZ, waar een GHOR vertegenwoordiger deel van uitmaakt. Jaarlijks stel ik € 10 mln. euro ter beschikking voor het opleiding trainen en oefenen (OTO) met deze plannen en de samenwerking in de regio.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben de brief van de Minister met belangstelling gelezen. Het valt deze leden op dat het nieuwe aanrijtijdenmodel veel gunstiger uitpakt dan het model uit 2011. Zij vragen de Minister of zij erkent dat dit vooral een theoretisch voordeel is, en dat de feitelijke situatie eerder ongunstiger dan gunstiger is geworden door de sluiting of het niet meer 24 uur per dag open zijn van SEH's. Het voordeel wordt vooral gehaald door de hogere snelheden die ambulances verondersteld worden te halen. De leden van de SP-fractie vragen de Minister hier diepgaand op in te gaan. Genoemde leden vragen wat de verklaring is dat ambulances in 2013 sneller rijden dan in 2011. Is dit alleen theorie of ook praktijk? Zij vragen de Minister uit te sluiten dat hier sprake is van wensdenken of een puur theoretische situatie die weinig tot niets te maken heeft met de werkelijkheid die dagelijks op de weg wordt aange troffen door ambulancepersoneel.

De analyse gevoelige ziekenhuizen geeft een weergave van bereikbaarheid van de acute zorg in Nederland. Het doel van deze analyse is om in kaart te brengen of inwoners van Nederland binnen 45 minuten per ambulance bij een SEH kunnen zijn en daaruit volgt of SEH's gevoelig zijn voor de 45-minutennorm. Deze doorrekening vormt de basis voor de inrichting van de acute zorg in de regio's is richtinggevend voor de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Deze doorrekening levert kaders waarbinnen zorgverzekeraars, in overleg met de zorgaanbieders in het ROAZ, de acute zorg in de regio kunnen inrichten. Hoewel het een theoretisch model betreft en hier dus, zoals ik in antwoord op vragen van PVDA-fractie heb beschreven, in de praktijk van kan worden afgeweken betekent dit niet dat de analyse uit de lucht gegrepen is. De

modellen die onder deze analyse liggen behoren, ook volgens de ambulancesector en verzekeraars die hieraan hebben meegewerkt, tot de meest geavanceerde van de wereld. Doordat de praktijkdata die in het rijtijdenmodel worden gebruikt over een langere periode bij alle RAV's zijn verzameld is het model representatiever dan de eerdere analyses. Hiermee is ook de analyse van de SEH-bereikbaarheid representatiever geworden. Dat betekent dus niet zozeer dat ambulances sneller zijn gaan rijden tussen 2011 en 2013, maar dat de snelheid van ambulances in het eerdere model werd onderschat. Het is dus zeker niet zo dat de uitkomsten van de analyse niets te maken hebben met de werkelijkheid die dagelijks op de weg wordt aangetroffen door ambulancepersoneel. Op basis van voorliggende analyse gevoelige ziekenhuizen kan worden geconcludeerd dat minder mensen buiten 45 minuten van een SEH wonen, dan tot nu toe werd aangenomen. De voorliggende analyse wijkt op vier punten af van de analyse in 2011. Het rijtijdenmodel is aangepast en de SEH locaties, de ambulancestandplaatsen en de bevolkingsgegevens zijn allen aangepast aan de meest actuele stand van zaken. Deze analyse geeft, in vergelijking met de analyse uit 2011, een representatiever beeld van de werkelijke bereikbaarheid van SEH's in Nederland.

Verder vragen de leden van de SP-fractie in hoeveel gevallen het theoretische model van het RIVM niet voldoet. Een bekend voorbeeld daarvan is de situatie op het eiland Voorne-Putten waar door het bestaan van slechts twee toegangswegen het theoretische model niets met de werkelijkheid te maken heeft. Kan de Minister aangeven of er meer van dergelijke situaties bestaan? Voorts vragen genoemde leden wat dit betekent voor de continuïteit van cruciale zorg. Het baart de leden van de SP-fractie zorgen dat de Minister stelt dat «deze analyse gevoelige ziekenhuizen de toetssteen voor zorgverzekeraars in de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg is». Deze leden vragen of dit betekent dat dit model alles bepalend is en dat er in voorkomende situaties net als dat bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis het geval was niet naar de specifieke situatie gekeken wordt. Of is het model van het RIVM voor de Minister slechts een leidraad en wordt er per situatie gekeken of het model voldoet? Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie wat het betekent voor de ziekenhuizen die de status gevoelig ziekenhuis kwijtraken. Raken deze ziekenhuizen hun beschikbaarheidsbijdrage kwijt? Wat betekent dit voor het voortbestaan van de SEH in die ziekenhuizen in het bijzonder en de levensvatbaarheid van deze ziekenhuizen als geheel?

De vraag in hoeveel gevallen het theoretische model van het RIVM niet voldoet suggereert dat de analyse gevoelige ziekenhuizen tot doel heeft om een inschatting te maken van de daadwerkelijke rijtijd van individuele ambulanceritten in de praktijk. Dit is echter niet het geval. Het doel van het model is om een analyse te maken van de bereikbaarheid van de SEH's in Nederland. Dat ambulances in de praktijk soms kortere en soms langere rijtijden hebben doet daar niets aan af.

De analyse gevoelige ziekenhuizen is de toetssteen voor zorgverzekeraars in de verantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg. Het referentiekader spreiding en beschikbaarheid en de daaruit voortvloeiende analyse over de gevoelige ziekenhuizen geven de kaders weer waarbinnen zorgverzekeraars invulling dienen te geven aan hun zorgplicht. Concreet betekent dit dat in geval van voorgenomen concentratie van zorg of sluiting van een SEH de zorgverzekeraar ervoor moet zorgen dat het aantal mensen dat, op basis van de analyses van het RIVM, buiten de 45-minutennorm valt niet mag toenemen. Binnen deze kaders heeft de zorgverzekeraar uiteraard de vrijheid om het acute zorgaanbod, in overleg met de aanbieders in het ROAZ, zo in te vullen dat dit tegemoet komt aan de specifieke kenmerken van de regio.

De leden van de SP-fractie vragen mij of ziekenhuizen die de status gevoelig ziekenhuis kwijtraken hiermee ook hun beschikbaarheidsbijdrage verliezen. Ziekenhuizen komen in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage wanneer ze voldoen aan drie criteria. (1) Het ziekenhuis biedt 24/7 spoedeisende hulp aan. (2) Het ziekenhuis is cruciaal voor de 45-minutennorm. (3) De reguliere inkomsten via tarieven zijn onvoldoende om de SEH in de lucht te houden. Voor 2014 zal de NZa toetsen of de huidige ontvangers van de beschikbaarheidsbijdrage aan de genoemde eisen voldoen en de bijdrage vanaf 2014 behouden.

De NZa heeft hierover nog geen formeel besluit genomen. Vooruitlopend daarop kan wel gesteld worden dat, indien een ziekenhuis niet meer gevoelig is voor de 45 minutennorm, dit ziekenhuis niet aan een van de criteria voldoet en dit ziekenhuis de beschikbaarheidsbijdrage zal verliezen. Overigens heb ik heb uw Kamer per brief van 12 november 2013 geïnformeerd voornemens te zijn een afbouwregeling mogelijk te maken voor instellingen die voor langere tijd een beschikbaarheidsbijdrage ontvingen maar daar geen recht meer op hebben.

Wat dit concreet betekent voor het voortbestaan van een specifieke SEH en de levensvatbaarheid van een ziekenhuis als geheel kan ik in algemene zin niet zeggen. Dat is geheel afhankelijk van de financiële situatie van het ziekenhuis en het vermogen van het ziekenhuis om een zorgaanbod bieden dat past bij de wensen van de regio en daarmee voldoende inkomsten genereert om ook zonder beschikbaarheidsbijdrage zelfvoorzienend te zijn. Het doel van de beschikbaarheidsbijdrage is niet om SEH's en ziekenhuizen die niet cruciaal zijn voor de 45 minutennorm in de lucht te houden.

Voorts vragen de leden van de SP-fractie waarom er geen actuele informatie beschikbaar is over de specialismen per ziekenhuislocatie. Heeft dit te maken met de steeds verdergaande specialisatie die ook in de spoedeisende hulp gaande is? Deze leden vragen de Minister in hoeverre deze onduidelijkheid alleen bij het RIVM aanwezig is. Zij vragen de Minister of er ook onder ambulancepersoneel onduidelijkheid bestaat en of die onduidelijkheid tot risicovolle situaties leidt. Genoemde leden vragen in hoeverre het voorkomt dat ambulancepersoneel een patiënt met spoed naar een SEH brengt, waarna bij aankomst blijkt dat het gewenste specialisme daar niet aanwezig is waarna alsnog vertrokken moet worden naar een volgende SEH. De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij in een dergelijk geval van mening is dat er voldaan is aan de norm. Ook vragen zij in hoeverre de steeds verdergaande specialisatie dit aanrijtjedenmodel steeds meer onbruikbaar maakt, omdat een inwoner wel dicht genoeg bij een bepaald specialisme woont, maar een ander specialisme in geen geval binnen de 45 minuten kan bereiken. Het valt de leden van de SP-fractie op dat er in twee gemeenten op het vaste land inwoners zijn die buiten de 45-minutennorm vallen. Genoemde leden vragen de Minister deze twee situaties nader te verklaren en aan te geven of zij de noodzaak ziet om hier maatregelen te nemen. Tot slot vragen de leden van de SP-fractie of de inwoners van Texel er definitief op mogen rekenen dat één van de twee ambulances op het eiland niet zal verdwijnen.

Het aanbod van acute zorg is de afgelopen jaren in beweging. Om op een adequate wijze een nieuwe analyse gevoelige ziekenhuizen door te rekenen zou het RIVM daarom een nieuwe inventarisatie van de specialismen per ziekenhuis moeten maken. Deze inventarisatie zou veel tijd kosten en daarmee onnodig lange onzekerheid voor de ziekenhuizen met zich meebrengen. Aangezien specifieke regionale vragen over de bereikbaarheid van de acht poortspecialismen en de acute verloskundige zorg door het RIVM kunnen worden doorgerekend is in overleg besloten om deze analyse te beperken tot de basis SEH's.

RAV's dienen zich ervan te vergewissen welk type patiënten in welk ziekenhuis terecht kunnen. De meldkamers ambulancezorg hebben deze informatie en gebruiken dit in het coördineren van de zorgverlening: waar nodig wijzen zij het ziekenhuis toe waar de patiënt naar toe vervoerd moet worden. Het specifieke (acute) zorgaanbod in de regio wordt regelmatig afgestemd en besproken in het ROAZ. Ik krijg geen signalen dat dit in de praktijk onvoldoende wordt opgepakt.

De huidige bereikbaarheidsnormen gaan uit van een basis-SEH, waar 24/7 een arts met SEH competenties en een SEH verpleegkundige werkzaam zijn. Zoals ik op soortgelijke vragen van de VVD-fractie heb geantwoord zal ik onderzoeken of deze kwaliteitseisen aan een basis-SEH aanpassing behoeven. Indien dat het geval is zal dit zijn weerslag krijgen in de doorrekening van de volgende gevoelige ziekenhuisanalyse.

De Marne in Noord Nederland en Baarle-Nassau in Zuid Nederland zijn twee gemeentes op het vasteland waar in beide gevallen 200 mensen buiten de 45-minutennorm wonen. Het uitgangspunt in mijn beleid rond gevoelige ziekenhuizen is dat, in geval van een concentratiebeweging, of sluiting van een ziekenhuislocatie, het aantal mensen dat buiten de 45-minutennorm valt niet toe neemt. Voor die gebieden die al buiten de 45-minutennorm vielen is het zaak dat de zorgverzekeraar, samen met de betrokken aanbieders in het ROAZ, organiseert dat deze mensen tijdig toegang hebben tot spoedeisende zorg.

De leden van de SP-fractie vragen of de inwoners van Texel er definitief op mogen rekenen dat één van de twee ambulances op het eiland niet zal verdwijnen. De RAV Noord Holland Noord heeft mij laten weten dat er geen voornemens meer bestaan om de komende jaren de tweede ambulance van Texel te weg halen. Er is besloten om eerdere concept-plannen, om de tweede ambulance op Texel buiten de vakantieperiodes te vervangen door een rapid responder, niet uit te voeren.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister en de analyse gevoelige ziekenhuizen. Het is goed dat deze analyse jaarlijks herhaald zal worden. Deze leden hebben nog wel een paar vragen aan de Minister.

De leden van de PVV-fractie vragen of bij de volgende analyse wel de aanvullende categorieën worden meegenomen, namelijk SEH's waar alle acht poortspecialismen 24/7 beschikbaar zijn en SEH's die 24/7 acute verloskunde kunnen bieden. Genoemde leden maken zich verder zorgen over het hoge aantal (47.800) inwoners van Zeeuws-Vlaanderen dat voor hun spoedeisende hulp afhankelijk is van één locatie. Deelt de Minister deze zorgen en hoe kan dit beter verdeeld worden? Waarom wordt er in grensgebieden geen rekening gehouden met de bereikbaarheid van SEH's over de grens? Kan dit in een volgende analyse wel worden meegenomen? De leden van de PVV-fractie begrijpen dat de voorliggende analyse belangrijke informatie verschaft voor met name zorgverzekeraars, maar deze leden vinden naast bereikbaarheid kwaliteit van even groot belang. Wanneer komt er een geïntegreerde analyse beschikbaar waar naast de bereikbaarheid ook de kwaliteit van de SEH's in kaart is gebracht?

Zoals ik op soortgelijke vragen van de VVD-fractie heb geantwoord zal het Ministerie van VWS onderzoeken of de kwaliteitseisen aan een basis-SEH aanpassing behoeven. Indien dat het geval is zal dit zijn weerslag krijgen in de doorrekening van de volgende gevoelige ziekenhuisanalyse. Afhankelijk hiervan zal ik besluiten om in de volgende analyse al dan niet een doorrekening voor de genoemde aanvullende categorieën op te nemen.

Het aantal inwoners waarvoor een ziekenhuis gevoelig is doet niets af aan de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar voor de continuïteit van cruciale zorg in deze regio. Concreet betekent dit dat de zorgverzekeraar hier, net als bij de andere ziekenhuizen met een gevoelige SEH, extra aandacht moet hebben voor de continuïteit van zorg en dus vinger aan pols moet houden over kwalitatieve en financiële situatie van het ziekenhuis, zodat hij hier tijdig op in kan spelen.

Zoals ik op vragen van de SP-fractie antwoord is doorrekening van de gevoelige ziekenhuizen richtinggevend voor de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Deze doorrekening levert kaders waarbinnen zorgverzekeraars, in overleg met de zorgaanbieders in het ROAZ, de acute zorg in de regio kunnen inrichten. Hoewel de buitenlandse ziekenhuizen in de praktijk worden ingezet om Nederlandse patiënten, ook in spoedsituaties, te behandelen kan de zorgverzekeraar hier in zijn inkoop niet op sturen. Om die reden is ervoor gekozen deze ziekenhuizen niet mee te nemen in de analyse.

Het doel van de analyse gevoelige ziekenhuizen is om de bereikbaarheid van SEH's in beeld te brengen. Op de vraag hoe kwaliteitsaspecten in deze analyse kunnen worden meegenomen in deze analyse verwijs ik naar soortgelijke vragen van de VVD-fractie.

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben nog enkele vragen over de analyse gevoelige ziekenhuizen 2013. Voor de analyse is een geactualiseerd rijtijdenmodel gebruikt. Deze leden vragen of de lagere filedruk in Nederland er ook de oorzaak van is dat ziekenhuizen sneller bereikbaar zijn. Ook willen zij van de Minister weten of zij verwacht dat als het aantal files in Nederland weer toeneemt dit ook gevolgen heeft voor de analyse gevoelige ziekenhuizen.

Daarnaast is voor de berekeningen in het model niet de werkelijke meld-, uitruk- en behandel tijd gebruikt. Waarom is in het model niet gekozen voor het gebruiken van de werkelijke meld- en uitruktijd en de werkelijke behandel tijd in de berekeningen? Indien de werkelijke meld- en uitruktijd en de werkelijke behandel tijd wel zouden zijn gebruikt, welke gevolgen heeft dat dan voor het aantal gevoelige ziekenhuizen?

Verder blijkt uit de analyse gevoelige ziekenhuizen dat in het bereikbaarheidsmodel de ambulance dus wel na 15 minuten ter plaatse mag zijn. Waarom staat de Minister dit toe, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Deze leden verzoeken de Minister meer duidelijkheid te geven wat er nu gebeurt voor de ruim 24.000 inwoners van Nederland die niet binnen 45 minuten per ambulance naar een SEH gebracht kunnen worden.

Voor het rijtijdenmodel wordt data van daadwerkelijk door ambulances gereden snelheden verzameld. Indien de filedruk afneemt, nemen de daadwerkelijk gereden snelheden van ambulances toe, wat leidt tot snellere rijtijden in het rijtijdenmodel. Zo zal het toenemen van de filedruk leiden tot lagere snelheden in het rijtijdenmodel. De onderzoekers van het RIVM geven aan dat, hoewel de filedruk van invloed is op het rijtijdenmodel, de belangrijkste oorzaak van het snellere rijtijdenmodel moet worden gezocht in een uitgebreidere dataverzameling over meer RAV-regio's en een langere periode, wat heeft geleid tot een meer representatief beeld van de rijtijden.

Voor het antwoord op de vraag waarom in het model niet wordt gewerkt met werkelijke meld-, uitruk- en behandel tijd verwijs ik naar mijn antwoord op een soortgelijke vraag van de PvdA-fractie. Variaties in daadwerkelijk gerealiseerde meld-, uitruk- en behandel tijden zijn niet het gevolg van regionale verkeerskenmerken en hier richt het model zich dan ook niet op.

De 45 minuten norm en de 15 minuten norm zijn twee verschillende soorten normen met een verschillend doel. De 15 minuten norm is een prestatienorm voor de ambulancesector die stelt dat in 95% van de spoedritten in een RAV regio de ambulance binnen 15 minuten na melding bij de patiënt moeten zijn. De 45 minuten norm is een spreidingsnorm die bepaalt dat ambulances en ziekenhuizen zo gepositioneerd zijn dat inwoners binnen 45 minuten in een SEH kunnen zijn. De toetsing van de 15-minuten (prestatie-)norm gebeurt geaggregeerd op RAV-niveau, waarbij een faalkans van 5% is opgenomen. Dit betekent dat er inwoners in Nederland zijn die niet binnen 15 minuten bereikt worden per ambulance. Desondanks geldt ook voor deze inwoners dat zij binnen 45 minuten per ambulance op een SEH moeten kunnen zijn. Om die reden moeten de 15-minuten norm en de 45-minuten norm niet door elkaar gehaald worden.

Voor het antwoord op de vraag wat er gebeurt met de ruim 24.000 inwoners die buiten de 45-minuten norm vallen verwijs ik naar mijn beantwoording op soortgelijke vragen van de PvdA-fractie.

De leden van de CDA-fractie vinden dat de Minister de impact van het verlies van het zijn van «gevoelig ziekenhuis» niet mag onderschatten. Het verlies van de beschikbaarheidsstoeslag om spoedeisende zorg te verlenen kan ertoe leiden dat spoedeisende zorg uit sommige van die 18 ziekenhuizen gaat verdwijnen. Dit kan gevolgen hebben voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg in de regio. Uit het recente onderzoek «Acute zorg: er zit meer aan vast dan u denkt!» blijkt dat ongeveer de helft van de klinische opnamen en verpleegdagen is gerelateerd aan de SEH.

De leden van de CDA-fractie willen graag weten wat het verlies van de status van «gevoelig ziekenhuis» betekent voor de ziekenhuizen die deze status kwijtraken. Deze leden vragen op welke termijn deze ziekenhuizen de beschikbaarheidsbijdrage voor het leveren van acute zorg kwijtraken. Zij vinden het aannemelijk dat dit via een overgangperiode wordt afgebouwd, omdat het ook een verschuiving van zorg oplevert. Is de Minister dit van plan? Zo nee, waarom niet?

Voor de zorgverzekeraars is de analyse gevoelige ziekenhuizen de toetssteen in hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg. Voor deze leden is het onduidelijk of het verlies van de beschikbaarheidsbijdrage ook betekent dat de SEH van deze ziekenhuizen gaat verdwijnen. Kan de Minister aangeven wat de gevolgen zijn voor de SEH van deze ziekenhuizen?

Voor het antwoord op bovenstaande vragen van de CDA-fractie verwijs ik naar mijn antwoorden op soortgelijke vragen van de SP-fractie.

Heeft de Minister een analyse gemaakt wat de risico's zijn van het gelijktijdig verdwijnen van de beschikbaarheidsbijdragen voor een dusdanig grote groep van ziekenhuizen? Wat is het «worst case» scenario, zo willen de leden van de CDA-fractie graag weten.

Een analyse van de risico's van het gelijktijdig verdwijnen van beschikbaarheidsbijdragen heb ik niet gemaakt. Voor mij is van belang dat de continuïteit van cruciale zorg is geborgd. Die ziekenhuizen die hun beschikbaarheidsbijdragen verliezen zijn of niet gevoelig voor de 45 minuten norm of zij genereren voldoende inkomsten om zichzelf te kunnen bedruipen. Hoewel het wegvallen van beschikbaarheidsbijdragen voor sommige ziekenhuizen tot financiële uitdagingen kan leiden, leidt dit daarmee niet tot een risico voor de continuïteit van zorg.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de door het RIVM afgeronde nieuwe gevoelige ziekenhuizenanalyse. Genoemde leden stellen met tevredenheid vast dat de nieuwe analyse een representatiever beeld geeft van de werkelijke bereikbaarheid van SEH's in Nederland, waaruit ook blijkt dat de concentratie van SEH's geen negatieve gevolgen heeft voor de bereikbaarheid en toegankelijkheid van spoedeisende hulp. Deze leden hebben nog wel enkele verduidelijkende vragen.

De leden van de D66-fractie vragen de Minister of in de gevoelige ziekenhuizenanalyse ook rekening is gehouden met de norm dat een ambulance binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn. Zo nee, wil zij daarvan een aanvullende analyse geven? Deze leden constateren dat in de voorliggende analyse geen analyses zijn opgenomen van de SEH's waar alle acht poortspecialismen 24/7 beschikbaar zijn en de SEH's die 24/7 acute verloskunde bieden. Deze leden vragen waarom actuele informatie over de beschikbaarheid van deze specialismen ontbreekt. Zij vragen of de Minister deze informatie alsnog boven tafel wil krijgen en daarvan een aanvullende analyse wil maken.

Voor het antwoord op de vragen over de 15-minutennorm voor de ambulancezorg verwijs ik naar mijn antwoorden op soortgelijke vragen van de CDA-fractie.

Voor het antwoord op de vragen over de overige categorieën ziekenhuizen verwijs ik naar mijn antwoorden op soortgelijke vragen van de fracties van de PvdA en de SP.

De leden van de D66-fractie vragen de Minister verder te duiden wat de gevoelige ziekenhuizenanalyse voor concrete gevolgen heeft voor het beleid van ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze leden horen graag van de Minister of zij hen hierover kan informeren.

Voor sommige ziekenhuizen zal deze analyse gevolgen hebben voor de continuering van de beschikbaarheidsbijdrage SEH. Voor de zorgverzekeraars is deze analyse gevoelige ziekenhuizen de toetssteen in hun verantwoordelijkheid voor de continuïteit van cruciale zorg. De NZa zal de analyse gevoelige ziekenhuizen meenemen in haar toezicht op de zorgverzekeraars en de vaststelling van de beschikbaarheidsbijdrage SEH. Ik heb de analyse gevoelige ziekenhuizen 2013 reeds aangeboden aan de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Landelijke Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De leden van de D66-fractie constateren dat de Minister van plan is het RIVM te vragen om de analyse jaarlijks te herhalen. Deze leden vragen of de Minister deze analyse dan ook jaarlijks met de Kamer wil delen en daarbij van een oordeel wil voorzien.

Net zoals met de gevoelige ziekenhuisanalyse 2013 zal ik ook toekomstige gevoelige ziekenhuisanalyses vergezeld van mijn reactie aan uw Kamer aanbieden.

Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie

De leden van ChristenUnie-fractie hebben kennisgenomen van het nieuwe rijtijdenmodel. Uit de praktijk is gebleken dat ambulances sneller rijden;

hierdoor is er een nieuw rijdtijdenmodel ontwikkeld. Deze leden hebben enkele vragen over dit nieuwe model.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat ten opzichte van het oude model het aantal gevoelige ziekenhuislocaties is afgenomen. Dat het aantal gevoelige ziekenhuislocaties is afgenomen lijkt goed nieuws. In de regio Werkendam, Woudrichem en Aalburg worden de normtijden echter in niet geringe mate overschreden. De norm wordt in deze regio met 25% van de A1 overschreden. Dat dit een gevoelige regio is ziet men niet in het nieuwe model. Deze leden vragen of een gemiddeld cijfer voor een grote regio wel werkt. Op welke wijze kan wel inzichtelijk blijven dat er meer gevoelige ziekenhuislocaties zijn dan nu in het model zichtbaar is. Genoemde leden vrezen dat het nieuwe model voor sommige regio's een te rooskleurig beeld geeft. Dit doet dan geen recht aan de werkelijkheid. Op welke wijze kijkt de Minister aan tegen deze constatering? Is de Minister dat met de leden van de ChristenUnie-fractie eens? Zo nee, waarom niet?

Het is van belang om de 15 minuten prestatienorm voor de ambulancezorg en de 45-minuten spreidingsnorm voor de SEH locaties niet door elkaar te halen. Het feit dat de 15 minuten norm voor de ambulancezorg in sommige gemeentes of regio wordt overschreden wil niet zeggen dat er in deze gemeentes meer gevoelige ziekenhuizen zijn dan in de analyse gevoelige ziekenhuizen is weergegeven. Zie verder mijn antwoord op soortgelijke vragen van de CDA-fractie. Voor het antwoord op de vragen over het te rooskleurige beeld dat de analyse gevoelige ziekenhuizen zou geven verwijs ik naar mijn antwoorden op soortgelijke vragen van de SP-fractie.

Wordt de spreiding van aanrijtijden ook per gemeente in kaart gebracht? Is het mogelijk een tweede criterium toe te voegen voor de bandbreedte van aanrijtijden waar ambulanceregio's aan moeten voldoen? Bijvoorbeeld 5% voor de regio, maar maximaal 15% overschrijding in het totale gebied? Wat zijn daar de financiële consequenties van? Zijn er andere mogelijkheden om snelle respons te ondersteunen in dergelijke regio's, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

Ook hier wijs ik erop dat de gevoelige ziekenhuizen analyse geen toets is voor de prestaties van de ambulancezorg. De 15 minuten norm is een prestatienorm voor de ambulancesector die stelt dat in 95% van de spoedritten in een RAV regio de ambulance binnen 15 minuten na melding bij de patiënt moeten zijn. Een verdere specificering van deze norm binnen de RAV-regio's, door eisen te stellen aan de prestaties op gemeenteniveau, is om twee redenen niet wenselijk. Ten eerste leidt dit tot veel extra kosten, omdat dit een flinke extra ambulancecapaciteit vraagt. Een nog belangrijker tweede argument is dat als de ambulancecapaciteit zo veel verder moet worden uitgebreid dit ertoe leidt dat de beschikbare ambulances, met name in plattelandsgedebiet relatief veel minder patiënten zullen helpen. Hiermee komt de kwaliteit van de ambulancemedewerkers en daarmee de ambulancezorg onder druk te staan.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.