

Kenmerk

oktober 2004

Nader rapport inzake het voorstel van wet,
houdende Wet ambulancezorg

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 28 juni 2004, no. 04.002535, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 9 augustus 2004, nr. W13.04.0266/III, bied ik U hierbij aan.

Alvorens in te gaan op de opmerkingen van de Raad wil ik in het algemeen het volgende opmerken.

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

Tegelijkertijd moeten er – in lijn met het Kabinetsbeleid - prikkels in het (vergunningen)systeem worden ingebouwd voor marktwerking, waarbij marktwerking geen doel op zich is maar een middel voor doelmatig gedrag. Ergo, het gaat bij acute zorg niet om concurrentie op de markt maar concurrentie om de markt.

Met het thans voorgestelde vergunningstelsel wordt het volgende bereikt:

- A. het sluit aan bij eerdergenoemde kabinetsvisie;
- B. de publieke borging is goed geregeld:

het is de minister die de vergunning verleent, intrekt of daaraan beperkingen of voorschriften kan verbinden. De minister stelt eveneens een programma van eisen (pve) vast alvorens tot vergunningverlening over te gaan. In het pve worden – onder andere ingegeven vanuit het publieke belang – onderwerpen aangegeven die in ieder geval in de aanvraag voor de vergunning geregeld moeten zijn (bv. instandhouding van een meldkamer, uitvoering van taken i.h.k.v. de GHOR etc.)

- het GHOR-bestuur heeft een adviserende stem bij de vaststelling door de minister van het pve alsook bij de vergunningverlening door de minister. Overigens is de rol van het GHOR-bestuur in het thans voorliggende wetsvoorstel in die zin aangescherpt ten opzichte het oorspronkelijke wetsvoorstel, waar dit bestuur de minister niet alleen een zwaarwegend advies geeft bij de

vergunningverlening maar ook bij het vaststellen van het pve. Bovendien dienen in het pve een aantal – voor de GHOR zeer wezenlijke zaken – in ieder geval te worden geregeld, zoals eerder vermeld o.a. de instandhouding van de meldkamer en de uitvoering van de taken in het kader van de GHOR.

- de Kwaliteitswet zorginstellingen is van toepassing op de RAV.
 - verzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht om voldoende kwalitatief verantwoorde ambulancezorg in te kopen.
- C. er zijn voldoende prikkels voor concurrentie om de markt (en dus voor doelmatig gedrag en beter presteren):
- een landelijk referentiekader stimuleert een optimale verdeling van ambulancestandplaatsen, –wagens en beschikbare middelen;
 - de vergunning wordt niet meer verleend voor onbepaalde tijd maar voor 4 jaar, met de mogelijkheid van tussentijdse intrekking door de minister op grond van artikel 5. lid 3. De vergunninghouder/aanbieder heeft – in verband met gepleegde investeringen – belang bij kwalitatief verantwoord aanbod van ambulancezorg. De aanbieder zal zijn best doen om gedurende vier jaar zijn taak naar behoren uit te voeren, omdat voor de volgende gunningsperiode ook wordt gekeken naar zijn gedrag in het verleden. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en is daarom ook gebaat bij doelmatig ambulancevervoer.
- D. transparantie: het pve behelst een aantal voorwaarden waaraan het regionaal ambulanceplan moet voldoen die van te voren voor iedere aspirant vergunninghouder (internationaal of nationaal, privaat of publiek) kenbaar zijn, waardoor (eerlijke) concurrentie om de markt mogelijk wordt;
- E. het geïntroduceerde stelsel laat de huidige praktijk intact: de hedendaagse werkelijkheid laat zien dat er ook al private diensten zijn en, zo leert ook de ervaring in het buitenland, dat private uitvoering prima mogelijk is. Eveneens toont de praktijk aan dat doelmatigheid niet afhankelijk is van de vraag of de ambulancedienst publiek of privaat is georganiseerd maar van andere factoren zoals regiogrootte en professionaliteit van de bedrijfsvoering;
- F. en met het voorgaande wordt onderschreven dat nationalisering niet aan de orde is, met name nu dat een weinig kosteneffectieve optie zou zijn.

Een en ander wordt in de Memorie van Toelichting in de Inleiding verduidelijkt. Onderstaand wordt meer in het bijzonder ingegaan op de vragen van de Raad.

1a.

Naar aanleiding van het advies heb ik het voorgestelde stelsel nader beschouwd en daarbij het volgende overwogen

De Raad vreest dat in het voorgestelde stelsel mededinging en reële marktwerking niet van de grond komen. Onvoldoende wordt aangegeven hoe verschillende aanbieders naar de vergunning kunnen meedingen, teneinde monopolievorming te voorkomen, en welke prikkels voor doelmatigheid en goed presteren uit het oogpunt van concurrentie in het stelsel zijn ingebouwd. In dat licht vraagt de Raad zich af of het niet beter zou zijn een stelsel te introduceren waarbij de ambulancezorg als een openbare dienst wordt beschouwd en ook als zodanig wordt uitgevoerd.

In dit verband wil ik opmerken dat het Kabinet meent dat het goed mogelijk is om de publieke belangen van verantwoorde acute zorg, in casu ambulancezorg, te waarborgen via het onderhavige vergunningstelsel. De publieke waarborging vindt plaats door middel van kwaliteitstoezicht en een door de minister vast te stellen programma van eisen (regionaal ambulanceplan, RAP), waaraan de vergunningaanvrager moet voldoen.

In de eerdergenoemde Beleidsvisie acute zorg is aangegeven dat de deelmarkt acute zorg, dat zich kenmerkt door een grote mate van marktfalen, vraagt om meer overheidsregulering. Meer overheidsregulering met betrekking tot ambulancezorg komt met name tot uitdrukking in de vergunningverlening door de minister. Aan de vergunningverlening zijn heldere, voor een ieder van te voren kenbare voorwaarden (het programma van eisen) verbonden, zodat (eerlijke) concurrentie om de markt mogelijk wordt. Iedereen, dat wil zeggen zowel publieke als private ambulancediensten kunnen op gelijke voet meedingen naar een vergunning. Dit geldt ook bij de eerste vergunningverlening, wanneer de wet in werking treedt.

Met andere woorden ook nieuwe aanbieders maken reële kans om voor een vergunning in aanmerking te komen.

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur zullen nadere regels worden gesteld inzake de vergunningverlening. In het bijzonder kan hierbij worden gedacht aan een procedure voor het geval dat zich voor een regio meer gegadigden aanmelden en de minister een keus moet maken; de criteria daarvoor dienen voor betrokkenen kenbaar te zijn.

In de aan de Raad voorgelegde stukken valt overigens inderdaad de suggestie te lezen dat de eerste vergunning na de inwerkingtreding van de wet zal worden verleend aan de "zittende" RAV's. Dit is onjuist; het is de bedoeling dat vanaf het eerste begin inschrijving voor meer gegadigden open staat. Het is zelfs mijn verwachting dat er RAV's zullen zijn die voor meer dan één regio een vergunning aanvragen. De tekst van de toelichting is hierop aangepast.

Zoals gezegd nieuwe aanbieders kunnen zich op de markt aandienen, zowel meteen bij de inwerkingtreding van de wet, als ook tussentijds. De vergunninghouder heeft er alle belang bij om zijn taak gedurende de vier jaar goed uit te voeren en zal zich dan ook niet als monopolist gedragen, omdat voor de volgende gunningsperiode mede gekeken zal worden naar zijn gedrag in het verleden. In het licht daarvan is de vrees van de Raad voor monopolievorming niet terecht. Concurrentie om de markt wordt met dit wetsvoorstel wel degelijk mogelijk. Daar komt bij dat zorgverzekeraars gezien hun risicodragendheid belang hebben bij doelmatige en kwalitatief verantwoorde ambulancezorg. In het kader van de WTG-regelgeving zullen zij, nadat de vergunning is verleend, jaarlijks met de RAV moeten onderhandelen over prijs, prestaties en kwaliteit alsook zal daarover jaarlijkse verantwoording aan het CTG moeten worden afgelegd.

Nu het voorgestelde stelsel concurrentie om de markt mogelijk maakt en in de huidige praktijk er ook al private ambulancediensten bestaan, vermag ik niet in te zien waarom deze praktijk – zoals de Raad suggereert – vervangen zou moeten worden door een stelsel waarbij de ambulancezorg als een openbare dienst wordt beschouwd. Allereerst zou nationalisering van het systeem uit kostenoverwegingen niet te overwegen zijn. In de tweede plaats omdat het niet aansluit bij eerdergenoemde beleidsvisie van het kabinet. En ten derde omdat ervaringen in het binnen- en buitenland laten zien dat private uitvoering goed mogelijk is.

Tenslotte, wellicht ten overvloede, het volgende. De vorming van de RAV's is de afgelopen periode op diverse manieren gestimuleerd, onder meer via van extra middelen, deels structureel in het licht van professionalisering van de organisatie, deels incidenteel om de vorming van de RAV's te versoepelen. Daarnaast bestaat ingevolge artikel 12a, onder b, van de Wet ambulancevervoer nog tot het tijdstip van inwerkingtreding van het wetsvoorstel de mogelijkheid van een uitgebreide saneringsregeling. Hierdoor is het voor ambulancediensten financieel aantrekkelijk om de vergunning in te leveren, waarbij ook pensioenen worden vergoed. Ambulancediensten die hier geen gebruik van hebben gemaakt, maar toch geen RAV binnen de veiligheidsregio hebben gevormd, kunnen tot het in werking treden van de wet alsnog van die saneringsregeling gebruik maken of gezamenlijk een RAV vormen en als

zodanig een vergunningaanvraag indienen. Geen van de huidige ambulancevervoerders wordt in dit stelsel dus onevenredig getroffen.

Wat betreft de twijfel van de Raad van State aan een transparante en non-discriminatoire procedure en de vraag of de eisen van artikel 4 alle onverkort aan private ondernemingen kunnen worden gesteld, verwijs ik naar onderdeel 1b van dit nader rapport.

1b.

Naar aanleiding van het advies zijn de eisen van artikel 4 nog eens tegen het licht gehouden. Daarbij is overwogen dat de eerste twee in feite betrekking hebben op de "transparantie" van de rechtspersoon. Over dat onderwerp zal het voorstel van de Wet toelating zorginstellingen al de nodige bepalingen bevatten. De RAV's zullen onder die wet vallen en dus aan de eisen van die wet moeten voldoen. Aan die eisen is in het onderhavige wetsvoorstel dus geen behoefte meer. Wat overblijft zijn de eisen die aan het verrichten van ambulancezorg zelf worden gesteld. In het wetsvoorstel heb ik daartoe een programma van eisen geïntroduceerd, waaraan de vergunninghouder moet voldoen. Naar mijn mening is het overleggen van een plan waaruit het voldoen aan die eisen blijkt, een absoluut noodzakelijke en proportionele eis die aan een aspirant-vergunninghouder, zowel een publiek als een privaat georganiseerde, kan worden gesteld. Ook buitenlandse ondernemers kunnen een vergunning aanvragen. De eis in artikel 4, eerste lid onder a is komen te vervallen: op grond daarvan moest er een orgaan van toezicht worden ingesteld dat toezag op de dagelijkse leiding van de RAV en waarin in ieder geval de betrokken gemeentebesturen vertegenwoordigd moesten zijn.

Door voor het onderdeel van dit programma m.b.t. de samenhang met de Wet GHOR deze eis niet meer te stellen, maar te bepalen dat de minister zwaarwegend advies van dat bestuur vraagt alvorens de vergunning te verlenen, lijkt er ook voor buitenlandse ondernemers geen belemmering te bestaan een vergunning aan te vragen.

Ten aanzien van de eisen voortvloeiende uit artikel 86 van het EG-verdrag merk ik op dat, zoals gezegd, de eisen die aan een gegadigde worden gesteld, zijn teruggebracht tot het minimum, namelijk een programma waarin wordt uiteengezet hoe de ambulancezorg wordt georganiseerd en van mensen en materieel wordt voorzien om een verantwoorde zorg te kunnen bieden. Hiermee is aan de eis van proportionaliteit voldaan.

Met het oog op de nodige transparantie van de vergunningverlening heb ik artikel 4 in die zin herschreven, dat het thans de minister de opdracht geeft ten behoeve van de vergunningverlening een programma van eisen vast te stellen, dat ten minste de in de wet aangegeven onderwerpen omvat. Daarnaast zal de procedure van vergunningverlening, zoals eerder aangegeven onder 1 a. , nader bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden geregeld.

1c.

De vrees van de Raad dat een vergunning voor vier jaar ertoe kan leiden dat de RAV's tegen het einde van de periode hun investeringen uitstellen, zeker waar het investeringen in duur materieel betreft, en dat die tijdsduur een belemmering vormt voor het doelmatig werken en goed presteren, deel ik niet.

In dit verband merk ik op dat de prikkel om niet te presteren zich in concreto naar verwachting niet of nauwelijks zal voordoen, omdat de afschrijvingstermijn van het materieel grofweg overeenkomt met de duur van de vergunning, er veel regio's zijn, zodat er ook een markt is voor overtollig materieel en bovendien de voornaamste kostenposten personele kosten betreffen. Verwaarlozing van materieel zal derhalve nauwelijks wat opleveren. Het materiaal moet minimaal voldoen aan het programma van eisen, anders wordt de vergunning ingetrokken.

Met de Raad ben ik van mening dat aan bedrijfsprestaties een groot gewicht moet worden toegekend t.a.v. de vraag of al dan niet (wederom) tot vergunningverlening zal worden overgegaan. Juist om die reden is de stem van zorgverzekeraars in dit geheel van cruciaal belang. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten binnen het macro kader voldoende en kwalitatief verantwoorde ambulancezorg inkopen, m.a.w. zij zijn daarbij risicodragend. Zij hebben dus belang bij doelmatigheid en goede bedrijfsprestaties met een verantwoorde kwaliteit/prijsverhouding, en zullen in het kader van de WTG jaarlijks met de RAV daar afspraken over maken.

Ik ben, anders dan de Raad, van mening dat de visie van de zorgverzekeraar op de vergunningverlening de doelmatigheid juist ten goede komt.

Overigens wil ik tenslotte nog opmerken dat de vergunning voor vier jaar geen garantie is voor vier jaar behoud van de vergunning. In de eerste plaats hangt de RAV gedurende die vier jaar een dreiging van intrekking door de minister boven het hoofd indien zij haar werkzaamheden niet verantwoord uitvoert of de aan de vergunning verbonden voorschriften of beperkingen niet in acht neemt. Daarnaast gelden onverkort de eisen in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen, die ook voor het huidige ambulancevervoer van toepassing zijn. Voorts treden zorgverzekeraars, nadat de vergunning is verleend, op basis van de Ziekenfondswet en de WTG jaarlijks met de RAV in overleg voor het maken van afspraken over de kwaliteit van de te verlenen zorg alsook over de prestaties. Jaarlijks dient verantwoording aan het CTG te worden afgelegd over de geleverde prestaties.

Overtreding van regels kan voor de minister grond zijn de vergunning in te trekken. M.a.w. tussentijdse afrekening gedurende de 4 jaar, met als uitvloeisel het kwijtraken van de vergunning maakt het mogelijk dat ook tussentijds nieuwe aanbieders zich op de markt kunnen aandienen, waardoor er meer dynamiek op deze markt ontstaat.

1d.

Bij nader inzien heb ik besloten de mogelijkheid voor de minister om bij de vergunningverlening de voorwaarde te stellen dat de rechtspersoon, indien deze niet dezelfde is als de bestaande vergunninghouder, met de vergunninghouder overeenkomt diens personeel en materieel over te nemen, te schrappen. Naar mijn mening is de beoogde marktwerking ermee gediend wanneer dit aan het veld wordt overgelaten; de zittende en de aspirant-vergunninghouders zijn de aangewezen partijen om te bepalen of zij belang hebben bij een eventuele overname van personeel en materieel. In de toelichting op artikel 6 is een passage daaraan gewijd.

1e.

Naar aanleiding van het advies wordt in de toelichting op artikel 6 ingegaan op de overdracht van de vergunning.

2.

Het wetsvoorstel geeft een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen GHOR-bestuur en RAV aan. Verschil van inzicht bijvoorbeeld over de uitvoering van de ambulancezorg of over het personeel kan zich wellicht wel voordoen, maar uiteindelijk is het de verantwoordelijke die beslist; het GHOR-bestuur "gaat niet over" de dagelijkse ambulancezorg, net zo min als de RAV kan beslissen over de ruimte en de infrastructuur die het GHOR-bestuur ter beschikking stelt. Om de kans tot verschil van inzicht zoveel mogelijk te beperken is in het wetsvoorstel opgenomen dat het programma van eisen dat de minister vaststelt, gehoord hebbende het GHOR-bestuur en de zorgverzekeraars, in ieder geval ook betrekking heeft op de instandhouding van de meldkamer. Als de RAV zijn verantwoordelijkheid niet waarmaakt, is het aan de minister om te beslissen of hij de vergunning intrekt dan wel daar nadere voorschriften aan verbindt.

3.

De Raad signaleert ten onrechte een mogelijke spanning tussen de eisen die het reguliere zorgvervoer stelt en de eisen die de acute medische hulpverlening stelt. Reguliere ambulancezorg bestaat uit spoedvervoer (A-ritten) en besteld vervoer (B-ritten). Het spoedvervoer valt onder te verdelen in A1 ritten (met zwaailichten, want levensbedreigend) en A2-ritten (spoed geboden maar geen levensbedreiging). Besteld vervoer heeft overigens ook vaak trekken van spoedvervoer, bijvoorbeeld wanneer ziekenhuizen snel een plaats moeten creëren op de Intensive Care. De hulpverlening in het kader van de GHOR (dus bij rampen en zware ongevallen) wordt uitgevoerd door de diensten die ook de dagelijkse hulp verlenen. Voor de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen betekent dit dat de diensten die betrokken zijn bij de dagelijkse SMH in het kader van de reguliere ambulancevervoer, ook ingezet worden bij de GHOR. Wel zijn in het laatste geval heel veel A-1 ritten nodig (denk bijv. aan de brand in Volendam). Gelukkig is dit slechts een fractie van het totaal.

De eisen die aan het vervoer in het kader van de GHOR hulpverlening worden gesteld verschillen niet van de eisen voor het reguliere ambulancevervoer: het blijven immers A1-ritten. Ten behoeve van de preparatieve inzet in het kader van de openbare veiligheid gelden de afspraken zoals gemaakt tussen RAV en aanvrager.

In die zin kan de door de Raad geconstateerde spanning zich ook niet voordoen. De rol die de GHOR in dit verband vervult beperkt zich tot het maken van afspraken met ketenpartners om zich zo goed mogelijk voor te bereiden op een dergelijke ramp.

Lokale en regionale autoriteiten worden thans betrokken bij de vergunningverlening nu, zoals hierboven is gezegd, wordt voorgesteld daarover zwaarwegend advies van het GHOR-bestuur te vragen (artikel 5, eerste lid).

4.

De eisen die in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen gelden voor het huidige ambulancevervoer blijven onverkort van toepassing ten aanzien van de RAV's onder de Wet ambulancezorg. In de toelichting wordt hierop alsnog gewezen.

5.

Terecht merkt de Raad op dat de tekst van artikel 8 en de toelichting daarop uiteenlopen op het punt van de mogelijke inschakeling door de meldkamer van andere ambulances dan die uit de eigen regio. De bewuste tekst is aangepast.

6.

Van (gedwongen) concentratie was tot nu toe geen sprake. De afgelopen jaren is op diverse manieren door de overheid de vorming van RAV's gestimuleerd. Ambulancediensten hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt door een beroep te doen op extra structurele en incidentele middelen. Daarnaast bestaat nog steeds, zoals in punt 1a gezegd, de mogelijkheid van een saneringsregeling. Wel is het zo dat, naarmate de datum van inwerkingtreding van het wetsvoorstel nadert, voor degenen die zich niet bij een RAV hebben aangesloten, de situatie nijpender wordt. Het alsnog instellen van een structurele planschadevergoeding zou dan ook een verkeerd signaal afgeven.

7.

Bij nader inzien is aan een gedifferentieerde inwerkingtreding geen behoefte; de inwerkingtredingsbepaling is aangepast.

Aan de redactionele kanttekeningen van de Raad van State is aandacht besteed.

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde gewijzigde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst