

Vergaderjaar 2005–2006

29 835

Wet ambulancezorg

C

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKS-GEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Vastgesteld 12 juli 2006

Het voorbereidend onderzoek gaf de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling en met gemengde gevoelens kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel. Het wetsvoorstel Ambulancezorg (WA) vervangt de Wet ambulancevervoer (WAV, 1973) en vormt een afronding van een proces dat tien jaar geleden is gestart en dat tot diepgaande discussies heeft geleid met onder andere alle relevante partijen uit de zorg, de VNG, het IPO en de Veiligheidskoepel. De wet heeft tot doel het organiseren van een flexibele, doelmatige en kwalitatief verantwoorde ambulancezorg.

De leden van de CDA-fractie hebben geconstateerd 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. Deze leden vragen de minister of de inhoud van de thans voorliggende wet voldoende relatie onderhoudt met de considerans van het oorspronkelijke voorstel en of derhalve nog voldoende recht gedaan wordt aan wat de regering heeft beoogd met het wetsvoorstel.

Ambulancezorg is een bijzondere vorm van zorgverlening. Naast de zorg voor een adequate en deskundige uitvoering van gepland vervoer van zieke patiënten tussen ziekenhuizen en van het woonadres naar het ziekenhuis draagt de ambulancevoorziening de verantwoordelijkheid van het verlenen van spoedeisende ambulancezorg. Spoedeisende ambulancezorg is een onderdeel van de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH) en maakt deel uit van de keten van acute zorg. Deelt de minister de mening van de leden van de CDA-fractie, 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? Het is de leden van de CDA-fractie in de huidige situatie niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de éénduidige toegang en regie binnen de acute zorgketen.

¹ Samenstelling:

Leden: Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA), voorzitter, Van den Berg (SGP), Dupuis (VVD), Swenker (VVD), plv. voorzitter, Hamel (PvdA), Nap-Borger (CDA), Slagter-Roukema (SP), Schouw (D66), Putters (PvdA) en Thissen (GL). Plv. leden: Pastoor (CDA), Klink (CDA), Schuurman (CU), Kalsbeek-Schimmelpenninck van der Oije (VVD), Van den Broek-Laman Trip (VVD), Doesburg (PvdA), Van de Beeten (CDA), Meulenbelt (SP), Schuyer (D66), Linthorst (PvdA) en Van der Lans (GL).

De praktijk wijst uit dat inzet van één of meer ambulances noodzakelijker wijze in veel voorkomende gevallen gepaard gaat met de inzet van brandweer en/of politie. De leden van de CDA-fractie zijn mede vanwege dat gegeven, van mening dat de voorliggende wet niet los gezien kan worden van de ontwikkeling van de veiligheidsregio's en de besluiten die hieromtrent zijn genomen. De kern van de tot stand te brengen veiligheidsregio's is de geïntegreerde meldkamer van politie, brandweer en ambulancezorg, eenduidig gefinancierd en uitgevoerd. In de brief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de veiligheidskoepel d.d. 12-12-05 wordt nog eens de noodzaak om te werken aan de totstandkoming van gezamenlijke meldkamers nadrukkelijk verwoord. In de nota «met zorg verbonden» wordt klip en klaar gesteld dat de geneeskundige zorg onder grootschalige omstandigheden alleen goed kan functioneren als de zorg onder dagelijkse omstandigheden goed is geregeld.

De leden van de CDA-fractie vragen de minister in dat kader waarom in het voorliggende wetsvoorstel gekozen is voor het onderbrengen van de verantwoordelijkheid voor de verlening van de 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 er sprake zijn van één financieringsbron (publieke middelen) en één bestuur.

Graag vernemen deze leden 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 VWS deze onlangs hebben ontvangen (zie bijlagen¹).

De leden van de CDA-fractie concluderen uit de adviezen van de Raad van State, de Raad voor Openbaar bestuur, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en uit verschillende reacties die zij ontvingen van de bij deze wettelijk betrokken organisaties en bestuurlijke gremia, dat er grote twijfels heersen bij de keuze om de planning van de ambulancezorg en de vergunningverlening aan een ambulancevoorziening bij de provincies weg te halen en te centraliseren. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie de gedachtegang die achter deze stellingname schuil gaat, mede gezien de uitkomsten van een onafhankelijk RIVM onderzoek van 2001 en de uitspraak van deze 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 ambulancezorgvoorziening. 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? In de huidige situatie is de betrokkenheid van de burger bij de totstandkoming van de spreidingsplannen groot, mede vanwege het feit de plannen ter inzage liggen bij de provincie en de inspraakmogelijkheden dicht bij huis georganiseerd worden. 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 tot stand komen van de spreidingsplannen en de gelegenheid tot inspraak bij de plannen in de nieuwe wet geregeld worden.

¹ De bijlagen liggen ter inzage op de afdeling inhoudelijke ondersteuning onder griffie nrs. 134982.8 en 135062.

De tweede nota van wijziging onder artikel 2a regelt de bevoegdheden van de burgemeester bij een ramp of een zwaar ongeval of de vrees voor het ontstaan ervan (preventief). De regionale ambulance voorziening

(RAV) is gehouden directe patiëntenzorg te leveren en voert de meldkamerfunctie uit. De RAV-medewerkers vallen dan onder het gezag van de regionaal geneeskundig functionaris die belast is met de coördinatie en aanwijzingen kan geven aan de RAV. De toelichting op dit artikel stelt dat de burgemeester zich zo nodig tot de rechtspersoon richt die de ambulancezorg verricht; het is dus geen bevoegdheid om de meldkamer instructies te geven over de concrete inzet van ambulances. Dit laatste noopt de leden van de CDA-fractie de vraag te stellen wie bij calamiteiten verantwoordelijk is voor de inzet van ambulances.

Vervolgens stellen de leden van de CDA-fractie nog een enkele vraag over de door de Tweede Kamer aangenomen amendementen.

- Amendement nr. 37 (Schippers c.s.) strekte ertoe om de samenwerking in de meldkamer tussen de politie, brandweer en ambulancevoorziening zowel tijdens rampen als in de dagelijkse praktijk te borgen. In het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en de Raad voor het openbaar bestuur met de titel «de GHORdiaanse knoop doorgehakt», wordt eveneens het belang van een goede publieke borging van de ambulance zorg en de meldkamer in het bijzonder genoemd. De leden van de CDA-fractie concluderen uit de omschrijving van het voornoemde amendement dat deze borging niet geconcretiseerd wordt en vragen de minister op welke wijze deze borging in de praktijk gestalte krijgt.
- Het amendement nr. 20 (Arib c.s.) beoogde de in de wet opgenomen termijn van vergunningverlening voor een termijn van vier jaar te wijzigen in onbepaalde tijd.
Door middel van maatstafconcurrentie (benchmark) wordt elke twee jaar de kwaliteit van de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) gemeten en vergeleken. Kan de minister de leden van de CDA-fractie meedelen hoe deze «benchmark» in de praktijk geëffectueerd wordt? Deze leden 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's, 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. Deelt de minister deze zorgen en zo ja, wat denkt de minister hieraan te doen en zo nee, waarop baseert de minister dan zijn conclusie?

Is het, zo vragen deze leden 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 (PVE)?

De leden van de **PvdA**-fractie vragen allereerst in hoeverre het mogelijk is om, gelet op onder meer de regionale verschillen en de financiële afspraken dan wel tarieven, de prestaties van verschillende RAV's te vergelijken. In hoeverre valt te verwachten dat er sprake is van vergelijkbare gegevens, ook in de zin van gedetailleerdheid en volledigheid?

In welke mate kan bij de maatstafconcurrentie rekening gehouden 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?

Hoe kunnen, 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 willen deze leden weten.

In hoeverre zal ook het functioneren van de RAV's in de acute zorg keten worden meegenomen bij het wegen van de prestaties en op welke wijze zal dit functioneren geanalyseerd worden, zo willen deze leden weten.

Kan worden uiteengezet 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?

Waarom is er niet voor 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 zorg overleg 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 haar zienswijze te geven, alvorens dat de minister over een vergunningaanvraag beslist?

Kan, gelet op de scheiding in verantwoordelijkheid voor ambulancezorg en traumazorg zoals het mobiel medisch team, 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?

Burgemeesters kunnen vanuit het oogpunt van de openbare orde een aanwijzing geven. In aanvulling op de vragen de leden van de CDA-fractie, vragen deze leden of het denkbaar is dat deze aanwijzingen 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.

In hoeverre is er sprake van een spanning tussen de verantwoordelijkheid van een burgemeester voor de openbare orde en de positie van de 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?

Op welke wijze wordt de inzet van ambulancezorg en de betrokkenheid van RAV's bij rampenoefeningen gefinancierd? Kan worden aangegeven hoe bij het in werking treden van de wet de vergunningverlening zal verlopen? Welke reële mogelijkheden bestaan er op dat moment om toe te treden tot de markt?

Deze leden 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 haar werkzaamheden start? Wordt dit «vacuüm» wellicht ingevuld door RAV's uit omliggende regio's?

Op welke wijze zal bij het maken van tariefafspraken rekening gehouden worden 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?

In hoeverre is het denkbaar dat een vergunning voor onbepaalde tijd, waarbij 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?

Blijkens artikel 9 kan een meldkamer 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?

Begrijpen de leden van de PvdA-fractie het goed 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, zo vragen zij tot besluit.

Ook de leden van de **VVD**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het onderhavige wetsvoorstel. Zij hebben wel een aantal vragen.

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 4 jaar aanvragen van een nieuwe vergunning door de RAV. Essentieel is dat zaken als doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg toetsbaar en controleerbaar blijven. Kan de minister nog eens helder aangeven hoe de adviseringsmogelijkheid van de zorgverzekeraar en de GHOR vorm krijgen, zo vragen deze leden daarbij aansluitend op de vragen van de CDA-fractie. 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?

In 2005 is de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) van kracht 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, dan rest de vraag welke «overlap» er is tussen beide wetten. Of moet het voorliggende wetsvoorstel gezien worden als «een lex specialis»?

De Raad van GHOR-burgemeesters en de Raad van Regionaal Functionarissen (RGF) zijn van mening dat zij «onvoldoende grip» hebben op de ambulance diensten 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? Deze leden vragen dit met name omdat in de WTZi beleidsnotitie de regio om tot ketenafspraken te komen ook bij de traumacentra ligt.

Door Ambulancezorg Nederland is vorig jaar een juridisch advies uitgebracht over de vraag of meldingen met betrekking tot een medisch spoedgeval, die op de meldkamer binnen komen, vallen onder de medische geheimhoudingsplicht en eventueel onder het tuchtrecht. Dit blijkt het geval te zijn. Indien bij een gecoloeerde meldkamers 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. De samenwerking tussen «rood, wit en blauw», maar ook binnen de totale witte kolom is zeer belangrijk. Daartoe is regelmatig oefenen van essentieel belang. Echter het blijkt steeds weer dat het animo om gemeenschappelijk te 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 om een aparte financiële vergoeding voor het oefenen te creëren, bijvoorbeeld door binnen het macro budget een herschikking toe te passen?

De leden van de fracties van de **SP**, **SGP** en **CU** hebben met instemming kennisgenomen van de behandeling en amendering van het wetsvoorstel door de Tweede Kamer. Hiermee is duidelijk geworden dat zuivere marktwerking in de ambulancezorg een heilloze weg is, omdat ongelukken niet aan marktwerking doen. Ook de centrale vergunningverlening door de minister spreekt deze leden aan. Toch hebben zij nog wel wat vragen, waarbij aangetekend zij dat de kleine bezetting van deze fracties het grote aantal te behandelen dossiers voor het reces, gevoegd naast de spannende ontwikkelingen rond het kabinet, er debet aan zijn dat het dossier nog niet uitputtend is bestudeerd.

De vragen van deze leden zijn als volgt. Kan de minister toelichten wat de voordelen zijn van deze wet ten opzichte van de oude Ambulancewet. Er zijn stemmen, onder andere het IPO zegt dat, 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? (Zie brief IPO 10-05-2006 kenmerk 14540/2006)

Wil de minister zijn visie op Acute Zorg als keten nog eens toelichten? Heeft de minister de indruk dat de vergaderplicht die hij de regionale partijen heeft opgelegd ook functioneert? Kan hij melden of er al concrete resultaten zijn? Heeft hij de indruk dat er genoeg SEH posten beschikbaar blijven in kleine ziekenhuizen?

Hoe is de inspraak van de burger geregeld? De leden van de fracties van de SP, SGP en CU hebben de indruk dat dit alleen maar indirect en niet rechtstreeks kan, klopt dat?

Op welke manier is gewaarborgd dat er ook in de grensstreken ambulances op tijd ter plaatse zijn? Is er overleg met België en Duitsland?

Het wetsvoorstel kent geen onderscheid tussen planbaar, besteld vervoer en acute hulpverlening. Waarom niet en zou dat in de toekomst wel moeten?

RAV-en moeten via benchmarking hun resultaten 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 met deze fracties eens? Wie is daar financieel voor aansprakelijk: de minister, de zorgverzekeraar of de RAV?

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? Is de minister bereid onderzoek te doen naar de financiële gevolgen voor ambulancediensten die bij de gunning buiten de boord vallen? Is hij bereid tot flankerende maatregelen?

In welke situaties vindt opschaling plaats? Wie bepaalt dat en zijn er normen voor?

Heeft de minister kennisgenomen van het standpunt over Acute Zorg van de NPCF? Gaat hij zijn best doen om de uitgangspunten en kwaliteitscriteria die de NPCF vanuit patiënt perspectief heeft geformuleerd met positief advies aan de regio voor te leggen?

De voorzitter van de commissie,
Van Leeuwen

De griffier van de commissie,
Janssen