

Vergaderjaar 2004–2005

**29 835**

## **Wet ambulancezorg**

**Nr. 3**

### **MEMORIE VAN TOELICHTING**

#### **Algemeen deel**

##### **1. Inleiding**

De ambulancezorg heeft zich in de afgelopen jaren ontwikkeld van vervoersvoorziening tot gezondheidszorgvoorziening. De medische behandeling dient zo vroeg mogelijk te beginnen en wordt niet meer uitgesteld tot de aankomst bij het ziekenhuis. Vanaf de melding bij de meldkamer tot aan het ontslag uit het ziekenhuis is er sprake van een samenhangende zorgketen. De kwaliteitseisen zijn sinds de tweede helft van de jaren negentig hierom steeds meer aangescherpt. Dit vraagt om een professionele organisatie van de ambulancezorg.

Van oudsher is de ambulancezorgsector sterk versnipperd. Er waren aanzienlijke verschillen in de aard en omvang van de ambulancediensten en de Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's). Vanwege de toenomen kwaliteitseisen is schaalvergroting al jarenlang de trend; voor 1990 waren er nog meer dan 200 ambulancediensten, in 2001 resteerden er nog 75<sup>1</sup>. Het aantal ambulances bedroeg in 2001 645, min of meer evenveel als in de vijf jaar daarvoor.

Schaalvergroting binnen de ambulancezorg is een expliciete beleidsdoelstelling van de overheid. De beleidsnota «Met zorg verbonden» (1997)<sup>2</sup> concludeerde dat de onderzochte CPA's en ambulancediensten te klein waren om kwalitatief verantwoorde en doelmatige zorg te leveren. De kosten voor ambulancezorg zijn als gevolg van de verbetering van de kwaliteit de afgelopen jaren sterk gestegen, hetgeen de noodzaak van een doelmatige inzet nog groter maakt. De vorming van maximaal 24 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) die in de regio de zorg voor hun rekening nemen, is het naar mijn mening het juiste middel 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> Bronnen: «Niet zonder zorg», 2001, onderzoek RIVM/CTG/IGZ en Brancherapport Cure 1998–2001, ministerie VWS.

<sup>2</sup> Ministerie VWS en BZK.

De huidige systematiek voor ambulancezorg is vastgelegd in de Wet ambulancevervoer (WAV), die in 1973 in werking is getreden. Daarin is sprake van versnippering van de verdeling van verantwoordelijkheden. De

aansturing en uitvoering van de ambulancezorg is verdeeld over acht partijen, wat de sturing complex maakt. In het rapport «Niet zonder zorg» wordt geconstateerd dat de RAV-vorming mede stagneert doordat een helder wettelijk kader voor de besturingssystematiek ontbreekt. Met name de gescheiden verantwoordelijkheden voor planning en financiering leveren spanning op. De provincies hebben de verantwoordelijkheid voor de planning van de ambulancezorg (het vaststellen van de spreiding van standplaatsen, het bepalen van het aanbod en het afgeven van vergunningen), terwijl de zorgverzekeraars verantwoordelijk zijn voor de bekostiging van de ambulancezorg. Deze wijze van aansturen en de diffuse verantwoordelijkheden staan een flexibele en doelmatige organisatie van de ambulancezorg in de weg.

Om bovenstaande punten te verbeteren is de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in de ambulancezorg. Door middel van verscheidene budgetverhogingen zijn extra middelen vrijgemaakt om ondermeer de tekorten op te heffen, de CPA's te versterken en de vorming van RAV's te stimuleren. Daarnaast is een referentiekader ontwikkeld voor een landelijk spreidingsplan op basis van uitgangspunten die voor elke regio gelden. De gedachte daarachter is dat het vrij lastig was om tot een doelmatige landelijke spreiding te komen, nu de provincies niet langer verantwoordelijk zijn voor de financiering, maar de zorgverzekeraars.

Ten slotte is in overleg met de sector een model voor een nieuwe besturingssystematiek ontwikkeld waarbij de vergunningverlening per ambulance door provincies is vervangen door vergunningverlening per RAV door de minister. Daarmee wordt het aantal vergunningen gereduceerd van 600 naar 24. De provincies hebben in dat model geen verantwoordelijkheid meer voor de planning van de ambulancezorg (het vaststellen van de spreiding van standplaatsen, het bepalen van het aanbod en het afgeven van vergunningen).

Kernelementen uit de besturingssystematiek zijn: de planningsrol van de provincies verdwijnt, de ambulancezorg wordt binnen de RAV georganiseerd, de minister hanteert een vergunningensysteem en zorgverzekeraars gaan een grotere rol spelen.

Met de nieuwe besturingssystematiek wordt het volgende bereikt:

- *Doelmatigheid wordt vergroot.*
  - Door de introductie van een landelijk referentiekader voor een spreidingsplan komen ambulancestandplaatsen daar waar ze echt ook nodig zijn, m.a.w. ook op het grensgebied tussen provincies;
  - In plaats van vergunningverlening voor onbepaalde tijd introduceert het wetsvoorstel vergunningverlening voor de duur van 4 jaar, met de mogelijkheid van tussentijdse intrekking door de minister indien de RAV de betreffende werkzaamheden niet verantwoord uitvoert dan wel de voorschriften of beperkingen niet in acht neemt. Het geïntroduceerde stelsel prikkelt tot doelmatigheid. Zorgverzekeraars immers hebben een zorgplicht en zijn gebaat bij goed ambulancevervoer. Ook aanbieders hebben – in verband met gepleegde investeringen – belang bij kwalitatief verantwoord aanbod van ambulancezorg. De aanbieder zal zijn best doen om gedurende vier jaar zijn taak naar behoren en doelmatig uit te voeren, omdat voor de volgende gunningsperiode mede gekeken zal worden naar zijn gedrag in het verleden.
  - In plaats van vergunningverlening per ambulancedienst, komt er een vergunning aan één rechtspersoon per regio.
- *Publieke waarborg/gereguleerde marktwerking.*
  - Het is de minister die de vergunning verleent, intrekt of daaraan beper-

kingen of voorschriften kan verbinden. De minister stelt eveneens een programma van eisen (pve) vast alvorens tot vergunningverlening over te gaan. In het pve worden – o.a. ingegeven vanuit het publieke belang – onderwerpen aangegeven die in ieder geval in de aanvraag voor de vergunning geregeld moeten zijn (denk bv. aan de instandhouding van een meldkamer, uitvoering van taken in het kader van de GHOR etc.)

- Het GHOR-bestuur heeft een adviserende stem bij de vaststelling door de minister van het pve alsook bij de vergunningverlening door de minister.
- De Kwaliteitswet zorginstellingen is van toepassing op de RAV.
- Verzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht om voldoende kwalitatief verantwoorde ambulancezorg in te kopen.

In de Beleidsvisie acute zorg, die de Tweede Kamer in oktober 2003 bereikte, gaf ik aan dat het Kabinet de overgang wil maken naar gereuleerde marktwerking. Concurrentie immers kan de doelmatigheid en vraaggerichtheid in de zorg verbeteren. Ook gaf ik aan dat de overgang naar gereuleerde concurrentie deelmarktgewijs zal moeten plaatsvinden. Acute zorg kenmerkt zich door markfalen: deze niet-planbare zorg moet immers altijd 7 x 24 uur, én snel beschikbaar zijn. Daarom kan er onvoldoende op worden vertrouwd dat de gewenste beschikbaarheid van acute zorg met de gewenste kwaliteit en doelmatigheid tot stand komt door onderlinge concurrerende aanbieders. Er is dus overheidsregulering nodig die verder gaat dan het opleggen van een zorgplicht aan verzekeraars en het formuleren van bepaalde kwaliteitsnormen. In het licht hiervan moet de vergunningverlening door de minister worden gezien.

Tegelijkertijd moeten er – in lijn met het Kabinetsbeleid – prikkels in het (vergunningen)systeem worden ingebouwd voor marktwerking, waarbij marktwerking geen doel op zich is maar een middel voor doelmatig gedrag. Ergo, het gaat bij acute zorg niet om concurrentie op de markt maar concurrentie om de markt. In het geïntroduceerde vergunningensysteem zijn aan de vergunningverlening heldere, voor ieder van te voren kenbare voorwaarden (het programma van eisen) verbonden, zodat (eerlijke) concurrentie om de markt mogelijk wordt. Iedere, dat wil zeggen zowel publieke als private diensten kunnen op gelijke voet meedingen naar een vergunning, ook bij de eerste vergunningverlening, wanneer de wet in werking treedt. Met andere woorden, ook nieuwe aanbieders maken reële kans om voor een vergunning in aanmerking te komen.

Verzekeraars hebben, gestimuleerd door hun zorgplicht en risicodragendheid, een taak om met de kennis van de lokale en regionale situatie, doelmatige zorg te bevorderen. Daarom hecht ik aan hun advies aan de minister over het pve en de vergunningverlening, alsook de daaraan te stellen voorwaarden.

Zonder uitpuddend te willen zijn, zie ik de rol van de verzekeraars op het terrein van de ambulancezorg als volgt:

- het beoordelen van het pve en de regionale ambulanceplannen en mij daarover te adviseren;
- het maken van bekostigingsafspraken op basis van de vigerende regelgeving (vooralsnog de WTG);
- het maken van afspraken over ambulancevervoer (doelmatige inzet van ambulances voor spoedvervoer én besteld vervoer);
- het maken van afspraken over de inzet van de extra middelen voor de verbetering van de beschikbaarheid in bepaalde regio's.

Meer in het algemeen hebben de zorgverzekeraars acutezorgbreed een belangrijke rol in het meespreken en afspraken maken over de vormgeving van de zorg en triagesystemen. Maar ook over de invulling van substitutie tussen schakels (afwegen of een ambulancepost efficiënter is dan een SEH) en de aansluiting tussen de verschillende schakels in de keten van de acute zorg.

Deze zaken kunnen bij de vergunningverlening van de aanvrager een cruciale rol spelen. Reden waarom de zorgverzekeraars de minister daarover adviseren.

- *Transparantie/mededinging*

Om voor derden, waaronder buitenlandse ondernemers, transparant te maken aan welke eisen het regionaal ambulanceplan in ieder geval moet voldoen wil men overgaan tot het aanvragen van een vergunning, is een pve geïntroduceerd. Het pve is zodanig geformuleerd dat het geen barrières opwerpt uit het oogpunt van eerlijke concurrentie tussen publieke en private danwel tussen nationale en buitenlandse gegadigden.

Iedereen kan mededingen naar de vergunning, dat wil zeggen zowel publieke, private als nationale en buitenlandse ondernemingen. Dit geldt ook bij de eerste vergunningverlening, wanneer de wet in werking treedt.

Naast de vernieuwingen van de sector zelf laten de bestuurlijke vernieuwingen op het gebied van de rampenbestrijding de ambulancesector ook niet ongemoeid. Uit onderzoek naar recente ongevallen en rampen is gebleken dat de samenwerking tussen de disciplines van politie, brandweer en ambulancehulpverlening bij (de voorbereiding op) rampenbestrijding verbetering behoeft. Daartoe is een aantal wetswijzigingen doorgevoerd (onder andere in de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (Wet GHOR)) die ook van invloed zijn op de organisatie en uitvoering van de ambulancezorg.

De geconstateerde onvolkomenheden en verbeterpunten vormen de aanleiding voor dit wetsvoorstel, dat beoogt de Wet ambulancevervoer te vervangen.

## **2. Taken en verantwoordelijkheden**

### **2.1 Taken van ambulancediensten**

Ambulancezorg is de zorg die beroeps- of bedrijfsmatig wordt verleend om een zieke of een slachtoffer binnen het kader van zijn aandoening of letsel hulp te verlenen en waar nodig adequaat te vervoeren, met inachtneming van datgene wat op grond van algemeen beschikbare medische en verpleegkundige kennis noodzakelijk is<sup>1</sup>.

Ambulancezorg omvat in Nederland spoedeisende en planbare ambulancezorg.

- Spoedeisende ambulancezorg kan elk moment van de dag nodig zijn en is dus niet vooraf te plannen; afhankelijk van de mate van spoed wordt daarbij een onderscheid gemaakt in A1 en A2 ritten.
- Planbare zorg (Besteld vervoer: B-ritten) betreft zorg en vervoer op afspraak van zieke patiënten tussen ziekenhuizen en vanaf het woonadres naar het ziekenhuis (en vice versa) voor een bepaalde diagnostiek of therapie<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> «Begrippenkader ambulancezorg», versie 1.0, Project Versterking Ambulancezorg, 2003.

<sup>2</sup> «Ambulances binnen bereik», analyse van de spreiding en beschikbaarheid, rapport RIVM, 2003.

Beide vormen van ambulancezorg vinden dagelijks plaats en vallen daarmee onder de noemer «dagelijkse ambulancezorg». Spoedeisende ambulancezorg is een onderdeel van de Spoedeisende Medische Hulpverlening (SMH). Daarnaast vervult spoedeisende ambulancezorg een cruciale rol in de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen (enkele procenten). De functie van ambulancezorg, en derhalve de daaraan te stellen eisen, verandert niet bij ongevallen en rampen. Het verschil is de omvang van de vereiste zorg en de intensievere afstemming met andere hulpverleners.

Naast de bovenstaande verdeling tussen spoed- en planbaar vervoer, is verdere differentiatie in het zorgaanbod mogelijk. De afgelopen jaren is daarmee geëxperimenteerd door middel van een hulpambulance. Daarmee werd een deel van het B-vervoer afgehandeld. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat differentiatie van vervoer door middel van hulpambulances plaats vindt. In de praktijk zal dit met name in stedelijke gebieden tijdens de dagelijkse uren worden ingezet. De vraag naar dergelijke ritten moet namelijk van substantiële omvang zijn omdat hiervoor gebruik wordt gemaakt van speciale ambulancewagens en lager opgeleid personeel.

## **2.2 Verantwoordelijkheidsverdeling volgens de huidige systematiek**

Bij het huidige ambulancevervoer zijn de volgende partijen betrokken:

- De rijksoverheid reguleert via wetgeving. Naast de WAV zijn onder meer relevant: Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), Ziekenfondswet (ZFW), Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (Wet GHOR).
- De provinciale overheid stelt spreidingsplannen vast (spreiding van standplaatsen) en verleent vergunningen aan ambulancediensten.
- De gemeentelijke overheid heeft de verantwoordelijkheid voor de bestrijding van rampen. De operationele verantwoordelijkheid voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en de voorbereiding daarop ligt bij de door de gemeenten benoemde Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF). De gemeenten zijn gehouden de CPA in te stellen en in stand te houden en hebben de plicht in ambulancevervoer te voorzien indien de beschikbare ambulancecapaciteit in hun verzorgingsgebied niet toereikend is.
- De zorgverzekeraars zijn de financiers van ambulancediensten en CPA's. Bekostiging vindt plaats vanuit de premiemiddelen.
- Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) stelt de tarieven (budgetten) vast.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg.
- De CPA is binnen zijn verzorgingsgebied de exclusieve toegangspoort tot ambulancezorg en verricht de indicatiestelling en verstrekt de ritopdracht.
- Binnen het verzorgingsgebied van de CPA voeren een of meer ambulancevervoerders (vergunninghouders) de zorg uit op grond van een provinciale vergunning. Voor elke ambulance heeft de ambulancedienst een apart aanhangsel bij de vergunning.

### **2.3 Uitgangspunten voor herziening van de verantwoordelijkheden**

Door de versnipperde verantwoordelijkheidsverdeling in de huidige systematiek is de sturing van de ambulancezorg zeer complex. Vooral de gescheiden verantwoordelijkheden voor planning (provincies) en financiering (zorgverzekeraars) leveren in de praktijk spanning op.

Op grond van de aanbevelingen uit het onderzoeksrapport «Niet zonder zorg» heeft de minister van VWS de volgende uitgangspunten voor de nieuwe systematiek voor ambulancezorg vastgesteld: de verantwoordelijkheden moeten duidelijker worden gedefinieerd en het aantal verantwoordelijken wordt gereduceerd. Bij de afbakening van verantwoordelijkheden gelden de volgende overwegingen:

- de functie van ambulancezorg en de samenhang binnen de zorgketen zijn leidend voor het afbakenen van wie waarvoor verantwoordelijk is. Er mogen geen onnodige schotten ontstaan;
- de ambulancezorg is onderdeel van de totale keten van acute zorg waarop de burger aanspraak kan maken op grond van de ziektekostenverzekering;
- de aansturing geschiedt vanuit het beginsel dat degene die betaalt ook invloed moet hebben op de inrichting van de ambulancezorg;
- de publieke verantwoordelijkheid van ambulancezorg moet te allen tijde gewaarborgd zijn;
- de organisatie van ambulancezorg moet per regio in handen zijn van een Regionale Ambulancevoorziening, de RAV;
- de regio-indeling volgt in principe de verdeling conform de verdeling uit de brandweerwet 1985<sup>1</sup>.

### **2.4 Verantwoordelijkheidsverdeling volgens de nieuwe besturingsystematiek**

De minister verleent per regio een vergunning aan een RAV. De RAV is in de nieuwe systematiek het enig aanspreekpunt voor het aanbod van ambulancezorg in een regio. De RAV is verantwoordelijk voor het leveren van ambulancezorg in de regio, zowel in de dagelijkse routinematige situatie als bij rampen en zware ongevallen. De zorg omvat zowel de ritten als de meldkamerfunctie.

De minister stelt per regio een programma van eisen vast waarin hij aangeeft waaraan gegadigden voor een vergunning als RAV moeten voldoen. Hij vraagt bij het opstellen van dat programma advies aan de in de regio werkzame verzekeraars en het GHOR-bestuur. Zorgverzekeraars kunnen vervolgens de minister hun zienswijze geven over de voorgenomen vergunningverlening aan een RAV. Het GHOR-bestuur kan de minister een zwaarwegend advies geven over de voorgenomen vergunningverlening aan een RAV. De aanvraag voor een vergunning wordt getoetst aan het door de minister vastgestelde programma van eisen.

Als de RAV eenmaal een vergunning heeft, treedt de zorgverzekeraar jaarlijks met de RAV in overleg om afspraken te maken over de productie (prestaties) en de kwaliteit.

Tenslotte ziet de IGZ toe op de naleving van eisen die de Kwaliteitswet zorginstellingen stelt aan de te leveren ambulancezorg.

---

<sup>1</sup> Met uitzondering van het gebied Zaanstreek-Purmerend dat vanuit de regio Amsterdam wordt bediend.

---

<b>Minister van VWS</b>	Stelt macrobudget vast. Stelt de RAV-regio's vast. Stelt programma van eisen vast, waaronder landelijk referentiekader. Verleent vergunning o.b.v. Regionaal Ambulanceplan, waarbij toetsing aan programma van eisen. Indien geen RAV zich aandient richt minister een rechtspersoon op.
<b>Zorgverzekeraars</b>	Sluiten vanuit hun zorgplicht contracten met de zorgaanbieders. Op basis van de WVG worden daarin jaarlijks afspraken gemaakt over kwaliteit en prestatie. Adviseren minister over programma van eisen en vergunningverlening.
<b>RAV's</b>	Zijn verantwoordelijk voor de verlening van de ambulancezorg (vervoer en instandhouden meldkamer ambulancezorg). Werken volgens een Regionaal ambulanceplan met daarin afspraken met andere zorgaanbieders in de keten, afgestemd met zorgverzekeraars en GHOR-bestuur. Voldoen aan kwaliteitseisen (zowel wat betreft de meldkamerfunctie als de vervoersfunctie).
<b>Inspectie Gezondheidszorg GHOR-bestuur</b>	Controleert kwaliteit op basis van Kwaliteitswet zorginstellingen. Stelt de meldkamer ambulancezorg in. Adviseert minister over programma van eisen en vergunningverlening.
<b>College tarieven gezondheidszorg</b>	Stelt beleidsregels vast voor verdeling van het macrobudget, vooralsnog bekostiging en financiering via WVG.

---

## **2.5 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's)**

Het vormen van RAV's, waarbij ambulancediensten en meldkamer ambulancezorg onder één verantwoordelijkheid vallen, draagt bij tot een hogere ketenkwaliteit, een grotere doelmatigheid en betere toegankelijkheid tot de zorg. De RAV geeft via de meldkamer de opdracht tot het verlenen van zorg. Doelmatigheidswinst wordt ook bereikt doordat een RAV beter in staat wordt geacht om nieuwe ontwikkelingen het hoofd te bieden. Te denken valt aan doelmatiger inkoop of de opvang van tijdelijke personeelstekorten via gezamenlijke invalpools. Ook zal RAV-vorming leiden tot een hogere kwaliteit in zorginhoudelijk opzicht. Deze integrale kwaliteitszorg is een verantwoordelijkheid van de RAV en omvat zowel de directe ambulancezorg (eerste hulp, stabilisatie, vervoer, plaatsen en overdragen van patiënten in de keten van zorg) als de meldkamerfunctie (aanneme, indicatiestelling en uitgifte van ritten). Het aanstellen van één medisch manager leidt tot duidelijkheid over de medische eindverantwoordelijkheid en garandeert de eenheid van (kwaliteits)beleid in een regio. De Kwaliteitswet zorginstellingen is van toepassing op de werkzaamheden van de RAV.

Een ander voordeel van de RAV-vorming is dat er per regio één aanspreekpunt ontstaat voor het aandeel van de ambulancezorg in de rampenbestrijding. Het betreft hier ca. 1% van het spoedvervoer (de zgn. A-ritten). Omdat de RAV-regio's congruent zijn aan de veiligheidsregio's heeft de RGF één aanspreekpunt voor het maken van afspraken ter voor-

bereiding op rampen en grootschalige ongevallen. Ook dit leidt tot een grotere doelmatigheid.

De partijen in een regio hebben keuzevrijheid in de wijze waarop zij de RAV vormgeven. Zo kan de rechtsvorm variëren. Er is een publiekrechtelijke (gemeenschappelijke regeling) en een privaatrechtelijke variant. De praktijk laat zien dat er niet of nauwelijks verschil bestaat tussen private en publieke ambulancediensten, waar het gaat om doelmatig werken en beter presteren. Zowel publieke als private diensten kennen goede als slechte voorbeelden.

Daarnaast hebben de partijen in een regio de vrijheid om een RAV te vormen door middel van een samenwerkingsverband of door middel van integratie van de bestaande diensten tot één organisatie. In het samenwerkingsmodel richten de ambulancediensten gezamenlijk de RAV op. In het tweede geval is sprake van een fusiemodel. In dit model gaan de bestaande partijen op in één nieuwe organisatie, die de gehele ambulancezorg (zowel meldkamer- als vervoersfunctie) in eigen beheer verleent. Doelstelling van de RAV-vorming blijft het vormen van een doelmatige en slagvaardige organisatie.

### **3. Vergunningverlening**

De basis voor het leveren van ambulancezorg blijft de vergunning van de overheid. Deze vergunning en de procedure wijken op vijf punten af van de huidige situatie:

- De vergunning voor een RAV wordt verleend door de minister van VWS en niet meer door de provincie.
- Per regio wordt één vergunning als RAV verleend (in totaal 24 vergunningen).
- De minister stelt een programma van eisen vast waaraan gegadigden voor een vergunning moeten voldoen.
- De vergunning wordt verleend op basis van een plan (Regionaal Ambulanceplan (RAP)), dat is opgesteld door de aanvrager van de vergunning en dat wordt getoetst aan het programma van eisen.
- De vergunning geldt voor een termijn van vier jaar.

In het programma van eisen dient de minister tenminste in te gaan op de volgende onderwerpen:

- de personele, materiële en organisatorische voorzieningen die de RAV moet treffen, waaronder begrepen de spreiding van de standplaatsen en de beschikbaarheid;
- de afstemming op RAV's in naburige regio's;
- de samenwerking met andere zorginstellingen in de betrokken regio;
- de inzet ten behoeve van de GHOR-taken;
- de uitvoering van de meldkamerfunctie;
- de begroting.

Over het programma van eisen heeft de minister tevoren advies gevraagd aan de verzekeraars en het GHOR-bestuur.

Alvorens de minister een vergunning verleent stelt hij de zorgverzekeraars in de betrokken regio in de gelegenheid hun zienswijze te geven over de gegadigde aan wie hij voornemens is de vergunning te verlenen; zij kennen immers het zorgveld in de specifieke regio.

Voor de minister is die zienswijze zwaarwegend, omdat zorgverzekeraar en RAV na vergunningverlening gezamenlijk instaan voor de kosten en de kwaliteit van de zorg in de regio.



Ook het GHOR-bestuur krijgt de gelegenheid zijn zienswijze over de voorgenomen vergunningverlening aan de minister kenbaar te maken. Zij beziet het voornemen in het licht van de voorbereiding van de hulpverlening bij rampen en zware ongevallen.

In het geïntroduceerde vergunningenstelsel staat vanaf de inwerkingtreding van de wet, alsook tussentijds, de markt open voor zowel publieke als private ambulancediensten. Nieuwe aanbieders hebben dus een reële kans op de vergunning, zodat concurrentie om de markt kan gaan ontstaan.

Er wordt van uitgegaan dat zich per regio meer gegadigden voor een vergunning zullen aandienen. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur zullen nadere regels worden gesteld over de procedure van vergunningverlening. In het bijzonder kan hierbij gedacht worden aan een procedure voor het geval dat zich voor een regio meer gegadigden aanmelden en de minister de keus moet maken.

Na vier jaar vervalt de vergunning van rechtswege. De vergunningverlening voor vier jaar is overigens geen garantie voor vier jaar behoud van de vergunning. Dat zou immers betekenen dat daardoor de prikkel voor doelmatigheid en beter presteren haar werking mist. Er is voldoende dynamiek in het vergunningenstelsel ingebouwd om de RAV te prikkelen tot doelmatig gedrag. In de eerste plaats hangt de RAV gedurende die vier jaar een dreiging van intrekking door de minister boven het hoofd, indien zij haar werkzaamheden niet verantwoord uitvoert of de aan de vergunning verbonden voorschriften of beperkingen niet in acht neemt. Daarnaast gelden onverkort de eisen in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen, die ook voor het huidige ambulancevervoer van toepassing zijn. Voorts treden zorgverzekeraars, nadat de vergunning is verleend, op basis van de WVG jaarlijks met de RAV in overleg voor het maken van afspraken over de kwaliteit van de te verlenen zorg alsook over de prestaties. Op grond van diezelfde wet dient bovendien jaarlijks verantwoording aan het CTG te worden afgelegd over de geleverde prestaties. Overtreding van regels kan voor de minister grond zijn de vergunning in te trekken. Met andere woorden tussentijdse afrekening gedurende de vier jaar, met als uitvloeisel het kwijtraken van de vergunning, maakt het mogelijk dat ook tussentijds nieuwe aanbieders zich op de markt kunnen aandienen, waardoor er meer dynamiek op deze markt ontstaat.

Overigens is ook tussentijdse intrekking van de vergunning op verzoek van de RAV zelf mogelijk. Degene op wie de vergunning in zo'n geval overgaat, zal voor de resterende periode van de vier jaar aan alle eisen van de wet moeten voldoen.

Als er in een regio geen partij is die een vergunning aanvraagt of als de aanvragen alle moeten worden afgewezen, dan is de minister verplicht zelf een RAV op te richten om in de vereiste ambulancezorg te voorzien.

Ik ben van plan om de eerste vergunningverlening die plaats vindt na het in werking treden van dit wetsvoorstel te evalueren; daarbij zal ik met name ingaan op het verloop van de procedure, vanaf het opstellen van het programma van eisen tot de uiteindelijke vergunningverlening. Verder zal er ingegaan worden op voor de ambulancezorg relevante ontwikkelingen op het gebied van de zorg. Wellicht geven de resultaten van de evaluatie aanleiding om de vergunningverlening meer in te kleden als een aanbestedingsprocedure waarin de prijs/kwaliteitsverhouding als belangrijkste criterium wordt gehanteerd.

#### **4. Registratie en verantwoording**

De vergunningverlening regelt «aan de voorkant» een aantal waarborgen voor verantwoorde ambulancezorg. Om inzicht te krijgen in de werkelijke exploitatie van ambulancezorg is het van belang dat iedere RAV een goed registratiesysteem heeft en de juiste gegevens registreert. De gegevensverzameling levert belangrijke stuurinformatie op en verschaft inzicht in wijze waarop het beleid van de minister succes heeft.

Uniformering van de registratie is een belangrijke voorwaarde om op RAV-niveau inzicht te krijgen in de wijze waarop zorg geleverd wordt. Op basis van de wet zal worden bepaald welke gegevens verzameld en aan de minister verstrekt dienen te worden. In overleg met de sector krijgt de eenduidigheid en uniformering, alsmede de aggregatie op RAV-niveau zijn beslag.

#### **5. Van CPA naar meldkamer ambulancezorg**

In de nieuwe systematiek houdt de CPA op te bestaan als zelfstandige organisatie; in plaats daarvan komt er een gemeenschappelijke meldkamer waar ambulance, politie en brandweer gehuisvest zijn. De verantwoordelijkheden binnen het ambulancedeel van de gemeenschappelijke meldkamer, verder te noemen meldkamer ambulancezorg, zijn als volgt.

Het GHOR-bestuur is verantwoordelijk voor het instellen van de meldkamer ambulancezorg. Deze taak behelst de aanwijzing van de locatie van de meldkamer, het beheer van het gebouw waarin de meldkamer gehuisvest is en het zorgdragen voor een deugdelijke infrastructuur.

De RAV-directeur is belast met de aansturing van de meldkamer ambulancezorg, omdat de meldkamerfunctie een integraal onderdeel is van het leveren van ambulancezorg.

Het optimaal functioneren van de meldkamer ambulancezorg is de bestuurlijke en organisatorische verantwoordelijkheid van de RAV, omdat de taken van de centralist op de meldkamer nauw verweven zijn met die van de ambulancebemanning. Dit geldt zowel in het geval van dagelijkse ambulancezorg als in het geval van rampen. In sommige regio's is de RAV eigenaar of beheerder van de meldkamer ambulancezorg en heeft de RAV de centralisten in dienst. In andere regio's maakt de RAV gebruik van de gemeenschappelijke meldkamer van een hulpverleningsorganisatie. In die gevallen sluit de RAV-directeur een dienstverleningscontract met de beheerder van de meldkamer. De RAV betaalt maximaal de hoogte van de ontvangen vergoeding conform de CTG-beleidsregels.

De onderscheidene taken en bevoegdheden van de RAV en het GHOR-bestuur ten aanzien van de meldkamer ambulancezorg, met name de daaruit voortvloeiende afspraken, moeten volgens het pve in ieder geval in het RAP zijn uitgewerkt.

#### **6. Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR)**

Zoals reeds in de inleiding is vermeld is in Nederland veel energie gestoken in de bestuurlijke vernieuwing van de rampenbestrijding. Het GHOR-bestuur is ingevolge de Wet GHOR verantwoordelijk voor het instellen van de meldkamer ambulancezorg. Het GHOR-bestuur heeft daarnaast een aantal verplichtingen in het kader van de Wet GHOR die raken aan de reguliere ambulancezorg.

In het kader van de rampenbestrijding wordt van de disciplines brandweer, politie en ambulancedienst verwacht dat zij in een organisatieplan beschrijven welke inzet zij plegen bij een ramp. Het GHOR-bestuur ziet erop toe dat een organisatieplan vast gesteld wordt waarbij de RAV aangeeft welke capaciteit zij kan inzetten bij de rampenbestrijding en de voorbereiding hierop.

Ter verbetering van de kwaliteit van de organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen, is in 1996 het Project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (PGHOR) gestart. De GHOR-regio's functioneren sinds 1999 en hebben in dat jaar in elke GHOR-regio een Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) aangesteld.

De hulpverlening bij rampen en zware ongevallen wordt uitgevoerd door de diensten die ook de dagelijkse hulp verlenen. Voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen betekent dit dat de diensten die betrokken zijn bij de dagelijkse SMH, ook ingezet worden bij de GHOR. De dagelijkse SMH moet moeiteloos kunnen opschalen tot een goed georganiseerde GHOR. Dit betekent dat de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur voor de voorbereiding van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen zich ook uitstrekt tot de coördinatie van de voorbereiding van de SMH op de GHOR. Daarnaast dient de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen goed te worden afgestemd op de taken van de andere bij de bestrijding van een ramp of zwaar ongeval betrokken diensten, zoals de politie en de brandweer. Bovenstaande taken worden in de Wet GHOR expliciet aan de RGF opgedragen.

Zoals gezegd wordt de hulpverlening bij rampen en zware ongevallen door dezelfde ambulancediensten uitgevoerd die ook de dagelijkse SMH verlenen. Met andere woorden, er worden geen andere eisen gesteld aan hulpverlening in het kader van de GHOR, dan aan die in het kader van de reguliere hulpverlening. Wel zullen er in het geval van GHOR-hulpverlening meer A-1 ritten worden gemaakt dan normaal het geval is. De rol van de GHOR in dit verband is het maken van afspraken met ketenpartners om zich zo goed mogelijk voor te bereiden op dergelijke rampen. Overigens gaat het bij de hulpverlening in het kader van de GHOR gelukkig om slechts een enkel procent van het totaal.

De RAV wordt in het kader van de GHOR ingeschakeld waar het gaat om het leveren van directe patiëntenzorg, het uitvoeren van de meldkamerfunctie en voor het leveren van functionarissen voor de leiding- en coördinatiestructuur zoals de Officier van Dienst Geneeskundig (OvdG).

In die situaties functioneren RAV-medewerkers onder gezag van de RGF (functionele aansturing). Dat betekent dat de RGF is belast met de coördinatie van de voorbereiding op grootschalige ongevallen en rampen en aanwijzingen kan geven aan de RAV.

Volgens het pve moet de RAV in haar RAP in ieder geval aangeven een uitwerking van de onderscheidene taken en bevoegdheden met betrekking tot de uitvoering van de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen.

## **7. Bekostiging**

### **7.1 Bekostiging reguliere ambulancezorg**

De RAV wordt het orgaan voor gezondheidszorg als bedoeld in de Wet tarieven gezondheidszorg. Dat houdt in dat er geen individuele budgetten meer worden toegekend aan de meldkamer en ambulancediensten, maar dat de RAV houder zal zijn van het budget voor de gehele ambulancezorg in de regio. Dit budget bestaat uit de activiteiten en voorzieningen die nodig zijn voor het leveren van de normale, dagelijkse patiëntenzorg (zowel wat betreft de hulpverlening en het vervoer van de patiënt als wat betreft de meldkamerfunctie).

Jaarlijks maken RAV en zorgverzekeraars prestatie-afspraken op basis van het aantal en soort ritten dat de RAV denkt te gaan maken. De budgetafspraken worden vertaald naar een tarief, dat wordt goedgekeurd door het College tarieven gezondheidszorg. Verzekeraars hebben een zorgplicht en zijn dus binnen de grenzen van de vergunning verantwoordelijk voor voldoende beschikbaarheid van de reguliere ambulancezorg. Deze tariefafspraken maken geen deel uit van de vergunningverlening maar komen tot stand nadat de vergunning is verleend.

Afhankelijk van de feitelijke situatie betaalt de RAV de eigenaar van de meldkamer ambulancezorg een vergoeding voor het gebruik van de voorzieningen in de meldkamer (en in sommige gevallen ook de inzet van personeel voor het ambulancedeel).

### **7.2 Bekostiging van GHOR-activiteiten**

Niet-patiëntgebonden activiteiten en voorzieningen inzake de hulpverlening bij ongevallen en rampen die uitstijgen boven de normale dagelijkse situatie, zijn geen onderdeel van de bekostiging vanuit de reguliere ambulancezorg. Bijvoorbeeld het inzetten boven het normale dienstrooster van ambulance- en meldkamerpersoneel voor het stand-by zijn bij grote evenementen, de Officier van Dienst Geneeskundig (OvDG) en oefenen<sup>1</sup>. Dat houdt in dat die activiteiten en voorzieningen niet vanuit het reguliere budget van de RAV worden bekostigd. De bekostiging hiervan is de verantwoordelijkheid van de aanvrager. In de meeste gevallen zal dat het bestuur zijn dat verantwoordelijk is voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. In dat kader wordt door het Rijk op grond van het Besluit Doeluitkering Rampenbestrijding een bijdrage verstrekt aan dat bestuur.

## **8. Administratieve lasten**

Op basis van een nulmeting ten aanzien van de Wet ambulancevervoer, inclusief onderliggende regelingen, is een berekening gemaakt van de totale administratieve lastendruk voor de Wet ambulancezorg. Ten tijde van de nulmeting bedroegen de administratieve lasten van de Wet ambulancevervoer € 7 518 866,-. Bij het berekenen van de nulmeting zijn fouten gemaakt bij de Regeling inzet hulpambulances. Deze regeling is namelijk slechts geldend voor de regio Den Haag. Wanneer rekening wordt gehouden met de foutieve berekening van de administratieve lasten voor het onderdeel regeling inzet hulpambulances, bedroegen de totale administratieve lasten ten tijde van de nulmeting € 4 631 366,-.

De administratieve lasten die ten gevolge van de wijziging van de wet uit de nieuwe wet voortvloeien zijn als volgt:

- Wet ambulancezorg, Artikel 2 lid 1, sub a: éénmaal per vier jaar opstellen van een Regionaal Ambulanceplan (RAP), aan de hand van

---

<sup>1</sup> Afhankelijk van het leerdoel.

dit RAP verleent de minister een vergunning voor een periode van 4 jaar. De RAV dient éénmaal per 4 jaar een RAP op te stellen.

- Besluit informatievoorziening artikel 11 Wet Ambulancezorg: het jaarlijks verstrekken van gegevens aan de minister van VWS met betrekking tot de ambulancezorg.

Het verschaffen van betrouwbare beleidsinformatie door de ambulancesector aan de minister van VWS is een wettelijke verplichting. De te leveren documentatiegegevens worden vastgesteld in een uitvoeringsbesluit.

In de afgelopen jaren is de gegevensverzameling om allerlei redenen onvoldoende geweest. In 2003 heeft VWS de gegevensverzameling zelf ter hand genomen middels een enquête. Hiertoe is opnieuw vormgegeven aan artikel 19 WAV door het herformuleren van de informatiebehoefte, waardoor de lijst met aan te leveren data ingrijpend is verkort en de administratieve lasten voor de sector afnemen.

- Regeling beheer Wet Ambulancezorg: De gegevens overeenkomstig het besluit informatievoorziening artikel 11 dienen minstens zes jaar bewaard te worden.

Ten opzichte van de huidige situatie worden een aantal bestaande verplichtingen geschrapt:

- Het Eisenbesluit ambulancevervoer: Het eisenbesluit ambulancevervoer is komen te vervallen bij de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen op 1 april 1996.
- Regeling inzake hulpambulances in de regio Den Haag: de regels die gelden voor de inzet van hulpambulances in de regio Haaglanden is vastgelegd in een ministeriële regeling op grond van artikel 17a Wet ambulancevervoer. In de regeling is eveneens opgenomen welke gegevens vastgelegd dienen te worden bij de inzet van een hulpambulance. De huidige ministeriële regeling inzake de inzet van hulpambulances in de regio Haaglanden wordt ingetrokken. Wenselijk is dat dit vervoer niet meer buiten de meldkamer om plaats vindt. Aangezien het bedienen van de meldkamer een functie is van de RAV en hulpambulances, zoals in de toelichting bij artikel 1 is gezegd, onder het begrip «ambulances» vallen, ligt onderbrenging van dit vervoer bij de RAV in de rede.

De totale administratieve lasten van de nieuwe wet Ambulancezorg bedragen € 1,3 mln. Een reductie van administratieve lasten wordt gerealiseerd door RAV-vorming en herformulering van informatiebehoefte van de overheid. Bovenstaande administratieve lasten zijn aan het Adviescollege Toetsing Administratieve Lasten (Actal) ter toetsing voorgelegd<sup>1</sup>.

## Artikelsgewijs

### Artikel 1

Onderdeel c, in combinatie met onderdeel b, geeft aan wanneer sprake is van ambulancezorg: het gaat om zorg die erop gericht is een zieke of gewonde hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren. Een ambulance is een motorvoertuig dat speciaal is ingericht voor het vervoer van zieken of gewonden. Dat zijn zowel de voor het publiek als «ziekenauto» herkenbare voertuigen, als de speciaal voor het vervoer van zieken of gewonden ingerichte hulpambulances. Vanzelfsprekend zijn de mogelijkheden tot het verlenen van zorg bij hulpambulances geringer dan bij de echte ziekenauto; er gelden dan ook niet dezelfde inrichtingseisen voor.

Het woord «gericht» wil in de eerste plaats zeggen dat de zorg beide elementen, hulpverlening en vervoer, moet kunnen omvatten. Niet van belang is of in het concrete geval daadwerkelijk zowel hulpverlening als vervoer plaatsvinden; zo kan in sommige gevallen het ambulance-

<sup>1</sup> Het college stelde op 10 juni 2004 vast dat met het wetsvoorstel een bijdrage wordt geleverd aan de realisatie van de kabinetsdoelstelling om de administratieve lastendruk van het bedrijfsleven met 25% te verminderen. Het wetsvoorstel is – zo meent het college – een alternatief voor de thans bestaande meer belastende werkwijze. Mogelijk zijn er in de toekomst aangrijpingspunten om de resterende lastendruk van Euro 1,3 miljoen verder te verlagen. Voorts geeft het college aan om bij de evaluatie van de eerste vergunningverlening die plaats vindt na het in werking treden van het wetsvoorstel, ook de gevolgen voor de administratieve lasten voor het bedrijfsleven te betrekken. Alles overwegende adviseerde het college het wetsvoorstel bij het Parlement in te dienen.

personeel volstaan met het verlenen van hulp, waarna vervoer niet meer nodig blijkt. Ook komt voor dat de ambulance uitsluitend wordt ingezet voor vervoer. Zou onder ambulancezorg ook uitsluitend het eerste element, het verlenen van hulp, kunnen worden begrepen, dan was er geen verschil met de hulpverlening door een huisarts of in een ziekenhuis. Essentieel voor de onderhavige vorm van zorg is dat er een ambulance bij betrokken is. Dit brengt mij op de tweede betekenis van het begrip «gericht op»: het gebeurt wel dat op een melding wordt gereageerd door een «piket-auto» of een motorrijwiel in te zetten om zo spoedig mogelijk op de plaats des onheils de eerste hulp te kunnen verlenen. In die gevallen is alleen sprake van ambulancezorg indien met de inzet van dat voertuig vooruit wordt gereden op de komst van een ambulance. Denkt de meldkamer met de piket-auto of het motorrijwiel te kunnen volstaan, dan is de zorg niet «gericht op» hulpverlening en vervoer per ambulance. Ook de inzet van een helikopter valt niet onder ambulancezorg, indien die inzet niet plaatsvindt in afwachting van een ambulance-auto. Overigens kunnen over de inzet van andere voertuigen, los van ambulancezorg, regels worden gesteld op basis van artikel 9.

Dit wetsvoorstel maakt een onderscheid tussen het verrichten van ambulancezorg en het verlenen ervan. De term «verrichten» wordt gebruikt voor het geheel van de zorg, waartoe zowel het geven van de rit-opdrachten (als functie van de meldkamer) als het uitvoeren van de ritten behoren; zie ook artikel 3. De term «verlenen» wordt gebruikt voor het daadwerkelijk verlenen van de zorg, dus voor de handelingen die het personeel van de ambulance uitvoert.

Onderdeel e vervangt de term Centrale post voor het ambulancevervoer (CPA) door «meldkamer». Reden hiervoor is dat deze term reeds gebruikt wordt voor de brandweer en de politie en dat het wenselijk is dat te zijner tijd de drie meldkamers per regio op één plaats worden gebundeld. In dit verband merk ik het volgende op. Het instellen en instandhouden van een centrale post voor het ambulancevervoer lag tot (datum) ingevolge artikel 5 van de Wet ambulancevervoer bij de gemeente of samenwerkende gemeenten. Bij de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding (Stb. 2004, 184) is die taak overgebracht naar het openbaar lichaam, dat ingevolge de aanhef van artikel 4, eerste lid, van de Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (WGHOR) wordt ingesteld door de gemeenten die behoren tot één regio (GHOR-bestuur). Als reden voor deze overbrenging werd aangevoerd dat de verantwoordelijkheid van het GHOR-bestuur ook de coördinatie van de voorbereiding van de spoedeisende medische hulpverlening op de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen omvat. Het ambulancevervoer wordt tot nu toe ingevolge de Wet ambulancevervoer verricht door vergunninghouders; dat kunnen zowel particuliere bedrijven zijn als overheidsinstellingen, zoals GGD'en. Artikel 15 van die wet bepaalt dat, indien er met minder ambulance-auto's aan het ambulancevervoer wordt deelgenomen dan is voorgeschreven, de gemeenten in het nodige vervoer voorzien. Zoals in het algemeen deel van deze memorie van toelichting is gezegd, is sinds enige jaren sprake van een RAV-vorming, dat wil zeggen een ontwikkeling waarbij per regio het ambulancevervoer in één hand wordt gebracht, de Regionale Ambulancevoorziening. Het onderhavige wetsvoorstel formaliseert deze ontwikkeling door het verrichten van de ambulancezorg per regio op te dragen aan één rechtspersoon, die daartoe als RAV een vergunning van de minister van VWS heeft gekregen. Voor de kwaliteit van de ambulancezorgverlening is het wenselijk dat de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de meldkamertaken en voor het verlenen van de daadwerkelijke zorg bij één instantie ligt. Daarom draagt dit wetsvoorstel ook het instandhouden van de meldkamer op aan de RAV.

Het GHOR-bestuur behoudt de taak tot het instellen van de meldkamer (locatie aanwijzen, beheer gebouw en infrastructuur). De Wet GHOR wordt op dit punt aangepast (artikel 17). Op deze wijze kan dat bestuur zorgdragen voor de gewenste ontwikkelingen met betrekking tot de realisatie van de gemeenschappelijke meldkamer.

De RAV is in die constructie voor de toepassing van de Wet tarieven gezondheidszorg als «orgaan voor gezondheidszorg» de budgethouder en voor de toepassing van de Kwaliteitswet zorginstellingen als «zorgaanbieder» aanspreekbaar op het verrichten van verantwoorde zorg, waartoe zowel het functioneren van de meldkamer als het verlenen van ambulancezorg behoren.

Evenals de Wet ambulancevervoer zondert het wetsvoorstel in het tweede lid van artikel 1 de militaire ambulance-auto's uit van het wettelijk regime. De uitzondering voor justitieel vervoer is niet overgenomen, omdat dat in de praktijk als «besteld vervoer» plaatsvindt na opdracht van de CPA. Daarnaast kent de huidige wet nog een, inmiddels achterhaalde en daarom evenmin in het voorstel overgenomen, uitzondering voor vervoer in bijzondere omstandigheden door daartoe bestemde diensten, zoals de Organisatie Bescherming Bevolking.

#### Artikel 2

Het grondgebied van Nederland wordt voor de toepassing van deze wet ingedeeld in veiligheidsregio's, waarbij in beginsel de regio-indeling op grond van artikel 3 van de Brandweerwet 1985 wordt gevolgd. Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is gezegd, geldt alleen voor de regio Zaanstreek-Purmerend een uitzondering; deze zal bij de regio Amsterdam worden ingedeeld.

Ingevolge het tweede lid stelt de minister een referentiekader vast waarin hij de gebieden aanwijst waarin zich naar zijn mening de standplaatsen van de ambulances zouden moeten bevinden. Hij baseert zich hierbij op een in het kader van het project «Versterking Ambulancezorg» uitgevoerd onderzoek door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het RIVM heeft aan de hand van een aantal scenario's onderzocht hoe de standplaatsen idealiter over Nederland gespreid zouden moeten zijn om zoveel mogelijk inwoners binnen de norm-rijtijd te kunnen bereiken. Dat onderzoek heeft geresulteerd in een verdeling van Nederland in gebieden waarbinnen een ambulance-standplaats zou moeten zijn gevestigd, en wel zo centraal dat binnen dat gehele gebied de norm-rijtijd kan worden gehaald. Wat de minister met het oog op die centrale ligging aanwijst op grond van artikel 2, tweede lid, is een cluster van postcodes binnen ieder gebied. In zo'n cluster zou zich naar zijn mening een standplaats moeten bevinden. Zijn mening is niet bindend; de concrete vestiging van standplaatsen is ter vaststelling door de RAV. Zij kan er bijvoorbeeld voor kiezen om in een aangewezen gebied geen standplaats in te richten, omdat daar naar haar mening op andere wijze in verantwoorde zorg kan worden voorzien. Slechts indien de door de RAV gemaakte en in het regionaal ambulanceplan (zie artikel 4, vierde lid) neergelegde keuze naar het oordeel van de minister op onverantwoorde wijze afwijkt van zijn gebiedsaanwijzing, heeft hij de bevoegdheid de vergunning te weigeren (artikel 4, vijfde lid). De RAV bepaalt ook het aantal ambulances per standplaats en eventueel het aantal standplaatsen in het cluster. Die aantallen zullen onder meer afhangen van het aantal inwoners van het betrokken gebied.

De regeling waarin de minister de postcode-clusters voor de ambulance-standplaatsen vaststelt, heeft een geldigheidsduur van vier jaar. Deze termijn is gelijk aan de maximale geldigheidsduur van het organisatieplan dat het regiobestuur opstelt op grond van artikel 6 van de Wet GHOR. Vier jaar is ook de termijn waarvoor een RAV een vergunning krijgt (artikel 6 van dit wetsvoorstel) en derhalve ook de geldigheidsduur van het door de

aspirant-RAV op te stellen plan, waarin een regeling inzake de GHOR-taken moet zijn opgenomen (zie artikel 4, tweede lid, onder e). Op deze wijze wordt ten aanzien van de hulpverlening bij ongevallen en rampen samenhang verkregen tussen de verschillende wettelijke regimes.

#### Artikel 3

Per regio is er één Regionale Ambulancevoorziening (RAV), die integraal verantwoordelijk is voor het verrichten van verantwoorde ambulancezorg, zowel in de dagelijkse routinematige situatie als bij rampen en ongevallen. De RAV verricht de ambulancezorg; zij kan daarvoor personeel in dienst hebben dan wel door derden de zorg doen verlenen op contractbasis.

Zoals blijkt uit het artikel en hierboven al uitgelegd, behoren tot het verrichten van ambulancezorg zowel het functioneren van de meldkamer als het verlenen van zorg door het ambulancepersoneel.

#### Artikel 4

De minister stelt ten behoeve van de vergunningverlening per regio een programma van eisen op, dat in ieder geval ingaat op de wijze waarop ambulancezorg zou moeten worden verricht en op de materiële, personele en financiële middelen die daarvoor nodig zijn. Alvorens het vast te stellen vraagt de minister advies aan de in de betrokken regio werkzame verzekeraars en het GHOR-bestuur.

De rechtspersoon die voor een regio wenst te worden aangewezen als RAV, dient een plan te hebben opgesteld waaruit de minister kan opmaken hoe de rechtspersoon zich voornemt de taken van een RAV uit te gaan oefenen. In ieder geval moet het plan duidelijk maken hoeveel personeel van welke kwaliteit bij de uitvoering betrokken wordt, hoeveel ambulances en andere materiële en financiële middelen worden ingezet en welke organisatorische maatregelen worden genomen om de ambulancezorg op verantwoorde wijze te laten plaatsvinden. Ook zal uit dit onderdeel van het plan moeten blijken of de RAV zich voor de uitvoering van haar taken bedient van eigen personeel en materieel dan wel dat «inhuurt» van derden. Ik wijs er met nadruk op dat hier bedoeld wordt op de taak van het verrichten van ambulancezorg, dus zowel op de meldkamertaken als op de taken van het ambulancepersoneel. De minister heeft geen «harde» criteria waaraan hij dit onderdeel van de aanvraag toetst. Het gaat hem niet om het juiste aantal medewerkers of ambulances; criterium voor de beoordeling is of uitvoering van het voorgestelde plan redelijkerwijs zal leiden tot verantwoorde ambulancezorg, gelet op het programma van eisen. Hij zal zich hierbij laten adviseren door de Inspectie voor de gezondheidszorg.

Uit dit onderdeel van het plan moet ook blijken hoe de rechtspersoon zich de verdeling van standplaatsen voorstelt, in relatie tot de gebiedsaanwijzing van de minister. Zoals hierboven in de toelichting bij artikel 2, tweede lid, is gezegd, is ook hier het beoordelingscriterium de vraag of de verdeling redelijkerwijs zal leiden tot verantwoorde zorg.

Het plan moet ook een regeling bevatten waaruit blijkt hoe wordt samengewerkt met andere zorginstellingen in de regio, zoals de ziekenhuizen en hoe de afstemming is op de ambulancezorg in andere regio's; te denken valt hierbij aan een recent door de regio's opgesteld landelijk ambulancebijstandsplan. Ook hier beoordeelt de minister of de regeling kan leiden tot verantwoorde zorgverlening.

Volgend onderdeel van het plan is een regeling inzake de taken in het kader van de hulpverlening bij ongevallen en rampen. De minister toetst ook dit onderdeel van het plan op de vraag of de regeling redelijkerwijs leidt tot verantwoorde zorg.



Een met het vorige onderdeel samenhangend punt is de instandhouding van de meldkamer; ook hieraan moet het programma van eisen aandacht besteden, bijvoorbeeld ten aanzien van de afspraken ter zake tussen RAV en GHOR-bestuur.

Het wetsvoorstel noemt in het vijfde lid de grond waarop de minister verlening van de vergunning weigert: indien het plan zodanig afwijkt van zijn programma van eisen dat het verrichten van verantwoorde ambulancezorg niet is gewaarborgd. Tegen weigering van de vergunning staat beroep open op de rechtbank.

Krachtens het zesde lid worden regels gesteld worden inzake de vergunningverlening. In het bijzonder kan hierbij worden gedacht aan een procedure voor het geval dat zich voor een regio meer gegadigden aanmelden en de minister een keus moet maken; de criteria daarvoor dienen voor de betrokkenen kenbaar te zijn.

#### Artikel 5

Indien de minister voornemens is een vergunning te verlenen, stelt hij de in de betrokken regio werkzame verzekeraars in de gelegenheid over zijn voornemen hun zienswijze te geven. Die zienswijze zal voor de minister zwaar wegen, omdat de RAV met de verzekeraars in de regio een overeenkomst zal moeten sluiten over de productie, waaronder begrepen de vestiging van de standplaatsen. Voorts vraagt de minister het GHOR-bestuur van de desbetreffende regio om zijn zienswijze. Het bestuur kan bij zijn beoordeling toetsen aan het door hem opgestelde organisatieplan, maar ook het landelijk door partijen ontwikkelde ambulancebijstandsplan kan leidraad zijn. Die zienswijze zal voor de minister zwaar wegen, omdat de RAV onderdeel uitmaakt van de keten van openbare orde en veiligheid. Hiermee is ook het lokaal bestuur betrokken bij de vergunningverlening.

Het derde lid van artikel 5 noemt de gevallen waarin de minister de vergunning van een RAV intrekt. Hij kan dit doen wanneer de RAV daarom verzoekt, maar ook bij wijze van sanctie, wanneer de RAV haar taken niet of niet op verantwoorde wijze vervult, dan wel voorschriften of beperkingen niet in acht neemt.

Het kan voorkomen dat in een regio geen rechtspersoon een verzoek doet om te worden aangewezen als RAV. In dat geval zal de minister op grond van het vierde lid van artikel 5 zelf een rechtspersoon moeten oprichten, die voor vier jaar de vergunning krijgt toegewezen.

#### Artikel 6

Zoals gezegd, sluit de termijn van vier jaar aan bij de in de Wet GHOR gehanteerde termijn. De wet geeft geen regels over de overgang van de vergunning van de zittende RAV op een nieuwe na afloop van de vierjarige periode. Zo wordt het aan hen overgelaten of zij afspraken maken over de overname van personeel en materieel; in voorkomend geval zijn daarop de artikelen 662 tot en met 666 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek van toepassing.

Ook over het overdragen van de vergunning tijdens de periode van vier jaar geeft het wetsvoorstel geen regels. Die overdracht leidt in beginsel slechts tot een wijziging van de tenaamstelling. Wel gelden voor de nieuwe vergunninghouder dezelfde rechten en plichten als voor de oude: de nieuwe kan de vergunning slechts uitvoeren voor de resterende periode van de vier jaar waarvoor de vergunning was verleend, en hij moet aan dezelfde eisen voldoen als zijn voorganger. De overdracht kan voor de minister aanleiding zijn om op grond van artikel 5, tweede lid, de aan de vergunning verbonden voorschriften of beperkingen te wijzigen of er nieuwe aan te verbinden.

#### Artikel 7

Het eerste lid gaat er bij het verbieden aan anderen dan de RAV van het verrichten van ambulancezorg van uit dat het de RAV zelf is die de zorg verricht. Het tweede lid heft het verbod op voor degenen die de zorg op contractbasis voor de RAV uitvoeren.

Het derde lid bevat een verbod dat ook al in de Wet ambulancevervoer (WAV) voorkomt, namelijk om zonder opdracht van een meldkamer (in de WAV: Centrale post ambulancevervoer) ambulancezorg te verlenen.

#### Artikel 8

Zoals uit de combinatie van de artikelen 7, derde lid, en 8 blijkt, kan degene die ambulancezorg verleent, de opdracht daartoe krijgen van de meldkamer van de regio waarin hij zijn standplaats heeft, maar ook van de meldkamer van een andere regio. Een verzoek tot ambulancezorg wordt ingediend bij de meldkamer van de regio waarin de zorg een aanvang neemt, dus waar de te verzorgen persoon zich bevindt. Indien die meldkamer besluit dat ambulancezorg inderdaad nodig is, geeft hij daartoe in het algemeen opdracht aan een ambulancedienst die in zijn regio zijn standplaats heeft. Het kan echter voorkomen dat inschakeling van een ambulance van een andere regio door diens nabijheid bij de plaats waar de zorg wordt gevraagd, zinvoller is. In dat geval geeft de meldkamer waar het verzoek tot ambulancezorg binnenkwam, aan die ambulance de opdracht en verwittigt hij hiervan de meldkamer van de regio waar die ambulance zijn standplaats heeft. Onder de Wet ambulancevervoer is vervoer dat aanvangt in een andere regio dan waar de standplaats is, alleen mogelijk na opdracht van de «eigen» CPA; deze moet daartoe een verzoek krijgen van de CPA van de regio waar het vervoer moet aanvangen. De ontwikkelingen in de communicatietechniek maken een doeltreffender stelsel mogelijk, waarbij, zoals uit het voorstel blijkt, de opdracht over minder schijven loopt.

Over de inschakeling van ambulances uit een naburige regio kunnen afspraken gemaakt worden tussen de desbetreffende RAV's, waarvan uit het regionaal ambulanceplan kan blijken.

#### Artikel 9

De tekst van deze bepaling is grotendeels gelijk aan die van artikel 17 van de Wet ambulancevervoer. Op dit moment geldt er geen regeling ter uitvoering van dat artikel. Het voornemen bestaat om voor de inzet van helikopters, die niet onder het begrip «ambulance» vallen, een regeling te treffen.

#### Artikelen 10 en 16

Op grond van artikel 17a van de WAV zijn twee regelingen vastgesteld waarbij het grootste deel van de wet niet van toepassing wordt verklaard op het betrokken vervoer; één heeft betrekking op de inzet van hulpambulances in de regio Haaglanden, de andere zondert het regime van de wet uit voor bedrijfsambulances en ambulances van het Rode Kruis in bepaalde gevallen, zoals bij bijzondere gelegenheden van onder meer religieuze of culturele aard. Laatstgenoemde regeling wordt gehandhaafd; deze berust ingevolge artikel 16 voortaan op artikel 10 van dit wetsvoorstel. De regeling inzake de inzet van hulpambulances in Haaglanden zal worden ingetrokken. Wenselijk is dat dit vervoer niet meer buiten de meldkamer om plaats vindt. Aangezien het bedienen van de meldkamer een functie is van de RAV en hulpambulances, zoals in de toelichting bij artikel 1 is gezegd, onder het begrip «ambulance» vallen, ligt onderbrenging van dit vervoer bij de RAV in de rede.

Het verschil tussen de ambulancezorg waar het in dit artikel om gaat, en het vervoer, genoemd in artikel 1, tweede lid, is dat op het laatstge-

noemde vervoer dit wetsvoorstel in het geheel niet van toepassing is, terwijl voor de ambulancezorg op grond van artikel 9 specifiek voor die zorg geldende regels kunnen worden vastgesteld.

Het vervoer van zieken of gewonden vanuit het buitenland vindt thans plaats op de voet van artikel 7, eerste lid, derde volzin, WAV. Opdracht wordt gegeven door de in de vergunning van de vervoerder aangewezen meldkamer. Met het vervallen van de individuele vergunninghouders moet die derde volzin worden geschrapt. Het buitenlandvervoer zal worden geregeld op basis van artikel 10.

Ook op grond van artikel 10 zal een regeling worden getroffen voor de drie zogenaamde «IC-ambulances», die alleen in zeer bijzondere gevallen worden ingezet en een min of meer landelijk bereik hebben. Zij kunnen door hun inrichting worden beschouwd als rijdende ziekenhuizen.

#### Artikel 11

Het op grond van artikel 19 WAV vastgestelde uitvoeringsbesluit inzake aan de minister te leveren documentatiegegevens wordt (inclusief de op het besluit gebaseerde ministeriële regelingen) ingevolge artikel 16 voorschijns gehandhaafd en berust voortaan op artikel 11.

#### Artikelen 12 en 13

Het toezicht op de naleving van de wet blijft berusten bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

#### Artikel 14

Overtreding van bepalingen van de Wet ambulancevervoer is in artikel 21 van die wet strafbaar gesteld. Om effectiever en meer «op maat» te kunnen sanctioneren stel ik voor eventuele overtredingen van dit wetsvoorstel langs bestuurlijke weg af te doen; daartoe wordt de minister bevoegd verklaard tot het toepassen van bestuursdwang. In dat kader is hij krachtens de Algemene wet bestuursrecht tevens bevoegd tot het opleggen van een dwangsom.

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