

Analyse positionering ambulancezorg (RAV)

Per 1 januari 2021 zal de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) komen te vervallen en plaatsmaken voor de Wet ambulancevoorzieningen. De vraag die voorligt in deze analyse is wat de gevolgen zijn voor VRBZO van de inwerkingtreding van deze wet en welke stappen dientengevolge op ambtelijk en bestuurlijk niveau moeten worden gezet. Het doel is dan ook een analyse op hoofdlijnen te presenteren waaruit een handelingsperspectief voor VRBZO volgt.

Om te komen tot dit handelingsperspectief is deze analyse als volgt opgebouwd. De inleidende paragraaf bespreekt de ontwikkeling van de ambulancezorg in Nederland. Daarbij worden de nu geldende Twaz en de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen besproken en tegen elkaar afgezet. Vervolgens wordt de positionering van de RAV binnen de regio BZO besproken. Hierbij wordt ook ingegaan op het rapport dat AEF in januari 2015 hierover uitbracht. Na deze analyse volgt de conclusie, waarbij tot slot enkele aandachtspunten ten aanzien van het handelingsperspectief voor VRBZO worden benoemd.

I. Ontwikkeling ambulancezorg in Nederland

In 1971 treedt de Wet ambulancevervoer in werking. De oorsprong van deze wet ligt in 1962, het jaar dat de treinramp in Hamelen plaatsvindt. De hulpverlening bij de treinramp blijkt niet goed georganiseerd, wat pijnlijk duidelijk wordt als bijvoorbeeld de gebruikte brancards niet in alle ambulances passen. De wet voorziet daarom in de oprichting van 40 Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's) die de zorg moeten coördineren, onder verantwoordelijkheid van de provincies. De beschikbaarheidsnorm binnen 15 minuten wordt in de wet vastgelegd, evenals eisen aan gespecialiseerd personeel en materieel (SiRM, 2017).

De RAV wordt voor het eerst geïntroduceerd in een nota in 1997, welke betrekking heeft op spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen en in het bijzonder de ambulancezorg en de traumazorg. In diezelfde nota wordt de vorming van Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) bepleit als gewenste toekomstige organisatiestructuur voor ambulancezorg. De RAV moet daarmee verantwoordelijk worden voor de instandhouding van de meldkamer ambulancezorg en de rijdende dienst (SiRM, 2017). Om zaken in perspectief te plaatsen: in 1995 zijn er nog 129 ambulancediensten actief in Nederland, waarvan een groot gedeelte particulier georganiseerd. In de jaren erna komen steeds meer ambulancediensten in handen van overheidsdiensten (Ambulancezorg Nederland [AZN], 2017). Het proces van de vorming van RAV's wordt zo ingeluid.

In 2004 stuurt de toenmalig minister van VWS het wetsvoorstel voor de Wet ambulancezorg (Waz) naar de Tweede Kamer. Deze wet is een uitwerking van de eerder genoemde nota. In 2006 wordt de wet aangenomen in de Tweede Kamer en in 2008 ook in de Eerste Kamer. Het bijzondere van de Waz is dat deze echter nooit in werking treedt. De nieuwe wet blijkt in strijd met Europese regelgeving omtrent interne markt en mededinging en dat aanbieders een vergunning voor onbepaalde tijd zouden krijgen wordt onwenselijk geacht. In 2011 dient minister Schippers van VWS daarom een nieuw wetsvoorstel in, de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz).

Twaz

Met de tijdelijke wet veranderen een aantal zaken in het ambulancezorg landschap. Er komt een territoriale indeling gelijk aan veiligheidsregio's. De wet bepaalt voortaan dat er per regio slechts één aanbieder verantwoordelijk is voor ambulancezorg – de RAV – en niet langer meerdere aanbieders per provincie. Dat is dan ook het belangrijkste verschil met de situatie daarvoor toen er nog meer meerdere vergunningen per provincie

werden verleend. De RAV is een rechtspersoon en wordt door de minister aangewezen. Met de aanwijzing wordt de RAV – een zorginstelling conform de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) – aanspreekbaar op de beschikbaarheid en bereikbaarheid van ambulancezorg, professionele, kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg, patiëntenparticipatie en goed bestuur. Opvallend genoeg is het enige toetsingscriterium voor kwaliteit in de Twaz de 15-minutennorm (d.w.z. in 95% van de gevallen moet de RAV binnen 15 minuten ter plaatste zijn). Kwaliteit is echter in hoge mate 'dichtgeregeld' via andere wetten (AEF, 2015). Daarnaast is ambulancezorg in Nederland geprotocolleerd via het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA), wat uniformiteit en kwaliteit ten goede komt.

De aanwijzing van de RAV geldt voor een periode van 5 jaar, gelijk aan de duur van de tijdelijke wet. Die periode kon vervolgens worden benut om te zoeken naar een structurele oplossing, die recht doet aan de wensen van het parlement en voldoet aan Europese wet- en regelgeving. Bovendien kon zo beter worden ingespeeld op ontwikkelingen binnen het acute zorglandschap, zoals de toegenomen vraag naar acute zorg, noodzaak tot meer coördinatie en ontwikkelingen op het gebied van de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS).

In het wetsvoorstel staat dat op 1 december 2011 er in iedere regio één RAV diende te zijn. De RAV-vorming werd daarmee op die datum formeel afgerond. In 2012 stemmen eerst de Tweede Kamer en vervolgens de Eerste Kamer in met het wetsvoorstel, waarna de Twaz op 01-01-2013 in werking treedt. In 2017 wordt vervolgens de tijdelijke wet met periode van maximaal 3 jaar verlengd.

Wet ambulancevoorzieningen

Recent (respectievelijk 30 juni en 7 juli) is het wetsvoorstel Wet ambulancevoorzieningen aangenomen door de Tweede en Eerste Kamer. Deze wet vervangt de Twaz en regelt dat de monopolypositie van RAV's in de nieuwe wet gehandhaafd blijft. Per regio blijft er één RAV als aanbieder en deze wordt voor onbepaalde tijd aangewezen als uitvoerder van ambulancezorg. De RAV heeft daarmee niet alleen het alleenrecht maar ook de plicht om ambulancezorg te leveren. Het voornaamste doel dat de wetgever met de wet beoogt is het waarborgen van continuïteit, waarbij de zorg voor de patiënt centraal staat.

De financiering in de Wet ambulancevoorzieningen is vanwege dezelfde reden onveranderd ten opzichte van de Twaz. In beide wetten loopt de inkoop en financiering van ambulancezorg via de zorgverzekeraars (in representatie). Dit wil zeggen dat de twee grootste zorgverzekeraars in de regio inkopen namens alle zorgverzekeraars. Sinds 2014 is er daarbij sprake van budgetbekostiging en is er beperkt ruimte voor zorgverzekeraars om te onderhandelen over de vergoeding die voor ambulanceritten wordt verstrekt. De tarieven voor iedere RAV zijn dan ook gelijk. Deze worden bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van vaste budgetparameters en gedegen kostenonderzoek. Uitgangspunt is dat het budget kostendekkend is.

Naast de leverplicht van RAV's hebben zorgverzekeraars in de nieuwe wet een 'zorgplicht'. Dit betekent in de praktijk dat zorgverzekeraars de 15-minutennorm moeten kunnen garanderen. Dit resulteert er in dat zorgverzekeraars dus niet kunnen onderhandelen over tarieven, maar wel over aantallen diensten, standplaatsen, opleidingen of kwaliteitsverbeteringen. Verder ligt het financiële risico formeel gezien bij de RAV..

Heet hangijzer in de Wet ambulancevoorzieningen is het aanmerken van ambulancezorg als 'niet-economische dienst van algemeen belang' (NEDAB). Typische diensten die tot deze categorie behoren zijn bijvoorbeeld het handhaven van de openbare orde en de rechtspraak. Europese staatssteunregels zijn dus niet op deze diensten van toepassing. Door ambulancezorg deze classificatie toe te kennen, valt ambulancezorg niet onder de verdragsregels met betrekking tot interne markt en mededinging. De Raad van State is echter kritisch en stelt dat

het: “(...) *in het licht van de rechtspraak zeer onzeker is dat met het wetsvoorstel de ambulancezorg als NEDAB is aan te merken en daarmee van de werkingssfeer van de regels inzake het vrij verkeer is uitgesloten*” (Ministerie van VWS, 2020). Met name over de niet-spoedeisende (planbare) ambulancezorg heeft de Raad van State grote twijfels. De wetgever meent echter dat spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en dus in zijn geheel als NEDAB kunnen worden aangemerkt. Welke mening de Europese Commissie is toegedaan is nog niet bekend. Het risico bestaat echter dat de Commissie Nederland in gebreke zal stellen voor de aanwijzing van de huidige RAV's voor onbepaalde duur. Ook zouden andere potentiële aanbieders zich tot de rechter kunnen wenden (van Schelven & Reijmerink, 2020).

De Wet ambulancevoorzieningen wijkt op nog een aantal punten af van de Twaz. Vanwege de toebedeelde monopoliepositie worden RAV's voortaan op een aantal punten wat strikter gereguleerd. RAV's moeten bijvoorbeeld een gescheiden boekhouding hanteren tussen de ambulancezorg waarvoor ze zijn aangewezen en eventuele andere activiteiten. Verder moeten wijzigingen van rechtsvorm en zeggenschapsconstructies worden voorgelegd aan de minister. Daarnaast kunnen er via de wet ook regels worden gesteld over eventuele winstuitkeringen van RAV's. Tot slot wordt – op verzoek van de Raad van State – een nieuwe versie van het Kwaliteitskader Ambulancezorg ontwikkeld met normen en bijbehorende indicatoren voor kwaliteit.

II. Positionering RAV BZO

Zoals al kort benoemd reden er in Nederland van oudsher veel verschillende ambulancediensten, zowel publiek als privaat georganiseerd. Met de vorming van RAV's moesten de meldkamers en verschillende ambulancediensten opgaan in één organisatie. Zo ook in regio BZO, waar de RAV is voortgekomen uit een fusie van de ambulancediensten GGD Eindhoven, GGD Zuidoost Brabant, Ambulancedienst van Gompel BV en de CPA Regio Eindhoven.

Inmiddels bestaat er een breed palet aan organisatiestructuren van RAV's. Allereerst kan het onderscheid worden gemaakt tussen publiek en privaat georganiseerde RAV's. De privaat georganiseerde RAV's kunnen op hun beurt ook weer verschillende rechtsvormen hebben, zoals een B.V., een coöperatie of een stichting. De publiek georganiseerde RAV kunnen eveneens verschillend gepositioneerd zijn. Een aantal RAV's is georganiseerd binnen de gemeenschappelijke regeling (GR) van een GGD. Het komt ook voor dat de RAV is georganiseerd binnen de GR van een veiligheidsregio. Daarnaast is het mogelijk de RAV te organiseren binnen de GGD én veiligheidsregio, als onderdeel van één en dezelfde GR, óf als onderdeel van twee aparte GR's. Voor die laatste vorm is binnen de regio BZO gekozen (AEF, 2015).

Een en ander is volgt geformuleerd. In de GR van de GGD staat: “*De GGD heeft tot doel een bijdrage te leveren aan de publieke gezondheidszorg en de ambulancezorg.*” De taak die hierbij hoort is het ontwikkelen en in stand houden van een dienst voor de uitvoering van publieke gezondheidszorg en ambulancezorg. In de toelichting staat vermeld dat ambulancezorg een onderdeel is van het takenpakket van de GGD. Het betreft de uitvoering van ambulancezorg, terwijl de veiligheidsregio vergunninghouder is.

De GR-tekst van VRBZO (2015) vermeldt dat de veiligheidsregio het doel heeft om de belangen te behartigen van de deelnemende gemeenten op een aantal gebieden, waaronder ambulancezorg. Daarbij wordt aangetekend dat dit geldt “*voor zover en voor zolang daartoe de Veiligheidsregio vergunninghouder is als bedoeld in de Wet ambulancezorg.*” Bovendien wordt in de toelichting vermeld dat er dan ook geen wettelijke verplichting rust op het

uitvoering geven aan de taken van de RAV door de veiligheidsregio – in tegenstelling tot de andere genoemde taken.

Beide partijen hebben afspraken gemaakt over de onderlinge verhoudingen inzake ambulancezorg middels een dienstverleningsovereenkomst (DVO). De laatste DVO stamt uit 2016, kent een looptijd voor onbepaalde tijd en is nog immer geldig. De DVO regelt zaken op het gebied van de operationele uitvoering van ambulancezorg, de financiën en de verdeling van verantwoordelijkheden. Gekoppeld aan de DVO zit een uitvoeringsmandaat voor de manager van de RAV van de directeur GGD. Deze is ondertekend door zowel de GGD als VRBZO en kent eenzelfde looptijd als de DVO.

VRBZO krijgt jaarlijks een vergoeding voor het laten uitvoeren van ambulancezorg. Dit bedrag wordt vanuit de zorgverzekeraars aan de GGD overgemaakt als vergoeding voor de dienstverlening. De DVO laat de mogelijkheid aan de GGD en de Veiligheidsregio om eventuele kosten die onderling verrekend worden in de vergoeding te verwerken. Dat gebeurt ook in het geval van ondersteuning van VRBZO aan de RAV met de inzet van First Responder teams en het tillen van patiënten die de RAV niet zelf kan verplaatsen. Ieder jaar wordt een voorschot ingehouden en vindt een eindafrekening plaats op basis van nacalculatie.

Onderzoek AEF

In 2015 heeft VRBZO onderzoek laten doen door een extern bureau naar de meest geschikte positionering van de RAV. Aanleiding voor dit rapport was de hybride organisatiestructuur van de RAV, die maakte dat de RAV deels bij de GGD, deels bij VRBZO ondergebracht was.

Meer specifiek stond de hybride organisatiestructuur ter discussie met het oog op de verwachte aanbesteding die zou volgen als de Twaz zou aflopen. Er werd gevreesd dat die structuur met zijn inefficiënties niet de meest concurrerende inschrijving kon bewerkstelligen. Voor een zo goed mogelijke uitgangspositie moest de RAV in één hand worden georganiseerd; onderwerp van onderzoek was bij welke organisatie.

Het onderzoek wees uit dat, gelet op de inefficiënte aansturing, de samenvoeging *an sich* meer voordelen oplevert dan een specifieke keuze voor één van beide organisaties. Op basis van een viertal hoofdargumenten komt het rapport tot de conclusie dat de RAV het beste binnen de GGD kan worden georganiseerd.

Respectievelijk:

- a. Het kwaliteitsbeleid sluit beter aan bij de GGD dan bij VRBZO.
- b. De aansluiting met andere partijen in de spoedzorgketen is beter vanuit de GGD.
- c. De frictiekosten in het geval van organiseren bij de GGD zijn lager.
- d. Een tegenargument is de betere aansluiting met de hulpverleningsketen via de GHOR, welke onderdeel is van de VRBZO. Door de dubbelfunctie van de directeur Publieke Gezondheid als hoofd van de GHOR en de GGD is afstemming echter in principe geborgd.

Ontvlechting RAV en VRBZO

Op basis van de bovenstaande argumenten is in gesprek tussen dhr. Daenen (namens het bestuur GGD) en mevr. Donders (namens het bestuur VRBZO) een principeakkoord gesloten om de RAV bij de GGD te positioneren per 01-01-2016. Dat akkoord is vervolgens bekrachtigd door Algemeen Bestuur GGD en het Algemeen Bestuur VRBZO. Het bedrijfsbureau ter ondersteuning van de leiding van de RAV

is zodoende per 01-01-2016 overgegaan naar de GGD. Hier werken de medisch manager, klachtenfunctionaris en beleidsadviseurs en hier is ook het opleidingsbureau RAV ingericht (AEF, 2015). Destijds bleef de meldkamer ambulancezorg nog in beheer van de Veiligheidsregio, om ontwikkelingen op het gebied van de Landelijke Meldkamerorganisatie (LMO) af te wachten. Zo werd voorkomen dat werknemers van de meldkamer mogelijk twee keer in korte tijd van werkgever moesten veranderen.

Als gevolg van een kabinetsbesluit van kabinet Rutte I is namelijk de meldkamerstructuur in Nederland op de schop gegaan. Er werd besloten tot een transitie van 25 meldkamers naar één landelijke meldkamerorganisatie met 10 locaties. Het beheer van meldkamers wordt ondergebracht bij de politie in het kader van de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS) en tegelijkertijd blijven de hulpdiensten (politie, brandweer, ambulance en Koninklijke Marechaussee) zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van de eigen meldkamerfunctie. Voor VRBZO, GGD BZO en de politie Oost-Brabant betekende dat de instelling van de Meldkamer Oost-Brabant. Als gevolg van deze ontwikkelingen is het personeel van de meldkamer ambulancezorg, in dienst van VRBZO, middels een sociaal plan overgedragen aan GGD BZO. Per 01-01-2019 zijn zij in dienst getreden van GGD BZO.

Daarnaast is vanaf 01-01-2016 de directeur GGD (tevens in de hoedanigheid van Directeur Publieke Gezondheid verantwoordelijk voor de GHOR) benoemd als onbezoldigd directeur van de RAV. Daarmee is de aansturing van de gehele 'witte kolom' in één hand gelegd en, met uitzondering van de GHOR, geen taak meer van de directeur VRBZO. In de periode dat het ambulance meldkamerpersoneel nog niet 'over' was, was de nieuwe directeur door middel van een mandaatregeling ook al verantwoordelijk voor de personele zorg van iedereen binnen het taakveld ambulancezorg.

III. Conclusie

Om zorgcontinuïteit te kunnen blijven borgen heeft de wetgever ervoor gekozen dat de huidige RAV's voor onbepaalde tijd ambulancezorg kunnen blijven bieden (MvT, 2020). Dit is een duidelijk andere constructie dan waarop was geanticipeerd. De *aanleiding* van het onderzoek van AEF naar de positionering van de RAV is daarmee achterhaald: er komt geen aanbesteding. Het onderzoek zelf is daarmee niet achterhaald. Op basis van argumenten, die in dit stuk nog eens zijn herhaald, werd geconcludeerd dat het onderbrengen van de RAV bij één organisatie *an sich* meer voordelen oplevert dan een specifieke keuze voor één van beide organisaties. Op basis van de argumenten wordt geconcludeerd dat de RAV het beste binnen de GGD kan worden georganiseerd. Deze analyse ziet geen reden om te twijfelen aan deze argumentatie.

Bestuurlijk werd ingestemd met de conclusies van het AEF onderzoek en vervolgens is (sinds 2016) de RAV in materiële zin stap voor stap onder de GGD komen te vallen zoals hierboven beschreven. Budgettair veranderde er echter niets, conform de nog immer geldende DVO die stamt uit 2007 tussen VRBZO en GGD BZO. De veiligheidsregio kreeg nog steeds de vergoeding voor het doen verlenen van ambulancezorg. Dit bedrag werd, behoudens enkele verrekeningen, één op één overgemaakt aan de GGD voor het uitvoeren van de ambulancezorg. Dit zorgt echter voor een onplezierige bijkomstigheid in het traject rondom de controle van de jaarrekening van de veiligheidsregio. In gesprek met Erik Grummels (senior adviseur financieel beleid VRBZO) werd duidelijk dat de veiligheidsregio voor deze controle afhankelijk is van de jaarrekening van de GGD. Dit levert telkens de nodige vertraging op en dat is onwenselijk.

Vergunninghouderschap VRBZO

Rest nog de vraag hoe VRBZO ervoor zorgt dat het budget wat zij jaarlijks krijgt toegekend voor het doen uitvoeren van ambulancezorg voortaan rechtstreeks wordt overgemaakt aan GGD BZO. Daarbij stuitte deze

analyse op iets eigenaardigs. In de komende alinea's zal daarom aandacht worden besteed aan het vergunninghouderschap van VRBZO in het kader van ambulancezorg. Er zal op basis van nadere bestudering van relevante wetten en stukken worden betoogd dat VRBZO geen vergunninghouder is voor het doen verlenen van ambulancezorg.

Op enig moment is VRBZO vergunninghouder geworden voor het doen verlenen van ambulancezorg. .

Deze vergunning is verleend onder de toenmalige Wet ambulancevervoer. De Wet ambulancevervoer kent namelijk een vergunningstelsel. Zo bepaalt artikel 2, lid 1, dat: "Het is verboden ambulancevervoer te verrichten: a. zonder vergunning van gedeputeerde staten van de provincie waar de centrale post is gelegen voor het gebied waarop de aanvraag betrekking heeft".¹ Zoals al eerder vermeld was het de provincie toegestaan meerdere vergunningen te verlenen en konden er dus meerdere aanbieders binnen een provincie opereren.

De opvolger van de Wet ambulancevervoer is de Twaz, welke is ingegaan op 01-01-2013. Onder de Twaz geldt er geen vergunningensysteem meer. De memorie van toelichting van de Twaz² zegt daarover het volgende:

"Met dit voorstel is gekozen om per ambulanceregio tijdelijk in een aanwijzing van een Regionale Ambulancevoorziening te voorzien die exclusief deze dienstverlening verricht. Daarbij wordt niet langer uitgegaan van een vergunningensysteem, maar van een systeem waarbij de aanbieder per regio wordt aangewezen.

Nadere bestudering van de Twaz zoals geldig op 01-01-2013³ leidt tot eenzelfde conclusie. Artikel 4, lid 1 stelt: "Per regio is er een Regionale Ambulancevoorziening die is aangewezen bij of krachtens artikel 6." De verwarring ontstaat wellicht bij het bestuderen van artikel 6. Hoewel een lastig te lezen artikel, regelt het artikel slechts dat de minister een rechtspersoon aanwijst als RAV die ambulancevervoer mag verlenen. "Onze Minister wijst als Regionale Ambulancevoorziening aan de rechtspersoon die op 1 december 2011 in een regio (...)". Daarbij waren een aantal scenario's mogelijk die in lid 1 en 2 zijn uitgewerkt. Lid 5 van artikel 6 Twaz vermeld bovendien: "Onze Minister doet in de Staatscourant mededeling welke rechtspersoon in een regio Regionale Ambulancevoorziening is." Dat besluit is inderdaad gepubliceerd, zie noot.⁴ Het besluit vermeldt dat VRBZO is aangewezen als RAV. In dat besluit ligt dan ook de crux. VRBZO is aangewezen als RAV, en ontvangt dus ook het RAV budget. Je kunt hierin niet langer meer spreken van vergunninghouder, in tegenstelling tot wat in diverse stukken (inclusief de artikelsgewijze toelichting van GR-tekst van de GGD) staat vermeld.

In de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen, die vanaf 01-01-2021 in werking zal treden, blijft de aanwijssystematiek door de minister gehandhaafd. In het inmiddels aangenomen wetsvoorstel staat in artikel 4, lid 2: "Onze Minister wijst per regio een rechtspersoon als Regionale Ambulancevoorziening aan."⁵ De memorie van toelichting⁶ vermeldt dat "de continuïteit is gediend met het verlenen van aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan de huidige aanbieders van ambulancezorg." Concluderend dat een hernieuwde aanwijzing van VRBZO als RAV, met het oog op de gekozen materiële ontvlechting en onwenselijke vertraging bij de controle van de jaarrekening niet de meest logische en/of wenselijke keuze is, verdient het de aanbeveling om

¹ Zie: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0002757/2010-10-01>

² Zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32854-3.html>

³ Zie: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2012-208.html>

⁴ Zie: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0032303/2013-01-01>

⁵ Zie: https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/05/26/wetsvoorstel-wet-ambulancevoorzieningen/Voorstel_van_wet_ambulancevoorzieningen.pdf

⁶ Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/26/memorie-van-toelichting-wetsvoorstel-wet-ambulancevoorzieningen>

gezamenlijk met de GGD de minister te verzoeken de GGD aan te wijzen als RAV. Een dergelijke aanwijzing, hoewel het formele wijziging van de aanwijzing betreft, is passend zowel naar de letter als in geest der wet. De aanwijzing van de GGD als RAV doet volledig recht aan het streven naar continuïteit van ambulancezorg in de regio Brabant-Zuidoost.

Handelingsperspectief

Al het bovenstaande in ogenschouw nemend kan het volgende worden geconcludeerd:

- VRBZO en GGD BZO dienen de minister gezamenlijk te verzoeken de GGD aan te wijzen als RAV onder de Wet ambulancevoorzieningen, geldig per 01-01-2021.
- Ambtelijk dient dientengevolge het nodige werk te worden verzet, ten minste te weten:
 - Het aanpassen van de GR-tekst van VRBZO (en mogelijk ook de GR-tekst van de GGD)
 - Het opzeggen van de DVO / aangaan van een nieuwe DVO met inbegrip van de overeenkomst m.b.t. First Responders. Deze laatste expireert met het expireren van de Twaz
 - Het aanpassen / intrekken van diverse mandaatregelingen
 - Het aanpassen van het convenant betreffende de samenwerking tussen GHOR en RAV
- Bestuurlijk dienen de gewijzigde GR-teksten vervolgens te worden vastgesteld.
- In organisatorische zin is de materiële ontvlechting van de RAV naar alle waarschijnlijkheid voltooid. Het aan te bevelen nader een blik te werpen op de eerder gedane aanbevelingen van AEF, te weten:
 - Afspraken tussen GHOR en RAV over vormen van samenwerking en de inzet van de RAV bij oefeningen
 - Spreiding van ambulance uitrijposten / brandweerposten i.v.m. synergievoordelen (o.a. in navolging van het onderzoek naar positionering van Botter⁷, status mij onbekend)
 - (Strategische) samenwerking tussen VRBZO en de GGD

⁷ Zie: http://vrbzo-corsaws01/scripts/wsisa_dll/WService=ws_corsa/post/showscan.r?object_type=S&object_id=P148536&rnd=default1595248919767_0.6129726395842948