

Vergaderjaar 2003–2004

29 247

Acute zorg

Nr. 2

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 oktober 2003

1. Inleiding

De ambulancezorg is de afgelopen jaren regelmatig onderwerp van overleg geweest tussen het kabinet en uw Kamer. Ook zijn hierover diverse brieven gestuurd (zie bijlage 1).¹ De kern van de discussie vormde de spreiding en beschikbaarheid van het ambulancevervoer en de wijze van besturen van de sector. Deze discussie vloeit voort uit twee knelpunten die in de ambulancezorg spelen:

- Ten eerste is de spreiding en beschikbaarheid van ambulances niet optimaal geregeld. Het gevolg hiervan is enerzijds dat de veldnorm van 15 minuten waarbinnen een ambulance ter plekke aanwezig moet zijn (minder vaak dan mogelijk is) wordt gerealiseerd en anderzijds dat minder inwoners dan mogelijk is binnen deze 15 minuten worden bereikt.

- Ten tweede is er sprake van een onduidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling c.q. besturingsystematiek.

Het doel van het in deze brief beschreven beleid is om beide knelpunten aan te pakken, waardoor een doelmatiger gebruik van de middelen ontstaat en daarmee een verbetering van de kwaliteit van de zorg. Hiertoe wordt de huidige verdeling van verantwoordelijkheden, waarbij provincies de spreiding vaststellen en zorgverzekeraars de kosten betalen, aangepast zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken kunnen maken over een doelmatiger invulling van ambulancezorg op basis van een landelijk spreidings- en beschikbaarheidsplan.

Dit landelijk spreidings- en beschikbaarheidsplan komt in de plaats van de huidige provinciale spreidingsplannen en gaat uit van 15 minuten aanrijtijd met een optimale indeling van standplaatsen en wagens. Het dient als een referentiekader dat wordt gebruikt voor de uitwerking per regio, hierna te noemen «het landelijk spreidingsplan».

In bijlage 2¹ treft u algemene gegevens en feiten aan over de ambulancezorg. Deze brief over ambulancezorg sluit daarnaast nauw aan bij de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

uitgangspunten van mijn brief van PM over de totale keten van de acute zorg in Nederland.

In maart 2002 is het project versterking ambulancezorg gestart. Hieraan nemen deel AmbulanceZorg Nederland (AZN), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS. Het project heeft als voornaamste doelen: het ontwikkelen van regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en het opstellen van een landelijk spreidingsplan voor de ambulancezorg. Dit zijn twee belangrijke instrumenten in de nieuwe besturingsstructuur voor de ambulancezorg. Op het moment dat duidelijk werd dat besluitvorming over de besturings-systematiek op zich liet wachten is ook het IPO uitgenodigd om te participeren.

2. Extra geld voor landelijk spreidingsplan

Provincies stellen momenteel de spreidingsplannen voor ambulancezorg vast waarin wordt aangegeven waar de standplaatsen gelocceerd zijn. Dit systeem kan doelmatiger omdat niet iedereen dezelfde criteria hanteert. Zo gaat men voor de noodzakelijke meldtijd uit van verschillende tijden en zijn de provinciegrenzen niet optimaal afgedekt. Ik vind daarom, net als mijn ambtsvoorgangers, dat er een landelijk spreidingsplan moet komen, op basis van landelijk uniforme uitgangspunten om zo te komen tot een meer doelmatige spreiding en betere beschikbaarheid van de ambulancezorg. Het RIVM heeft in opdracht van mijn ministerie in januari 2003 de analyse «Ambulances binnen bereik» gepresenteerd. U heeft die ontvangen d.d. 3 april 2003 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2002–2003, 28 600 XVI, nr. 119).

Het RIVM heeft twee scenario's voor het verbeteren van de bereikbaarheid opgesteld, elk met een minimum en een maximum variant. Scenario 1 gaat uit van de huidige ambulancstandplaatsen, scenario 2 gaat uit van het herspreiden van een aantal bestaande standplaatsen. Beide scenario's hebben varianten waarin ook bijgeplaatst kan worden. In de berekening van de benodigde ambulancecapaciteit gaat de minimum variant uit van mobiele paraatheid waarbij ambulances niet vanaf de standplaats maar vanaf strategische locaties in de regio paraatheid leveren. De maximum variant gaat uit van gedifferentieerde diensten vanaf de standplaatsen. Het overschrijdingspercentage geeft aan in welke mate de 15 minuten-norm niet wordt gehaald. De varianten (95%, 97% of 100%) zijn rekenmodellen waarmee de bereikbaarheid van de bevolking wordt berekend. Dat zegt nog niets over de feitelijke bereikbaarheid. Een regionale ambulancevoorziening kan namelijk rekening houden met gebieden die moeilijk bereikbaar zijn door bijvoorbeeld mobiele paraatheid in te voeren. Dit betekent dat een auto niet perse op de standplaats hoeft te wachten maar op een «optimale plaats». Het landelijk spreidingsplan moet zorgen voor het beter spreiden van standplaatsen en ambulancecapaciteit over het land zodat de norm voor aanrijtijd minder vaak wordt overschreden.

Net als mijn ambtsvoorganger heb ik een sterke voorkeur voor invoering van scenario 2. Dit scenario spreidt standplaatsen meer doelmatig dan nu het geval is. Met het aanpassen en uitbreiden van het aantal standplaatsen kan de beschikbaarheid van ambulances verbeterd worden tegen de minste kosten. Dat betekent dat met het huidige aantal standplaatsen meer inwoners binnen 15 minuten worden bereikt en dat er minder kans is op het overschrijden van deze norm. De ambulancesector heeft zelf de 15 minuten-norm als veldnorm vastgesteld en deze norm moet met gevoel voor realiteit worden nagestreefd (het maximale aantal Nederlanders dat binnen 15 minuten moet kunnen worden bereikt, moet afgezet worden

tegen een realistisch kostenplaatje). Voor de spreiding en beschikbaarheid in de ambulancezorg stel ik (vanaf 2004) maximaal € 18 miljoen extra beschikbaar. De knelpunten in spreiding die de RIVM berekeningen aangeven (zie bijlage 3)¹ kunnen hiermee worden aangepakt. De exacte invulling hiervan wordt enerzijds bepaald door de verdeling tussen ambulancezorg en de zorg door de kleine ziekenhuizen en anderzijds door het lokaal overleg tussen zorgverzekeraars en RAV's. In elk geval zal de standplaats Schouwen Duiveland (Neeltje Jans) worden gerealiseerd. Het RIVM-rapport toont aan dat een beperkte herschikking van de bestaande capaciteit al een grote verbetering in de bereikbaarheid teweegbrengt. Hoeveel standplaatsen precies verschoven moeten worden, hangt af van de precieze uitwerking van de RIVM-analyse in een definitief plan en van het lokaal overleg. Ik zal gezamenlijk met veldpartijen voor eind december 2003 een concrete uitwerking presenteren. Ook hier is het van belang de oplossingen binnen de totale keten van acute zorg te bezien; de zorg van huisartsen, RAV's, ziekenhuizen en traumacentra moeten doelmatig op elkaar aansluiten en daarin hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol. Het optimaliseren van de spreiding biedt een oplossing voor een groot deel van de overschrijdingen in de ambulancezorg. Enkele regio's met een gemiddelde bereikbaarheid van bijvoorbeeld 8 minuten gaan er in de RIVM-berekeningen op achteruit. Dit kan opgelost worden door bijvoorbeeld regionaal maatwerk, RAV-vorming, verbeterde uitruktijd, enz. Ik sluit mij graag aan bij de woorden van de brancheorganisatie Ambulancezorg Nederland (AZN) dat van de vertegenwoordigers van professionele ambulanceorganisaties verwacht mag worden dat ze verder kunnen en willen kijken dan hun eigen belang. Het extra beschikbare bedrag van € 18 miljoen is dan ook een optelsom van de gelden van regio's die inleveren en regio's die erbij krijgen; het gaat om een landelijke aanpak waarbij de uitgangspunten voor het hele land gelijk zijn.

Het aanpassen van het aantal standplaatsen en de capaciteit van ambulances moet noodzakelijkerwijs gepaard gaan met een verandering in de bekostigingssystematiek. Hierover is reeds overleg gaande met het College Tarieven Gezondheidszorg. De kern van een nieuwe bekostigingssystematiek is: meer financieren op beschikbaarheid van ambulancezorg, inclusief het concept van de mobiele paraatheid.

Voor het extra geld stel ik als voorwaarde dat het overschrijdingspercentage van de norm voor de aanrijtijd volgens de gemaakte afspraak omlaag gaat. De prestaties van de ambulancezorg worden bijgehouden en de sector moet aantonen dat het extra geld op een doelmatige manier tot minder overschrijden van de veldnorm leidt. Het Project versterking ambulancezorg zal daartoe voor afloop van het project een definitiekader en een plan tot de opzet en uitrol van een landelijk informatiesysteem presenteren, waarmee betrouwbare data verzameld en geanalyseerd gaat worden.

3. Andere besturing van de sector nodig

De ambulancezorg is wettelijk geregeld in de Wet ambulancevervoer uit 1973. Deze wet is achterhaald; ze is gebaseerd op verbeteringen die destijds gemaakt moesten worden waarbij een aantal grote ongelukken noopte tot betere wetgeving. Ik constateer dat ook het veld vindt dat de huidige wet achterhaald is.

De ambulancezorg kenmerkt zich momenteel door een onduidelijke en versnipperde taakverdeling tussen de diverse betrokken partijen. Dit is onder andere naar voren gekomen in het rapport «Niet zonder zorg». Dit rapport is door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) in 2001 opgesteld op verzoek van de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

minister om de kwaliteit en de doelmatigheid in de ambulancezorg te onderzoeken. Het rapport «Niet Zonder Zorg» is in juni 2001 aan uw Kamer aangeboden. Het rapport doet de volgende aanbevelingen:

- bij het aansturen en inrichten van de ambulancezorg moeten verantwoordelijkheden van partijen duidelijker afgebakend worden;
- het uitgangspunt is dat zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid voor volledige risicodragendheid moeten kunnen waarmaken;
- de ambulancezorg moet binnen de regionale ambulancevoorziening (RAV) georganiseerd worden.

Deze onderwerpen zijn op 21 september 2001 en op 23 maart 2002 aan de orde geweest in uw Kamer. Daarbij zijn onder meer de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheden van provincies en verzekeraars aan de orde geweest. Het kabinet had en heeft voorkeur voor een doelmatiger organisatie van ambulancezorg door een landelijk spreidingsplan (zoals in vorige paragraaf besproken). Daarnaast wil het kabinet een grotere rol voor verzekeraars zodat de samenhang in de keten van de spoedeisende medische hulpverlening verbeterd kan worden, bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars afspraken kunnen maken met huisartsen en RAV's over samenwerking. Deze in gang gezette lijn van de besturingssystematiek wil ik handhaven en op korte termijn volledig invoeren.

Mijn ambtsvoorganger heeft uw Kamer naar aanleiding van eerdergenoemd onderzoek «Niet zonder zorg» bij brief van 11 februari 2002 laten weten mede op basis van een landelijk spreidingsplan de zorgverzekeraars een belangrijke rol te willen geven in de sturing van de ambulancezorg. De twee overwegingen die destijds golden zijn nog steeds van kracht: de ambulancezorg is als wettelijk vastgelegde aanspraak onderdeel van de zorgverstrekking; en ambulancezorg is in de zorgketen van de spoedeisende medische hulpverlening één van de belangrijkste schakels. Deze keten moet zo sterk mogelijk blijven; er mogen geen onnodige schotten ontstaan.

Het kabinet heeft daarom het alternatief om de provincie een bepalende rol te geven, niet overgenomen. Dit alternatief kent enkele aanzienlijke nadelen. In de eerste plaats is dan niet langer sprake van een wettelijke aanspraak door verzekeraars. Bovendien is spreiden vanuit regionaal perspectief duurder en minder doelmatig dan een spreidingsplan met landelijk uniforme uitgangspunten.

Reeds in 1998 is na overleg met de ambulancesector en zorgverzekeraars besloten tot schaalvergroting door de vorming van maximaal 25 regionale ambulancevoorzieningen bestaande uit ambulancevervoerders en ambulancemeldkamers. De regionale ambulancevoorziening gaat over de kwaliteit van de ambulancezorg, die gedeeltelijk op de meldkamer plaatsvindt (aanname, indicatiestelling, uitgifte van ritten) en gedeeltelijk buiten de meldkamer (eerste hulp, stabilisatie, vervoer, plaatsen en overdragen van patiënten in de keten van zorg). Deze handelingen van de RAV blijven onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen vallen. Een groot aantal ambulancediensten is nu samen gegaan. Dit betekent ook dat dezelfde schaal ontstaat als bij de veiligheidsregio's: één RAV is per regio verantwoordelijk voor de ambulancezorg. In 21 regio's is de RAV inmiddels gerealiseerd of is duidelijk op welk model men afstevent. Enkele regio's blijven achter: hier heeft de vorming van de regionale ambulancevoorziening nog niet tot goede plannen geleid. Er zijn diverse modellen van samenwerking ontwikkeld. Bij het te kiezen model acht ik het van groot belang dat hiermee de doelstelling van een goede kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bereikt wordt. De verwachting is dat ook in de resterende regio's een RAV gevormd zal worden.

Het realiseren van een regionale ambulancevoorziening is ook van belang voor de rampenbestrijding. Met de RAV heeft elke (veiligheids)regio één aanspreekpunt voor de ambulancezorg.

De Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) geeft een zwaarwegend advies inzake de paragraaf in het regionale plan waarin de activiteiten van de regionale ambulancevoorziening ten aanzien van de geneeskundige hulpverlening bij grote ongevallen (GHOR) zijn beschreven. Hierin worden de regionale publieke veiligheidsbelangen gewaarborgd alsmede de diensten die aan de RGF worden geleverd concreet beschreven.

In een afzonderlijk traject zal ik, binnen een half jaar, in overleg met de minister van BZK komen tot nadere afspraken inzake de kostenverdeling voor de ambulancezorg onder dagelijkse en onder bijzondere c.q. rampenbestrijdingsomstandigheden.

4. Vergunning door de minister van VWS

In mijn brief over acute zorg aan uw Kamer geef ik aan dat ik de zorgverzekeraars een grotere rol wil toekennen bij het inkopen en realiseren van voldoende en kwalitatief verantwoorde zorg. Ook binnen de ambulancezorg wil ik zorgverzekeraars een grotere rol toekennen. Daarnaast wil ik in deze sector tot een duidelijkere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling komen. Daarom zal de huidige planningsbevoegdheid van provincies worden vervangen door een vergunningensysteem van de Minister van VWS.

Ik zal een wetsvoorstel indienen voor een nieuwe Wet Ambulancezorg waarin wordt bepaald dat de minister voor iedere veiligheidsregio een rechtspersoon vergunning verleent. Die rechtspersoon verleent als enige in die regio als regionale ambulancevoorziening (RAV) ambulancezorg. Het wetsvoorstel zal een aantal criteria bevatten waaraan de rechtspersoon moet voldoen om voor de vergunning in aanmerking te komen. Een van die criteria is dat er door de RAV een regionaal ambulance plan wordt opgesteld dat wordt afgestemd met ketenpartners en wordt voorzien van een goedgekeurde paragraaf voor de geneeskundige hulpverlening bij grote ongevallen en rampen.

Het vergunningensysteem kent een aantal voordelen. Het vereenvoudigt het besturen van de ambulancesector en grensproblemen worden voorkomen. De totale keten van de acute zorg wordt versterkt doordat dezelfde kwaliteitseisen gelden voor medische indicatie (Kwaliteitswet). Dit versterkt de relatie tussen eerstelijnszorg, de regionale ambulancevoorziening, ziekenhuizen en traumacentra. Het regionaal ambulanceplan dat de RAV opstelt ten behoeve van de vergunningverlening beschrijft afspraken over onder andere het spreiden en beschikbaar zijn van ambulances, de (inhoudelijke) aansturing van de meldkamer ambulancezorg en het samenwerken van de ketenpartners. Meer algemeen geldt dat met de voorwaarden voor vergunningverlening, de minister de publieke belangen kan waarborgen. Naar verwachting zal de nieuwe wet per 1 januari 2005 in werking treden.

Om de overgang geleidelijk te laten verlopen, maak ik een onderscheid tussen de korte termijn (de vergunningverlening voor de eerste periode van vier jaar) en de lange termijn (de vergunningverlening voor de perioden daarna).

Eerste vergunningverlening

Zodra de nieuwe Wet op de Ambulancezorg van kracht wordt, zal de eerste vergunning worden verleend. De geldigheidsduur van deze eerste vergunning hangt af van de datum van inwerkingtreding van de Wet op

de Ambulancezorg, maar waarschijnlijk zal deze lopen van 1-1-2005 tot en met 31-12-2008. In die regio's waar de aanbieders een RAV hebben gevormd, ligt in de rede de vergunning aan de desbetreffende nieuw gevormde RAV te verlenen.

De minister van VWS verleent de vergunning. De criteria die ten grondslag liggen aan de vergunningverlening zijn:

- een goedgekeurd regionaal ambulanceplan (RAP) waarin bijvoorbeeld afspraken staan over de te leveren productie;
- een zwaarwegend advies van de zorgverzekeraars die voor dit advies gebruik kunnen maken van vergelijkingen van RAV's (benchmarken), zie hieronder en van hun ervaring met de betreffende dienst;
- afspraken over spreiding en beschikbaarheid gebaseerd op het landelijke spreidingsplan.

Verzekeraars spelen bij deze eerste vergunningverlening een rol omdat zij meegesproken hebben over het regionaal ambulanceplan. In dit regionaal ambulanceplan zijn onder andere afspraken neergelegd over inzet en aard van materieel en personeel en over de samenhang met andere onderdelen van de zorg.

Deze eerste vergunningperiode blijft de ambulancevoorziening onderdeel van de Wet Tarieven Gezondheidszorg en zullen tarieven uit hoofde van deze wet worden vastgesteld. Daarbij zullen, waar mogelijk, prikkels worden ingebracht voor klantgericht en efficiënt gedrag.

Vergunningverlening voor de volgende perioden

Voor de langere termijn geldt het volgende. De acute zorg, en zeker de ambulancezorg, is een segment van de zorg met zeer specifieke kenmerken. De beschikbaarheidsfunctie die juist hier cruciaal is tezamen met de noodzakelijke bijzondere zorginhoudelijke samenwerking kan leiden tot regionale monopolies van zorgaanbieders. Daarom is concurrentie *op* de markt (vrije onderhandelingen) bij ambulancezorg niet voor de hand liggend. Dat betekent niet dat alle marktprikkels moeten worden uitgeschakeld. Concurrentie *om* de markt biedt deze mogelijkheden. Concurrentie *om* de markt wil zeggen dat de aanbieders met elkaar in de slag gaan om voor een bepaalde periode het alleenrecht te verwerven voor het verlenen van alle ambulancevervoer in de betreffende regio.

In beginsel zal na vier jaar een nieuwe vergunning verleend moeten worden. Hoe deze vergunningverlening na de eerste vier jaar exact zal verlopen, is komende tijd onderwerp van nader onderzoek. Voordat de eerste vergunningsperiode in werking treedt moet hierover duidelijkheid zijn.

Een aantal voorwaarden waaronder die vergunningverlening zal verlopen, staat echter nu al vast. Zo zal de continuïteit van het ambulancevervoer onder alle omstandigheden moeten zijn gegarandeerd. Als de vergunning voor de nieuwe periode wordt gegund aan een andere aanbieder dan degene die de huidige vergunning heeft, zal een oplossing gezocht moeten worden voor (de overdracht van) personeel en materieel. Dit zal uit het regionaal ambulance plan van de nieuwe aanbieder moeten blijken. Het lijkt praktisch ondoenlijk en is in ieder geval vanuit kostenoverweging inefficiënt als de overdracht van de vergunning gepaard zou gaan met de «vernietiging» van menselijk en fysiek kapitaal. Daar zijn overigens zeker oplossingen voor mogelijk, waarbij kan worden geleerd van ervaringen die in andere sectoren (zoals het openbaar vervoer) en in het buitenland zijn opgedaan.

De prestaties van de regionale ambulancevoorzieningen zullen de eerste periode nauwgezet worden gevolgd. Wie deze monitoring voor zijn reke-

ning gaat nemen is onderwerp van nader onderzoek. Mogelijk ligt hier een rol voor de op te richten Zorgautoriteit. Tegenvallende prestaties van een zittende RAV zullen in ieder geval aanleiding kunnen zijn om niet opnieuw een vergunning te verlenen, maar ook een beter aanbod van een nieuwe RAV in termen van een gunstiger prijs/kwaliteitverhouding kan aanleiding zijn de vergunning aan een ander te gunnen. Daarom wordt nader onderzocht of een openbare aanbestedingsprocedure voor de hand ligt.

Denkbaar is de Zorgverzekeraars een prominente rol te laten vervullen door in een «bestek» hun wensen neer te leggen voor de komende vergunningperiode. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht voor ambulancevervoer. Uit dien hoofde hebben zij wensen over de inzet van materieel en personeel en over de relatie met andere onderdelen in de keten van acute-zorgvoorzieningen. Ook de andere eisen (zoals GHOR-functie) vinden hun plek in het bestek. Verzekeraars blijven volledig risicodragend voor ambulancezorg. Die risicodragendheid vormt een tegenwicht tegen onrealistische eisen in het bestek. Op basis van dit bestek zou de ambulancezorg aanbesteed kunnen worden, maar zoals gezegd dit is slechts een van de mogelijkheden die komende tijd nader worden uitgewerkt.

De voorgestane verandering maakt het mogelijk dat de meldkamer voor ambulancezorg in de toekomst desgewenst kan uitgroeien tot één loket waar de burger of zorgverlener terecht kan voor acute zorg. Dat betekent dat hetzelfde nummer gebeld kan worden wanneer ambulancezorg, spoedeisende huisartsenzorg en spoedeisende ziekenhuiszorg nodig is. Hier wordt de zorgvraag bepaald. Aan een dergelijke «één loket gedachte» kunnen voordelen verbonden zijn voor de cliënt die immers sneller geholpen wordt.

5. Samenvattend

Bovengenoemde maatregelen zorgen ervoor dat de verantwoordelijkheid voor de ambulancezorg komt te liggen waar hij hoort: voor de toegankelijkheid bij de rijksoverheid, voor de kwaliteit bij de ambulancesector zelf en voor de doelmatigheid van de RAV's (ambulancemeldkamer en ambulancevervoerder) bij de zorgverzekeraars. Voor grootschalige ongevallen en rampen ligt een aanvullende rol bij gemeenten conform wetgeving op het terrein van rampen en grote ongevallen. Voor het minder vaak overschrijden van de 15 minuten veldnorm is nodig:

- duidelijkheid over het besturen van de sector;
- een landelijk spreiding- en beschikbaarheidsplan;
- extra geld: maximaal € 18 miljoen vanaf 2004 voor spreiding en beschikbaarheid van de ambulancezorg;
- het vormen van regionale ambulancevoorziening waarin meldkamer en de vervoerders onder één verantwoordelijkheid vallen.

Deze maatregelen worden vastgelegd in de nieuwe Wet op de Ambulancezorg.

Wie doet wat:

Minister van VWS	Vaststellen macrobudget grenzen vaststellen van de 25 veiligheidsregio's 25 vergunningen verstrekken voor 4 jaar obv Regionaal Ambulanceplan Indien geen RAV zich aandient wijst minister rechtspersoon aan
Zorgverzekeraars	Onderhandelen met RAV (voor vergunningverlening) over dienstsoorten, standplaatsen, aantal beschikbare auto's Geven zwaarwegend advies aan minister over vergunningverlening
Zorgaanbieders	Maken een Regionaal ambulanceplan met daarin afspraken met andere zorgaanbieders in de keten, afgestemd met zorgverzekeraars en GHOR-bestuur Voldoen aan kwaliteitseisen door optimale functionering van de RAV (meldkamerfunctie en vervoersfunctie)
Inspectie Gezondheidszorg GHOR-bestuur	Controleert kwaliteit obv Kwaliteitswet zorginstellingen Wijst de fysieke plaats aan van de meldkamer ambulancezorg
Zorgautoriteit	Eventueel monitoren van prestaties

De vergunning stelt eisen aan paraatheid en beschikbaarheid, gaat uit dat men voldoet aan de kwaliteitswet zorginstellingen o.a. middels een onafhankelijke certificering conform HKZ-model en wordt getoetst door zorgverzekeraars aan de uitgangspunten van het landelijk spreidingsplan.

Mijn doel is om met een pakket aan samenhangende maatregelen de overschrijdingen van de norm van 15 minuten voor burgers te verlagen. Hiervoor is een betere besturing nodig en een landelijk referentiekader voor spreiding en beschikbaarheid. Ik stel hiervoor, uitgaande dat ik met de kamer overeenstemming bereik over bovengenoemde besturingsstructuur onder meer extra geld beschikbaar voor spreiding en beschikbaarheid, maar de sector zelf moet verdere stappen nemen naar professionalisering: mobiele paraatheid, afronden van de RAV-vorming, professionalisering van de meldkamer, enzovoorts. Deze verbeteringen hangen met elkaar samen; zonder de voorgestelde aanpassing van de besturingsystematiek en de RAV-vorming heeft een nieuw landelijk spreidingsplan niet het gewenste effect. Bovengenoemde aanpassingen moeten dus gezamenlijk worden aangepakt. Ik verwacht dat de in deze brief voorgestelde aanpak de verbeteringen die de sector de afgelopen jaren zelf al heeft gerealiseerd, nog verder zal kunnen ondersteunen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst