

Vergaderjaar 2006–2007

**29 835**

**Wet ambulancezorg**

**G**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 28 oktober 2006

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 18 oktober 2006 naar aanleiding van de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 9 september 2006 aanvullende vragen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gesteld.

De minister heeft daarop bij brief van 27 oktober 2006 geantwoord.

De commissie brengt hierbij verslag uit van het aldus gevoerde schriftelijke overleg.

De griffier van de commissie,  
Janssen

<sup>1</sup> 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), 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), Van der Lans (GL).

**BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Den Haag, 18 oktober 2006

In de onlangs gehouden procedurevergadering van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport is uw brief inzake de Wet Ambulancezorg d.d. 9 oktober 2006 aan de orde geweest.

Alvorens een definitief besluit te nemen over het al dan niet gezamenlijk behandelen van dit wetsvoorstel met het wetsvoorstel op de Veiligheidsregio's, vraagt de commissie u de in uw brief vermelde onaanvaardbare risico's die uitstel van de behandeling van het wetsvoorstel Ambulancezorg tot gevolg zou hebben, daadwerkelijk te benoemen. Ook wenst de commissie inzicht te krijgen in de indeling van de veiligheidsregio's.

De griffier van de commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Janssen

# BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Den Haag, 27 oktober 2006

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

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. Risico'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)<sup>1</sup>. 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,

<sup>1</sup> Bron: «Niet zonder zorg», 2001, onderzoek RIVM/CTG/IGZ en Brancherapport Cure 1998–2001, ministerie van VWS.

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 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 onaantvaardbare 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 WAZervoersdifferentiatie 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 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 juridi-

sche 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 vergunningsaanhangsels 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-besturen<sup>1</sup> 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 weekenduren). 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 ambulance-

<sup>1</sup> 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.

sector 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.

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

## **2. Veiligheidsregio's**

Uw tweede vraag betref 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 gevorderde 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 kwaliteits-overwegingen, 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

## GHOR-regio's 2006



Bron: BKZ

**riym**  
www.zorgatlas.nl





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).