

De GHORdiaanse knoop doorgehakt

Herkenbare geneeskundige hulpverlening bij
ongevallen en rampen in de veiligheidsregio

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Voorwoord | 5 |
| Samenvatting | 9 |
| 1 Inleiding | 13 |
| 1.1 Waarom dit advies? | 13 |
| 1.2 Eerdere advisering door de Rob en de RVZ | 14 |
| 1.3 Adviesaanvraag GHOR | 16 |
| 2 De GHOR en geconstateerde problemen | 19 |
| 2.1 Inleiding | 19 |
| 2.2 Incongruentie verantwoordelijkheden en bevoegdheden GHOR | 19 |
| 2.3 Onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden van publieke en private partijen in de witte kolom | 21 |
| 2.4 Incongruentie verantwoordelijkheden en middelen in de witte kolom | 28 |
| 2.5 Conclusies | 30 |
| 3 Uitgangspunten | 32 |
| 3.1 Openbare orde, veiligheid én zorg: een drie-eenheid | 32 |
| 3.2 Bestuurlijke uitgangspunten | 33 |
| 3.3 Inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten | 35 |
| 3.4 Financiële uitgangspunten | 37 |
| 4 Eenheid van regie, kwaliteit en prestaties | 38 |
| 4.1 Inleiding | 38 |
| 4.2 Congruente verantwoordelijkheden en bevoegdheden veiligheidsbestuur | 38 |
| 4.3 Naar een sterker geprofileerde en samenwerkende witte kolom in de veiligheidsregio | 40 |
| 4.4 Congruentie verantwoordelijkheden en middelen veiligheidsbestuur | 50 |
| 5 Antwoorden en aanbevelingen | 53 |
| 5.1 Inleiding | 53 |
| 5.2 Antwoorden op de gestelde vragen | 53 |
| 5.3 Aanbevelingen | 55 |

Bijlagen

| | | |
|---|--|----|
| 1 | Adviesaanvraag | 61 |
| 2 | Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg / Raad voor het openbaar bestuur | 65 |
| 3 | Lijst van afkortingen | 67 |
| 4 | Literatuur | 69 |
| 5 | Overzicht publicaties RVZ | 75 |
| 6 | Overzicht publicaties Rob | 79 |

Voorwoord

Dit advies is een gezamenlijk advies van de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), in afstemming met de Raad voor de financiële verhoudingen (Rfv). Een gezamenlijke adviesaanvraag van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan meerdere raden sluit goed aan bij de oorspronkelijke doelstelling van het adviesstelsel, waarbij het belang van strategische adviezen die departementale indelingen overstijgen werd benadrukt. De raden vatten de gezamenlijke adviesaanvraag ook op als een duidelijk signaal dat het beide betrokken ministeries ernst is nu in samenhang een aantal heldere keuzen te maken op de raakvlakken tussen veiligheid en gezondheid.

De adviesaanvraag betreft de relatie tussen de (bestuurlijke) organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en de veiligheidsregio. Beide raden hebben eerder adviezen uitgebracht die nadrukkelijk raken aan dit onderwerp. Voor de Rob gaat het hierbij om het advies *Veiligheid op niveau*, voor de RVZ om het advies *Acute zorg*. Het kabinet heeft op beide adviezen ondertussen een standpunt geformuleerd. De raden willen in dit kader niet omstandig ingaan op de door het kabinet ingenomen standpunten. Tegelijkertijd hebben de raden er niet voor gekozen de kabinetsstandpunten als uitgangspunt te nemen, maar zijn zij uitgegaan van beide eerder genoemde adviezen. De reden hiervoor is niet in de eerste plaats dat de raden niet van inzicht zijn veranderd, maar dat de kabinetsstandpunten geen aanknopingspunten bieden voor een consistente redenering. De raden hebben ten aanzien van dit belangrijke onderwerp nadrukkelijk gekozen voor een heldere en principiële benadering. Dit is volgens de raden noodzakelijk, omdat op dit terrein nu juist tegenstelde belangen en onduidelijkheid hebben geleid tot een onontwarbare knoop van bestuurlijke arrangementen, geldstromen, verantwoordelijkheden en belangen. Deze onduidelijkheid is de centrale reden dat een betere organisatie van veiligheid en gezondheid onvoldoende tot stand komt.

De raden zijn zich zeer bewust dat dit advies geplaatst dient te worden in de bredere context van de organisatie van veiligheid en gezondheid en de raakvlakken daartussen. Het gaat daarbij

nadrukkelijk om meer dan de organisatie van de veiligheidsregio's. Zo hebben de raden er bewust voor gekozen zich niet uit te spreken over de beleidsontwikkeling in het kader van de crisisbeheersing. De raden hebben zich bijvoorbeeld ook niet uitgesproken over de mogelijke betrokkenheid van defensie. Tegelijkertijd benadrukken de bredere (beleids)ontwikkelingen wel het belang van een heldere stellingname ten aanzien van de verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken spelers, en helderheid over de daaraan gerelateerde organisatie en financiering. Het onderhavige advies past naar de mening van de raden ook in deze bredere context.

De tijd is rijp om op dit terrein de knoop door te hakken, en de ministers van BZK en VWS spelen hierbij een centrale rol. Het feit dat de Raad voor het openbaar bestuur en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, in afstemming met de Raad voor de financiële verhoudingen, elkaar relatief eenvoudig gevonden hebben in dit advies, stemt hoopvol.

Het advies is voorbereid door een gezamenlijke werkgroep, bestaande uit raadsleden en leden van secretariaat van zowel de Rob als RVZ.

De volgende raadsleden hebben in de werkgroep geparticipeerd:

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten (RVZ)

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts (RVZ)

Drs. F.B.M. Sanders (RVZ)

Mw. A.G.M. van de Vondervoort (Rob/Rfv)

Prof. mr. dr. E.R. Muller (Rob)

De volgende leden van het secretariaat hebben in de werkgroep geparticipeerd:

Mw. mr. G.P.M. Raas (projectleider, RVZ)

Drs. J. van Hasselt (beleidsonderzoeker, RVZ)

Drs. A.J. van Dijk (senior adviseur Rob/Rfv, projectleider Rob)

Mw. drs. H. van Dijk (adviseur Rob/Rfv)

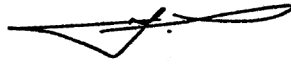
Drs. R.G. Daniëls (adviesmedewerker Rob/Rfv)

Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg




Drs. F.B.M. Sanders
voorzitter

Raad voor het openbaar
bestuur



Prof. dr. J.A. van Kemenade
voorzitter



Drs. P. Vos
algemeen secretaris



Drs. M.P.H. van Haften
algemeen secretaris

Samenvatting

De adviesaanvraag

Veiligheid is een onderwerp dat in deze tijd voortdurend op de politieke agenda staat. Waarom dat zo is, is helaas maar al te duidelijk. De aanslag op 11 september 2001 in New York en op 11 maart 2004 in Madrid, de voortdurende dreiging met terroristische aanslagen waaronder de dreiging met verspreiding van het pokkenvirus, zijn slechts enkele voorbeelden die het belang van veiligheid onderstrepen.

Voor het oplossen van sommige veiligheidsvraagstukken is een nationale of zelfs internationale aanpak noodzakelijk. Voor andere veiligheidsvraagstukken geldt dat de gemeenten in een aantal opzichten te klein zijn, terwijl het tegelijkertijd niet voor de hand ligt de oplossing hiervan neer te leggen bij provincie of Rijk. Ten aanzien van rampen en crises is hierbij een centrale rol weggelegd voor de veiligheidsregio's. De Raad voor het openbaar bestuur (Rob) heeft in 2003 geadviseerd om te komen tot de vorming van 25 veiligheidsregio's, op de schaal van de politieregio. De regionale veiligheidsbesturen zijn verantwoordelijk voor de voorbereiding van de verschillende betrokken partijen op het optreden bij rampen en crises.

In toenemende mate heeft veiligheid te maken met gezondheid. Denk maar aan Volendam, Enschede en SARS. En omdat de gezondheidszorg zo anders dan de brandweer en de politie is georganiseerd, heeft dit geleid tot een separate adviesaanvraag van de ministers van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Raad voor het openbaar bestuur en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

De vraag is hoe de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen in de veiligheidsregio moet worden georganiseerd en gefinancierd. Anders geformuleerd is de centrale vraag voor dit advies: hoe kan de beschikbaarheid en kwaliteit van gezondheidszorg bij rampen en crises zodanig worden gegarandeerd dat het openbaar bestuur zijn verantwoordelijkheid voor de veiligheid daadwerkelijk kan waarmaken?

Wat zijn op dit moment de problemen?

Een eerste probleem is het ontbreken van een formele gezagsrelatie tussen het veiligheidsbestuur en de vele private partijen in de gezondheidszorg. De kern van het probleem is daarbij niet het optreden van private partijen wanneer een ramp zich voordoet. Wanneer er sprake is van een acute ramp zetten alle partijen zich naar beste vermogen in. Dat ligt anders wanneer het gaat om de voorbereiding hierop met veel verschillende partijen. Het openbaar bestuur is verantwoordelijk voor deze voorbereiding, terwijl het voor de betrokken private partijen gemakkelijk op gespannen voet staat met hun reguliere werkzaamheden. Het openbaar bestuur heeft dus wel verantwoordelijkheden, maar onvoldoende bevoegdheden. Dat geldt ook voor de wettelijk geregelde functie van Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF). Die heeft veel taken toebedeeld gekregen, maar geen bevoegdheden.

Een tweede probleem is de onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden van de vele verschillende partijen in wat wel wordt genoemd de 'witte kolom'. Soms vallen organisaties rechtstreeks onder het openbaar bestuur, zoals de GGD, maar voor ziekenhuizen en huisartsen ligt dat anders. Het zijn particuliere organisaties. Ook ongeveer de helft van de ambulancediensten is in particuliere handen. Het is ten aanzien van het oefenen voor en het optreden bij rampen en crises niet zonder meer duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. En is het verantwoord de meldkamer ambulancezorg - de functie van de meldkamer is cruciaal gebleken bij ongevallen en rampen - bestuurlijk onder het gezag van private partijen te brengen?

Burgers moeten er op kunnen vertrouwen dat de geneeskundige hulpverlening ook bij ongevallen en rampen goed functioneert. Dat is niet vanzelfsprekend. Want nog afgezien van het feit dat er ook in de reguliere acute zorg het nodige te verbeteren valt, moet er bij ongevallen en rampen samengewerkt worden met veel verschillende disciplines. Niet alleen uit de eigen zorgsector, maar ook met brandweer en politie. Daarvoor moet geoefend worden, maar wie betaalt dat?

Een derde probleem is dan ook de financiering van de multidisciplinaire voorbereiding op rampen en ongevallen. Het veiligheidsbestuur is wel verantwoordelijk daarvoor, maar heeft niet de daarvoor noodzakelijke middelen. En in de tarieven voor de gezondheidszorg is geen rekening gehouden met de kosten van deze

oefeningen met alle betrokken partijen. Over de wijze waarop de kosten, ook voor het monodisciplinair oefenen in de tarieven verwerkt zijn, bestaat eveneens onduidelijkheid.

Welke maatregelen zijn nodig?

De Rob en de RVZ zijn van mening dat het tijd is voor duidelijke keuzes op bestuurlijk, organisatorisch en financieel vlak.

Naast de brandweer (rood) en de politie (blauw) dient de geneeskundige hulpverlening georganiseerd te worden in een herkenbare kolom (wit), waarbij verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen hand in hand gaan. Het veiligheidsbestuur gaat over de publieke taken in het kader van rampen en crises. Bestuurlijke vermenging van publiek en privaat is in dat kader ongewenst.

Het veiligheidsbestuur is verantwoordelijk voor de multidisciplinaire voorbereiding op de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De daarbij behorende bevoegdheden - inclusief die van de RGF - dienen wettelijk te worden vastgelegd. Dan is er een basis voor een stevige en herkenbare positie van de RGF in de witte kolom. Een positie die in hoge mate vergelijkbaar dient te zijn met de positie van de regionale brandweercommandant.

Profilering en samenwerking zijn twee voorwaarden om tot een herkenbare witte kolom te komen. Daar komt bij dat in de witte kolom het besef moet ontstaan dat de reguliere acute zorg op orde moet zijn om in tijden van rampen en crises adequaat te kunnen optreden. Dat heeft dus prioriteit.

Maatregelen die aan een geprofileerde en samenwerkende witte kolom bijdragen zijn onder meer één GGD per veiligheidsregio, een veiligheidsbestuur dat investeert in goede contacten met partijen in de gezondheidszorg, een competente RGF die beoordeeld wordt op output en prestaties, ambulancediensten, ziekenhuizen en traumacentra die elkaar op inhoud en professionele standaarden weten te vinden en samenwerken, en huisartsen die structureel betrokken worden bij de voorbereiding op ongevallen en rampen.

Prioriteit heeft ook het oefenen voor rampen en crises. In samenspraak met de verschillende partners in de witte kolom ontwikkelt de RGF daarom kwaliteitsnormen voor het (multidisciplinair) oefenen en trainen.

Anders dan het kabinet kiezen de raden voor in ieder geval een publieke aansturing van de meldkamer ambulancezorg waar het de acute zorg betreft. Daarvoor is een aantal redenen te geven. Een belangrijk argument is de noodzaak ten tijde van rampen en crises de (drie) meldkamers van politie, brandweer en ambulance eenduidig en in samenhang te kunnen aansturen. Een afwijkende besturing zal namelijk leiden tot een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en meer bestuurlijke drukte. De voorstellen van de raden laten de mogelijkheid van de totstandkoming van een 'zorgmeldkamer' onverlet.

De raden vinden ook dat het veiligheidsbestuur de noodzakelijke inzet van de private partijen in de gezondheidszorg door een directe financiering moet kunnen garanderen. De kosten van private partijen voor door de RGF gevorderde activiteiten in het kader van het multidisciplinair oefenen voor gecoördineerde inzet bij ongevallen en rampen worden door het veiligheidsbestuur rechtstreeks gefinancierd. Het rijk verschafft het veiligheidsbestuur de middelen die voor de verplichte taken nodig zijn. De kosten voor het monodisciplinair oefenen van ziekenhuizen en ambulancediensten dienen bekostigd te worden via geoormerkte gelden uit de premieopbrengsten voor de zorgsector.

Wat betekent dit advies voor de burger?

Als de aanbevelingen uit dit advies worden overgenomen en worden geïmplementeerd, kan de burger rekenen op het goed voorbereid zijn van hulpverleners en instellingen in de gezondheidszorg op rampen en crises. De hulpverleners weten wat te doen en hebben dit ook samen met de andere disciplines geoefend. Er is tevens duidelijkheid over de mate waarin geoefend wordt. De prestaties van de voorbereiding op de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen worden openbaar gemaakt. De burger weet wie waarvoor verantwoordelijk is en kan beoordelen of deze verantwoordelijkheden zijn waargemaakt. Dit geldt voor de dan heldere verantwoordelijkheden van het bestuur, en voor de verantwoordelijkheden van andere partijen. De burger kan er dan op vertrouwen dat de voorbereiding op het optreden bij rampen en crises - gegeven de politieke keuze voor de omvang van de beschikbare middelen - op orde is.

1 Inleiding

1.1 Waarom dit advies?

De knoop was gemaakt van de bast van de kornoeljeboom en begin en einde ervan waren niet te zien. Alexander wist niet hoe hij de knoop moest losmaken, maar hij wilde hem ook niet zo laten zitten, omdat hij vreesde dat daardoor onrust zou ontstaan onder de menigte. Daarom heeft hij, volgens sommigen, de knoop doorgebakt met een bouw van zijn zwaard en verklaard dat hij los was.

Lucius Flavius Arianus, Alexander de Grote.

Het verhaal van zijn veroveringen van het Perzische Rijk, II.3.7

De organisatie van de geneeskundige hulp bij ongevallen, rampen en crises is een onontwarbare knoop van bestuurlijke arrangementen, geldstromen, verantwoordelijkheden en belangen. Het creëren van helderheid wordt bemoeilijkt doordat de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen een combinatie laat zien van twee verschillende logica's: veiligheid en gezondheid. De bestuurlijke organisatie van veiligheid volgt een territoriale logica, terwijl de gezondheid in de eerste plaats functioneel georganiseerd is. Daarbij komt dat de gezondheidszorg wordt gekarakteriseerd door een veelheid aan - voor publieke taken noodzakelijke - private spelers. Dit leidt tot spanning tussen publieke verantwoordelijkheid en private uitvoering.

Een centraal punt van zorg bij de organisatie van de rampenbestrijding is de multidisciplinaire samenwerking tussen de vier rampenbestrijdingsdisciplines (brandweer, politie, geneeskundige keten en gemeenten) en de monodisciplinaire samenwerking¹ binnen deze ketens. In 1994 bracht de Inspectie voor de Gezondheidszorg het rapport *De keten rammelt uit*. Daaruit bleek dat sprake was van een gebrekkige samenwerking binnen de geneeskundige keten. Naar aanleiding daarvan kwam de gemeenschappelijke regeling *Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR)* tot stand. Het GHOR-bestuur dient te zorgen voor het tot stand komen van een herkenbare geneeskundige kolom binnen de rampenbestrijdingsorganisatie, die effectief kan opschalen van kleinschalig naar grootschalig optreden. Ondertussen komen de discussies over mono- en multi-

De geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen: een onontwarbare knoop van bestuurlijke arrangementen, geldstromen, verantwoordelijkheden en belangen

Het wettelijk kader voor de coördinatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is de GHOR

disciplinaire samenwerking² bij elkaar in het concept van de veiligheidsregio.

De organisatie van veiligheid staat op zichzelf onder druk vanuit twee gezichtspunten: bottom-up en top-down. Vanuit het perspectief van klassieke rampen – waarbij vanuit de lokale situatie wordt opgeschaald – is de noodzakelijke bovengemeentelijke slagkracht en multidisciplinaire coördinatie een probleem. Vanuit het perspectief van het rijk is in toenemende mate aandacht ontstaan voor crises – met name op het terrein van de infectieziekten – die een landelijke aanpak vereisen, terwijl tegelijkertijd de gemeenten een essentiële bestuurslaag zijn. Daarbij blijkt dat het ontbreekt aan een adequate bestuurlijke en operationele aansluiting tussen het rijk en de gemeenten.

Een veelheid aan potentiële tegenstrijdigheden treedt op de voorgrond wanneer onderwerpen waarbij veiligheid en gezondheid nauw met elkaar verweven zijn – *in casu* rampen en crises – in het centrum van de maatschappelijke en politieke belangstelling komen te staan.

In het advies staat de vraag centraal hoe de organisatie en financiering van de geneeskundige hulpverleningsdiensten vorm moet krijgen opdat de veiligheidsregio voldoende doorzettingsmacht en middelen heeft om het geneeskundig deel van de rampenbeheersing – over de hele veiligheidsketen³ – adequaat te kunnen organiseren. Of, meer vanuit bestuurlijk perspectief geformuleerd: dit advies gaat over (de garantie van) de beschikbaarheid van de gezondheidszorg bij rampen⁴ en crises, zodanig dat het openbaar bestuur zijn verantwoordelijkheid op dit terrein daadwerkelijk kan waarmaken.

1.2 Eerdere advisering door de Rob en de RVZ

Een belangrijke reactie op de toegenomen spanning binnen en tussen (de organisatie van) veiligheid en gezondheid is het structureren van de ‘kruispunten’ van de verschillende logica’s en de daaraan gerelateerde verantwoordelijkheden. In zijn advies *Veiligheid op niveau* neemt de Raad voor het openbaar bestuur (Rob) de schalen van (algemeen) bestuur en uitvoering hierbij als uitgangspunt. In zijn advies *Acute zorg* is het perspectief van de

Opschalen van de reguliere situatie leidt tot bestuurlijke vragen

Veel potentiële tegenstrijdigheden tussen veiligheid en gezondheid

Centrale vraag: is de beschikbaarheid van de gezondheidszorg bij rampen en crises gegarandeerd?

De adviezen *Veiligheid op niveau* en *Acute zorg*

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het onderscheid tussen publiek en privaat.

Schalen van bestuur

De toegenomen spanning tussen verschillende veiligheidsfuncties kan worden opgelost door de functies meer te ontvlechten. In *Veiligheid op niveau* heeft de Rob ervoor gepleit om inherent gemeentegrensoverschrijdende functies regionaal te organiseren. Het potentiële ‘democratische gat’ wordt daarbij gedicht door het centraal bij wet- en regelgeving vaststellen van de eisen waaraan de regio’s dienen te voldoen. Het rijk dient de regio’s vervolgens rechtstreeks te financieren zodat de regio’s adequaat aan deze eisen invulling kunnen geven.

Organiseer inherent gemeentegrensoverschrijdende functies regionaal

Lokale verantwoordelijkheden dienen naar de mening van de Rob samen te gaan met lokale bevoegdheden en middelen. De Rob concludeert het volgende (Rob, 2003, p. 38): “Deze benadering versterkt de integraliteit, zowel op het niveau van de regio als op het niveau van de gemeente. Hiermee wordt bovendien voorkomen dat een spagaat ontstaat tussen specifieke taken (zoals preparatie en repressie bij de rampenbestrijding) en de reguliere taken. Langs deze weg kan de samenhang tussen verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen voor de verschillende taken worden versterkt.”

Organiseer lokale taken lokaal

Publiek en privaat

Het optreden bij rampen en crises vraagt niet alleen om het helder toedelen van taken aan noodzakelijkerwijs slagvaardige bestuurlijke gremia. De toegenomen spanning tussen de organisatie van openbare veiligheid en de organisatie van de (openbare) gezondheidszorg leidt tevens tot de noodzaak publiek en privaat helder van elkaar te onderscheiden. In dat verband zijn de navolgende standpunten van de RVZ over marktwerking in de acute zorg relevant.

Verantwoordelijkheden publiek en privaat onderscheiden

Een van de kenmerken van de gezondheidszorg is het grote aantal private partijen. Private partijen zijn bijvoorbeeld ziekenhuizen en huisartsen, en een deel van de ambulancediensten. De publieke functies dienen volgens de RVZ te worden beschermd door wet- en regelgeving. Dat geldt temeer bij invoering van marktwerking.

Veel private partijen met publieke functies in de gezondheidszorg

Vanuit een volksgezondheidsperspectief heeft de RVZ zich uitgesproken over de wenselijkheid van marktwerking in de gezondheidszorg. De RVZ acht een verantwoorde invoering van marktwerking mogelijk, maar er zijn onderdelen van de zorg die niet geschikt zijn voor marktwerking of waar marktwerking tot aantasting van publieke belangen kan leiden. De acute zorgverlening is een dergelijk onderdeel (RVZ, 2003a).

Geen marktwerking in de acute zorg

Onder acute zorg verstaat de RVZ de keten van activiteiten die erop is gericht zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen enkele minuten tot enkele uren, zorg te verlenen om overlijden of irreversibele gezondheidsschade als gevolg van een acute levensbedreigende aandoening of een ongeval te voorkomen.

Bij acute zorg gaat het om een keten van activiteiten om zo spoedig mogelijk te kunnen ingrijpen

Bij acute zorg - en daarvan is veelal sprake bij geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen - is de meeste gezondheidswinst te behalen in de eerste fase. Daarom moet geïnvesteerd worden in voldoende beschikbaarheid en paraatheid. En omdat marktwerking die beschikbaarheid en paraatheid onder druk zet, wil de RVZ geen marktwerking voor de acute zorg. Om die reden is een aparte financiering van de 'reguliere' acute zorg nodig en ziet de RVZ geen regierol voor concurrerende verzekeraars (RVZ, 2003b).

Beschikbaarheid en paraatheid van acute zorg verhouden zich slecht tot concurrentie en marktwerking

Meer marktwerking in de gezondheidszorg zal het spanningsveld tussen privaat en publiek doen toenemen. De noodzaak om helder te zijn over de verantwoordelijkheden voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen neemt daardoor alleen maar toe. Het is van groot belang dat de burgemeester weet dat hij indien nodig de beschikking heeft over goed voorbereide hulpverleningsdiensten, zoals de ambulances. Het mag daarbij niet uitmaken dat de ambulances van een private aanbieder zijn. Voor bijvoorbeeld ziekenhuizen en huisartsenzorg geldt dit evenzeer. Het openbaar bestuur moet er vanuit kunnen gaan dat deze partijen voorbereid en beschikbaar zijn.

Meer marktwerking doet het spanningsveld tussen privaat en publiek toenemen

1.3 Adviesaanvraag GHOR

De aanleiding voor de adviesaanvraag van de ministers van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is het in februari 2003 door de Rob uitgebrachte advies over de bestuurlijke

Adviesaanvraag GHOR van BZK en VWS

inbedding van veiligheidsregio's. De Rob was van mening dat de complexiteit van de geneeskundige kolom een eigenstandig advies over de organisatie en financiering daarvan rechtvaardigde.

De bewindslieden delen de mening dat een eigenstandig advies over de geneeskundige kolom aangewezen is. Omdat de GHOR opereert op het snijvlak van de openbare veiligheid en openbare gezondheidszorg, vragen de ministers een gezamenlijk advies van de Rob en de RVZ. Omdat het advies betrekking moet hebben op zowel de (bestuurlijke) organisatie van de GHOR als de financiering, wordt gevraagd het advies tevens af te stemmen met de Raad voor de financiële verhoudingen (Rfv).

Adviesvragen

In de adviesaanvraag wordt verwezen naar het Rob-advies *Veiligheid op niveau* waarin is aangegeven dat het GHOR-bestuur deel dient uit te maken van het veiligheidsbestuur. Die vraag staat daarmee niet meer ter discussie, maar wel hoe dat effectief moet worden vormgegeven.

In de adviesaanvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd die in het advies beantwoord moeten worden:

1. Op welke wijze moet de GHOR binnen de veiligheidsregio worden georganiseerd (bestuurlijk, organisatorisch en financieel)?
2. Op welke wijze moet de relatie tussen de GHOR en de geneeskundige hulpverleningsdiensten worden vormgegeven?
3. Op welke wijze moet de relatie tussen de veiligheidsregio en de geneeskundige hulpverleningsdiensten worden vormgegeven, zowel organisatorisch als financieel?
4. Is het wenselijk dat een of meerdere geneeskundige hulpverleningsdiensten deel gaan uitmaken van de veiligheidsregio. En zo ja, hoe?

In de bovenstaande deelvragen wordt de GHOR gebruikt als een containerbegrip dat zowel naar bestuurlijke, organisatorische en financiële aspecten verwijst. In dit advies wordt er vanuit gegaan dat het GHOR-bestuur opgaat in het veiligheidsbestuur. In dat bestuur zitten de burgemeesters van de gemeenten in de betreffende regio. Het veiligheidsbestuur is vervolgens verantwoordelijk voor de multidisciplinaire voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises. Het gaat hierbij dus in de eerste plaats om de coördinatie van de geneeskundige instellingen en

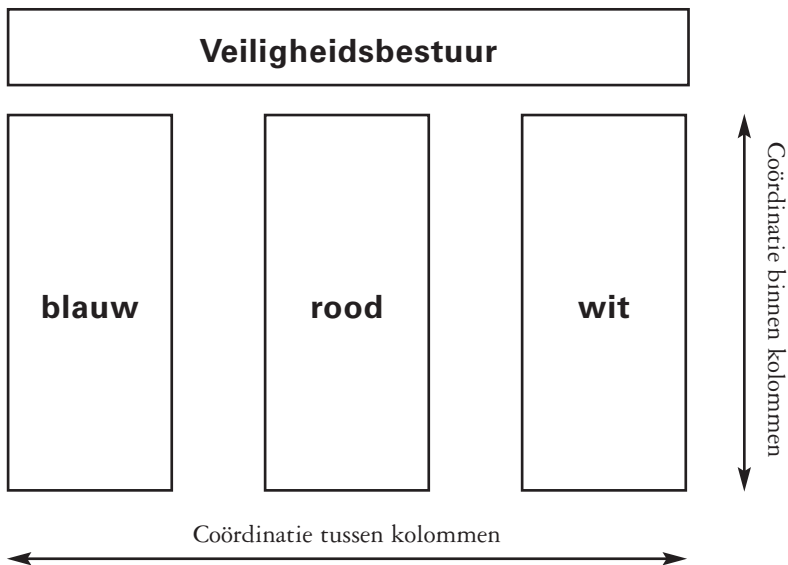
De noodzaak tot een afzonderlijk advies van de Rob en de RVZ, in afstemming met de Rfv

Dat het GHOR-bestuur deel uitmaakt van het veiligheidsbestuur is een gegeven

De adviesvragen

GHOR is een containerbegrip met zowel bestuurlijke, organisatorische als financiële aspecten

diensten (de zogenoemde 'witte kolom') bij rampen en crises. De betrokkenheid van zowel publieke als private partijen vormt hier de kern van het probleem. In de tweede plaats gaat het om de coördinatie tussen de witte kolom enerzijds, en de brandweer en de politie anderzijds, de zogenoemde 'blauwe' en 'rode' kolommen. In schema ziet dat er als volgt uit.



Het is duidelijk dat de coördinatie binnen de witte kolom en de coördinatie tussen de kolommen niet los van elkaar gezien kan worden. Juist waar publiek en privaat en de coördinatie binnen de witte kolom en tussen de kolommen elkaar kruisen is sprake van een GHORdiaanse knoop en die moet worden doorgehakt.

Op de knooppunten tussen veiligheid en gezondheid moet een aantal principiële keuzen gemaakt worden

2 De GHOR en geconstateerde problemen

2.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk is de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen gekarakteriseerd als een onontwarbare knoop van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen. Dit komt voor een belangrijk deel voort uit het verschil in organisatie van respectievelijk veiligheid en gezondheidszorg. Hiermee hangt samen onduidelijkheid over de verhouding tussen publieke en private partijen.

De complexiteit leidt er tevens toe dat de als urgent ervaren problemen divers en soms ook ongelijksoortig zijn. Wat urgent is komt vooral aan het licht bij de pogingen tot het feitelijk inhoud geven aan de ambitie de voorbereiding op rampen en crises sterk te verbeteren. Bestuurlijke keuzen (of het ontbreken daarvan) leiden tot praktische problemen en vice versa. De problematiek rondom bijvoorbeeld de meldkamer roept vragen op ten aanzien van de bestuurlijke inrichting, de praktische organisatie, de financiering, maar bijvoorbeeld ook ten aanzien van de kwaliteitseisen die gesteld dienen te worden aan de centralist.

In dit hoofdstuk worden de verschillende problemen beschreven vanuit het perspectief van de onduidelijkheid over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en financiering. De urgente meer operationele problemen die hiermee samenhangen komen eveneens aan bod.

De GHORdiaanse knoop is onder andere ontstaan door verschil in organisatie van veiligheid en gezondheid

Complexiteit leidt tot diverse en ongelijksoortige problemen

Problemen die samenhangen met verantwoordelijkheden en bevoegdheden en meer operationele problemen

2.2 Incongruentie verantwoordelijkheden en bevoegdheden GHOR

Het openbaar bestuur c.q. het GHOR-bestuur heeft formeel geen bevoegdheid prestaties af te dwingen van de betrokken voornamelijk privaat georganiseerde geneeskundige hulpverleningsdiensten, instellingen en voorzieningen. Daardoor ontbreekt het aan de garantie van de beschikbaarheid en de geoefendheid van de gezondheidszorg bij rampen en crises, zodanig dat het openbaar bestuur zijn verantwoordelijkheid op dit terrein daadwerkelijk kan waarmaken.

Het GHOR-bestuur is voor veel verantwoordelijk, maar heeft weinig te zeggen

Het ontbreken van formele bevoegdheden is zeer helder omschreven in *GHOR in kaart gebracht* (BZK/VWS, 2003, par. 2.3.1.1.)

“Belangrijk aandachtspunt is dat, anders dan bij de brandweer en de politie, de bij de geneeskundige hulpverlening betrokken diensten, organisaties en instellingen *niet rechtstreeks* onder het gezag van het openbaar bestuur, in casu de burgemeester, staan. Ook het regiobestuur, dat immers verlengd lokaal bestuur is, heeft dus geen bevoegdheden om de te leveren prestaties van de betrokken geneeskundige hulpverleningsdiensten, instellingen en voorzieningen formeel af te dwingen.

De verantwoordelijkheid van het GHOR-bestuur kan derhalve niet verder strekken dan zijn bevoegdheden.

Het bestuur is beperkt tot het bevorderen van de totstandkoming van afspraken met de voornamelijk privaat georganiseerde gezondheidssector, zoals de besturen van ziekenhuizen en de ambulancebedrijven over de inzet van hun diensten bij een eventuele ramp of zwaar ongeval en de voorbereiding daarop. Het GHOR-bestuur beschikt niet over eigen bevoegdheden ten aanzien van deze instanties. De zorgsector zal dus grotendeels nadrukkelijk haar eigen verantwoordelijkheden dienen op te pakken.”

Het GHOR-bestuur heeft in de huidige situatie ten aanzien van de (voorbereiding op) de inzet van de bij de geneeskundige hulpverlening betrokken diensten bij rampen en crises niet meer dan een inspanningsverplichting. Dat geldt eveneens voor de privaat georganiseerde zorgsector.

De incongruentie tussen taken en bevoegdheden wordt wel zeer manifest wanneer meer specifiek wordt ingegaan op de operationele taken – zonder bevoegdheden – van de RGF. De RGF heeft in de huidige situatie een veelheid aan taken (BZK/VWS, 2003, p. 23/140), waarbij de nadruk ligt op het bevorderen van afstemming. De RGF heeft als taak de afstemming tussen – en coördinatie van – verschillende partijen, betrokken bij de geneeskundige hulpverlening, zowel ten aanzien van de voorbereiding als ten aanzien van het acute optreden in geval van rampen. Daarnaast is het aan de RGF de geneeskundige hulpverlening zowel beleidsmatig als operationeel af te stemmen met de andere partners in de zorgketen. Concreet gaat het dan over de afstemming met brandweer, politie en burgemeesters. Bovendien is het de bedoeling dat de RGF de plannen van de ketenpartners toetst aan het

Geneeskundige hulpverleningsdiensten, instellingen en voorzieningen vallen niet rechtstreeks onder het gezag van het openbaar bestuur

Het GHOR-bestuur en de privaat georganiseerde zorgsector hebben slechts een inspanningsverplichting

De RGF is eveneens een functionaris met veel taken, maar zonder bevoegdheden ...

beleidsplan van het GHOR-bestuur en optreedt als adviseur wanneer veranderingen gewenst zijn. Tot slot dient de RGF zorg te dragen voor bovenregionale afstemming.

Het ontbreekt de RGF echter aan voldoende operationele bevoegdheden om zijn taken waar te maken. Daardoor kan hij voor de uitvoering van de taken niet daadwerkelijk verantwoordelijk worden gehouden, en heeft de RGF niet meer dan een inspanningsverplichting. Dit is bijzonder helder waar het gaat om de voorbereiding ('preparatie'), maar dit geldt tevens wanneer er sprake is van acute rampenbestrijding ('repressie'). In de repressiefase ligt het gezag ondubbelzinnig bij de burgemeester – of eventueel bij de Commissaris van de Koningin of de Minister – en formeel is er dan ook geen probleem ten aanzien van de daarvan afgeleide positie van de RGF. Feitelijk is het gezag van de RGF afhankelijk van zijn herkenbaarheid en geaccepteerde en duidelijke positie ten opzichte van de geneeskundige diensten en instellingen. Onder de huidige condities – waarbij de RGF in de voorbereiding van onvoldoende betekenis is – is er geen garantie dat de RGF een gezaghebbende positie zal hebben in de repressiefase.

... en heeft dus ook slechts een inspanningsverplichting

Zonder bevoegdheden ook geen gezag voor de RGF

2.3 Onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden van publieke en private partijen in de witte kolom

Het gebrek aan herkenbaarheid van de witte kolom is een eerste groot probleem. Als aan tien mensen in de gezondheidszorg wordt gevraagd wat 'de witte kolom' inhoudt, komen er waarschijnlijk tien verschillende antwoorden en/of in een aantal gevallen helemaal geen antwoord. Want wordt met de witte kolom de GGD bedoeld of de ziekenhuizen? Kortom, welke partijen behoren tot die witte kolom? Het gebrek aan herkenbaarheid maakt de coördinatie binnen de witte kolom en de coördinatie tussen de witte kolom en de blauwe en rode kolommen buitengewoon problematisch.

Onherkenbaarheid: welke partij

Het gebrek aan herkenbaarheid en samenhang leidt tot een aantal problemen dat - omdat het zoveel verschillende partijen betreft - niet gemakkelijk onder een noemer te vangen is. Het probleem van de meldkamer bijvoorbeeld is van een andere orde dan het oefenen door ziekenhuizen. Daarom worden de problemen van de verschillende organisaties en partijen hieronder apart benoemd.

Problemen niet gemakkelijk onder één noemer te vangen

De GGD'en en de veiligheidsregio

De schaalgrootte van de GGD

De schaalgrootte van de GGD'en is (nog) niet in overeenstemming met die van de veiligheidsregio's. De GGD'en zijn in overgrote meerderheid gemeenschappelijke regelingen van een groep gemeenten, dus verlengd lokaal bestuur en in enkele gevallen gaat het om een instelling van slechts één gemeente. Er zijn thans 40 GGD'en actief die heel Nederland beslaan. Recentelijk heeft GGD Nederland zich uitgesproken voor congruentie met de 25 politieregio's, dit in afwijking van een eerdere gerichtheid op de WZV-regio's. De leden (gemeenten) waren hier weinig positief over, waarbij het centrale argument was dat de GGD'en zich steeds verder bij het lokale niveau vandaan bewegen. Er is dus geen overeenstemming tussen de gemeentebesturen en de directieuren GGD over de koers die gevaren moet worden.

De schaalgrootte van de GGD'en niet in overeenstemming met die van de veiligheidsregio's

Welke GGD-taken voor het veiligheidsbestuur?

Op dit moment is niet duidelijk of - en zo ja welke - taken in het kader van rampen en crises van de GGD onder de verantwoordelijkheid van het veiligheidsbestuur zouden moeten vallen. Voor een aantal GGD-taken lijkt het vanzelfsprekend dat het lokaal bestuur het primaat heeft en dat lokale organisatie - soms tot op wijkniveau - noodzakelijk is, zoals gezondheidsvoorlichting of jeugdhulpverlening. Dat zijn taken met een sterk lokaal karakter waarbij het veiligheidsbestuur niet het aangewezen gremium is om daarvoor verantwoordelijk te zijn. Voor andere taken geldt dat het maken van een knip tussen reguliere en veiligheidstaken ondoelmatig of zelfs ondoenlijk lijkt, bijvoorbeeld wanneer het gaat om de bestrijding van een infectie-epidemie. En bij ziekten als SARS of bij gezondheidsbedreigingen door bioterrorisme is eerder coördinatie op landelijk en/of internationaal niveau aangewezen.

Onduidelijkheid over GGD-taken die thuis horen op het niveau van de veiligheidsregio

Bestuurlijke modellen

In het licht van de bovenstaande discussie over taken is tevens duidelijk dat een eventuele keuze voor congruente GGD-regio's niet één-op-één leidt tot een specifiek bestuurlijk model. Er zijn ten minste drie principieel verschillende modellen voor de bestuurlijke vormgeving denkbaar. Het eerste model gaat uit van de volledige integratie van het GGD-bestuur in het veiligheidsbestuur. In het tweede model wordt ervoor gekozen de veiligheidstaken af te zonderen van de andere GGD-taken en worden de veiligheidstaken ondergebracht bij het veiligheidsbestuur. In het derde model wordt ervoor gekozen de GGD'en met hun hui-

Verschillende modellen voor de bestuurlijke vormgeving mogelijk

dige takenpakket in stand te houden, en maakt het veiligheidsbestuur met de GGD'en bindende afspraken over het (voorbereiden op) optreden bij rampen en crises.

Bij volledige integratie is het veiligheidsbestuur verantwoordelijk voor alle GGD-taken. Het zeer voor de hand liggende nadeel is dat het veiligheidsbestuur daarmee ook verantwoordelijkheid krijgt voor taken die niet met die veiligheid te maken hebben en/of vooral lokaal dienen te worden georganiseerd. Aan het tweede model - het afzonderen van de veiligheidstaken van de andere GGD-taken - zijn eigenlijk alleen nadelen verbonden. Zo laten de taken voor infectieziektebestrijding zich alleen goed uitvoeren met inzet van de verscheidenheid aan disciplines binnen een GGD. Verder zou het tot gevolg hebben dat een (regionale) GGD twee besturen krijgt: het veiligheidsbestuur en het GGD-bestuur. Het risico op bestuurlijke drukte is dan groot. In het derde model dreigt te grote vrijblijvendheid ten aanzien van de voorbereiding op rampen en crises door onvoldoende slagkracht van het veiligheidsbestuur.

Voor- en nadelen van de modellen

De positie van de RGF

Over de positie van de RGF bestaat onduidelijkheid. Nog afgezien van de vraag of hij voldoende bevoegdheden heeft (par. 2.2), bestaat er onduidelijkheid over de vraag welke eisen gesteld moeten worden. Moet het een arts zijn? En is de functie van RGF wel te combineren met die van directeur GGD? Of moet de RGF juist iemand zijn die voortkomt uit de ziekenhuizen of de traumacentra? Het is duidelijk dat het antwoord op deze vragen tevens samenhangt met de positionering van het openbaar bestuur en de (andere) spelers in de witte kolom.

Onduidelijkheid over de positie van de RGF

Er bestaat een grote mate van verwevenheid tussen de functie van RGF en die van directeur van een GGD. Op dit moment is bij het grootste deel van de RGF'en (bij 19 van de 24) sprake van een combinatie van beide functies. Er zijn zowel voor- als nadelen aan deze koppeling.

Voor- en nadelen aan de koppeling met de functie van GGD-directeur

Een ander vraagstuk is of voor het goed vervullen van de functie van RGF een medische achtergrond noodzakelijk is. Voor het goed vervullen van de functie RGF is het van belang dat over een voldoende mate van medische kennis wordt beschikt. Met het oog op de relatie met de andere spelers uit de gezondheidszorg is het een groot voordeel wanneer de RGF dezelfde taal spreekt en vanuit

Is een medische achtergrond wel per se noodzakelijk?

een medisch perspectief kan handelen. Indien de RGF arts is, wordt hieraan voldaan. Maar aan deze eis kan ook voldaan worden wanneer de RGF binnen zijn bureau op voldoende medische kennis kan terugvallen.

Gelet op zoveel mogelijk gelijkwaardige posities van zowel de RGF - als commandant van de keten van medische en psychosociale hulpverleningsorganisaties - en de regionale brandweercommandant en de korpschef politie kan het gewenst zijn dat de RGF duidelijk herkenbaar is als vertegenwoordiger van de medische sector, en dat de persoon als zodanig beschikt over een medische 'signatuur'.

RGF moet herkenbaar zijn als vertegenwoordiger van de medische sector

Publieke of private aansturing van ambulancediensten en meldkamers?

De kern van de (bestuurlijke) problematiek is de vraag of de meldkamer ambulancezorg voor de acute zorg publiek dan wel privaat bestuurd c.q. aangestuurd moet worden.

Publieke of private aansturing van de meldkamer ambulancezorg voor de acute zorg?

In het kader van de visie van het rijk op marktwerking in de acute zorg, heeft de minister van VWS een brief naar de Tweede Kamer gestuurd over de ambulancezorg (Tweede Kamer, 2003-2004, 29247-2). Voor de ambulancesector wordt gekozen voor een systeem waarbij bepalen en betalen in één hand moeten komen, en wel bij de zorgverzekeraar. Er komt een nieuwe Ambulancewet (die naar verwachting in 2005 in werking zal treden) waarin de bestaande planning (spreidingsplan) door de provincies zal worden vervangen door vergunningverlening door de minister van VWS. Dit aan de hand van een landelijk spreidings- en beschikbaarheidsplan. Per veiligheidsregio zal de vergunning gaan naar een rechtspersoon. Deze rechtspersoon stelt als Regionale Ambulancevoorziening (RAV) met de ketenpartners een regionaal ambulanceplan op, verleent ambulancezorg en sluit een contract met de zorgverzekeraars af. Een RAV is een samenwerkingsverband van (particuliere) ambulancediensten en de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Het regionaal ambulanceplan wordt voorzien van een paragraaf voor de GHOR, met een zwaarwegend advies van de RGF.

Verzekeraars, RAV of GHOR?

Het beleid van het kabinet is op het onderdeel meldkamer onduidelijk. En zowel in het kabinetsstandpunt op het advies *Veiligheid op niveau* als in de meldkamerbrief van april 2004 aan de Tweede

Kabinetsbeleid op dit punt onduidelijk

Kamer blijft de onduidelijkheid over de bestuurlijke positie van de meldkamer ambulancezorg bestaan.

Zo is in de meldkamerbrief van april 2004 een scheiding aangebracht tussen de systematiek van aansturing ambulancezorg en GHOR. In de GHOR-paragraaf wordt met geen woord gerept over de verantwoordelijkheid van het (openbaar) bestuur voor de meldkamer. In de paragraaf over de aansturing van de ambulancezorg wordt gesteld dat de meldkamer in veel regio's al een organisatorische eenheid binnen de RAV is. Daarmee wordt gesuggereerd dat de meldkamer een onderdeel kan blijven van een RAV. En een RAV kan in handen zijn van particuliere bestuurders.

In het kabinetsstandpunt op het advies *Veiligheid op niveau* is echter aangekondigd dat wettelijk zal worden vastgelegd dat één van de taken van het veiligheidsbestuur is: het met de politie inrichten en instandhouden van de gecolokeerde meldkamer. Het kabinetsstandpunt is op dit punt evenmin erg duidelijk. Verderop wordt namelijk gemeld dat het GHOR-bestuur de bevoegdheid krijgt om de fysieke plaats van de meldkamer ambulancezorg aan te wijzen en in weer een andere passage is te lezen dat:

“Het GHOR-bestuur en het RAV-bestuur dienen bij voorkeur in samenspraak te komen tot invulling van de oprichting en instandhouding van de gemeenschappelijke meldkamer. Deze omvat derhalve de meldkamer voor politie, brandweer en ambulancezorg. Het bestuur van de meldkamer is verantwoordelijk voor de ‘hardware’ van de meldkamer. Het RAV-bestuur heeft de verantwoordelijkheid over de zorginhoud en gaat over de ‘software’, dat wil zeggen het operationeel aansturen van het zorgproces.”

Dat het GHOR-bestuur en het RAV-bestuur samen een meldkamer moeten oprichten en in stand houden, is in ieder geval in tegenspraak met de op 6 april 2004 door de Eerste Kamer aangenomen Wet Kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding.

Voor het oplossen van de bestuurlijke problematiek van de meldkamer zien de raden drie oplossingsrichtingen:

1. Publieke aansturing van de acute zorg (inclusief de meldkamer ambulancezorg).
2. De RAV inclusief de meldkamer ambulancezorg is een private zorginstelling. Ten aanzien van rampen en crises is de positie van de RAV dan vergelijkbaar met de positie van bijvoorbeeld een ziekenhuis.

Wie stuurt aan: GHOR-bestuur of ook (gedeeltelijk) particuliere RAV?

Of GHOR en RAV

Oplossingsrichtingen meldkamer-problematiek

3. Een scheiding in bestuurlijke aansturing tussen de meldkamer ambulancezorg en de RAV (een RAV is dan een samenwerkingsverband van (private en/of publieke) ambulancediensten, maar exclusief de meldkamer).

Ziekenhuizen en traumacentra

De doorzettingsmacht die nodig is voor het veiligheidsbestuur om kwaliteit en frequentie van oefenen te kunnen garanderen, ontbreekt eveneens in de 'reguliere' zorg. In zijn advies *Acute zorg* heeft de RVZ voorbeelden genoemd die ten aanzien van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises nog meer in het oog springen. Want als de reguliere zorg de basis moet vormen voor de 'opgeschaalde' zorg, is duidelijk dat die op orde moet zijn. En dat is niet het geval. Zo heeft de RVZ gewezen op het feit dat afspraken in de 'witte kolom' op basis van vrijwilligheid te weinig opleveren. Coördinatie en afstemming moeten in de huidige situatie plaatsvinden op basis van overtuigingskracht. Beslissingsmacht of zeggenschap om andere betrokken partners in de keten van acute zorg iets op te leggen, hebben partijen niet ten opzichte van elkaar. Zo hebben traumacentra geen zeggenschap over ambulancediensten en ziekenhuizen. Het gaat om autonome partijen.

De RGF die in het kader van de verantwoordelijkheden van het GHOR-bestuur afspraken moet maken met partners in de witte kolom heeft evenmin doorzettingsmacht. Dat zou geen probleem hoeven te zijn als partijen op vrijwillige basis tot afspraken komen, maar dat is zoals gezegd niet het geval. Zo blijkt uit onderzoek dat op het niveau van de GHOR-regio slechts in 6 van de 25 regio's schriftelijke afspraken zijn vastgelegd over de spreiding/capaciteitsplanning tussen traumacentra en alle regionale ziekenhuizen en is slechts in 4 van de 25 regio's geoefend op basis van schriftelijk vastgelegde opvang/behandelcapaciteit (Octaaf Adviesgroep, 2003). En ook een kritisch rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over noodzakelijke verbeteringen leidt niet altijd meteen tot actie. Zelfs niet in één van de meest risicovolle regio's van Nederland (Ministerie VWS, brief 11 maart 2003).

Probleem is ook de financiering van het oefenen. Het is onduidelijk of en op welke wijze de kosten van het (multidisciplinair) oefenen zijn verdisconteerd in de tarieven op basis van de Ziekenfondswet. In het rapport *Het ziekenhuis paraat voor rampen?*

'Reguliere' acute zorg nog niet op orde, afspraken op basis van vrijwilligheid leveren te weinig op

De RGF heeft evenmin doorzettingsmacht

In te weinig regio's wordt geoefend

De financiering van het oefenen is een probleem

van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (mei 2004) wordt geconcludeerd dat ziekenhuizen onvoldoende zijn voorbereid op de hulpverlening aan slachtoffers van rampen. In 2002 deden maar 15 van de 130 onderzochte ziekenhuizen samen met andere hulpdiensten mee aan grootschalige rampenoefeningen. “Er is een zeer lage frequentie van interne oefeningen en deelname aan multidisciplinaire oefeningen. Slechts enkele ziekenhuizen zijn voorbereid op de opvang en behandeling van slachtoffers met nucleaire, biologische en chemische besmetting. Sporadisch wordt op dit onderdeel geoefend.”

De meeste ziekenhuizen geven aan daarvoor geen geld of personeel beschikbaar te kunnen stellen. Van de 130 ziekenhuizen in het IGZ-onderzoek blijken er 81 geen bedrag voor oefenen in de begroting te hebben opgenomen. Daarover wordt door de IGZ opgemerkt dat er aanvankelijk sprake was van een geormerkt bedrag per ziekenhuisbed, maar dat daarover grote onduidelijkheid is ontstaan. Die onduidelijkheid moet volgens de IGZ zo spoedig mogelijk worden opgelost.

De regio's van de 10 traumacentra zijn niet congruent met de 25 veiligheidsregio's. Dit betekent in ieder geval dat er geen eenduidige en voor de hand liggende relatie is tussen de traumacentra en de RGF'en. Bovendien moet er meer helderheid komen over de taken die de traumacentra hebben in de geneeskundige kolom 'in normale situaties' in relatie tot de aansturing van de geneeskundige kolom door de RGF bij rampen. Verder wensen de traumacentra dat de RGF'en duidelijker aangeven wat ze van de traumacentra verwachten, ze willen met andere woorden de prestaties die ze moeten leveren beter omschreven hebben. In de huidige situatie ervaren zowel de traumacentra als de RGF'en onduidelijkheid over de gewenste taakverdeling.

Huisartsen

Over de rol van de huisartsen bij grote ongevallen en rampen bestaat onduidelijkheid. Slechts in 4 van de 25 regio's zijn afspraken gemaakt over de rol van de huisarts ten tijde van de opschaling (Octaaf Adviesgroep, 2003). Omdat huisartsen in veel situaties wel te maken krijgen met de gevolgen van rampen en ongevallen is het nodig dat zij bijvoorbeeld op tijd geïnformeerd worden over wat er aan de hand is. Zij zullen immers veelal geconfronteerd worden met de ongerustheid van slachtoffers en omstanders. Omgekeerd kunnen huisartsen ook een belangrijke

Van de 130 ziekenhuizen hebben er 81 geen bedrag voor oefenen in de begroting opgenomen

Incongruentie regio's traumacentra en veiligheidsregio's en onduidelijkheid over taakverdeling traumacentra en RGF'en

Rol van de huisarts onduidelijk

functie vervullen bij het signaleren van opkomende infectieziekten of andere aandoeningen die een aanpak op bovenlokaal niveau vergen. En net als de traumacentra wensen de huisartsen dat de RGF'en duidelijker aangeven welke prestaties van de huisartsen worden verwacht.

2.4 Incongruentie verantwoordelijkheden en middelen in de witte kolom

De organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen heeft plaats in het grensgebied van de publieke veiligheidszorg en de gezondheidszorg waarin naast publieke organisaties vooral private partijen participeren. Bij de financiering van de regionale geneeskundige hulpverleningsdiensten spelen dan ook zowel publieke als private middelen een rol. Het ontbreekt aan helderheid over de financiering en dit leidt tot stagnatie van noodzakelijke verbeteringen. Een centraal probleem is wie de extra inspanningen in het kader van de multidisciplinaire voorbereiding op de rampenbestrijding entameert en financiert.

In het eindrapport van de commissie-Alders over Volendam (blz. 391) uit 2001 wordt speciale aandacht voor de GHOR gevraagd, omdat het daar niet alleen om de bestuurlijke inbedding gaat, maar ook om de publiek/private aansturing en de financiering. Er wordt op gewezen dat in de GHOR publiek en privaat gefinancierde taken voorkomen en dat er aan de private kant voor de multidisciplinaire voorbereiding (oefenen e.d.) geen voorziening van de zijde van de zorgverzekeraars beschikbaar is. Dit staat het in de praktijk oefenen in de weg. Het eerdergenoemde recente IGZ-rapport laat zien dat dit probleem nog niet is opgelost. Het gaat om de vraag: wie betaalt dan voor de inzet van het ziekenhuis, de ambulance, etc.? De commissie-Alders heeft hiervoor twee mogelijkheden genoemd:

1. of alle activiteiten in het kader van de GHOR worden publiek gefinancierd (dus de GHOR koopt als het ware private diensten in);

Het bestuur is verantwoordelijk, maar heeft niet de bijbehorende middelen

Verantwoordelijkheden en middelen behoren samen te gaan

2. of er wordt een regeling getroffen met de zorgverzekeraars voor het verdisconteren van de rampbestrijding staken in de tarieven en voorzieningen.

In de brief van 11 juli 2002 van de minister van VWS en de staatssecretaris van BZK aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer, 2001-2002, 26956-11) wordt nader ingegaan op de bestuurlijke verantwoordelijkheden c.q. taken van het GHOR-bestuur en de financiering daarvan. Er wordt een kader uitgewerkt op basis waarvan taken en verantwoordelijkheden tussen het GHOR-bestuur en de reguliere zorginstellingen bij grootschalige inzet en rampen zijn toebedeeld. Daaruit volgt ook de financiering. In het kader staan onder meer de verantwoordelijkheden in algemene zin van het GHOR-bestuur enerzijds ('de organisatie van de geneeskundige zorg bij rampen, organisatorische verantwoordelijkheid van rampterrein tot de deur van de zorginstelling') en de zorginstellingen anderzijds ('dienen zich voor te bereiden op een inzet bij rampen').

Het is opvallend dat de centrale taak van het GHOR-bestuur, namelijk de voorbereiding op multidisciplinair grootschalig optreden, in het hierboven genoemde uitgewerkte kader ontbreekt. Het is onduidelijk wie de noodzakelijke activiteiten waar- bij meerdere (private) partijen betrokken zijn, zoals het oefenen, entameert en financiert. Door gebrek aan bevoegdheden en mid- delen kan het GHOR-bestuur geen verantwoordelijkheid dragen voor 'de organisatie van de geneeskundige zorg bij rampen van rampterrein tot de deur van de zorginstellingen'.

Voor de bekostiging van de 'publieke kop' van de zorgsector ten behoeve van de multidisciplinaire voorbereiding op rampenbe- strijding zijn meerdere modellen denkbaar:

1. Een opslag op de premies. Macro kunnen zo alle rampenuit- gaven worden gedekt. Dit vereist wettelijke bevoegdheden van het rijk teneinde met de ziektekostenverzekeraars tot bin- dende afspraken te komen over omvang en toedeling. Daarbij is voortdurend overleg nodig over omvang, met name ook bij taakuitbreiding of taakwijziging. Dit is ingewikkeld en mogelijk onduidelijk. De collectieve veiligheidstaken worden bekostigd uit individuele (ziektekosten)premie's. Het veilig- heidsbestuur heeft in dit model geen rol.
2. Rechtstreekse bekostiging door het rijk (BZK/VWS) aan de zorgsector. Het rijk moet dan afspraken maken met bijvoor-

Het kabinet lijkt duidelijkheid te scheppen, maar ...

... er blijft onduidelijkheid over de financiering van de voorbe- reiding op multidisciplinair grootschalig optreden

Voor de bekostiging zijn meerdere modellen denkbaar

- beeld een ziekenhuis over bepaalde prestaties. Dit vraagt een goede kennis van de lokale/regionale situatie. Ook hier speelt het veiligheidsbestuur geen rol. Een voorbeeld is de rechtstreekse bekostiging van het calamiteitenhospitaal in Utrecht.
3. Getrapt systeem: bekostiging door het rijk van de veiligheidsregio's en via deze aan de zorgsector. Macro stelt het rijk vanuit zijn verantwoordelijkheid eerst de totale omvang vast en deelt dit vervolgens aan de veiligheidsregio's toe, rekening houdend met o.a. verschillen in risico's. Vanuit het deel voor de witte kolom worden onder meer kosten van de zorgsector ten behoeve van de rampenbestrijding betaald (bijvoorbeeld de kosten van multidisciplinaire oefeningen voor ziekenhuizen en ambulances).
 4. Bekostiging via het gemeentefonds (na storting van extra middelen). De ontvangende gemeenten dienen het extra geld weer te sluizen naar de veiligheidsregio's op grond van wettelijke regels. De gemeente fungeert als doorgeefluik. Dit past niet goed bij het karakter van het gemeentefonds. Technisch gezien lijkt dit mogelijk omdat bij de doeluitkering Besluit Doeluitkering Rampen en Zware Ongevallen (BDUR) gebruik wordt gemaakt van gemeentefondsverdeelmaatstaven. Veel problematischer (zo niet onmogelijk) wordt het om ook de kosten van grootschalige risico's voldoende via algemene verdeelmaatstaven te vertalen.

2.5 Conclusies

De belangrijkste conclusie die de raden trekken, is dat een aantal cruciale keuzen nog (steeds) niet gemaakt is. Over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen blijven onduidelijkheden bestaan, ze zijn niet helder toebedeeld. Soms zijn wel bevoegdheden toebedeeld, maar ontbreken de middelen.

Een aantal cruciale keuzen is nog steeds niet gemaakt

Een andere conclusie is dat de witte kolom in de veiligheidsregio nog weinig geprofileerd is. Die profilering is wel nodig als de witte kolom een vergelijkbare positie wil innemen als de andere kolommen in de veiligheidsregio. Van de problemen in de witte kolom zijn die van het (multidisciplinair) oefenen en de meldkamer het meest urgent.

De 'witte kolom' is nog onvoldoende geprofileerd

Ten aanzien van de verschillende problemen geldt dat er altijd sprake is van een situatie 'in ontwikkeling', met als extra

De problemen laten zien dat de GHORdiaanse knoop moet worden doorgehakt

complicerende factor dat verschillende ontwikkelingen met elkaar samenhangen. Het ontbreekt aan een referentiekader of 'vast punt' op basis waarvan de eerder genoemde GHORdiaanse knoop kan worden doorgemaakt. De in dit hoofdstuk besproken problemen onderstrepen de noodzaak deze onontwarbare knoop door te hakken. Het volgende hoofdstuk bevat de uitgangspunten van de raden c.q. het referentiekader waarlangs dat dient te gebeuren.

3 Uitgangspunten

3.1 Openbare orde, veiligheid én zorg: een drie-eenheid

De raden zijn van mening dat het de hoogste tijd is ten aanzien van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen en ten aanzien van de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen van het veiligheidsbestuur (en de daarvan afgeleide positie van de RGF) een aantal heldere keuzen te maken. De huidige onduidelijke situatie zorgt ervoor dat de kwalitatieve versterking van de voorbereiding op rampen en crises op een aantal punten onvoldoende voortvarend inhoud kan worden gegeven.

De raden constateren dat de omstandigheden helaas zodanig zijn dat rampen en crises in toenemende mate een relatie met bedreigingen voor de volksgezondheid hebben. Recente dreigingen voor terroristische aanslagen hebben dat bewustzijn versterkt. De volgende voorbeelden maken dat duidelijk: de dreiging met de verspreiding van het pokkenvirus, de verspreiding van 'poederbrieven', de dreiging met besmetting van voedsel, de dreiging met biologische/ toxicologische besmetting van het drinkwater. De MKZ-crisis bracht een andere bedreiging in beeld. De maatregelen die getroffen werden om verspreiding van het MKZ-virus te voorkomen, verhinderden aanvankelijk de komst van medische hulpverleners voor patiënten in het door MKZ getroffen gebied.

De voorbereiding in december 2003 op een massavaccinatie door een terroristische dreiging met verspreiding van het pokkenvirus onderstreepte nog eens de verwevenheid van de aspecten openbare orde, veiligheid én zorg. Voor de regio Haaglanden betekende het bijvoorbeeld dat men zich moest voorbereiden op het vaccineren van één miljoen mensen in vier dagen (Van Dijk, 2004). Het laat zich raden dat aan een dergelijke operatie openbare orde en veiligheidsaspecten verbonden zijn. Een van de grote problemen bij dergelijke crises zal in het algemeen de schaarste aan middelen en mensen zijn. Distributieproblemen en isolatiemaatregelen kunnen gemakkelijk tot openbare ordeproblemen en ontwrichting van het openbare leven leiden.

Maar ook ontwikkelingen binnen de volksgezondheid zelf maken dat openbare orde, veiligheid én zorg steeds meer een drie-een-

Het is tijd voor heldere keuzen om stagnatie van de kwalitatieve versterking van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises te voorkomen

Rampen en crises hebben in toenemende mate een relatie met bedreigingen voor de volksgezondheid

Multidisciplinaire aanpak vanwege openbare orde, veiligheid én zorg

Openbare orde, veiligheid én zorg steeds meer een drie-eenheid

heid vormen. De uitbraak van de infectieziekte SARS is daar een goed voorbeeld van. Als zoals in Canada ziekenhuizen en afdelingen van ziekenhuizen ontruimd moeten worden en restricties gesteld moeten worden aan het vervoer van patiënten is daarbij de hulp van andere dan de medische discipline noodzakelijk (D'Cunha, 2004). Zeker voor de infectieziektebestrijding geldt dat die in tijden van crises en in 'rustige' tijden van elkaar afhankelijk zijn. "Daarmee vormt de dagelijkse infrastructuur van de infectieziektebestrijding een permanent onderdeel van het nationale veiligheidssysteem" (Kerckhaert, 2004).

De raden hanteren een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten. Hieronder zijn ze verdeeld in bestuurlijke, inhoudelijke en organisatorische en financiële uitgangspunten.

Gemeenschappelijke uitgangspunten RVZ en Rob

3.2 Bestuurlijke uitgangspunten

De bestuurlijke hoofdstructuur zoveel mogelijk handhaven

De bestuurlijke hoofdstructuur, met drie lagen van algemeen en territoriaal bepaald bestuur, vormt de basis van het democratisch gelegitimeerd politiek bestuur. Een ongebreidelde proliferatie van bestuurlijke hulpstructuren dient vanuit democratisch perspectief te worden afgewezen, niet in de laatste plaats omdat bestuurlijke complexiteit en heldere verantwoording en controle zich slecht tot elkaar verhouden. De hoofdregel is dat publieke verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen in samenhang toebedeeld zijn aan de algemene bestuurslagen, waarbij de primaire verantwoordelijkheid behoort te liggen bij de meest decentrale essentiële bestuurslaag. Tegelijkertijd is duidelijk dat een doelmatige en doeltreffende organisatie zich niet altijd vanzelfsprekend verhoudt tot de schaal van de bestuurslagen (Rob, 2003 a en b).

De hoofdregel is dat publieke verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen in samenhang toebedeeld zijn aan de algemene bestuurslagen

Hulpstructuur aangewezen bij rampen en crises

Er is een aantal redenen waarom met betrekking tot rampen en crises - in afwijking van de algemene regel - een bestuurlijke hulpstructuur aangewezen is. In de eerste plaats gaat het om een zeer urgent onderwerp waarbij het oplossen van eventuele problemen voorop staat. De problemen op dit terrein blijken zich moeilijk te laten voegen naar de bestuurlijke hoofdstructuur. In de tweede plaats gaat het om een onderwerp waarbij de politieke en bestuurlijke verantwoordelijkheid in de eerste plaats doeltreffende uitvoer

Ondanks het belang van de bestuurlijke hoofdstructuur is ten aanzien van rampen en crises een bestuurlijke hulpstructuur aangewezen

ring betreft. De centrale plaats van politiek gevoelige uitvoering, welke zich niet vanzelfsprekend verhoudt tot de bestuurlijke hoofdstructuur, rechtvaardigt een bestuurlijke hulpstructuur. In de derde plaats zijn bij rampen en crises een groot aantal partijen uit verschillende disciplines betrokken en is eenduidige regie in de verschillende fasen van cruciaal belang. Deze noodzakelijke afstemming leidt tot ongewenste bestuurlijke drukte op bovengemeentelijk niveau, gebrek aan slagkracht en in veel gevallen tot onduidelijke verantwoordelijkheden. In de vierde plaats is voor alle betrokken partijen het optreden bij rampen en crises een uitzonderlijke situatie. Het is daarom van belang dat dit expliciet wordt belegd op een schaal die voldoende aansluit bij een doelmatige en doeltreffende uitvoering. In de vijfde plaats leidt variatie in de schaal van rampen en crises ertoe dat de situatie kan ontstaan dat het rijk in uitzonderlijke gevallen afhankelijk is van een zeer groot aantal gemeenten en *vice versa*. Een regionale hulpstructuur vereenvoudigt de relatie tussen centraal en decentraal ten aanzien van een onderwerp waarbij eenvoud van groot belang is.

Territoriale congruentie

De veiligheidsregio vervult een belangrijke scharnierfunctie tussen territoriale en functionele organisatie. Dit wordt bereikt door een nadruk op territoriale congruentie van de verschillende betrokken besturen en de daaraan gerelateerde uitvoering. Uitgangspunt is dat ten aanzien van rampen en crises de inherent gemeentegrensoverschrijdende - maar niet nationale - taken bestuurlijk op het niveau van de veiligheidsregio worden georganiseerd. De organisatie van de uitvoering dient idealiter congruent te zijn met de schaal van de veiligheidsregio. Bij organisatie op grotere of kleinere schaal dient in ieder geval te worden voorkomen dat de bestuurlijke grenzen worden doorkruist. Dit uitgangspunt geldt niet op voorhand één op één voor de besturen van de private organisaties in de gezondheidszorg, hoewel de in dat geval dreigende bestuurlijke drukte dan wel een punt van bijzondere aandacht is.

De organisatie van de uitvoering dient congruent te zijn met de schaal van de veiligheidsregio, maar ..

... dit uitgangspunt geldt niet één op één voor de besturen in de gezondheidszorg

Eenduidige schaalgrootte voorlopig belangrijker dan eventuele voordelen van functionele schaalvergroting

Met betrekking tot de schaalgrootte ligt de nadruk op de kunst van het haalbare. Het referentiekader voor de veiligheidsregio is de schaal van de politieregio. Hoewel voor sommige functionaliteiten uit oogpunt van doelmatigheid een grotere schaal wellicht aangegeven is, is de schaal van de politieregio de focus voor de bestuurlijke inrichting. De politieregio heeft als voordeel dat de schaal

Referentiekader voor de veiligheidsregio is de schaal van de politieregio

eenduidig is in relatie tot de bestuurlijke hoofdstructuur, *in casu* gemeente- en provinciegrenzen. Eventuele schaalvergroting zou - indien gewenst - op termijn bereikt kunnen worden door het samenvoegen van politieregio's. De keuze voor de schaal van de politieregio komt voort uit een prioriteitstelling: de (bestuurlijke) samenhang tussen de verschillende partijen betrokken bij rampen en crises is belangrijker dan de eventuele voordelen van functionele schaalvergroting. Daarbij komt dat de optimale schaal niet bestaat, al helemaal niet wanneer het gaat om taken waarbij verschillende partijen betrokken zijn die ongelijksoortige reguliere werkzaamheden hebben. De bestuurlijke nadruk op de veiligheidsregio laat onverlet dat ervoor gekozen zou kunnen worden ten aanzien van de uitvoering sommige functionaliteiten op een andere schaal te organiseren. Bestuurlijke schaalvergroting kan wanneer het de samenhang versterkt, niet wanneer het de samenhang vermindert of het proces daar naartoe vertraagt.

Het ondersteunen van de schaal van de veiligheidsregio komt mede voort uit het geven van prioriteit aan multidisciplinaire samenhang boven eventuele schaalvoordelen

Eenheid van regie

Bij rampen en crises is de eenheid van regie cruciaal. In de repressiefase is dit overduidelijk, maar dit geldt tevens voor de andere schakels in de veiligheidsketen, in het bijzonder voor de preparatiefase en de fase van de nazorg. De eenheid van regie heeft betrekking op alle bij de rampen- en crisisbeheersing betrokken partijen. Het gaat hierbij dan in de eerste plaats om de drie zogenoemde kolommen: politie ('blauw'), brandweer ('rood') en geneeskundige hulpverlening ('wit'). Met betrekking tot rampen en crises dienen de drie kolommen eenduidig en in samenhang te kunnen worden bestuurd. Voorkomen moet worden dat de geneeskundige hulpverlening wordt gekarakteriseerd door een andere logica waardoor extra en andersoortige coördinatie noodzakelijk is.

Bij rampen en crises dienen de verschillende hulpverleningsdiensten en instellingen in samenhang en slagvaardig te kunnen worden aangestuurd

3.3 Inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten

Reguliere werkzaamheden

De bulk van de processen en werkzaamheden van alle betrokken partijen, oftewel het reguliere werk, vormt de basis voor de organisatie van rampen- en crisisbeheersing. Dit betekent dat niet gekozen wordt voor een aparte rampenorganisatie maar dat wordt uitgegaan van het zogenaamde opschalen in het geval van rampen en crises.

De reguliere werkzaamheden vormen het uitgangspunt

Kwaliteit

De basis voor de kwaliteit van de (acute) zorg in reguliere en uitzonderlijke omstandigheden bestaat uit professionele standaarden. Professionele inhoudelijke overwegingen dienen primair maatgevend te zijn voor de geneeskundige hulpverlening. Dit draagt bij aan een adequate inzet van geneeskundige hulpverleningsdiensten en instellingen bij rampen en crises.

Professionele standaarden vormen de basis voor de geneeskundige hulpverlening

Coördinatiefunctie

Het algemene uitgangspunt is dat (de voorbereiding op) groot-schalig monodisciplinair optreden in de eerste plaats binnen de sector geborgd moet worden, terwijl multidisciplinair optreden de extra coördinatie tussen sectoren met zich meebrengt. Beide zijn - sterk aan elkaar gerelateerde - publieke taken in het kader van veiligheid, die ook betrekking hebben op private partijen in de zorg en die vragen om specifieke aandacht voor wetgeving, organisatie en financiering.

Bij rampen en crises is de mono- en multidisciplinaire coördinatie, ook van private partijen, een publieke functie

Herkenbare kolommen

De geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises dient zodanig georganiseerd te zijn dat deze een herkenbare en voldoende coherente kolom vormt zodat eenvoudige coördinatie *tussen* de kolommen mogelijk is. De geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is nadrukkelijk ingebed in de gezondheidszorg. De bevoegdheden van de RGF dienen zodanig te zijn dat de functionaris ten aanzien van rampen en crises eenzelfde rol kan spelen als de regionale brandweercommandant.

De geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises dient een herkenbare kolom te zijn, vergelijkbaar met de kolom van de politie en de kolom van de regionale brandweer

Doorzettingsmacht

De organisatie en de financiering van de - private en publieke - geneeskundige hulpverleningsdiensten zullen in ieder geval zodanig moeten zijn dat de veiligheidsregio voldoende doorzettingsmacht en middelen heeft om kwaliteit en frequentie van het multidisciplinair oefenen te kunnen garanderen. De inzet van de particuliere hulpverleningsdiensten in de preparatie- en repressiefase dient afdwingbaar zijn.

Het veiligheidsbestuur moet voldoende slagvaardig zijn

Publieke verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Wanneer sprake is van publieke taken - en daarmee verantwoordelijkheden - in het kader van veiligheid dient tevens sprake te zijn van de juiste publieke bevoegdheden om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. Een publieke taak is in principe gecreëerd bij of krachtens de wet. Voor zover de medewerking van

Een publieke taak is in principe gecreëerd bij of krachtens de wet. Voor zover de medewerking van private partijen noodzakelijk is, dient deze afdwingbaar te zijn

private partijen noodzakelijk is, dient deze afdwingbaar te zijn. Er zal een wettelijke basis moeten zijn voor de relatie tussen de veiligheidsregio's en de geneeskundige hulpverleningsdiensten. Duidelijk zal dienen te zijn wat de bevoegdheden van het veiligheidsbestuur moeten zijn, gebaseerd op een inhoudelijke beoordeling van wat uit een oogpunt van bescherming voor de bevolking en de patiënt nodig is. Zo moet duidelijk zijn of een (privaat) ziekenhuis of een privékliniek verplicht is mensen, middelen en bedden ter beschikking te stellen in het geval van veel slachtoffers.

3.4 Financiële uitgangspunten

De uitgaven van de zorgsector ten behoeve van de rampenbestrijding dienen te worden bekostigd. Dit betreft extra uitgaven voor multidisciplinair oefenen, paraatheid en het treffen van voorzieningen.

Premiefinanciering voor reguliere taken

Het is van belang zoveel mogelijk alle spelers in eigen regulier functioneren centraal te stellen; met andere woorden, bij de private gezondheidszorg blijft voor de reguliere taken de premiefinanciering bestaan. Ook de behandelkosten door artsen en ziekenhuizen van gewonden bij een ramp gaan via de ziektekostenverzekering.

De reguliere werkzaamheden vormen het uitgangspunt

Bepalen en betalen in één hand

Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen dienen een bestuurlijke drie-eenheid te zijn. Daarvan afgeleid geldt dat bepalen en betalen in één hand behoren te zijn.

Bepalen en betalen horen in één hand

Directe financiering veiligheidsregio

De wettelijk verplichte taken van het veiligheidsbestuur dienen rechtstreeks door het rijk gefinancierd te worden. De middelen worden vervolgens door het veiligheidsbestuur gebruikt om onder meer de bijdrage van derden aan de voorbereiding op rampen en crises te bekostigen.

De verplichte taken van het veiligheidsbestuur worden rechtstreeks gefinancierd

4 Eenheid van regie, kwaliteit en prestaties

4.1 Inleiding

De raden hakken op basis van de in hoofdstuk 3 beschreven uitgangspunten de GHORdiaanse knoop door langs de volgende lijnen.

1. De geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises dient een herkenbare 'witte' kolom te zijn, vergelijkbaar met de brandweer ('rood') en de politie ('blauw').
2. Verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen vormen een bestuurlijke (en operationele) drie-eenheid.
3. Er is een helder bestuurlijk onderscheid tussen publiek en privaat. Het volledig publieke veiligheidsbestuur gaat over de publieke taken in het kader van rampen en crises. Bestuurlijke vermenging van publiek en privaat moet worden voorkomen.
4. Er is een helder onderscheid tussen publieke en private uitvoering.
5. De RGF vormt de wettelijk verankerde gezaghebbende schakel naar de *private* witte kolom, *in casu* de traumacentra, de ziekenhuizen, de (private) ambulancediensten en de huisartsen. De relaties tussen publiek en privaat worden helder vormgegeven op basis van wettelijke bevoegdheden van de RGF. Professionele standaarden vormen de basis voor samenwerking tussen alle partners in de witte kolom.
6. Tevens wordt de financiering zodanig vormgegeven dat de kosten van private partijen, als gevolg van hun door de RGF gevorderde activiteiten voor het multidisciplinair oefenen, door de veiligheidsregio gefinancierd worden.

In de navolgende paragrafen worden bovenstaande lijnen geconcretiseerd voor de eerder geconstateerde problemen.

4.2 Congruente verantwoordelijkheden en bevoegdheden veiligheidsbestuur

Het veiligheidsbestuur is volgens de raden verantwoordelijk voor de multidisciplinaire voorbereiding op de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises, niet in de laatste plaats omdat de hulpverleningsdiensten bij het daadwerkelijk plaatsvinden van

De GHORdiaanse knoop doorgehakt door heldere bestuurlijke, organisatorische en financiële keuzen

Het veiligheidsbestuur is verantwoordelijk voor de multidisciplinaire voorbereiding

een ramp worden aangestuurd door - uiteindelijk - de burgemeester, de Commissaris van de Koningin of de Minister. Er is brede consensus over het belang van voorbereiding ten aanzien van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises en er is tevens overeenstemming dat het openbaar bestuur verantwoordelijk is voor de multidisciplinaire coördinatie. De bevindingen van de commissie-Oosting en de commissie-Alders zijn op dit punt helder.

Wanneer het veiligheidsbestuur verantwoordelijk is, dient het bestuur tevens voldoende bevoegdheden te hebben om zijn verantwoordelijkheid inhoud te geven. Het gaat hierbij in de eerste plaats om de afdwingbaarheid van de inspanningen van private partijen, waarbij de RGF een centrale rol speelt. Daar waar het openbaar bestuur verantwoordelijk is, is geen plaats voor bestuurlijke afhankelijkheid van andere spelers, zoals ambulancediensten.

In lijn met het advies *Veiligheid op niveau* ligt het toezicht op het veiligheidsbestuur bij de provincie. Ten aanzien van het technische en inhoudelijke toezicht staan de inspecties centraal.

De bevoegdheden van de RGF in relatie tot de bij rampen en crises betrokken partijen dienen een wettelijke basis te hebben. Overtuigen, overeenstemming en instemming zijn onvoldoende. In dat opzicht is de Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding (WKR) ten aanzien van de geneeskundige hulpverlening onvolledig. Op basis van de door de raden voorgestelde aanpassingen in de wet moet de RGF met gezag kunnen zorgdragen voor:

- De vastlegging van de bijdragen van de geneeskundige diensten en instellingen, conform de wet, aan het regionale veiligheidsplan.
- Het realiseren van de in het regionale veiligheidsplan opgenomen activiteiten.
- Een adequaat niveau van de monodisciplinaire voorbereiding, voor zover noodzakelijk voor het multidisciplinaire optreden bij rampen en crises.

Op de plaatsbepaling en de aard van de relaties tussen de RGF en private partijen wordt in een volgende paragraaf nader ingegaan.

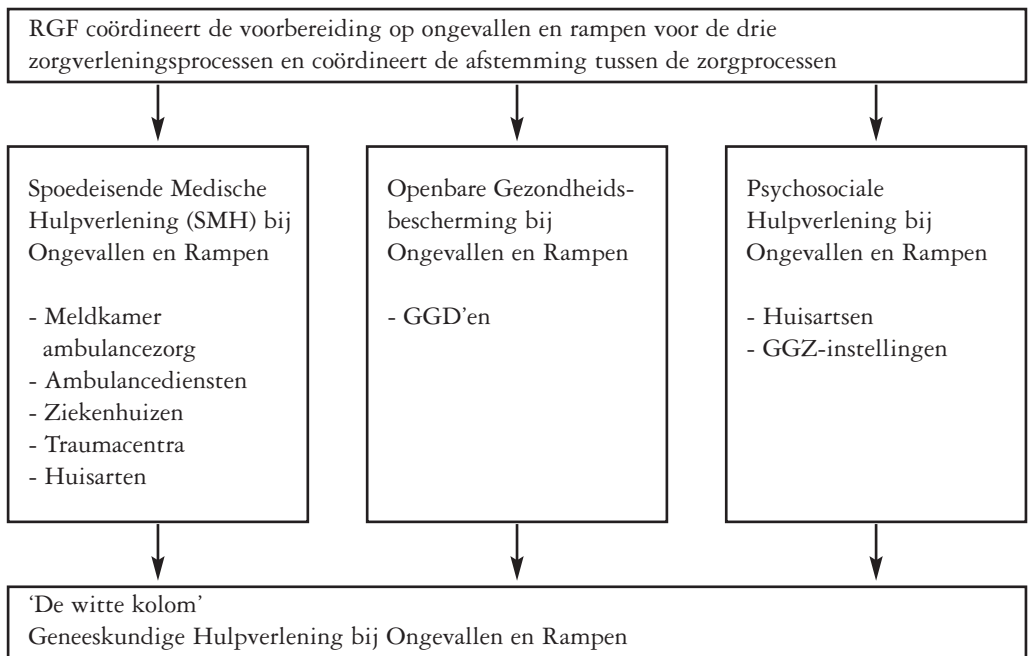
Bij verantwoordelijkheden
behoren bevoegdheden

De bevoegdheden van de RGF
dienen een wettelijke basis te
hebben

4.3 Naar een sterker geprofileerde en samenwerkende witte kolom in de veiligheidsregio

Een sterke profilering en samenwerking zijn twee voorwaarden voor een herkenbare witte kolom in de veiligheidsregio. Die herkenbaarheid ontstaat alleen wanneer het veiligheidsbestuur en de RGF aansluiting vinden bij de partners in de witte kolom. Daarom moeten ze aansluiting vinden bij de GGD'en, de ambulancediensten, de ziekenhuizen, de traumacentra, de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ-instellingen), de huisartsen en andere partners die deel uitmaken van de witte kolom. De keten van acute zorg en de ketenpartners daarin zijn immers essentieel voor het functioneren van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. In de onderstaande figuur geven de raden de positie van de RGF en de samenstelling van de witte kolom weer.

Profilering en samenwerking: twee voorwaarden voor een herkenbare witte kolom



Kennisinstituten spelen uiteraard ook een belangrijke rol bij de (voorbereiding op de) hulpverlening bij ongevallen en rampen. Zo is na de ramp met het Hercules-vliegtuig bij Eindhoven en de vuurwerkramp in Enschede het landelijk kenniscentrum voor psychosociale nazorg bij rampen - de stichting Impact - opgericht. De stichting heeft onder meer tot taak om het expertisenetwerk inzichtelijk te maken en te ontsluiten. En het Centrum voor gezondheidsonderzoek bij rampen (CGOR), onderdeel van het RIVM, bereidt een onderzoek voor dat na rampen bijvoorbeeld door GGD'en kan worden uitgevoerd. De kennisinstituten zijn niet in het schema opgenomen omdat zij niet onder de verantwoordelijkheid van het veiligheidsbestuur vallen. Wel wordt de kennis benut voor het vormgeven van de drie genoemde zorgverleningsprocessen en de voorbereiding daarop.

Kennisinstituten zijn belangrijk voor de hulpverlening

De coördinatie van de nazorg in de drie hulpverleningsprocessen vraagt in toenemende mate aandacht. Zo is extra aandacht nodig voor de coördinatie van de nazorg als patiënten voor behandeling naar het buitenland zijn gebracht. Ook voor deze coördinatie zien de raden een rol voor de RGF.

De coördinatie van de nazorg wordt steeds belangrijker

Veel van de maatregelen die de raden in deze paragraaf voorstellen, hebben betrekking op de samenhang in de operationele keten van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Dat vloeit voort uit het uitgangspunt dat de reguliere zorg het vertrekpunt is voor de zorgverlening bij ongevallen en rampen.

Uitgangspunt is de reguliere hulpverlening

In de 'totale' witte kolom moet dus het besef ontstaan dat eerst de 'reguliere acute zorg' op orde moet zijn, wil de witte kolom ten tijde van rampen en ongevallen zijn rol kunnen vervullen. Hoe beter de 'reguliere' acute zorg op orde is, des te minder fricties ontstaan bij de 'opgeschaalde' situatie. Zowel minder fricties in bestuurlijke zin, als ook minder fricties in inhoudelijke zin.

Eerst de reguliere acute zorg op orde brengen

Maar ook op bestuurlijk niveau moet er iets gebeuren. Het veiligheidsbestuur moet investeren in goede contacten met de partijen in de gezondheidszorg. En de bestuurders in de gezondheidszorg dienen er van doordrongen te zijn dat ze geacht worden verantwoordelijkheid te nemen voor hun bijdrage aan de rampenbestrijding. Ze zullen daarom meer dan tot nu toe betrokken moeten worden bij de voorbereiding.

Veiligheidsbestuur moet investeren in contacten met de bestuurders in de zorgsector

De RGF speelt in die profilering en samenwerking een belangrijke rol. Zijn gezag in de witte kolom ontleent hij - naast zijn wettelijke bevoegdheden - aan de wijze waarop hij gebruik maakt van het instrument van het oefenen (en het gezamenlijk evalueren daarvan) om partners in de witte kolom te laten samenwerken bij de voorbereiding op ongevallen en rampen. En aan de wijze waarop hij de verbinding weet te leggen tussen de vanuit het openbaar bestuur noodzakelijke maatregelen en de dagelijkse praktijk van de hulpverleners in de witte kolom. De betrokkenheid van de bestuurders in de gezondheidszorg is daarbij essentieel.

Een geprofileerde en samenwerkende witte kolom is nodig om het volksgezondheidsbelang in de veiligheidsregio het juiste gewicht te kunnen geven. In het vervolg van deze paragraaf noemen de raden de maatregelen - toegespitst op de verschillende partijen - die daaraan bijdragen.

Streven naar één GGD per veiligheidsregio

De GGD is voor de crisisbeheersing en de rampenbestrijding een onmisbare schakel in de gehele keten van pro-actie tot nazorg. Daarom zijn de raden voorstander van een bestuurlijke congruentie van veiligheid en openbare gezondheidszorg. Dat wil zeggen één GGD per veiligheidsregio. De raden zijn van mening dat die congruentie gunstig is voor de samenhang van het integrale veiligheidsbeleid. Bovendien wordt bestuurlijke drukte vermeden wanneer het veiligheidsbestuur slechts met één GGD-bestuur moet overleggen. Tegelijkertijd is duidelijk dat daar waar fusies noodzakelijk zijn de situatie niet van de ene op de andere dag kan worden gerealiseerd.

Wanneer de raden pleiten voor één GGD per veiligheidsregio betekent dat niet dat alle GGD-taken op het niveau van de veiligheidsregio georganiseerd moeten worden. Variaties in de organisatie van GGD-taken kunnen van belang zijn om de kwaliteit van de lokale OGZ-taken in stand te houden. Afhankelijk van de regionale situatie is een organisatie met geconcentreerde en gedeconcentreerde voorzieningen mogelijk.

De raden kiezen voor de instandhouding van een aparte gemeenschappelijke regeling GGD naast het veiligheidsbestuur. Het voordeel is dat het veiligheidsbestuur in dit model niet belast wordt met oneigenlijke taken. En er is geen gevaar dat de regu-

Oefenen is voor de RGF een belangrijk instrument om gezag te verwerven in de 'witte kolom'

En naast de betrokkenheid van hulpverleners is die van bestuurders essentieel

Het volksgezondheidsbelang moet in de veiligheidsregio het juiste gewicht hebben

Streven naar één GGD per veiligheidsregio

De organisatie kan variëren zolang het uitgangspunt van één GGD per veiligheidsregio gehandhaafd blijft

De raden kiezen voor de instandhouding van een aparte gemeenschappelijke regeling GGD naast het veiligheidsbestuur

liere GGD-taken het onderspit delven in de strijd om aandacht (en geld).

Onder verantwoordelijkheid van het veiligheidsbestuur komen alleen die taken die nodig zijn om de GGD voor te bereiden op het multidisciplinair optreden in het kader van rampen en crises. Deze taken en de eisen die daaraan gesteld worden dienen te worden vastgelegd in wetgeving, zodanig dat het veiligheidsbestuur de bevoegdheden heeft dit adequaat vorm te geven. In dat specifieke opzicht is de positie van de GGD ten opzichte van het veiligheidsbestuur vergelijkbaar met de positie van bijvoorbeeld een ziekenhuis. Het grote verschil is dat de GGD een publieke partij is die bovendien een zeer breed publiek takenpakket heeft ten aanzien van gezondheid in relatie tot rampen en crises.

GGD-taken veiligheidsbestuur in wetgeving vastleggen

Voor een aantal GGD-taken, bijvoorbeeld voortvloeiend uit de medische milieukunde en de infectieziektebestrijding, is de schaal van de veiligheidsregio te klein om voldoende expertise in huis te hebben of te houden. Waar dat professioneel gezien nodig is, moeten GGD'en zelf afspraken maken over samenwerking. In de stuurgroep VISI (Versterking Infra-Structuur voor Infectieziektenbestrijding en technische hygiënezorg) die in juni 2004 met een eindrapport komt, zijn daarvoor al goede plannen ontwikkeld. Voor de raden blijft de veiligheidsregio ook in die situatie bestuurlijk centraal staan. Hierdoor wordt gegarandeerd dat de rijksoverheid 25 aanspreekpunten voor regio-overschrijdende veiligheidsvraagstukken kan benutten.

Ook bij regio-overschrijdende taken bestuurlijk 25 veiligheidsregio's

Naar een RGF als boegbeeld van de samenwerking in de witte kolom

Een voorwaarde voor samenwerking in de witte kolom is een sterke positie van de RGF. Zoals gezegd in par. 4.2, moet daarom volstrekt duidelijk zijn wat zijn wettelijke bevoegdheden zijn. Maar alleen wettelijke bevoegdheden zijn onvoldoende om als boegbeeld te kunnen fungeren. Belangrijker nog dan een bepaald diploma en plaats in de organisatie zijn in dat verband volgens de raden de competenties van de RGF. Naast het kunnen managen van netwerken en bedrijfsprocessen moet de RGF onder gezag van de burgemeester de geneeskundige hulpverlening bij een crisis kunnen managen. Bovendien is het kunnen schakelen tussen de daarvoor noodzakelijke competenties een competentie op zich. En persoonsgebonden kenmerken zijn ten minste zo belangrijk.

RGF primair beoordelen op noodzakelijke competenties

De raden achten het niet wenselijk om gedetailleerde voorschriften te formuleren voor de functie en opleiding(en) van de RGF. Ze vinden het belangrijker dat outputcriteria voor de voorbereiding op de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen worden ontwikkeld. Die moeten het mogelijk maken een oordeel te geven over de kwaliteit daarvan. Uiteraard zal daarbij rekening gehouden moeten worden met de verschillen in risicoprofielen van de regio's. In de sector wordt daar al aan gewerkt. Vervolgens moet vastgesteld worden wat de norm moet zijn waaraan de regio's moeten voldoen. Dat proces zou versneld kunnen worden.

Verder liggen in de medisch inhoudelijke en professionele lijn voor de RGF kansen om vanuit een gezaghebbende positie de verbinding met alle andere partners in de witte kolom tot stand te brengen. Tijdens het oefenen voor rampen zal de noodzaak van samenwerking om succesvol hulp te kunnen verlenen door de verschillende organisaties onderkend worden. En verder zullen juist in het oefenen voor rampen, mogelijke verschillen van inzicht over noodzakelijke interventies bij mensen die acute zorg nodig hebben, overbrugd kunnen worden.

Acute zorg en GHOR horen in het publieke domein

De raden zijn van mening dat niet alleen de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, maar ook de meldkamer ambulancezorg en de acute zorg (zoals gedefinieerd in het RVZ advies *Acute zorg*) in het publieke domein horen. Daar waar ambulancediensten en de meldkamer ambulancezorg bestuurlijk en uitvoerend zijn ondergebracht bij de GGD, is die situatie al gerealiseerd. Van de 58 ambulancediensten en Centrale Posten Ambulancevervoer zijn er 34 publieke diensten en 21 particuliere. Verder zijn er nog 3 B-3 stichtingen (geprivatiseerde GGD-diensten). De geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen en de acute zorg in het publieke domein bieden de beste uitgangssituatie voor een adequaat optreden van de veiligheidsregio's.

Gezien de kabinetsstandpunten op de adviezen *Veiligheid op niveau* (Rob) en *Acute zorg* (RVZ) menen de raden echter dat dit voor de korte termijn geen reële optie meer is. Het zou betekenen dat zo'n 21 particuliere ambulancediensten opgekocht zouden moeten worden. Mede gelet op de verwijzing in het kabinetsstandpunt op het advies *Acute zorg* naar de economische omstandigheden voor het realiseren van op zich gewenste doelstellingen, zullen de met het opkopen gepaard gaande kosten een struikelblok blijken te zijn.

Openbaarheid van prestaties een beter instrument om de kwaliteit van de GHOR te beoordelen dan voorschriften over de opleiding van de RGF

Samenwerking in de witte kolom wordt gestimuleerd door gezamenlijke oefeningen en trainingen onder leiding van de RGF

Niet alleen de GHOR, maar ook de acute zorg, inclusief de meldkamer, in het publieke domein ...

... biedt de beste uitgangssituatie voor adequaat optreden van de veiligheidsregio's

Maar het kabinet heeft laten weten dat economische factoren verhinderen dat op korte termijn op zich gewenste situaties worden gerealiseerd

Maar de raden vinden wel dat in ieder geval de meldkamer ambulancezorg voor de acute zorg publiek moet worden aangestuurd. Dat betekent een scheiding tussen aansturing van de meldkamers en de ambulancediensten: een publieke aansturing van de meldkamer voor acute zorg en eventueel een private aansturing van de ambulancediensten.

In ieder geval de meldkamer ambulancezorg voor de acute zorg in het publiek domein

De Rob en RVZ kiezen om de volgende redenen voor een publieke aansturing van de meldkamer ambulancevervoer:

Een aantal redenen voor de publieke aansturing van de meldkamer ambulancezorg voor de acute zorg

- Een beschikbaarheidsfunctie als de meldkamer is per definitie ondoelmatig en daarmee duur en onaantrekkelijk voor met elkaar concurrerende partijen. De overheid mag niet toestaan dat de beschikbaarheid van de meldkamer daarvan afhankelijk is. Dat geldt niet alleen voor de 'reguliere acute zorg', maar nog sterker voor de beschikbaarheid van de meldkamer bij ongevallen en rampen.
- De raden beschouwen de meldkamer als een onderdeel van de infrastructuur voor de rampenbestrijding waarvoor de overheid verantwoordelijk dient te zijn. Beslissingen over de infrastructuur kunnen om die reden niet overgelaten worden aan private partijen.
- De verantwoordelijkheid voor de aansturing van de meldkamer voor politie en brandweer ligt in publieke handen. Een daarvan afwijkende aansturing voor de meldkamer voor het ambulancevervoer past niet in het streven te komen tot gemeenschappelijke meldkamers. En een afwijkende besturing zal leiden tot een onduidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en meer bestuurlijke drukte en overleg. Zeker bij crisis en rampen is een heldere verantwoordelijkheidsverdeling cruciaal gebleken.
- Een dubbele bestuurlijke aansturing van de meldkamer ambulancezorg - één voor de reguliere spoedzorg en één voor de GHOR-situatie - is niet in overeenstemming met de zo gewenste reductie van de bestuurlijke complexiteit.
- Het opnemen/incorporeren van (belanghebbende) particuliere bestuurders in het openbaar bestuur (zoals voorgesteld door partijen in de ambulancezorg) verdraagt zich niet met de uitgangspunten van ons democratisch bestel.
- De totstandkoming van veiligheidsregio's is onder meer een uitvloeisel van het besef, zeker na gebeurtenissen in New York en Madrid en SARS, dat veiligheid maatschappelijk (en daarmee politiek) zwaarder weegt dan het in stand houden van gevestigde posities of belangen. De noodzaak van publie-

- ke aansturing van de meldkamer ambulancezorg voor acute zorg moet volgens de raden mede in dat licht bezien worden.
- De rapporten van de Inspectie Brandweezorg en Rampenbestrijding (september 2001) en van de Inspectie Openbare Orde en Veiligheid (IOOV, november 2003) onderstrepen nog eens het belang van multidisciplinariteit voor het functioneren van de meldkamer.
 - Als er extra ambulances moeten worden ingezet, bijvoorbeeld uit voorzorg bij grote evenementen of bij grootschalige incidenten (c.q. een ramp) moet het een meldkamer ambulancezorg duidelijk zijn dat dit moet gebeuren. In dat geval mag er geen discussie zijn over bevoegdheden. Het bestuur van de meldkamer kan om die reden niet tegelijk publiek en privaat zijn zoals in de voorgestelde RAV-structuur wel het geval zal zijn.

Volgens de raden is het van belang naast de bestuurlijke aansturing van de meldkamer nog een onderscheid te maken in inhoudelijke en functionele c.q. organisatorische aansturing. De inhoudelijke aansturing van de meldkamer ambulancezorg moet gebaseerd zijn op professionele standaarden die door de betrokken beroepsgroepen in samenwerking met de traumacentra worden vastgesteld. Dat wil zeggen dat de inzet van ambulances voor de acute zorg op basis van landelijk geldende criteria, landelijke protocollen en (landelijke c.q. regionale) afspraken over taakverdeling en concentratie tot stand komt. Wat dat laatste betreft wordt bij rampen en crises het landelijk - door de traumacentra geaccordeerde en gefiatteerde - gewondenspreidingsplan in de toekomst maatgevend.

Zowel de meldkamer ambulancezorg als de RAV dienen instellingen te zijn in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het veiligheidsbestuur is daarmee ten aanzien van de meldkamer ambulancezorg voor de acute zorg verantwoordelijk voor de daarmee samenhangende verplichtingen die op iedere zorginstelling rusten: het leveren van verantwoorde zorg en zorgen voor een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. De uitkomsten van die systematische kwaliteitsbewaking zullen duidelijk maken of de eis van 7 x 24 uur aanwezigheid van een verpleegkundige in een meldkamer voldoende is om aan de eisen van de kwaliteitswet te kunnen voldoen. Volgens de raden sluit deze aanpak goed aan bij het kwaliteitsbeleid dat in gang is gezet om meer te sturen op de uitkomsten van de zorg.

Inhoudelijke aansturing van de meldkamer voor de acute zorg moet op professionele normen zijn gebaseerd

Outputcriteria zijn richtinggevend voor te stellen kwaliteits-eisen

De functionele aansturing (management, personeelsbeleid etc.) van de meldkamer ambulancezorg kan dan volgens de raden uitkomst zijn van overleg op regionaal niveau. In situaties waar al sprake is van een gemeenschappelijke (c.q. geïntegreerde) meldkamer onder publieke aansturing, zal het niet voor de hand liggende de functionele aansturing elders onder te brengen. Het is niet aan de raden hier gedetailleerde voorstellen te doen hoe de organisatie kan worden ingericht. Daarvoor zijn veel modellen denkbaar die per regio ingevuld kunnen worden en waarbij rekening gehouden wordt met lokale situaties en gegroeide praktijken (Rijnconsult, 2003).

Functionele aansturing van de meldkamer kan variëren

De voorstellen van de raden laten de mogelijkheid om te komen tot een 'zorgmeldkamer' onverlet. Het is aan verzekeraars en aan andere partijen hoe ze de meldingen voor besteld vervoer en eventueel andere diensten die door een meldkamer kunnen worden aangeboden (bijvoorbeeld sociale alarmering) willen vormgeven. Dat zou kunnen binnen de 25 RAV-en, maar ook hier zijn andere modellen denkbaar.

De voorstellen van de raden laten de mogelijkheid van een 'zorgmeldkamer' onverlet

Overigens moet nog wel wettelijk vastgelegd worden/blijven dat een ambulance voor acute zorg altijd een opdracht van een gemeenschappelijke meldkamer nodig heeft. Immers als zorgverzekeraars zelf mogen bepalen door wie ze welke acute zorgfuncties laten uitvoeren, is het denkbaar dat ze zelf een meldkamer zouden inrichten. En volgens de ambulancebrief van april 2004 verdwijnt met de introductie van de aanstaande Wet Ambulancezorg formeel ook de term Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Niet duidelijk in de plannen is of wel de koppeling met een opdracht door een gemeenschappelijke meldkamer in stand blijft.

Koppeling tussen opdracht meldkamer en ambulancezorg voor acute zorg wettelijk regelen

Ziekenhuizen en traumacentra

Zoals gezegd heeft het op orde brengen van de reguliere acute zorg prioriteit. De reguliere zorg vormt immers de basis voor de opgeschaalde situatie. De aanbevelingen die de RVZ in zijn advies *Acute zorg* daarvoor heeft gedaan, worden hier niet allemaal herhaald. De raden gaan er vanuit dat de minister van VWS er werk van maakt met de partners in de acute zorg te komen tot niet vrijblijvende zorginhoudelijke afspraken. In het kabinetsstandpunt wordt opgemerkt dat daarvoor in het veld enthousiasme bestaat, maar de raden zien liever concrete prestatieafspraken op dit punt.

Prestatieafspraken nodig om de reguliere acute zorg op orde te brengen

Ten tijde van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen zal het gewondenspreidingsplan dat op dit moment wordt opgesteld door het rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM, in opdracht van de ministers van BZK en VWS) een belangrijke functie kunnen vervullen. De RGF krijgt daarmee een instrument waarmee inzicht wordt verkregen welk type patiënten waar in de regio kunnen worden opgenomen en inzicht in de daarvoor beschikbare capaciteit. Daarbij zal rekening worden gehouden met de aard van de ziekte of verwonding en de mogelijkheden van de ziekenhuizen. Slachtoffers van een nucleaire ramp of bioterroristische aanslag zullen een andere opvang vergen dan slachtoffers van een groot verkeersongeval.

Volgens de raden verdient het aanbeveling het gewondenspreidingsplan een wettelijke basis te geven door een koppeling te leggen met de bepalingen in de Wet Kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding (WKR) (bijvoorbeeld met artikel 3 juncto artikel 4, lid 3 van de door de WKR gewijzigde Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen). Het openbaar bestuur (i.c. het veiligheidsbestuur) krijgt door die koppeling de doorzettingsmacht die nodig zou kunnen zijn als ziekenhuizen niet op vrijwillige basis aan de uitvoering van het gewondenspreidingsplan zouden willen meewerken.

De uitkomsten van de aangekondigde tweede evaluatie van de traumacentra moeten naar de mening van de raden aanknopingspunten bieden voor het aantal benodigde traumacentra en de verdeling daarvan over de veiligheidsregio. Een traumacentrum voor iedere veiligheidsregio is immers alleen al uit kwaliteitsoverwegingen ongewenst. In de praktijk blijkt ook dat het goed mogelijk is dat één traumacentrum samenwerkt met meerdere RGF'en. De netwerkconstructie van de traumacentra biedt verder de mogelijkheid om het netwerk uit te bouwen tot een platform voor inhoudelijke afstemming over de opvang van ongevalslachtoffers. Naast de al participerende ziekenhuizen zouden ook de ambulancediensten uit de veiligheidsregio in dat platform een plaats moeten krijgen. De eerdergenoemde prestatieafspraken zouden ook hier een eind kunnen maken aan de vrijblijvendheid die tot nu toe de afspraken veelal kenmerken.

Voor de voorbereiding van de witte kolom op de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen moeten door de RGF, in samenspraak met de partners in de witte kolom, kwaliteitsnor-

Een gewondenspreidingsplan vervult een belangrijke functie ten tijde van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen

Geef het gewondenspreidingsplan daarom een wettelijke basis

Benut de netwerkconstructie van de traumacentra om te komen tot een platform voor **alle** betrokkenen hulpverlenende instanties bij de opvang van ongevalsslachtoffers

In samenspraak met de verschillende partners in de witte kolom ontwikkelt de RGF kwaliteitsnormen voor oefenen en training

men ontwikkeld worden. Hoe vaak moet er per jaar geoefend worden en voor welk type ramp? Welke opleiding en/of schooling/training is nodig voor de diverse soorten hulpverleners? Huisartsen zullen behoefte hebben aan een ander trainingsaanbod dan bijvoorbeeld de ambulanceverpleegkundigen, andere hulpverleners van GGD-en of de medisch specialisten. Kwaliteitsnormen zijn niet alleen nodig om iets te kunnen zeggen over de doelmatigheid en de kwaliteit van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, maar eveneens voor het vaststellen van de benodigde middelen.

Huisartsen

De ontwikkeling van huisartsenposten en huisartsendiensten-structuren biedt mogelijkheden om de huisartsen structureler en systematischer te betrekken bij de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. In de eerste plaats zijn ze daardoor in het geval van rampen en crises beter bereikbaar. Daarnaast krijgen de veiligheidsregio's daardoor duidelijker aanspreekpunten en de RGF-en kunnen die structuren benutten om huisartsen te betrekken bij het oefenen en de voorbereiding op ongevallen en rampen.

Huisartsen structureler en systematischer betrekken bij het oefenen en de voorbereiding op ongevallen en rampen

Financiering monodisciplinair oefenen

Het is duidelijk dat de RGF er op moet kunnen rekenen dat het monodisciplinair oefenen voldoende gebeurt. Het spreekt voor zich dat betrokken partijen daarover verantwoording afleggen. Het geld dat er voor nodig is, zal afhankelijk zijn van de normstelling voor de mate van geoefendheid die noodzakelijk wordt geacht (en de daarmee verband houdende benodigde opleiding en training). De normstelling is een afgeleide van de te ontwikkelen kwaliteitsnormen en outputcriteria voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. En is daarmee richtinggevend voor het benodigde budget.

Het monodisciplinair oefenen moet in voldoende mate gebeuren

De raden sluiten zich aan bij de opvatting van het kabinet dat het monodisciplinair oefenen via het premiestelsel in de zorg dient te worden gefinancierd. Wel moet dan een oplossing worden gevonden voor de onduidelijkheid die nu is ontstaan over de wijze waarop een en ander via de tarieven wordt verrekend. Als per 1 januari 2005 een begin wordt gemaakt met het systeem van de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) voor de bekostiging van de ziekenhuizen, ligt een opslag op de DBC's voor het monodisciplinair oefenen niet voor de hand. Het systeem van de

Monodisciplinair oefenen financieren via premiestelsel zorg

DBC's is gekoppeld aan het aantal (be)handelingen en wordt gebruikt in een omgeving waarin (in de toekomst) op prijs wordt geconcentreerd. Het publieke belang van het oefenen voor rampen loopt dan gevaar onvoldoende geborgd te kunnen worden. Bovendien is het niet wenselijk het DBC-systeem te vervuilen met 'oneigenlijke' elementen.

De raden zien twee richtingen voor het financieren van het mono-disciplinair oefenen: een geormerkt budget of een systeem op declaratiebasis. Een voordeel van een systeem op declaratiebasis is dat maximale transparantie over de mate van geoefendheid van de betrokken partijen in de gezondheidszorg ontstaat. Nadeel is echter dat in een dergelijk systeem ook gemakkelijk bureaucratische elementen sluipen.

Een geormerkt budget of een systeem op declaratiebasis?

Een geormerkt budget achten de raden daarom meer voor de hand liggen. Aansluitend bij de door de RVZ voorgestelde financiering voor de beschikbaarheid van de acute zorg is voor de ambulancezorg te denken aan doeluitkeringen of een subsidieregeling ex AWBZ of ZFW. Voor de ziekenhuizen heeft de RVZ daarvoor de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) aanbevolen. Nu het kabinet de WBMV als sturingsinstrument voor de zorg afwijst (Tweede Kamer, 2003-2004, no. 27226-3), is voor de ziekenhuissector eveneens te denken aan een subsidieregeling ex AWBZ of ZFW.

Een geormerkt budget ligt volgens de raden meer voor de hand

4.4 Congruentie verantwoordelijkheden en middelen veiligheidsbestuur

In het licht van de eerdergenoemde bestuurlijke, organisatorische en financiële uitgangspunten, kiezen de raden voor een getrappt systeem met bekostiging door het rijk van de veiligheidsregio's en via deze aan de geneeskundige diensten en instellingen. Hiermee worden onder meer de multidisciplinaire kosten voor de zorgsector ten behoeve van de rampenbestrijding betaald, zoals de kosten van multidisciplinaire oefeningen voor ziekenhuizen en ambulances. Daarnaast gaat het om facilitaire kosten, zoals in de huidige organisatie het GHOR-bureau (c.q. het veiligheidsbureau in de nieuwe situatie) en de daaraan gerelateerde activiteiten en het op peil houden c.q. brengen van de noodzakelijke deskundigheid.

De raden kiezen voor directe financiering aan het veiligheidsbestuur voor verplichte taken

Aangezien het wenselijk is dat het veiligheidsbestuur c.q. de RGF het oefenbeleid/paraatheid/extra hulpmiddelen in de regio bepaalt, ligt bovenstaand model voor de hand. In dit model zijn bepalen en betalen in één hand. De veiligheidsregio heeft in dit model de middelen om te sturen, bijvoorbeeld bij de deelname door een ziekenhuis aan een multidisciplinaire oefening door een bedrag per deelnemer of via declaratie van de kosten. Indien het rijk dit soort oefeningen belangrijk acht en het regelen ervan tot de verplichte taak van de veiligheidsregio maakt, dient het rijk ook middelen hiervoor beschikbaar te stellen.

Financiering meldkamer

Het uitgangspunt van de raden, dat bepalen en betalen in één hand moet liggen, lijkt niet goed mogelijk bij de huidige plannen van het kabinet. Immers het GHOR-bestuur bepaalt de locatie en de (technische) inrichting en de te gebruiken apparatuur (ICT), maar volgens het kabinet moet de bekostiging van de meldkamer ambulancezorg worden gerealiseerd via de tarieven in de gezondheidszorg. Redenerend vanuit het uitgangspunt van de raden komen de kosten voor de inrichting e.d. van de meldkamer voor rekening van het veiligheidsbestuur die daarvoor een vergoeding krijgt van het rijk.

De kosten voor de verwerking van meldingen voor ambulancezorg voor acute zorg komen dan voor rekening van de zorgsector en kunnen worden bekostigd via de tarieven in de gezondheidszorg. Die uitwerking ondervangt ook het bezwaar voor de zorgsector van extra kosten. Op zich zijn namelijk geen 25 meldkamers nodig voor de ambulancezorg bij acute zorg. De extra kosten die samenhangen met de wens in iedere veiligheidsregio een gemeenschappelijke meldkamer te hebben, komen op die manier niet alleen ten laste van de zorgsector.

De RVZ heeft eerder gepleit voor een functionele omschrijving van zorgaanpakken waardoor meer flexibiliteit ontstaat, in zowel uitvoering als financiering van de zorg. Acute zorg kan dan opgesplitst worden in functies als telefonische en fysieke triage en het verrichten van eenvoudige en complexe behandelingen. Dat is een lijn die ook ondersteund wordt door de ziektekostenverzekeraars⁵. Aansluitend bij die lijn en bij de ontwikkeling van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de gezondheidszorg zouden de kosten voor de aanmelding en verwerking van aanvragen voor ambulancevervoer voor acute zorg van een prijs kunnen worden

Directe financiering - naast adequate bevoegdheden - maakt het mogelijk dat het veiligheidsbestuur de noodzakelijke inzet van private partijen daadwerkelijk bepaalt

Financiering meldkamer voor rekening veiligheidsbestuur

De kosten voor verwerking meldingen voor ambulancezorg voor acute zorg voor rekening zorgsector

Aanmelding en verwerking van aanvragen voor ambulancezorg voor acute zorg van prijs voorzien

voorzien. De zorgverzekeraars zouden zelf moeten kunnen bepalen of ze naast de melding voor acute zorg nog andere telefonische diensten, zoals call-centra, bij de gemeenschappelijke meldkamer willen onderbrengen of inkopen.

Helderheid over de financiering is cruciaal

De raden benadrukken dat helderheid over de financiering een noodzakelijke voorwaarde is. Het veiligheidsbestuur dient te beschikken over bevoegdheden én middelen. Keuzen ten aanzien van de financiering van de meldkamer en het multidisciplinair oefenen kunnen niet worden overgelaten aan overleg tussen betrokken partijen. Zowel hybride publiek/private financiering - zoals voorgesteld door het kabinet ten aanzien van de meldkamer - als gemengde financiering van gemeenten én rijk voor dezelfde taak - zoals de gekozen financieringssystematiek in het kabinets-standpunt veiligheidsregio's - wijzen de raden af.

Helderheid over de financiering
een noodzakelijke voorwaarde

5 Antwoorden en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de antwoorden op de gestelde adviesvragen samengevat. Vervolgens worden de aanbevelingen die uit de eerdere hoofdstukken voortvloeien, gepresenteerd.

5.2 Antwoorden op de gestelde vragen

Op welke wijze moet de GHOR binnen de veiligheidsregio worden georganiseerd (bestuurlijk, organisatorisch en financieel)?

Bestuurlijk: volgens de raden dient het veiligheidsbestuur het GHOR-bestuur te vervangen. Het veiligheidsbestuur is verantwoordelijk voor de gemeenschappelijke meldkamer. Vanuit geneeskundig perspectief gaat het hier om de meldkamerfunctie voor acute zorg en voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

Organisatorisch: de geneeskundige hulpverlening dient zodanig georganiseerd te zijn dat deze een herkenbare kolom vormt in de veiligheidsregio. De RGF moet wat de raden betreft als boegbeeld fungeren voor de samenwerking in de witte kolom. Zijn bevoegdheden ten aanzien van de partners in de witte kolom dienen bij wet geregeld te zijn.

Financieel: de raden zijn voorstander van directe financiering van de veiligheidsregio door het rijk voor de wettelijk verplichte taken. Het veiligheidsbestuur gebruikt deze middelen onder meer om de activiteiten van betrokken partijen in het kader van de multidisciplinaire voorbereiding op de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises te bekostigen.

Op welke wijze moet de relatie tussen de GHOR en de geneeskundige hulpverleningsdiensten worden vormgegeven?

De raden hebben hiervoor aangegeven dat de bevoegdheden van het GHOR bestuur - het veiligheidsbestuur in de terminologie van de raden - ten opzichte van de private partijen in de gezondheidszorg wettelijk moeten worden vastgelegd. Alleen dan zal

sprake zijn van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling. De vrijblijvendheid die de afspraken tot nu toe veelal kenmerken, kan daarmee tot het verleden behoren.

De inhoudelijke relatie wordt gekenmerkt door de professionele standaarden. Het primaat daarvoor ligt en blijft bij de disciplines in de gezondheidszorg. De professionele standaarden dienen - voor zover ze er nog niet zijn - in overleg tussen alle betrokken disciplines tot stand te komen.

De relatie wordt verder in hoge mate bepaald door de normstelling waarmee voor de partijen in de witte kolom de frequentie van oefenen wordt vastgesteld en door de nog te ontwikkelen en vast te stellen outputcriteria voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

Op welke wijze moet de relatie tussen de veiligheidsregio en de geneeskundige hulpverleningsdiensten worden vormgegeven, zowel organisatorisch als financieel?

Een sterke witte kolom in de veiligheidsregio dient volgens de raden - zoals gezegd - het streven te zijn. Daarbij past naar hun mening ook het streven naar territoriale congruentie van de GGD'en met de veiligheidsregio. Wat de traumacentra betreft verdient het volgens de raden de voorkeur te komen tot een formele verdeling over de veiligheidsregio's. De tweede evaluatie van de centra lijkt daarvoor een geschikt moment.

Is het wenselijk dat een of meerdere geneeskundige hulpverleningsdiensten deel gaan uitmaken van de veiligheidsregio. En zo ja, hoe?

De raden kiezen voor de instandhouding van een aparte gemeenschappelijke regeling voor de GGD'en naast het veiligheidsbestuur. Het veiligheidsbestuur wordt dan niet belast met taken die niet gerelateerd zijn aan veiligheid. De raden zijn evenmin voorstander van participatie van particuliere organisaties in het veiligheidsbestuur. Het opnemen van belanghebbende particuliere bestuurders in het veiligheidsbestuur achten de raden niet in overeenstemming met de democratisch gelegitimeerde verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur.

5.3 Aanbevelingen

Aanbevelingen voor congruentie van verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het veiligheidsbestuur

De raden bevelen de ministers aan de bevoegdheden van het veiligheidsbestuur in overeenstemming te brengen met de aan het veiligheidsbestuur toebedachte verantwoordelijkheden.

In dat kader dienen bevoegdheden voor de RGF te worden vastgelegd zodanig dat de RGF met gezag kan zorgdragen voor:

- de vastlegging van de bijdragen van de geneeskundige diensten en instellingen, conform de wet, aan het regionale veiligheidsplan;
- het realiseren van de in het regionale veiligheidsplan opgenomen activiteiten;
- een adequaat niveau van de monodisciplinaire voorbereiding, voor zover noodzakelijk voor het multidisciplinaire optreden bij rampen en crises.

Aanbevelingen voor een sterker geprofileerde witte kolom in de veiligheidsregio

De raden dringen er bij de minister van VWS op aan de aanbevelingen van de RVZ voor het op orde brengen van de ‘reguliere’ acute zorg een hoge prioriteit toe te kennen. Alleen als die op orde is, kan sprake zijn van adequaat optreden bij rampen en crises. Daarvoor moet de minister van VWS prestatieafspraken maken met partijen in de gezondheidszorg.

Omwillen van de slagvaardigheid van het veiligheidsbestuur bevelen de raden aan te investeren in de totstandkoming van één GGD per veiligheidsregio. De raden realiseren zich dat als daarvoor fusies nodig zijn, dat niet van de ene op de andere dag geregeld kan zijn. Alleen die GGD-taken die te maken hebben met het multidisciplinair optreden bij rampen en crises worden onder verantwoordelijkheid van het veiligheidsbestuur gebracht. De raden bevelen aan die taken en de eisen die daaraan gesteld worden vast te leggen in wetgeving.

In plaats van gedetailleerde voorschriften voor de functie van RGF bevelen de raden aan het proces voor de totstandkoming van

outputcriteria voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen te versnellen door met betrokken partijen een termijn af te spreken waarbinnen dat proces kan worden afgerond. Vervolgens stelt de minister van BZK vast waaraan de regio's moeten voldoen, bijvoorbeeld de frequentie waarmee ziekenhuizen moeten oefenen.

De raden bevelen aan de meldkamer ambulancezorg bestuurlijk onder te brengen in het publieke domein. Een afwijkende besturing van die van de meldkamer voor politie en brandweer zal namelijk de bestuurlijke complexiteit in tijden van rampen en crises doen toenemen. De professioneel inhoudelijke aansturing is - onafhankelijk van het te kiezen organisatie-model - gebaseerd op professionele normen.

Met een wettelijke basis voor een gewondenspreidingsplan krijgt het openbaar bestuur c.q. het veiligheidsbestuur de doorzettingsmacht die nodig zou kunnen zijn als ziekenhuizen niet op basis van vrijwilligheid patiënten opnemen bij rampen en crises. Bovendien is het gewondenspreidingsplan nodig om te oefenen. Het veiligheidsbestuur moet immers weten waar patiënten naar toe moeten. De raden bevelen daarom aan het gewondenspreidingsplan wettelijk te regelen.

De raden bevelen de minister van VWS aan de tweede evaluatie van de traumacentra te benutten voor formele afspraken over de verdeling van traumacentra over de veiligheidsregio's. Tegelijkertijd zouden concrete afspraken gemaakt kunnen worden over de deelnemers die in het netwerk van de traumacentra dienen te participeren.

De raden bevelen aan geen onduidelijkheid te laten bestaan over de beschikbare gelden voor het monodisciplinair oefenen door ziekenhuizen en ambulancediensten.

Aanbevelingen voor congruentie van verantwoordelijkheden en middelen van het veiligheidsbestuur

De raden bevelen een getrappt systeem met bekostiging door het rijk van de veiligheidsregio's aan, en via deze aan de geneeskundige diensten en instellingen voor het multidisciplinair oefenen.

De raden bevelen de ministers aan dat het rijk de veiligheidsregio's rechtstreeks financiert voor de gemeenschappelijke meldkamer. Voor de kosten van aanmelding en verwerking van een verzoek om ambulancehulp voor acute zorg wordt een prijs vastgesteld. De kosten worden betaald uit de premiefinanciering via de tarieven in de gezondheidszorg. Het is daarbij van belang in de toekomstige Wet op de ambulancezorg te regelen dat een ambulance voor acute zorg een opdracht nodig heeft van een gemeenschappelijke meldkamer.

Noten

- 1 Onder monodisciplinaire samenwerking (oefenen) wordt in dit advies verstaan de samenwerking (het oefenen) in de keten van spoedeisende medische hulpverlening c.q. de openbare gezondheidszorg. Daarbij kunnen meerdere instellingen en disciplines uit de gezondheidszorg (bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen) betrokken zijn.
- 2 Onder multidisciplinaire samenwerking (oefenen) wordt in dit advies verstaan de samenwerking (het oefenen) tussen de onderscheiden disciplines uit de kolommen van brandweer, politie en gezondheidszorg.
- 3 De veiligheidsketen bestaat uit vijf schakels: pro-actie (maatregelen om risico's te voorkomen), preventie (maatregelen die de kans op een ramp minimaliseren), preparatie (risico-inventarisatie en -analyse, planvorming, oefening en opleiding hulpverleners), repressie (daadwerkelijke bestrijding) en nazorg.
- 4 In de tekst wordt geen onderscheid gemaakt tussen rampen en zware ongevallen. Daar waar rampen staat, wordt verwezen naar rampen en zware ongevallen in de zin van de WRZO.
- 5 ZN bepleit functionele ketenbenadering voor acute zorg. ZN Journaal nr 11, 2004.

Bijlagen

Bijlage 1

Adviesaanvraag

Uit: Brief van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, J.W. Remkes en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, J.F. Hoogervorst d.d. 16 januari 2004.

Organisatie en financiering van de GHOR

In februari 2003 heeft de Raad voor het openbaar bestuur op verzoek van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties advies uitgebracht over de bestuurlijke inbedding van veiligheidsregio's. Hoewel in de adviesaanvraag (EB2002/98519, 18 januari 2002) ook de geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen en rampen (GHOR) expliciet is genoemd, heeft de Raad ervoor gekozen dit aspect in bovengenoemd advies buiten beschouwing te laten vanwege de complexiteit van de geneeskundige kolom. Wij delen uw mening dat een eigenstandig advies over de organisatie en financiering van de geneeskundige kolom gerechtvaardigd is. Hierbij willen wij de beide raden (Raad voor het openbaar bestuur en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg) verzoeken dit advies gezamenlijk uit te brengen.

De organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen en rampen bestaat uit een complex stelsel van zowel publieke als private actoren. Kernspelers in dit stelsel zijn de GHOR-regio's met de Regionaal Geneeskundig Functionaris (RGF) onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur en de geneeskundige diensten belast met de openbare gezondheidszorg en/of spoedeisende medische hulpverlening, zoals de GGD, de RAV (inclusief CPA en gemeentelijke en particuliere ambulancediensten), de traumacentra en ziekenhuizen, alsmede de psychosociale hulpverlening. De GHOR draagt zorg voor de coördinatie van het optreden van de geneeskundige hulpverleningsdiensten in geval van een ramp en een adequate voorbereiding daarop. De GHOR moet derhalve voor de invulling van haar verantwoordelijkheid gebruik maken van die geneeskundige diensten. De diensten zijn en blijven te allen tijde verantwoordelijk voor de kwaliteit van de medische hulpverlening.

Het advies dient primair betrekking te hebben op de bestuurlijke organisatie en financiering van de geneeskundige hulpverlening bij zware ongevallen en rampen. Centraal staat de vraag hoe de organisatie en financiering van de geneeskundige hulpverleningsdiensten vorm te geven opdat de veiligheidsregio voldoende doorzettingsmacht en middelen heeft om het geneeskundige deel van de rampenbeheersing (dus zowel de voorbereiding als de repressie) adequaat te kunnen organiseren.

Voor wat betreft het onderdeel 'bestuurlijke organisatie' dient het volgende in acht te worden genomen. In het actieprogramma Rampenbeheersing & Brandweer 2002-2006 'Bewust veiliger' heeft het kabinet reeds aangegeven de besturen van de regionale brandweer en de GHOR te willen integreren als opmaat naar de veiligheidsregio. In uw eerdere advies over de veiligheidsregio's heeft u aangegeven dat het GHOR-bestuur deel dient uit te maken van het veiligheidsbestuur. Daarmee staat de vraag of de GHOR deel moet uitmaken van de veiligheidsregio niet meer ter discussie, maar wel hoe dat effectief moet worden vormgegeven. Complicerende factor daarbij is dat de GHOR zich bevindt op het snijvlak van de openbare veiligheid en de openbare gezondheidszorg en in beide 'werelden' moet kunnen functioneren.

In het onderzoek zal daarom in ieder geval aandacht moeten worden besteed aan de volgende vragen:

1. Op welke wijze moet de GHOR binnen de veiligheidsregio worden georganiseerd (bestuurlijk, organisatorisch en financieel)?
2. Op welke wijze moet de relatie tussen de GHOR en de geneeskundige dienstverleningsdiensten worden vormgegeven?
3. Op welke wijze moet de relatie tussen de veiligheidsregio en de geneeskundige hulpverleningsdiensten worden vormgegeven, zowel organisatorisch als financieel?
4. Is het wenselijk dat één of meerdere geneeskundige hulpverleningsdiensten ook deel gaan uitmaken van de veiligheidsregio, en zo ja, hoe?

Het advies moet passen binnen het kabinetsstandpunt over veiligheidsregio's dat in het voorjaar 2004 verschijnt. Gezien de samenhang tussen deze adviesaanvraag en de bestuurlijke inbedding van veiligheidsregio's verzoek ik u uiterlijk najaar 2004 een advies uit te brengen.

De organisatie van de GHOR is reeds langer voorwerp van discussie, waarbij een aantal interessante inzichten is verworven. Het is raadzaam van deze inzichten gebruik te maken, in het bijzonder willen wij u wijzen op de volgende twee rapporten:

- 'Niet langer niemandsland: een empirisch onderzoek naar bestuurs- en organisatie modellen voor de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen anno 2002' opgesteld door het COT in opdracht van de Raad van RGF'en, augustus 2002.
- 'Zorg voor veiligheid: naar een slagvaardige geneeskundige hulpverlening binnen de veiligheidsregio' opgesteld door Forna adviesgroep in opdracht van de GGD Hart voor Brabant, oktober 2003.

Daar de GHOR opereert op het scheidsvlak van de openbare veiligheid en openbare gezondheidszorg, willen wij u verzoeken uw advies gezamenlijk uit te brengen.

Het gevraagde advies heeft zowel betrekking op de (bestuurlijke) organisatie van de GHOR als de financiering. Wij verzoeken u dan ook het advies af te stemmen met de Raad voor de financiële verhoudingen.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg / Raad voor het openbaar bestuur

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Drs. F.B.M. Sanders

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. W.J. Deetman

Mw. M.J.M. Le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Mr. A.A. Westerlaken

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Raad voor het openbaar bestuur

Voorzitter:

Prof. dr. J.A. van Kemenade, oud-commissaris van de Koningin in de provincie Noord-Holland

Vice-voorzitter:

Mw. A.L.E.C. van der Stoel, stadsdeelvoorzitter Amsterdam-Binnenstad

Leden:

Mw. A. van den Berg,
oud-burgemeester van de gemeente Bergen op Zoom

Mw. mr. dr. S.C. van Bijsterveld,
universitair hoofdocent Rechtswetenschappen aan de
Universiteit van Tilburg

Drs. F.A.M. Kerckhaert,
burgemeester van de gemeente Hengelo (Ov.)

Prof. dr. A.F.A. Korsten,
hoogleraar Bestuurskunde aan de Open Universiteit Nederland
en bijzonder hoogleraar Bestuurskunde van de lagere overheden
aan de Universiteit Maastricht

Drs. P.A. Lankhorst,
adviseur Jeugdbeleid en Jeugdzorg

Prof. mr. drs. F.C.M.A. Michiels,
hoogleraar Bestuursrecht, in het bijzonder omgevingsrecht aan
de Universiteit Utrecht

Prof. mr. dr. E.R. Muller,
hoogleraar Conflictbeslechting aan de Universiteit Leiden

Drs. C.J.N. Versteden,
oud-griffier van de provincie Noord-Holland

Mw. A.G.M. van de Vondervoort,
waarnemend burgemeester van de gemeente Drechterland

Prof. mr. S.E. Zijlstra,
hoogleraar Staats- en Bestuursrecht aan de Vrije Universiteit

Secretaris:

Drs. M.P.H. van Haften

Bijlage 3

Lijst van afkortingen

| | |
|------|---|
| AWBZ | Algemene wet bijzondere ziektekosten |
| BDUR | Besluit Doeluitkering Rampen en Zware Ongevallen |
| BZK | Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties |
| CGOR | Centrum voor gezondheidsonderzoek bij rampen |
| CPA | Centrale Post Ambulancevervoer |
| DBC | Diagnose Behandel Combinatie |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst |
| GHOR | Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen |
| MKZ | mond- en klauwzeer |
| OGZ | openbare gezondheidszorg |
| RAV | Regionale Ambulancevoorziening |
| Rfv | Raad voor de financiële verhoudingen |
| RGF | Regionaal Geneeskundig Functionaris |
| Rob | Raad voor het openbaar bestuur |
| RVZ | Raad voor de Volksgezondheid en Zorg |
| VISI | Versterking Infra-Structuur voor Infectieziektenbestrijding en technische hygiënezorg |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| WKR | Wet Kwaliteitsbevordering Rampenbestrijding |
| WZV | Wet ziekenhuisvoorzieningen |
| ZFW | Ziekenfondswet |

Bijlage 4

Literatuur

Commissie onderzoek vuurwerkcramp. De vuurwerkcramp: eindrapport. Enschede/Den Haag: Commissie onderzoek vuurwerkcramp, 2001.

COT Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement. Niet langer niemandsland. Een empirisch onderzoek naar bestuurs- en organisatiemodellen voor de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) anno 2002. Den Haag: COT, 2002.

COT/Berenschot/Cebeon. Zicht op voortgang Voortgang in zicht. Tussentijdse evaluatie beleidsnota rampenbestrijding 2000-2004. Den Haag/Utrecht/Amsterdam: januari 2002.

D'Cunha, C., Chief Medical Officer of Health, Ontario. Sars: The Ontario 2003 Experience. Inleiding op het congres Outbreak, Den Haag, april 2004.

Dijk, A.A.H.M. van, Regionaal Geneeskundig Commandant Haaglanden. Van Samenrapen naar Samenhang. Presentatie op het congres Outbreak, Den Haag, april 2004.

Boogers, M., e.a. Rampen, regels, richtlijnen. De status van informele regelgeving op het gebied van rampenbestrijding. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2003.

GGD Hart voor Brabant/FORNA Adviesgroep. Zorg voor veiligheid: naar een sterke geneeskundige hulpverlening binnen de veiligheidsregio. Waalre: FORNA Adviesgroep, 2003.

GGD Nederland. De toekomst van de GGD: bestuur en organisatie. Aanpassingen voor een beter functionerende openbare gezondheidszorg. Utrecht: GGD Nederland, 2004.

GGD Nederland. Jaarprogramma (beknopte versie) 2002 - 2003, Utrecht: GGD Nederland, 2003.

GGD Nederland. Publiekrechtelijke bevoegdheden en bestuurlijke leiding bij de nationale bestrijding van epidemieën en pandemieën, Utrecht: GGD Nederland, 2003.

GGD Nederland. Versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Utrecht: GGD Nederland, 2003.

Inspectie Openbare Orde en Veiligheid/Inspectie voor de Gezondheidszorg/VROM-Inspectie. Regio Zuid-Holland Zuid. Algemene doorlichting rampenbeheersing op hoofdlijnen. Den Haag: Ministerie van BZK/Inspectie OOV, 2003.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Evaluatie aanbevelingen onderzoek geneeskundige hulpverlening slachtoffers cafébrand Volendam. Den Haag: IGZ, 2003.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het ziekenhuis paraat voor rampen? Onderzoek naar de aanwezigheid en bruikbaarheid van rampenopvangplannen bij ziekenhuizen. Den Haag: IGZ, 2004.

Kerckhaert, F.A.M., voorzitter van de stuurgroep VISI en burgemeester van Hengelo. Hoe (ver)sterk(t) is de infectieziektebestrijding bij een biologische crises? Inleiding op het congres Outbreak, Den Haag, april 2004.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Handboek voorbereiding rampenbestrijding. Den Haag: BZK, 2003.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Kabinetsstandpunt Veiligheidsregio's. Den Haag: BZK, 2004.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. GHOR in kaart gebracht: een praktische digitale wegwijzer op het gebied van Geneeskundige Hulp bij Ongevallen en Rampen. Den Haag: BZK/VWS, 2003.

Ministerie van Volksgezondheid en Sport. Brief van de minister aan de Tweede Kamer over de vorming van Regionale ambulancevoorzieningen, Den Haag: VWS, 2000.

Ministerie van Volksgezondheid en Sport. Brief van staatssecretaris Ross-van Dorp aan de Tweede Kamer over de GHOR
Amsterdam d.d. 11 maart 2003.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Met zorg verbonden: naar een nieuwe structuur voor ambulancezorg, traumazorg en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen rampen.
Den Haag: VWS en BZK, 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer over strategie infectieziektebestrijding d.d. 19 03 2003.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Speech J.I.M. de Goeij, DGV ter gelegenheid van het symposium Zorg voor Veiligheid. GGD Hart voor Brabant op 13 november 2003.

Ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Brief Meldkamer ambulancezorg, 08 04 2004.

Modelbeschrijving Psychosociale hulpverlening en opvang.
Modelbeschrijving GHOR/Geneeskundige hulpverleningsketen.
Psychosociaal, 4 november 2003.

Octaaf Adviesgroep. Rapportage resultaten monitor voorbereiding rampenbestrijding 2003, onderdeel GHOR-vragen.
Nieuwegein: Octaaf Adviesgroep, 2003.

Onderzoeksteam Medische Evaluatie Ramp Volendam. Medische Evaluatie Ramp Volendam, fase 1: medisch rapport cafébrand Volendam 2001. Amsterdam: Onderzoeksteam Medische Evaluatie Ramp Volendam, 2003.

Procesplan Psychosociale hulpverlening bij ongevallen en rampen. Regio IJsselvecht. Zwolle, 2003.

Raad van RGF'en. Na woorden nu daden. GHOR-visiedocument 2002-2006.

Raad van RGF'en/AmbulanceZorg Nederland. Convenant Ambulancezorg en Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR), Utrecht/Zeist, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Acute zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerking in de medisch specialistische zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gemeente en zorg. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Raad voor het openbaar bestuur. Laag voor laag: aspecten van regionalisering. Den Haag: Rob, 2003a.

Raad voor het openbaar bestuur . Veiligheid op niveau. Een bestuurlijk perspectief op de toekomst van de veiligheidsregio's. p. 38. Den Haag: Rob, 2003b.

Raad voor het openbaar bestuur. Partners in veiligheid. Van verantwoordingsbocht naar lokale verantwoordelijkheid. Den Haag: Rob, 2002.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bijdrage aan het RVZ-advies over de inrichting en doelmatigheid van de acute zorg: Briefrapport. Bilthoven: RIVM, 2003.

Rijnconsult in opdracht van het ministerie van BZK. Gecolokeerde meldkamers: basisdocument 2003. Velp: Rijnconsult, 2003.

Schrijvers, A.J.P. De kwaliteit van de afhandeling van meldingen van burgers door meldkamers ambulancezorg. Utrecht: Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2002.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Wet van 13 december 2000 tot wijziging van de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen in verband met de ontkoppeling van de taken in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en zware ongevallen en de functie van de directeur van de gemeentelijke gezondheidsdienst. Staatsblad 2001, no. 13.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Acute zorg. Brief minister over de spreiding en beschikbaarheid van het ambulancevervoer en over de aansturing van de sector. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 29247-2

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Beleidsnota Rampenbestrijding 2000-2004. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2001-2002. No. 26956-11.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Acute zorg: brief van de minister van VWS met het standpunt op het RVZ-advies Acute zorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 29247-10.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Acute zorg: brief van de minister van VWS: beleidsvisie acute zorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 29247-1.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wijziging van de Brandweerwet 1985, de Wet rampen en zware ongevallen en de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen in verband met de bevordering van de kwaliteit van de rampenbestrijding door middel van een planmatige aanpak en de aanscherping van het provinciale toezicht en tot wijziging van de Wet ambulancevervoer (Wet kwaliteitsbevordering rampenbestrijding). Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2002-2004. No. 28644.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Interdepartementaal onderzoek: markt in de zorgsector. Brief met het kabinetsstandpunt op het RVZ-advies Marktconcentraties in de ziekenhuissector. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 27226-3.

Vereniging Nederlandse Gemeenten. Handreiking opzet Informatie- en Adviescentrum (IAC) na rampen. Den Haag: VNG, 2004.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten. Commissie-Brouwer. Krachten bundelen voor veiligheid: regionaal denken, lokaal doen. Den Haag: VNG, 2002.

Bijlage 5

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

| | | |
|-------|--|---------|
| 04/09 | De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur) | gratis |
| 04/08 | Gepaste zorg | € 15,00 |
| 04/07 | Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg) | € 15,00 |
| 04/06 | De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg) | € 15,00 |
| 04/04 | De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies | € 15,00 |
| 04/03 | Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel) | € 15,00 |
| 04/02 | Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel) | |
| 04/01 | De Staat van het Stelsel | € 15,00 |
| 03/15 | Acute zorg (achtergrondstudie) | € 15,00 |
| 03/14 | Acute zorg | € 15,00 |
| 03/13 | Gemeente en zorg (achtergrondstudie) | € 15,00 |
| 03/12 | Gemeente en zorg | € 15,00 |
| 03/10 | Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg) | € 15,00 |
| 03/09 | Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg) | € 15,00 |
| 03/08 | Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg | € 15,00 |
| 03/07 | Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant) | € 15,00 |
| 03/06 | Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant) | € 15,00 |

| | | |
|-------|---|---------|
| 03/05 | Van patiënt tot klant | € 15,00 |
| 03/04 | Marktwerving in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies | € 15,00 |
| 03/03 | Anticiperen op marktwerving (achtergrondstudie bij het advies Marktwerving in de medisch specialistische zorg) | € 15,00 |
| 03/02 | Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerving in de medisch specialistische zorg) | € 15,00 |
| 03/01 | Marktwerving in de medisch specialistische zorg | € 15,00 |
| 02/19 | Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg) | € 15,00 |
| 02/18 | Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg) | € 15,00 |
| 02/17 | Taakherschikking in de gezondheidszorg | |
| 02/15 | Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag) | € 15,00 |
| 02/14 | Gezondheid en gedrag | € 15,00 |
| 02/13 | De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid) | € 15,00 |
| 02/12 | Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid | € 15,00 |
| 02/11 | Biowetenschap en beleid | € 15,00 |
| 02/10 | Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving) | |
| 02/09 | Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM) | € 15,00 |
| 02/07 | Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht) | € 15,00 |
| 02/06 | Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht) | € 15,00 |
| 02/05 | E-health in zicht | |
| 02/04 | Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg) | € 15,00 |
| 02/03 | Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg) | € 15,00 |
| 02/02 | 'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg) | € 15,00 |

| | | |
|--------|--|---------|
| 02/01 | Winst en gezondheidszorg | € 15,00 |
| 01/11 | Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg) | € 13,61 |
| 01/10 | Volksgezondheid en zorg | € 13,61 |
| 01/09 | Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren) | € 13,61 |
| 01/08 | Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren) | € 13,61 |
| 01/07 | Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren | € 13,61 |
| 01/05 | Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie) | € 11,34 |
| 01/04E | Healthy without care | € 9,08 |
| 00/06 | Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier) | € 19,29 |
| 00/04 | De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld) | € 13,61 |
| 00/03 | De rollen verdeeld | € 13,61 |

Bijzondere publicaties

| | | |
|---------|---|---------|
| 04/05 | Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant) | € 15,00 |
| 03/11 | De wensen van zorgcliënten in Europa | € 15,00 |
| 02/16 | Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen | € 15,00 |
| 01M/02 | Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen | gratis |
| 01M/01E | E-health in the United States | € 11,34 |
| 01M/01 | E-health in de Verenigde Staten | € 9,08 |
| 01/03 | Publieksversie Verzekerd van zorg | € 6,81 |
| 01/02 | De RVZ over het zorgstelsel | € 9,08 |
| 01/01 | Management van beleidsadvies | € 11,34 |
| 00/05 | Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay) | € 6,81 |

Signalementen

| | | |
|-----------|---------------------------|---------|
| Sig 03/01 | Exploderende zorguitgaven | € 15,00 |
|-----------|---------------------------|---------|

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

| | |
|---------------------------------------|--------|
| Signalering Ethiek en Gezondheid 2003 | gratis |
| Signalering Ethiek en Gezondheid 2004 | gratis |
| De vertwijfeling van de mantelmeeuw | gratis |

Bijlage 6

Overzicht publicaties Rob

Adviezen

| | |
|---|----------------|
| Naar meer herkenbare kandidaten: Reactie op Naar een sterker parlement. | januari 2004 |
| Andere openbare lichamen in de Grondwet: Advies modernisering hoofdstuk 7 van de Grondwet deel III | december 2003 |
| De gekozen burgemeester: een kwestie van kiezen | november 2003 |
| Binnengemeentelijke decentralisatie (Gezamenlijk uitgebracht met de Raad voor de financiële verhoudingen) | september 2003 |
| Politiek en Media: Pleidooi voor een LAT-relatie | september 2003 |
| Trias informatica ICT en overheid in vogelvlucht | juli 2003 |
| Legio voor de regio: Bestuurlijke antwoorden op regionale vraagstukken | februari 2003 |
| Veiligheid op niveau: Een bestuurlijk perspectief op de toekomst van de veiligheidsregio's | februari 2003 |
| Provincies en gemeenten in de Grondwet: Advies modernisering hoofdstuk 7 van de Grondwet deel II | december 2002 |
| Presteren door leren: Benchmarks in het binnenlands bestuur | oktober 2002 |
| Het openbaar bestuur in de Grondwet: Advies modernisering Hoofdstuk 7 van de Grondwet deel I | mei 2002 |
| Partners in veiligheid, van verantwoordingsbocht naar lokale verantwoordelijkheid | april 2002 |
| Bestuurlijke inbedding veiligheidsregio's | april 2002 |
| Primaat in de polder, nieuwe verbindingen tussen politiek en samenleving | maart 2002 |

| | |
|---|----------------|
| Advies wetsvoorstel bestuur in stedelijke regio's | januari 2002 |
| Water in orde, Bestuurlijk-organisatorische aspecten van Integraal waterbeleid | december 2001 |
| Advies Evaluatie Kaderwet Adviescolleges | december 2001 |
| Steden zonder muren: Toekomst van het grotestedenbeleid (Gezamenlijk uitgebracht met de Raad voor de financiële verhoudingen) | november 2001 |
| Taakontwikkeling politie | juli 2001 |
| Advies Voorontwerp Wet elektronisch bestuurlijk verkeer | juni 2001 |
| Etniciteit, binding en burgerschap | april 2001 |
| De cultuur van dualisering (Gezamenlijk uitgebracht met de Raad voor de financiële verhoudingen) | maart 2001 |
| Reorganisatie rechterlijke macht | december 2000 |
| Stilstaan bij het regionaal verkeer en vervoer (Gezamenlijk uitgebracht met de Raad voor de financiële verhoudingen) | november 2000 |
| Advies ontwerp Nota Wonen | oktober 2000 |
| De kunst van het overlaten, maatwerk in decentralisatie (Gezamenlijk uitgebracht met de Raad voor de financiële verhoudingen) | september 2000 |
| Advies over de meerjarennota emancipatiebeleid | september 2000 |
| Bestuurlijke samenwerking en democratische controle | juni 2000 |
| Helder als glas; een pleidooi voor een burgergericht kwaliteitsconcept | juni 2000 |
| Staat van de jeugd? De relatie tussen jongeren en de overheid | maart 2000 |
| ICT en het recht om anoniem te zijn | januari 2000 |

| | |
|---|----------------|
| Op het toneel en achter de coulissen, de regiefunctie van gemeenten | december 1999 |
| Samen werken aan veiligheid, de bestuurlijke inbedding van de veiligheidsregio's | december 1999 |
| Het bestuurlijk kraakbeen | december 1999 |
| Bijzondere opsporingsdiensten | juni 1999 |
| Retoriek en realiteit van het integratiebeleid | maart 1999 |
| Kiezen zonder drempel, het kiesstelsel geactualiseerd | februari 1999 |
| De grenzen van de Internetdemocratie | december 1998 |
| De overheid de markt in- of uitprijzen? | december 1998 |
| Tussen staat en electoraat; politieke partijen op het snijvlak van overheid en samenleving | september 1998 |
| Wijken of herijken: nationaal bestuur en recht onder Europese invloed | september 1998 |
| Illegale Blijvers | april 1998 |
| Bestuurlijke betrekkingen tussen kabinet, VNG en IPO | april 1998 |
| Op de handhaving beschouwd; toezien op een versterkte en uitvoerbare lokale handhavingstructuur | april 1998 |
| Dienen en verdienen met ICT; over de toekomstige mogelijkheden van de publieke dienstverlening | april 1998 |
| Op de grens van monisme en dualisme Integriteit, een zaak van overheid en bedrijfsleven | oktober 1997 |
| Verscheidenheid in vervlechting; bestuurlijke instrumenten tussen proces en institutie | oktober 1997 |

Preadviezen

| | |
|---|----------------|
| Auke J. van Dijk (redactie), Laag voor laag, Aspecten van regionalisering | november 2003 |
| Auke J. van Dijk, Veiligheidsconstructie, Een maatschappelijk perspectief op de taakontwikkeling van de politie | mei 2001 |
| Stichting Alexander, <i>De Overheid in beeld, Beelden van jongeren aangaande de overheid als instituut en de overheid als werkgever</i> | maart 2000 |
| D.M. Berkhout e.a., De provincie in het vizier, Opstellen over het Nederlandse middenbestuur | december 1999 |
| S.A.H. Denters e.a., De regiefunctie in gemeenten | december 1999 |
| L.F.M. Besselink en R.J.G.M. Widdershoven, De juridische gevolgen van Europese integratie voor het nationaal beleid | september 1998 |
| A. Zuurmond e.a., Dienstverlening centraal, De uitdaging van ICT voor de publieke dienstverlening | april 1998 |
| O.J.D.M.L. Jansen, Bestuursrechtelijke en strafrechtelijke handhaving, bestuur en politie | januari 1998 |
| <i>Overige publicaties</i> | |
| Trias Informatica, Verslag van het symposium, 26 november 2003 | januari 2004 |
| Verslag middagconferentie 28 februari 2003 Grondwet en openbaar bestuur | november 2003 |
| Verslag van de eerste Rob-lezing Crisis en vernieuwing | november 2003 |
| Werkprogramma 2004 | september 2003 |
| Verslag minisymposium Grondrechten in veiligheid, Zoektocht naar een balans | september 2003 |
| De Druppel. Zes jaar adviezen van Rob en Rfv - CD-rom | maart 2003 |
| Jaarverslag 2002 | maart 2003 |
| Verslag congres, Na Paars: Een nieuwe sturingslogica? | november 2002 |

| | |
|---|----------------|
| Werkprogramma 2003 | september 2002 |
| Varen onder dezelfde vlag - Videoproductie | april 2002 |
| Jaarverslag 2001 | april 2002 |
| Werkprogramma 2002, Advieskader 2002-2005 | september 2001 |
| Jaarverslag 2000 | maart 2001 |
| Verslag symposium, Decentralisatie: De kunst van het overlaten | januari 2001 |
| Evaluatie van de Rob 1997-2000 | november 2000 |
| Werkprogramma 2001 | september 2000 |
| Jaarverslag 1999 | maart 2000 |
| Werkprogramma 2000 | september 1999 |
| Jaarverslag 1998 | maart 1999 |
| Werkprogramma 1999 | september 1998 |
| Verslag symposium, De gezondheidstoestand van het Nederlandse openbaar bestuur; Ziek of gezond? | maart 1998 |
| Jaarverslag 1997 | maart 1998 |
| Verslag studiemiddag, Sturingsinstrumenten en hun context De modernisering van het bestuursinstrumentarium bij (financiële) decentralisatie | september 1997 |
| Werkprogramma 1998 | september 1997 |

