

# 61ste vergadering

Woensdag 22 maart 2006

Aanvang 10.15 uur

## Voorzitter: Ten Hoopen

Tegenwoordig zijn 116 leden, te weten:

Aasted Madsen-van Stiphout, Albayrak, Algra, Aptroot, Arib, Van As, Atsma, Van Baalen, Bakker, Balemans, Blok, Van Bochove, Boelhouwer, Van Bommel, Brinkel, Buijs, Bussemaker, Van de Camp, Çörüz, Crone, Van Dam, Depla, Dezentjé Hamming, Van Dijk, Van Dijken, Dijksma, Dijsselbloem, Dittrich, Douma, Duivesteijn, Duyvendak, Van Egerschot, Eijsink, Eski, Ferrier, Van Fessem, Fierens, Van Gent, Gerkens, De Haan, Van Haersma Buma, Van der Ham, Hamer, Haverkamp, Herben, Hermans, Hessels, Van Heteren, Van Hijum, Hirsi Ali, Hofstra, Ten Hoopen, Huizinga-Heringa, Jager, Joldersma, Jonker, Kalsbeek, Kant, Karimi, Knops, Koenders, Koomen, Koopmans, Kortenhorst, Koşer Kaya, Kraneveldt, De Krom, Kruijsen, Leerdam, Lenards, Luchtenveld, Mastwijk, Meijer, Mosterd, De Nerée tot Babberich, Van Oerle-van der Horst, Omtzigt, Oplaat, Örgü, Ormel, De Pater-van der Meer, Roefs, Samsom, Van der Sande, Schippers, Schreijer-Pierik, Slob, Smeets, Smilde, Snijder-Hazelhoff, Spies, Van der Staaij, Sterk, Straub, Stuurman, Szabó, Timmer, Timmermans, Tjon-A-Ten, Van Velzen, Vendrik, Verbeet, Verburg, Vergeer, Vietsch, Visser, Van der Vlies, Bibi de Vries, Jan de Vries, Klaas de Vries, Van Vroonhoven-Kok, Weekers, Wilders, Van Winsen, De Wit en Wolfsen,

en de heer Donner, minister van Justitie, de heer Pechtold, minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties, mevrouw Van Ardenne-van der Hoeven, minister voor Ontwikkelingssamenwerking, en de heer Nicolaï, staatssecretaris van Buitenlandse Zaken.

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Dubbelboer, Van Heemst en Tichelaar, wegens bezigheden elders;

Crone en Stuurman, wegens bezigheden elders, alleen voor de ochtendvergadering;

Albayrak, Heemskerck en Noorman-den Uyl, wegens bezigheden elders, alleen voor de avondvergadering;

Kruijsen en Eijsink, wegens bezigheden elders, alleen voor de middag- en avondvergadering;

Duivesteijn, na de ochtendvergadering, wegens verblijf buitenslands, ook morgen;

Waalkens, wegens verblijf buitenslands, ook morgen;

Vendrik, voor onbepaalde tijd, wegens vertraging van het openbaar vervoer.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

---

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wet ambulancezorg (29835).**

De algemene beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. De ambulance-sector heeft in de laatste vijftien jaar een flinke kwaliteits-slag gemaakt. In internationaal perspectief doen wij het niet slecht, er wordt een heel behoorlijke kwaliteit geleverd en daarbij komt dat de prijs-kwaliteitsverhouding ook heel behoorlijk is. Dit is niet vanzelf gegaan. Er is in afgelopen jaren hard gewerkt aan verbetering van de kwaliteit en de efficiëntie. Ook in de ambulancezorg heeft een schaalvergroting plaatsgehad. De nieuwe ambulancewet laat nu al vele jaren op zich wachten. Iedereen heeft aangegeven, welke inhoudelijke invalshoek men ook kiest, dat het de hoogste tijd is dat er knopen worden doorgemaakt. Het uitblijven van de nieuwe wet, het uitstellen van de keuzes die nu moeten worden gemaakt om verder te kunnen, leidt tot onzekerheid en vertraagt het proces om verder te kunnen, om nieuwe verbeteringen tot stand te brengen.

In de huidige situatie stelt de provincie de spreidingsplannen vast, stuurt de GHOR het ambulancevervoer aan en verloopt de financiering via de zorgverzekeraars. Dit is inefficiënt en het geeft perverse prikkels. Er bestaat te veel onduidelijkheid, daarom is het goed dat wij vandaag het debat aangaan. De VVD-fractie beschouwt het ambulanceproces, van de meldkamer tot het vervoer en de zorg daarna, als één proces. In de meldkamer heeft een belangrijk onderdeel van dit proces plaats. Daar wordt de triage gedaan, daar wordt besloten of er wordt uitgerukt en waarmee: een ambulance, een helikopter,

## Schippers

een motor of een huisarts. Niet iedereen kan deze triage zomaar verrichten, dit vergt specifieke kennis, vaardigheden en expertise. Hiervoor is opleiding en ervaring nodig. In de meldkamer wordt de planning gemaakt, van spoedvervoer tot besteld vervoer. De ambulancezorg maakt in onze ogen integraal onderdeel uit van de zorgketen, de acute zorgketen, maar ook de niet-acute zorg. Het is essentieel dat er in deze keten goed wordt samengewerkt en dat alle onderdelen goed op elkaar zijn ingespeeld, van huisartsenzorg tot ziekenhuiszorg. Dit proces moet goed en efficiënt verlopen. Het is noodzakelijk dat er grote affiniteit is met dit zorgproces. Er ontstaan momenteel in deze zorgketen prachtige initiatieven; ik heb onlangs met mijn collega's Koşer Kaya en Omtzigt nog het startschot gegeven voor een initiatief in het Brabantse waar meldkamer, ambulance en ziekenhuizen gezamenlijk de gegevens verwerken en kunnen inzien. Veruit het grootste deel van de inzet van ambulances vindt plaats in de gewone zorg. Ik hoor daarover verschillende percentages, tot wel 98. Hoeveel precies, of het een procent meer of minder is, is in mijn ogen niet zo relevant; het is duidelijk dat het de overgrote meerderheid van de ritten betreft.

Het kernpunt van de VVD-fractie is dat wij van mening zijn dat sturing en financiering in één hand moeten liggen; splitsen hiervan leidt tot spanning en ellende. Er moeten nogal wat inhoudelijke keuzes gemaakt worden voor de inzet van de ambulances. En daarbij gaat het niet alleen om een zorginhoudelijke afweging, maar ook bijvoorbeeld om de keuze tussen een dynamisch systeem, standplaatsen of vervoer vanuit één punt. Het is zaak, de eisen en de keuzen niet los te laten zingen van de financiën. Keuzen hebben hun prijs en er is een integrale afweging nodig. De keuze is wat ons betreft dus helder: of je betaalt de ambulancezorg uit premiemiddelen via de zorgverzekering en je legt dus ook de sturing bij de directeur van de Regionale Ambulancevoorziening. Die kan de financiële middelen en de inhoudelijke afspraken kortsluiten. Of je betaalt de ambulancezorg uit belastinggeld en je legt de sturing bij de overheid. In deze variant nationaliseer je de gehele ambulancevoorziening, een substantieel deel van de ambulancebedrijven is momenteel immers privaat. Overschrijdingen komen dan ook op het conto van de overheid.

Er wordt veel gesproken over de knip die in de meldkamer ontstaat als de ambulances niet worden aangestuurd door de overheid, terwijl de politie en de brandweer dat wel worden. Een knip zal er in elk model zijn. Publieke aansturing legt immers ook een knip, maar dan in de zorgketen tussen de ambulancezorg en de spoedeisende hulp, het ziekenhuis, het revalidatiecentrum, de huisartsenpost et cetera. De kunst is om beide functies zoveel mogelijk met elkaar te verenigen. Daar heb ik nog wel een kanttekening bij.

De meldkamer is ook het samenwerkingsverband tussen ambulance, politie en brandweer. Deze samenwerking moet optimaal zijn. Als er een crisis, een ramp of een groot incident plaatsvindt, moeten politie, brandweer en ambulancedienst goed met elkaar samenwerken. Het wetsvoorstel regelt terecht dat in dat geval opschaling plaatsvindt en de burgemeester het opperbevel over de meldkamer, inclusief de ambulances, krijgt. Is duidelijk wanneer dit het geval is en wie dat beoordeelt? Hierover moet geen discussie ontstaan. Het lijkt mij moeilijk om objectieve criteria vast te stellen. Iedere ramp heeft zijn

eigen kenmerken en soms is de omvang niet vanaf de eerste minuut duidelijk.

Een tweede aandachtspunt voor de VVD-fractie is dat het voor een goede werkwijze in de meldkamer evident is dat er goed moet worden samengewerkt. Ik neem aan dat in de praktijk in het programma van eisen helder wordt aangegeven dat wordt samengewerkt en hoe. Wij zien het echter graag in de wet verankerd. Samenwerking tussen politie, brandweer en ambulance is cruciaal. Dat moet tot uitdrukking komen in de wet. Met collega's van PvdA en D66 hebben wij hierover een amendement ingediend.

De publieke borging is stevig in het wetsvoorstel verankerd. Een goede verankering van de publieke taken is enorm belangrijk voor de VVD-fractie. Het programma van eisen is natuurlijk cruciaal, want uiteindelijk leidend in de taakopvatting. De GHOR heeft bij het programma van eisen een heel belangrijke adviestaak aan de minister. Een advies van de GHOR weegt zwaar en kan niet zomaar terzijde worden geschoven. In het programma van eisen staan afspraken vooraf over bijvoorbeeld eisen aan het personeel in aantal en kwaliteit, eisen aan het materieel, aansturing en inrichting van de organisatie, kwaliteitssystemen, standplaats van de ambulances, aanrijtijden, afspraken met naburige regio's, afspraken met de zorginstellingen in de keten in de regio, afspraken met het GHOR, aansturing van de meldkamer, oefeningen, begroting enzovoorts.

De heer **Buijs** (CDA): Structuur en financiering in een hand is een heel plausibele verklaring. Hoe ziet u dan de gescheiden financiering die via twee geldstromen richting meldkamer loopt? Laat ik zeggen: de rode en de blauwe kolom en de witte kolom die een aparte financiering kennen. Voorziet u geen problemen in de onderlinge samenwerking en afstemming? Moet dit op de werkvloer worden uitgevonden?

Verder zegt u dat die publieke aansturing maar uit het belastinggeld moet komen. Is het voor u mogelijk en denkbaar dat het uit de premiemiddelen wordt afgezonderd op basis van het macrobudget van de minister, zoals nu ook gebeurt?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Er blijft altijd ergens een conflict in de financiering. Als de ambulance via de meldkamer uit overheidsmiddelen wordt gefinancierd, is er een financiering. Dan worden brandweer, politie en ambulances op een manier gefinancierd. De ambulance wordt dan echter anders gefinancierd dan de spoedeisende hulp. Dan is er dus een nieuwe knip. Dat is heel kwalijk, zeker omdat veruit de meeste ritten in het kader van de zorg worden gereden. Je doet dus of alles uit overheidsfinanciën of alles uit premiemiddelen. Ergens is er een knip in de financiering. Ik leg die liever daar waar ik heb voorgesteld. Dat lijkt mij veruit het beste omdat tussen sturing en financiering van de ambulances geen knip mag zitten. Dat is veel belangrijker. De eisen die kwalitatief worden gesteld, moeten passen bij de financiering ervoor. Het is heel gevaarlijk om dat los te koppelen.

De heer **Buijs** (CDA): Natuurlijk is de ambulance van vitaal belang, zeker in de zorgketen. U noemde al de huisartsen als schakel naar het ziekenhuis. U spreekt over een percentage grootschalige rampen en dergelijke. Dat percentage zou wel eens veel hoger kunnen zijn

## Schippers

vanwege het feit dat er ook verkeersongelukken en branden zijn. Vaak zie je alle drie de hulpdiensten ter plekke. Hoe kwetsbaar is uw voorstel ten opzichte van mijn voorstel, dat ik straks zal doen, om voor de meldkamer één sturingsmechanisme te hebben?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Cruciaal is dat er een goede samenwerking in de meldkamer is. Mijn kritiek op dit wetsvoorstel is, dat deze samenwerking er onvoldoende in zit. Daartoe heb ik een amendement ingediend, waarmee de samenwerking in de meldkamer in de wet wordt verankerd. Ik weet niet of dit amendement al is rondgedeeld; het is gisteren ingediend. Ik heb dit amendement niet voor niets ingediend. Als ik vond dat het wetsvoorstel er al aan voldeed, had ik geen amendement hoeven te maken. Het is heel belangrijk dat je de samenwerking in de meldkamer verankert in de wet. Het hoeft dan niet allemaal één organisatie te zijn, want met samenwerking kun je een heel eind komen.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Ik heb het amendement nog niet gezien en dat is vervelend. Het is nog niet rondgestuurd, althans niet naar mijn fractie; het zal ongetwijfeld in de loop van de dag wel komen. Niettemin heb ik een vraag over dit amendement: wordt daarin het publieke karakter van de aansturing van de geïntegreerde meldkamer voldoende gewaarborgd? Ik denk dat dit heel belangrijk is, ook in het kader van de vorming van de veiligheidsregio's, waar juist de geïntegreerde meldkamer het hart van de veiligheidsregio is.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Het amendement regelt de samenwerking in de meldkamer. U spreekt van het publieke karakter. Welnu, ik heb zojuist aangegeven wat mijn insteek is ten aanzien van sturing en financiering van de ambulances bij de normale, reguliere ambulance-ritten. Zodra er sprake is van een grootschalig incident, een ramp of iets in die geest, is het opperbevel bij de burgemeester en is er één sturing. In de dagelijkse praktijk wordt in de meldkamer gewoon de triage gedaan ten behoeve van mensen die bijvoorbeeld voor een chemokuur naar een ziekenhuis moeten. Uit onderzoeken waarvan ik kennis heb genomen, blijkt dat veruit het grootste deel van alle ambulanceritten plaatsvindt in het kader van de zorg. Ik heb wat dat betreft percentages vernomen van 98 en 99,5; maar ook als het 85% is, geldt deze conclusie.

De **voorzitter**: Het amendement zal straks worden rondgedeeld. Er komt nog een tweede termijn.

Ik verzoek mevrouw Schippers, haar betoog te vervolgen.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Voorzitter. Het is met dit wetsvoorstel duidelijk hoe de kwaliteit is geregeld en hoe het toezicht daarop verloopt. De minister verleent de vergunning. Er is een programma van eisen vooraf. De rav moet dit nakomen en de inspectie controleert of het wordt nagekomen.

Het GHOR-bestuur bepaalt de locatie van de meldkamer en hoe deze eruitziet. Ook zorgt het GHOR-bestuur voor de infrastructuur: C 2000, GMS, digitale kaarten enz. Dat is belangrijk, omdat deze zaken de basisinfrastructuur vormen voor het gezamenlijk optreden van politie, brandweer en ambulance. Het GHOR-bestuur adviseert ook over de vergunningverlening.

Het wetsvoorstel bevat een aanbesteding: eens in de vier jaar kunnen ambulancebedrijven concurreren om de vergunning. Hier is voor gekozen, omdat de ambulancezorg zich evident niet leent voor concurrentie op een markt. Dat geldt voor de gehele acute zorg. Als je onder een tram komt, wil je gewoon zo snel mogelijk een ambulance met een toereikende uitrusting en goed personeel, die je verantwoord naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis brengt dat jouw zorgvraag adequaat kan vervullen. Je hebt op dat moment geen behoefte om te kunnen kiezen uit drie ambulances die komen aanrijden.

Dan maar overschakelen naar concurrentie om de markt, moet het kabinet hebben gedacht. De VVD-fractie is het eens met de achterliggende gedachte dat er prikkels moeten zijn om de beste prestatie te leveren voor een scherpe prijs. De vraag is of aanbesteding deze prikkels voldoende zal leveren. De VVD-fractie twijfelt daaraan. Alternatieve aanbieders met voldoende materieel en goed geschoold personeel staan niet in rijen te dringen. Iedereen heeft gehoord van een Deense aanbieder die in Nederland aan de slag wil. Dat is mooi, maar als uiteindelijk een aanbieder zijn vergunning verliest, is er geen alternatieve bezigheid, want het is geen taxibedrijf. Het betekent dat dit aanbod na vier jaar niet meer beschikbaar is. Wij vrezen daarbij dat de druk die ontstaat omdat de vergunning kan worden verloren – zeker in de periode voorafgaand aan de vergunningverlening – niet zal leiden tot meer investeringen in kwaliteit van het materieel en in de mensen, in de vorm van onder meer opleidingen, en dat het omgekeerde eerder voor de hand ligt.

Een heel belangrijk argument is ten slotte het volgende. Wij kennen publieke en private aanbieders. Het is mogelijk dat gemeenten de regionale ambulancevoorziening gaan exploiteren. Dat kan ook met dit wetsvoorstel. De gemeente vraagt dan een vergunning aan. Het bedrijfsrisico komt daarmee op de schouders van de gemeente. Sommigen zullen dit niet, anderen zullen dit wel willen.

Als een gemeente besluit extra belastinggeld in de eigen ambulancevoorziening te pompen – dat kan en dat gebeurt – dan is er geen sprake meer van een gelijk speelveld met de private aanbieders. Hoe zit dit mededingingstechnisch? Ik kan mij voorstellen dat de NMa tot de conclusie komt dat belastinggelden het speelveld bederven en hier zal ingrijpen. Kortom, wij achten de omstandigheden niet optimaal voor een vierjaarlijkse aanbesteding. Het afschaffen van de aanbesteding zonder dat daarvoor iets in de plaats komt, is voor ons ook geen optie. Zonder prikkels om tot het uiterste te gaan voor jouw patiënten zal een organisatie minder presteren. In die delen van de zorg waar concurrentie niet het middel is om de beste prestaties naar boven te krijgen, is maatstafconcurrentie, oftewel benchmarking, een alternatief. Uiteraard zijn er lokale verschillen en is maatwerk noodzakelijk. Ambulancezorg is divers en verschilt: Amsterdam is niet hetzelfde als Zeeland. Maar dat maakt benchmarking niet onmogelijk. Op basis van bijvoorbeeld kosten, kwaliteit en aanrijtijden kunnen de prestaties wel degelijk worden vergeleken. Ambulancediensten die ten opzichte van anderen duur zijn, relatief veel te laat komen en slecht scoren op kwaliteit en dus onderaan het lijstje bungelen, kunnen daarop worden afgerekend. Zij zullen hun prestatie moeten verbeteren, anders verliezen zij de vergunning. Dit is een continuproces, waarmee een

## Schippers

prikkel blijft bestaan om te innoveren en de zorgverlening te verbeteren. Samen met de collega's van de PvdA en D66 heb ik hierover een amendement ingediend.

De heer **Buijs** (CDA): Ik ondersteun de kern van uw betoog van harte, namelijk niet overlaten aan de marktwerking. U zei zelf al dat er grote verschillen zijn tussen bijvoorbeeld Amsterdam en Zeeland. Op welke criteria wilt u dan wél vergelijken? Wie beoordeelt naar aanleiding van de uitkomsten van de benchmarking wat er moet veranderen?

Mevrouw **Schippers** (VVD): De minister verleent de vergunning, dat verandert niet. Hij doet dat ook voor spoedeisende hulp. In de overige delen van de gezondheidszorg komen er ook steeds meer benchmarks. Het verschil tussen Amsterdam en Zeeland geldt niet alleen voor ambulances, maar ook voor spoedeisende hulp et cetera. Bij benchmarking vergelijk je, waarbij goed kan worden beargumenteerd waarom zaken in Amsterdam anders lopen dan in Zeeland. Die punten neem je mee in je afweging. Als daarbij evident blijkt dat jij slechter presteert, met inachtneming van de verschillen die er zijn, kun je heel goed beoordelen wat die prestatie relatief inhoudt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik weet wat benchmarking is, zij het dat ik daar vraagtekens bij heb. Planning en financiering wilt u in één hand, en tegelijkertijd wilt u de marktprikkels eruit halen, met onze volledige instemming. Maar wat blijft er dan nog over voor zorgverzekeraars? Waarom kiest u dan toch niet voor publieke aansturing?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Die afweging maken wij ook niet bij de spoedeisende hulp. Daar hebben wij ook voor andere prikkels gekozen. Ambulancezorg is onderdeel van de acute zorg, en de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis wordt ook niet op een andere manier gefinancierd, maar gewoon uit de premieopbrengsten.

Mevrouw **Kant** (SP): De afdeling spoedeisende hulp is onderdeel van een ziekenhuis, wat het toch wat anders maakt. Wat wordt in uw ogen de rol van de minister en de zorgverzekeraars bij de ambulancehulp? Dat u geen marktwerking wil, is mij duidelijk, maar het systeem van zorgverzekeraars is in zichzelf natuurlijk ook een vorm van marktwerking.

Mevrouw **Schippers** (VVD): De minister verleent zoals gezegd de vergunning, waar een programma van eisen onder ligt, welk programma door de minister wordt beoordeeld. De Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR) brengt daarover een zwaarwegend advies uit, en de zorgverzekeraars doen dat ook. Daaraan hoeft in het wetsvoorstel niets te worden veranderd. Wat ik wil veranderen, is het aanbestedingsgedeelte, want dat zie ik niet zitten.

Mevrouw **Kant** (SP): Je krijgt dan wel een andere vorm van aanbesteding. Er moeten dan contracten met de zorgverzekeraars worden afgesloten over acute zorg, maar ook over zorg die een belangrijke rol speelt bij de rampenbestrijding. Ik heb niet het gevoel dat u dat onderscheid maakt. U onderschat de effecten van het iedere keer opnieuw moeten onderhandelen met

zorgverzekeraars over deze belangrijke vorm van zorgverlening, waarbij het gaat om publieke waarborgen rondom de rampenbestrijding.

Mevrouw **Schippers** (VVD): In mijn visie is het nodig een innovatieprikkel in te bouwen. Die prikkel is er niet als je er alleen voor kiest om de ambulanceaanbieder te laten voldoen aan een programma van eisen. Een aanbieder van ambulancediensten zal dan geen enkele aanleiding zien om tussentijds verbeteringen door te voeren. Die prikkel moet wel zijn ingebouwd. De ambulanceaanbieder moet geprikkeld zijn om het beste product te leveren. Het moet niet zo zijn dat de ambulanceaanbieder onder verwijzing naar het programma van eisen geen verbeteringen wil doorvoeren. Het amendement biedt die prikkel wel.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat begrijp ik wel, maar dat is niet het element waarop ik u bekritiseer. Het gaat mij erom dat de zorgverzekeraars sluipenderwijs een rol krijgen in het publieke deel van deze vorm van zorg. U gaat eraan voorbij welke effecten dat kan hebben.

Mevrouw **Schippers** (VVD): In mijn ogen is het zorgproces in de acute zorg een ongedeelde proces. Voor de ambulancezorg geldt hetzelfde als bij de spoedeisende hulp. Dat moet goed geregeld zijn. Dat betekent: geen aanbestedingsavonturen en geen marktwerking met concurrerende aanbieders. Het wetsvoorstel heeft dat goed geregeld op twee punten na. Ten eerste kan de samenwerking worden verbeterd en ten tweede moet er een benchmark komen in plaats van een aanbesteding.

Voorzitter. De bekostiging van de ambulancezorg kent geen prikkels om de prijs-kwaliteitsverhoging te bewerkstelligen. Benchmarking is daarbij een instrument. Dit instrument moet zijn uitwerking en invulling nog krijgen, maar er kunnen wel betere prestaties mee worden afgedwongen. Daarnaast is de bekostiging van de ambulancevoorziening achterhaald. Het is tijd dat ook hiernaar wordt gekeken. Ook op andere terreinen in de zorg wordt bekostiging steeds afhankelijker van prestatie. Kan de minister toezeggen dat hij ook ten aanzien van de ambulancezorg aan de slag gaat met een bekostigingsstructuur die prestatiegericht is?

Dit kabinet heeft onderkend dat er meer geld nodig was om de ambulancezorg op een acceptabel niveau te krijgen. In totaal is 30 mln. extra uitgetrokken om deze zorg een nieuwe impuls te geven. Dat is zo'n 10% van het totale budget en dus een heel forse financiële impuls. Bij de verdeling van de gelden plaats ik echter vraagtekens. Het oorspronkelijke budget van 322 mln. wordt verdeeld op basis van het aantal inwoners in het gebied. Het wordt verdeeld op basis van postcodes. Evident is dat deze verdeelsleutel tot knelpunten leidt. Er zijn gebieden waar misschien veel mensen wonen, maar waar vooral veel mensen werken. Zij gaan in de ochtendspits naar het werk en in de avondspits weer terug. Overdag bevinden zich in zo'n gebied veel meer mensen dan op basis van postcodes zichtbaar is. Ook zijn de wegen in zo'n gebied overvol en is het risico op een ongeluk veel groter dan elders. Het is niet verwonderlijk dat de regio Rijnmond ontevreden is met de hun toebedeelde middelen en posten, juist omdat zich hier veel relatief risicovolle industrie bevindt en witte vlekken in de vorm van slecht afgedekte industrieterreinen.

## Schippers

Het voorgaande geldt ook voor andere gebieden, zoals hoogtoeristische gebieden waar weinig mensen wonen, maar veel mensen recreëren. Denk aan Zeeland. Ook zij klagen. In het seizoen bevindt zich in die gebieden een veelvoud van mensen dan het aantal dat op basis van postcodes aanwezig zou zijn. Veelal zijn de wegen niet uitgerust op het toeristenverkeer en vinden hier regelmatig ongelukken plaats.

Het kabinet heeft deze specifieke factoren onderkend en vertaald in de verdeling van de 30 mln. die extra wordt geïnvesteerd. Deze gelden worden verdeeld op basis van het spreidingsplan en de daadwerkelijk gereden ritten in de voorgaande periode. Deze verdeling blijft in mijn ogen scheef: 10% op basis van gereden ritten en 90% op basis van het inwoneraantal. Ook risicofactoren zoals ik heb beschreven, moeten een aparte wegingsfactor zijn in de verdeling en die moeten veel zwaarder wegen. Het eindplaatje is voor de VVD-fractie nog onbevredigend. Ik krijg hierop graag de toezegging van de minister dat dit geen definitieve verdeelsleutel is, maar dat dit verder wordt uitgewerkt in de richting die ik aangeef.

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Ook hier ben ik het met mevrouw Schippers eens. In zijn antwoord op vragen van de collega's Slob en Rouvoet is de minister ingegaan op de situatie in Rijnmond, waarvan ook ik vind dat er sprake is van scheefgroei. Mevrouw Schippers spreekt nu de minister aan. Planning en financiering moeten in haar voorstel bij de minister komen, maar de minister heeft tot nu toe gezegd: dat is mijn pakkie-an niet. Hoe moet het dan verder?

Mevrouw **Schippers** (VVD): Deze verdeelsleutel is wel degelijk het pakkie-an van de minister, want die wordt door de minister vastgesteld. Datgene op basis waarvan wordt verdeeld, wordt niet elders bepaald.

De heer **Buijs** (CDA): U zegt dus dat de minister de planning gewoon zelf ter hand moet nemen en die niet moet overlaten aan de zorgverzekeraars. De minister stelt in antwoord op de Kamervragen van collega Rouvoet en collega Slob: laat die regio's het zelf regelen en opknappen, want volgens mij zijn ze daartoe goed in staat. U roept de minister op om de planning zelf te regelen. Ik ondersteun die oproep, maar die is in strijd met uw vorige verhaal.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dat ben ik niet met u eens. U doet net alsof de ambulancezorg in mijn visie helemaal geen publieke verantwoordelijkheden meer kent. Die zitten er wel degelijk in. Dit wetsvoorstel bulkte ervan. Ik zie die hier ook heel duidelijk. Ik constateer alleen dat op grond van de verdeelsleutel die nu is vastgesteld 90% op basis van de postcode wordt geregeld en 10% op basis van andere factoren. Dat geldt toch voor iedereen? Dat is toch niet iets dat een zorgverzekeraar zit te verzinnen? Ik vind die verdeling scheef en ik wil dat die wordt rechtgetrokken.

De heer **Buijs** (CDA): U wilt dus verandering van het referentiemodel, zoals dat heet.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik wil aanpassing van deze verdeelsleutel.

Ten slotte, deze wet staat niet op zich. De wet vertoont samenhang met de Rampenwet en de WTZi. In de WTZi hebben wij ten aanzien van de acute zorg al afspraken gemaakt over samenwerking in de zorgketen, verplicht oefenen en dergelijke. Deze ambulancewet, de Rampenwet en de WTZi vormen wat ons betreft een consistent, goed werkbaar en efficiënt systeem.

□

De heer **Slob** (ChristenUnie): Voorzitter. "De plannen van het kabinet voor de ambulancezorg stimuleren ambulancevervoerders niet te investeren in personeel en materiaal, maken een einde aan bestuurlijk maatwerk in de regio, frustreren de totstandkoming van veiligheidsregio's en een geïntegreerde meldkamer van politie, brandweer en ambulancezorg." Dit is geen eigen stukje proza, maar de openingszin van een artikel van de heer Franssen, commissaris der Koningin in Zuid-Holland en voorzitter van het IPO, in het dagblad Trouw van vorige week vrijdag. Ik heb de indruk dat de heer Franssen met deze openingszin de vinger op de zere plek van dit wetsvoorstel legt. Ik kom er bij een aantal onderdelen van het wetsvoorstel nog op terug.

Het wetsvoorstel dat wij vandaag met elkaar bespreken kent een zeer lange voorgeschiedenis. Mevrouw Schippers verwees er ook al naar. Als de aanrijtiden van de ambulances verhoudingsgewijs net zo lang zouden zijn als wij over dit wetsvoorstel hebben gesproken, dan zou het niet goed zijn in dit land. Duidelijk werd natuurlijk wel dat er heel wat plooiën moesten worden gladgestreken voordat daadwerkelijk tot behandeling van het wetsvoorstel kon worden overgegaan. Op zich vinden wij het goed dat kritisch wordt gekeken naar een wet die al dateert uit 1971 en dat op het gebied van de ambulancezorg waarop al zoveel ontwikkelingen hebben plaatsgevonden wordt gekeken naar wat er kan worden aangepast en gemoderniseerd, uiteraard met als hoofddoelstelling vergroting van de kwaliteit, en met oog voor de doelmatigheid.

Toch is onze fractie niet echt gelukkig met de manier waarop dat in dit wetsvoorstel uiteindelijk is uitgewerkt. Wij hebben in ieder geval grote moeite met een drietal onderdelen van dit wetsvoorstel. Ik zal proberen die kort en krachtig een voor een te benoemen.

Allereerst is er het principe van het introduceren van marktwerking. Wij hebben er weinig behoefte aan om met elkaar een soort semantische discussie te beginnen over de vraag of het gaat om concurrentie om of op de markt, zoals in de schriftelijke beantwoording van de vragen eigenlijk een beetje is gebeurd, en ook op andere momenten. De vraag is gewoon gerechtvaardigd of de ambulancezorg zich leent voor deze mate van marktwerking. Mevrouw Schippers sprak daar in feite ook over. Onze fractie is er erg benauwd voor dat wij als wij niet oppassen van deze heel belangrijke zorgsector een sector met ordinaire prijzenconcurrentie maken. Ons moet die zorg meer waard zijn. Het is heel erg belangrijk dat deze vorm van zorg continu beschikbaar is en goed wordt afgestemd met andere hulpverleningsdiensten via de keten van acute zorg en binnen de veiligheidsregio. Wij vragen ons af of dat voldoende gewaarborgd is als wij deze gereguleerde marktwerking gaan invoeren in de ambulancezorg. Daarbij komt dan nog een vierjaarlijkse aanbesteding van vergunningen. Waarom heeft de minister gekozen voor een periode van vier jaar, nog los

## Slob

van de vraag of het op deze manier moet gebeuren? Het lijkt mij een heel korte periode tegen de achtergrond van de noodzakelijke investeringen in mensen en materieel om de ambulancezorg op voldoende niveau te houden. Je loopt op deze manier het risico dat de kwaliteit van de zorg in het geding komt. Het brengt ook veel bestuurskosten met zich mee en dat kan toch ook niet de bedoeling zijn.

Het viel ons op dat de minister in oktober 2003 in een brief aan de Kamer schrijft dat overname van personeel in het wetsvoorstel moet worden geregeld. Hij vreesde voor kapitaalvernietiging in de materiële en personele sfeer. Waarom is een dergelijke bepaling niet opgenomen in het uiteindelijke wetsvoorstel? Deelt hij onze zorg dat dit heel vervelende personele gevolgen kan hebben als dit niet goed wordt geregeld? Het gaat dan vooral om mensen die een goede opleiding hebben genoten. Continuïteit van hun werkzaamheden en een goede rechtsbescherming zijn dan belangrijke gegevens.

In de tweede plaats hebben wij grote moeite met hetgeen is geregeld voor de meldkamer. Hierover is al het nodige gezegd in discussies over de veiligheidsregio's en ik zal dat allemaal niet herhalen. In het licht van de ontwikkeling van veiligheidsregio's vinden wij het voorstel van de minister onverantwoord. De Kamer is redelijk unaniem als het gaat om de vraag welke kant wij op moeten met de veiligheidsregio's; de geïntegreerde meldkamer is het hart van een veiligheidsregio. Een eenduidige en publieke borging van de aansturing van die meldkamer is van groot belang. Dat wordt echter met dit wetsvoorstel min of meer uit handen gegeven. Dat los je niet op door de burgemeester een bepaalde positie te geven als een wat grootschaliger ramp plaatsvindt. We kunnen natuurlijk een uitgebreide discussie voeren over de vraag wanneer er sprake is van samenwerking tussen de verschillende hulpdiensten. De minister noemt in dit verband het percentage van 1, maar dat wordt tegengesproken door de Veiligheidskoepel. De samenwerking beperkt zich niet tot rampenbestrijding, maar vindt ook plaats bij ongevallen en grootschalige incidenten. Wij vinden dit kortom een kwetsbare en zwakke plek in het wetsvoorstel en kunnen dus niet akkoord gaan met de wijze waarop het nu wordt geregeld. Het amendement van collega Schippers op dit punt wacht ik af. Wij hebben samen met andere fracties een amendement ingediend waarin de publieke borging van de aansturing van de meldkamer wordt geregeld. Als dit amendement niet wordt aangenomen, kunnen wij niet akkoord gaan met het wetsvoorstel.

Een derde punt van kritiek betreft de planningsrol van de provincies. Conform het wetsvoorstel neemt de minister de verantwoordelijkheid voor de vergunningverlening op zich. Daarbij laat hij zich adviseren door diverse partijen, waaronder de zorgverzekeraars. Het argument van het wegnemen van de bestuurlijke drukte vinden wij echter niet overtuigend genoeg om zo'n grote stap te zetten. Wil de minister dit onderdeel van het wetsvoorstel nog eens toelichten? In de afgelopen periode is er extra geld – 30 mln. – naar de ambulancezorg gegaan. Er was veel terechte kritiek en er moest dus iets gebeuren. Die extra bijdrage heeft een goede uitwerking gehad. Wat betreft de aanrijtijden gaat het in veel gebieden een stuk beter. Zo hoort het ook, want de burgers hebben daar recht op. Blijkt hier niet uit dat de provincies hun taak in principe dus wel goed kunnen uitoefenen, maar dat het vooral door de financiële

situatie kwam dat het in het verleden een stuk minder ging? Is het ook niet zo dat provincies veel beter op de hoogte zijn van de lokale en regionale omstandigheden en dat zij daardoor ook veel beter maatwerk kunnen leveren dan de minister vanuit Den Haag kan doen? Ook voor de veiligheidsregio is het belangrijk dat de planningsrol decentraal wordt ingevuld.

Over dit alles willen wij morgen verder praten met de minister, want wij zijn niet overtuigd van de keuzen die hij in het wetsvoorstel heeft gemaakt.

Als ik het samenvat, kom ik tot de conclusie dat het principe van de aanbesteding en marktwerking, de positie van de meldkamer en de veranderde positie van de provincies voor ons de drie belangrijkste punten van kritiek op het wetsvoorstel zijn. Het verloop van de discussie en de uitspraken van de Kamer zullen mede bepalend zijn voor het oordeel of wij daarin kunnen meegaan.

Dit brengt mij tot slot nog op een opmerking over de gevolgen van de landelijke verdeelcriteria. Zojuist is al verwezen naar de Kamervragen die collega Rouvoet en ik hebben gesteld over de situatie in Rotterdam Rijnmond. Wij vinden die zeer verontrustend en wij hebben dit ook laten weten aan de minister. De overschrijdingstermijnen zijn zeer fors; in sommige gemeenten wordt de maximale grens van 15 minuten met wel 60% overschreden. Ik heb niet de indruk dat het antwoord op de Kamervragen hier ook maar enige verandering in brengt. Dit vind ik verontrustend, zeker omdat dit een gebied is met veel bedrijvigheid en verschillende chemische industrieën, maar ook met veel toerisme aan de randen van het gebied. Goede zorg is daarom urgent. Uit verschillende bestuurlijke invalshoeken krijgen wij het bericht dat er onvoldoende in de noodzakelijke zorg kan worden voorzien. Wij kunnen dit toch niet met droge ogen toelaten?

Ik ben mijn inbreng begonnen met een verwijzing naar een artikel in het Dagblad Trouw, en sluit daarmee ook af. De heer Franssen is van mening dat de landelijke verdeelcriteria ook gevolgen zullen hebben voor regio Haaglanden. Hij zegt letterlijk dat de plannen van de minister ertoe leiden dan mensen met een gebroken been of een hersenbloeding op straat blijven liggen. Ik vind dit een harde uitspraak. Het lijkt mij niet meer dan terecht dat de minister hier morgen op reageert. Dit zijn urgente situaties. Wij praten over acute zorg en dus over leven en dood. Wij moeten onze verantwoordelijkheid nemen en voorkomen dat er ongewenste situaties ontstaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Een belangrijke vraag die bij dit wetsvoorstel kan worden gesteld, is welk probleem wij er mee oplossen. Die vraag heb ik mij bij de bestudering van de stukken en de voorbereiding van dit overleg voortdurend gesteld. Welk probleem lossen wij nu eigenlijk met deze wet op? Ik zeg dus niet dat er geen problemen zijn die opgelost moeten worden. Er zijn immers problemen in de ambulancezorg, maar ik zie niet dat die door deze wet worden opgelost.

Een van die problemen is inderdaad dat niet overal aan de 15 minutengrens wordt voldaan. Dit is volgens mij vooral gevolg van het feit dat wij nog steeds werken met een verdeling van de schaarste. Ik verwijs hiervoor

## Kant

bijvoorbeeld naar de petitie van de statenfracties van Zuid-Holland.

Ruim 8% van de ambulances is niet binnen 15 minuten ter plaatse. Er valt dus inderdaad nogal wat te verbeteren. Ruim 900.000 Nederlanders, bijna 6%, kunnen niet binnen die normtijd van 15 minuten worden bereikt. Dit zal misschien in bijzondere plaatsen altijd wel onmogelijk zijn, maar dit is natuurlijk te veel. Er valt dus nog wel iets te verbeteren en op te lossen.

Naar mijn mening moet de oplossing echter vooral worden gezocht in een andere verdeling en financiering. Maar waar komt de minister mee? Met marktwerking. Wij hadden het kunnen weten en wij wisten het ook, want wij wisten dat het wetsvoorstel op stapel stond. De marktwerking is weer de oplossing. Volgens mij lost marktwerking niets op, ook hier niet, maar leidt zij alleen maar tot meer problemen.

Ongelukken doen niet aan marktwerking. Dat heb ik niet zelf bedacht, maar dat is de kop boven een opinieartikel van nota bene VVD-prominent Jan Franssen. Je zou kunnen zeggen dat hij hier zijn provinciale belangenbehartiging – hij is immers commissaris van de Koningin en voorzitter van het IPO – boven zijn VVD-partijbelangenbehartiging laat uitgaan, maar het gaat er natuurlijk vooral om dat de argumenten moeten prevaleren. Ondanks dat de heer Franssen VVD'er is, had hij best een aantal goede argumenten. Ik citeer uit zijn artikel. "De plannen van het kabinet voor de ambulancezorg stimuleren niet om te investeren in personeel en materiaal, maken een einde aan het bestuurlijk maatwerk in de regio en frustreren de totstandkoming van veiligheidsregio's en de geïntegreerde meldkamer." Het is nogal wat om een wetsvoorstel te maken waarover een partijgenoot zo'n oordeel uitsprekt, omkleed met argumenten die inderdaad heel relevant zijn.

De minister heeft zelf bij herhaling erkend dat acute zorg niet geschikt is voor marktwerking. Waarom zou deze zorg dan wel geschikt zijn voor geregelde marktwerking? Dat begrijp ik niet. Ambulancezorg Nederland stelt in mijn ogen dan ook terecht: "Geregelde marktwerking in de acute zorg is vragen om problemen. Regionale partijen moeten creatief samenwerken om te komen tot dekkende acute zorgvoorzieningen. Dat is op zichzelf al moeilijk. Als dan een van die schakels dan ook nog eens elke vier jaar kan veranderen van speler, is dat frustrerend voor de samenwerking en niet verantwoord." Zoals zo vaak bij dit soort wetsvoorstellen en zoals zo vaak bij deze minister, blijkt dat het veld en velen die dichterbij de praktijk staan het niet eens zijn met de visie van de minister, in dit geval met de introductie van deze vorm van marktwerking. Ik weet wel dat het om geregelde marktwerking gaat, maar als je die marktprikkels met die foute effecten niet inbouwt, hoe je ze ook niet te reguleren. Waarom dan al die heisa met alle risico's van dien dat het reguleren onvoldoende lukt? Ik vind het onbegrijpelijk.

Ik som de risico's van deze vorm van marktprikkels op en hoop dat de minister er stuk voor stuk op wil reageren. Het hindert juist de zo belangrijke samenwerking; graag een reactie. Het kan de continuïteit van zorg verstoren. Voor personeel houdt het een risico in voor hun baan; de onzekerheid groeit en daarmee ook de kans op het afhaken van deskundig gekwalificeerd personeel omdat hun baan op de tocht kan komen te staan, zodat

mensen om die reden bijvoorbeeld niet kiezen voor een verdere carrière in de ambulancezorg. Er zijn te weinig prikkels om te investeren op de lange termijn, een belangrijk algemeen nadeel van marktwerking. Bij ambulancezorg is dit nogal van belang, lijkt mij, bijvoorbeeld in scholing en nascholing. De toename van de bureaucratie en de administratieve lasten is ook een bekend gevolg van deze vorm van marktwerking, omdat elke vier jaar weer opnieuw moet worden aanbesteed en onderhandeld. Het belangrijkste is natuurlijk het risico dat het ook hier ten koste van de kwaliteit zal gaan. Het is mij niet duidelijk wat de kwaliteitseisen zijn. Dat moet allemaal nog komen. Wij weten het niet, maar het is wel heel belangrijk.

Belangrijk is dat het in de zorg gaat om meetbare prestaties. Dat is juist een heel zorgelijk punt. Eén ding is in de ambulancezorg inderdaad heel goed meetbaar: dat zijn de aanrijtijden. Die kunnen wij meten, zodat wij kunnen zien of het goed gaat in een regio. Er zijn echter veel meer dingen belangrijk, namelijk de wat zachtere criteria. "Zachter" is dan geen kwalificatie van minder belangrijk, in tegendeel. Het gaat dan om zaken zoals professionaliteit en zorgzaamheid. Het wordt veel moeilijker om dat te realiseren. Als de straks vooral de aanrijtijden de norm worden voor de afrekening, kunnen andere vormen van hulpverlening en zorg, zoals het besteld vervoer, juist weer worden verwaarloosd. Ik vind dat een reëel risico. Patiënten moeten straks misschien urenlang wachten op het geregelde vervoer. Als het om terminale patiënten gaat die graag thuis willen sterven, lijkt mij dat een zeer ongewenst gevolg.

De piket- en slaapdiensten, ook een vorm van kwaliteit, zullen zeker toenemen als het voorstel in deze vorm doorgaat. Dat is bijzonder ongewenst. Ook nu is de trend zichtbaar dat dit toeneemt. De rav Gelderland-Zuid bijvoorbeeld heeft uit bedrijfseconomische overwegingen al geprobeerd om slaap- en aanwezigheidsdiensten in te voeren. Dit komt de aanrijtijd en de kwaliteit niet ten goede. Ambulancepersoneel moet zoveel mogelijk echt ter plekke zijn om te kunnen uitrukken en niet in slaap- en piketdiensten aanwezig zijn. Ik wil graag een reactie van de minister op deze algemene ontwikkeling die nu al gaande is.

De kwaliteit neemt in zijn algemeenheid af omdat er niet over een langere periode dan vier jaar geïnvesteerd kan worden. Dat is een heel reëel probleem. Ook de eventuele wisseling na vier jaar van personeel kan leiden tot verlies van kwaliteit. Het gaat dan niet alleen om hun bestaanszekerheid, maar alleen al de gedachte aan een nieuwe chauffeur zonder kennis van de regio... Verder is de kennis van het personeel enorm belangrijk, bijvoorbeeld als het om regionale afspraken gaat. Alles is op elkaar afgestemd. Als je elke vier jaar helemaal opnieuw het wiel moet uitvinden, is dat een slechte zaak voor de continuïteit, de deskundigheid en de kwaliteit van de dienstverlening.

Ik maak de vergelijking met de concessies bij het stads- en streekvervoer toch maar. De voorstellen van deze minister zijn daarmee wel degelijk vergelijkbaar. Onze ervaringen daarmee zijn toch niet zo bijster positief. Wij kennen de problemen daar al. Bedrijven moeten het zo goedkoop mogelijk doen en zullen ergens anders op moeten bezuinigen. Bij het stads- en streekvervoer is onder andere bezuinigd op het personeel. Bij het ambulancevervoer zal er ook gauw op de arbeidskosten, de auto en de apparatuur worden bezuinigd. Ik weet wel

## Kant

dat er eisen worden gesteld aan de aanrijtijden, dus daarop zal men niet zo gemakkelijk kunnen bezuinigen. Men zal echter toch proberen te bezuinigen op verschijnselen als de auto, de apparatuur, de nascholing en de arbeidskosten. Als dat doelmatig is, is dat niet erg, maar ik maak mij er grote zorgen over dat het, net als bij het stads- en streekvervoer, doorslaat en ten koste gaat van de kwaliteit.

In een goed artikel in Medisch Contact over de nieuwe wet werd een heel rake vergelijking gemaakt. De politie wordt toch ook niet iedere vier jaar opnieuw aanbesteed? Waarom dit dan wel? Ambulancezorg is bijzonder, omdat het gaat om een complex van service. Het gaat namelijk om vervoer op bestelling, acute zorg en een heel belangrijke paraatheidsfunctie bij ongelukken, calamiteiten en rampen. Dat is een heel bijzondere vorm, want het is een mix van dienstverlening en een heel belangrijke paraatheidsfunctie voor als het noodzakelijk is dat er massaal wordt uitgerukt met ambulances en er zorg verleend moet worden. Bij de politie heb je hetzelfde en daarom maak ik die vergelijking. De politie kent ook een vorm van dienstverlening en service die niet acuut is, maar ook daar kunnen zich acute dingen voordoen waardoor de paraatheidsfunctie belangrijk is. Er kunnen plotseling dingen gebeuren waardoor publieke inzet noodzakelijk is. De vergelijking is helemaal niet zo raar. Toch zal niemand in deze Kamer, zelfs deze minister niet, op het idee komen om de politie elke vier jaar te laten aanbesteden. Graag een reactie op deze vergelijking, want volgens mij is deze heel relevant.

De conclusie is dan ook dat ambulancezorg een sterke publieke aansturing vergt. Deze aansturing wordt nu versnipperd en voor een deel aan marktwerking overgelaten. Tegen mevrouw Schippers zeg ik dat er een hoop gedoe en concurrentie zal ontstaan betreffende contracten met zorgverzekeraars. Ook dat vind ik een gevaarlijk element.

Wat vindt de minister ervan als een buitenlands bedrijf de ambulancezorg in Nederland gaat leveren? Dat is een reële optie. Ik zou niet weten waarom dat niet zou kunnen gebeuren. Ik heb begrepen dat het Deense bedrijf Falck al staat te trappelen. De minister vindt dat dit allemaal moet kunnen, maar geeft zelf tijdens de behandeling van het wetsvoorstel tot nu toe aan dat de situatie in Nederland totaal onvergelijkbaar is met het buitenland. Het is dus helemaal niet realistisch dat zo'n bedrijf het gaat doen, want het gaat om heel andere culturele normen en heel andere uitgangspunten. De minister zegt zelf dat wij het in Nederland zo goed doen. Het lijkt mij zeer ongewenst dat er zomaar een vreemde eend in de bijt komt die het hier wel even op zijn manier zal gaan doen.

Het hoofdpunt van het wetsvoorstel waarover ik het tot nu toe vooral heb gehad, is marktwerking. Volgens mij is dat een zinloze en nodeloze veroorzaker van problemen. Ik begrijp eerlijk gezegd niet welk doel dat moet dienen. Ook al is er al een meerderheid van de Kamer – ik geloof zelfs een Kamerbrede meerderheid – die dit element in het wetsvoorstel niet gaat steunen, ben ik toch benieuwd hoe de minister zelf dacht dat het enig zin had kunnen hebben. Dat zegt iets over de manier van denken van deze minister en daarin ben ik buitengewoon geïnteresseerd.

De voorstellen van het veld zijn veel beter. Ik zal de amendementen steunen die daarover gaan; een amendement van de heer Vendrik en een nog veel

uitgebreider amendement van de heer Buijs. Daarin wordt veel meer uitgegaan van de praktijksituatie in het veld en van de wensen en opvattingen die daar leven. Ik heb begrepen dat ik mogelijk zelfs de amendementen mede mag ondertekenen.

Hetzelfde geldt voor de aansturing, het tweede element naast de marktwerking. Ook hierop wordt in het amendement van de heer Buijs volop ingegaan, en ik ben het daarmee van harte eens. In de toelichting bij het amendement zegt de heer Buijs: de wet haalt de publieke verantwoordelijkheid voor ambulancezorg weg bij het bestuurlijke niveau waar de planning van deze voorziening het meest tot haar recht komt. Ik ben het daar hartgrondig mee eens. Dat zal de heer Buijs niet verbazen, want ik heb zijn motie op dit punt van een flinke tijd geleden gesteund. De minister heeft geen uitvoering gegeven aan die motie en dus is het aan de Kamer om te bezien hoe wij de wet op dit punt gaan aanpassen.

De Veiligheidskoepel vindt dat de meldkamer beter publiek kan worden aangestuurd. Dat begrijp ik goed, maar ik begrijp ook Ambulance-Nederland, waar men vindt dat de ambulancedienst dat heel goed kan; dat dit het rechtstreekse lijntje is dat wij vooral niet moeten willen doorknippen. De ambulancedienst doet het nu prima in samenwerking met allen die met de meldkamer te maken hebben. Ik denk dat een en ander in geen geval ten koste mag gaan van de snelheid van handelen en dat het wel publiek geborgd moet zijn. Daarmee kom ik weer uit bij steun aan het amendement-Buijs, waarin wordt gezegd dat publieke borging het beste is. Ik wil daar wel de kanttekening bij maken dat de rol van de ambulancezorg groot moet zijn, omdat die het rechtstreekse lijntje vormt met het uitrijden van de ambulances. Een en ander moet in goede samenwerking gaan, maar de rol van de ambulancezorg is op dit punt cruciaal en doorslaggevend.

Ik heb begrepen dat er over de meldkamer ook een ander amendement rondgaat, maar dat heb ik nog niet gelezen en ik heb nog niet kunnen beoordelen of dit amendement zorgt voor voldoende borging.

Ooit is er 12 mln. aan harmonisatiegelden beschikbaar gekomen voor de werkgevers in de ambulancezorg. De sociale partners zijn daar volgens de minister verantwoordelijk voor. Ik ben het daarmee eens, maar dit geld is destijds niet geoormerkt en het is mij nog steeds onduidelijk wat er precies mee is gebeurd. De publieke ambulance-instellingen hebben volgens mij nog steeds betere arbeidsvoorwaarden dan de private op het gebied van de pensioenen en het functioneel leeftijdsontslag. Dat zou toch geharmoniseerd worden en daar was dit geld toch voor bedoeld? Hoe staat het daarmee en waar is dat geld gebleven? Wil de minister daar een onderzoek naar doen?

Zolang die harmonisatie van pensioenen en het leeftijdsontslag niet echt rond is, is het ongewenst om concurrentie op de markt te starten; de ene partij staat dan immers op achterstand ten opzichte van de ander. Voor partijen met slechtere arbeidsvoorwaarden is het immers makkelijker concurreren. Op die basis zou er sprake zijn van een heel slechte start van de concurrentie, maar ik heb inmiddels al begrepen dat dit niet gaat gebeuren omdat de Kamer de minister volgens mij op dit punt gaat stoppen. Maar de vraag blijft hoe het zit met de harmonisatie.



## Kant

Mijn laatste vraag gaat over ambulancevervoer in de lucht. Defensie wil het Search And Rescue Squadron in Leeuwarden opheffen. Nu ben ik niet tegen zuinigheid bij Defensie, ik ben zelfs erg vóór zuinigheid bij Defensie, maar ik ben niet vóór verkeerde zuinigheid. Het squadron dreigt te worden opgeheven, maar de helikopters die in Leeuwarden gestationeerd zijn, hebben een heel belangrijke functie in het noorden van het land; die vervoeren jaarlijks zo'n 150 patiënten van de eilanden. Er zijn al Kamervragen door de CDA-fractie gesteld over deze kwestie, maar de antwoorden van minister Kamp vind ik erg algemeen en bijzonder nietszeggend. Het is makkelijk gezegd dat de zorg niet in gevaar mag komen, maar als dit squadron opgeheven wordt, gebeurt dat dus wel en is er sprake van achteruitgang van deze vorm van noodhulpverlening. Ik wil daarom dat de minister van VWS ook reageert op dit punt. Wellicht kan hij ervoor zorgen dat het squadron niet opgeheven wordt omdat het niet gemist kan worden in het noorden van het land.

□

Mevrouw **Kraneveldt** (LPF): Voorzitter. Als je thuis opeens pijn op je borst hebt en het benauwd krijgt of je ligt op straat, omdat je net bent aangerezen door een auto, wil je dat iemand zo snel mogelijk 112 belt om hulp voor je te regelen. Je wilt ook dat er in de meldkamer door deskundige mensen de juiste vragen worden gesteld om te zien of een gang naar de huisarts of een eerstehulp post afdoende is dan wel dat er toch een ambulance moet komen, omdat er iets ernstigers aan de hand is. Je wilt vervolgens dat de ambulance tijdig ter plekke is en deskundig personeel aan boord heeft om je te stabiliseren, wat eerste hulp te verlenen en je zo nodig naar het ziekenhuis te brengen, waar je de zorg krijgt die je nodig hebt. De tijd dat wij het over niets meer dan ambulancevervoer hadden, is al lang voorbij.

Ambulancevervoer is namelijk ambulancezorg geworden, en wel op hoog niveau. Dit betekent dat wij die zorg heel goed moeten regelen en dat door de overheid de kwaliteit en de toegankelijkheid ervan gewaarborgd moeten worden. De discussie over ambulancevervoer moet niet uitsluitend een strijd worden over aansturing, macht en marktwerking, maar het moet ook vooral een goede discussie zijn over het belang van de patiënt, de kwaliteit en de doelmatigheid van de geboden zorg.

Een goede kwaliteit kan in de ambulancezorg zowel door publieke als door private aanbieders geleverd worden. Het is dus niet zo dat "publiek" altijd goed is en "privaat" altijd slecht. Marktwerking in de zorg is voor de LPF in het algemeen daarom ook niet per definitie een vies woord, maar het is ook geen dogma. Immers, het moet wel gaan om echte marktwerking, gezonde concurrentie, die, waar nodig, door de overheid nog wel gereguleerd kan worden. Dat laatste doe je door heldere kwaliteitseisen op te stellen en op de naleving daarvan streng toe te zien, alsook door in te grijpen als het fout gaat. Met mensenlevens kun je tenslotte niet experimenteren.

Een gezonde concurrentie kan ervoor zorgen dat aanbieders niet achterover gaan leunen, omdat omzet en afname toch wel gegarandeerd zijn. Het gaat erom dat de aanbieders door gezonde concurrentie scherp blijven, innoveren en investeren, alsook doelmatiger gaan werken en zo de kosten op een aanvaardbaar peil weten

te houden. Bij ongezonde concurrentie vechten de grote de kleintjes de markt uit en wordt de markt ten slotte verdeeld onder slechts enkele aanbieders, waardoor er weinig meer te kiezen is. Er kunnen dan ook onverantwoorde bezuinigingen doorgevoerd worden, omdat alles goedkoper moet. Die ongezonde concurrentie kunnen wij evenwel missen als kiespijn. Die zal de kwaliteit van de ambulancezorg onherroepelijk uithollen. Dat is niet acceptabel. Wij willen tenslotte geen teruggang in de paraatheid; wij willen een goede spreiding, waarbij dun bevolkte, maar uitgestrekte gebieden niet worden overgeslagen. Wij willen ook geen onbetaalbare exploitatielasten.

De Raad van State merkt in zijn uitgebreide en zeer kritische advies terecht op dat er van reële marktwerking en mededinging in de ambulancezorg met dit wetsvoorstel geen sprake kan zijn. Een bestaande vervoerder die nu geen vergunning krijgt, kan niet vier jaar lang niets doen, zijn bedrijf in de sluimerstand zetten en na vier jaar weer opteren voor een vergunning. Een nieuwkomer kan geen bedrijf opstarten en daarbij het risico lopen dat hij geen vergunning krijgt. De LPF-fractie constateert daarom dat de bijzondere aard van de functie ambulancezorg zich gewoonweg niet leent voor marktwerking, en zeker niet voor halfbakken marktwerking. Het zou daarom zoveel mogelijk een publieke dienst moeten zijn, die echter wel heel goed in samenwerking met private aanbieders gestalte kan krijgen.

Bij het vormen van onze mening over de ambulancewet en de diverse onderdelen daarvan hebben wij ons allereerst de vraag gesteld waarom dit wetsvoorstel is ingediend en wat het oplost. Wij juichen de bedoeling van het wetsvoorstel toe. Er is tenslotte heel veel gebeurd in de ambulancezorg in de afgelopen jaren. De branche heeft enorm veel gedaan aan kwaliteit, professionaliteit, samenwerking en schaalvergroting. Dat zijn allemaal zaken die wij graag zien. Het is goed dat er nu eindelijk vaststaande kaders en heldere randvoorwaarden komen. De heer Slob zei al dat de huidige wet uit 1971 dateert. Het is dus hoog tijd dat die wet wordt aangepast aan de situatie in 2006. De uitwerking van de minister brengt ons echter tot de vraag wat er zo fout en verkeerd gaat dat er een dusdanig ingrijpende nieuwe ambulancewet nodig is. Sturen de provincies de ambulancezorg nu echt zo slecht aan? Gaat er in de meldkamer inderdaad van alles mis? Hebben wij echt zoveel rampen gehad waarbij de coördinatie van politie, brandweer en ambulancezorg slecht was? Zijn er grote aantallen mensen overleden door aantoonbare wanprestaties van de branche? Ik denk dat wij die vragen gelukkig allemaal met "neen" kunnen beantwoorden. In 93% van de gevallen hebben de provincies het goed gedaan. Over 7% van de dienstverlening is blijkbaar discussie mogelijk. Dat is 7% te veel, maar het is op zichzelf genomen geen slechte score, ook niet in vergelijking met het buitenland. Natuurlijk gaat er het een en ander mis, en daaraan moeten wij iets doen. Het is echter de vraag of de problematiek zulke ingrijpende voorstellen rechtvaardigt op het gebied van de ambulancezorg wat betreft sturing, financiering en vergunningverlening. Waarom pakken wij niet die 7% probleemgevallen goed aan, in plaats van onrust te veroorzaken met betrekking tot de 93% van de gevallen waarin het wel goed gaat? Wij zijn niet overtuigd door de argumenten van de minister. Hij mag nog een poging wagen, maar ik vrees dat het vandaag niet gaat lukken.

## Kraneveldt

Daarmee kom ik op een aantal concrete punten in de wet. Allereerst betreft dit de aansturing. De keten van spoedeisende hulp in een regio met een goed ambulanceplan en een geïntegreerde meldkamer komt tot stand in goed overleg en in goede samenwerking tussen de diverse betrokkenen bij de acute zorg; ziekenhuizen, GHOR, RGF, huisartsen, de overheden, politie, brandweer, zorgverzekeraars, ambulancevervoerders. Op dat niveau liggen de expertise, de kennis over de regio en over de specifieke kenmerken en knelpunten. De genoemde betrokkenen zullen niet altijd allemaal het belang van de patiënt op dezelfde wijze willen behartigen. Er zal discussie zijn, maar zij moeten er samen uit zien te komen. Zij moeten kennis delen, de werkzaamheden op elkaar afstemmen en op basis van protocollen samenwerken. De LPF-fractie is van mening dat op dit niveau de aansturing behoort te liggen. Wij zijn er geen voorstander van om de aansturing bij de provinciebesturen weg te halen. Het amendement van de heer Buijs op stuk nr. 13, dat dit regelt, hebben wij dan ook meeondertekend. De heer Buijs zal zelf het amendement natuurlijk nader bespreken, maar de toelichting spreekt voor zichzelf.

Een andere vraag die zich rondom de aansturing voordoet is: wie kan de burger aanspreken als het niet goed gesteld is met het ambulancevervoer in zijn regio? Zijn gemeenten en de provincie dan niet veel dichterbij en voelen zij zich niet veel meer verantwoordelijk voor de regionale of lokale situatie dan de minister of de Tweede Kamer in Den Haag, die begrijpelijkerwijs veel meer de landelijke belangen in het oog moeten houden? In provinciale staten kunnen nu spreidingsplannen worden bediscussieerd en aangepast. Burgers kunnen bij hun lokale overheid aan de bel trekken om hen ertoe te bewegen om in het overleg een andere positie in te nemen, teneinde verbetering te bereiken. Als de burger met zijn problemen helemaal naar Den Haag moet, schiet dat niet erg op.

Dan kom ik nu op de aansturing van de meldkamer en de rampenbestrijding. In een geïntegreerde meldkamer moeten politie, brandweer en ambulancezorg nauw samenwerken. Politie en brandweer vallen onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid, ambulances worden in het voorstel van de minister door de zorgverzekeraars gefinancierd en aangestuurd. Hierbij kan wrijving ontstaan, zeker in het kader van de rampenbestrijding. Nu gaat het mij te ver om de zorgverzekeraars in het verdomhoekje te zetten door er voetstoots van uit te gaan dat zij ingeval van calamiteiten, die gelukkig maar zelden voorkomen en die dus absoluut niet maatgevend zijn voor de ambulancezorg als geheel, dwars zouden gaan liggen en alleen uit eigenbelang zouden handelen. Nee, ik ben ervan overtuigd dat ook de zorgverzekeraars wel degelijk constructief en goed medewerken in dat soort situaties, omdat het ook in hun belang is dat een door een calamiteit getroffen burger de juiste zorg krijgt. Snel de juiste zorg kan tenslotte voorkomen dat er nog verdere dure zorg nodig is, en dat is in ieders belang. Het is in ieder geval goed dat bij rampen en grote ongelukken de burgemeester het roer kan overnemen en politie, brandweer en ambulance direct kan gaan aansturen. Bij hem ligt per slot van rekening de eindverantwoordelijkheid voor de rampenbestrijding.

En op het punt van de aansturing van de meldkamer hebben wij in lijn met onze wens om de algehele aansturing bij de provincies te laten het amendement-

Buijs op stuk nr. 14 medeondertekend. Daarmee wordt geregeld dat het instellen van de meldkamer, het beheer ervan en het zorgdragen voor een goede infrastructuur onder de verantwoordelijkheid van de samenwerkende gemeenten in het kader van de veiligheidsregio's valt. Dit lijkt ons de beste oplossing voor een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en het waarborgen van de juiste samenhang tussen politie, brandweer en ambulancezorg. Een belangrijk argument, dat ook in het amendement verwoord is, is voor ons hierbij dat de aansturing van de meldkamer wordt losgekoppeld van eventuele veranderingen in de vergunningverlening. Als je de rav belast met de aansturing van de meldkamer, moeten er in de veiligheidsregio na vier jaar eventueel opnieuw afspraken gemaakt worden met een nieuwe vergunninghouder. Dit komt de continuïteit en dus de kwaliteit niet ten goede.

De minister wil via een vergunning voor telkens vier jaar de ambulancevervoerders laten concurreren bij het aanbieden van het vervoer in een regio. Uit de provincie Zeeland kregen wij gisteren een brief waarin terecht de principiële vraag wordt gesteld waarom de minister in een tijd van decentralisatie – denk bijvoorbeeld aan de WMO – voor vergunningverlening op ministerieel niveau kiest. Ik vind dit een zeer goede vraag en ik stel 'm dan ook graag aan de minister. Wat is er mis mee om de vergunning gewoon door de provincie te laten verlenen? Het gaat om een vergunning waarvoor iedereen zich kan aanmelden, dus in die zin is er enige marktwerking. Bovendien kan iedereen op basis van kwaliteit met elkaar concurreren, maar dan wel met een combinatie van uniforme, landelijke en wat ons betreft strenge eisen van de minister en van provinciale eisen die recht doen aan de specifieke problematiek in de regio. Een publieke of commerciële ambulancevervoerder moet terecht aan flink wat kwaliteitseisen voldoen. Als hij zijn vak serieus neemt, werkt hij ook oprecht aan de kwaliteit. Een vervoerder moet hiervoor investeren in goed opgeleid personeel en in betrouwbaar materieel. Ook moet hij investeren in een draagvlak voor zijn onderneming door goed samen te werken met de betrokkenen in de regio. Hij moet zich bovendien constructief opstellen om knelpunten te kunnen wegnemen. Daartoe moet een vervoerder wel een meerjarenplanning kunnen maken en hij moet zijn bedrijfsvoering hierop kunnen afstemmen. Een vergunning voor vier jaar lijkt ons niet goed, of die nu uiteindelijk door de provincie of door de minister wordt verleend. Om de vier jaar een stoelendans om de vergunningen binnen te slepen komt onzes inziens de kwaliteit, de doelmatigheid en de continuïteit van de zorgverlening niet ten goede. Noodzakelijke investeringen moeten kunnen worden gedaan en er is een draagvlak nodig, net als goede samenwerking, zowel in de keten van acute zorg als in de veiligheidsregio's. Dit zal niet lukken als er een kans is dat er elke vier jaar opnieuw met een nieuwe vergunninghouder afspraken moeten worden gemaakt. Bovendien kost iedere aanbestedingsronde weer veel tijd, energie en vooral geld. Dit geld besteden wij liever aan de kwaliteit van de dienstverlening in plaats van aan lobbyronden bij de betrokken beslissers. Om nog maar te zwijgen van de nodige nachtrust van het personeel: heb ik straks nog wel een baan? Overigens ook als je voor de volgende vergunninghouder een plicht tot overname van personeel en materieel invoert, is dat geen echt fijn vooruitzicht, zeker niet als het personeel plotseling een

## Kraneveldt

Deense of Poolse werkgever krijgt. Als je al naar zo'n stoelendans toe wilt, maak er dan zes of acht jaar van. Waarom kiest de minister voor slechts vier jaar? Dit moet hij toch nog maar eens toelichten.

Hieraan gekoppeld blijft de vraag naar de toekomst actueel. Als in de keten van acute zorg naar de mening van de minister de ambulancezorg moet worden aanbesteed, volgt dan straks ook een aanbesteding van de eerstehulpafdelingen, de huisartsenposten en dergelijke? Terecht is onder meer door de branchevereniging van de ambulancezorg eveneens de vraag opgeworpen, wat de visie van de minister is op de samenwerking tussen de ketenpartners in de acute zorg, als een van hen, namelijk de ambulancevervoerder, een bestaansrecht heeft van vooralsnog slechts vier jaar. Wij voelen veel meer voor een vergunningverlening onder voorwaarden volgens het principe: "je vergunning geldt voor langere of zelfs onbepaalde tijd, tenzij je aantoonbaar onder de maat hebt gepresteerd". En wat er gepresteerd moet worden, daar leg je strenge criteria voor aan via een programma van eisen, zowel op landelijk als op provinciaal niveau. Er moet streng op worden toegezien of het vereiste kwaliteitsniveau gehaald wordt. Periodiek kan er via benchmarking en best practices naar de prestaties worden gekeken. Wie niet meer aan de eisen voldoet of geen mogelijkheden ziet om de knelpunten op te lossen, raakt gewoon zijn vergunning kwijt. Wij vinden overigens dat de provincie wel goed beargumenteed moet aangeven, waarom zij niet met de bestaande vergunninghouder kan doorgaan en waarom de markt moet worden opengesteld voor nieuwe partijen. Als het gebeurt zoals zojuist beschreven, vallen inderdaad vervoerders buiten de boot. Wij zijn al van dik 200 naar 55 vervoerders en meldkamers gegaan. Het is natuurlijk zuur voor een vervoerder als hij geen vergunning meer krijgt, maar dat is nu eenmaal het risico van het ondernemerschap. Het is dan ook zaak om tijdig samenwerkingsverbanden of fusies aan te gaan met andere vervoerders in de regio waar men werkzaam is. Of een vervoersbedrijf is zeker van zijn zaak en onderscheidt zich zodanig in kwaliteit en prijsstelling van andere vervoerders dat het de vergunning krijgt. Een vervoersbedrijf kan zich natuurlijk ook voor meer vergunningen inschrijven. Leuker kunnen wij het dus niet maken vandaag. Wij voelen er niet voor om bedrijven die straks buiten de boot vallen, via een overgangsregeling te compenseren. Vindt overigens de vergunningverlening gefaseerd plaats of in één keer?

De LPF vindt dat de minister en de provincies de eisen in het programma van eisen zo helder en concreet mogelijk moeten maken. De eisen mogen niet zodanig vaag en breed zijn geformuleerd dat iedere vervoerder er makkelijk op papier aan kan voldoen, zodat het nog moeilijk is een advies te geven welke aanbieder het moet worden. De eisen moeten zeer concreet zijn, als het kan behalve kwalitatief ook kwantitatief en met een zodanig onderscheidend karakter dat er ook echt goed op is te adviseren en selecteren. Kortom, een vervoerder moet van goeden huize komen om eraan te voldoen. Ik hoor graag de reactie van de minister op dit punt.

Tot zover de belangrijkste punten in het wetsvoorstel. Wij hebben in onze fractie flink gediscussieerd. Er was op sommige punten best verschil van mening. Ik zeg het eerlijk. Bij dit wetsvoorstel trekken wij de lijn door die wij hebben ingezet met de medeondertekening door collega

Eerdmans van de motie-Slob c.s., die was ingediend bij de begrotingsbehandeling BZK voor 2006.

Het is de bedoeling dat de aanrijtijd maximaal vijftien minuten is. Meer dan 95% van de ambulanceritten moet daaraan voldoen. Dat is ook een goed streven. Dan moet er echter wel een goede, landelijk uniforme, automatische en betrouwbare registratie zijn. Men zegt bijvoorbeeld in de regio Rijnmond dat men automatisch registreert en dat heel betrouwbaar doet, maar dat men daardoor in de statistieken negatiever afsteekt tegenover regio's die het minder goed voor elkaar hebben. Daar heeft men een punt. Hoe controleren en monitoren wij dit goed? Hoe kunnen wij regio's goed met elkaar vergelijken, zodat de benchmarking ook iets voorstelt? Is een variatie in de aanrijtijdenorm mogelijk? Voor iemand die zijn been heeft gebroken, maar verder bij kennis is en goed aanspreekbaar is, zou de norm iets ruimer kunnen zijn. Is iemand in ademnood of is sprake van een verlamde arm en pijn in de borst, dan moet de ambulance meteen komen en moet er een kortere aanrijtijd zijn. Ik bedoel te zeggen dat wij bij het vergelijken van de aanrijtijden in de verschillende regio's, dit ook kunnen relateren aan de ernst van het letsel of de soort zorg die moet worden geboden. Als een meldkamer zegt dat men ervoor zorgt dat er gegarandeerd binnen tien minuten een ambulance is bij een mevrouw met een hartaanval, met als gevolg dat de meneer met het gebroken been iets langer moet wachten, kan dit vanuit het oogpunt van verantwoorde zorg een goede beslissing zijn. Zorg op maat dus; voor de een wat sneller dan voor de ander, maar alleen als dat op grond van de beoordeling in de meldkamer kan worden besloten. In hoeverre is die ruimte er?

Ik sluit mij aan bij de opmerkingen van mevrouw Schippers over de knelpunten inzake de regio Rijnmond en de toeristische regio's, zoals de provincie Zeeland. Risicofactoren behoren in die regio's zwaarder te wegen. Ik vind daarom dat de minister in de verdeelsleutel het een en ander moet wijzigen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. "Als elke seconde telt", het is een bekende slogan. Zeker voor het ambulancevervoer geldt deze norm onverbiddeijk. In zeer ernstige situaties, hetzij thuis, hetzij na een verkeersongeval, wil iedereen graag zo snel mogelijk in het ziekenhuis gebracht kunnen worden. In ieder geval moet er zo snel mogelijk goede hulp beschikbaar zijn. Het is daarom van groot belang dat de ambulancezorg goed is geregeld. Dat wordt ook door niemand betwist.

Met het wetsvoorstel dat wij vandaag behandelen, beoogt de minister hier invulling aan te geven. Het is op een paar weken na vier jaar geleden dat er over dit thema met de toenmalige minister Borst-Eilers een overleg is gevoerd. De plannen van de minister zijn dan ook zeker niet nieuw meer. Dat de wet nodig moet worden gemoderniseerd, staat voor iedereen vast. Het is zo langzamerhand ook nodig dat er duidelijkheid ontstaat.

Met de vergunningverlening voor een periode van vier jaar hebben wij een belangrijk punt uit het wetsvoorstel te pakken, een punt waarover de SGP-fractie zich stevig zorgen maakt. Stel je voor dat politie en brandweer om de paar jaar of om de vier jaar een vergunning werd verleend: zouden wij er dan nog vertrouwen in hebben

## Van der Vlies

dat deze vitale diensten in de samenleving goed zijn georganiseerd? Het antwoord lijkt mij duidelijk: nee, dus. Natuurlijk kan dat wel het geval zijn, maar de kans erop is niet zo groot. Ook de ambulancezorg is een vitale sector. Wij moeten er daarom erg voorzichtig mee zijn om deze sector aan allerlei krachten en belangen over te dragen. Ook mogen we deze sector niet overlaten aan kortetermijnperspectieven en de daarmee verbonden onzekerheden. Dat kan de kwaliteit schaden en dit moeten wij niet willen.

Een belangrijk argument van de minister om de ambulancezorg naar zich toe te halen, is het voorkomen van versnippering. Met name gaat het hierbij om de gescheiden verantwoordelijkheid voor planning en financiering. Worden deze problemen nu echt opgelost door het wetsvoorstel of worden zij alleen maar verlegd? Wij hebben de stellige indruk dat er nog steeds sprake zal zijn van gescheiden verantwoordelijkheden. In het nieuwe systeem draagt de minister immers zorg voor de planning, terwijl de verzekeraars verantwoordelijk zijn voor de financiering. Op dit punt verandert er dus niet iets wezenlijks, behalve dan dat de verantwoordelijkheid van de provincies wordt overgenomen door de minister.

Wij vinden dat de minister het risico loopt op twee gedachten te hinken. Hij stelt enerzijds een landelijk spreidingsplan vast, maar kan anderzijds niet garanderen dat hij voldoende zicht heeft op de lokale en regionale markten. Welk voordeel heeft het landelijke spreidingsplan dan precies? Natuurlijk, de problematiek van de regio's grenzen moet worden opgelost, maar op dit punt verandert het theoretische model van de minister niets. Niet de provinciegrenzen maar de grenzen van de regionale ambulancevoorziening vormen het nieuwe struikelblok. Bovendien laat het wetsvoorstel alle ruimte om van het spreidingsplan af te wijken. De verhouding tussen het landelijke spreidingsplan en de invulling van de rav's is dus onduidelijk. Wie beslist? Conclusie: de regio. Wat is dan nog de bevoegdheid van de minister?

In de beantwoording van onze vragen – ik verwijs naar blz. 11 van de nota naar aanleiding van het verslag – schrijft de minister: "Partijen kunnen van het referentiekader afwijken, mits zij de kwaliteit van de modelmatig berekende normen borgen." En verderop schrijft hij dat de rav waarborgt dat "het streven naar kwaliteitsverhoging in hun regio niet leidt tot aantasting van kwaliteit in de aanpalende regio's". Wie snapt dit? Dat begrip "kwaliteit" wordt zo tot een jobo beleid. Ziet u de regionale partners alweer naar Den Haag ten strijde trekken?

Het Malieveld ziet als het ware eens in de vier jaar geel van de ambulances en zwart van de gemeentebestuurders. Iedere gemeente zal stellen dat de kwaliteit in de eigen gemeente afneemt als er geen ambulance gevestigd is. En zij hebben nog gelijk ook. Er zal dus een grensvliedende kracht zijn in elke rav, omdat iedere rav in de eerste plaats de eigen belangen voorop zal stellen. Dit laat nog eens te meer zien dat de wet op dit punt erg onduidelijk is en tot veel twist kan leiden.

Wat ons betreft is het een veel beter plan om deze discussies veel sterker aan de regio over te laten, in overeenstemming met de lokale zorgverleners. Het is de SGP-fractie uit de antwoorden van de minister nog steeds niet duidelijk geworden aan de hand van wat voor criteria de rav mag afwijken van het spreidingsplan van de minister. Graag zien wij daarom verduidelijking. Ook het Inspectieadvies is in dit verband een onduidelijk

gegeven. In welke wet is dat vastgelegd en hoe grondig vindt die toetsing plaats?

Tot nu toe houdt de sector zich volgens de minister goed aan de door haar ontwikkelde kwaliteitseisen. Met andere woorden: de minister meldt dus eigenlijk dat er geen problemen zijn met de kwaliteit. Op welke punten zal het wetsvoorstel dan een verbetering betekenen? Op dit moment is niet iedere organisatie gecertificeerd. Wat is het beleid van de minister op dit terrein? De SGP-fractie gaat ervan uit dat dit in de toekomst wel zo moet zijn. Waarom is deze eis dan niet in de wet opgenomen?

Een belangrijk onderdeel in het geval van calamiteiten is de publieke borging van de meldkamer bij rampen en ongevallen. In het wetsvoorstel is vastgelegd dat de GHOR mag adviseren over de vaststelling van het programma van eisen en de vergunningverlening. Dat is natuurlijk wel het minste wat mag worden verwacht. Wat houdt dat advies van de GHOR in? Het kenmerk van elk advies is dat je het kunt aanhoren en in de wind slaan, hoe goed het wellicht ook is. In de nota naar aanleiding van het verslag antwoordt de minister echter op pagina 10: "De minister gaat vergunningen verlenen op basis van hun adviezen." Wie heeft er gelijk: de wet of de beantwoording? Waarom heeft de minister niet in de wet vastgelegd dat het GHOR-advies gevolgd wordt met een uitzonderingsclausule voor strikte noodsituaties?

De adviezen van de GHOR en de verzekeraars zouden ook tegenstrijdig kunnen zijn. Een verzekeraar wil immers efficiënt werken – wat toch al een erg lastige afweging vergt vanwege de permanente beschikbaarheid – en de GHOR wil juist een bepaalde capaciteit hebben voor uitzonderlijke situaties. Hoe gaat de minister daarmee om? Klopt onze conclusie dat de minister eigenlijk gewoon zelf kan kiezen of en in hoeverre hij de adviezen volgt?

De SGP-fractie heeft er via het amendement-Buijs c.s. voor gekozen om de meldkamerfunctie publiek te borgen binnen de veiligheidsregio's, conform de indertijd door ons mee ondertekende motie, met de heer Buijs als eerste ondertekenaar, ingediend op 3 april 2002 tijdens de afronding van het overleg met mevrouw Borst. De aansturing van de meldkamer is dan niet meer afhankelijk van steeds wisselende situaties als gevolg van de vierjarige vergunningverlening. De kwaliteit en de wens om te investeren in opleiding van het personeel en de goede samenwerking met de partners in de regio zouden er anders sterk onder kunnen lijden. In ieder geval is een vergunningverlening voor vier jaar veel te kort. Op zijn minst moet zo'n vergunning veel langer zijn en tevens zou er – als het voorstel van de minister wordt gevolgd – een goede regeling moeten zijn voor de overdracht van goederen en kennis.

De rav is verantwoordelijk voor de meldkamer van de ambulancezorg. Betekent dit dat daar verplicht een medisch geschoold persoon aanwezig is om vast te stellen of een ambulance nodig is? Waar en hoe is dat geborgd? Zeker bij levensgevaar kan een goede beoordeling niet worden gemist. De minister lijkt te veronderstellen dat er al overal één meldkamer is. Is onderzocht hoe binnen die meldkamer de onderlinge samenwerking en afstemming is geregeld? Het mag niet gebeuren dat er sprake zal zijn van meer kapiteins op één schip als er gezamenlijk snel opgetreden moet worden. Bij calamiteiten is de burgemeester de hoofdverantwoordelijke voor adequate hulpverlening.

## Van der Vlies

Heeft hij dus ook gezag over de regionaal geneeskundig functionaris?

Voordat er een vergunning wordt verleend, moet er eerst een programma van eisen worden opgesteld. Artikel 4 van de wet stelt dat het programma van eisen betrekking heeft op een aantal punten. Wat betekent dat? Het klinkt de SGP-fractie wat vaag in de oren. Bijvoorbeeld: het programma van eisen heeft betrekking op de kosten van de ambulancezorg. Wat moeten wij ons daarbij voorstellen? De tarieven worden echter pas later in overeenstemming met de zorgverzekeraars vastgesteld. Wat wordt er dan in het programma van eisen precies geregeld?

Op het onderdeel van de afstemming op andere regio's ben ik al eerder ingegaan. Buiten kijf staat dat dit een erg belangrijk punt is. In zijn antwoorden geeft de minister aan dat het streven naar de kwaliteitsverhoging in een bepaalde regio niet mag leiden tot aantasting van kwaliteit in aanpalende regio's. Waarom is die eis niet tevens in de wet opgenomen? Het programma van eisen zou dan een veel sterkere positie kunnen innemen bij de verdeling van de posten over de regio, vooral in de grensgebieden.

De eis over de meldkamer is ook noodzakelijk. Gezien de noodzaak van publieke borging zou het alleen wel wenselijk zijn om ook expliciete afstemming met de meldkamers van politie en brandweer in de wet te regelen.

De vergunningaanvragen moeten voldoen aan het programma van eisen. De minister heeft de bepaling dat hij de vergunning weigert als het programma van eisen niet helemaal wordt gevolgd terecht uit artikel 4 geschrapt. De vergunningaanvraag moet natuurlijk gewoon het programma van eisen volgen.

Op het punt van de selectie, als er meer kandidaten zijn, zouden wij nog wel graag een verduidelijking willen. De minister stelt dat hij de aanvragen zou toetsen aan het programma van eisen en de beleidsuitgangspunten uit de algemene maatregel van bestuur. Hij zegt daarbij wegingsfactoren te hanteren. Wat voor factoren bedoelt hij? Hoe moeten wij ons die weging concreet voorstellen?

Elke vorm van vergunningverlening vraagt uiteraard om een regeling op basis waarvan de vergunning kan worden ingetrokken als daar redenen voor zijn. De minister kan optreden als de regionale ambulancevoorziening in die vier jaar niet goed functioneert. Als het optreden echter in het laatste jaar van zo'n termijn gebeurt, zal hij dat niet zo gemakkelijk kunnen doen. Er zal immers geen enkele organisatie klaarstaan om nog voor een deel van een jaar de vergunning over te nemen als niet zeker is dat ook in de volgende vier jaar de vergunning wordt verleend aan de betreffende organisatie. Het is dan net als met een volksvertegenwoordiger die nog een paar maanden voor de verkiezingen instroomt terwijl hij niet op de nieuwe lijst staat. Zo iemand kan dan nog een nuttige functie vervullen als "backbencher". Een dergelijke luxe kunnen wij ons in de ambulancesector niet veroorloven. Geen organisatie wil toch slechts een korte periode in dat ontstane gat springen?

Graag kom ik terug op de overgang van personeel en materieel als er gekozen zou worden voor een vergunningverlening voor beperkte duur. Duidelijk mag zijn dat ik hier geen voorstander van ben. De minister laat zien dat een verplichting tot overname complicaties

kan geven. Hij stelt: bovendien weet een vergunninghouder dat zijn vergunning gelimiteerd is in tijd, hij zal dus met die beperking rekening moeten houden. De regionale ambulancevoorzieningen zullen dus vooral letten op de korte termijn. Heel zwart-wit gesteld: de rav zal dus geen grote investeringen doen in de auto's omdat dit niet rendabel is voor de periode van vier jaar waarover alleen zekerheid bestaat. Ook betekent dit dat de rav slechts tijdelijke contracten aan zal bieden met als gevolg dat hooggekwalificeerd personeel niet zo snel zal willen werken bij de betreffende rav. De termijn van vier jaar zonder overnameregels heeft onherroepelijk en zeker tijdelijk kwaliteitsverlies als gevolg. Dat verlies aan kwaliteit wil de SGP-fractie niet voor haar verantwoording nemen.

Voorzitter. Dit is stevige kritiek op het wetsvoorstel. Er liggen gelukkig diverse amendementen waar parallellen in zitten, maar waarin ook verschillende routes worden gevolgd. Wij moeten daar in het verdere debat uitkomen. Ik sluit mij ten slotte nog aan bij de vragen die zijn gesteld over de regio's met specifieke kenmerken, zoals Rijnmond met de zware industrie en Zeeland als voorbeeld van een gebied met seizoensgebonden toeristendruk. Dan gaat het erom hoe een en ander in de verdeelcriteria tot uitdrukking komt en of recht wordt gedaan aan de behoefte die in die regio's bestaat.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Het zal en kan de minister niet verbazen dat de CDA-fractie niet akkoord kan gaan met de inhoud van dit wetsvoorstel zoals het nu voorligt. Zoals bekend en in vervolg op onze breed door de Kamer gesteunde motie van 3 april 2002, hecht mijn fractie eraan dat er een goede publieke borging van de meldkamer aanwezig blijft waardoor een goed afgestemde hulpverlening zowel in de reguliere praktijk als bij ongevallen en rampen kan worden gegarandeerd. Ik herinner mij dat er op 3 april 2002 een diepgaande discussie is geweest. Wat dat betreft, is er wel iets veranderd. Het waren toen ook heel spannende debatten. Daarbij werd zowel door ons als door de fractie van de Partij van de Arbeid met inhoudelijke argumenten een draagvlak verkregen voor een publieke aansturing. Dat was voor ons een belangrijk punt. Ik ben benieuwd hoe het met het nieuwe wetsvoorstel zal gaan. Het lijkt erop dat, even los van de openbare aanbesteding waarvoor naar ik meen een grote Kamermeerderheid is, de verhouding op het punt van de publieke aansturing fiftyfifty zal zijn. Is er in de ogen van de minister dan voldoende draagvlak om dit wetsvoorstel door te voeren, wetende hoe de stemming is bij de perifere bestuurderen?

Ik heb al gezegd, dat niet alleen bij (grote) ongevallen en rampen een goede samenwerking tussen de drie kolommen – wij noemen het wel de witten, de roden en de blauwen, oftewel politie, brandweer en ambulancezorg – noodzakelijk is. Vergeten wordt wel eens – en ik merk dat nu ook, als er percentages worden genoemd – dat juist het dankzij de meldkamer gezamenlijk uitrukken van politie, brandweer en ambulances bij verkeersongevallen, brand en andere calamiteiten, relletjes en voetbalproblemen van essentieel belang is. Daarom is en blijft naar onze mening een publieke aansturing noodzakelijk, want voorkomen moet worden dat er al te



Mevrouw Schippers (VVD)

© M. Sablerolle – Gouda

grote bestuurlijke drukte ontstaat op de meldvloer, de meldkamer. In wezen is de meldkamer een soort kruisschakel waar verschillende zaken samen komen. Ik moet er niet aan denken, dat er straks een scheidslijn tussen publiek en privaat komt, waardoor eventueel afstemmingsproblemen kunnen optreden die wij niet willen en de minister evenmin, naar ik aanneem.

Ook de introductie van marktwerking zoals de minister voor ogen staat door middel van een door de minister eens per vier jaar te verlenen vergunning, mevrouw Schippers sprak er ook over, gaat ons veel en veel te ver en doet geen recht aan de betrokkenheid zowel inhoudelijk als financieel die provinciale besturen de afgelopen jaren hebben getoond bij het verlenen van vergunningen en het aanwijzen van standplaatsen op basis van een spreidingsplan. Dit doet geen recht aan de perifere bestuurders. Ik geef toe dat de rav-vorming met moeite is opgestart, maar de inzet van de provincies is nu niet alleen inhoudelijk, maar ook financieel zodanig dat een verandering een klap in hun gezicht zou zijn. Kortom, die marktwerking moet gewoon niet worden geïntroduceerd.

De minister stelt ook het centraliseren van de vergunningverlening voor, waarbij hijzelf verantwoordelijk is voor het uitgeven van de vergunning en verzekeraars verder moeten onderhandelen. Mevrouw Schippers noemt dat planning en financiering in één hand, maar waar blijft dan de andere publiek aangestuurde taak die toch ook uitonderhandeld moet worden, zij het op een ander niveau? Je krijgt dan toch fricties. Het is ook een beetje tegen de politieke trend in. Wij hebben net in de Kamer besloten om taken die kunnen worden uitgevoerd in de periferie daar naartoe te brengen. Kijk maar naar de WMO. Ik denk dat de tendens van decentralisatie – perifeer wat kan en centraal wat moet – ook als het gaat om de ambulancezorg moet worden doorgezet, mede gelet op de ervaringen met de ambulancezorg in de afgelopen jaren.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Bij de WMO zitten aansturing en financiering in één hand. Ik begrijp dat u zich zorgen maakt over een eventuele knip, bijvoorbeeld in de meldkamer. U legt echter een veel grotere en ook gevaarlijke knip aan, namelijk tussen sturing en

financiering. Triage is een erg belangrijk onderdeel van de ambulancezorg en als de sturing wordt losgeknipt van de financiering ervan – en dat gebeurt in uw amendement – kan een gevaarlijke situatie ontstaan.

De heer **Buijs** (CDA): Misschien is het u ontgaan dat het de afgelopen jaren niet anders geweest is en dat het tot een steeds betere samenwerking heeft geleid. De grote winst is dat drie zaken binnen een vastgesteld budgettair kader worden samengebracht. Men kan zeggen dat de ambulancezorg is en dus onderdeel uitmaakt van de zorgketen. Ik zeg dat de ambulancezorg een essentiële schakel is bij grootschalige ongevallen en rampen maar ook bij verkeersongelukken, een brandje, relletjes enz. In die gevallen moet sprake zijn van een feilloze afstemming. Elke instantie moet via C2000 geïntegreerd kunnen optreden. Wat dit betreft bergt het wetsvoorstel bepaalde risico's in zich. De kans bestaat dat er bestuurlijke drukte komt in de meldkamer waar financiële en misschien ook inhoudelijke belangen tegen elkaar worden afgewogen.

Het is typerend dat de minister in de nota naar aanleiding van het verslag veel waardering uitspreekt voor het huidige ambulancevervoer. Die waardering is terecht. Wat betreft de professionaliteit in de ambulance steekt Nederland met kop en schouders uit boven andere landen waar alleen het vervoer belangrijk is. De huidige ambulancezorg zit beslist niet te wachten op private aansturing. Juist de keten van acute zorg verdient een aparte benadering en kan niet overgelaten worden aan de markt. Dit alles nog los van alle mogelijke rechtspositionele bezwaren (overname personeel en materiaal, opleidingscapaciteit enz.). De Raad van State heeft voorgesteld het wetsvoorstel niet naar de Kamer te zenden. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, de Raad voor het Overheidsbeleid, de brandweer, de politie, de VNG, de GGD'en, de vakbonden en de Veiligheidskoepel hebben alle negatieve geluiden laten horen over het wetsvoorstel. Ik vraag mij dan ook af of er nog wel enig draagvlak voor is. Kan de minister uitleggen waarom hij toch vasthoudt aan het door hem voorgestelde sturingsmodel? Dit is toch vragen om moeilijkheden? De politie is niet van plan om vertrouwelijke informatie zomaar door te geven aan een private onderneming. Nu kan mevrouw Schippers dat willen regelen via een amendement, maar als de scheidslijn publiek-privaat blijft, vraag ik mij af of daarvoor een oplossing kan worden gevonden. De meldkamer is een vitale schakel waar gewoon geen gedoe moet zijn. Een publieke borging moet gegarandeerd zijn.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Is de heer Buijs van mening dat alle private ambulancevoorzieningen die het nu uitstekend doen, helemaal publiek moeten worden?

De heer **Buijs** (CDA): Nee, ik heb gesproken over publiekbestuurlijk aansturen, dat is iets anders dan uitvoeren.

Mevrouw **Schippers** (VVD): C2000 en andere systemen worden dan ook door private organisaties gebruikt.

De heer **Buijs** (CDA): Het gaat mij om de publieke verantwoordelijkheid. Ik wil niet dat er straks een aparte kolom naast komt onder leiding van de LHV-directeur die de C2000-informatie niet beschikbaar heeft. Nu is er eenduidige aansturing en dit wil ik zo houden; ik wil dit

## Buijs

zelfs versterken. Dit kan niet worden opgelost met garanties of het ondertekenen van verklaringen of afspraken. Ik kan mij voorstellen dat de politie als er ergens een steekpartij in een stad is, de informatie als vertrouwelijk beschouwt en niet van zins is die op de algemene kanalen naar buiten te brengen.

Wij hebben een amendement opgesteld dat mede is ondertekend door de heren Van der Vlies en Slob en nog zal worden ondertekend door mevrouw Kraneveldt en mevrouw Kant. Het zal nog enigszins worden gewijzigd opdat de informatie over het functioneren van de hele structuur in algemene zin, via artikel 4 ook ter kennis zal worden gebracht aan de Tweede Kamer.

Er zijn nog andere zaken die de aandacht vragen. Korthedshalve sluit ik mij aan bij de vragen van mevrouw Schippers over de regio Rijnmond en die van andere collega's over de provincie Zeeland. Het huidige referentiekader houdt, ook naar de mening van mijn fractie, onvoldoende rekening met criteria die hierbij zouden moeten gelden. Ik noem dan met name de toeristische stromen die in sommige gevallen, zeker in Zeeland, langer dan de vakantieperiode duren, maar ook het feit dat in de regio Rijnmond iedere dag 70.000 mensen volcontinu werken. Ik denk dat de minister zich toch nog eens moet verdiepen in de vraag of het wenselijk zou zijn om het referentiekader op dit punt aan te passen. Wij zijn van mening dat hij dit moet doen.

Aan het einde van mijn betoog wil ik nog een heel andere zaak onder de aandacht van de minister brengen, namelijk de automatische externe defibrillator. In antwoord op vragen van de Kamer heeft minister Remkes gezegd dat hij het geen slecht idee vindt om politie en brandweer met zo'n apparaat uit te rusten – er zijn er in de Kamer inmiddels ook drie beschikbaar – maar hij vindt dat dit tot de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid behoort. Daarom vraag ik nu aan minister Hoogervorst of hij het voortouw wil nemen om, samen met de minister van Binnenlandse Zaken, te bezien of de forse gezondheidswinst die kan worden bereikt door het gebruik van automatische externe defibrillators, een impuls kan krijgen. Om de verbredering in de meldkamer optimaal te gebruiken, zou het goed zijn als hij nagaat of politie en brandweer daarmee kunnen worden uitgerust.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. In Nederland zijn jaarlijks 500.000 mensen aangewezen op spoedeisende hulpverlening door een ambulance. In meer dan 95% van de gevallen gaat het om hulpverlening waarbij geen sprake is van multidisciplinaire samenwerking met politie of brandweer. Meer dan 1300 slachtoffers per dag, dat wil zeggen 55 mensen per uur, zijn aangewezen op een goed functionerende, reguliere ambulancezorg. De RIVM-rapporten uit 2001 en 2002 hebben laten zien hoe belangrijk het is voor de gezondheidswinst van Nederlandse burgers dat er wordt geïnvesteerd in goede ambulancezorg. Dat is ook de reden dat de rijksoverheid, gesteund door drie achtereenvolgende kabinetten, ongeveer 30 mln. aan extra geld ter beschikking heeft gesteld. Er is verder een nieuwe wet ontwikkeld, omdat de oude wet goede ambulancezorg in de weg stond.

De oude wet en de huidige systematiek voor de ambulancezorg kenmerken zich door versnippering van de verantwoordelijkheden. De aansturing en de

uitvoering van de ambulancezorg zijn verdeeld over acht partijen; een duidelijk wettelijk kader ontbreekt en planning en financiering zijn gescheiden. Kortom, het is volstrekt niet helder wie waarvoor verantwoordelijk is en waarom.

Het kabinet stelt voor om de Wet ambulancevervoer te vervangen door de wet ambulancezorg. Met dit wetsvoorstel wordt aangesloten bij de trend van centralisering van de ambulancevoorziening en de regionale hulpverlening bij ongevallen en rampen, de GOR. Het kabinet wil de doelmatigheid en kwaliteit vergroten door concurrentie om de markt – en dus niet óp de markt – mogelijk te maken in 24 afgebakende regio's.

Over het wetsvoorstel is ongeveer vijftien jaar gediscussieerd. Eindelijk ligt er een wetsvoorstel. Ik zeg "eindelijk", want wij spreken vandaag wel over acute zorg, waarin de rol van de ambulance cruciaal is. De verhalen over ambulances die te laat kwamen en de mensen die daardoor hun leven hebben verloren, kennen wij allemaal. Dat wil niemand meemaken! Bestuurders worden verder niet graag afgerekend op falende hulpverlening bij noodgevallen.

Centrale aansturing is tegenwoordig een begrip waarvan je je verre moet houden. De trend is decentralisatie en vaak is decentrale aansturing dichtbij de mensen ook verstandiger. In het geval van ambulancezorg moet de centrale overheid echter haar verantwoordelijkheid nemen, juist om te zorgen voor goede landelijke spreiding, voor uniforme voorschriften en kwaliteitseisen, samenhang en voldoende toezicht. Dat gemeenten daarbij een zwaarwegende adviserende stem moeten hebben, spreekt vanzelf. Direct of indirect heeft iedereen in Nederland er belang bij dat wij in dit wetsvoorstel duidelijk vastleggen wie waarvoor verantwoordelijk is, wat die verantwoordelijkheid precies inhoudt en hoe wij erop toezien dat die verantwoordelijkheid op de juiste manier wordt ingevuld.

Door dit wetsvoorstel komt de verantwoordelijkheid voor voldoende ambulances bij de minister te liggen. De minister stelt de rav-regio's in. Hij stelt een programma van eisen en een landelijke referentiekader op en verleent de vergunningen. Als er geen regionale ambulancevoorziening is, moet de minister iets anders regelen. De verzekeraars moeten zich aan hun zorgplicht houden en voldoende ambulancezorg inkopen van voldoende kwaliteit. De rav's zijn de daadwerkelijke uitwerkers en dienen te voldoen aan kwaliteitseisen die gecontroleerd worden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De GOR-bestuurders stellen de meldkamer in en adviseren over de inhoud van het programma van eisen.

Mijn fractie steunt dit deel van het wetsvoorstel, omdat ambulancezorg onlosmakelijk is verbonden met de organisatie van de electieve en acute zorg. Huisartsen, spoedeisende hulp, ziekenhuis- en ambulancezorg horen bij elkaar. Het sturingsprincipe moet daarom gelijk zijn aan de sturing in de electieve en acute zorg. Zorgverzekeraars dienen ambulancezorg te contracteren binnen door de overheid gestelde kaders. Planning en financiering van de ambulancezorg moeten aan één partij zijn toegedeeld. De gescheiden sturing heeft de ambulancesector in de afgelopen jaren verscheurd en heeft een vertraging in de ontwikkeling van de kwaliteit tot gevolg gehad. Ambulancezorg is een vorm van zorg die nadrukkelijk publiek moet zijn gewaarborgd. Een

## Arib

heldere verdeling van taken en verantwoordelijkheden is juist bij acute zorg, waarbij het vaak om leven en dood gaat, noodzakelijk.

Mijn fractie onderschrijft de noodzaak van een nieuwe wet. Die wet is hard nodig. Onze steun aan dit wetsvoorstel is echter niet onvoorwaardelijk, te beginnen met de marktwerking. De minister introduceert in het wetsvoorstel het principe van gereguleerde marktwerking. Dat komt er in de praktijk op neer dat de ambulancezorg op basis van 24 vergunningen om de vier jaar openbaar wordt aanbesteed. Dat is voor de PvdA-fractie onacceptabel, omdat hierdoor de kwaliteit, doelmatigheid en continuïteit van de zorgverlening in gevaar komt. Daarnaast blokkeert het instrument van openbare aanbesteding de door de minister gewenste samenwerking binnen de keten van acute zorg en de samenwerking binnen de veiligheidsregio's.

Om de vier jaar openbaar aanbesteden leidt ertoe dat een bedrijf over een zeer beperkte tijdshorizon beschikt voor het aanstellen van personeel, het investeren in materieel, het aangaan van samenwerkingsverbanden en het ontwikkelen van beleid en producten. Die horizon is zo beperkt dat het nog maar de vraag is of een bedrijf kan investeren, personeel kan aantrekken en samenwerkingsverbanden kan aangaan. In onze schriftelijke inbreng zijn wij hierover zeer kritisch geweest. De minister heeft onze zorgen niet weggenomen in zijn antwoorden, vandaar dat ik hierover een amendement heb ingediend.

Marktwerking kan een prikkel de goede kant op betekenen, maar in de acute zorg is hiervoor geen plaats. De patiënt of arts kan niet kiezen, want daar is gewoon geen tijd voor. Het gaat er alleen om, iemand zo snel en goed mogelijk in een ziekenhuis te krijgen. Natuurlijk moet daarbij de prijs/kwaliteitsverhouding ook goed zijn. Het amendement dat ik heb ingediend heeft als strekking dat de ambulancezorg absoluut niet mag worden aanbesteed en dat er niet om de vier jaar moet worden bekeken of nieuwe aanbieders zich op de markt mogen begeven. Het voorbeeld van het Deense bedrijf is al genoemd. Ik kom zelf uit Amsterdam, dus ik weet wat de TCA-toestanden daar hebben betekend. Dat moeten wij niet hebben in de ambulancezorg. Het gaat om een zeer kwetsbare vorm van zorg die zich niet leent voor marktwerking. Bovendien heb ik als woordvoerder zorg in de praktijk gezien welke effecten dit zou hebben. Denk aan de kraamzorg, die op dit moment zelfs wordt geveild. Zo zijn er meer voorbeelden. Kortom, het amendement, dat door een aantal collega's is ondersteund, ligt er.

De heer **Buijs** (CDA): Ik wil graag wat verduidelijking. Er liggen twee amendementen, een van het lid Schippers en een van het lid Arib. Mevrouw Schippers heeft zojuist medegedeeld dat zij via benchmarking toch een bepaalde prikkel wil inbouwen. Ik ben benieuwd hoe mevrouw Arib dit in de toekomst voor zich ziet. Ik bespeur tussen de twee amendementen toch enig licht, om het voorzichtig uit te drukken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dan heeft de heer Buijs het amendement kennelijk niet goed bestudeerd. Het belangrijkste punt dat in het wetsvoorstel wordt voorgesteld, is dat aanbieders zich om de vier jaar kunnen melden. Er vindt dus een aanbesteding plaats waarbij iedereen kan meedingen naar een door de

minister te verlenen vergunning. In mijn amendement is de aanbesteding van de ambulancezorg niet aan de orde en die vier jaar zitten er ook niet in. Het programma van eisen moet om de vier jaar worden geactualiseerd, maar er mag niet elke vier jaar een nieuwe aanbieder komen. Eerder in mijn betoog heb ik al gezegd dat dit consequenties zou hebben voor de continuïteit van de zorg. De prikkel die daarin zit en die ik graag deel, is dat het niet de bedoeling mag zijn dat iemand die eenmaal een vergunning heeft, achterover leunt en verder niets hoeft te doen. Ik vind wel dat er eisen moeten worden gesteld aan de vergunninghouder. Hij moet bijhouden wat de laatste ontwikkelingen zijn als het gaat om het materieel, het investeren in personeel en het wel of niet halen van bepaalde kwaliteitseisen. Dat is de prikkel die erin zit. Die breng je niet door de markt open te gooien, maar door te vergelijken. Welke ambulancezorg doet het beter dan een ander? Dat is de maatstaf voor het beoordelen van de vergunning.

De heer **Buijs** (CDA): Wij zijn het er helemaal over eens dat hier geen marktwerking moet ontstaan. Nu even het volgende. Mevrouw Arib zegt dat er prikkels in het systeem moeten worden gebracht. Wie moet die prikkels naar haar mening aanbrengen? Is dat de zorgverzekeraar, daarin gesteund door een programma van eisen van de minister, of ligt het op een ander niveau?

Mevrouw **Arib** (PvdA): De prikkel moet door een programma van eisen worden afgedwongen. Het programma van eisen moet worden geactualiseerd. Dat is ook een van mijn vragen. Hoe gaat dat programma er precies uitzien? In het wetsvoorstel worden algemene indicatoren genoemd, maar ik zou het graag wat specifiekere hebben. Aan de hand van het programma van eisen moet dus worden gekeken of iemand goed presteert of niet. Dat is de prikkel. Als men het in Utrecht uitstekend doet, wat overigens ook het geval is, maar in een andere regio niet, is dat een prikkel voor die andere regio om zijn best te gaan doen. Anders heeft hij een probleem. Dat is de prikkel die er inzit op basis van het programma van eisen.

De heer **Buijs** (CDA): Ik vraag mij af hoe dat dan in de praktijk gaat. Op zeker moment voldoet een bepaalde ambulancevervoerder niet. Betekent dit dat de zorgverzekeraar dan maatregelen neemt of iemand anders vraagt om dat te doen? Welke consequenties heeft dat voor bijvoorbeeld de meldkamer c.q. het onderdeel daarvan dat in het voorstel van de minister wordt aangestuurd door de rav-directeur?

Mevrouw **Arib** (PvdA): De meldkamer heeft er geen enkel belang bij dat er een slecht functionerende vergunninghouder tussen zit. Voordat de minister een vergunning verleent, worden er adviezen verstrekt door de zorgverzekeraar en de GOR.

De heer **Buijs** (CDA): Zij hebben die vergunning en dan?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat is het probleem dat in het verleden speelde. Er was een aantal ambulancediensten dat niet goed functioneerde en er werd gewoon niet ingegrepen. In het kader van deze wet is het van belang dat de Kwaliteitswet van toepassing is. De inspectie speelt daarin een belangrijke rol. Als blijkt dat een



## Arib

vergunninghouder niet functioneert, dan ga ik ervan uit dat er wordt ingegrepen en dat de vergunning wordt ingetrokken. Dat is natuurlijk het uiterste middel dat je moet hanteren. In zo'n geval worden bepaalde regio's waar het wel goed gaat, ingeschakeld.

De heer **Buijs** (CDA): De conclusie is dat de verzekeraar straks de belangrijkste persoon is om advies uit te brengen aan de minister om de vergunning in te trekken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De minister verleent de vergunning. Ik wil best met u in debat, maar dan moet u wel de juiste argumenten gebruiken. Het is de minister die de vergunning verleent, niet de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraars gaan over premiegelden en financieren ambulancezorg, zoals zij ook ziekenhuizen en huisartsen financieren. Als de minister een advies krijgt van de zorgverzekeraar of de GOR, dan is het aan de minister om te zeggen "dit is niet goed". Ik ga er tenminste van uit dat de GOR zich ook zorgen maakt als iemand niet functioneert en dat ook zegt. Het gaat dus niet om de zorgverzekeraar, zoals u elke keer weer suggereert.

De heer **Buijs** (CDA): Dat suggereer ik niet. Het is precies zoals ik zei. De verzekeraars constateren, net als in het geval van andere contracten met aanbieders van zorg, dat iets niet goed is. Vervolgens wordt de minister geadviseerd om, in dit geval, de vergunning in te trekken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het gaat toch ook om een iets andere vergelijking dan alleen, zoals nu wordt gezegd, als niet aan het programma van eisen wordt voldaan? In zo'n geval wordt de vergunning in de ultieme redenering ingetrokken. Ik heb het amendement echter zo begrepen dat het gaat om ambulancezorgaanbieders die op zichzelf voldoen aan het programma van eisen, maar in onderling vergelijk verschillend presteren. Degene die het best presteert, moet een ander die minder presteert maar overigens aan het programma van eisen voldoet, uit de markt kunnen drukken. Laat ik het maar even populair zeggen. Dat is de harde consequentie van de maatstafconcurrentie. Mijn vraag is wie dat precies gaat beoordelen. Wie is de autoriteit die vaststelt wie meer presteert dan de ander, terwijl ze allemaal aan het programma van eisen voldoen? Het is de verantwoordelijkheid van de vergunningverlener om op dat laatste toe te zien. Vandaar dat de vraagstelling van collega Buijs door mij wordt overgenomen. Wie bepaalt dat nu precies?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het amendement gaat er in de kern om dat de regionale ambulancevoorzieningen die een vergunning krijgen, niet achterover moeten gaan leunen. Zij zouden namelijk kunnen denken: de vergunning is binnen en dus hoeven wij verder niets te doen. Er moet een prikkel in zitten. Die prikkel ontstaat niet door openbare aanbesteding, want dat hebben wij er met het amendement uit gehaald. De prikkel betreft benchmarking. Er wordt vergeleken. Dat betekent niet dat je zegt: u doet het iets minder, dus de vergunning wordt ingetrokken. Daarvoor moet je namelijk helemaal slecht presteren en daartoe dient het programma van eisen. Het gaat erom dat je bijvoorbeeld voorkomt dat een regionale ambulancevoorziening niet investeert in allerlei technologische ontwikkelingen. Die veranderen per dag

en worden alsmaar geraffineerder en efficiënter. Op die manier blijven de ambulancezorgverleners toch de druk voelen dat zij moeten blijven investeren in materieel. Er wordt immers in de ambulancezorg ook gesproken over verplaatste ziekenhuiszorg. De outillage van de ziekenauto moet optimaal zijn; het mag niet zo zijn dat men achterover gaat leunen als er eenmaal een vergunning is. Dat is wat er met de prikkel wordt bedoeld.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik begrijp dat men niet achterover mag gaan leunen en ik begrijp wat mevrouw Arib met de prikkel bedoelt. Zij heeft het over maatstafconcurrentie. Daarbij gaat het toch om onderlinge vergelijking, boven de norm die de wet stelt in het programma van eisen? Komt dat uiteindelijk ook niet neer op de invoering van een bepaalde mate van marktwerking?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb het begrip maatstafconcurrentie in het amendement gebruikt omdat "benchmarking" een Engels woord is. Het komt neer op wat wij op dit moment ook in ziekenhuizen doen; je vergelijkt vanuit het belang van patiënten de prestaties van ziekenhuizen. Daarin ligt een prikkel voor ziekenhuizen om beter te gaan presteren. Er is hier absoluut geen sprake van dat de ambulancezorg aan de markt zou moeten worden overgeleverd of dat er vergunningen worden ingetrokken. Het gaat immers om een belangrijke vorm van zorg; die moet op een goede manier georganiseerd worden en daar moet flink in geïnvesteerd worden. Dat betekent dat de eisen hoog zijn. Dat is de kern van dit amendement.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De betrokken aanbieders van ambulancezorg blijven allemaal wel vergunninghouder?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ja, tenzij zij niet goed presteren.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ja, dat is duidelijk.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Moeten wij uiteindelijk, op basis van dit amendement wellicht ook de bekostigingsstructuur gaan aanpassen? Een aanbieder die het heel goed doet krijgt een beloning en een aanbieder die het slecht doet, krijgt een financiële afstraffing. Daardoor geef je de benchmark meer invulling. Daarmee verliezen aanbieders dus geen vergunning, want dat kan niet als ze aan het programma van eisen voldoen, maar je stuurt indirect op de benchmark door geld.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Die discussie hebben wij eerder gevoerd toen het ging om het vergroten van de prestaties van zorginstellingen als verpleeghuizen en ziekenhuizen. Ik weet niet of dit een juiste prikkel is. Ik vind dat wij beter kunnen belonen dan bestraffen. Als er een vergunning wordt ingetrokken, kan er een probleem in een regio ontstaan omdat er geen aanbieders beschikbaar zijn die de taken kunnen overnemen. Maar ik wil hier graag nog eens over nadenken.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Bij ziekenhuizen met wachtlijsten werden die wachtlijsten langer toen zij extra geld kregen. Dat is logisch; het is een perverse prikkel. Nu krijgen ziekenhuizen die meer presteren extra geld, en daar dalen de wachtlijsten.

## Arib

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het gaat om de bredere discussie over de vraag hoe je in de zorg omgaat met slechte prestaties. Een en ander is ook afhankelijk van de vorm van de zorg. Als er maar één verpleeghuis in de omgeving is, bijvoorbeeld, kan er een groot probleem ontstaan. Voor het ambulancevervoer moet worden bezien wat de consequenties zijn. Ik hanteer echter liever het principe van belonen dan dat er vergunningen worden ingetrokken of ziekenhuizen worden gesloten.

De heer **Buijs** (CDA): Ik word gaandeweg steeds giftiger over de uitleg die u nu geeft. Het is hom of kuit. Uit uw woorden begrijp ik dat u kiest voor marktwerking, ook spreekt u daarover in bedekte termen zoals benchmarking. Mevrouw Schippers praat over geld, en u zegt op een gegeven moment dat je een vergunning niet kunt intrekken. Ik ben dan bij u helemaal de weg kwijt. Het is het één of het ander. U moet zeggen: de vergunning kan worden ingetrokken op basis van marktelementen, of u moet zeggen: de vergunning kan blijven, maar de inspectie geeft opdracht om verbeteringen aan te brengen in de kwaliteit. Dat is een heel andere benadering. Ik vind dat u nu een beetje aan het zweven bent. Ik interpreteer uw woorden zo, dat u voor marktwerking bent.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik begrijp uw woede en frustratie wel, maar ik ben tegen marktwerking. Dat heb ik gisteren publiekelijk gezegd, en ik zeg het nu ook. Met mijn amendement wil ik ervoor zorgen dat ambulancevervoer niet wordt overgeleverd aan de markt en dat er geen aanbesteding plaatsvindt. U gaat uit van alles of niets, dat wil zeggen terug naar de oude situatie of niets. Wij willen wel vernieuwing, ook in de ambulancezorg, om dezelfde redenen die u ook hebt genoemd. Wij komen echter op iets anders uit dan u. Ik kan mij voorstellen dat dat voor u niet prettig is, maar het gaat erom dat de minister op basis van een programma van eisen een vergunning verleent. Als een ambulancedienst helemaal niet presteert, moet de vergunning worden ingetrokken. Dat kan niet anders. Na de vergunningverlening moet er natuurlijk wel een prikkel blijven bestaan om ambulancediensten ertoe te zetten, vernieuwend te werk te gaan en meer te presteren, niet alleen qua prijs, maar ook qua kwaliteit van de zorg. Ik begrijp dat u een soort tegenstelling probeert te creëren door te zeggen dat de PvdA-fractie voor marktwerking is. Daar hebt u in de aanloop naar dit debat veel energie in gestoken. Dit amendement zorgt er alleen voor dat er geen marktwerking is. Ik reken op uw steun, want gisteren hebt u gezegd ook tegen marktwerking te zijn.

De heer **Buijs** (CDA): Ik voel mij aangesproken door mevrouw Arib.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U begon.

De heer **Buijs** (CDA): Zij zegt iets over mij wat ik niet pik. Ik probeer van mevrouw Arib duidelijkheid te krijgen over de reden waarom na diepgaande debatten, onder andere met mevrouw Van der Hoek, de PvdA-fractie in 2002 de zeer duidelijke conclusie had getrokken dat er publieke aansturing was en zou blijven van de ambulancedienst. Ik heb dat gememoreerd. Nu is dat blijkbaar veranderd. Mevrouw Arib zegt dat dit mij niet zo goed

uitkomt, maar ik wil een goede ambulancezorgvoorziening.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Precies! Daar gaat het om. Als u daarmee was begonnen, was het misschien veel helderder geweest. U haalt twee dingen door elkaar, namelijk dat de PvdA-fractie tegen marktwerking is, omdat in dit voorstel wordt bepleit, de aanbesteding om de vier jaar te laten plaatsvinden, en dat u eigenlijk van mening bent dat de provincies de ambulancezorg moeten regelen. Daarover verschillen wij van mening met elkaar. Als u dat aan het begin had gezegd, had ik gezegd dat ik inderdaad met u van mening verschilde en dat dit voor u niet nieuw was. Ik heb in het debat in augustus 2004 namelijk duidelijk gezegd dat Annette Van der Hoek van de PvdA-fractie samen met de CDA-fractie in 2002 een motie had ondertekend dat de ambulancezorg aan provincies moest worden overgelaten. Wij hebben een notitie van het kabinet gekregen. Die motie is ingediend tijdens Paars II. Margot Vliegthart, de staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en minister Borst hebben de aanneming daarvan toen sterk ontraden. Later is er een brief gekomen over de samenhang tussen de ambulancezorg en de acute zorg. Die waren onlosmakelijk met elkaar verbonden. Daardoor kon de ambulancezorg niet worden overgelaten aan de provincie. Die brief heeft de PvdA-fractie overtuigd. Ik heb in het debat ook eerlijk gezegd dat de PvdA-fractie een motie had mede ondertekend waarin stond dat de ambulancezorg naar provincies moest worden overgeheveld, maar dat zij de noodzaak van een samenhangende vorm van zorg inzag. Daarbij ging het niet alleen om de ambulance. Die vormt alleen wel de schakel tussen huisartsen, ziekenhuizen enzovoort en hoort dan ook in de zelfde keten te worden ondergebracht en op de zelfde wijze te worden gefinancierd als de rest van de zorg en niet door het IPO.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Ik ben niet boos en ook niet gefrustreerd, maar heb wel een vraag over het amendement, in het bijzonder over de uiterste consequentie ervan. Die is mij niet helemaal duidelijk. Het is goed, te begrijpen dat u een bepaalde prikkel wilt inbouwen om de kwaliteit en de doelmatigheid te bevorderen. Dat steunen wij. Kan dit in het uiterste geval tot gevolg hebben dat ambulanceaanbieder B ambulanceaanbieder A, die wel voldoet aan het programma van eisen, maar minder scoort dan ambulanceaanbieder B, ambulanceaanbieder A de markt uit drukt?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Nee, dat is absoluut niet de bedoeling. De bedoeling is dat de regionale ambulancevoorzieningen worden aangespoord om beter te presteren. Dat doen wij nu ook met ziekenhuizen en andere vormen van zorg. Wij vergelijken ze. Het ene ziekenhuis heeft minder lange wachtlijsten dan het andere, maar daarom zeggen wij nog niet tegen dat andere ziekenhuis dat het geen geld krijgt. Wij wijzen het alleen op het verschil met het ene ziekenhuis om het te prikkelen tot betere prestaties op het vlak van kwaliteit, vriendelijke bejegening en andere dingen. Hetzelfde geldt voor de ambulance. Ik zou niet weten waarom u daar tegen zou zijn. U legt direct de link met wegdrukken uit de markt, maar dat is helemaal niet aan de orde.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Ik stel gewoon een vraag

## Arib

en uw antwoord wil ik betrekken bij de vorming van ons oordeel over het amendement. U zegt dat aanbieders van ambulancevervoer die voldoen aan het programma van eisen dat wij vaststellen, via de te vormen benchmark een prikkel krijgen om de kwaliteit nog wat te verbeteren of de lat nog wat hoger te leggen, maar dat zij hun vergunning absoluut niet kwijt kunnen raken. Dat is dus absoluut niet de bedoeling?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Nee, dat is absoluut niet de bedoeling. Het gaat er meer om, de prestaties te verbeteren dan om een vervoerder zijn vergunning te laten kwijtraken.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Dit is een helder antwoord.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter, ik voelde mij even een toeschouwer bij een debat tussen CDA en PvdA over wie nu het minst vóór marktwerking is. Een leuke dag. Toch ben ik nog niet helemaal gerustgesteld als het gaat om de opstelling van de fractie van de PvdA en om dit amendement. Ik sta vandaag dus even aan de zijde van de heer Buijs, wat mij ook wel weer een goed gevoel geeft.

Als ik mevrouw Arib hoor zeggen wat zij met het amendement wil, proef ik daarin een beetje de trend van marktwerking in de thuiszorg, waarvoor haar partij toch medeverantwoordelijk is. Dat is niet zo goed afgelopen, dus ik neem aan dat zij dat niet opnieuw wil. Laat zij dan nog eens proberen om duidelijk te maken wat zij wél wil.

Daarnaast maakt mevrouw Arib telkens een vergelijking met andere vormen van zorg, maar wij hebben hierbij wel met een bijzondere situatie te maken, want de ambulancezorg raakt ook aan de rampenbestrijding en het ambulancevervoer dient ook een hoge mate van paraatheid te hebben. Deze zorg is dus niet vergelijkbaar met welke andere vorm van zorg dan ook.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Een vergelijking met de thuiszorg gaat absoluut niet op, want wij hebben hierbij te maken met 24 regionale ambulancevoorzieningen, dus met 24 vergunninghouders. Als je de aanbesteding handhaaft, kunnen er inderdaad toestanden ontstaan zoals indertijd in de thuiszorg. Het gaat er hierbij niet om dat er zich allerlei ambulancediensten kunnen melden, ook uit het buitenland; er is een duidelijk wettelijk kader en de ambulancezorg is niet voor niets gekoppeld aan de 24 veiligheidsregio's. Bovendien nam men in de thuiszorg mensen in dienst zonder goede arbeidsvoorwaarden en hield men zich niet aan de kwaliteitseisen. Die vergelijking gaat dus echt niet op.

En wat de vergelijking met andere vormen van zorg betreft, ik kom zo dadelijk nog op de veiligheidsregio's. Maar uit de brief van de minister blijkt dat bij grootschalige ongelukken of rampen gewoon het openbaar bestuur verantwoordelijk is. Dat kan de zorg opschalen, alle delen van de keten staan het bestuur van de GHOR ten dienste. Dit is in december met een nota van wijziging in de wet opgenomen. Ik heb net als anderen nog wel wat kritiekpunten, zoals de regeling voor de meldkamer; daar kom ik nog op terug. Maar er is in de wet vastgesteld dat de GHOR verantwoordelijk is bij rampen en grootschalige ongelukken.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Dit is wel belangrijk, want sommigen wekken de suggestie dat er met dit amende-

ment marktwerking in het wetsvoorstel zou worden teruggebracht. Gaat het er juist niet om, transparantie erin te brengen, prestaties zichtbaar te maken en op basis daarvan het programma van eisen aan te passen? Dit willen wij toch met het amendement?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Volgens mij heb ik dit ook gezegd, maar misschien is het wel goed dat het een keer herhaald wordt.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Het programma van eisen wordt toch ook nu al geregeld bijgesteld? In dat opzicht is er dus geen verandering van de inzet van de minister in deze wet, zo begrijp ik. Wat voegt u er dan aan toe?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het programma van eisen wordt door de minister vastgesteld. Het is echter niet statisch. Een programma van eisen wordt niet voor eeuwig vastgesteld. Je moet rekening houden met nieuwe ontwikkelingen, bijvoorbeeld een ander soort ambulance-auto's of andere opleidingen. Als je het bijstelt, kun je dit soort aspecten in het programma van eisen opnemen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ja, maar u gebruikt toch in de toelichting niet voor niets het woord "aanscherping".

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat bedoel ik dus. Als er nieuwe eisen worden gesteld, scherp je het aan in de zin dat het wordt aangepast aan de nieuwe eisen die worden gesteld. Die eisen moeten natuurlijk zijn gebaseerd op wat de beroepsgroep zelf aangeeft als nodig om goed te kunnen functioneren.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Daarvan heb ik juist begrepen dat het al voorzien is.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het is natuurlijk niet statisch. Er zijn wel grote lijnen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik bedoel dat ook het wetsvoorstel een dynamiek kent op het punt van het programma van eisen, de totstandkoming ervan en de herijking op een zekere frequentie. Die herijking op een zekere frequentie wordt natuurlijk benut om tot de best mogelijke praktijk, gericht op de kwaliteit, te geraken en toe te groeien naar het best mogelijke. Dat verdienen alle mensen, u en ik, die mogelijkervijs op enig moment op de ambulance zijn aangewezen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ja, daarover ben ik het volledig met u eens.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Die prikkels zijn erin gebracht om een optimale kwaliteit voor patiënten te bewerkstelligen. Als dat betekent dat de optimale zorg niet wordt verkregen, ook niet na benchmarking of na herhaalde waarschuwingen, en dat een ambulancedienst onderin blijft hangen, dan kan inderdaad als ultieme maatregel intrekking van de vergunning volgen. Uiteindelijk moet de patiënt waar voor zijn geld krijgen. Daar gaat het om. Ik begrijp deze discussie in die zin dan ook niet.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het mag duidelijk zijn dat het uiteindelijk gaat om de juiste zorg op het juiste moment.

## Arib

De patiënt staat daarbij centraal. Als een ambulancevoorziening niet aan de kwaliteitseisen voldoet – wij hebben dat in het verleden wel eens gehad, waarbij toen niet werd ingegrepen – dan vind ik het heel legitiem dat je wel ingrijpt en zegt: u krijgt geen vergunning, want u voldoet niet aan de voorwaarden.

Voorzitter. Vertegenwoordigers van vele instanties hebben zich de afgelopen weken geroerd. Vele argumenten zijn heen en weer gevlogen. Nu wij het wetsvoorstel Wet ambulancezorg behandelen lijkt het mij zorgvuldig om deze argumenten nog even langs te lopen, ook al ben ik in antwoord op interrupties al op een paar argumenten ingegaan.

Men vindt de ambulancewet prima en vooral de provincies vinden dat. Wel is er de opvatting dat de financiering en de vergunningverlening bij de provincies hoort. Het probleem bij dit wetsvoorstel is echter, dat dit niet kan, want dat raakt aan het fundament van het wetsvoorstel. Het gaat er daarbij om dat alles in één hand komt, zowel de financiering, als de planning. Dat maakt de lobby van de provincies soms zo lastig, want je kunt niet zeggen: wij doen een klein beetje hier en een klein beetje daar. Of je kiest ervoor dat het centraal wordt geregeld, óf je kiest ervoor dat het decentraal wordt geregeld. Wij kiezen voor een centrale aansturing van de ambulancezorg. Ik was eigenlijk verbaasd dat de minister dit ook centraal wil regelen, want ik weet dat hij vaak last ondervindt van centralistische trekjes van de PvdA, maar nu begint hij ze ook een beetje te vertonen!

De provincies waren niet tevreden met de huidige situatie, waarbij planning, sturing en financiering niet in één hand liggen. Dat is wél geregeld in de nieuwe ambulancewet. Het is dan merkwaardig dat als provincies jarenlang roepen dat het niet goed is zoals het nu is geregeld, zij het er niet mee eens zijn, nu dit geregeld wordt. Ik vraag mij dan af waar deze discussie eigenlijk over gaat. Gaat het werkelijk om de inhoud of gaat het er gewoon om wie de baas is: de minister of de provincie?

Een ander argument dat naar voren werd gebracht – het is ook bij interruptie een paar keer genoemd – is dat er onvoldoende publieke borging is. Publieke borging is voor de PvdA-fractie van groot maatschappelijk belang. Wij vinden dat deze voldoende is gewaarborgd, maar naar de mening van het GHOR-bestuur en het IPO is dat niet het geval. Een goede publieke borging is noodzakelijk en deze is in de nieuwe ambulancewet gewaarborgd. Het is de minister die het programma van eisen voor de vergunning vaststelt, die de vergunning verleent en die het spreidings- en beschikbaarheidsplan met het bijbehorende benodigde budget vaststelt. De toegankelijkheid en kwaliteit van de ambulancezorg is op deze wijze nadrukkelijk op ministerieel niveau publiek gewaarborgd. Overigens bestaat de ambulancezorg al jaren voor bijna 60% uit publieke en voor ongeveer 40% uit particuliere ambulanceaanbieders. Dat is historisch altijd zo geweest.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Ik wil nog even terug naar wat u over de provincie zei, want ik vind dat u daar nogal wat zegt in de richting van de provincies. In feite zegt u dat het een ordinaire machtsstrijd is, dat zij hun positie in gevaar zien komen en dat zij zich daarom nu zo opstellen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U moet mij geen woorden in de mond leggen, die ik niet heb gezegd.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Nee, het zijn niet letterlijk uw woorden, maar zo komt het bij mij over en ik vraag mij af of u daar de provincie recht mee doet. Door de verantwoordelijkheden die provincies nu dragen en door het feit dat zij heel dicht op het gebied zitten waar spreiding en dergelijke tot stand moet worden gebracht, denken zij dit beter te kunnen inschatten dan het op centraal niveau mogelijk is. Laten wij het daarover hebben en laten wij er geen machtsstrijd van maken, want dat lijkt mij geen recht te doen aan de posities zoals die in het debat zijn ingenomen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Als ik hoor dat provincies het niet meer nodig vinden om deze ambulancewet door te zetten en vinden dat deze eigenlijk net zo goed in de prullenbak kan, dan vind ik dat ernstig, zeker als het door het IPO zo wordt verwoord. Ik neem het degenen kwalijk die al die jaren hebben geroepen dat het anders moet en nu zeggen, als het anders wordt geregeld maar niet zoals zij het graag hadden willen hebben, dat het maar in de prullenbak moet. De afgelopen maanden is een enorme lobby op gang gekomen, waar de andere leden waarschijnlijk ook wel iets van hebben gemerkt. Tussen alle mails en telefoontjes zit er geen één van een burger die vraagt of de ambulancezorg bij de provincie terecht kan komen. Het gaat erom dat het goed geregeld wordt. Ik verwacht van de diverse overheden dat dát op de eerste plaats komt. Als er geen argumenten worden genoemd, vraag ik mij af waar deze hele discussie over gaat. De provincies verliezen inderdaad de macht over de vergunningen, waarvan ik mij kan voorstellen dat dat heel vervelend is.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Volgens mij gaat het niet sec om die macht, maar om wat erachter zit, dus waarom men die bevoegdheid heeft en waarom men daaraan vast wil houden. Daar kun je van mening over verschillen, maar ik vind dat volstrekt legitiem. Maar ik vind het niet goed als u moeite hebt met het feit dat de provincies de afgelopen maanden een sterke lobby hebben gevoerd. De provincies zouden een kans hebben gemist als zij dat niet hadden gedaan. Dat er geen burgers zijn die hierover mailtjes sturen, vind ik ook niet onbegrijpelijk. Ik dacht namelijk dat de provincies burgers vertegenwoordigen. Via de provincies worden wij dus ook aangesproken. Laten wij alsjeblieft proberen de discussie zuiver te houden en de posities te respecteren. Zo gaat het toch bij alle onderwerpen, daar kunnen wij toch wel tegen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wij hebben daarover heel veel gesprekken gevoerd en argumenten gewisseld. Ik kan mij de zorgen van de provincies wel voorstellen, maar het gaat er vooral om dat zij de vergunningverlening in handen willen houden, met de daarbij behorende financiële middelen. Ik vind het overigens prima dat iedereen voor het eigen belang opkomt.

De heer **Buijs** (CDA): Ook ik vind uw opmerking buitengewoon kwalijk. Als ik kijk wat de inzet van allerlei provincies is geweest om de standplaatsen te financieren en zo bereikbaarheid voor ambulances te creëren, en ik hoor u zeggen dat het de provincies om de macht gaat, zeg ik dat ik oprecht geloof dat provincies en gemeenten zich wel degelijk betrokken voelen. U suggereert echter dat dit een pure machtsvraag is. Schuift u adviezen van

## Arib

de Raad van State of van de Raad voor de volksgezondheid net zo terzijde? Zijn die ook aan het lobbyen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): U maakt een karikatuur van mijn opmerking.

De heer **Buijs** (CDA): Dat doet u zelf!

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik begrijp heel goed dat u boos bent. Maar als u echt zo consequent bent, moet u ook beseffen dat het CDA het kabinetsvoornemen steunt om de Zorgverzekeringswet in te voeren, waarmee de zorgverzekeraars de macht krijgen over de zorg. Ik vind het heel hypocriet dat u zich nu voordoet als iemand die het opneemt voor het lokaal bestuur, voor de publieke borging van bepaalde zaken. Als u dat vindt – ik ben bereid u daarin te steunen – moet de hele zorg naar de provincie. De hele zorg moet dan decentraal worden geregeld, dan bent u consequent. Maar ga niet selectief shoppen: als het u uitkomt, bent u voor de markt, en anders ertegen. Hou toch op!

De heer **Buijs** (CDA): Ik voel mij absoluut niet aangesproken door de vergelijking met de Zorgverzekeringswet. Hier komen deze wat publieke en private taken samen. U bent echter nog steeds niet in staat mij uit te leggen waarom die verantwoordelijkheid bij provincies en gemeentebesturen weg moet, wetende dat de blauwe, de witte kolom en de rode kolom goed moeten samenwerken. U gaat nu allemaal niveaus instellen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U haalt alles door elkaar. U heeft het nu over de meldkamer. Daar kom ik straks op terug. Dat is wat anders dan wanneer u zegt dat u vindt dat de ambulance onder de provincies moet vallen. Dat u dat al die tijd heeft toegezegd, is uw probleem. U hebt iets uit te leggen, niet ik.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): De GHOR heeft een zwaarwegend advies uitgebracht. Wilt u iedere schijn van partijdigheid in dat advies bij het toekennen van die vergunningen voorkomen? Gemeenten kunnen namelijk ook meedoen aan het verkrijgen van die vergunning. Zegt u daarom dat iedere schijn voorkomen moet worden en dat het daarom centraal geregeld moet worden en niet via de provincies?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het moet centraal geregeld worden, omdat wij situaties hebben gekend, waarin het minder goed ging. Er zijn overigens ook provincies die het heel goed hebben gedaan. In Friesland hebben zij het bijvoorbeeld uitstekend gedaan. Ook andere provincies hebben er geld in geïnvesteerd. Er waren echter ook situaties waarin het minder goed ging, ook al werd er geld in geïnvesteerd. Soms waren er wel voldoende standplaatsen in een provincie, maar als je er net buiten woonde, had je een probleem. Dat zijn dingen waarvan ik denk, als het centraal wordt geregeld, is de minister aanspreekbaar. Als straks ambulances niet rijden of onvoldoende beschikbaar zijn of als het budget op is, ga ik dan niet naar de provincie, want dan is de minister verantwoordelijk. Daar kan ik hem dan ook op aanspreken.

Mijn fractie is van mening dat in de nieuwe ambulancewet voldoende publieke borging is opgenomen. Naast het feit dat de minister het bestek bepaalt en

de vergunning verstrekt is een belangrijke rol weggelegd voor de lokale overheden. Via het GHOR-bestuur wordt namelijk een zwaarwegend advies afgegeven, zowel bij de opstelling van het bestek als bij de uiteindelijke vergunningsverlening. Bovendien zijn wij van mening dat publieke borging gewaarborgd wordt doordat de minister de vergunning verleent aan de rav, het GHOR-bestuur adviseert over het programma van eisen voordat de minister het programma vaststelt en de rav, die in aanmerking wil komen voor een vergunning, een regionaal ambulanceplan opstelt met daarin een GHOR-paragraaf. Ten slotte geeft het GHOR-bestuur een zwaarwegend advies voordat de minister beslist over de vergunningverlening. Ik heb een amendement ingediend dat regelt dat wanneer verzekeraars en GHOR-bestuur tot een eensluidend advies komen de minister dit overneemt.

Als ik deze zaken op een rij zet, denk ik: wat is eigenlijk het probleem? Ik heb het dan met name over de minister. Ik vind het wel betreurenswaardig dat de minister er niet in is geslaagd om een draagvlak, bij met name het GHOR, te creëren voor deze wet. Ik deel niet alle kritiek die op deze wet wordt geleverd, behalve op het punt waar ik eerder iets over heb gezegd toen ik sprak over de marktwerking en dat soort zaken. Ik deel wel de kritiek van de veiligheidsregio's. Ondanks al deze wijzigingen zijn de veiligheidsregio's er niet gerust op. Dat is zachtjes uitgedrukt. Mijn fractie betreurt het dat de minister er kennelijk, in overleg met de veiligheidsregio's, niet in is geslaagd die onduidelijkheid weg te nemen. Er bestaat met name onduidelijkheid over de positie van de meldkamer en van de vergunninghouder. Ik kan me de angst en onzekerheid van veiligheidsregio's goed voorstellen, want zij worden door de burgers afgeroemd als er niet slagvaardig wordt opgetreden bij rampen of grootschalige ongelukken.

De veiligheidsregio's staan achter deze nieuwe ambulancewet in tegenstelling tot het IPO en tot wat de heer Buijs zojuist heeft gezegd. Zij staan achter de minister waar het gaat om de centrale rol die hij krijgt bij het verlenen van vergunningen. Het punt is dat zij niet voor situaties willen komen te staan waar zij geen invloed op kunnen uitoefenen. Het GHOR-bestuur dient naar de mening van de PvdA-fractie als dat noodzakelijk is, een zeer directe invloed te kunnen uitoefenen op de meldkamer. Een afhankelijkheidsrelatie met derden is dan ook onwenselijk. Naar de mening van de minister valt deze afhankelijkheidsrelatie wel mee. Er is immers sprake van het stellen van voorwaarden aan de vergunning. Bovendien kan de minister de vergunning intrekken. Dit laat echter onverlet dat het GHOR-bestuur ten tijde van een feitelijke ramp of een groot ongeval geen instrumentarium in handen heeft en geen sturing kan geven aan de meldkamer. Bovendien is het intrekken van een vergunning een dusdanig zwaar instrument, dat het slechts incidenteel bruikbaar zal zijn. De consequenties zijn dan bijzonder groot, waaronder de noodzaak onmiddellijk vervangende ambulancecapaciteit beschikbaar te houden.

Waar het ook om gaat, is dat het GHOR-bestuur de zekerheid moet hebben dat ten tijde van opschaling wettelijk is vastgelegd dat de vergunninghouder gehouden is, de meldkamer ambulancezorg onderdeel te laten zijn van de gecolocoerde meldkamer. Ik heb op dit punt een amendement voorbereid, maar ik heb het niet

## Arib

ingediend. Graag wacht ik af wat de minister hierover te zeggen heeft.

Momenteel is de samenwerking binnen de meldkamers vrij intensief. Eigenlijk gaat het prima. Voorbeelden hiervan zijn Friesland en de omgeving van Leiden. Ik heb een stuk ontvangen waarin wordt beschreven hoe de ambulancevoorziening geregeld is in de regio Hollands Midden. Het is de vraag of de samenwerking in deze regio, waar alles naar volle tevredenheid geregeld schijnt te zijn, op dezelfde wijze kan worden voortgezet als de nieuwe ambulancewet van kracht wordt. Ik wil graag van de minister de garantie dat deze vormen van samenwerking het voorbeeld zijn voor alle meldkamers. Graag hoor ik van de minister wat hij hiervan vindt.

De minister is verantwoordelijk voor de vergunningen. Hij verstrekt de vergunning. De minister neemt deze rol over van de provincies. Het is ook de minister die spreiding en beschikbaarheid bepaalt en die het beschikbare macrobudget vaststelt. Dus sturing en financiering in één hand. De zorgverzekeraar is niet verantwoordelijk voor de vergunningverlening, zoals zojuist werd gesuggereerd. Lokale overheden, GHOR-bestuur en de zorgverzekeraars krijgen een vergelijkbare adviserende rol. Ik heb op dit punt een amendement ingediend. Graag pleit ik voor een gedeelde advisering. Op dit moment worden de adviezen los van elkaar uitgebracht. Ik vind dat er een gezamenlijk advies moet worden uitgebracht en dat de minister moet volstaan met een marginale toetsing. Dat dwingt zowel GHOR als verzekeraar tot samenwerking waarbij de patiënt uitgangspunt behoort te zijn en niet de verschillende posities.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Ik heb een vraag aan mevrouw Arib over de meldkamer. In dit debat vervang ik mijn collega Rouvoet, die normaal gesproken woordvoerder is bij VWS-debatten. Ik ben zelf woordvoerder Binnenlandse Zaken en ik kan meedelen dat wij al jaren in gesprek zijn met minister Remkes over de meldkamer. Wij hebben wat dat betreft altijd schouder aan schouder gestaan met de PvdA omdat wij vinden dat er sprake moet zijn van eenduidigheid en dat de publieke borging maximaal gegarandeerd moet zijn. Ik heb de indruk na lezing van het amendement-Schippers, dat mede door mevrouw Arib is ondertekend, dat wij niet meer schouder aan schouder staan. Er worden door de PvdA-fractie toch concessies geaccepteerd op dat vlak. Is die indruk juist?

Mevrouw **Arib** (PvdA): De GHOR maakt zich grote zorgen als de rav in bestuurlijke zin een apart onderdeel vormt. De GHOR wil dat de ambulancezorg onderdeel blijft uitmaken van het geheel, dus dat ook gebruik wordt gemaakt van de meldkamer en dat er informatie wordt uitgewisseld. Dat wordt in dit amendement geregeld. Daarbij gaat het erom dat de rav wettelijk wordt verplicht om gebruik te maken van de meldkamer, waarmee de angst die bij de GHOR leeft zal worden weggenomen.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Het gaat mij niet om de angst, maar om de inzet van ChristenUnie, PvdA en veel andere partijen in de afgelopen jaren. In de discussies over de veiligheidsregio's hebben wij steeds gezegd dat er een eenduidige aansturing moet komen met een publieke borging van de geïntegreerde meldkamer, want dat is het hart van de veiligheidsregio. Ik kan niet anders

dan concluderen dat u met ondertekening van dit amendement die lijn hebt losgelaten. Dat betreur ik ten zeerste. U hebt uw naam ook niet onder het amendement van de heer Buijs gezet. Het gaat niet om de vraag wat andere partijen willen, maar om uw politieke inzet op dit punt. Is mijn conclusie juist dat u die lijn hebt losgelaten? Als dat zo is, dan moet ik zeggen dat ik dat niet begrijp, gezien de inbreng van de PvdA-woordvoerders op het terrein van BZK.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wat bedoelt u precies met publieke borging? U beschouwt de vergunninghouder als een private partij, maar dat is niet helemaal correct. In 60% van de gevallen is de ambulancevoorziening van de GGD en dat is een gemeentelijke dienst en in andere gevallen zijn het particulieren. Dat het particulieren zijn, wil niet zeggen dat zij geen publieke taak hebben. Ziekenhuizen zijn soms ook private instellingen, maar ze hebben wel een publieke taak. Dat moet goed geregeld worden.

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de heer Slob het aspect van de borging even toelicht. Anders gaan wij veel te veel langs elkaar spreken.

De heer **Slob** (ChristenUnie): Hier kunnen wij uren over praten, maar ik verwijs mevrouw Arib korthedshalve naar de motie die bij de begrotingsbehandeling is ingediend. Daarin is heel scherp geformuleerd dat de aansturing van de geïntegreerde meldkamer in overheidshanden moet blijven. Daar moeten andere partijen niet tussen kunnen komen. Wat er in de uitvoering gebeurt, is een ander verhaal. Wij willen dus een eenduidige publieke aansturing van de geïntegreerde meldkamers, zodat het voor alle kolommen die daarin vertegenwoordigd zijn volstrekt duidelijk is wie de aansturing in handen heeft. Dat moet op overheidsniveau gewaarborgd worden.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wij hebben indertijd niet voor uw motie gestemd en ik heb in een stemverklaring uitgelegd waarom wij dat niet hebben gedaan. Dat zal ik dus niet herhalen. Ik vind het belangrijk om op te merken dat u alles bij het oude wilt houden. Ik sta open voor argumenten. Ik heb op dit onderdeel geen amendement ingediend, omdat ik graag eerst wil weten waarom de minister dat niet regelt. Als u met publieke borging bedoelt dat de veiligheidsregio's over de rav, de witte kolom, moeten gaan, dan vraag ik mij af of dat verstandig is. Het gaat om ambulancezorg, een onderdeel van de acute zorg, en daar heb je de meldkamer ambulancezorg voor nodig. Ik denk niet dat het uw bedoeling is dat de veiligheidsregio's dat gaan bepalen. Het gaat om intensieve samenwerking. De veiligheidsregio's moeten die verantwoordelijkheid kunnen dragen. Zij moeten moeilijke situaties het hoofd kunnen bieden en niet afhankelijk zijn van wie dan toevallig de vergunning heeft. Als u dat bedoelt, dan deel ik uw opvatting. U hebt het over publieke borging, maar dan wil ik graag weten wat u daar precies mee bedoelt. Hoe wilt u dat precies gaan invullen?

De heer **Slob** (ChristenUnie): Dan verwijs ik naar het amendement op stuk nr. 14 dat de heer Buijs heeft ingediend en waar ook mijn naam onder staat. Daarmee wordt in het wetsvoorstel op een voortreffelijke wijze

## Arib

verankerd hoe wij die publieke borging zien. Ik vraag u dringend dat amendement goed te bestuderen en te overwegen om het te steunen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat is natuurlijk de taak van alle collega's. Wij moeten alle amendementen goed bestuderen. Dat zal ik bij elk amendement doen, ook bij het amendement van de heer Buijs.

Ik ga nu in op enkele punten waarover collega's ook iets hebben gezegd, zoals de aanrijtijden. Ik heb in het verleden, ook onder Paars II, ook samen met de heer Buijs een aantal debatten gevoerd over ambulances die niet op tijd kwamen en allerlei toestanden in verschillende regio's. Er ligt een rapport van RVZ over hoe belangrijk het is dat ambulances op tijd aanrijden. Ik noem niet alle conclusies, maar wel de twee belangrijkste. De eerste is dat de meeste gezondheidswinst valt te boeken in de eerste fase vanaf de melding door de patiënt of omstanders tot de aankomst van de ambulance. De tweede belangrijke conclusie is dat de organisatie van de acute zorg zodanig moet worden ingericht dat die potentieel te behalen gezondheidswinst ook kan worden verzilverd. In het bijzonder in de eerste fase van de hulpverlening mag daarom geen sprake zijn van onvoldoende beschikbaarheid of paraatheid. In voldoende beschikbaarheid en paraatheid zal moeten worden geïnvesteerd. De RVZ heeft ook aanbevolen om de periode waarbinnen ambulancehulp moet worden geboden te verlagen van vijftien naar acht minuten en om de daarvoor noodzakelijke uitbreiding van het aantal posten en ambulances te financieren. Voor de normering gaat de voorkeur uit naar een systeem van openbare publicaties van prestaties boven de wettelijk vastgestelde norm. Daar is die gewenste prikkel al!

Toen het in het verleden minder goed ging met het op tijd komen van ambulances en toen er regio's waren waarin niet overal ambulances beschikbaar waren, heeft de minister elke keer gezegd dat er eerst een landelijk spreidings- en beschikbaarheidsplan moet komen en dat er duidelijkheid moet komen over het besturen van de sector enzovoort. In dit wetsvoorstel worden al deze zaken geregeld. De vraag aan de minister is, of wij er dan van op aan kunnen dat die normen ook worden gehaald. Een maximum aanrijtijd van acht minuten vereist bijna een verdubbeling van het budget. De minister heeft eerder gezegd dat dit niet realistisch is, maar als wij het allemaal zo belangrijk vinden dat de ambulance op tijd is, wil ik van de minister horen of hij die aanbeveling alsnog probeert uit te voeren.

Er is ook een vraag gesteld over de SAR-helikopters. Het komt erop neer dat de SAR-helikopters verdwijnen uit Leeuwarden. In de praktijk blijken die helikopters belangrijk te zijn, zeker in gebieden die moeilijk per ambulance bereikbaar zijn. Ik sluit mij aan bij de opmerkingen daarover van collega Kant en collega Buijs.

Ik ga mijn betoog afronden. Ik heb mensen genoemd die in de aanloop tot dit debat voor hun belangen zijn opgekomen. Dat zij dit hebben gedaan, is natuurlijk heel legitiem. Eén groep is vergeten, namelijk het ambulancepersoneel. AmbulanceZorg Nederland heeft de Kamer duidelijk gevraagd, nu een beslissing te nemen en vooral niet alles bij het oude te laten. Deze organisatie heeft even duidelijk aangegeven dat de publieke borging van ambulancezorg het beste via de minister kan plaatsvinden. Wellicht beschikt deze brancheorganisatie over minder lobbycapaciteit en fondsen, maar het is de

branche die met deze wet uit de voeten moet kunnen. De discussie over de ambulancezorg duurt al jaren. Ik heb sterk de indruk dat het inderdaad over een bestuurlijke kwestie gaat. Ik vind de mening van het personeel van de ambulancezorg heel belangrijk bij onze afweging of wij het wetsvoorstel gaan steunen. Ik vind dat vooral het personeel de positie van de patiënt aan de orde heeft gesteld. Naar onze opvatting is dat zeer te waarderen.

Ik wil het hierbij laten, want ik denk dat het wel genoeg is geweest.



Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter. Aan dit wetsontwerp is een jarenlange discussie vooraf gegaan en nog steeds lopen de gemoederen hoog op. Ik begrijp dat er grote belangen mee gemoeid zijn en dat maakt dat dingen soms wat ingewikkelder lijken dan ze feitelijk zijn. Bestuurlijke onenigheden mogen echter niet de vraag vertroebelen die bij dit wetsvoorstel leidend moet zijn: hoe organiseren wij de ambulancezorg zo dat de patiënt – om wie het tenslotte gaat – de beste zorg op het juiste moment ontvangt? Ook in de toekomst! Ik zeg dit met nadruk omdat de kwaliteit van de zorg toekomstbestendig moet zijn. Misschien moet over enige tijd wel 1 op de 4 mensen werkzaam zijn in de zorg om dat te kunnen garanderen.

Van oudsher is de ambulancesector erg versnipperd. Dat kwam de kwaliteit en doelmatigheid natuurlijk niet ten goede. Om kwalitatief verantwoorde en doelmatige ambulancezorg te kunnen realiseren, gaat de nieuwe wet uit van de vorming van maximaal 24 regionale ambulancevoorzieningen. D66 acht dit een stap in de goede richting.

Over een paar punten van de nieuwe ambulancezorg is enige onrust ontstaan. Ik noem de positie van de meldkamer en de vierjaarlijkse vergunningverlening. Volgens de nieuwe besturingsystematiek verleent de minister per regio een vergunning aan een regionale ambulancevoorziening die dan het enige aanspreekpunt wordt voor het aanbod van ambulancezorg in de regio. Die zorg omvat dan zowel de ritten als de meldkamerfunctie. D66 kan zich vinden in het besluit om ambulancezorg voortaan aan te bieden als een onge-deeld product. De meldkamerfunctie is niet los te zien van het gehele pakket aan zorg dat een ambulancedienst levert. Door de meldkamerfunctie niet af te splitsen, is duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is en wie waarop aangesproken en afgerekend kan worden. In Tilburg bleek mij dat de diensten uitstekend met elkaar samenwerken. Men had zelfs een ict-systeem ontwikkeld op basis waarvan men elkaar heel snel kan bereiken.

Sommigen zijn bang dat de meldkamer in private handen komt. Dat kan in sommige gevallen aan de orde zijn, maar iedereen – gemeentelijke ambulancediensten en ook privaatrechtelijke ambulancezorginstellingen – kan inschrijven op het bestek en meedingen naar een vergunning. Het beste plan wint. De kwaliteit van zorg wint. Dat is voor D66 het allerbelangrijkste want de patiënt dient centraal te staan. Provincies en gemeenten zijn erg bezorgd over de aansturing bij rampen als de meldkamer niet meer in overheidshanden is. Ik kan mij dat wel voorstellen, maar de simpele feiten vertellen een ander verhaal. 99% van de zorgverlening door ambulances is reguliere zorgverlening. De meldkamer losmaken van de regionale ambulancevoorziening leidt tot

## Koşer Kaya

structuren die zijn gebaseerd op uitzonderingen en het accepteren van ondoelmatigheid en kwaliteitsverlies in reguliere situaties. Dit moeten wij niet willen. Desalniettemin moet ook bij rampen en calamiteiten de kwaliteit van de ambulancezorg gewaarborgd zijn. Dit is te regelen door de vergunninghouder te verplichten afspraken te maken met het openbaar bestuur over samenwerking in de meldkamer tussen politie, brandweer en ambulancevoorziening en deze op te nemen in het programma van eisen. Een amendement hiertoe van mevrouw Schippers heb ik medeondertekend.

Met het voorstel om vergunningen om eens in de vier jaar vergunningen te verlenen, ben ik niet erg gelukkig. Dat zet de continuïteit onder druk. Openbaar aanbesteden om de vier jaar maakt dat een bedrijf over een zeer beperkte tijdshorizon beschikt voor het aanstellen van het personeel, het investeren in personeel, het aangaan van samenwerkingsverbanden en het ontwikkelen van beleid en producten. Voor de kwaliteit van de zorg is dit ook van belang, dus ook voor de kwaliteit van de zorg die wij aan de patiënten willen geven. Het zou beter zijn om het instrument van maatstafconcurrentie te hanteren. Ik heb tijdens een interruptie al gezegd dat er, als wij de patiënt centraal stellen en het beste voor hem willen, in uiterste situaties ook de mogelijkheid moet bestaan om de vergunning in te trekken, ook als je keer op keer ziet dat een bepaalde ambulancedienst bij de benchmark achterblijft. Zo worden aanbieders doorlopend geprikkeld om voor hun cliënt de beste prijs/kwaliteitsverhouding te hanteren. Samen met mevrouw Arib en mevrouw Schippers heb ik een amendement ingediend om dit te regelen.

Tot slot vraag ook ik aandacht voor de problemen in de regio Rijnmond. De minister werkt in dit gebied met een postcodesysteem; het aantal ambulances wordt afgestemd op het aantal inwoners in het gebied. Van verschillende kanten heb ik gehoord dat dit problemen oplevert. In de regio Rijnmond zijn door het grote aantal toeristen op de eilanden en het zeer grote aantal werknemers in de Rotterdamse havens, dagelijks veel meer mensen aanwezig dan er wonen. Het aantal ambulances moet daarom worden afgestemd op het aantal mensen dat gemiddeld in het gebied aanwezig is. Dit kan gevaarlijke situaties door een tekort aan ambulances voorkomen. Ik krijg hier graag een reactie van de minister op.

□

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Voorzitter. Nogmaals mijn excuus dat ik pas een uur na aanvang van dit debat binnen kwam. De trein naar Den Haag waar ik in zat, liep vertraging op doordat er in de trein ervoor een verdacht pakketje was aangetroffen. Dit schijnt overigens wel mee te vallen; ik heb inmiddels begrepen dat dit verdachte pakketje het wetsvoorstel van de minister bevatte. U begrijpt dat alle crisisdiensten onmiddellijk uitrukten en dat er paniek was in de tent. De minister weet de boel wel aan de gang te krijgen, maar dit werd in het debat ook al duidelijk. Hij doet ook alles om de oppositie de voet dwars te zetten, maar wij gaan door!

Uit de wetsgeschiedenis begrijp ik dat er de afgelopen tien jaar veel is gebeurd op het terrein van het ambulancevervoer en ik meen dat alle betrokkenen het erover eens waren dat de wet die dateert van het begin van de jaren zeventig, een opknopbeurt verdient. Als ik

de stukken lees, bekruipt mij echter de vraag welk probleem de minister met dit wetsvoorstel wil oplossen. Is het zo droevig gesteld met de huidige ambulancevoorziening en de regulering daarvan in Nederland? Wat wordt de Nederlandse burger beter van deze wet?

Het zal duidelijk zijn dat mijn fractie, net als de andere fracties, de ambulancevoorziening in Nederland een vitale voorziening vindt die een zeer groot publiek belang dient. Mevrouw Arib heeft al verwezen naar de rapporten van het RIVM van 2001 en 2002 waarin cijfermatig nog eens wordt onderstreept hoezeer wij allen belang hebben bij een perfect functionerende ambulancevoorziening in Nederland.

De principiële vraag in dit wetsvoorstel is waar een goede ambulancevoorziening nu eigenlijk thuishoort. Dit is ook relevant voor de vragen wie bepaalt, wie vergunningen verleent, wie de regels stelt, enz. Omdat ik zelf geen specialist ben op dit terrein, ook niet na deze ochtend, ben ik de rade gegaan bij een professional, een directeur van een GGD-instelling die ook een ambulancedienst verzorgt. Ik heb hem gevraagd wat hij nodig heeft om een perfecte ambulancevoorziening te realiseren en met wie hij zich in de dagelijkse praktijk van zijn werk het meeste verhoudt. Het antwoord was duidelijk: hij zoekt iedere dag weer met voorrang samenwerking in de zorgketen, samenwerking met huisartsenposten, met spoedeisende hulp in ziekenhuizen en met individuele huisartsen met wie hij afspraken maakt om in zijn regio een optimale ambulancevoorziening en acute zorg en vervoer te realiseren.

Voorzitter. Ik vraag de minister om een reactie op dit geluid uit het veld. Die reactie weegt voor mij zwaar, want ik ben geen deskundige en wil daarom juist van de professionals horen wat zij van ons nodig hebben om het voor ons allemaal beter te maken. Het antwoord van de door mij geraadpleegde professional was helder: hij ziet zichzelf als een onderdeel van de zorgketen. Dat is zijn prioritaire taak en werkgebied.

Dat gesprek en alle e-mails die daarop gevolgd zijn, zijn verantwoordelijk voor de aarzeling van mijn fractie over de andere mogelijkheid voor samenwerking en inbedding van de ambulancevoorziening, te weten inbedding in de veiligheidsregio als onderdeel van politie en brandweer. Deze vormen van inbedding zijn niet per se strijdig met elkaar, maar mijn vraag is toch niet onbelangrijk omdat hiervan wel afhankelijk is wie de eindverantwoordelijkheid draagt. Het een gaat niet ten kosten van het andere, maar het is wel de vraag wat in de dagelijkse praktijk de meeste prioriteit moet krijgen.

De heer **Buijs** (CDA): Natuurlijk is de ambulancezorg een onderdeel van de zorgketen. Daar gaat het nu alleen niet om. Wij moeten nu bepalen wat de beste vorm van bestuurlijke aansturing is, want over de inhoudelijke sturing zijn wij het eens.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Het volgende punt dat ik wil behandelen, zijn de consequenties van mijn opvatting voor de vergunningverlening. U wordt dus op uw wenken bediend.

Geredeneerd vanuit de dagelijkse praktijk van mijn professional ligt het voor de hand dat de minister, als eindverantwoordelijke voor de zorg in Nederland, ook verantwoordelijk wordt voor de vergunningsverlening. Verder dient hij ook verantwoordelijk te zijn voor het programma van eisen, de kwaliteit en al het andere



## Vendrik

waaraan een Nederlandse ambulancevoorziening moet voldoen. Het getuigt van een zekere logica om te redeneren dat deze minister de eindverantwoordelijkheid krijgt als wij redeneren dat een ambulancevoorziening primair thuishoort in de zorgketen. Tegelijkertijd begrijp ik ook heel goed waarom de heer Buijs in zijn bijdrage sprak over de versterkte rol van de provincies. Functioneren die zo slecht? En is het allemaal zo beroerd en ondermaats dat wij het met dit wetsvoorstel allemaal weer moeten omgooien? Ik ben echt zeer benieuwd naar het antwoord van de minister op deze vragen.

Op welke manier moet de vergunning worden verleend? De minister wil een vergunning verstrekken voor een periode van vier jaar, waarbij deze vergunningen via een soort schoonheidswedstrijd – het is nog net geen veiling – worden verdeeld. Partijen kunnen zich inschrijven en hopen dat zij die vergunning krijgen, omdat hun ambulance nog leuker zou zijn dan die van de anderen. Dat systeem wordt ons verkocht als marktwerking.

Ik roep de minister toch maar weer eens op om hier nu eens mee op te houden. Zo werkt het namelijk niet. Het gaat zo ook niet werken. Het is een verkeerde keuze, want dit type dienstverlening leent zich niet voor marktwerking. Dat is de stellige overtuiging van de fractie van GroenLinks. Met het oog hierop heb ik samen met mevrouw Kant een amendement ingediend op stuk nr. 17. Het is een heel mooi, want een heel simpel amendement dat regelt dat de vergunning niet voor bepaalde tijd wordt verleend.

De vergunning wordt na aanneming van ons amendement voor onbepaalde tijd verleend. Uiteraard hoort daarbij dat de minister in laatste instantie de vergunning kan intrekken van een ambulancedienst met een rav-vergunning die er een potje van maakt. Het is immers niet uit te sluiten dat het helemaal fout gaat en alle sturingsinstrumenten en onderling overleg niet blijken te werken. Ingrijpen door de minister moet natuurlijk wel een laatste redmiddel zijn. Daar wil ik de minister ook op bevragen. Het lijkt namelijk wel of het eenmaal in de vier jaar verlenen van een vergunning zijn enige instrument is om de ambulancevoorziening bij de tijd te houden. Dat is mij zwaar onvoldoende. Als de minister de eindverantwoordelijkheid neemt, dan moet hij zich gedurende die vier jaar voorzien van instrumenten om bij te sturen waar dat nodig is. Dat zal namelijk de praktijk zijn. Ik geloof dat wij niet snel te maken zullen krijgen met spectaculaire ondernemers die denken "ik kan ook autorijden, dus zet ik er een paar verplegers op en dan heb ik een ambulance". Ik geloof niet dat dit de praktijk is. In de dagelijkse praktijk moeten er echter voortdurend aanpassingen en vernieuwingen worden doorgevoerd. Bovendien moet de kwaliteit op punten worden verbeterd. Wij hebben een minister nodig die daar achteraan gaat. Hoe zit dat? Welke bevoegdheden heeft deze minister dan? Ik zou ze hem willen toewensen.

Er is hier veel gesproken over vergunningverlening voor onbepaalde tijd. Het lijkt mij volstrekt helder hoe dat gaat. Die verlening geschiedt uiteraard op basis van het programma van eisen dat deze minister vaststelt. Ik hoor graag nader van de minister wat er precies in dat programma van eisen staat, want dat is nog niet zo helder, terwijl ik zou denken dat het de hoofdmoot van het wetsvoorstel is. Daar borg je toch de kwaliteit die je wilt behalen. Graag duidelijkheid daarover. In zo'n programma van eisen staan bijvoorbeeld ook eisen met

betrekking tot samenwerking. Het kan gaan om samenwerking in de zorgketen, maar in die situaties waarin het moet, ook om samenwerking met politie en brandweer.

Vanochtend heb ik een tweede amendement ingediend op stuk nr. 18. Volgens mij is het amendement net rondgedeeled. Ik kan het aanbevelen, want het is ook weer van grote schoonheid. Het amendement moet ervoor zorgen dat deze minister vierjaarlijks een plan opstelt voor de regionale ambulancevoorziening. Daarin worden twee zaken vervat, namelijk een landelijk dekkend plan voor de ambulancevoorziening en een actueel programma van eisen met landelijke normen en de te behalen prestaties. De te behalen prestaties houden uiteraard verband met de normen die je stelt in het programma van eisen. Voor mijn fractie is de zaak voor wat betreft de vergunningverlening helemaal rond. Dan kan prima een vergunning voor onbepaalde tijd worden gegeven aan degenen die een rav-vergunning hebben gekregen. Dan wordt het namelijk lonend voor partijen om zich op de lange termijn te oriënteren, werkelijk samen te werken en te investeren in die samenwerking. Dat is het verhaal van mijn professional, want dat ziet hij als zijn belangrijkste taak. Het gaat om langdurige samenwerking en het behalen van doelmatigheids-winsten uit die samenwerking. Het gaat om de vraag wie samen met andere partijen in de zorgketen wat doet en op welk moment. Als ik mijn professional mag geloven, valt daar ook nog geld mee te verdienen en dat kan weer worden geïnvesteerd in een betere ambulancevoorziening. Wat is er schoner dan dat?

Mevrouw **Kraneveldt** (LPF): Ik heb het amendement waarover de heer Vendrik zojuist sprak, nog niet voor mij liggen. Begrijp ik goed dat hij zegt dat er in principe een vergunning voor onbepaalde tijd moet worden uitgegeven? Om de vier jaar komt de minister echter met een nieuwe visie en een aanscherping of een verandering in de landelijke eisen. De vergunninghouder moet, wil hij zijn vergunning houden, vernieuwen, veranderen en aanpassen. Kortom: hij moet aan de nieuwe eisen voldoen. Hebt u dat voor ogen?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Deze minister laat de vergunning gewoon aflopen en dan moeten partijen maar zien of zij weer voor een periode van vier jaar aan de bak mogen. Dat wil ik niet. Het principe is een vergunning voor onbepaalde tijd. Daar zit een programma van eisen aan vast. Dat programma wordt een keer in de vier jaar aangepast, vernieuwd, ververst en bij de tijd gebracht. Er wordt ook teruggekeken op de afgelopen vier jaar. Hoe hebben de ambulances het gedaan? Wat zijn de prestaties? Waar valt wat te verbeteren? Dat kan dus ook betekenen dat er aanvullende eisen worden gesteld aan degenen die de vergunning hebben gekregen. Dat lijkt mij business as usual, zoals wij partijen in de gezondheidszorg eigenlijk voortdurend aanspreken op kwaliteit. De ambulancevoorziening hoort daar voor mij toch voorlopig thuis. Wij willen de minister voortdurend aanspreken op het verbeteren van die kwaliteit.

Mevrouw **Kraneveldt** (LPF): Dat betekent wel dat er om de vier jaar een nieuwe situatie ontstaat, die mogelijk flink kan verschillen van de oude situatie. Zo'n vervoerder voldoet aan alle eisen van de oude situatie. De

## Vendrik

minister komt dan ineens met een nieuwe eis waaraan je niet zomaar kunt voldoen. Zegt u dan dat er een periode moet zijn om daarop in te kunnen springen? Anders zou de ultieme consequentie kunnen zijn dat je je vergunning verliest. Je houdt dan die discontinuïteit.

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Nee, dit zijn volgens mij toch verschillende zaken. De mogelijkheid dat de vergunning wordt verloren, ontstaat in mijn visie pas bij het langdurig leveren van een aperte wanprestatie. Daar ga ik echter niet van uit; ik denk zelfs dat het niet eens de uitzondering zal zijn, maar je moet deze mogelijkheid van het verliezen van de vergunning wel hebben. Het gaat daarbij echter meer om theorie dan om praktijk. Als het vierjaarlijkse plan van de minister, met een nieuw programma van eisen en nieuwe kwaliteitscriteria daar aanleiding toe geeft, staat de weg open van overleg met betrokkenen en degenen die betalen – dit schijnen de zorgverzekeraars te zijn. In zo'n overleg moeten deze eisen vertaald worden in een nieuwe praktijk. Als dit niet onmiddellijk kan, dan kan er een overgangstermijn komen. Het lijkt mij logisch dat de minister hier de leiding heeft en dat hij de eisen vaststelt. Als hij goede redenen heeft om deze eisen op te schroeven of nieuwe eisen te stellen – en ik ben daarbij voor alles in – dan kan hij daar voorstellen voor doen. Die worden in de Kamer afgekaart en vervolgens geïmplementeerd.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De heer Vendrik verwoordt precies wat ik in mijn inbreng ook aan de orde heb gesteld, zeker daar waar het ging om amendement 15 waarin wij marktwerking en aanbesteding afwijzen, maar wel een prikkel willen geven zodat je kunt zien wie het goed doet, en je prestaties met elkaar kunt vergelijken. Steunt de heer Vendrik dit amendement?

De heer **Vendrik** (GroenLinks): Over zaken rond maatstafconcurrentie en benchmark wil ik geen onduidelijkheid laten ontstaan, en ik wil zeker de enorme irritatie van de heer Buijs niet weer opwekken, want één keer per dag is echt voldoende. Laat ik over deze zaak helder zijn: een minister stelt één keer in de vier jaar een plan op waarin staat hoe wij het de komende jaren gaan doen met de ambulances en wat de eisen zijn. Daarbij beziet hij uiteraard het recente verleden; business as usual, simpeler kan het niet. Als blijkt dat er in bepaalde regio's fantastische experimenten, nieuwe samenwerkingsvormen en nieuwe praktijken zijn, als blijkt dat daar nieuwe technologieën zijn geïntroduceerd – ik kan het zo ruim niet verzinnen – en als dit aanleiding geeft tot nieuwe eisen, als blijkt dat een praktijk die zich in een regio heeft ontwikkeld eigenlijk landelijk zou moeten worden ingevoerd, dan is dat prima. Maar het is aan de minister om die evaluatie te maken en het is aan hem om een plan op te stellen. Daarmee komt hij naar de Kamer. Als hij daarvoor het consent van een meerderheid krijgt, wordt het ingevoerd en vindt er een goed gesprek over plaats met degenen die de vergunning hebben en degenen die betalen. Zo moet het lijkt mij.

Ik heb de minister ook vragen gesteld over het programma van eisen. Met de heer Buijs vraag ik wat daar precies in komt. Het punt van de aanrijtijden is voor mijn voormalige collega's, bijvoorbeeld mevrouw Hermann en mevrouw Tonkens, een aangelegen punt geweest. Wellicht kan de minister mij nog eens uitleggen

waar die aanrijtijd van 15 minuten vandaan komt, want ik heb het idee dat die een beetje uit de jaren zeventig is overgewaaid. Ik zou denken dat het bij gelegenheid van dit wetsvoorstel van belang is om nog eens precies te markeren of dit een belangrijk punt wordt in het nieuwe programma-van-eisen-pakket. Heb ik het goed gezien dat bijvoorbeeld bij de brandweer – ik maak toch nog even deze vergelijking – de aanrijtijd die verplicht is gesteld, en waarop de hele structuur is ingericht, veel korter is? Ik dacht dat de aanrijtijd van de brandweer zeven of acht minuten is. Het is vreemd dat je bij een brandend huis sneller moet zijn dan bij iemand die waarschijnlijk spoedeisende hulp nodig heeft.

Ik heb ook kennisgenomen van de problemen die op dit moment spelen in Haaglanden. Daar heeft men een aanrijtijd van iets meer dan acht minuten, die ook internationaal wordt bediscussieerd, kunnen waarmaken, maar nu blijkt dat bij de herinrichting van voorzieningen en het verplaatsen van posten die aanrijtijd van acht minuten ineens verlaten wordt. Ik zou dit heel jammer vinden. Hier zit men ver onder de norm; het zou toch niet zo moeten zijn dat de norm van 15 minuten gaat werken als een norm waar je van onderop naartoe mag groeien. Laten wij die regio's waar men een veel kortere aanrijtijd weet te realiseren, vooral beschermen en dit belang borgen. Is het niet van belang dat er stapsgewijs wordt gewerkt aan een korte aanrijtijd? Uit het rapport van het RIVM, maar ook uit andere documenten van de afgelopen jaren is gebleken dat een kortere aanrijtijd logisch en noodzakelijk is. De beroemde aanrijtijd van acht minuten wordt daarbij inderdaad genoemd. Die spaart mensenlevens. Dit eminente belang mag bij de behandeling van dit wetsvoorstel niet zo maar over het hoofd worden gezien. Ik hoor hierop graag de reactie van de minister.

Net als mevrouw Koşer Kaya vraag ik naar de situatie in Rotterdam-Rijnmond en delen van Zeeland waar de aanrijtijd van 15 minuten schijnbaar helemaal niet wordt gehaald. Klopt dat? Er is een norm, maar die wordt in de betreffende regio's kennelijk massaal overtreden. Er moet dus worden ingegrepen.

Mij is niet helder wat de positie van de verzekeraars is. Zij betalen. Dat doen zij; dat blijven zij doen. Ik begrijp ook dat zij op basis van vastgestelde tarieven de ambulancevoorziening in Nederland financieren. Hoe moet ik mij dat in de praktijk voorstellen, nu er echte marktwerking tussen de verzekeraars bestaat, die allemaal bezig zijn, een leuk T-shirt met een eigen logo aan te trekken en zichzelf enorm te profileren? Hoe is het belang geborgd van een goede acute zorgvoorziening te midden van het spel van concurrerende verzekeraars? Hoe zit dat? Wat gebeurt er met de contracteerplicht in dezen? Volgens mij is die afgeschaft, maar verzekeraars hebben toch geen keus? Zij moeten betalen. Fungeren zij als betaalkantoor? Ontvangen zij het girootje? Mogen zij nog eisen stellen? Nee, de minister stelt de eisen toch? Wat doen de verzekeraars daar dan? Wat voor een positie hebben zij daar nu precies? Ik hoor graag de reactie van de minister.

Er schijnt een heftig debat over de meldkamers nodig te zijn. Niet alleen de heer Slob, maar ook mij hebben de pogingen van minister Remkes om naar veiligheidsregio's toe te werken met geïntegreerde meldkamers, verbaasd. Dit wetsvoorstel lijkt daar namelijk overheen te walsen. Is dit zo of niet? Het lijkt mij vreemd. Het lijkt mij ook strijdig. Overigens vraag ik mij op grond van het

## Vendrik

verhaal van de door mij zo geliefde professional wederom af wat het grote belang van geïntegreerde meldkamers is. Hebben wij die echt nodig of is de huidige praktijk waarin die voor een deel naast elkaar bestaan, goed? Ik krijg graag een reactie. Het amendement op stuk nr. 14 dat, als ik mij niet vergis, de heer Buijs en enkele ondertekenaars hebben ingediend, lijkt overeen te stemmen met de lijn die minister Remkes heeft uitgezet. Er wordt in ieder geval een aspect in geregeld dat bij mij ook aarzelingen oproept, namelijk dat een meldkamer in private handen kan vallen. Hoe zit dat? Hoe moet ik dat waarderen?

Ik heb ten slotte nog twee opmerkingen over personele aangelegenheden. Als ik het goed begrijp, is minister De Geus bezig met het bij wet veranderen of liberaliseren van het arbeidstijdenbesluit. Een voorstel daartoe ligt nu bij de Raad van State. Officieel weet ik dus niet wat erin staat, maar het kan enorme consequenties hebben voor de dagelijkse praktijk waarin het personeel van de ambulancevoorziening in Nederland opereert. Het komt er eigenlijk, kort gezegd, op neer dat avond- en nachtdiensten niet extra worden beloofd of vergoed, maar zo'n beetje normaal worden. Dat lijkt mij geen investering in de kwaliteit van de ambulancevoorziening, die juist 24 uur per dag, dus ook 's avonds en 's nachts, een fantastische service moet leveren. Mij lijkt dat er een fatsoenlijke beloning tegenover mag staan als je elke nacht van elke week uit je bed wordt gehaald, omdat je werk dat nu eenmaal vergt. Wat is hierop de reactie van de minister? Is het wetsvoorstel van minister De Geus wel handig?

De fractie van GroenLinks heeft begrepen dat de VNG met de werkgevers en de ambulancevoorziening afspraken heeft gemaakt over het functionele leeftijdsontslag. Dat houdt volgens mij nauw verband met het wetsvoorstel VUT/prepensioen/levensloop van, wederom, minister De Geus. Het lijkt erop dat dit een nogal dure afspraak is geworden. Klopt dat? Ik weet het niet zeker, maar die lijkt een behoorlijk wak te slaan in de exploitatie van de ambulancevoorziening. Als dat inderdaad zo is, hebben wij volgens mij een probleem. Het betekent namelijk dat de financiering van het functionele leeftijdsontslag misschien wel regelrecht ten koste gaat van de kwaliteit van de ambulancevoorziening. Dat zou ik niet willen. Er resten dus twee mogelijkheden. Of het akkoord wordt nog eens grondig bestudeerd – daar gaan de partijen natuurlijk over – of deze minister, toch chef kwaliteit, houdt de tarieven en de wijze waarop de ambulancevoorziening wordt gefinancierd, nog eens tegen het licht.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.



De **voorzitter**: Wij zijn aan het einde van de eerste termijn van de Kamer gekomen. Op de agenda voor morgenmiddag staan de eerste termijn van het kabinet en een afrondende discussie.

De vergadering wordt van 13.30 uur tot 14.25 uur geschorst.

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst die op de tafel van de griffier ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling.

Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

Ik benoem in de gemengde commissie Subsidiariteitstoets voor deze Kamer de leden Van Dijk, Meijer, Van Schijndel, Van der Staij, Hermans en Van der Ham en tot plaatsvervangende leden de leden Brinkel en Van Bommel. De constitutionerende vergadering zal a.s. dinsdag plaatsvinden.

---

## Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Kant.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. In deze Kamer is al vaker en enige tijd geleden nog op voorspraak van mijn fractievoorzitter uitgesproken dat de Kamer vindt dat in de zorg niemand voorrang kan krijgen op anderen op andere dan louter medische gronden. Dit is een zeer belangrijk uitgangspunt. Tot mijn niet aangename verrassing hoorde ik afgelopen zondag in het nieuws dat de zorgverzekeraar die je hebt, medebepalend is voor de vraag of je voorrang krijgt, bijvoorbeeld in een ziekenhuis. Dit is een ongewenste ontwikkeling en ik zou de minister van Volksgezondheid hierover willen interpelleren, vooral om nog eens vast te leggen wat op dit terrein de normen in ons land zouden moeten zijn.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Het aanvragen van een interpellatie is het recht van een individueel Kamerlid, maar ik vraag me wel af waarom mevrouw Kant dit nu doet, want wij zullen op 30 maart met de minister een debat over de wachtlijsten voeren. Het gaat erom dat mensen op de wachtlijsten door ziekenhuizen eerder worden geholpen als zij bij een bepaalde verzekeraar zijn aangesloten. Dit lijkt mij niet goed en voorrang in de zorg heeft met schaarste te maken, dus ik heb liever een algemeen debat over de wachtlijsten, waarbij dit punt natuurlijk aan de orde gesteld kan worden.

Mevrouw **Schippers** (VVD): Ik zou mij hierbij willen aansluiten, voorzitter. Er zal volgende week een algemeen overleg over worden gehouden. Er zijn inderdaad berichten in het nieuws geweest over deals van zorgverzekeraars met bepaalde ziekenhuizen, dus ik kan me wel voorstellen dat wij ter voorbereiding van het algemeen overleg aan de minister vragen, in een brief op deze berichten in te gaan.

De heer **Buijs** (CDA): Ik ben een goedgegelovig mens en ik geloof bijna altijd alles, ook wat er in kranten staat, maar ik zet hierbij toch wat vraagtekens. Ik denk dat eerst duidelijk moet worden of het probleem inderdaad bestaat. Maar laten wij de koninklijke weg bewandelen en de minister vragen, hierop in te gaan. Het is mogelijk – ik zeg het heel voorzichtig – dat hij heel andere informatie zal geven.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ook voor mijn fractie is de kwestie die mevrouw Kant nu noemt, van groot belang, maar ook wij vragen ons af of het wel goed zou zijn om de weg van een interpellatie te kiezen. Ik ben het ermee eens dat het beter zou zijn, eerst aan de minister een brief te vragen over wat er nu echt aan de hand is. En