

Vergaderjaar 2005–2006

29 835

Wet ambulancezorg

D

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 8 september 2006

Met grote belangstelling heb ik de vragen en opmerkingen van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport gelezen, waartoe het voorbereidend onderzoek in het kader van de behandeling van de Wet ambulancezorg (WAZ) aanleiding gaf.

Onderstaand ga ik daarop in. Ik volg bij de beantwoording zoveel mogelijk de indeling van het voorlopig verslag van de commissie.

1. CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie constateerden dat door de wetswijzigingen die zijn aangebracht en de ingrijpende amendementen die in de Tweede Kamer zijn aangenomen, de wet op wezenlijke onderdelen is veranderd. De leden vragen of de inhoud van de thans voorliggende wet voldoende relatie onderhoudt met de considerans van het oorspronkelijke voorstel en derhalve nog voldoende recht wordt gedaan aan wat de regering heeft beoogd met het wetsvoorstel.

In tegenstelling tot hetgeen de CDA-fractie stelt, ben ik van mening dat door de wijzigingen die in het wetsvoorstel zijn doorgevoerd, de wet niet fundamenteel is veranderd. Integendeel, de wijzigingen waarmee de Tweede Kamer heeft ingestemd, hebben de strekking van het wetsvoorstel nog eens onderstreept, namelijk te komen tot een eenduidige aansturing in de ambulancezorg en het creëren van voorwaarden voor meer doelmatigheid en betere kwaliteit in de ambulancezorg op zichzelf, in de acute zorg ketenbreed, en in de meest opgeschaalde vorm.

Wat is er immers aan het wetsvoorstel veranderd na het debat in de Tweede Kamer?

- Bij tweede nota van wijziging is de bevoegdheid van de burgemeester onderstreept om de Regionale ambulancevoorziening (RAV) in de regio waarvan zijn gemeente deel uitmaakt, aanwijzingen te geven indien dat naar zijn oordeel noodzakelijk is uit het oogpunt van openbare orde. Hoewel ik van mening ben dat die publieke borging al goed geregeld was in het oorspronkelijke wetsvoorstel, leek het mij een goede zaak dat met de aanwijzingsbevoegdheid de publieke borging over de meldkamer nog eens explicieter is gemaakt.

Op het element van publieke borging van de meldkamer kom ik later terug.

- Verder is er ingestemd met de wijziging bij amendement op het wetsvoorstel, om het instrument van maatstafconcurrentie («benchmarking») te introduceren. Dit doet recht aan wat ik beoog met het wetsvoorstel, namelijk te komen tot een wat meer doelmatige organisatie van ambulancezorg. Ik ben ervan overtuigd dat met de tweejaarlijkse benchmarking prikkels in het vergunningensysteem zijn ingebouwd om beter te presteren en te willen presteren. Daar was het mij ook om te doen in het oorspronkelijke wetsvoorstel. De vergunningverlening voor vier jaar in het oorspronkelijke voorstel riep inderdaad het risico af dat – zoals de indieners van het amendement veronderstelden – investeringen in personeel en materieel achterwege zouden blijven als de vergunninghouder weet dat hij over vier jaar opnieuw naar een vergunning moet dingen. Ook hierop kom ik later terug.

Al met al ben ik van mening dat de inhoud van het thans voorliggende wetsvoorstel voldoende relatie onderhoudt met de considerans van het oorspronkelijke voorstel en derhalve voldoende recht wordt gedaan aan hetgeen de regering heeft beoogd met het wetsvoorstel.

De leden van de CDA-fractie stellen vervolgens de vraag of de minister hun opvatting deelt, dat sluitende afspraken in de keten van acute zorg voorwaarden zijn voor een adequate en verantwoorde invulling van deze zorg opdat deze keten op een zodanige wijze functioneert, dat sprake is van een verantwoorde zorgverlening in acute situaties? Wie is – zo vraagt het CDA zich af – in de huidige situatie verantwoordelijk voor de éénduidige toegang en regie binnen de acute zorgketen?

Met de leden van de CDA-fractie ben ik van mening dat sluitende afspraken binnen de keten van de acute zorg inderdaad van groot belang zijn voor een doelmatige organisatie van de keten, niet in het minst voor de patiënt. Om die reden heb ik in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de daarop gebaseerde beleidsregels inzake acute zorg het niet-vrijblijvende acute-zorgketenoverleg geïntroduceerd. Partijen in de keten zijn nu verplicht met elkaar aan tafel te gaan zitten om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen. Dit overleg gebeurt onder voorzitterschap van de ziekenhuizen met een erkenning als traumacentrum. Bestuurlijk voer ik de regie hierover via het sanctie-instrumentarium dat de WTZi mij biedt. In operationele zin zijn het de regio's zelf die bepalen hoe in de regio de keten het beste georganiseerd kan samenwerken, wie verantwoordelijk is waarvoor, wie de regie voert, hoe de eenduidige toegang is georganiseerd etc. Ik wil daar geen blauwdruk op voorschrijven omdat de patiënt het beste gediend is bij regionaal maatwerk.

De leden van de CDA-fractie vragen de minister – in het licht van de ontwikkeling van de veiligheidsregio's en de besluiten die hieromtrent zijn genomen – waarom in het voorliggende wetsvoorstel gekozen is voor het onderbrengen van de verantwoordelijkheid voor de verlening van ambulancezorg (vervoer en instandhouding meldkamer ambulancezorg) bij de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en niet voor het onderbrengen van de meldkamer ambulancezorg onder verantwoordelijkheid van het regionale bestuur van de geïntegreerde meldkamer van ambulancevervoer, politie en brandweer. In het laatste geval zou sprake zijn van één financieringsbron (publieke middelen) en één bestuur.

Bij de beantwoording van deze vraag van de CDA-leden wil ik allereerst enkele kernpunten van het wetsvoorstel stipuleren.

a. verantwoordelijkheden beter regelen;

Het wetsvoorstel beoogt een heldere regeling van de verschillende verantwoordelijkheden in de planning, sturing en financiering van de ambulancezorg en beoogt ook deze zaken in één hand te brengen. Nu hebben de provincies de verantwoordelijkheid voor de planning van de ambulancezorg (met name het vaststellen van de spreiding van standplaatsen, het bepalen van het aanbod en het afgeven van de vergunningen), terwijl de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de bekostiging van de ambulancezorg. Dit maakt de besturing van de ambulancezorg complex en de organisatie daarvan minder slagvaardig en doelmatig, wat ook gevolgen kan hebben voor de inzet bij rampen of zware ongevallen. Ingevolge het wetsvoorstel is het de minister, die straks de vergunning verleent, het referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid vaststelt en daardoor de macro-financiële randvoorwaarden vaststelt. Financiering van de hele zorgketen gebeurt uit premiemiddelen. Zorgverzekeraars is er – in verband met hun zorgplicht – veel aan gelegen om de acute zorg doelmatiger, en dus ketenbreed, in te kopen. Dat komt niet alleen de zorgplicht ten goede, maar uiteindelijk krijgt de patiënt de juiste hulp op het juiste moment.

b. duidelijkheid geven over de plaats van ambulancezorg in de (acute) zorgketen.

Het wetsvoorstel komt tegemoet aan de positionering van ambulancezorg in de keten van de spoedeisende zorg. De ambulancezorg wordt in een zelfde setting van sturing en financiering geplaatst als de overige schakels in de acute zorg (huisartsen, ziekenhuizen al dan niet met de erkenning als traumacentrum). Ambulancezorg is voor ca. 99% gewone (reguliere) zorg, die in het geval waarin dat nodig is ook ten dienste staat aan het openbaar bestuur in geval van grote ongevallen en rampen (opschaling).

Een adequate regeling van de reguliere ambulancezorg is dus absoluut noodzakelijk om (kwalitatief) verantwoorde zorg te kunnen leveren in de meest opgeschaalde vorm. De bestuurlijke regie hiervoor ligt bij de minister: de minister gaat over de (gezondheids)zorg en zorgverzekeraars hebben op dat terrein vanuit hun zorgplicht de taak om voldoende ambulancezorg voor hun verzekerden in te kopen. Dat doen ze, afgestemd met het aanbod van andere – aanvullende/substitueerbare – onderdelen in de acute zorgketen, t.w. de spoedeisende eerste hulp bij ziekenhuizen (verplaatste ziekenhuiszorg) en de huisartsenzorg in de avond-, nacht- en weekenduren. De WTZi verplicht de onderscheiden schakels in de keten om samen hierover aan tafel te gaan. In dit zogenaamde acute-zorgketenoverleg is ook het bestuur van het openbaar lichaam dat op de voet van artikel 4, eerste lid, van de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen voor de desbetreffende regio is ingesteld (hierna: GHOR-bestuur), uitgenodigd. Dit met het oog op het samenhangend functioneren van de keten van acute zorg onder rampomstandigheden.

c. duidelijkheid geven over de positie van de meldkamer in de (acute) zorgketen.

Het wetsvoorstel maakt duidelijk dat een goed functionerende meldkamer cruciaal is voor de ambulancevoorziening. De meldkamer draagt zorg voor een samenhangend geheel van activiteiten die betrekking hebben op: het aannemen van meldingen, het geven van (zelfzorg) adviezen aan burgers, het verwijzen naar andere vormen van zorg, het al of niet inzetten van ambulancezorg, het inzetten van het mobiele medische team (MMT), het plannen van het besteld vervoer, het begeleiden en assisteren van ingezet materieel, het bewaken van de paraatheid, het afstemmen met andere operationele diensten en bij een grotere calamiteit het zorgdragen voor een goede opschaling. De meldkamer is primair het logistieke hart van de RAV en zorgt voor een dagelijkse doelmatige inzet van de

ambulancezorg. Door een nauwe samenwerking met andere operationele diensten staat de meldkamer bij grote ongevallen en rampen ten dienste van het openbaar bestuur. Door deze positionering wordt recht gedaan aan een doelmatige inzet van de ambulancezorg in samenhang met de rest van de witte kolom en wordt ook recht gedaan aan de verantwoordelijkheden van het lokaal openbaar bestuur in geval van grote ongevallen en rampen.

Overigens is de meldkamer niet alleen cruciaal voor de ambulancezorg, maar steeds vaker ook voor de acute zorg ketenbreed. Daarom ben ik nu aan het bezien hoe er gekomen kan worden tot een vorm van eenduidige triage acute zorg ketenbreed. Om die reden is een vlekkeloze integratie binnen de witte kolom meer dan noodzaak. Maar er is nog een argument voor onderbrenging in de RAV, namelijk het feit dat de gehele zorgketen betaald wordt via premiemiddelen. Zoals reeds eerder aangegeven, hebben zorgverzekeraars belang bij een doelmatige – dus ketenbrede – zorginkoop, wat uiteindelijk het belang van de patiënt dient.

Overigens wil ik in dit verband wellicht ten overvloede aangeven dat verschillende regio's er voor gekozen hebben om als GHOR-bestuur ook de RAV-taak op zich te nemen en de meldkamerfuncties gezamenlijk uit te oefenen. In het licht van de vormvrijheid is daar niets op tegen.

d. duidelijkheid geven over de positie van de burgemeester in relatie tot de meldkamer.

Het wetsvoorstel benadrukt dat, daar waar de openbare orde en veiligheid in het geding is (grote ongevallen en rampen), het de burgemeester is die vanuit zijn GHOR-verantwoordelijkheid de regie voert over de inzet van de ambulancezorg, dus de RAV, dus ook de meldkamer daarvan. Hiermee is duidelijk bij wie de publieke verantwoordelijkheid voor de meldkamer in geval van (dreigende) verstoring van de openbare orde of veiligheid is belegd.

In aanvulling op het bovenstaande wil ik nog opmerken dat in deze hele discussie mijn insteek is: het belang van de patiënt. De patiënt hoort de juiste zorg te krijgen op het juiste moment en op de juiste plaats door de juiste hulpverlener. Dit wordt bepaald in onderlinge afstemming tussen de verschillende elkaar aanvullende en deels substitueerbare onderdelen in de keten van de spoedeisende medische hulp (ambulance laten uitrukken in plaats van auto van de huisartsenpost of omgekeerd, ambulance als verplaatste ziekenhuiszorg etc). De afspraken hierover worden bekrachtigd in het – op basis van de WTZi – verplichte acute-zorgketenoverleg.

De leden van de CDA-fractie vernemen graag van de minister hoe hij aankijkt tegen de zorgen die spreken uit de reactie van de Veiligheidskoepel en het IPO op het Wetsvoorstel ambulancezorg met betrekking tot het veiligheidsbeleid en de rol van de geïntegreerde meldkamer, zoals de leden van de commissie deze onlangs hebben ontvangen.

Ik deel deze zorgen niet: in de Tweede Kamer zijn tijdens de behandeling van het onderhavige wetsvoorstel deze punten uitvoerig aan de orde geweest. Korthedshalve verwijs ik in dit verband naar het verslag van de vaste commissie VWS van de Tweede Kamer terzake (Kamerstukken II, 29 835, nr. 6).

De leden van de CDA-fractie ontvangen graag de gedachtegang van de minister achter de stellingname om de planning van de ambulancezorg en de vergunningverlening aan een ambulancevoorziening weg te halen bij de provincies en te centraliseren. Dit mede in het licht van de uitkomsten van een onafhankelijk RIVM-onderzoek van 2001 en de uitspraak van de minister dat de provincies hun taak in deze op een verantwoorde manier hebben ingevuld, veelal met forse inzet van eigen middelen en er op dit

moment geen grote problemen zijn in de ambulancevoorziening. Was één van de doelstellingen van dit kabinet niet, decentraliseren waar kan en centraliseren uitsluitend waar moet? Kan, door de beslissingsbevoegdheid zo dicht mogelijk bij de uitvoering te leggen, niet de doelmatigheid en de democratische controle bevorderd worden, zo vragen de leden van de CDA-fractie zich af?

In de huidige situatie is de betrokkenheid van de burger bij de totstandkoming van de spreidingsplannen groot, mede vanwege het feit dat de plannen ter inzage liggen bij de provincie en de inspraakmogelijkheden dicht bij huis worden georganiseerd. In dit kader vernemen de leden van de CDA-fractie graag van de minister welk belang de regering hecht aan de mogelijkheid om bezwaar te maken door een burger of instantie tegen een spreidingsplan en hoe de betrokkenheid van de burger bij het totstandkomen van de spreidingsplannen en de gelegenheid tot inspraak bij de plannen in de nieuwe wet geregeld worden.

Ik wil in dit verband voorop stellen dat in het nieuwe zorgstelsel de provincie in het geheel geen rol meer heeft: niet wat betreft de financiering, evenmin waar het gaat om de toelating. Dit is via de WTZi bij de minister gelegd. De WAZ is opgezet naar analogie van de WTZi om daarmee aan te sluiten bij de huidige curatieve zorg. In de WTZi hebben de ziekenhuizen met een erkenning als traumacentrum de verantwoordelijkheid gekregen voor de afstemming van de acute zorg in hun regio. Ik wil hiermee niet beweren dat de provincies in de afgelopen periode hun taken op het gebied van de zorg niet goed hebben uitgevoerd. Dat is ook niet zo, want zij hebben zich gewetensvol van hun taak gekweten. Zij passen echter functioneel niet in het zorgsysteem. Daar komt bij dat er nu een landelijk Spreidings- en Beschikbaarheidskader (S&B-kader) door mij wordt vastgesteld, dat ten grondslag ligt aan de budgettaire kaderstelling per vergunninggebied. Dit S&B-kader is in de afgelopen jaren reeds toegepast bij de verdeling van de extra gelden voor versterking van de ambulancezorg.

Ik vind het overigens wel belangrijk dat de regionale belangen goed behartigd worden. Maar het zijn naar mijn mening juist de zorgverzekeraars (vanuit de zorgoptiek) en de GHOR-besturen (vanuit de veiligheidsoptiek) die de lokale belangen nog veel meer vertegenwoordigen en de minister dus goed kunnen adviseren over de specifieke lokale omstandigheden die van belang zijn voor de ambulancezorg. Die belangen kunnen via de adviezen van de zorgverzekeraars en de GHOR-besturen in het programma van eisen en daarna in de vergunning worden meegenomen. Dus het lokale publieke belang is hier goed geborgd. Er is naar mijn mening geen logische rol voor de provincies in dit proces.

Tenslotte: de in het wetsvoorstel gekozen vergunningenprocedure past goed in de ontwikkeling van de veiligheidsregio's. De minister van BZK stelt deze veiligheidsregio's vast, waarin de activiteiten van de politie, brandweer, GHOR en ambulancezorg op elkaar worden afgestemd en in geval van rampen en ongevallen kan aansturing daarvan worden opgeschaald naar het verantwoordelijke bestuur. Het is daarmee logisch dat de minister van VWS per veiligheidsregio een vergunning verleent aan de RAV. Door de vergunningverlening te centraliseren, wordt ook het eerder geschetste probleem van de provinciegrenzen opgelost. Met de Tweede Kamer ben ik van mening dat over de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor een goede regionale ambulancevoorziening geen misverstand mag bestaan. Door het centraliseren van de vergunningverlening is het duidelijk dat de minister van VWS verantwoordelijk is. Hij is hierop rechtstreeks aanspreekbaar. Zoals hij ook aanspreekbaar is op het landelijk S&B-kader, dat hij periodiek actualiseert.

Ten aanzien van het element van inspraak van de burger/instanties nog het volgende.

Naar analogie van de WTZi kent de WAZ geen inspraak.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts wie bij calamiteiten – in geval van een ramp of zwaar ongeval of de vrees voor het ontstaan daarvan (preventief) – verantwoordelijk is voor de inzet van ambulances. Is dat de Regionaal geneeskundig functionaris (RGF) of is dat de burgemeester?

De RGF wordt aangesteld door het bestuur van de GHOR-regio, dat qualitate qua bestaat uit de burgemeesters van de deelnemende gemeenten. In geval van (dreigende) grote ongevallen en rampen heeft de burgemeester het opperbevel, alsook de bevoegdheid om aanwijzingen te geven in het geval dat de openbare orde in het geding is. In deze gevallen bepaalt dus de burgemeester of en hoeveel ambulances via de meldkamer moeten worden ingezet en waar. In operationele zin berust de leiding in deze gevallen bij de RGF. Maar zoals gezegd, de RGF valt onder bestuurlijke leiding van de burgemeester en zal ook diens aanwijzingen moeten volgen.

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat in de omschrijving van amendement nr. 37 (Schipper c.s.) niet voldoende geconcretiseerd wordt op welke wijze een goede publieke borging van ambulancezorg en de meldkamer in het bijzonder in de praktijk gestalte krijgt. Zij vragen de minister hoe dit geschiedt.

Een goede publieke borging van de meldkamer ambulancezorg vind ik van groot belang! Om die reden heb ik dit op verschillende niveau's en momenten in het hele vergunningenproces geregeld, en wel als volgt:

a. vergunningverlening minister

Dit gebeurt publiekelijk: het is de minister die de vergunning verleent;

b. inbreng van de GHOR in vergunningverleningprocedure

Dit gebeurt als volgt:

A. *Via de programma's van eisen (PvE's):*

- vaststellen van eisen waaraan de vergunninghouder moet voldoen ten aanzien van de meldkamer ambulancezorg.

Aan de vergunningverlening zijn programma's van *eisen* verbonden die worden *opgesteld door de minister*. Op grond van het nieuw voorgestelde artikel 4, derde lid, vraagt de minister het bestuur van de GHOR om eisen vast te stellen waaraan de vergunninghouder dient te voldoen ten aanzien van de meldkamer ambulancezorg.

Deze eisen hebben betrekking op de voorbereiding en het daadwerkelijk optreden in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Deze eisen waarborgen ook een goede dagelijkse samenwerking met de politie en brandweer. In dit verband kunnen bijvoorbeeld afspraken gemaakt worden over de meldkamer en extra inzet bij grootschalige evenementen. Maar ook over de opleidingseisen van het meldkamer-personeel en de daarvoor benodigde expertise.

- advisering over de (regionale) programma's van eisen.

Op grond van artikel 4, vierde lid, worden, *voordat de minister het regionale programma van eisen vaststelt, het GHOR-bestuur en de regionale zorgverzekeraars gevraagd om advies* over dit regionale programma van eisen. Als er sprake is van een gezamenlijk en eenduidig advies, wat wenselijk wordt geacht, neemt de minister het advies in principe over.

De minister moet – bij het niet opvolgen van het advies – beargumenteerd aangeven waarom hij het advies niet zal opvolgen.

B. Bij de vergunningverlening

- advisering bij de daadwerkelijke vergunningverlening.

c. GHOR: permanente verantwoordelijkheid voor gebouw en totale infrastructuur

Het GHOR-bestuur is verantwoordelijk voor het gebouw en de totale infrastructuur van de meldkamer (o.a. C 2000), inclusief het ambulancegedeelte.

d. GHOR: verantwoordelijk voor het instellen van de meldkamer ambulancezorg

Een belangrijke taak voor het GHOR-bestuur is zijn verantwoordelijkheid voor het instellen van een meldkamer ambulancezorg. Dit betekent dat dit bestuur de locatie bepaalt alsmede de infrastructuur die vereist is bij opschaling.

e. Burgemeester: opperbevel en aanwijzingsbevoegdheid

In geval van (dreigende) grote ongevallen en rampen heeft de burgemeester het opperbevel.

Inmiddels heb ik via wetswijziging het instrument van de aanwijzing geïntroduceerd. Hierin wordt geregeld dat indien naar het oordeel van de burgemeester de openbare orde in het geding is, hij aanwijzingen kan geven. Het is dus de burgemeester die bepaalt wat er gebeurt. Zonder enige voorwaarde laat ik het aan de burgemeester over, te bepalen of de openbare orde in het geding is en of er ingegrepen moet worden.

f. Landelijke Meldkamer Ambulancezorg (LMAZ)

Deze meldkamer heeft een belangrijke rol bij grootschalige incidenten: de bestaande regionale ambulancecapaciteit blijkt in deze gevallen veelal onvoldoende te zijn en er dient snel interregionale bijstand te worden geleverd.

Uit de evaluaties van de rampen in Volendam en Enschede is geconstateerd dat de meldkamer van de regio waar de ramp plaatsvindt, per direct overbelast is en niet in staat is binnen het «golden hour» (principe hierbij is dat slachtoffers binnen 1 uur (of zo mogelijk sneller) medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis met erkenning als traumacentrum dienen te krijgen) voldoende ambulancecapaciteit te alarmeren en adequaat in te zetten. Daarom heb ik besloten om een landelijke meldkamer ambulancezorg (LMAZ) in te richten. Deze meldkamer dient ter ondersteuning van de regionale meldkamers en is ondergebracht bij de meldkamer van het Korps Landelijke Politiediensten in Driebergen. Op deze wijze is de burgemeester ervan verzekerd dat de eigen regionale meldkamer (per direct) daadwerkelijk in staat is het eigen regionale ambulancepotentieel in te zetten, maar ook gebruik kan maken van het potentieel van alle andere regio's. Zo wordt optimaal gebruik gemaakt van alle beschikbare ambulances in Nederland en de grensstreken en kan het overige reguliere bestelde en acute vervoer in de regio zoveel mogelijk worden gecontinueerd.

De leden van de CDA-fractie stellen dat amendement 20 (Arib c.s.) een wettelijk kader beoogt te bieden voor vergunningverlening voor onbepaalde tijd. In dat verband, zo stellen zij voorts, introduceert het amendement de maatstafconcurrentie (benchmark), op grond waarvan elke twee jaar de kwaliteit van de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) wordt gemeten en vergeleken. Deze leden vragen de minister hen mede te delen hoe deze «benchmark» in de praktijk wordt geëffectueerd. Zij vragen zich namelijk af, of gezien de grote verschillen in de regio's (stad versus platteland, grote of kleine(re) voorzieningen, integraal of solistisch werkende meldkamers) en de wellicht strategische opstelling van de RAV'en, een objectieve vergelijking in alle redelijkheid verwacht kan worden. Gezien de

grote implicaties die deze maatstafconcurrentie met zich mee kan brengen (als ultimum remedium zelfs het afnemen van de vergunning), maken de leden van de CDA-fractie zich grote zorgen over de uitwerking van dit amendement. Zij vragen of de minister deze zorgen deelt en zo ja, wat de minister hieraan denkt te doen en, zo neen, waarop de minister dan zijn conclusie baseert.

In antwoord op deze vragen van de CDA-fractie wil ik nog eens verduidelijken hoe de «benchmark» in de praktijk gaat. Dit gaat als volgt. Elk vier jaar wordt per regio een nieuw programma van eisen vastgesteld. Dit gebeurt na advisering door de regionale zorgverzekeraars en het GHOR-bestuur. De «benchmark» richt zich dus op de maatstaven zoals vastgelegd in de PvE's. Omdat deze PvE's ten grondslag liggen aan de vergunningen, is sprake van transparantie en wordt mogelijk strategisch gedrag bij benchmarking voorkomen. De voorgestelde tweejaarlijkse benchmark behelst naar mijn opvatting twee doelen. Ten eerste is dat het leveren van informatie om het nieuwe programma van eisen een opwaartse kwaliteitsimpuls te geven. Ten tweede het kunnen vergelijken van prestaties van de Regionale Ambulancevoorzieningen om zo via hun eigen kwaliteitscyclus verbeteringen door te voeren.

Ik onderken dat er regionale verschillen, uitzonderingen en aparte situaties zijn. Maar dat betekent niet dat in de kern benchmarking niet mogelijk is. Ook in andere sectoren, zoals de huisartsenzorg (hier vindt benchmark plaats zowel in de reguliere als in de acute (avond-, nacht- en weekend) huisartsenzorg), blijkt «benchmarking» goed te werken, terwijl er daar ook sprake is van regionale verschillen en uitzonderingen. Toch blijft onderlinge vergelijking wel degelijk mogelijk, in termen van benchmarking in de kern.

In de kern, immers men dient zich te realiseren dat bij «benchmarking» vrijwel altijd sprake is van een aantal constante gegevenheden (infrastructuur, ligging etc), van regio-specifieke factoren (bijvoorbeeld relatief grote vergrijsde populatie) en voorts van trendmatige ontwikkelingen binnen de eigen regio.

Met andere woorden, de vergelijking die er gepleegd wordt tussen de regio's zal in die zin niet helemaal dekkend kunnen zijn. Toch blijft dit een goed werkend instrument, zo bewijst de praktijk.

Indien uit de volgende benchmark nu blijkt dat een RAV niet aan het nieuwe programma van eisen voldoet, dan is in de wet voorzien in een ultimum remedium, namelijk de mogelijkheid tot het intrekken van de vergunning. Uiteraard gelden hier de – op de Algemene wet bestuursrecht (Awb) gestoelde – beginselen van behoorlijk bestuur.

Voordat deze zware sanctie wordt toegepast, zullen eerst minder vergaande maatregelen worden genomen. Te weten:

- een overleg waarin de te verbeteren punten worden besproken (instellen van een verbetertraject);
- een aanzegging tot het verbinden van andere voorschriften aan de vergunning;
- het daadwerkelijk verbinden van nadere voorschriften aan de vergunning;
- het dreigen met intrekking van de vergunning;
- en tenslotte – als ultimum remedium – het intrekken van de vergunning.

In het programma van eisen worden voorwaarden opgenomen met betrekking tot de transparantie en good governance van de RAV-organisatie. In de praktijk betekent dit dat bij toepassing van eventuele sancties het toezichthoudend orgaan van de RAV-organisatie zelf het management zal moeten corrigeren c.q. ontslaan. De minister verleent immers vergunningen en stelt geen directies aan.

Is het, zo vragen de leden van de CDA-fractie tot slot aan de minister, mogelijk en correct om over te gaan tot het intrekken van een vergunning ook als een voorziening wel voldoet aan het programma van eisen?

Artikel 5, zesde lid, geeft de gronden waarop de vergunning kan worden ingetrokken, namelijk een verzoek van de RAV dan wel het niet voldoen aan de eisen door de RAV. Als een voorziening aan de eisen voldoet, kan de minister de vergunning niet intrekken.

Overigens zal het intrekken van de vergunning niet meteen gebeuren. In dit verband verwijs ik naar de graduele varianten in beschikbare instrumentaria in de bestuursrechtelijke sfeer als eerdergenoemd.

2. PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie vragen allereerst in hoeverre het mogelijk is om, gelet op de regionale verschillen en de financiële afspraken dan wel tarieven, de prestaties van verschillende RAV'en te vergelijken. In hoeverre valt te verwachten dat er sprake is van vergelijkbare gegevens ook in de zin van gedetailleerdheid en volledigheid? Voorts willen zij weten in welke mate bij maatstafconcurrentie rekening gehouden kan worden met gezondheids- en veiligheidsrisico's in het werkgebied van een RAV. Hoe zullen de risico's worden meegewogen bij het beoordelen van de prestaties van een RAV?

Voor het antwoord op deze vraag wil ik de leden van de PvdA-fractie verwijzen naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie over de (on)mogelijkheid tot vergelijking bij het toepassen van het instrument «benchmarking» bij de RAV'en.

De leden van de PvdA-fractie stellen vervolgens de vraag, hoe – gelet op het feit dat de kwaliteit van het ambulancevervoer wordt beïnvloed door triage-momenten – bij het beoordelen van prestaties en bij het opstellen van het programma van eisen deze triage-momenten worden meegewogen? Op welke wijze zullen daarbij de verantwoordelijkheden van verschillende partijen tot uitdrukking worden gebracht, zo vragen de leden van de PvdA-fractie zich af.

De triage van de acute-zorgvraag op de meldkamer speelt een belangrijke rol voor het bepalen van de mate van urgentie en de daarbij horende inzet van de passende hulpverlening. Dit is rechtstreeks van invloed op de kwaliteit van het ambulancevervoer en op de effectiviteit en doelmatigheid van de ambulancezorgverlening. Bij het opstellen van het programma van eisen wordt dan ook meegenomen hoe de (veelal geprotocolleerde) samenwerkingsafspraken binnen de keten lopen, wie waarvoor verantwoordelijk is, etc., ook wat betreft de triage.

De leden van de PvdA-fractie willen weten in hoeverre ook het functioneren van de RAV'en in de acute zorg keten zal worden meegenomen bij het wegen van de prestaties en op welke wijze dit functioneren geanalyseerd zal worden.

In de beleidsuitgangspunten waaraan aanvragen worden getoetst, wordt op drie onderdelen het mogelijke functioneren van de aspirant-RAV getoetst, namelijk de verhouding tussen kosten en baten, de samenwerkingsafspraken in de acute-zorgketen en het verkrijgen van een Harmonisatie Kwaliteit Zorginstelling (HKZ)certificaat. Inzicht in het feitelijk presteren wordt verkregen via de door de RAV te verstrekken gegevens. De tweejaarlijkse benchmarking die op basis hiervan tot stand komt, zal verschillen in prestaties inzichtelijk maken. Dat moet leiden tot een opwaartse kwalitatieve beweging en zal mogelijk de

basis kunnen bieden voor het per vier jaar te vernieuwen programma van eisen. In het WTZi acute-zorgketenoverleg zal ook het presteren van de RAV ter tafel komen.

De leden van de PvdA-fractie willen graag een uiteenzetting over hoe en op welke gronden bij tegenstrijdige adviezen de adviezen van het GHOR-bestuur en van de zorgverzekeraars worden gewogen? Hoe wordt geborgd dat verzekeraars in hun adviezen naast efficiëntie ook kwaliteit en innovatie beoordelen, zo vragen zij zich af?

Allereerst wil ik voorop stellen dat ik er zeer aan hecht dat het GHOR-bestuur en de zorgverzekeraars, in gezamenlijk overleg, zoveel mogelijk komen tot eensluidende adviezen, die ik in principe ook zal overnemen. Mochten deze partijen er eventueel niet uitkomen, dat is het de minister die de knopen doorhakt en de uiteindelijke weging maakt tussen de beide adviezen. Op grond van artikel 5, tweede lid, toetst de minister het plan van de aanvrager aan de regionale eisen (zoals die vastgesteld zijn na advies van de zorgverzekeraars en GHOR-bestuur), maar ook aan zijn eigen beleidsuitgangspunten. Deze uitgangspunten worden in een algemene maatregel van bestuur in het kader van de (procedure voor) verlening van de vergunning nader beschreven.

De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd waarom er niet voor is gekozen om bij het opstellen van de in artikel 4 bedoelde eisen in iedere regio ook het advies van het traumacentrum dat daar het regionale acute zorgoverleg initieert, te vragen? Kan in dit verband ook worden meegedeeld waarom er niet voor is gekozen in artikel 5 ook het regionale traumacentrum in de gelegenheid te stellen zijn zienswijze te geven, alvorens dat de minister over een vergunningaanvraag beslist, zo vragen de leden van de PvdA-fractie zich af.

Ik ga ervan uit dat in het Regionaal Ambulanceplan ook aandacht wordt geschonken aan ketenafspraken. In het programma van eisen wordt dit heel nadrukkelijk genoemd. Samenwerkingsafspraken binnen de keten vormen dus, via de vaststelling door mij van de regionale programma's van eisen, een belangrijk element bij de weging in het kader van de vergunningverlening.

Ik ben er geen voorstander van om het regionale traumacentrum ook zijn zienswijze te laten geven over het programma van eisen. In de eerste plaats omdat dit wellicht zou interweniëren in de wettelijke – initiërende en coördinerende – rol die de ziekenhuizen met trauma-erkenning op basis van de WTZi hebben gekregen. Dit komt neer op het ervoor zorg dragen dat het regionale acute zorg keten overleg tot stand komt, hierbinnen de juiste afspraken gemaakt worden en dat dit leidt tot een soepel georganiseerde ketenzorg. Ten tweede ben ik van mening dat de inbreng door zorgverzekeraars en GHOR-bestuur op diverse momenten in de procedure voldoende garantie biedt voor adequate ambulancezorg in het belang van de patiënt.

Overigens mag er van uitgegaan worden dat de regionale zorgverzekeraars en de GHOR hun deelname aan het regionale acute zorg keten overleg zullen benutten voor het vormen van hun oordeel dat zij uiteindelijk vertolken in de adviezen die zij afgeven bij de totstandkoming van het PvE en bij de vergunningverlening.

De leden van de PvdA-fractie willen weten of – gelet op de scheiding in verantwoordelijkheid voor ambulancezorg en traumazorg zoals het mobiel medisch team (MMT) – kan worden aangegeven in hoeverre de «reguliere» ambulancezorg geïntegreerd zal worden in, dan wel afgestemd zal worden op de traumazorg? Kan daarbij ook nog eens precies worden

aangegeven hoe de verschillende verantwoordelijkheden bij de traumazorg liggen?

Traumazorg, zoals het MMT, is altijd aanvullend op de reguliere ambulancezorg.

Wanneer besloten is tot inzet van het MMT vindt altijd gelijktijdige inzet van een ambulance plaats. Dit gebeurt op basis van inzetcriteria. Ook ter plaatse kan het ambulanceteam, via de meldkamer, om het MMT verzoeken. Dit gebeurt eveneens op basis van inzetcriteria. De inzetcriteria MMT vormen onderdeel van de protocollen ambulancezorg en meldkamerstandaard.

De leden van de PvdA-fractie vragen – in aanvulling op vragen van de leden van de CDA-fractie – of het denkbaar is dat de aanwijzingen die de burgemeester kan geven – vanuit het oogpunt van openbare orde – invloed hebben op de beschikbaarheid van ambulances in een regio. In hoeverre kan door de uitvoering van de aanwijzingen van burgemeesters de verdere beschikbaarheid van ambulances voor andere taken beperkt worden, zo willen zij weten.

Over de invloed van de burgemeester op de beschikbaarheid van ambulances in de regio, het volgende:

- Het regionale programma van eisen is het document waarin GHOR-bestuur en de RAV (vergunninghouder) tezamen met zorgverzekeraars *structurele* afspraken maken over de (te verwachten) inzet van ambulances in geval van (dreigende) grote ongevallen en rampen. De burgemeester voert hierover het opperbevel;
- In *incidentele* gevallen, waarbij de openbare orde in het geding is, (voetbalwedstrijden bijvoorbeeld) kan de burgemeester ook nog gebruik maken van zijn aanwijzingsbevoegdheid. Het gaat hierbij om een concreet te verwachten dreiging van handelen «in strijd met de openbare orde». De burgemeester kan (eventueel via zijn hiertoe gemandateerde RGF) directe aanwijzingen geven aan de RAV. De burgemeester legt over deze aanwijzing verantwoording af aan de gemeenteraad.
- Dit optreden van de burgemeester is beslist van invloed op de beschikbaarheid van ambulances in de eigen regio en eventueel van de omliggende regio's. Na het opheffen van de organisatie Bescherming Bevolking is er geen aparte organisatie meer voor de geneeskundige hulpverlening bij grote ongevallen en rampen. Dat betekent dat de bestaande ambulancezorg, de aanvullende mobiele medische teams en de geneeskundige combinaties hiervoor zijn aangewezen. Bij grote ongevallen geldt het principe van het «golden hour». Bij grootschalige incidenten wordt het vrij lastig om dit principe ook daadwerkelijk uit te voeren: de bestaande regionale ambulancecapaciteit is veelal onvoldoende en er dient snel interregionale bijstand te worden verleend. Zoals ik al eerder aangaf, bij de beantwoording van vragen van de CDA-fractie, biedt de LMAZ de burgemeester de mogelijkheid om in dit soort gevallen optimaal gebruik te maken van alle beschikbare ambulances in Nederland en de grensstreken, en wel op een zodanige manier dat het overige reguliere besteld en acute vervoer in de eigen regio zoveel mogelijk kan worden gecontinueerd.

De leden van de PvdA-fractie stellen voorts de vraag in hoeverre er sprake is van een spanning tussen de verantwoordelijkheid van een burgemeester voor de openbare orde en de positie van zorgverzekeraars als financiers van de ambulancezorg? Kunnen de gronden waarop de burgemeester een aanwijzing met het oog op de openbare orde kan geven, nader worden omschreven? Wordt de inzet als gevolg van aanwijzingen na afloop door de betrokken partijen geëvalueerd? Op welke wijze zullen

de daarmee samenhangende kosten worden berekend, zo vragen de leden van de PvdA-fractie zich af.

Als de burgemeester gebruik maakt van zijn wettelijke bevoegdheid om in het kader van de openbare orde een aanwijzing te geven (bijvoorbeeld dat een x-aantal ambulances beschikbaar moet worden gehouden voor een risicovolle voetbalwedstrijd), dan komen de kosten daarvan voor rekening van het locale bestuur of de organisator van het evenement. Iets anders is, wanneer een gewonde patiënt in het kader van ambulancezorg wordt vervoerd: dat gebeurt op grond van de contractuele relatie tussen de patiënt als verzekerde en diens verzekeraar; de zorgverzekeraar zal die zorg ingevolge de Zorgverzekeringswet vergoeden. De landelijke brancheorganisaties hebben hierover afspraken gemaakt.

Overigens heeft de wetgever bewust gekozen voor de algemene formulering «indien de openbare orde in het geding is» om daarmee ruimte te laten voor de burgemeester om dit vanuit zijn eigen discretionaire bevoegdheid naar de omstandigheden van het geval in te vullen. Zoals gezegd, kan hij over een adequate invulling van het «openbare ordebegrip» in bestuurlijke zin aangesproken worden door de gemeenteraad.

De leden van de PvdA-fractie willen graag weten op welke wijze de inzet van ambulancezorg en de betrokkenheid van de RAV'en bij rampen-oefeningen wordt gefinancierd? Kan worden aangegeven hoe bij het inwerkingtreden van de wet de vergunningverlening zal verlopen? Welke reële mogelijkheden bestaan er op dat moment om toe te treden tot de markt, aldus de leden van de PvdA-fractie.

Het oefenen ter voorbereiding op crises en rampen is een verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf. Ik heb via ZonMw voor het opzetten van een referentiekader (ziekenhuis-rampenopvangplan) en de ontwikkeling van instrumenten een subsidie beschikbaar gesteld en ook een tijdelijke subsidie om het oefenen zelf te kunnen uitvoeren. Ik beschouw dit vooralsnog als een tijdelijke aanjaagsubsidie. Het beschikbaar zijn voor grootschalige regionale oefeningen is van een andere orde, waarbij financiering door het openbaar bestuur geregeld dient te worden. Ik merk overigens dat diverse regionale GHOR-besturen daar op een goede manier invulling aan geven.

Het staat – in antwoord op de laatste vraag – overigens een ieder vrij om toe te treden tot de markt en een aanvraag voor een vergunning bij mij in te dienen.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af of, gelet op het feit dat de vergunning voor onbepaalde tijd wordt verstrekt en er geen periode is bepaald voor het intrekken van de vergunning, zich problemen kunnen voordoen bij het intrekken van de vergunning. Deze leden vragen verder of er dan een «vacuüm» ontstaat tussen het moment dat de vergunning wordt ingetrokken en het moment dat de nieuwe vergunninghouder zijn werkzaamheden start. Wordt dit vacuüm wellicht ingevuld door RAV'en uit omliggende regio's?

Het is de bedoeling een vergunning pas in te trekken met ingang van het tijdstip waarop een nieuwe vergunning ingaat. Een vacuüm mag niet ontstaan, dat zou in strijd zijn met de eindverantwoordelijkheid van de minister voor de beschikbaarheid van de ambulancezorg. In de toelichting op het Besluit ambulancezorg, dat onder meer de procedure voor de vergunningverlening bevat, zal dit nader worden verduidelijkt.

De leden van de PvdA-fractie willen weten op welke wijze bij het maken van tariefafspraken rekening zal worden gehouden met de per regio

verschillende eisen waaraan ambulancezorg moet voldoen alsmede met verschillen in bevolkingsdichtheid en gezondheidsrisico's? Kunnen deze verschillen leiden tot ongelijkheid en onwenselijke verschillen tussen regionaal en landelijk opererende verzekeraars, aldus de leden van de PvdA-fractie?

Verschillen in bevolkingsdichtheid en gezondheidsrisico's worden meegewogen in het referentiekader ambulancezorg, zoals dat door het RIVM is opgesteld en momenteel wordt geactualiseerd. De minister stelt dit referentiekader vast. Dit kader geldt als basis voor het vaststellen van het (regionale) budget en voor tarifiering door het CTG. Op deze wijze worden verschillen nu juist voorkomen!

In hoeverre – zo stellen de leden van de PvdA-fractie – is het denkbaar dat een vergunning voor onbepaalde tijd, waardoor geen nieuwe partijen tot de markt kunnen toetreden, leidt tot een conflict met Europese regelgeving? Indien dit conflict zich voordoet, hoe zal dan onderbouwd worden dat de ambulancezorg in Nederland een dienst van algemeen economisch belang is?

Ik wil in dit verband vooraf opmerken dat ook de huidige – vanwege het provinciale bestuur verleende- vergunningen voor onbepaalde tijd gelden en dat niet gebleken is dat Europa daar bezwaar tegen heeft. Wat daarvan ook zij, naar mijn opvatting berust de gedachte dat de WAZ zou conflicteren met Europese aanbestedingsregels, op een misverstand. Met de WAZ immers wordt een vergunningensysteem geïntroduceerd. Dit bestuurlijk systeem heeft niets van doen met de Europese aanbestedingsregels.

De leden van de PvdA-fractie stellen dat op grond van artikel 9 van de WAZ een meldkamer kan besluiten dat ambulancezorg wordt verleend door middel van een ambulance waarvan de standplaats zich in een andere regio bevindt. Kan worden aangegeven op welke wijze deze zorg zal worden gefinancierd, zo vragen de leden van de PvdA-fractie zich af.

De vraag van de leden van de PvdA-fractie raakt aan de kwestie met betrekking tot de «open-grens benadering» (verlenen van ambulancezorg op verzoek van een meldkamer door een ambulance van een standplaats in een andere regio). Het principe bij deze benadering is, dat er geen barrières moeten zijn in de hulpverlening aan de patiënt: de patiënt dient de juiste hulp te krijgen op de juiste plaats, ongeacht regiogrenzen. Wanneer een meldkamer ertoe besluit dat ambulancezorg wordt verleend door een ambulance van een standplaats in een andere regio, geschiedt dit op basis van afspraken zoals die van te voren zijn vastgelegd en door mij zijn goedgekeurd in het (regionale) programma van eisen. Door de inbreng van zorgverzekeraars daarbij is er ook commitment (tussen GHOR-bestuur en zorgverzekeraars) over de financiering daarvan door de zorgverzekeraar.

De sector (Ambulancezorg Nederland: AZN) heeft overigens ook een landelijke procedure interregionale inzet ambulances vastgesteld (september 2005: ingangsdatum 1 januari 2006), met daarin onder andere afspraken over kwaliteit, financiering en aansprakelijkheid.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts of zij het goed begrijpen dat artikel 11 het de minister mogelijk maakt regels te stellen die afwijken van het in de overige artikelen van het wetsvoorstel bepaalde. Welke gevolgen heeft dit voor de legitimiteit van besluiten gebaseerd op deze regels. De minister mag regels maken die afwijken van de overige bepalingen van de wet. Die afwijkende regels zijn net zo legitiem als de overige wettelijke regels, mits de minister blijft binnen het kader dat de wet hem biedt.

De WAZ delegeert in artikel 11 aan de minister de bevoegdheid om voor bijzondere gevallen (andere) regels te stellen. Een voorbeeld hiervan is de voorgenomen regeling inzake het buitenlandvervoer: dit is ambulancezorg die aanvangt buiten Nederland, dan wel op een in Nederland gevestigde luchthaven, in aansluiting op vervoer per vliegtuig van de zieke of gewonde persoon. Een ander voorbeeld is de reeds bestaande (en te handhaven) uitzonderingsregeling voor ambulances van het Rode Kruis of bedrijfsambulances.

3. VVD-fractie

Bij amendement van de Tweede Kamer is de regelgeving rondom het vergunningstelsel aangepast in die zin dat er geen concurrentie meer zal worden ingevoerd door middel van het om de vier jaar aanvragen van een nieuwe vergunning door de RAV. Zaken als doelmatigheid en de kwaliteit van ambulancezorg moeten toetsbaar en controleerbaar blijven. De leden van de VVD-fractie vragen, aansluitend op de vragen van de CDA-fractie, of de minister nog eens helder kan aangeven hoe de adviseringsmogelijkheid van de zorgverzekeraar en de GHOR vorm kan krijgen. Op welke wijze gaat de minister nu zijn eigen verantwoordelijkheid in het kader van de vergunningverlening invullen? Op welke wijze gaat hij kwaliteit, doelmatigheid en de samenwerking in de keten van de ambulancediensten toetsen? Niet alleen ten aanzien van de vergunningverlening voor de eerste maal, maar vooral in de jaren daarna.

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik de leden van de VVD-fractie allereerst naar mijn antwoord op de vraag gesteld door de leden van de fractie van het CDA over de «benchmarking».

Ten aanzien van de advisering door de zorgverzekeraar en het GHOR-bestuur merk ik op, dat ik ervan uitga dat de zorgverzekeraar en het GHOR-bestuur mij zoveel mogelijk eensluidende adviezen zullen voorleggen. Mochten zij in gezamenlijk overleg daar niet uit komen, dan maak ik op grond van artikel 5, tweede lid, de uiteindelijke keuze. Dit doe ik op basis van de regionale programma's van eisen, maar ook op basis van mijn eigen beleidsuitgangspunten, zoals die nader beschreven zijn in een algemene maatregel van bestuur.

De leden van de VVD-fractie merken op dat in 2006 de WTZi van kracht is geworden. Door invoering van het onderhavige wetsvoorstel worden de RAV'en aangemerkt als «zorginstellingen», dus vallen zij in beginsel ook onder de WTZi. De leden van de VVD-fractie vragen zich in dit kader af of het voorliggende wetsvoorstel eigenlijk niet overbodig is. Zo de minister hierop ontkennend antwoordt, rest de vraag welke «overlap» er is tussen beide wetten. Of moet het voorliggende wetsvoorstel worden gezien als een «lex specialis».

De Wet ambulancezorg is een lex specialis ten opzichte van de WTZi en wel in twee opzichten. In de eerste plaats in verband met de publieke borging van dit deel van de acute-zorgketen en ten tweede in verband met de positie van de GHOR en burgemeester in dezen.

In het kader van de WTZi wordt daarom de RAV als een toegelaten instelling aangemerkt (net zoals nu de vergunninghouders voor ambulancevervoer).

De leden van de VVD-fractie stellen dat de Raad van GHOR-burgemeesters en de Raad van Regionaal Functionarissen (RGF) van mening zijn dat zij «onvoldoende grip» hebben op de ambulancediensten bij calamiteiten indien het niet komt tot een geïntegreerde meldkamer. Wat is precies de positie van de RGF binnen de GHOR en heeft deze voldoende machtsmiddelen en positie binnen de GHOR om de samenwerking niet alleen met

ambulancediensten, maar vooral ook met andere hulpverleners zoals ziekenhuizen/traumacentra en huisartsen af te dwingen in geval van een calamiteit?

De leden van de VVD-fractie vragen dit met name omdat in de WTZi beleidsnotitie de regie om tot ketenafspraken te komen ook bij de traumacentra ligt.

De regionaal geneeskundig functionaris (RGF) vormt de verbinding tussen het openbaar bestuur en de gezondheidszorg. Het is zijn taak afspraken te maken met partijen in de gezondheidszorg (o.a. huisartsen, ziekenhuizen, ambulancediensten (inclusief de meldkamer), maar ook de openbare gezondheidszorg).

Het gaat dan om de capaciteit, inzet en paraatheid in geval van crises en rampen. Deze taak ligt in het verlengde van de taken zoals die voor de acute zorg in de nota Beleidsvisie Traumazorg (TK 2005–2006, 29 247, nr. 37) bij de ziekenhuizen met de erkenning als traumacentra zijn belegd. RGF en de ziekenhuizen moeten nadere afspraken maken voor de opgeschaalde acute zorg. De gezondheidsinstellingen dienen deze afspraken te maken en zich voor te bereiden op zware ongevallen, rampen en crisissituaties op basis van de WTZi en de Wet GHOR.

De RGF functioneert onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur. Hij adviseert de burgemeester hoe te handelen met betrekking tot de inzet van de witte kolom. De door hem gegeven adviezen zijn onder andere gebaseerd op een zorginhoudelijke afweging. De RGF activeert onder verantwoordelijkheid van het bestuur de afspraken die in het voortraject zijn gemaakt met de instellingen en zorgaanbieders.

De instellingen en aanbieders van zorg zijn gehouden de afspraken uit te voeren gelet op voornoemd wettelijk kader. In opdracht van de burgemeester treedt hij op als «commandant» medische kolom. Hij zorgt voor aansluiting bij de rode (brandweer), blauwe (politie) en oranje (gemeentelijke diensten) kolom.

De RGF is tijdens crises en rampen operationeel leider van de witte kolom. De RGF dient besluiten van de burgemeester, na een politiek bestuurlijke weging van alle adviezen, onverkort uit te voeren. Dit kan aanleiding zijn anders te moeten handelen dan op grond van een louter medisch inhoudelijke afweging gewenst is. Dit kan (nadelige) gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. Op de gevolgen van het besluit is dan de burgemeester aanspreekbaar, die in politiek bestuurlijke zin verantwoording over zijn handelen of nalaten moet afleggen aan de gemeenteraad. Op deze wijze is samenwerking tussen het openbaar bestuur en de gezondheidsinstellingen en zorgverleners op afdoende wijze geregeld en medewerking van de instellingen en zorgaanbieders verzekerd.

Van belang is ten slotte dat de gezondheidszorg ernaar moet streven haar rol en inzet bij crises en rampen als een natuurlijk onderdeel van haar dagelijks functioneren te beschouwen.

Daaraan moet samen met het GHOR-bestuur invulling worden gegeven.

De leden van de VVD-fractie stellen voorts de vraag hoe het zit met meldingen met betrekking tot een medisch spoedgeval, die op de meldkamer binnen komen. Deze vallen nu onder de medische geheimhoudingsplicht en eventueel onder het tuchtrecht. Indien bij een gecoliceerde meldkamer deze (medische)vragen om spoedhulp door een niet verpleegkundige, bijvoorbeeld een politiemans of brandweerman wordt behandeld en er wordt een fout gemaakt bij deze intake, wat is dan de juridische positie van de intaker? Immers de verpleegkundige valt onder de werkingssfeer van het tuchtrecht en de anderen niet, zo stellen deze leden.

Op de meldkamer van de RAV is de Kwaliteitswet zorginstellingen van toepassing, dat wil zeggen dat de meldkamer kwalitatief verantwoorde zorg moet leveren. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet toe op

de naleving hiervan. Op het professionele niveau geldt de Wet BIG. Daarnaast gelden er privacyregels. De koepel van ambulancezorg AZN heeft aan de eis van «verantwoorde zorg» vertaling gegeven door het vervaardigen van het document «Verantwoorde Zorg». Een van de daarin geformuleerde regels is het uitgangspunt dat er op de meldkamer 7 x 24 uur een verpleegkundige centralist aanwezig moet zijn die de intake dient te verzorgen. Het zal dus altijd ten minste een verpleegkundige moeten zijn die de opdracht tot handelen geeft. In ieder geval onderstreept dit het belang dat in protocollen wordt vastgelegd hoe de verantwoordelijkheden in casu liggen.

De leden van de VVD-fractie merken tenslotte op dat de samenwerking tussen «rood-, wit en blauw», maar ook binnen de totale witte kolom zeer belangrijk is. Daartoe is regelmatig oefenen van essentieel belang. Echter het blijkt steeds weer, zo stellen zij, dat de animo voor gemeenschappelijk oefenen niet groot is. Voor ambulances bestaat er geen structurele financiële tegemoetkoming voor de kosten die verband houden met oefenen. Ook bij de andere ketenpartners bestaat hetzelfde probleem. Ware het niet beter een aparte financiële vergoeding voor het oefenen te creëren, bijvoorbeeld door binnen het macro budget een herschikking toe te passen?

Ook de leden van de PvdA-fractie stelden een vraag over de financiering en inzet van ambulancezorg en de betrokkenheid van de RAV'en bij rampenoefeningen. Graag verwijs ik de leden van de VVD-fractie in dit verband naar mijn antwoord daarop.

4. SP, SGP en CU

De leden van de fracties van de SP, SGP, en CU vragen de minister of hij kan toelichten wat de voordelen zijn van deze wet ten opzichte van de oude Ambulancewet. Er zijn stemmen, onder andere van het IPO, die beweren dat er weinig onderzoek is dat aantoont dat deze omwenteling echt nodig is. Bovendien, dat deze wetswijziging meer bureaucratie met zich meebrengt. Is daar onderzoek naar gedaan?

In antwoord op vragen vanuit de CDA-fractie met soortgelijke strekking – waarnaar ik kortheidshalve verwijs – heb ik duidelijk aangegeven wat ik precies beoog met deze wet en waartoe deze exercitie moet leiden: verantwoordelijkheden beter regelen, duidelijkheid geven over de plaats van ambulancezorg in de (acute)zorgketen, duidelijkheid geven over de positie van de meldkamer in de (acute) zorgketen en duidelijkheid geven over de positie van de burgemeester in relatie tot de meldkamer. Uiteindelijk zal dit leiden tot een meer doelmatige organisatie van de ambulancezorg.

Ik heb niet de indruk dat deze wetswijziging meer bureaucratie met zich meebrengt, in ieder geval is dit niet de conclusie van de ACTAL-toets die het ontwerp heeft kunnen doorstaan.

De leden van de SP, SGP en CU-fracties vragen zich voorts af of de minister zijn visie op de acute zorg als keten nog eens wil toelichten. Heeft de minister de indruk dat de vergaderplicht die hij de regionale partijen heeft opgelegd ook functioneert, zo vragen zij zich af? Kan de minister melden of er al concrete resultaten zijn? Heeft hij de indruk dat er genoeg SEH posten beschikbaar blijven in kleine ziekenhuizen, aldus deze leden.

Mijn visie op de acute zorg is neergelegd in de beleidsvisie acute zorg van oktober 2003 en recentelijk in de beleidsvisie traumazorg van februari 2006. Ik heb daarin duidelijk gesteld dat de acute zorg in Nederland een steeds soepeler netwerk van ketenzorg moet worden, dat dit niet vrijblij-

vend kan zijn en dat meer inzicht in de prestaties van de acute zorg tot stand moet komen. Het regionaal overleg acute zorgketen is een van de middelen om dit tot stand te brengen. Ik ben momenteel in overleg met de landelijke vereniging van traumacentra (LvTC) over de wijze waarop in regio's dit overleg gevoerd zal worden en de daar te bespreken onderwerpen. De zorginhoudelijke prestaties staan daarbij voorop: het zijn de zorgprofessionals die immers met elkaar de ketenzorg ook werkelijk moeten kunnen bieden. Ik heb het voornemen om dit najaar, in afstemming met de LvTC, de ziekenhuizen met erkenning als traumacentrum en de RGF'n een 10-tal regio-besprekingen te voeren om dit acute zorg ketenoverleg goed op de regionale agenda's te krijgen. Ik ga er van uit dat in 2007 deze overleggen daadwerkelijk en in volle omvang zullen functioneren.

De leden van de SP, SGP en CU-fractie willen weten hoe de inspraak van de burger is geregeld? Deze leden hebben de indruk dat dit alleen maar indirect en niet rechtstreeks kan. Klopt dat, zo vragen zij zich af?

Zoals eerder aangegeven in antwoord op leden van de CDA-fractie kent de WAZ naar analogie van de WTZi geen inspraak. Ook in de Zorgverzekeringswet komt deze mogelijkheid niet voor: dit past niet in het nieuwe zorgstelsel. Desalniettemin zijn de lokale belangen, zoals ik al eerder aangaf bij de beantwoording van de leden van de CDA-fractie, in dit vergunningensysteem voldoende geborgd.

De leden van de SP, SGP en CU-fractie vragen zich af op welke manier gewaarborgd is dat er ook in de grensstreken ambulances op tijd ter plaatse zijn? Is er overleg met België en Duitsland, zo vragen deze leden zich voorts af.

In operationele zin zijn er al afspraken gemaakt met België en Duitsland. Op dit moment wordt op het departement gewerkt aan een overeenkomst tussen België en Nederland op het gebied van grensoverschrijdend ambulancezorg. Naar analogie daarvan zullen ook onderhandelingen met Duitsland worden opgestart. Dit ter formalisering van het een en ander.

Het wetsvoorstel kent geen onderscheid tussen planbaar, besteld vervoer en acute hulpverlening. Waarom niet en zou dat in de toekomst wel moeten, aldus de leden van de SP, SGP en CU-fracties?

Het is niet voor het eerst dat de discussie over een eventuele scheiding wordt gevoerd. Bij brief van 10 februari 2004, waarvan ik een afschrift bijvoeg, heb ik de Tweede Kamer mijn antwoord gestuurd naar aanleiding van de motie Tonkens en Arib in het AO van 6 november 2003 (kamerstuk 27 295/29 247, nr. 62). In die motie werd het kabinet verzocht te onderzoeken in hoeverre het mogelijk en wenselijk is de ambulancezorg op langere termijn te splitsen in spoedvervoer en ziekenvervoer en de Kamer daarover te informeren.

Kort gezegd was (en is nog steeds) mijn conclusie dat de vraag naar de mogelijkheid van een splitsing met ja kan worden beantwoord, maar dat de vraag naar de wenselijkheid daarvan veel complexer is omdat daar nogal wat haken en ogen aan zitten. Dit houdt verband met o.a. de definiëring van A- en B-ritten, maar ook met het kostenaspect: het scheiden van deze twee soorten ritten maakt ambulancezorg er niet goedkoper op. De mixture van A (spoed)- en B (besteld)-vervoer houdt de kostenkant in evenwicht (de een werkt als buffer ten opzichte van de andere).

De leden van de SP, SGP en CU-fracties wijzen erop dat RAV'en via benchmarking hun resultaten moeten openbaren, maar informatie over prestaties zijn voor de ondernemer van strategisch belang. Hoe gaat de

minister voorkomen dat het hele maatstafgebeuren alleen op window dressing neerkomt? Er zullen overigens altijd gebieden blijven, de witte vlekken uit het verleden, waar 100% adequate aanrijdtijd niet wordt gehaald. Is de minister dat eens met de fracties van de SP, SGP en CU? Wie is daar financieel voor aansprakelijk: de minister, de zorgverzekeraar of de RAV, zo vragen deze leden zich af?

Het instrument van maatstafconcurrentie kan alleen daarom al geen «window dressing» worden, omdat daar – zij het in opwaartse graduele varianten – bestuurlijke sancties aan verbonden zijn, met als ultimatum remedium het intrekken van de vergunning als niet aan de eisen wordt voldaan. De «witte vlekkenproblematiek» zal zich in de toekomst minder voordoen vanwege het landelijk opgestelde en door mij vastgestelde Spreidings- en Beschikbaarheidskader en de ketenafstemming in het kader van het verplichte WTZi acute zorg overleg. In dat gremium zullen deze zaken ook aan de orde komen.

Door af te zien van vierjaarlijkse aanbesteding is kapitaalvernietiging bij personeel en materiaal voorkomen maar hoe is dat geregeld bij de overgang naar het nieuwe regime? De leden van de SP, SGP en CU-fractie willen weten of de minister bereid is onderzoek te doen naar de financiële gevolgen voor ambulancediensten die bij de gunning buiten de boot vallen? Is hij bereid tot flankerende maatregelen, zo vragen deze leden zich af.

De afgelopen jaren is op diverse manieren door de overheid de vorming van RAV'en gestimuleerd. Ambulancediensten hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt door een beroep te doen op structurele, incidentele en zelfs extra middelen. Er is een uitgebreide saneringsregeling ingesteld, waarin inmiddels meer dan € 50 miljoen is omgegaan. Ambulancediensten die daar geen gebruik van hebben gemaakt, zijn kennelijk uitgegaan van een positieve afloop van de vergunningenprocedure. In ieder geval stond het iedere ambulancedienst vrij om al dan niet een beroep te doen op de betreffende saneringsregeling.

De leden van de SP, SGP en CU-fracties willen weten in welke situaties opschaling plaatsvindt. Wie bepaalt dat en zijn er normen voor, aldus deze leden?

Het openbaar bestuur (de burgemeester) bepaalt wanneer er sprake is van een ramp of crisis en noodzaak tot opschaling. Hij wordt hierbij geadviseerd door de daartoe aangewezen functionarissen van politie, brandweer en GHOR. De stappen hiertoe worden gezet op basis van de zogenaamde Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijding Procedure (GRIP), dat een geobjectiverde en transparante beslissing bevordert.

De leden van de SP, SGP en CU-fracties willen tenslotte weten of de minister kennis heeft genomen van het standpunt over de acute zorg van het NPCF? Gaat hij zijn best doen om de uitgangspunten en kwaliteitscriteria die de NPCF vanuit patiëntenperspectief heeft geformuleerd met een positief advies aan de regio voor te leggen, zo vragen deze leden zich af?

Ik heb de Tweede Kamer onlangs (Beleidsvisie Traumazorg, TK 2005–2006, 29 247, nr. 37) mijn antwoord op deze vraag doen toekomen. De door de

NPCF gestelde eisen van acute zorg, met uitzondering van de norm van acht minuten voor de ambulancezorg, vormen vrijwel allemaal onderdeel van mijn beleid. Deze eisen kunnen een goede basis vormen voor de zaken die in de regio's tot stand moeten worden gebracht.

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