

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk CZ/CB-U-2725347	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Onderwerp Risiko's uitstel behandeling Wet ambulancezorg (WAZ)		Bijlage(n)	Uw brief 18 oktober 2006

In de procedurevergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 oktober jongstleden zijn naar aanleiding van mijn, mede namens de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksaangelegenheden (BZK) geschreven brief van 9 oktober 2006 (kenmerk CZ/EZ-2720217) aanvullende vragen gesteld, namelijk het benoemen van de risico's die uitstel van behandeling veroorzaken en de wens meer inzicht te verkrijgen in de indeling van de veiligheidsregio's. Onderstaand ga ik mede namens de minister van BZK op deze vragen in.

1. Risiko's

- Wettelijk kader voor de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) en Landelijke Meldkamer Ambulance Zorg (LMAZ) stagneert

Met de WAZ en de daarin opgenomen vorming van Regionale Ambulance Voorzieningen heb ik er voor gekozen om de planning, uitvoering en financiering van ambulancezorg onder één verantwoordelijkheid te brengen.

De RAV is dé contractspartij die onderhandelt met zorgverzekeraars, die overlegt en niet-vrijblijvende afspraken maakt in het regionaal acute zorg ketenoverleg en die de handelende partij is die in situaties van opschaling kan worden aangesproken. De RAV-vorming is mede door ondersteunende maatregelen van mijn ministerie goed op gang gekomen, maar is tot op heden een juridische entiteit (rechtspersoonlijkheid) die handelt zonder wettelijke verankering: de huidige Wet ambulancevervoer (WAV) kent deze rechtsfiguur niet, terwijl in de praktijk van de (acute) zorgwereld de RAV het vertrekpunt en aanspreekpunt is voor ambulancezorg, echter zonder enige rechtsmacht.

In dit licht is het van belang te memoreren dat de RAV-vorming een lange historie kent. De beleidsnota "Met zorg verbonden" (1997) van VWS en BZK noemt schaalvergroting binnen de ambulancezorg als expliciete doelstelling. Daarbij werd geconcludeerd dat de onderzochte Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's) en ambulancediensten te klein waren om kwalitatief verantwoorde en – in het licht van de sterk gestegen kosten - doelmatige zorg te leveren. De nota concludeerde dat als gevolg daarvan de vorming van circa 25 RAV'n die in

de regio de zorg voor hun rekening nemen, het juiste middel is om kwalitatief verantwoorde en doelmatige ambulancezorg te realiseren. De noodzaak van RAV-vorming is nog eens onderstreept in het onderzoeksrapport "Niet zonder Zorg"(2001)¹. Dit proces heeft de afgelopen jaren stevig doorgezet, maar is nog niet geheel voltooid. Het sluitstuk van dit proces is de juridische legitimatie. Een wettelijke basis anno 2006 is - gezien de hierna beschreven implicaties - meer dan urgent.

Ook voor de inzet in situaties van opgeschaalde zorg, bij crises en rampen, vormt de RAV het vertrekpunt. De ervaring van de afgelopen jaren heeft ons geleerd dat de nodige problemen ontstonden over inzet van voldoende capaciteit, het overzicht ontbrak, de regionale meldkamer overbelast raakte, etcetera. Uitgangspunt voor inzet bij opgeschaalde zorg is een goed georganiseerde basis acute-zorg, waarin de RAV "recht van spreken" heeft. De WAZ biedt hier een goede basis voor. Nieuwe ontwikkelingen, zoals de landelijke meldkamer ambulancezorg, zullen hier verder aan bijdragen. De LMAZ (ook deze rechtsfiguur is nog niet voorzien van een juridische grondslag) kan zich, letterlijk met een druk op de knop, direct richten op ondersteuning en ontlasting van de regionale meldkamer en kan taken op de achtergrond, zoals zorgtoewijzing aan gespecialiseerde medische centra, uitvoeren. Hiermee wordt beoogd de vertraging, die zich bij voorgaande rampen wel heeft voorgedaan bij het inzetten van capaciteit, en de problemen, die ontstonden om patiënten snel naar het juiste ziekenhuis te brengen, te voorkomen. In het concept programma van eisen als onderdeel van de vergunningenprocedure, wil ik deelname van de RAV'n aan de LMAZ verplicht stellen. Met de huidige WAV heb ik die mogelijkheid niet. Met de WAZ kan ik een dergelijke verplichting wel introduceren. Maar eerst dient -zoals gezegd- ook de LMAZ voorzien te zijn van een wettelijke grondslag. (Overigens wordt in het concept wetsvoorstel Wet op de Veiligheidsregio's (Wvr) de RAV reeds geduid als het juridisch gelegitimeerd vertrekpunt voor (opgeschaalde) ambulancezorg als eerder omschreven). Langer uitstel in verband met het uitblijven van een wettelijk kader voor de RAV en LMAZ biedt onaanvaardbare onzekerheden en gevolgen. Onderstaand ga ik hierop in.

- Gevolgen voor het hulpverleningsproces en de patiënt

De leidende gedachte achter de RAV-vorming is dat door een effectieve integratie van meldkamer en operationele ritten, c.q. eenduidige aansturing van het meldkamerproces en het hulpverleningsproces op straat, tegelijk zowel een grotere doelmatigheid tot stand gebracht kan worden alsook een verbetering tot stand kan komen op de gewenste aanrijtijden. Hierbij speelt mede een rol dat de WAZ vervoersdifferentiatie onder regie van de meldkamer mogelijk maakt. Er wordt al volop geëxperimenteerd met inzet van motorambulances, first responders, rijdende paraatheid en actueel overzicht van inzetbaarheid op basis van geïntegreerde ICT-toepassingen (Geografisch Informatie Systeem, Auto Volg Locatie Systeem). Voor opschaling gewenste instrumenten als ambulancebijstandsplan, gewondenspreidingsplan en slachtoffervolgsysteem vallen hier snel en naadloos op aan te sluiten. Enkele regionale initiatieven in de ambulancesector laten zien dat deze verbeteringen ook werkelijk gelijktijdig tot stand gebracht kunnen worden. Regio's waar deze ontwikkelingen niet met verve ter hand zijn genomen, blijven achter in financiële en kwalitatieve prestaties. In het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over acute zorg uit 2003 wordt een rechtstreeks verband gelegd tussen verbetering

¹ Bron: "Niet zonder zorg", 2001, onderzoek RIVM/CTG/IGZ en Brancherapport Cure 1998-2001, ministerie van VWS.

van de aanrijtijden en de extra te redden mensenlevens. Maar beter presteren betekent ook een sneller herstel en terugkeer in de maatschappij met minder onnodig leed. Een financieel gezonde en goed presterende sector, die de belofte van snel inzetbare ambulances en adequate hulpverlening ook aantoonbaar waar kan maken, is essentieel voor het vertrouwen dat de burger heeft in deze vorm van gezondheidszorg en het gevoel van veiligheid dat hiermee gepaard gaat. Elke keer dat het een ambulance niet lukt op tijd bij de hulpvrager te zijn, is een keer te veel. Ik ben er van overtuigd dat met de duidelijkheid in verantwoordelijkheden en mogelijkheden, die de nieuwe WAZ biedt, de sector in staat zal zijn haar prestaties ook werkelijk te verbeteren, wat winst betekent uit patiëntenperspectief.

Zowel op het aspect doelmatigheid als op dat van de kwalitatieve prestaties is veel verbetering mogelijk. In die zin acht ik de risico's en de voortdurende onzekerheid en onduidelijkheid, die het niet behandelen van de WAZ - vanuit het oogpunt van de rechtszekerheid van de patiënt- met zich meebrengt, onwenselijk.

- Bestuurlijke gevolgen

Indien uw kamer besluit om de behandeling van de WAZ aan te houden, voorzie ik problemen voor bestuurders. Immers, zij baseren hun handelen al op de uitgangspunten van de WAZ, maar daar ontbreekt dan de juridische grondslag voor. Zij zullen moeten terugvallen op de huidige WAV, die de gewenste doelmatigheids- en prestatieverbeteringen weer tegenhoudt. In meerdere provincies is het ambulancespreidingsplan niet meer geactualiseerd en worden geen vergunningsaanshangsels voor nieuwe standplaatsen en ambulances verstrekt. De afspraken die gemaakt zijn met zorgverzekeraars ontberen derhalve een juridische basis.

- Stagnatie in (ontwikkelingen t.a.v.) de ketensamenwerking

Ook voorzie ik stagnatie in de ontwikkeling van de regionale ketensamenwerking. De Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) biedt hiervoor de wettelijke basis en de RAV is de partij waarmee niet vrijblijvende afspraken gemaakt worden. De WAZ positioneert de ambulancezorg terecht in de keten van spoedeisende zorg. Ambulancezorg is voor 99% gewone zorg. In alle gevallen, regulier of in bijzondere omstandigheden en rampen, wordt zorg verleend. In die gevallen dat het openbaar bestuur het nodig acht, staat de ambulancezorg ten dienste van het openbaar bestuur. Daar bestaat in de sector zelf en in de WAZ geen misverstand over.

Deze positionering van ambulancezorg betekent dat urgentiebepaling en zorgtoewijzing (triage) plaats vindt als essentieel onderdeel van en onder verantwoordelijkheid van één zorgorganisatie.

Ten aanzien van de "triage" wil ik expliciet wijzen op de ontwikkelingen rondom het Nederlands Triage Systeem (NTS). Om te komen tot meer eenduidigheid wat betreft triage wordt in samenspraak met de landelijke koepels van huisartsen, ambulancezorg en ziekenhuizen het (NTS) ontwikkeld. Dit systeem gaat uit van regionale netwerken waarbinnen ketenpartners in de acute zorg informatie delen en uitwisselen. Dat veronderstelt de aanwezigheid van een Meldkamer Ambulancezorg die volledig ressorteert *onder de verantwoordelijkheid van een zorgorganisatie, werkzaam vanuit dezelfde wet- en regelgeving alsmede toezicht welke van toepassing is op ziekenhuizen en huisartsen(posten)*. De WAZ - in het verlengde van de WTZi - voorziet daarin. Aanhouden van behandeling van de WAZ leidt tot onzekerheid bij de acute zorgketenpartners ten

aanzien van deze basale uitgangspunten en leidt daardoor tot uitblijven van verdergaande samenwerking tussen de betreffende ketenpartners in de regio's.

- Onzekerheid voor zorgverzekeraars en GHOR-besturen

Voor zorgverzekeraars en GHOR-besturen² ontstaat onzekerheid, omdat het de politieke wens is, ingegeven uit doelmatigheidsoverwegingen en het patiëntenperspectief, dat zorgverzekeraars steeds meer acute zorg ketenbreed en regio georiënteerd gaan inkopen (dus gezamenlijke en samenhangende inkoop van ambulancezorg, spoedeisende eerste hulp in ziekenhuizen (SEH) en huisartsenzorg in de avond-, nacht en weekend uren). Dit vertrekpunt is herhaaldelijk bevestigd (Beleidsvisie acute zorg, oktober 2003, Beleidsvisie traumazorg, en in de WTZi) en daar wordt in de WAZ op voortgeborduurd. Zorgverzekeraars hebben met de RAV (als partner in het ex.WTZi verplichte acute zorg ketenoverleg) een contractpartner waarmee de ambulancezorg in ketensamenhang en dus doelmatig kan worden ingekocht. Daar waar de zorginstelling RAV al is gevormd laat zich een verbetering van de kwaliteit van zorg en een verbetering van de aanrijtijden zien.

Waar de RAV-vorming stagneert, ontbreekt het zorgverzekeraars aan rechtsmiddelen om de schakel ambulancezorg effectief in te passen in de regionale keten van acute zorg. Dit moge ook blijken uit het feit dat het beschikbaar gestelde extra budget op dit moment nog niet in volle omvang kan worden weggezet.

- Onzekerheid voor ambulance organisaties

Krachtens de huidige WAV is productdifferentiatie binnen de ambulancesector niet mogelijk, behoudens 1 regio waar via specifieke regelgeving inzet van "hulpambulances" is geregeld. Het rijden met hulpambulances is de uitkomst van een succesvolle pilot die al in 1995 gestart is. Op basis van de huidige wet is dus – in tegenstelling tot de WAZ - productdifferentiatie en dus innovatie binnen de ambulancezorg niet mogelijk: ambulancezorg mag alleen met de meest opgetuigde wagen met het hoogst opgeleide personeel worden uitgevoerd. Gedwongen door het streven naar hogere kwaliteit en doelmatigheid is de huidige werkelijkheid dat er in diverse regio's wordt gewerkt met een gedifferentieerd aanbod van diensten (soloambulances, rapid responders, hulpambulances etcetera). Ook maken regio's afspraken over de inzet van huisartsen van de huisartsenposten in plaats van ambulances en vice versa via de meldkamer. Productdifferentiatie binnen ambulancezorg en samenwerkingsafspraken binnen de keten (ambulance/huisartsenpost) wordt in mijn beleid, maar ook kamerbreed ondersteund en gestimuleerd (vergelijk de WTZi: dwingende afspraken binnen de keten: verplichte regionale acute zorgnetwerken). De doelmatigheid is hiermee gediend maar wat vooral telt: de patiënt krijgt op tijd de juiste hulp. Langer wachten op de behandeling van de WAZ betekent dat nog langer een wettelijke grondslag uitblijft voor deze vormen van innovatie binnen de ambulancesector en acute zorg ketenbreed. Ambulancezorg organisaties die thans wel gedifferentieerd zorgaanbod bieden doen dit zonder een wettelijke grondslag met alle aansprakelijkheidsrisico's van dien. Concreet betekent het dat regio's of in overtreding zijn, of er is sprake van schijnzekerheid omdat een provincie vergunningsaanshangsels heeft afgegeven voor bijvoorbeeld soloambulances, terwijl dit niet kan, of dat regio's zich onthouden van deze innovatieve vormen van effectieve en doelmatige ambulancezorg in afwachting van de inwerkingtreding van de WAZ.

² Bedoeld is het bestuur van het openbaar lichaam dat op voet van artikel 4, eerste lid, van de Wet op de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen voor de desbetreffende regio is ingesteld.

Ik beperk me met dit antwoord tot bovengenoemde essentiële en sterk samenhangende aspecten. In voorgaande brieven aan uw kamer en aan de 2^e kamer, en bij de behandeling van het wetsvoorstel in de 2^e kamer, zijn vele andere overwegingen, waaronder de financiële onzekerheden en implicaties, ook genoemd. Kortheidshalve verwijs ik daarnaar.

2. Veiligheidsregio's

Uw tweede vraag betrof de wens van de commissie inzicht te krijgen in de indeling van de veiligheidsregio's. Mijn collega van het ministerie van BZK heeft in zijn brief met bijlagen van 12 oktober jongstleden de stand van zaken met betrekking tot de veiligheidsregio's verwoord (TK, 2006-2007, 29 517 en 29 668, nr. 20). Daaruit blijkt dat een onomkeerbaar proces in gang is gezet dat ook al in vergevorderde stadium is. De WVR is, net als bij de RAV-vorming, meer codificatie van iets wat er aankomt dan iets wat nog niet bestaat. In genoemde brief wordt uitgebreid ingegaan op de verbeteringen tussen 2004 en 2006. Kortheidshalve verwijs ik naar genoemde brief en bijlagen.

- GHOR-regio's en RAV-regio's

Op dit moment zijn er 24 GHOR-regio's. Het streven is om de GHOR-regio's uiteindelijk te laten aansluiten bij de politieregio's ook wel de veiligheidsregio's genoemd. Het RIVM houdt in zijn zorgatlas nauwkeurig de meest recente stand van zaken bij. De huidige overzichten van de GHOR-regio-indeling en de RAV-regio-indeling gaan hierbij.

Conclusie

Ik vertrouw erop dat mijn antwoord bijdraagt aan uw beslissing om tot spoedige behandeling van het onderhavige wetsvoorstel over te gaan. De sector, de verzekeraars en mijn ministerie zullen er alles aan doen om de nieuwe mogelijkheden die de WAZ biedt, in volle omvang te gaan benutten, ter verbetering van de dagelijkse prestaties en zeker ook ter verbetering van de inzetbaarheid in opgeschaalde zorgsituaties.

In vele regio's gebeurt dit al op een succesvolle manier.

Maar dan moet ook de wettelijke legitimatie voor hun handelen (in relatie tot de rechtsfiguur RAV en LMAZ) geregeld zijn en daar schort het nu aan, met alle – thans reeds aanwezige - onacceptabele risico's en gevolgen van dien, als hierboven aangegeven.

Tenslotte memoreer ik dat dé directe aanleiding voor wijziging van de huidige wet vooral is ingegeven vanuit doelmatigheids- en kwaliteitsoverwegingen, in het belang van de patiënt! Door de behandeling van de WAZ nog langer uit te stellen, wordt met de thans vigerende WAV een situatie bestendigd die tot onaanvaardbare risico's leidt, waar de patiënt (uiteindelijk) de dupe van is.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad
6

Kenmerk
CZ/CB-U-2725347

VVFJ

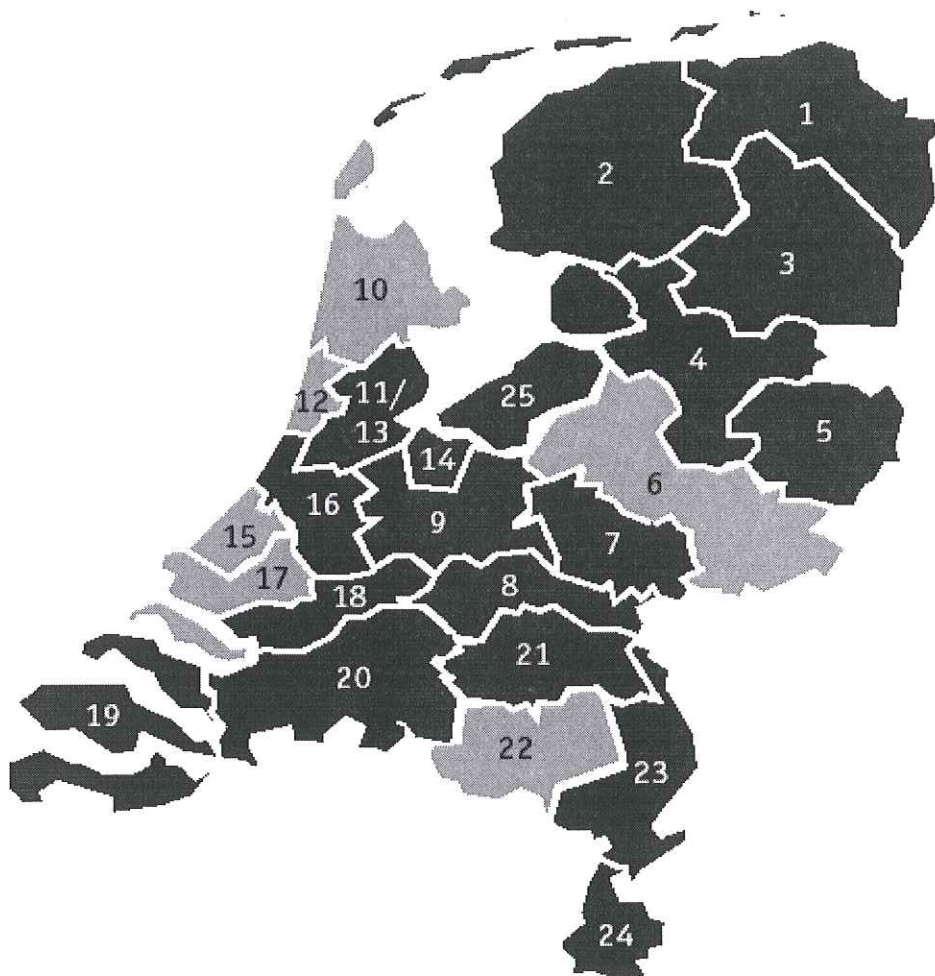
GHOR-regio's 2006



Bron: BKZ

rivm
www.zorgatlas.nl

VWS



In 19 van de 25 regio's is RAV-vorming tot stand gekomen. In 6 regio's nog niet. Dit zijn: Noord Holland Noord, Noord Oost Gelderland, Kennemerland, Haaglanden, Rotterdam Rijnmond en Zuid Oost Brabant).

Wet ambulancezorg (Waz)

Kamerstuk, 9 oktober 2006

De Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

CZ/EZ 2720217

9 oktober 2006

In de procedurevergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 26 september jongstleden, vraagt u mij om met argumenten te onderbouwen dat aan uitstel van de behandeling van de Wet ambulancezorg (Waz) onoverkomelijke bezwaren zijn verbonden.

U geeft aan dat er tussen de Waz en de op stapel staande Wet op de veiligheidsregio's geen licht mag zitten. Het kabinet is die mening eveneens toegedaan. Bij het ontwerp van deze wetten is daar vanzelfsprekend op gelet.

Om meerdere redenen is spoedige behandeling van de Waz in uw Kamer zeer wenselijk. Onderstaand ga ik op een aantal aspecten dat met deze wetten te maken heeft nader in. Ik hoop dat u mijn conclusie kunt delen dat helderheid over de wettelijke kaders en verantwoordelijkheden geboden is en ik verzoek u dan ook de Wet ambulancezorg spoedig in behandeling te nemen. U heeft van veldpartijen daarover in een eerder stadium ook een brief met gelijkkluidend verzoek ontvangen .

Ambulancezorg is ketenzorg

Met verschillende rapporten is de afgelopen jaren aangegeven dat er nog veel kan verbeteren in de acute zorg. Mijn hele beleid op het terrein van de acute zorg is erop gericht dusdanige condities te scheppen dat patiënten met een acute zorgbehoefte snel op de juiste plek de juiste zorg kunnen ontvangen. Acute zorg is ketenzorg en verbetering is vooral tot stand te brengen door een goede regionale organisatie en goede regionale afspraken. In de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) en de hierop gebaseerde beleidsregels acute zorg is dit expliciet geregeld.

Met de Waz is voor de ambulancesector specifieke wetgeving beschikbaar, die geheel in lijn is met de Wtzi. De Waz regelt de totstandkoming van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV). De RAV is partner in het ex.Wtzi verplichte acute zorg ketenoverleg. De Waz en hiermee de voltooiing van de RAV-vorming in Nederland is een belangrijke randvoorwaarde voor het gewenste stelsel van acute (keten)zorg. Met de RAV worden afspraken gemaakt over ondermeer samenwerking met huisartsenposten, SEH en productdifferentiatie, delen van informatie, capaciteitsplanning, etc. De RAV is in staat deze afspraken ook efficiënter ten uitvoer te brengen. De sector is druk doende dit proces van RAV-vorming uit te voeren, waarmee tegelijk gebiedscongruentie met de veiligheidsregio's wordt bereikt.

Zorgverzekeraars hebben met de RAV een contractpartner waarmee de ambulancezorg in ketensamenhang en doelmatig kan worden ingekocht. Op dit moment blijkt het extra beschikbaar gestelde budget nog niet in volle omvang weggezet te kunnen worden. De mogelijkheden om tot de gewenste verbetering in aanrijtijden te komen, zijn hiermee dan ook nog niet ten volle benut.

Groeiende rechtsonzekerheid

De sector heeft, anticiperend op de nieuwe wetgeving, vele activiteiten in gang gezet om huidige knelpunten aan te pakken en de kwaliteit van de ambulancezorg als onderdeel van de acute zorgketen te verbeteren.

Diverse ambulancezorgorganisaties geven uitvoering aan productdifferentiatie. Ze werken met een gedifferentieerd aanbod van diensten (solo-ambulances, rapid-responders, hulpambulances, enz.). In al deze gevallen gebeurt dit op basis van afspraken met zorgverzekeraars. De rechtsgrond daarvoor kan niet kan worden ontleend aan de nog geldende Wet ambulancevervoer. In de huidige wet geldt een vergunning per auto. De huidige wetgeving staat elke vorm van productdifferentiatie en dus innovatie in de weg. Ambulancezorg mag formeel alleen met de meest opgetuigde wagen met het hoogst opgeleide personeel worden uitgevoerd.

Financiële consequenties

Aanhouden van behandeling van de Waz zal ook onnodig grotere financiële consequenties hebben. Het huidige bekostigingsmodel gaat uit van budgettering op basis van productie. De in de afgelopen jaren beschikbaar gestelde gelden voor verbetering van spreiding en beschikbaarheid gaan uit van bekostiging op basis van paraatheid. Regio's die in de afgelopen jaren geen extra gelden hebben ontvangen op titel van spreiding en beschikbaarheid en te maken hebben met een achterblijvende productie, ontvangen het jaar daarop een lager budget. De Waz biedt RAV'n en verzekeraars betere mogelijkheden om de mogelijk negatieve gevolgen hiervan te keren door ondermeer afspraken te maken over een doelmatige inrichting van de ambulancezorg.

RAV-vorming

De Waz is de bekrachtiging van een ontwikkeling die ertoe geleid heeft dat ambulancevervoer en meldkamers ambulancezorg op regionale schaal samenwerken. In veel regio's van Nederland kennen we inmiddels RAV'en. In 19 van de 25 regio's is dat het geval. Ik heb dit proces tot eind 2005 ook ondersteund met een saneringsregeling. In de 6 regio's waar dat nog niet het geval is meer druk nodig dan alleen de regionale autonome ontwikkelingen. Uitstel van behandeling leidt ertoe dat de RAV-vorming in deze regio's niet vooruit komt. De ambulancezorg in deze gebieden blijft daardoor verstoken van kwaliteitsimpulsen die voortkomen uit RAV-samenwerking. Het niet aanwezig zijn van RAV'en in deze 6 regio's legt daarnaast een belemmering op het totstandkomen van de verplichte regionale acute zorg overleggen zoals bepaald in de Wtzi. Bovendien leidt het niet aanwezig zijn van RAV'en in deze 6 regio's ertoe dat het openbaar bestuur/de GHOR in deze regio's niet kan beschikken over op de veiligheidsregio afgestemde RAV'en, die hun werkzaamheden hebben afgestemd met de andere hulpverleningsdiensten en acute zorgketen partners.

Meldkamer

In zowel bestuurlijke als operationele zin wordt de samenwerking op de meldkamers bevorderd. De operationele organisaties in het veld van openbare orde en veiligheid hebben overeenstemming bereikt over de wijze van samenwerking binnen de gemeenschappelijke meldkamer. Deze visie is vastgelegd in het "Visiedocument voor de meldkamer". Deze visie is door de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties op 12 december 2005 aan de Tweede Kamer aangeboden en hij heeft daarbij zijn reactie gevoegd. Het visiedocument heeft de formele instemming van het algemeen bestuur van Ambulancezorg Nederland (AZN), de Raad van Hoofdcommissarissen van politie (RHC) en het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Brandweerszorg en Rampenbestrijding (NVBR). Een van de eerste uitwerkingen heeft betrekking op het realiseren van het "nieuwe meldkamersysteem"

(NMS; de opvolger van het bestaande informatiseringssysteem GMS). Aanhouden van behandeling van de Waz leidt tot stilstand van deze meldkamerontwikkelingen en werkt daardoor belemmerend op de operationele werkprocessen van politie, brandweer en ambulancezorg.

Wet op de Veiligheidsregio's

Een volgend argument betreft de relatie die u legt tussen de concept Wet op de veiligheidsregio's (Wvr) en de Waz. De Wvr biedt het bestuur van de veiligheidsregio de instrumenten om bij rampen en crises adequate maatregelen te kunnen treffen en de juiste geneeskundige hulpverlening te organiseren. Zowel Wvr als Waz bevatten voldoende garanties om te kunnen sturen op de ambulancezorg. Mijn collega van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties en ik zijn van mening dat er geen licht zit tussen de WVR en de Waz.

Ten slotte

Een goed georganiseerde acute zorgketen is essentieel voor een juiste zorgverlening en biedt ook de juiste basis om in opgeschaalde situaties te kunnen presteren. Elke vertraging in het beter op orde brengen van die keten acht ik dan ook niet verantwoord.

De huidige Wet ambulancevervoer biedt niet de basis en mogelijkheden voor de geschetste en gewenste ontwikkelingen. Verdere vertraging versterkt bovendien de al in sommige regio's bestaande rechtsonzekerheid en leidt tot onnodige vergroting van financiële problemen en onnodig kwaliteitsverlies.

Ik ben verder van mening dat een sector die een zo essentiële functie vervult in de acute zorgketen en in opgeschaalde zorg bij crises en rampen recht heeft op duidelijkheid. De Waz laat al zeer lang op zich wachten en verder uitstel vergroot de kans op onaanvaardbare risico's. Behandeling op korte termijn van de Waz geeft partijen duidelijkheid over bovenstaande lijn, geeft de sector de instrumenten in handen om door te gaan met innoveren en geeft hiermee een belangrijke bijdrage aan het werkelijk verbeteren van de acute zorg.

Ik hoop u hiermee voldoende aanvullende informatie te hebben verstrekt om de Wet ambulancezorg spoedig plenair te kunnen behandelen.

Deze brief schrijf ik mede namens de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst

Wet Ambulancezorg (Waz)

Kamerstuk, 1 augustus 2007

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

CZ/EKZ 2786611

1 augustus 2007

Mede namens de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties vraag ik uw aandacht voor het volgende.

De behandeling van het wetsvoorstel Ambulancezorg (Waz) in uw Kamer is vorig jaar aangehouden, vanwege de samenhang met het wetsvoorstel Wet op de Veiligheidsregio's (Wvr), meer in het bijzonder ten aanzien van de positie van de meldkamer. Inmiddels heeft het kabinet het wetsvoorstel Wvr via de gebruikelijke procedure ter behandeling aan de Tweede Kamer aangeboden.

In het wetsvoorstel Wvr is, mede indachtig de opmerkingen daarover in het Coalitieakkoord, de positie van de meldkamer ambulancezorg op een zodanig wijze geregeld (artikel 29, eerste lid, Wvr), dat dit in lijn is met de regeling daarover in de Waz (artikel 3 Waz). Ook met de reacties op het wetsvoorstel van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de Nederlandse Vereniging voor Brandweertzorg en Rampenbestrijding), die pleiten voor een heldere publiekrechtelijke verankering van de meldkamer, is in dit wetsvoorstel Wvr rekening gehouden. In de Wvr is dit als volgt verwoord.

De meldkamer is essentieel voor het bevoegd gezag om zijn verantwoordelijkheid voor de veiligheid en openbare orde waar te maken. De meldkamer vervult de spilfunctie in het functioneren van brandweer, politie, geneeskundige hulpverlening en ambulancezorg, zowel in de dagelijkse situatie als onder ramp- of crisisomstandigheden. Het bevoegd gezag moet direct op de meldkamer kunnen sturen. In de wet is daarom verankerd dat de meldkamer onder de publieke verantwoordelijkheid valt en wordt ingesteld en in stand gehouden door het bestuur van de veiligheidsregio, met dien verstande dat de daadwerkelijke uitvoering van de meldkamer ambulancezorg en daarmee de verantwoordelijkheid voor de feitelijke inzet valt onder de verantwoordelijkheid van de rechtspersoon aan wie de vergunning is verstrekt door de minister van VWS. De minister van VWS verleent per regio een vergunning aan één rechtspersoon tot het verrichten van ambulancezorg. Om voor de meldkamer ambulancezorg de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur waar te maken, is bepaald dat ten aanzien van een groot aantal onderwerpen het bestuur van de veiligheidsregio eisen kan stellen aan de vergunninghouder. Daarnaast is bepaald dat het bestuur van de veiligheidsregio de directeur van de meldkamer benoemt en ontslaat.

Hij doet dit niet eerder dan nadat hij het regionale college en het bestuur van de regionale ambulancevoorziening in de gelegenheid heeft gesteld daarover advies uit te brengen.

Het personeel van de meldkamer is in de regel afkomstig en in dienst van de disciplines die samenwerken in de meldkamer, tenzij de partijen in regionaal verband voor een andere oplossing kiezen. Het aanstellen van personeel van één van de partijen voor het verrichten van werkzaamheden in de meldkamer, behoeft de instemming van de directeur.

Dit met het oog op de kwaliteitsbewaking en mogelijkheden voor samenwerking van het personeel. De directeur van de meldkamer kan immers zijn verantwoordelijkheid voor het algehele beheer en de kwaliteit van de processen niet waarmaken indien hij geen zeggenschap heeft over het personeel dat in de meldkamer te werk wordt gesteld. De directeur heeft de algehele leiding over de meldkamer, met inachtneming van de werkinstructies van de verantwoordelijke leidinggevenden van de onderscheiden disciplines.

Met het wetsvoorstel Wvr bestaat er in het kabinet overeenstemming over de wijze waarop het aspect van de publieke borging van de meldkamer ambulancezorg in beide wetsvoorstellen is verankerd. Nu naar mijn oordeel alsook naar de opvatting van de minister van BZK op het punt van de meldkamer ambulancezorg tegemoet gekomen is aan de zorgen van de Eerste Kamer, verzoek ik u over te gaan tot een, van de Wvr ontkoppelde, behandeling van de Waz in uw Kamer.

Tevens verzoek ik u het wetsvoorstel Waz zo spoedig mogelijk te willen behandelen. In dit licht memoreer ik aan de brieven van oktober 2006, resp. kenmerken CZ/EZ-2720217 en CZ/CB-U-272534, waarin ik u gemotiveerd aangaf tot welke risico's een verder uitstel van behandeling van deze wet zou kunnen leiden. Deze brieven gaan hierbij.

Ik hoop, mede namens de Minister van BZK, in het licht van het bovenstaande op een spoedige, van de Wvr ontkoppelde, behandeling van het wetsvoorstel Waz in uw Kamer.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

dr. A. Klink

Verwijzingen

- [Risico's uitstel behandeling Wet ambulancezorg \(WAZ\) Kamerstuk | 27 oktober 2006](#)
- [Wet ambulancezorg \(Waz\) Kamerstuk | 9 oktober 2006](#)

Hoezo Wet ambulancezorg?

Elf jaar en vijf ministers gingen voorbij en nog is de Wet ambulancezorg (WAZ) niet in werking. Ze ligt te wachten bij de Eerste Kamer. Onze sector heeft dringend behoefte aan moderne wetgeving. Wetgeving die enerzijds bevestigt wat nu bereikt is, en anderzijds openingen maakt voor nieuwe ontwikkelingen. Waarom dan toch die stagnatie?

Ed Worm, voorzitter vereniging Ambulancezorg Nederland

Naar het heet is de WAZ nog niet in werking omdat de Senaat de wet pas in behandeling kan nemen als de tekst van de Wet op de Veiligheidsregio's (WVR) door de Tweede Kamer is vastgesteld. Dat er tussen die twee samenhang is zal ieder duidelijk zijn. Ambulancezorg is zowel deel van de dagelijkse acute gezondheidszorgketen als van de veiligheidsketen. Van dat laatste is sprake bij crises en rampen, dus in de opgeschaalde toestand. Dan immers gaat de 'bevelvoering' over op het openbaar bestuur.

De WAZ markeert de ontwikkeling van zeg maar de tijd van stalhouders met een ambulance naar een volwaardige zorginstelling; van een taxi met brancard naar een klein ziekenhuis op wielen, van een zwarte telefoon naar een volledig uitgeruste centrale. Aan de toewijding van alle medewerkers zal niets veranderd zijn maar des te meer aan de professionaliteit van chauffeur, de verpleegkundige centralist en de ambulanceverpleegkundige. Het gaat om een sector die zich in korte tijd vooral in professionele en in effectieve zin ontwikkeld heeft. En met effectief bedoel ik hier niet alleen verantwoord vervoer bieden, maar vooral het redden van mensenlevens.

Belangrijk

Waarom is zo'n wet belangrijk? De wet regelt de verdeling van verantwoordelijkheden tussen alle

betrokkenen, overheden, zorgverzekeraars, meldkamers, ambulancediensten, vergunninghouders, openbaar bestuur en zo meer. Een van de kernpunten is de RAV, de Regionale Ambulance Voorziening met 1 vergunning per regio ter grootte van de huidige politieregio's en zo congruent met de voorgenomen veiligheidsregio's. Eindverantwoordelijke is de vergunninghouder, zowel voor het witte proces in de meldkamer als voor de prestaties op de weg. Zolang die wet er niet is stagneren belangrijke processen en ontwikkelingen in onze sector. De echte doorsteek naar de status van Toegelaten Zorginstelling, de wettelijke grondslag voor een nieuwe financieringsystematiek en 'Spreiding en Beschikbaarheid'. Maar ook nieuwe activiteiten in de acute zorgketen en behoud van de markt voor niet acuut patiëntenvervoer.

Daarnaast is er eigenlijk al geruime tijd een rechtsvacuüm. Immers, door de WAZ gaat de aansturing van de ambulancezorg over van de provincies naar de minister van VWS. En omdat dat al een tijdje in de lucht hangt hebben verschillende provincies het ambulance-dossier gesloten.

Het zal duidelijk zijn dat de direct betrokken ambulanceorganisaties zich tot en met inspinnen om de Eerste Kamer er van te overtuigen dat die WAZ er moet komen. En zo snel mogelijk.

Stagnatie

Het was al een geruime tijd duidelijk dat het Openbaar Bestuur, zeg maar de burgemeesters, veel belang hechten aan hun positie bij crises en rampen.

Doorzettingsmacht is het sleutelwoord. Ze hebben dus hun volle lobby ingezet om zo veel als mogelijk bevoegdheden naar zich toe te halen. Daarbij mikken ze



vooral op de meldkamer, en wel in geïntegreerde vorm. Dat die wens op gespannen voet staat met de verantwoordelijkheid van de RAV is duidelijk. Immers de RAV draagt verantwoordelijkheid vanaf de zorgindicatie tot en met de overdracht van de patiënt. En dus voor het gehele witte proces. Een witte centralist kan met zijn verantwoordelijkheid niet schipperen.

Daarom heeft deze zomer de voorzitter van de GHOR Burgemeesters met de voorzitter van AZN, onder leiding van de twee betrokken ministers, Klink (VWS) en Ter Horst (BZK), een regeling uitgedokterd die aan beide vereisten recht doet. Dat recept is in de WVR opgenomen.

Maar wie denkt dat de problemen opgelost zijn heeft het mis. Sinds kort werpt de VNG (de vereniging van Nederlandse Gemeenten) een nieuw probleem in de strijd. Het gaat nu om de vraag of alle huidige ambulancediensten in staat zullen zijn om een vergunning te verwerven. Met name het verschil in kostenniveau zou de aan gemeenten gelieerde ambulancediensten op een achterstandspositie zetten. Maar dit probleem heeft niks met veiligheidsregio's of met de kernaspecten van de WAZ te maken. Daarvoor zijn andere oplossingen nodig.

Al met al dus nog spannende en actieve maanden en de hoop dat de politiek, Tweede en Eerste Kamer met voortvarendheid zullen werken opdat de ambulancesector zijn volgende stap op de weg van professionele ontwikkeling zal kunnen zetten.