

Vergaderjaar 2019–2020

35 471

Regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen (Wet ambulancevoorzieningen)

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Aanleiding

De aanleiding voor de Wet ambulancevoorzieningen is het aflopen van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) per 1 januari 2021. De keuze voor de tijdelijke wet was er mede in gelegen dat er ontwikkelingen gaande waren in de acute zorg, die maakten dat het lastig was om een structurele wet te maken. Ook nu zijn er nog steeds veel ontwikkelingen in de acute zorg in het algemeen en de ambulancezorg in het bijzonder. Te denken valt aan de toename van de vraag naar acute zorg, de noodzaak tot meer coördinatie in de acute zorgketen en de schaarste aan personeel. Ontwikkelingen in het zorglandschap zoals sluitingen van afdelingen spoedeisende hulp en acute verloskunde hebben gevolgen voor de ambulancezorg. Er wordt gelukkig in de keten van de acute zorg in toenemende mate samengewerkt, onder andere in het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ). Dat overleg waarin de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) één van de partners is, krijgt een betere wettelijke basis¹. Het totale aantal meldkamers daalt van 25 naar 10, om tot een verbetering in de organisatie en werkwijze van de meldkamers te komen. 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. Een belangrijk uitgangspunt is colocatie. Dit houdt in dat alle hulpdiensten die werkzaam zijn in het werkgebied van een meldkamer, fysiek bij elkaar zitten op die meldkamer, gebruik maken van dezelfde ondersteunende systemen en de werkprocessen zoveel mogelijk afstemmen. Het doel hiervan is dat multidisciplinaire aansturing van de aanpak van incidenten, noodhulp-verlening en multidisciplinaire coördinatie bij rampenbestrijding en crisisbeheersing zo goed mogelijk kunnen verlopen. Er is een Kwaliteitskader Spoedzorgketen opgesteld door veldpartijen en op basis van het Actieplan Ambulancezorg zijn tripartiete kwaliteitssignalen en

¹ Kamerstukken II, 2018–2019, 29 247, nr. 264.

indicatoren voor de ambulancezorg opgesteld. Binnen de ambulancezorg is sprake van toenemende functiedifferentiatie om de juiste zorgverlener in te zetten voor de zorgvraag.

De wereld van de acute zorg zal in beweging blijven om te zorgen dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek van de juiste zorgverlener ontvangen. De inrichting van de ambulancezorg moet zodanig zijn dat aan deze voortdurende ontwikkelingen (mede) vorm kan worden gegeven, waarbij het belang van goede zorg voor de patiënt centraal staat. De Wet ambulancevoorzieningen beoogt zekerheid te bieden over ambulancevoorzieningen in de toekomst. Dit komt de continuïteit en kwaliteit, waaronder innovatie, van de ambulancevoorzieningen ten goede.

2. Doel

Als het gaat om ambulancezorg staan continuïteit en kwaliteit van de zorg voor de patiënt voorop. Ambulancezorg moet te allen tijde 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar en van goede kwaliteit zijn. Andere deelnemers aan de acute zorgketen zoals de huisartsenposten en de spoedeisende hulpafdelingen van ziekenhuizen moeten te allen tijde op de ambulancezorg kunnen bouwen en stabiele samenwerkingsafspraken hebben. Dat geldt zeker ook in situaties van crisis, waarin opgeschaalde zorg nodig is en samenwerking met alle bij zorg en veiligheid betrokken partijen van levensbelang is. Ook voor gemeenten is een goed georganiseerde ambulancezorg van belang, onder andere vanwege de taken die gemeenten hebben in het kader van hun verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheidszorg, het welzijn van kwetsbare groepen en voor orde en veiligheid. Het is van belang dat partijen in de acute zorg in de regio en de partijen in de veiligheidsregio op elkaar zijn ingespeeld en elkaar «blindelings» kunnen vertrouwen. In dat licht moet (periodieke) discontinuïteit worden vermeden.

Het waarborgen van de continuïteit van de cruciale schakel die de ambulancezorg is in de keten van acute zorg, vergt sterke publieke waarborgen. Dat betekent in de eerste plaats dat in de wet wordt geregeld dat er – zoals thans ook het geval is – per veiligheidsregio één aanbieder is, die niet alleen het alleenrecht heeft om ambulancezorg te leveren, maar ook de plicht heeft om deze zorg te leveren. Samen met de zorgplicht van de zorgverzekeraar en de inkooprol die de zorgverzekeraar heeft in de gehele acute zorg biedt dit een borging voor de continuïteit van de ambulancezorg als integraal onderdeel van de keten van acute zorg. Een goed georganiseerde keten van acute zorg biedt ook meer waarborgen voor een goede zorgverlening bij crises en rampen.

Ten tweede is de continuïteit gediend met het verlenen van aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan de huidige aanbieders van ambulancezorg. Dit voorkomt discontinuïteit als gevolg van wisseling van aanbieders. Het geeft rust onder medewerkers, hetgeen erg belangrijk is voor de medewerkers, de kwaliteit van de zorg die zij leveren en het behoud van de medewerkers voor de ambulancezorg. Het geeft ook rust bij ketenpartners en bevordert investeringen in kwaliteit voor de langere termijn. Doordat de huidige RAV's de ambulancezorg voor onbepaalde tijd kunnen blijven bieden weten patiënten, partners in de zorgketen en partners in de veiligheidsketen waar ze aan toe zijn.

In de derde plaats vereist het belang van de continuïteit het voortzetten van inkoop van ambulancezorg door zorgverzekeraars in representatie, dat wil zeggen dat de twee grootste zorgverzekeraars in de regio inkopen namens alle zorgverzekeraars. De representerende zorgverzekeraars zijn door de leden van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangewezen om namens hen een overeenkomst af te sluiten met de verschillende RAV's. Door deze wijze van inkopen zijn de beschikbaarheid van ambulancezorg en de financiering van die beschikbaarheid het beste gediend.

3. Verantwoordelijkheid van de overheid voor de ambulancevoorzieningen

3.1 Ambulancezorg als niet economische dienst van algemeen belang

Een eerder wetsvoorstel ten aanzien van de Ambulancezorg, dat voorzag in een vergunning voor vier jaar voor één aanbieder per regio te verlenen via aanbesteding, is door de Tweede Kamer door een amendement Arib, Koşer Kaya, Schippers)². De Raad van State was in 2009 kritisch over de concept-algemene maatregel van bestuur gebaseerd op die wet. Het toenmalige demissionaire kabinet heeft geen definitief besluit genomen over het vervolg van de ordening. De voorgenomen wet is niet in werking getreden. In plaats daarvan is besloten de ordening van de ambulancezorg neer te leggen in een tijdelijke wet, de Twaz. De tijdelijkheid van de wet gaf ruimte om een visie over de structurele ordening te ontwikkelen. De vervaldatum van de Twaz was oorspronkelijk 1 januari 2018, maar de wet is met drie jaar verlengd tot 1 januari 2021.

Voor deze wet is een andere insteek gekozen dan in het genoemde eerdere wetsvoorstel. De ambulancezorg in Nederland kan aangemerkt worden als een niet-economische dienst van algemeen belang (NEDAB). De regering acht de ambulancezorg een dienst van algemeen belang omdat deze een publiek belang dient en het verschil kan betekenen tussen leven en dood. De ambulancezorg is een cruciale schakel in onze gezondheidszorg waarbij er in de meldkamer wordt samengewerkt met andere publieke diensten zoals de brandweer en de politie. Het gevolg van de classificatie van de ambulancezorg als een NEDAB is dat de bepalingen van de over het vrij verkeer uit het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) niet van toepassing zijn. Dit wordt bevestigd door Protocol 26 bij het Verdrag van Lissabon waarin is neergelegd dat de bepalingen van de verdragen op generlei wijze afbreuk doen aan de bevoegdheid van lidstaten om niet-economische diensten van algemeen belang te verrichten, te doen verrichten en te organiseren.³ De vraag of een dienst moet worden aangemerkt als economisch hangt sterk af van de specifieke wetgeving van de lidstaat en kan per lidstaat verschillen⁴. Om deze reden geeft de Europese Commissie ook aan dat ze geen lijst kan verstrekken van diensten die als zuiver sociaal kunnen worden aangemerkt.⁵ Met betrekking tot de ambulancediensten heeft de Europese Commissie aangegeven dat deze afhankelijk van de omstandigheden al dan niet economisch van aard kunnen zijn.⁶ Het is mogelijk voor een dienst om van economisch naar niet-economisch te gaan door politieke keuzes of economische ontwikkelingen⁷. Met het invoeren van de Twaz heeft deze switch aangevangen. Bij de invoering van de Twaz zijn tijdelijk de monopolies per regio ingevoerd. Deze switch wordt verder versterkt door de striktere regulering die in deze wet is neergelegd. Dat er sprake is van een niet-economische activiteit voor wat betreft de ambulancezorg volgt onder andere uit het feit dat ambulancezorg strikt is gereguleerd. Uitsluitend op basis van zorg specifieke overwegingen wordt bepaald of een ambulance uitrijdt en welke oproep prioriteit krijgt.

² Kamerstukken II, 2005–2006, 29 835, nr. 20.

³ Artikel 2 van Protocol 26 VEU betreffende de diensten van algemeen belang, Publicatieblad Nr. 115 van 09/05/2008 blz. 0308 – 0308.

⁴ Gevoegde zaken C-159/91 en C-160/91 Poucet en Pistre.

⁵ Mededeling van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economische belang verleende compensatie (PbEU 11 januari 2012, 2012/C/8/02), punt 14.

⁶ Zie de in 2007 verschenen Memo 07/45 met meest gestelde vragen over de Mededeling DAB.

⁷ Mededeling van de Commissie betreffende de toepassing van de staatssteunregels van de Europese Unie op voor het verrichten van diensten van algemeen economische belang verleende compensatie (PbEU 11 januari 2012, 2012/C/8/02), punt 12.

Economische overwegingen spelen daarbij geen enkele rol. Omdat deze zorg voorbehouden is aan de RAV kan er ook niet door derden, zoals de zorgverzekeraar, besloten worden om een alternatieve zorgaanbieder in te zetten. Bovendien is er geen concurrentie op de markt. De RAV's hebben een monopolie binnen hun eigen regio en hoeven niet te concurreren met andere aanbieders. Daarbij is er geen periodieke hernieuwing van de aanwijzingen waardoor er geen concurrentie om de markt kan ontstaan. Dit heeft de regering ook zo beoogd. Vanwege het feit dat het gebruik van een ambulance een puur zorginhoudelijke overweging is, en daarmee niet-economisch van aard, is er geen reden om een onderscheid te maken tussen spoedeisende ambulancezorg en niet spoedeisende of planbare zorg. Beide vormen van zorg zijn voorbehouden aan de RAV en kennen geen concurrentie op of om de markt. Spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Veelal worden dezelfde medewerkers en dezelfde ambulances ingezet voor zowel spoedeisende, als niet spoedeisende ambulancezorg. Als er geen spoedeisende ritten zijn, wordt het ambulance-team ingezet voor niet spoedeisende ritten die vooraf gepland kunnen worden. Als een team onderweg is naar een niet spoedeisende rit, maar er komt een spoedoproep, dan kan de niet spoedeisende rit afgebroken worden en voor de spoedrit ingezet worden. Dit geeft flexibiliteit in de beschikbaarheid, zorgt dat teams op rustige momenten niet onnodig stil zitten, houdt de bekwaamheid van medewerkers op peil en geeft medewerkers de mogelijkheid om heftige spoedritten af te wisselen met rustigere zorg. Zonder de combinatie van spoed- en niet spoedeisende ritten zou de spoedeisende ambulancezorg duurder worden, omdat er voldoende beschikbaarheid moet zijn van medewerkers en auto's voor de spoedeisende zorg en er op rustige momenten geen niet spoedeisende ritten gereden worden. Voor de ambulancezorg als geheel zou er meer personeel moeten zijn, wat gezien de schaarste lastig te realiseren zou zijn. Juist vanwege die schaarste zullen er als gevolg van een eventuele splitsing van spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg gezondheidsrisico's ontstaan. Gegeven de huidige capaciteit aan ambulances en personeel kan bij een splitsing de continuïteit van de spoedeisende zorg niet gegarandeerd worden. Op piekmomenten en bij crises en rampen ontstaat mogelijk een tekort aan ambulancezorgprofessionals en ambulances. Wellicht zou bij een splitsing tussen spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg een deel van de medewerkers kiezen voor rustigere ritten, waardoor de schaarste aan personeel voor de spoedeisende ritten groter wordt. Het is maar zeer de vraag of andere aanbieders niet spoedeisende ambulancezorg beter, tijdiger of goedkoper zouden kunnen leveren dan RAV's. RAV's zijn immers ingericht op beschikbaarheid en moeten vanwege de spoedeisende zorg aan hoge kwaliteitseisen voldoen. Het Hof van Justitie heeft in het verleden geoordeeld dat, mocht een klein deel van een dienst toch als economisch worden aangemerkt, dit opgaat in het geheel van een niet-economische dienst.⁸

Een recent voorbeeld uit de praktijk onderstreept de noodzaak om spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg in één hand te houden. Tijdens de corona crisis bleek er een hoge dichtheid COVID-19 patiënten te zijn op de intensive care afdelingen (IC's) van de ziekenhuizen in Noord-Brabant en Limburg en een zeer lage dichtheid aan IC-patiënten in de Noordelijke provincies. Om de zorg overal in Nederland gelijk te belasten en behapbaar te houden voor de zorgverleners in de ziekenhuizen in Noord-Brabant en Limburg, moesten er patiënten vanuit

⁸ Vgl Arrest HvJ 19 mei 1993, ECLI:EU:C:1993:198 (C-320/91 Corbeau) arrest HvJ 12 juli 2012, ECLI:EU:C:2012:449 (C-138/11 Compass Datenbank), arrest Gerecht 28 september 2017, ECLI:EU:T:2017:675 (T-138/15 Aanbestedingskalender e.a./Commissie), arrest HvJ 7 november 2019, ECLI:EU:C:2019:932 (C-687/17 Aanbestedingskalender e.a./ Commissie).

Noord-Brabant en Limburg in groten getale uitgeplaatst worden naar de noordelijke provincies. Dit betrof hoog complexe niet spoedeisende ambulancezorg die werd geleverd in ALS ambulances door ambulanceverpleegkundigen.

Door de maatregelen van het Kabinet om de corona crisis te bestrijden, zoals het opschorten van de scholing van ambulancepersoneel en het in grote mate stil leggen van het openbare leven, was er weinig vraag naar spoedeisende ambulancezorg en een grote beschikbaarheid van ambulances en ambulanceverpleegkundigen. De benodigde capaciteit voor het uitplaatsen van IC-patiënten naar de noordelijke provincies werd onttrokken aan de capaciteit die normaal gesproken beschikbaar is voor de spoedeisende ambulancezorg. Bij deze inzet van ambulances speelden alleen zorg-specifieke overwegingen een rol. Deze situatie laat voorts zien dat spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

Er zijn meerdere elementen van de ambulancezorg die onderstrepen dat het geheel van de ambulancezorg een dienst van zuiver sociale aard is, en daarmee niet-economisch:

- Iedere vorm van concurrentie is uitgesloten. Per regio is er maar één RAV.
- RAV's hebben op dit moment de plicht om ervoor te zorgen dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de zogeheten A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is.⁹
- De RAV's moeten schriftelijke afspraken maken met het bestuur van de veiligheidsregio's over de samenwerking in de meldkamers. Het bestuur van de veiligheidsregio kan eisen vaststellen waaraan de RAV met betrekking tot de meldkamer voor de daadwerkelijke ambulancezorg moet voldoen.¹⁰
- De Minister van Justitie en Veiligheid kan de RAV een aanwijzing geven over de inzet van ambulances.¹¹
- Ook de burgemeester kan de RAV in de regio waarvan zijn gemeente deel uitmaakt, aanwijzingen geven indien dat naar zijn oordeel noodzakelijk is uit een oogpunt van openbare orde.¹²
- RAV's bepalen verder uitsluitend op basis van zorg specifieke overwegingen of een ambulance uitrijdt en welke oproep prioriteit krijgt; economische overwegingen spelen daarbij geen enkele rol.
- Toewijzing van ritten in grensgebieden van RAV's geschiedt op basis van onderlinge afstemming tussen RAV's. Voor ritten nabij de grens met België en Duitsland dienen RAV's eveneens afspraken te maken met de Duitse of Belgische meldkamers en ambulancediensten die het aangaat. Ook hier spelen economische overwegingen geen enkele rol; het gaat enkel om de vraag welke partij vanuit zorg specifieke overwegingen (kort gezegd afstand, urgentie) het beste gepositioneerd is om de rit uit te voeren.
- Er is ten aanzien van de vergoeding van de ambulancezorg geen ruimte voor vrije onderhandelingen tussen RAV's en de zorgverzekeraars en slechts beperkte ruimte voor onderhandelingen over het volume. Daar komt bij dat alleen de twee grootste verzekeraars in de regio bij deze «onderhandelingen» zijn betrokken en de afspraken vervolgens voor alle verzekeraars in gelijke mate gelden.
- Verzekeraars hebben in een individueel geval geen zeggenschap over de inschakeling van een ambulance. Voor zover verzekeraars economische motieven zouden kunnen hebben om al dan niet een ambulancedienst te laten uitvoeren, kunnen die motieven geen enkele rol spelen

⁹ Zie artikel 7 van de Regeling Twaz.

¹⁰ Zie artikel 35 Wvr.

¹¹ Zie artikel 51 Wvr.

¹² Zie artikel 6 Wvr.

bij een individuele melding/oproep. Verzekeraars zijn daar ook niet bij betrokken, zij krijgen enkel na afloop de rekening gepresenteerd op basis van de door de overheid (lees: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)) vastgestelde tarieven.

Naast de al bestaande kenmerken in de wetgeving voor de ambulancezorg zijn er in deze wet extra maatregelen genomen om de status van de ambulancezorg als niet-economisch te verhelderen en ook op bepaalde punten (nog) strikter te reguleren. Hierbij wordt onder andere aan de RAV's de verplichting opgelegd om een gescheiden boekhouding te hanteren wanneer zij ook andere activiteiten ontplooiën dan het leveren van de ambulancezorg die aan hen is voorbehouden. Er worden vanuit de gedachte van het monopolie voor onbepaalde tijd ook maatregelen genomen om de overheidsinvloed te vergroten. Zo vergen fusie en wijziging van rechtsvorm de toestemming van de Minister en moeten rechtshandelingen die gevolgen hebben voor de zeggenschap over de RAV gemeld worden aan de Minister.

3.2 Verantwoordelijkheidsverdeling met betrekking tot de ambulancevoorzieningen

Bij de kwaliteit en de toegankelijkheid van de ambulancezorg zijn veel partijen betrokken, met ieder hun eigen verantwoordelijkheid.

- De RAV heeft de plicht om voldoende en goede ambulancezorg te leveren.
- De zorgverzekeraar heeft zorgplicht. Deze zorgplicht heeft betrekking op het beschikbaar stellen van voldoende en goede ambulancezorg en wordt geconcretiseerd in normen zoals op dit moment de normen dat de ambulance in spoedgevallen en onder normale omstandigheden in 95% van de gevallen binnen 15 minuten na ontvangst van de melding bij de patiënt moet zijn en dat 97% van de mensen binnen 12 minuten rijtijd per ambulance bereikbaar moet zijn. Voor de naleving van deze zorgplicht kan de zorgverzekeraar niet met de RAV onderhandelen over de tarieven van ritten, maar wel over bijvoorbeeld aantallen diensten, standplaatsen, opleidingen of kwaliteitsverbeteringen.
- De Minister is draagt zorg voor de duurzame veiligstelling van de ambulancevoorzieningen. Dit uit zich op verschillende manieren:
 - De Minister wijst de RAV's aan en kan de aanwijzing intrekken;
 - De Minister stelt eisen aan de RAV's;
 - De Minister is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van cruciale zorg, waaronder ambulancezorg.

De Minister neemt niet de zorgplicht over van de zorgverzekeraar.

- De interne toezichthouder van de RAV ziet toe op het functioneren van het bestuur en het bestuur heeft tot taak voldoende en goede ambulancezorg te leveren.
- De IGJ ziet toe op de naleving van de bepalingen in deze wet (en bijvoorbeeld ook die in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, Wkkgz) door zorgaanbieders en heeft een handavingsinstrumentarium. De Minister zal de IGJ om advies vragen bij een voornemen tot intrekking van een aanwijzing en verstrekking van een aanwijzing aan een nieuwe aanbieder.
- De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars, na de in werkingtreding van de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza) op de jaarverantwoording door de RAV's en, op basis van deze wet, het scheiden van geldstromen. De NZa heeft daartoe een handavingsinstrumentarium. De Minister zal de NZa om advies vragen bij een voornemen tot intrekking van een aanwijzing en verstrekking van een aanwijzing aan een nieuwe zorgaanbieder.
- De RAV neemt deel aan het ROAZ-overleg of de ROAZ-overleggen in haar regio. In het ROAZ worden afspraken gemaakt over de beschik-

baarheid en bereikbaarheid van acute zorg, dus ook van ambulancezorg. Deze afspraken zijn behulpzaam voor de zorgverzekeraar bij zijn inkoop van de acute zorg in het algemeen en van de ambulancezorg in het bijzonder.

- De RAV's werken in de meldkamer samen met de brandweer, de politie en de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR). In een aantal regio's is de veiligheidsregio de aanbieder van ambulancezorg. Bij het aanwijzen van een eventuele nieuwe aanbieder van ambulancezorg brengt de veiligheidsregio advies uit aan de Minister.
- Bij de publieke RAV's hebben gemeenten een rol. De publieke RAV's leggen verantwoording af aan de gemeenten in hun (veiligheids)regio.
- Op grond van de Wet op de ondernemingsraden resp. de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018 hebben de ondernemingsraad en de cliëntenraad advies- of instemmingsrechten.

De Minister heeft een overkoepelende verantwoordelijkheid voor het duurzaam veilig stellen van de ambulancevoorzieningen. De RAV heeft een uitvoerende verantwoordelijkheid. De leverplicht van de RAV en de zorgplicht van de zorgverzekeraar vullen elkaar aan. RAV en zorgverzekeraar moeten samen afspraken maken over de beschikbaarheid van voldoende en goede ambulancezorg. Als de Minister signaleert dat de kwaliteit of toegankelijkheid van de ambulancezorg in het geding is, attendeert hij de IGJ (kwaliteit) en/of de NZa (toegankelijkheid) daarop. Ook IGJ en NZa kunnen signaleren of de kwaliteit en de toegankelijkheid in het geding zijn of daarover signalen ontvangen vanuit het zorgveld of van zorgverzekeraars. Zo nodig kan de IGJ handhaven richting de RAV. De NZa kan handhaven richting de zorgverzekeraar (of richting de RAV als het gaat om scheiding van geldstromen of continuïteit). Mocht de inzet van het instrumentarium door de IGJ en de NZa niet tot voldoende resultaat leiden, dan kan de Minister een bewindvoerder aanstellen of in het uiterste geval de aanwijzing van de RAV intrekken en een nieuwe RAV aanwijzen, gehoord de zorgverzekeraar, het traumacentrum en de veiligheidsregio. De wettelijke verantwoordelijkheid van Onze Minister om zorg te dragen voor de duurzame veiligstelling van de ambulancevoorzieningen uit zich onder andere in de categorisering van de ambulancezorg als cruciale zorg. In de uitzonderlijke situatie waarin de zorgverzekeraar niet langer kan voldoen aan zijn zorgplicht met betrekking tot het leveren van ambulancezorg, en de zorgverzekeraar kan aantonen al het mogelijke te hebben gedaan om de continuïteit van de ambulancezorg te borgen, maar hier desondanks niet in kan slagen, is Onze Minister verantwoordelijk voor het instellen van een vangnetstichting en/of het intrekken van de aanwijzing en het aanwijzen van een andere rechtspersoon. De zorgplicht van artikel 11 Zorgverzekeringswet (Zvw) blijft onverminderd van toepassing, evenals het toezicht van de NZa op naleving van deze zorgplicht.

In verband met de vergunningen voor onbepaalde tijd zijn de volgende nieuwe elementen aangebracht ten opzichte van de Twaz:

- De Minister draagt zorg voor de duurzame veiligstelling van de ambulancevoorzieningen;
- RAV's en leden van de RAV's die de vorm van een coöperatie hebben moeten een aparte financiële bedrijfsvoering hebben voor aan de RAV's voorbehouden ambulancezorg;
- Met het oog op kwaliteitsverbetering: periodieke onderlinge visitatie van de RAV's, mogelijkheid van terugmelding van gegevens door de Spoedeisende Hulp afdeling (SEH) aan de RAV, medische eindverantwoordelijkheid moet geregeld zijn binnen de RAV;
- Extra bepalingen over de governance bij RAV's;
- Fusies tussen RAV's na goedkeuring door de Minister toegestaan.

3.3 Waarom geen concessieverlening?

De Raad van State ziet een systeem van concessieverlening als een voor de hand liggend en minst ingrijpend alternatief voor het gekozen stelsel. Voor een systeem van concessieverlening is niet gekozen, omdat dit systeem periodieke discontinuïteit geeft in de aanbieders van ambulancezorg. Hoewel bij de gunningsprocedures eisen kunnen worden gesteld aan kwaliteit en continuïteit, inclusief overname van personeel, ontstaat er periodieke onzekerheid als er na de concessieperiode toetreding van nieuwe aanbieders mogelijk is. Aangezien de terugverdientijd van investeringen in de ambulancezorg relatief kort is, namelijk circa vijf jaar, zal die onzekerheid zich telkens na circa vijf jaar voordoen. Concessieverlening leidt tot periodieke onzekerheid bij patiënten, werknemers en ketenpartners in zorg en veiligheid. De samenwerking tussen zorgaanbieders in de acute keten is zeer belangrijk en wordt gezien de eisen die worden gesteld aan de kwaliteit van de zorg in combinatie met de schaarste aan personeel steeds belangrijker. Periodiek wisselende aanbieders van ambulancezorg zouden steeds opnieuw afspraken moeten maken in de zorg- en veiligheidsketens, ook over situaties van rampen of crises. Het maken van afspraken tussen ketenpartners vergt dat men elkaar kent. Veranderingen in afspraken of onduidelijkheden in afspraken kunnen leiden tot fouten en kwaliteitsverlies. Werknemers verkeren steeds in onzekerheid over wie in de toekomst hun werkgever is en verlaten misschien wel de sector. Rondom de wisseling van aanbieders moeten overdrachten plaats vinden met kans op fouten en discontinuïteiten. Wellicht gaan aanbieders aan het eind van de concessieperiode minder investeren in kwaliteit uit onzekerheid over de toekomst. Ook is er in dit stelsel onzekerheid over de mate waarin er geconcurrereerd zal worden om de concessies: zijn er voldoende potentiële aanbieders, kunnen aanbieders zich vooraf voldoende onderscheiden op kwaliteit?

3.4 Waarom geen publieke voorziening?

De Raad van State geeft aan dat als wordt vastgehouden aan zorgaanbieders voor onbepaalde tijd, het in de rede ligt om te kiezen voor een publieke voorziening. Een publieke voorziening maken van de ambulancezorg zou betekenen dat de ambulancezorg uit het zorgstelsel wordt gehaald. Zorgverzekeraars hebben dan geen rol meer bij de inkoop van ambulancezorg, terwijl die zorg sterk, en in steeds grotere mate, samenhangt met de rest van de acute zorg, die zorgverzekeraars inkopen. De publieke ambulancedienst die wordt aangestuurd door de overheid gaat dan samenwerken met private partijen in de zorgketen, bijvoorbeeld met huisartsenposten en ziekenhuizen en in het regionaal overleg acute zorgketen. Dat zijn allemaal partijen die te maken hebben met zorginkoop door zorgverzekeraars.

Het ligt niet voor de hand om van de niet spoedeisende ambulancezorg een publieke voorziening te maken. Als er alleen een publieke voorziening komt voor de spoedeisende ambulancezorg, dan komen er verschillende regimes en aanbieders voor spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg. In paragraaf 3.1 is aangegeven dat deze beide juist onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden.

In deze optie ontstaat een discontinuïteit bij het in werking treden van de nieuwe wet. Er zijn nu private ambulancediensten die dan «onteigend» moeten worden. Dit geeft veel onrust bij medewerkers, patiënten, ketenpartners en zou een behoorlijke overgangstermijn vergen en compensatie vereisen. De huidige publieke diensten kennen allemaal verschillende vormen, ze zijn ondergebracht bij een GGD, een veiligheidsregio of zijn een gemeenschappelijke regeling alleen voor ambulancezorg.

Daar kan een discontinuïteit ontstaan als daar meer eenheid in gebracht zou worden of als er een rijksdienst zou komen. Als een publieke dienst ervoor mag kiezen het daadwerkelijk leveren van ambulancezorg uit te besteden, kan alsnog periodieke discontinuïteit ontstaan in de feitelijke aanbieder van ambulancezorg.

4. Wat is ambulancezorg?

4.1 Wanneer is sprake van ambulancezorg?

Een heldere definitie van het begrip «ambulancezorg» is van belang om de reikwijdte van het alleenrecht en de leverplicht van de RAV af te bakenen.

Er is sprake van ambulancezorg als

- a. de verzekerde redelijkerwijs op deze vorm van zorg is aangewezen en
- b. indien vervoer, dan vervoer in een ambulance en
- c. in opdracht van de RAV beroepsmatig verleende zorg door een ambulancezorgprofessional en
- d. verlenen van ambulancezorg binnen Nederland.

Ad a. Is de verzekerde redelijkerwijs aangewezen op deze zorg?

Ambulancezorg is alleen aangewezen als er een medische noodzaak is en een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op ambulancezorg. De Zvw heeft als doel om individuele verzekerden te verzekeren tegen de kosten van medische zorg, waarbij alleen medisch noodzakelijke en effectieve zorg betaald wordt.

Een verzekerde kan «redelijkerwijs aangewezen» zijn op ambulancezorg:

- vanwege de (vermeende) spoedeisendheid van de inzet van geneeskundige zorg (eerste hulp van een ambulancezorgprofessional met zijn uitrusting);
- vanwege de (vermeende) spoedeisendheid van vervoer (met spoed overbrengen naar een plek waar adequate zorg geleverd kan worden);
- vanwege de behoefte aan vervoer met de middelen en infrastructuur van een ambulance (hetzij van het voertuig; hetzij van de ambulancezorgprofessional).

De zorgverlener kijkt aan de hand van zorginhoudelijke, oftewel medische criteria naar de gezondheidsklachten van de patiënt (artikel 14 Zvw). Deze criteria zijn door de beroepsgroepen nader uitgewerkt in medische richtlijnen, die onderdeel zijn van de opleiding en de praktijk van zorgprofessionals. De medische indicatie¹³ kan zich voordoen doordat zich een bepaald medisch risico of voorval (ziekte, ongeval) voordoet en wordt vervolgens al dan niet vastgesteld. Die medische indicatie kan liggen in het psychische of het somatische domein of beide. De zorgverlener beoordeelt vervolgens of de klacht van de patiënt dusdanig is dat de patiënt redelijkerwijs op behandeling is aangewezen (artikel 2.1 Besluit zorgverzekering (Bzv)). Ook hier baseert hij zich op de richtlijnen van zijn eigen beroepsgroep.

Ambulancezorg is alleen aangewezen als er een medische noodzaak is tot ambulancezorg. In veel gevallen zal het gaan om een medische noodzaak tot verpleegkundige zorg. Een professional van de RAV bepaalt of ambulancezorg nodig is. Met een protocol als ondersteuning bepaalt die of ambulancezorg nodig is, of dat bijvoorbeeld volstaan kan worden met zelfzorg, of dat een bezoek aan of door de huisarts of vervoer per taxi meer aangewezen is. Het is immers niet de bedoeling dat een ambulance wordt ingezet omdat de te vervoeren persoon geen taxi kan betalen of

¹³ Voor een nadere toelichting op de begrippen medische indicatie en medische noodzaak zie de brief van 21 juni 2019, Kamerstukken II, 2018–2019, 29 689, nr. 998.

omdat het gemakkelijker is om een ambulance te regelen dan een regiotaxi van de gemeente. Indien een persoon incidenteel of periodiek naar het ziekenhuis moet en niet zelfstandig kan reizen, een beperking heeft op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en geen beroep kan doen op artikel 2.14 Bzv voor ziekenvervoer en ook niet op zijn netwerk, dan is de regiotaxi het aangewezen vervoermiddel. Zoals hierboven aangegeven kan zowel somatische als psychische problematiek de aanleiding vormen voor ambulancezorg. De medische noodzaak kan zowel gelegen zijn in (een vermoeden van) somatische als psychische aandoeningen. De aard van de zorgvraag kan aanleiding geven tot de inzet van verschillende vervoermiddelen en ambulancezorg-professionals.

Ad b. Is er sprake van een ambulance?

Een ambulance is een voor het verlenen van zorg aan en vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter. De ambulance en de inventaris zijn afgestemd op de geldende kwaliteitskaders en protocollen voor ambulancezorg en voldoen aan overige relevante wet- en regelgeving. Voorbeelden van ambulances zijn:

- Een ALS ambulance («advanced life support»), de ambulance met volledige uitrusting voor onder andere spoedgevallen die met betrekking tot het uiterlijk van de auto voldoet aan de door de Minister van Justitie en Veiligheid voorgeschreven «huisstijl voor ambulance en GHOR» (met op de ambulance aangebrachte retroreflecterende OOV-stripping, letters, cijfers of tekens) en door de Minister van Infrastructuur en Waterstaat voorgeschreven optische en geluidssignalen;
- Een mobiele intensive care unit (MICU), een ambulance die specifiek is ontworpen voor de zorg aan en het vervoer van IC-patiënten;
- Een zorgambulance, een ambulance voor patiënten met een laag complexe zorgvraag;
- Een psycholance, een voertuig ingericht voor het vervoer van en de zorgverlening aan mensen met een psychiatrische aandoening. Van belang is dat de auto prikkelarm is en zittend vervoer mogelijk maakt. Ook moet een naaste kunnen meerijden. Afhankelijk van nog op te stellen kwaliteitseisen, kan het gaan om een «gewone», nauwelijks aangepaste auto, die al dan niet herkenbaar is als een ambulance. Basic life support handelingen moeten kunnen worden uitgevoerd.
- Een ambulancehelikopter, voor het vervoer van patiënten vanaf de Waddeneilanden.
- Een vaartuig, voor het verlenen van zorg aan en vervoer van patiënten over water. Momenteel wordt er in Nederland alleen op de Friese binnenwateren een ambulanceboot ingezet. Op de boot is dezelfde apparatuur aanwezig als in een «gewone» ambulance, zoals een hartmonitor, een defibrillator en een brancard. De ambulanceboten worden bemand door speciaal opgeleide (vrijwillige) schippers en door een ambulanceteam van de RAV. De ambulanceboot wordt op dit moment echter alleen ingezet voor evenementen. Op de boot wordt dus geen ambulancezorg geleverd, maar evenementenzorg.

De bovenstaande lijst is tijdgebonden en niet uitputtend.

Geen ambulance is bijvoorbeeld:

- Een (lig)taxi. Een (lig)taxi is weliswaar ingericht voor het vervoer van zieken en gewonden, maar niet voor het verlenen van zorg.
- Een reddingsboot.
- Een auto van het Rode Kruis, een wensambulance of dierenambulance of een auto die wordt gebruikt bij evenementenzorg.
- Een SAR helikopter. Deze is bedoeld voor «Search en Rescue», het snel opsporen en effectief redden van in nood verkerende bemanningen en

passagiers van schepen, luchtvaartuigen en mijnbouwinstallaties of mensen betrokken bij andere activiteiten op zee; een taak die is voorbehouden aan de Kustwacht.

- Een voertuig dat niet bestemd is voor vervoer van de patiënt, zoals een auto waarin (uitsluitend) zorgverleners worden vervoerd, bijvoorbeeld een auto waarin medewerkers van de RAV, de huisartsenpost of de crisisdienst van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden vervoerd, zonder dat daarin patiënten worden meegenomen (bijvoorbeeld een piketauto of een visite-auto van of voor een huisartsenpost) of een motor of een fiets waarmee een rapid responder zich verplaatst. De (trauma)helikopter van het mobiel medisch team (MMT) is geen ambulance. Deze vervoert de zorgverleners van het MMT en alleen in uitzonderingsgevallen, als dat belangrijke tijdswinst oplevert, wordt de patiënt meegenomen.
- Een ambulancevliegtuig dat vliegt vanuit het buitenland naar een Nederlandse luchthaven of van een Nederlandse luchthaven naar het buitenland.

Voor de vraag of een voertuig wel of geen ambulance is, is niet van belang wiens eigendom het voertuig is, maar wel of het in gebruik is bij een RAV of een onderaannemer van een RAV en wordt ingezet in opdracht van een RAV. Ambulances, (trauma)helikopters, voertuigen voor rapid responders en andere voertuigen die worden ingezet bij het verlenen van ambulancezorg of het verlenen van zorg door mobiele medische teams moeten bij de meldkamer ambulancezorg (MKA) geregistreerd staan opdat de meldkamer weet welk voertuig waar is en welk voertuig beschikbaar is. Onderaannemers mogen alleen voertuigen inzetten die zijn uitgerust met de door de Minister van Justitie en Veiligheid voorgeschreven «huisstijl voor ambulance en GHOR» als zij daarvoor toestemming hebben van het Instituut Fysieke Veiligheid – namens de staat – en alleen dan, als het voertuig uitsluitend voor deze werkzaamheden wordt gebruikt.

Ad c. Is er sprake van beroepsmatige zorg door een ambulancezorgprofessional in opdracht van de RAV?

Er moet sprake zijn van beroepsmatige zorg door bevoegde en bekwame ambulancezorgprofessionals die handelen volgens de wettelijke regels en professionele standaard, onder de verantwoordelijkheid van de medisch eindverantwoordelijke van de RAV en in opdracht van de RAV.

Het gaat om werken in opdracht van de RAV. Het is niet van belang of de ambulancezorgprofessional bij de RAV of een onderaannemer in dienst is of niet.

Ambulancezorg hoeft niet altijd gepaard te gaan met vervoer. Het is ook denkbaar dat ambulancezorgprofessionals ter plaatse zorg verlenen, waarna de patiënt niet vervoerd hoeft te worden (ook «mobiel zorgconsult» of voorheen «eerste hulp geen vervoer» (EHGV) genoemd). Niet alleen verpleegkundigen leveren ambulancezorg, bijvoorbeeld ook verzorgenden kunnen bepaalde vormen van ambulancezorg verlenen. Steeds zijn inzet- en uitsluitcriteria nodig, criteria op basis waarvan bepaalde voertuigen en bepaalde ambulancezorgprofessionals wel of juist niet ingezet mogen worden voor een zorgvraag. Met het oog op goede zorg is van belang dat de juiste zorgverlener met de juiste bevoegd- en bekwaamheden wordt ingezet. Kwaliteitskaders geven uitsluitsel over in welke gevallen welke bevoegd- en bekwaamheden nodig zijn. Op deze manier leidt zorgdifferentiatie tot de meest passende zorg in elke situatie en kunnen de hoogst opgeleiden in de meest ingewikkelde en spoedeisende situaties ingezet worden. Innovaties in werkwijze en verbeteringen in kwaliteit en doelmatigheid mogen niet belemmerd worden door in de wet vast te leggen welke ambulancezorgprofessional welke ambulanc-

cezorg mag leveren¹⁴. Het moet wel helder zijn welk niveau van bevoegdheid en bekwaamheid nodig is voor het verlenen van bepaalde vormen van ambulancezorg.

Vooralsnog is het de bedoeling in de ministeriële regeling de volgende ambulancezorgprofessionals aan te wijzen voor de verschillende onderdelen en niveaus van de ambulancezorg.

Hoogcomplexe ambulancezorg

De ambulancezorgprofessional werkzaam in de hoogcomplexe ambulancezorg is deskundig, bevoegd en bekwaam voor het verlenen van zorg op ten minste het niveau van het vigerende Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Hierdoor kan op systematische en methodische wijze de zorgvraag van de patiënt worden geanalyseerd en hoogcomplex ambulancezorg worden verleend.

Ambulancezorgprofessionals die voldoen aan het expertisegebied ambulanceverpleegkundigen (V&VN, 2015) kunnen en mogen hoogcomplex ambulancezorg verlenen. De meeste handelingen die door de ambulanceverpleegkundige worden verricht, zijn verpleegkundige handelingen. Daarnaast worden geneeskundige handelingen verricht. De ambulanceverpleegkundige verricht werkzaamheden op een zodanig niveau, dat aan de kwaliteitseisen van spoedeisend en hoogcomplex medisch- en verpleegkundig handelen wordt voldaan.

Afhankelijk van de ontwikkelingen in het veld zal op basis van de benodigde deskundigheidseisen eventueel op termijn de bachelor medisch hulpverlener en/of de modulair opgeleide acute zorg verpleegkundige bevoegd en bekwaam zijn om hoogcomplex ambulancezorg te mogen en kunnen verlenen volgens de kwaliteitskaders van de sector. Gedurende de looptijd van het experiment is de bachelor medisch hulpverlener bevoegd om hoogcomplex ambulancezorg te leveren.

De ambulancechauffeur bestuurt de ambulance en assisteert de ambulancezorgprofessional die hoogcomplex ambulancezorg verleent. De ambulancechauffeur is bevoegd op basis van een CZO gecertificeerde opleiding. De ambulancechauffeur beschikt hiermee over specifieke medische (assisterende) vaardigheden. De ambulancechauffeur is verantwoordelijk voor het veilig besturen van de ambulance naar de patiënt of het incident en voor het veilig vervoer van de patiënt in de ambulance en is opgeleid in het rijden met optische en geluidssignalen.

Middencomplex ambulancezorg

Middencomplex ambulancezorg is ambulancezorg die verpleegkundige handelingen vraagt met betrekking tot bijvoorbeeld pijnstilling of ritmebewaking, maar die geen geneeskundige handelingen vraagt die een ambulanceverpleegkundige, bachelor medisch hulpverlener (of verpleegkundig specialist of physician assistant die tevens ambulanceverpleegkundige zijn) wel mogen doen.

Laagcomplex ambulancezorg

Laagcomplex ambulancezorg is ambulancezorg op basis van routines, standaardprocedures of combinaties van standaardprocedures. Het gaat om verzorgende handelingen. De individuele ambulancezorgprofessional is verzorgende individuele gezondheidszorg en is bevoegd door een door de RAV aangeboden opleiding met succes af te ronden. De ambulancezorgprofessional is opgeleid om als EHBO'er op te treden en om verantwoord incidentmanagement toe te passen.

¹⁴ Kamerstukken II, 2018–2019, 29 247, nr. 270.

De chauffeur midden- en laagcomplex zorg bestuurt de ambulance en assisteert de ambulancezorgprofessional die midden- of laag complexe ambulancezorg verleent. Hierbij is hij of zij verantwoordelijk voor een comfortabel vervoer van de patiënt plus meerijsende mantelzorgers of naasten. De individuele chauffeur midden- en laagcomplex zorg is bevoegd door een door de RAV aangeboden opleiding met succes af te ronden. Ook is deze chauffeur opgeleid om als EHBO'er op te treden en om verantwoord incidentmanagement toe te passen.

Ambulancezorg op de meldkamer

De ambulancezorgprofessional die inhoud geeft aan het meldkamerproces, biedt geprotocolleerde zorg conform een triagesystematiek die voldoet aan de landelijke eisen. Deze zorgprofessional is bevoegd en bekwaam voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie, zorginstructie en zelfzorgadvies. De individuele ambulancezorgprofessional is verpleegkundige en bevoegd door een relevante CZO gecertificeerde opleiding Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg.

De uitgiftecentralist op de meldkamer verzorgt het logistieke proces, plant de zorg en overlegt over de prioriteiten in de zorgtoewijzing. De uitgiftecentralist werkt volgens vaste procedures en routines. Van de uitgiftecentralist wordt verwacht dat hij of zij via dynamisch ambulancemanagement voortdurend een zo groot mogelijke spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg realiseert in het verzorgingsgebied.

Medisch management ambulancezorg

De ambulancezorgprofessional die verantwoordelijk is voor de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de ambulancezorg binnen de RAV is volgens het huidige Professioneel statuut Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) een arts die is ingeschreven in het BIG-register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG. Deze ambulancezorgprofessional heeft als taken onder andere: toezien op de bevoegdheid en bekwaamheid van ambulancezorgverleners in het kader van de Wet BIG, het opstellen en uitvoeren van een bekwaamheidsbeleid conform het landelijk fundament bekwaamheid, waarbinnen het verkrijgen van de bekwaamheid gefaciliteerd en getoetst wordt, betrokkenheid bij het formuleren van het medische beleid, toezien op de uitvoering van het medische beleid en de toepassing van protocollen binnen de ambulancezorg, medisch-inhoudelijke afstemming met ketenpartners en toezien op de uitvoering van de in de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) vastgelegde rechten en plichten van patiënt en hulpverlener.

Afhankelijk van de ontwikkelingen in het veld kunnen op termijn andere niveaus van ambulancezorg worden vastgesteld. Hiervoor zullen in de kwaliteitskaders van de sector minimale deskundigheidseisen worden vastgesteld van ambulancezorgprofessionals, die bevoegd en bekwaam worden geacht om op dat niveau ambulancezorg te mogen verlenen.

Hoewel er op dit moment een kwaliteitskader acute psychiatrie ambulancezorg¹⁵ is waarin eisen worden gesteld aan zorgverleners, vragen ook de ontwikkelingen met betrekking tot het vervoer van personen met verward gedrag, om nadere definiëring van minimale deskundigheidseisen voor de zorgverlener en chauffeur die personen met psychiatrische proble-

¹⁵ Kwaliteitskader (acute) psychiatrie ambulancezorg van AZN, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), 2015.

matiek vervoeren en aan deze mensen zorg verlenen. Aan een actualisering van dit kwaliteitskader wordt dan ook gewerkt.

Geen ambulancezorgprofessionals zijn bijvoorbeeld:

- First responders. Een first responder is een hulpverlener, die als eerste ter plaatse komt en die competent is eerste hulp te verlenen in een situatie waarin dit noodzakelijk is, in afwachting van een ambulance. Naast professionele hulpverleners, bijvoorbeeld brandweermensen, kunnen ook getrainde vrijwilligers als first responder worden ingezet.
- Zorgverleners in een MMT. Een MMT bestaat uit een gespecialiseerde arts, een gespecialiseerd verpleegkundige en een chauffeur of piloot en levert pre-hospitale medisch specialistische zorg. Het MMT levert ter plekke specialistische acute medische zorg aan zeer ernstig zieken of gewonden of bij grootschalige ongevallen. Het MMT is gekoppeld aan een traumacentrum. De zorg door het MMT vormt een aanvulling op de ambulancezorgverlening.
- Ambulanceverpleegkundigen die in de vrije tijd evenementenzorg verlenen. Zij verlenen deze zorg op dat moment niet in opdracht van de RAV.
- Overigens kan een RAV evenementenzorg verlenen in aanvulling op de wettelijke taak van het verlenen van ambulancezorg. Ook in dat geval is geen sprake van beroepsmatige zorg door een ambulancezorgprofessional in opdracht van de RAV en dus geen sprake van ambulancezorg in de zin van deze wet. Als een RAV met een ambulancezorgprofessional een patiënt van het evenemententerrein naar een zorginstelling vervoert in opdracht van de RAV, dan is wel sprake van ambulancezorg. Een aanbieder van evenementenzorg die geen RAV is mag een patiënt wel vervoeren op het evenemententerrein, maar niet daarbuiten.

Ad d Wordt de ambulancezorg in Nederland verleend?

Of sprake is van ambulancezorg op grond van deze wet hangt af van waar de zorgverlening plaatsvindt. Deze wet geldt alleen voor zorg die wordt geleverd in Nederland. Daarbij geldt het gemeentelijk gebied waarop de Wet Veiligheidsregio's (Wvr) van toepassing is; voor het kustgebied gaat het over de Noordzee tot en met 1 kilometer uit de kust, gemeten vanuit de basislijn (de laagwaterlijn tot in de zee). Door in de wettekst een verwijzing naar de Wvr op te nemen, vervalt automatisch ook toepasselijkheid op Caribisch Nederland (Bonaire, Sint Eustatius en Saba), omdat daar niet de Wvr van toepassing is maar de Veiligheidswet BES. De Wet Ambulancevoorzieningen is van toepassing als een buitenlandse ambulancedienst uit de grensregio in opdracht van de RAV ambulancezorg verleent in Nederland. De wet is niet van toepassing als een Nederlandse RAV of andere zorgaanbieder zorg verleent in het buitenland. Voor de reikwijdte van deze wet is het niet van belang of het gaat om een Nederlandse patiënt of een Nederlandse zorgaanbieder. De wet is niet van toepassing op een Nederlandse patiënt die vanuit het buitenland onder medische begeleiding Nederland binnen vliegt of vaart of rijdt.

4.2 Spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg

Indien er sprake is van een medische noodzaak, zorg door een ambulancezorgprofessional die deze zorg beroepsmatig, in opdracht van de RAV en in Nederland verleent en, indien sprake is van vervoer, vervoer per ambulance, is sprake van ambulancezorg. Ambulancezorg kan zowel spoedeisend als niet spoedeisend zijn. Ambulancezorg is spoedeisend als de verpleegkundig centralist bepaalt dat het nodig is dat de ambulance met spoed bij de patiënt is. Niet spoedeisende ambulancezorg (of planbare ambulancezorg of ambulancezorg met een B-urgentie of, indien

sprake is van vervoer, voorheen ook wel besteld vervoer genoemd) is zorg op het woon- of verblijfadres van de patiënt of vervoer met zorg van een patiënt tussen het woon- of verblijfadres en een zorginstelling voor diagnostiek, behandeling, opname of ontslag. Er worden afspraken gemaakt met de patiënt, c.q. de aanvrager, over de tijdstippen van halen en brengen en de plaats van bestemming. Hoogcomplex ambulancezorg kan spoedeisend of niet spoedeisend zijn. Midden- en laagcomplex ambulancezorg is niet spoedeisend. Niet spoedeisende ambulancezorg kan hoog-, midden- of laagcomplex zijn.

Op dit moment kennen we voor de spoedeisende ambulancezorg twee categorieën: A1- en A2- inzetten. Een A1-inzet is een spoedeisende inzet in opdracht van de RAV bij een acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgesloten. De inzet wordt zo spoedig mogelijk omgezet in een opdracht aan een ambulance-eenheid, die zo snel mogelijk (op dit moment onder normale omstandigheden binnen 15 minuten) ter plaatse dient te zijn. De ambulance maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen, volgens de brancherichtlijn optische en geluidssignalen spoedeisende medische hulpverlening, die is gebaseerd op de Regeling optische en geluidssignalen 2016, aangevuld in 2017. Een A2-inzet is een inzet in opdracht van de RAV naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de ambulance wel zo snel mogelijk (op dit moment onder normale omstandigheden binnen 30 minuten) ter plaatse dient te zijn. De ambulance kan hierbij, onder bepaalde voorwaarden, gebruik maken van optische en geluidssignalen. Is de ambulance eenmaal bij de patiënt, dan kan de urgentie aangepast worden.

De sector onderzoekt de mogelijkheden van meer differentiatie in de urgentie van ambulancezorg. Dit is van groot belang met het oog op de kwaliteit van de zorg en om te zorgen dat de ambulance in de gevallen van allergrootste spoed ook echt snel ter plaatse kan zijn. Het is de bedoeling dat de sector op dit punt zo spoedig mogelijk tot implementatie komt. Vooralsnog zal op basis van de op te stellen ministeriële regeling de huidige norm blijven gelden voor A1-inzetten, namelijk dat onder normale omstandigheden in 95% van de gevallen de patiënt binnen 15 minuten na de melding bereikt moet zijn. Ook de spreidingsnorm dat in de regio minstens 97% van de bevolking binnen 12 minuten rijtijd bereikt kan worden door een ambulance blijft vooralsnog bestaan.

4.3 Wanneer is geen sprake van ambulancezorg?

Er is dus geen sprake van ambulancezorg als er geen sprake is van een medische noodzaak tot vervoer per ambulance of beroepsmatige zorg van een ambulancezorgprofessional in opdracht van de RAV of als de ambulancezorg niet in Nederland wordt verleend. Zorg wordt geen ambulancezorg uitsluitend omdat de RAV de zorg verleent, of omdat een (zorg)ambulancechauffeur het voertuig bestuurt, of omdat een patiënt wordt vervoerd in een ambulance. Er moet immers sprake zijn van zorg door een ambulancezorgprofessional, waarbij alleen zorg van een (zorg)ambulancechauffeur zonder andere ambulancezorgprofessional erbij niet voldoende is.

In onderstaande voorbeelden is geen sprake van ambulancezorg:

- Evenementenzorg. Evenementenzorg is zorg die wordt verleend op evenementen (met of zonder vergunning). De GHOR adviseert in afstemming met de RAV het bevoegd gezag over de impact van evenementen op de acute zorgketen op basis van de risico's. De zorg wordt verleend door zorgverleners en kan variëren van eerstehulpverleners tot zorgprofessionals die individueel of in georganiseerd

verband worden ingezet. Georganiseerd verband betekent dat de organisator van het evenement zorgverleners inzet met de specifieke taak om zorg te verlenen. Zorg is zowel Eerste Hulp (EHBO) als medische zorg. Evenementenzorg is planbare zorg. Dit betekent dat vooraf kan worden ingeschat welke zorg nodig kan zijn voor het specifieke evenement. Wanneer blijkt dat de zorgvraag zwaarder is en een grotere deskundigheid vergt of er een medische indicatie is voor ambulancezorg, wordt via de MKA de zorg opgeschaald en wordt de RAV ingeschakeld. Voor hulpverlening tijdens een evenementen geldt sinds 1 maart 2019 de Veldnorm Evenementenzorg¹⁶. Hierin staan kwaliteitseisen voor dit type hulpverlening. Alleen de RAV mag patiënten vervoeren vanaf het evenemententerrein.

- Buitenlandvervoer buiten Nederland. Onder buitenlandvervoer wordt verstaan het vervoeren (repatriëren) van patiënten onder medische begeleiding op basis van een medische indicatie vanuit het buitenland naar Nederland en omgekeerd. Het vervoer vindt plaats vanaf het verpleeg- of verblijfsadres in het buitenland, dan wel vanaf een (Nederlandse) luchthaven naar een zorginstelling of het huisadres van de patiënt en omgekeerd. Het gaat hier om patiënten die tijdens hun verblijf in het buitenland medische zorg nodig hebben gehad als gevolg van ziekte of ongeval. Tijdens de repatriëring wordt de patiënt de geïndiceerde medische zorg verleend. Voor de kwalificatie buitenlandvervoer en eventuele vergoeding uit de basisverzekering dient de repatriëring medisch geïndiceerd te zijn en te zijn afgestemd tussen de aanvragende arts en de arts van de alarmcentrale, verzekeraar en buitenlandvervoerder. Op basis van artikel 2.13 Bzv wordt repatriëring (of omgekeerd) vergoed uit de basisverzekering als er sprake is van een medische noodzaak. In het eerste lid van artikel 2.13 staat een grens van maximaal 200 km. Als de zorgverzekeraar toestemming geeft, geldt deze grens van 200 km niet. Op basis van artikel 2.15 Bzv kan de zorgverzekeraar ook beslissen een ander voertuig dan een ambulance (bijvoorbeeld een vliegtuig) in te zetten. RAV's of hun onderaannemers mogen vervoer in het buitenland leveren, maar hebben niet het alleenrecht daartoe. Ritten in het kader van buitenlandvervoer vallen niet onder het Referentiekader Spreiding en beschikbaarheid. Buitenlandvervoer *buiten* Nederland valt niet onder de territoriale reikwijdte van deze wet. Dit heeft geen gevolgen voor de aanspraak. Onder buitenlandvervoer valt – zoals hierboven aangegeven – ook vervoer *binnen* Nederland vanaf of naar de Nederlandse luchthavens of vanaf of naar de Nederlandse grens indien dit vervoer in het buitenland aanvangt of als eindbestemming het buitenland heeft van patiënten voor wie ambulancezorg is aangewezen vanwege een medische noodzaak tot vervoer. Dit deel van buitenlandvervoer is wel ambulancezorg in de zin van deze wet indien sprake is van een medische noodzaak, een ambulance en een ambulancezorg-professional. Het Nederlandse deel van buitenlandvervoer zal op grond van de ministeriële regeling conform de situatie in de Twaz niet voorbehouden zijn aan de RAV, RAV's mogen deze ambulancezorg wel leveren. Aan dit vervoer in Nederland kunnen op basis van artikel 20 eisen worden gesteld.
- Vervoer door het Rode Kruis met voertuigen van het Rode Kruis, maar zonder ambulancezorgprofessionals die beroepsmatig zorg verlenen in opdracht van de RAV.
- Vervoer van ernstig zieken of zwaar gehandicapten in verband met het in vervulling laten gaan van een, doorgaans laatste, wens (wensambulances).
- Medisch vervoer van patiënten op een bedrijfsterrein is geen ambulancezorg. Dat geldt ook voor het bedrijf Schiphol. De EASA luchtvaart

¹⁶ www.evenementenzorg.org.

regels geven aan dat een luchthaven met een omvang van Schiphol medische faciliteiten moet hebben met onder andere ambulancezorg. Deze ambulancezorg valt niet onder de reikwijdte van deze wet. Ambulancezorg vanaf een bedrijfsterrein naar een zorginstelling, zorgverlener of de woning van de patiënt is wel ambulancezorg, die voorbehouden is aan de RAV. In uitzonderlijke gevallen (bijvoorbeeld bij reanimaties) kan de Schiphol-ambulance de patiënt vanaf de luchthaven over de openbare weg naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis vervoeren. De Schiphol-ambulance is hiervoor uitgerust met de door de Minister van Justitie en Veiligheid voorgeschreven «huisstijl voor ambulance en GHOR». De Schiphol-ambulance voert deze rit uit na aanmelding bij de RAV Kennemerland. Deze zorg wordt door de zorgverzekeraars vergoed.

- Medisch vervoer op het terrein van een zorginstelling.
- MMT. Een MMT werkt met medisch personeel dat werkt in opdracht van een ziekenhuis. Het ziekenhuis is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg, ook als het team in uitzonderingsgevallen de patiënt vervoert.
- Burgerhulpverlening.
- Huisartsenvervoer.
- Vervoer in een (zorg)taxi, zittend of liggend. Ook al wordt de taxi bestuurd door iemand die (ook) ambulancechauffeur is of een EHBO-diploma heeft of is er begeleiding in de taxi aanwezig van iemand die (ook) ambulancezorgprofessional is, er is geen sprake van ambulancezorg. Dit geldt ook voor buitenlandvervoer in een taxi met medische begeleiding. Ook de inzet van een (zorg)taxi via de meldkamer valt niet onder ambulancezorg.

Overigens zal in veel van de bovenstaande gevallen bij zorgverlening in Nederland wel sprake zijn van zorg in de zin van de Wkkgz. Dat betekent dat goede zorg geleverd moet worden op basis van de professionele standaard, veldnormen, zorgstandaarden en richtlijnen.

4.4 Een bijzondere vorm van ambulancezorg

Een bijzondere vorm van vervoer met zorg, die wel als ambulancezorg wordt beschouwd is de mobiele (MICU), pediatrie (PICU) of neonatale (NICU) intensive care unit van de RAV, met chauffeur van de RAV en soms een ambulanceverpleegkundige, maar waarbij een verpleegkundige en een arts uit het ziekenhuis aanwezig zijn en de arts verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorg. Meestal is sprake van interklinisch (tussen twee zorgaanbieders) en soms van intraklinisch (tussen twee locaties van een zorgaanbieder) vervoer, waarbij het uitsturende ziekenhuis eindverantwoordelijk is voor de kwaliteit van de zorgverlening tijdens het vervoer. Op basis van artikel 20 zal worden bepaald dat het voor deze vormen van ambulancezorg niet altijd nodig is dat er (naast de chauffeur) een ambulancezorgprofessional in de auto aanwezig is en dat de opdracht niet via de meldkamer hoeft te verlopen. De inzet van MICU, PICU en NICU verloopt via de coördinatiecentra voor dit vervoer.

4.5 Wanneer is de ambulancezorg niet voorbehouden aan de RAV?

Als sprake is van ambulancezorg, is die niet per definitie voorbehouden aan de RAV. In de ministeriële regeling op grond van deze wet kunnen op het monopolie van de RAV uitzonderingen worden gemaakt. Vooral nog valt te denken aan:

- Grensoverschrijdende ambulancezorg. Als in de grensregio's een Belgische of Duitse ambulance of helikopter sneller ter plaatse kan zijn, kan de Duitse of Belgische zorgaanbieder in overleg met de RAV spoedeisende ambulancezorg leveren in de grensregio.

- Ambulancezorg met vervoer van of naar de Nederlandse grens of van of naar een Nederlandse luchthaven indien dit vervoer in het buitenland aanvangt of als eindbestemming het buitenland heeft. De Wkkgz is wel van toepassing en in de ministeriële regeling bij deze wet kunnen regels gesteld worden aan deze ambulancezorg.

Voor deze beide vormen van ambulancezorg geldt dat deze ook op grond van de Regeling Twaz niet zijn voorbehouden aan RAV's. Op grond van artikel 1, tweede lid is deze wet niet van toepassing op ambulancezorg met gebruikmaking van militaire ambulances. Deze ambulancezorg is dus ook niet voorbehouden aan RAV's. Ook dit is geen wijziging ten opzichte van de Twaz. Op dit moment bestaan er geen plannen om andere vormen van ambulancezorg vrij te geven voor andere aanbieders. Eventueel zou op enig moment overwogen kunnen worden of het wenselijk en nodig is om andere vormen van ambulancezorg vrij te geven voor andere aanbieders, bijvoorbeeld intraklinisch vervoer met zorg of intraklinisch en interklinisch vervoer met zorg of (delen van) vervoer met psychiatrische zorgverlening. Intraklinisch vervoer met zorg is ambulancezorg aan en vervoer van een patiënt tussen twee locaties van een zorginstelling. Interklinisch vervoer met zorg is ambulancezorg aan en vervoer van een patiënt tussen twee zorginstellingen. De zorginstelling kan een ziekenhuis zijn, maar ook een ggz-instelling of een instelling die intramurale Wlz-zorg biedt. Een eventueel toekomstig besluit om een vorm van ambulancezorg vrij te geven vergt een zorgvuldige afweging van voor- en nadelen van een dergelijke optie voor patiënten, zorginstellingen en RAV's. Alsdan zal een zorgvuldig besluitvormingsproces worden gevolgd met alle betrokkenen. Gevolgen voor de bedrijfsvoering en de financiën van RAV's zullen daarin worden meegewogen.

5. Taken van de ambulancevoorzieningen

De taak van de RAV, het verlenen van ambulancezorg bestaat uit een aantal opeenvolgende stappen die naadloos op elkaar aansluiten, waarbij niet voor iedere patiënt alle stappen doorlopen te hoeven worden wil er sprake zijn van ambulancezorg. Er hoeft bijvoorbeeld niet altijd zorgverlening op locatie bij de patiënt plaats te vinden, soms kan volstaan worden met een telefonisch zelfhulpadvies. De zorgverlening begint bij het ontvangen en in behandeling nemen van een melding met een vraag om ambulancezorg, waarna de ambulancezorgprofessional door het stellen van vragen beoordeelt of ambulancezorg nodig is en zo ja, welke vorm van ambulancezorg noodzakelijk is en met welke urgentie de ambulance naar de patiënt toe moet. De (ambulance)zorgtoewijzing betreft het regelen dat de juiste zorg op het juiste moment en op de juiste plaats wordt ingezet door het begeleiden en coördineren van de ambulancezorg. Hier hoort ook (zorg)advisering bij: het geven van aanwijzingen, dan wel instructies aan de melder of zorgvrager in afwachting van de komst van de ambulance ter plaatse, om de zorgverlening zo optimaal mogelijk te laten verlopen. De ambulancezorgverlening die op locatie bij de patiënt plaatsvindt bestaat onder andere uit het onderzoeken van de patiënt ten einde een werkdiagnose te stellen, het behandelen van de patiënt, waarbij indien van toepassing gebruik gemaakt wordt van de protocollen zoals omschreven in het LPA en indien noodzakelijk het voorbereiden van de patiënt op vervoer. Tijdens het vervoer wordt de behandeling van de patiënt gecontinueerd. Indien vervoer niet noodzakelijk is, behoort het geven van een verwijzing naar een andere zorginstelling of het geven van een zorgadvies ook tot het proces van ambulancezorgverlening. Het proces van ambulancezorg bevat ook nazorg. Indien de patiënt, (een van) zijn naasten of een melder hier behoefte aan heeft, vindt nazorg plaats door de ambulancezorgprofessional op de meldkamer en/of de ambulancezorgprofessional in de rijdende dienst.

Zorgaanbieders in de acute zorg, waaronder huisartsenposten, wijkverpleging, acute ggz, ziekenhuizen en ambulancezorg, zijn op zoek naar samenwerkingsvormen om ook in de toekomst het hoofd te kunnen blijven bieden aan toenemende, veranderende en complexere zorgvragen enerzijds en personeelskrapte anderzijds. Meer samenwerking is noodzakelijk. Onder de vlag van zorgcoördinatie worden verschillende vormen van samenwerking en gezamenlijke triage (beoordeling van de urgentie van de zorgvraag en van welke zorg moet worden ingezet) onderzocht en uitgetoet in regionale pilots. Deze regionale pilots, die in 2020 en 2021 worden uitgevoerd, verschillen in inhoud en vorm. Zij vinden plaats binnen de wettelijke kaders van de gewijzigde Politiewet. In de loop van 2021 wordt de meerwaarde van de verschillende pilots opgetekend, waarbij wordt gekeken of zorgcoördinatie bijdraagt aan direct(er) de juiste zorg op de juiste plek voor de patiënt met een acute zorgvraag.

6. Kwaliteit van de ambulancezorg

RAV's dienen op grond van de Wkkgz kwalitatief goede en tijdige zorg te verlenen. Onder goede ambulancezorg wordt verstaan dat die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. De ambulancezorg wordt verleend door bevoegde en bekwame professionals die handelen volgens de professionele standaard, komt tot stand in samenwerking met (regionale) ketenpartners en patiënten(vertegenwoordigers), wordt systematisch bewaakt en verbeterd en wordt geleverd door organisaties die handelen volgens de eisen van goed zorgbestuur. Voor het leveren van kwalitatief goede zorg blijft de Wkkgz onveranderd van toepassing op de RAV's. De kwaliteitskaders en richtlijnen van de sector (zoals bijvoorbeeld het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0, de nota Goede ambulancezorg, Ambulancezorg op het water, het LPA, het LPZ, de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg) bieden de kaders waarbinnen de kwaliteit van de ambulancezorg wordt geborgd. Het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 is door zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars vastgesteld en in maart 2020 ingeschreven in het register van het Zorginstituut. In het kader zijn meetbare signalen en indicatoren opgenomen. Ook geldt het Kwaliteitskader Spoedzorgketen – waar dit betrekking heeft op de ambulancezorg en op de samenwerking in de keten. Met dit wetsvoorstel wordt periodieke visitatie verplicht gesteld om voortdurende kwaliteitsverbetering te bevorderen. Tijdigheid is een aspect van kwaliteit van zorg. Met het oog op de continuïteit geef ik de huidige aanbieders voor onbepaalde tijd een aanwijzing. Zorgverzekeraars kopen de ambulancezorg in bij die huidige aanbieders. Dat betekent dat niet alleen de zorgaanbieders kunnen worden aangesproken op het leveren van goede en tijdige zorg, maar ook de zorgverzekeraars kunnen hier via de zorgplicht op worden aangesproken. Hoewel de zorgplicht meer aspecten behelst dan alleen de tijdigheid, wordt in dat kader voornamelijk, in ieder geval zo lang de zorgaanbieders en professionals geen nieuwe urgentieclassificatie hebben vastgesteld, vastgehouden aan de norm van tijdigheid, waarbij de RAV ervoor zorgt dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is, als wettelijke norm in de ministeriële regeling. Naast deze norm voor tijdigheid ben ik voornemens tevens andere meetbare kwaliteitsnormen uit kwaliteitskaders op te nemen in de ministeriële regeling of daar in de ministeriële regeling naar te verwijzen. RAV's zullen zich openbaar moeten verantwoorden over de kwaliteit van de zorg die zij leveren. Met het oog op de continuïteit wordt ook de eis gesteld dat de RAV financieel gezond is.

In de ministeriële regeling zullen eveneens eisen worden gesteld aan samenwerking tussen RAV's in buurregio's, samenwerking in de grensregio's en zullen eisen worden gesteld ten behoeve van opgeschaalde zorg. RAV's dienen op grond van de ministeriële regeling afspraken te maken met de directeur publieke gezondheid in hun (veiligheids)regio over het voorbereiden op en oefenen van inzet van de RAV bij een ramp of crisis. Bestaande schriftelijke afspraken tussen RAV's en veiligheidsregio's over de taak van de RAV's ten aanzien van de voorbereiding op en inzet bij geneeskundige hulpverlening bij crises en rampen kunnen in principe van kracht blijven. Voor zover bestaande afspraken niet volledig zouden voldoen aan deze wet zal een overgangstermijn gelden voor het aanpassen van de afspraken. Ook de verplichtingen van de RAV met betrekking tot het hebben van een ambulancebijstandsplan, een actueel gewondenspreidingsplan en een slachtoffervolgsysteem worden in de ministeriële regeling opgenomen. Vanzelfsprekend nemen RAV's deel aan het ROAZ.

Een aspect van kwaliteit is doelmatigheid. Dat is bij uitstek een onderwerp voor de inkoopgesprekken tussen zorgverzekeraars en RAV. Doordat RAV's meer dan onder de Twaz zekerheid hebben over de toekomst, worden investeringen in kwaliteit en doelmatigheid die RAV en zorgverzekeraars met elkaar afspreken aantrekkelijker, die kunnen immers ook op langere termijn meer opleveren. Ook in het kader van de visitatie die in dit wetsvoorstel is opgenomen, zullen kwaliteit en doelmatigheid aan de orde komen. Gegeven de vaste tarieven in de ambulancezorg (zie paragraaf 10) is doelmatigheid in de ambulancezorg gericht op het leveren van zoveel mogelijk kwaliteit voor de vaste prijs. De zorgverzekeraar kan de RAV daarop bevragen. En bij de onderlinge visitaties kunnen RAV's op dit punt ook van elkaar leren. In de ministeriële regeling op grond van artikel 8 kunnen regels gesteld worden ten aanzien van de inrichting van de visitatiecommissie. Interne en externe toezichthouders kunnen het rapport van de visitatiecommissie benutten bij hun toezicht.

Om zoveel mogelijk kwaliteit te leveren is inzicht in de kwaliteit nodig en zijn instrumenten nodig die kwaliteitsverbetering stimuleren. Inzicht in de kwaliteit wordt op dit moment geboden door de jaarlijkse publicatie van Sectorkompas door AZN. Het recentelijk tripartiet vastgestelde Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 biedt meetinstrumenten en zal worden doorontwikkeld naar een meer normerend kwaliteitskader. Het is volgens het implementatieplan dat is opgenomen in het kwaliteitskader de bedoeling op basis van gegevens die worden verzameld meer streefwaarden en minimale waarden te formuleren. Het inzicht in kwaliteit zal op die manier steeds verbeteren. Het is de bedoeling dat de vervolgstappen in de komende jaren zullen leiden tot een 2.0 versie van het kader met in 2023 «definitieve» normen, een volledige set van indicatoren en een nieuw implementatieplan voor de daaropvolgende jaren. In paragraaf 11 wordt geschetst welke maatregelen mogelijk zijn als RAV's onvoldoende kwaliteit leveren. Voorts vindt er periodiek bestuurlijk overleg plaats tussen het Ministerie van VWS, AZN en ZN, onder andere aan de hand van het Actieplan ambulancezorg dat in november 2018 is opgesteld door AZN, ZN en VWS¹⁷. Het Actieplan moet het mogelijk maken dat de ambulancesector nu en in de toekomst goede ambulancezorg kan blijven bieden en de kwaliteit van de zorg blijft verbeteren. Een doelstelling van dit actieplan is optimale inzet van ambulancezorg: verbeteren van de responstijden voor spoedeisende ambulancezorg maar ook zorgen voor een efficiëntere inzet van spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg; alleen een ambulance inzetten waar het echt moet, verwijzen naar andere zorg waar het kan. Er wordt daarom onderzocht of de triage eenduidiger kan en hoe de processen kunnen worden verbeterd. De

¹⁷ Kamerstukken II, 2018–2019, 29 247, nr. 263.

krachte op de arbeidsmarkt en het belang van het behoud van bekwaamheid van individuele medewerkers noodzaken tot een doelmatige inzet van medewerkers.

Daarnaast is van belang dat geld dat is bedoeld voor ambulancezorg, goed wordt besteed en leidt tot tijdige en goede ambulancezorg. Een aparte boekhouding voor de aan de RAV voorbehouden ambulancezorg, de formele en materiële controle door de zorgverzekeraar en het toezicht van de NZa op de gescheiden boekhouding dragen daaraan bij. De eisen in de jaarverantwoording op grond van de WTZi dan wel de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg, zie paragraaf 7) worden bovendien aangescherpt. RAV's zullen in hun jaarverantwoording aandacht moeten besteden aan doelmatigheid. Aanbieders moeten aangeven of er activiteiten door anderen worden verricht, en zo ja, in welke mate en waarom. Ook moeten zij inzichtelijk maken of en in welke mate via bedrijfsstructuren dividend wordt uitgekeerd. Tot slot is vanaf verslagjaar 2020 verplicht gesteld dat zorgaanbieders inzicht geven in de uiteindelijk belanghebbende (ultimate beneficial owner).

7. Eisen aan de ambulancevoorzieningen

Eisen goed bestuur in Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en voorstel voor de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

Op basis van het Uitvoeringsbesluit WTZi moeten zorginstellingen een toezichthoudend orgaan hebben. Geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding. Het toezichthoudend orgaan is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse en algemene leiding van de zorginstelling en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. De zorginstelling legt inzichtelijk de verantwoordelijkheidsverdeling tussen het toezichthoudend orgaan en de dagelijkse of algemene leiding vast, alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen beide organen worden geregeld. Deze bepalingen zijn overgenomen in het voorstel voor de Wtza¹⁸. In plaats van over «toezichthoudend orgaan» gaat het in de Wtza over de «interne toezichthouder», dat is een neutraler begrip dat op meer rechtsvormen van toepassing is.

Aanvullende eisen in dit wetsvoorstel

Vanwege het grote publieke belang van goede ambulancezorg, het grote publieke belang van de continuïteit van de ambulancezorg en de monopoliepositie die de RAV's in de regio hebben voor onbepaalde tijd, worden in dit wetsvoorstel extra eisen gesteld aan het bestuur en het interne toezicht van de RAV's. Bij het stellen van die eisen is zoveel mogelijk aangesloten bij de Governancecode Zorg¹⁹ en is ook gekeken naar de governance bij andere organisaties met een sterk publiek karakter. In 10 van de 25 veiligheidsregio's is een RAV actief die de vorm heeft van een gemeenschappelijke regeling van gemeenten. Soms geldt de gemeenschappelijke regeling exclusief voor de RAV, soms geldt die voor de GGD of de veiligheidsregio waarvan de RAV onderdeel uitmaakt. Het openbaar lichaam legt verantwoording af aan de gemeenteraden en colleges van burgemeester en wethouders van de samenwerkende gemeenten. Gemeenschappelijke regelingen kennen dus hun eigen toezichts- en verantwoordingsstructuur. Niettemin is het streven dat de governance van de verschillende RAV's ongeacht de rechtsvorm zoveel mogelijk gelijk is. Het gaat immers in alle gevallen, ongeacht de

¹⁸ Kamerstukken II, 2016–2017, 34 767.

¹⁹ www.governancecodezorg.nl.

rechtsvorm om zorgaanbieders die door de Minister worden aangewezen. Zij moeten alle dezelfde kwaliteit ambulancezorg leveren en dezelfde relatie hebben met de Minister die verantwoordelijk is voor de duurzame veiligstelling van de ambulancevoorzieningen. Anders dan andere activiteiten van gemeenschappelijke regelingen wordt de ambulancezorg niet gefinancierd uit gemeentelijke middelen, maar uit premiemiddelen en is het verlenen van ambulancezorg geen wettelijke taak voor gemeenten, maar is het een vrijwillige keuze om als groep van gemeenten ambulancezorg te verlenen. Er zijn gemeenschappelijke regelingen waarbij de keuze om ambulancezorg te verzorgen is ingegeven vanuit de wens om aansluiting te zoeken tussen de keten van acute zorg en de keten voor openbare orde. Dit doet er echter niet aan af dat het een vrijwillige keuze is van de gemeenten om ambulancezorg te gaan verlenen.

Scheiding van geldstromen

RAV's die ook andere activiteiten uitvoeren dan het verlenen van ambulancezorg die is voorbehouden aan RAV's, dienen hiervoor een aparte boekhouding te hanteren. Het doel hiervan is dat de middelen voor aan de RAV voorbehouden ambulancezorg niet worden aangewend voor andere zorg- of dienstverlening die onderhevig is aan marktwerking. Dit zou de continuïteit van de aan de RAV voorbehouden ambulancezorg in gevaar kunnen brengen en zorgen voor een ongelijk speelveld tussen RAV's en andere aanbieders van dezelfde zorg- of dienstverlening die geen RAV zijn. RAV's dienen dus bijvoorbeeld een gescheiden boekhouding te hanteren als zij buitenlandvervoer leveren. Op grond van het Uitvoeringsbesluit WTZi, artikel 6.4 tweede lid, moeten RAV's reeds de activiteiten waarvoor de toelating geldt financieel onderscheiden van overige activiteiten. Eenmalig zal de RAV de administratie moeten aanpassen indien bij ministeriële regeling wordt bepaald dat zekere vormen van ambulancezorg niet voorbehouden zijn aan RAV's, als de RAV zo'n vorm van ambulancezorg levert.

De bepalingen met betrekking tot de scheiding van geldstromen betekenen dat voor de ambulancevoorzieningen die nu zijn ingericht als openbaar lichaam op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr), de samenwerkingsafspraken in de gemeenschappelijke regeling aanpassing behoeven.

Winstuitkering

In lijn met de brief over winstuitkering in de zorg van 9 juli 2019²⁰ wordt in dit wetsvoorstel de mogelijkheid gecreëerd om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (amvb) nadere regels te stellen aan de winstuitkering door RAV's of hun onderaannemers. De brief gaat over het aanscherpen van publieke randvoorwaarden binnen de zorg, om «excessen» te voorkomen of tegen te gaan.

Op basis van artikel 19 kunnen nadere regels gesteld worden aan winstuitkering door RAV's of hun onderaannemers. Het gaat hier om een «kan-bepaling». Het is bij de inwerkingtreding van deze wet niet de intentie om gebruik te maken van dit artikel. Met het oog op de continuïteit van de aan de RAV's voorbehouden ambulancezorg en het handhaven van de aanwijzing voor de huidige RAV's, waarvan een deel vanwege de rechtsvorm winst mag uitkeren, bestaat op dit moment niet het voor-nemen om beperkingen te stellen aan die winstuitkering. Het is de bedoeling dat het bestuur van de RAV of de onderaannemer ervoor zorgt dat de middelen voor ambulancezorg zodanig worden ingezet dat tijdige en goede ambulancezorg wordt geleverd. De bekostigingssystematiek in de ambulancezorg maakt ook dat het niet voor de hand ligt dat excessieve

²⁰ Kamerstukken II, 2018–2019, 35 000, XVI, nr. 133.

winsten worden gemaakt of dat RAV's in de financiële problemen komen. De bovengenoemde scheiding van geldstromen is bedoeld om te zorgen dat middelen voor ambulancezorg niet voor andere doelen kunnen worden aangewend. De governancestructuur van de RAV's is erop gericht dat de RAV's voldoende en goede ambulancezorg leveren. RAV's moeten jaarrekeningen en indicatoren voor de kwaliteit van de zorg openbaar maken. In die zin zijn er voldoende waarborgen om te zorgen dat excessieve winsten worden voorkomen. Mochten er desondanks ontwikkelingen zijn die aanleiding geven tot het stellen van beperkingen aan winstuitkering, dan biedt de wet daartoe de mogelijkheid. Onderzoeksbureaus SiRM en Finance Ideas hebben een onderzoek verricht naar de huidige praktijk rond dividenduitkering in de zorg en de effecten daarvan op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.²¹ Hierbij zijn zij ook ingegaan op de effecten van het verbieden van het uitkeren van dividend. Indien er beperkingen zullen worden gesteld aan winstuitkering, zal rekening worden gehouden met de effecten ervan voor de betreffende aanbieders.

Fusies van RAV's en overdracht zeggenschap

De zeggenschap over een RAV mag niet wijzigen. Het mag niet zo zijn dat de RAV die de aanwijzing van de Minister heeft gekregen, de facto een andere RAV wordt, door de wijziging van de zeggenschap over de RAV. De RAV mag niet verhandeld worden. Om te kunnen beoordelen of sprake is van een verboden zeggenschapswijziging behoeven bepaalde wijzigingen van de statuten of de gemeenschappelijke regeling voorafgaande goedkeuring door de Minister. Als sprake is van een verboden zeggenschapswijziging geeft de Minister een aanwijzing om de handeling te beëindigen of de gevolgen ervan ongedaan te maken. Mogelijke uitzonderingen op dat verbod zijn een fusie met of overname van een andere RAV en de wijziging van de rechtsvorm van de RAV. Echter, de RAV mag niet fuseren met een andere RAV of een andere RAV overnemen of de rechtsvorm wijzigen zonder goedkeuring van de Minister. Deze bepaling komt bovenop de zorg specifieke fusietoets door de NZa (in de toekomst wellicht de Autoriteit Consument en Markt, ACM). In het kader van deze laatste toets wordt onder andere nagegaan of de verlening van cruciale zorg, in dit geval ambulancezorg, niet in gevaar komt.

Inschakelen onderaannemers

RAV's mogen onderaannemers of leden van de coöperatie inschakelen voor het leveren van ambulancezorg. Zij moeten een zodanig contract hebben met de onderaannemers of leden van de coöperatie dat voor de ambulancezorg die wordt geleverd door onderaannemers dezelfde kwaliteitseisen gelden als voor ambulancezorg. RAV's kunnen geen onderaannemers inschakelen voor de meldkamerfunctie, anders dan dat de RAV's die de vorm van coöperatie hebben deze functie kunnen laten uitvoeren door een lid van de coöperatie.

Afleggen van verantwoording

Op grond van de artikelen 15 en 16 van de WTZi, artikel 2.1, vijfde lid van het Uitvoeringsbesluit WTZi en Regeling verslaggeving WTZi leggen RAV's net als andere zorginstellingen jaarlijks vóór 1 juni maatschappelijke verantwoording af door het openbaar maken van een jaarverantwoording. De jaarverantwoording bestaat uit jaarverslaggeving en specifieke informatie, bijvoorbeeld over prestaties van de zorgaanbieder. RAV's met

²¹ SiRM en Finance Ideas, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, Utrecht: juni 2019.

publiekrechtelijke rechtspersoonlijkheid leggen tevens verantwoording af aan de gemeenteraden en colleges van burgemeester en wethouders. Buitenlandvervoerders moeten op grond van artikel 33 van de Regeling Twaz een jaarrekening en andere gegevens indienen bij het Ministerie van VWS.

In de AWtza wordt de jaarverantwoordingsverplichting overgeheveld van de WTZi naar de Wmg. De NZa wordt dan ook de toezichthouder. Bij derde nota van wijziging bij AWtza is de doelgroep van de jaarverantwoordingsplicht in beginsel uitgebreid naar alle Wmg-zorgaanbieders, incl. onderaannemers, tenzij een categorie van zorgaanbieders bij amvb is uitgezonderd. De jaarverantwoordingsplicht gaat dan niet alleen voor RAV's gelden, maar in beginsel ook voor de onderaannemers van de RAV's inclusief de leden van RAV's die de coöperatie als rechtsvorm hebben en voor aanbieders van ambulancezorg die niet is voorbehouden aan RAV's, zoals buitenlandvervoerders die ambulancezorg leveren in Nederland. Zolang de AWtza niet in werking is getreden moeten buitenlandvervoerders zich verantwoorden op grond van de Regeling ambulancevoorzieningen. Het toezicht op de naleving van de verantwoordingsplicht door RAV's en buitenlandvervoerders berust tot het in werking treden van de AWtza bij de IGJ.

In het kader van de beleidsregels voor de bekostiging van de ambulancezorg vraagt de NZa eveneens om verantwoording door RAV's. Meetinstrumenten die zijn opgenomen in kwaliteitsstandaarden die zijn ingeschreven bij het Zorginstituut, moeten aan het Zorginstituut worden aangeleverd. Deze gegevens worden openbaar gemaakt. In aanvulling hierop kan de Minister op basis van artikel 12 van dit wetsvoorstel gegevens opvragen bij de RAV. Op basis van de Regeling ambulancevoorzieningen kan de Minister gegevens opvragen bij de buitenlandvervoerders.

8. Aanspraak op ambulancezorg

De aanspraak op vervoer met een ambulance was geregeld in artikel 2.13 van het Bzv door een verwijzing naar de Twaz. De verwijzing in dit artikel wordt aangepast in verband het onderhavige wetsvoorstel. Ambulancezorg blijft een aanspraak op grond van de Zvw. De aanspraak op vervoer is gebaseerd op artikel 2.13 Bzv, de aanspraak op zorg is gebaseerd op artikel 2.4 Bzv, de aanspraak op geneeskundige zorg. Ziekenvervoer dat in bepaalde gevallen wordt vergoed op grond van artikel 2.14 Bzv onderscheidt zich van ambulancezorg doordat ambulancezorg vervoer met zorg is. Ziekenvervoer is vervoer zonder zorg onderweg. Dit ziekenvervoer wordt in bepaalde gevallen vergoed als het vervoer is met het oog op behandeling. Ziekenvervoer kan ook liggend vervoer zijn. Op grond van artikel 2.15 Bzv kan de zorgverzekeraar ander vervoer inzetten. Echter, de zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld niet als de triagist ambulancezorg indiceert, slechts een taxi vergoeden of bepalen dat de persoon toch in een taxi in plaats van in een ambulance wordt vervoerd.

9. Rol van de zorgverzekeraars

In samenhang met het feit dat ambulancezorg een aanspraak blijft op grond van de Zvw, behouden de zorgverzekeraars een zorgplicht. Zorgverzekeraars moeten zorgen dat er voldoende goede ambulancezorg beschikbaar is. Daarvoor blijven voornamelijk de prestatie norm (in normale omstandigheden moet de RAV in 95% van de spoedgevallen binnen 15 minuten bij de patiënt zijn) en de spreidingsnorm (97% van de bevolking moet binnen 12 minuten rijtijd bereikt kunnen worden) belangrijke maatstaven. Zorgverzekeraars zijn in het kader van de zorgplicht niet verantwoordelijk voor het uitrekenen van hoeveel ambulances er nodig

zijn om deze norm van 97% te halen, maar hebben een verantwoordelijkheid om te zorgen dat er voldoende ambulances beschikbaar zijn om deze spreidingsnorm te realiseren. Zorgverzekeraars en RAV's kunnen weliswaar niet onderhandelen over de tarieven van de ambulancezorg, maar kunnen wel afspraken maken over bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg, opleiding en scholing en innovatie. Gezien het regionale karakter van de ambulancezorg en het grote belang van beschikbaarheid, vinden de onderhandelingen namens de zorgverzekeraars plaats via het representatiemodel. Door zowel afspraken te maken over de beschikbaarheid van de ambulancezorg als over de daadwerkelijke zorgverlening, kunnen verzekeraars op regionaal niveau verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid stimuleren bij het toekennen van de middelen aan de RAV. Het gaat hierbij niet alleen om innovatie en verbeteringen in de ambulancezorg maar in de gehele keten van de acute zorg. Het is van groot belang dat de zorgverzekeraars alle acute zorg inkopen, inclusief de ambulancezorg, zodat ze dat in samenhang en met een overkoepelende visie kunnen doen. Als in een regio bijvoorbeeld minder capaciteit aan spoedeisende hulp wordt ingekocht, dan is er waarschijnlijk meer ambulancecapaciteit nodig, omdat ambulances verder moeten rijden naar een beschikbare spoedeisende hulp waardoor de ambulances langer bezet zijn. Verzekeraars kunnen zo beter integrale afwegingen maken over de beschikbaarheid van acute zorg in de regio. De NZa ziet toe op de naleving van de zorgplicht door de zorgverzekeraars. Mochten zorgverzekeraars van mening zijn dat zij alle mogelijkheden hebben ingezet in het kader van hun zorgplicht en toch vinden dat de kwaliteit en tijdigheid van de ambulancezorg in de regio niet in orde zijn, dan kunnen zij een signaal afgeven aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of, als dat niet heeft geleid tot noodzakelijke verbeteringen, de Minister verzoeken om te overwegen of intrekking van de aanwijzing aan de orde is.

10. Bekostiging van de ambulancevoorzieningen

Een RAV is een zorgaanbieder in de zin van de Wmg. Het gegeven dat ambulancezorg in voorliggend wetsvoorstel is aangewezen als NEDAB staat hieraan niet in de weg. De NZa heeft op grond van de Wmg momenteel al een rol met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven, prestatiebeschrijvingen en een vereffeningbedrag voor de RAV vast te stellen. De NZa behoudt die bevoegdheid als deze wet in werking treedt. De kosten van ambulancezorg, zoals gemaakt door de RAV, worden daarmee beheerst via het instrumentarium van de Wmg.

In de nieuwe wetgeving wordt de huidige praktijk voortgezet. Momenteel en onder de nieuwe wet is er sprake van budgetbekostiging met nacalculatie, waardoor het financiële risico dat RAV's lopen zeer beperkt is. Voor iedere RAV wordt jaarlijks vooraf een maximumbudget vastgesteld dat voldoende is om de beschikbaarheid van ambulancezorg te kunnen garanderen. Grondslag voor de berekening van dit maximumbudget is het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Zorgverzekeraars en RAV's dienen invulling te kunnen geven aan hun rol binnen de randvoorwaarden van de Zvw en dit wetsvoorstel. De daadwerkelijke vaststelling van de RAV-budgetten zal derhalve plaatsvinden op basis van de uitkomsten van lokaal overleg tussen RAV's en de representerende zorgverzekeraars. Het vooraf afgesproken budget tussen RAV en zorgverzekeraar, wordt nagenoeg altijd volledig betaald door de zorgverzekeraars, omdat er in de ambulancezorg vanuit beschikbaarheid wordt gefinancierd. Ook al zou de vraag naar ambulancezorg dalen, dan nog is er een bepaalde mate van beschikbaarheid van ambulancezorg gewenst die gegarandeerd wordt gefinancierd door de zorgverzekeraars. Een lagere opbrengst uit geleverde zorg brengt het voortbestaan van de RAV dus niet

in gevaar. Deze manier van financiering wordt onder de nieuwe wet voortgezet.

In 2014 zijn landelijk uniforme tarieven voor ambulancezorg ingevoerd die gelijk zijn voor elke RAV. Hierbij lag een vast tarief voor de hand, omdat er geen concurrentie tussen aanbieders mogelijk is. De tarieven voor ambulanceritten zijn dus niet afhankelijk van vraag en aanbod. De tarieven zijn vastgesteld op basis van solidariteit; elke Nederlander betaalt hetzelfde voor ambulancezorg en dit is vastgesteld op basis van de benodigde beschikbaarheid van ambulancezorg. De tarieven voor spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg zijn niet onderhandelbaar en bedoeld om het budget te vullen. Doordat uiteindelijk de budgetparameters leidend zijn en niet de prestaties en tarieven, komen de regio's waar de ambulancezorg per rit duurder is omdat er minder ritten zijn, niet in de financiële problemen. Er ontstaat met de nieuwe wet dus geen groter financieel risico voor de huidige aanbieders. Indien een gemeente ervoor kiest om in een gemeenschappelijke regeling ambulancezorg te blijven bieden, dan aanvaarden zij zelf dit risico dat even klein is als nu.

Ambulancezorg is overigens aangewezen als cruciale zorg. Dit betekent dat de Minister voor Medische Zorg in lijn met zijn verantwoordelijkheid op grond van artikel 3 van deze wet een extra verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van het waarborgen van de continuïteit van deze zorg. Een RAV dient bij dreigende discontinuïteit van zorg tijdig de betrokken zorgverzekeraars, de NZa en de IGJ te informeren. Wanneer het partijen naar oordeel van de externe toezichthouders niet lukt om tijdig een oplossing te organiseren wordt het Ministerie van VWS hiervan op de hoogte gesteld. Het ministerie zal vervolgens betrokken partijen (RAV, zorgverzekeraars, externe toezichthouders en eventuele overige financiers en lokale bestuurders) aan tafel roepen, hen aanspreken op hun verantwoordelijkheden en hen oproepen zich maximaal in te spannen om continuïteit van zorg te waarborgen. Als een RAV als aanbieder van cruciale zorg desondanks failliet gaat kan het Ministerie van VWS een vangnetstichting oprichten die de zorg tijdelijk door levert, zolang er geen nieuwe RAV is aangewezen. Voor de gevallen waarin een RAV is ondergebracht bij een gemeenschappelijke regeling is de vangnetstichting ook beschikbaar.

11. Toezicht en handhaving

Het wetsvoorstel voorziet in een uitgebreid systeem van toezicht en handhaving.

Ten eerste is er het interne toezicht bij de RAV's zoals beschreven in paragraaf 7 van deze toelichting. Ten tweede is er het extern toezicht door de IGJ.

Kwaliteitskaders, kwaliteitsregulering, intern toezicht bij de RAV en toezicht op de naleving van deze wet en bijvoorbeeld de Wkkgz door de IGJ, vormen de basis voor een goede kwaliteit van de ambulancezorg. Indien een RAV onvoldoende kwaliteit van zorg levert is een getrappt toezicht- mechanisme van toepassing, waarbij de intensiteit van de maatregel met elke trede versterkt wordt. De ambtenaren van de IGJ kunnen namens de Minister de RAV een schriftelijke aanwijzing geven, waarna een bevel, een verlenging van het bevel en eventueel een dwangsom kunnen volgen. Ook is het denkbaar dat de Minister een bewindvoerder aanstelt. Indien de RAV zijn toegekende bevoegdheden en verplichtingen zoals gesteld in de wet niet of niet verantwoord nakomt, heeft de Minister de mogelijkheid de aanwijzing in te trekken en een nieuwe zorgaanbieder aan te wijzen. Dit is een uiterste maatregel, die alleen gebruikt zal worden als de inzet van ander instrumentarium niet tot het gewenste resultaat leidt.

De NZa behoudt haar bevoegdheid op basis van de Wmg om toezicht te houden op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en daarmee ook op de zorgplicht van verzekeraars ten aanzien van ambulancezorg volgens de Zvw. De eis dat de RAV onder normale omstandigheden in 95% van de spoedgevallen binnen 15 minuten bij de patiënt moet zijn heeft zowel aspecten van kwaliteit en tijdigheid als van zorgplicht in zich. Als die norm in het geding is ligt samenwerking tussen IGJ en NZa voor de hand. De NZa is de toezichthouder op de naleving van de bepalingen met betrekking tot scheiding van geldstromen. Het verrichten van andere activiteiten dan het leveren van aan de RAV voorbehouden ambulancezorg mag de continuïteit van de ambulancezorg niet in gevaar brengen. Het toezicht hierop raakt zowel de IGJ (vanuit de invalshoek van de kwaliteit van de zorg) als de NZa (vanuit de toegankelijkheid). De NZa is eveneens de toezichthouder op hetgeen eventueel wordt bepaald ten aanzien van winstuitkering door RAV's. De Autoriteit Persoonsgegevens ziet toe op de verwerking van persoonsgegevens door RAV's op basis van artikel 10.

12. Regeldruk

Vanwege de nadruk op continuïteit in de ambulancezorg in dit wetsvoorstel, is het aantal veranderingen in de praktijk en de organisatie van de ambulancezorg beperkt. Op grond van de te wijzigen Politiewet moeten RAV's die samenwerken in één meldkamer reeds een convenant sluiten over die samenwerking. Net als op basis van de Twaz zullen bij ministeriële regeling eisen worden gesteld aan de RAV. Die ministeriële regeling zal zo regeldruk-arm mogelijk worden vorm gegeven en getoetst worden op regeldruk. De kwaliteit van de zorg moet reeds systematisch bewaakt worden op grond van de Regeling Twaz en de Wkkgz, de RAV moet ook nu al een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem hebben. Ook heeft elke RAV reeds een medisch eindverantwoordelijke op grond van richtlijnen van het veld.

De Regeling Twaz bevat nu ook al de bepaling dat de RAV of buitenlandvervoerder op verzoek van de Minister gegevens verstrekt. De verstrekking van de gegevens in het kader van de jaarverantwoording is voor RAV's niet geregeld in deze wet, maar in de WTZi en na inwerkingtreding van de AWtza in de Wmg. Buitenlandvervoerders moeten reeds verantwoording afleggen op basis van de Regeling Twaz en moeten dat doen op grond van de Regeling ambulancevoorzieningen en na de inwerkingtreding van de AWtza op grond van de Wmg.

De gescheiden boekhouding die RAV's op dit moment moeten voeren is gebaseerd op de huidige bepaling in het Uitvoeringsbesluit WTZi dat activiteiten waarvoor de toelating geldt in financiële zin onderscheiden moeten zijn van overige activiteiten. Eenmalig zal de administratie aangepast moeten worden indien bij ministeriële regeling wordt bepaald dat zekere vormen van ambulancezorg niet voorbehouden zijn aan RAV's en indien de RAV zo'n vorm van ambulancezorg levert. Het onderscheid is immers in deze wet niet meer ambulancezorg versus overige activiteiten, maar aan de RAV voorbehouden ambulancezorg versus overige activiteiten.

RAV's moeten op grond van de WTZi reeds een interne toezichthouder hebben. In artikel 15 zijn de reguliere bevoegdheden van de interne toezichthouder uitgeschreven.

Nieuw is dat bepaalde statutenwijzigingen of wijzigingen in de gemeenschappelijke regeling en het sluiten van overeenkomsten die de zeggenschap over de RAV wijzigen vooraf aan de Minister moeten worden gemeld. Dat betekent dat deze statutenwijzigingen, wijzigingen in de gemeenschappelijke regeling en overeenkomsten aan de Minister moeten worden gestuurd. De lastendruk hiervan voor de RAV's is verwaarloosbaar. Fusie met een andere RAV en wijziging van de rechtsvorm zijn

onder de Twaz niet toegestaan en worden onder deze nieuwe, structurele wet mogelijk gemaakt na goedkeuring door de Minister. Ook hiervoor geldt dat het voorleggen aan de Minister met zeer geringe lasten voor de RAV gepaard gaat.

Het Adviescollege Toetsing Regeldruk heeft naar het wetsvoorstel en de toelichting gekeken en deelt de beschrijving van de regeldruk. Er is volgens het college nauwelijks sprake van nieuwe regeldruk, behoudens die als gevolg van de melding van bepaalde statutenwijzigingen en belangrijke overeenkomsten. Het college heeft de adviesaanvraag ambtelijk afgedaan.

13. Handhaafbaarheidstoets

Op 6 december 2019 heeft de IGJ een Toezicht- en Handhaafbaarheidstoets inzake het wetsvoorstel uitgebracht. De IGJ concludeert dat het wetsvoorstel en de nota van toelichting tot enkele bezwaren leiden voor haar toezicht en handhaving en dat aanscherping, dan wel toevoeging van enkele onderdelen noodzakelijk is om op een goede manier te kunnen handhaven. De IGJ is van mening dat er sprake is van overlap met enkele artikelen uit de Wkkgz en de Wtza. Daardoor is het volgens de IGJ denkbaar dat naar aanleiding van één complex aan factoren twee separate aanwijzingen moeten worden opgelegd, op basis van twee verschillende wetten. In dit wetsvoorstel is veel aandacht besteed aan kwaliteit en governance met het oog op de aanwijzingen voor onbepaalde tijd voor de RAV's. De aanwijzingen voor onbepaalde tijd vergen strikte overheidsregulering. Door (de strekking van) een aantal bepalingen uit de Wkkgz en de Wtza in het wetsvoorstel op te nemen, benadrukken wij het belang ervan. Tevens biedt dit de mogelijkheid om op basis van artikel 8 in lagere regelgeving eisen aan RAV's te stellen met betrekking tot kwaliteit en governance. Er is geen sprake van strijdigheid tussen de bepalingen in dit wetsvoorstel en die in de Wkkgz of de Wtza. Voorts wijst de IGJ er terecht op dat de wet en de toelichting in het door haar getoetste concept niet helemaal overeenkwamen op het punt van het opleggen van een last onder bestuursdwang ter handhaving van een aanwijzing of een bevel. Dit is hersteld. Tenslotte geeft de IGJ aan dat in de memorie van toelichting terecht staat dat de bevoegdheid tot het aanstellen van een bewindvoerder niet wordt gemandateerd aan de IGJ, omdat dit tot onwenselijke situaties zou kunnen leiden.

De NZa heeft bij brief van 18 november 2019 gereageerd op het verzoek van 10 oktober 2019 om te toetsen of het concept voorstel voor de Wet ambulancevoorzieningen uitvoerbaar en handhaafbaar is en of het werkbaar is voor het toezicht. De NZa ziet risico's voor de doelmatigheid van de ambulancezorg, maar vindt de risico's niet zodanig dat het wetsvoorstel niet uitvoerbaar wordt geacht waar het gaat om de taken van de NZa. Volgens de NZa verdwijnt de stimulans voor RAV's om afspraken met zorgverzekeraars over doelmatigheid na te komen, nu zij een aanwijzing voor onbepaalde tijd hebben. Daar staat echter tegenover dat RAV's nu meer zekerheid hebben over de toekomst en dat daardoor investeringen in kwaliteit en doelmatigheid aantrekkelijker worden, ze kunnen immers voor de lange termijn meer opleveren. Bovendien is, net als in de Twaz, in dit wetsvoorstel opgenomen dat de aanwijzing van de RAV kan worden ingetrokken. Dat is mogelijk als de permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen dit vordert. De NZa adviseert uit oogpunt van doelmatigheid te verkennen hoe de bekostiging anders kan worden ingericht. Daarover zullen wij in gesprek gaan met de NZa.

In het voorstel zoals dat is aangeboden aan de Raad van State was opgenomen dat bij de interne toezichthouder van een RAV (bij een publieke RAV het algemeen bestuur) een lid was opgenomen dat door de Minister zou worden benoemd, dat als taak zou hebben het toezien op de

permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen. De NZa acht de taak van deze overheidscommissaris onhelder. Na het advies van de Raad van State is de overheidscommissaris uit het wetsvoorstel geschrapt. De NZa vraagt zich af of de governance-bepalingen effectief en proportioneel zijn en passen binnen bestaande regelgeving. Regulering van de governance is van belang voor het verlenen van aanwijzingen voor onbepaalde tijd. Er zijn geen aanwijzingen voor strijdigheden met andere regelgeving gevonden. Verder maakt de NZa een aantal opmerkingen over artikel 13, de afzonderlijke boekhouding voor aan de RAV voorbehouden ambulancezorg. De NZa beveelt aan om deze bepalingen een aanvulling te doen zijn op artikel 40a Wmg zoals dat luidt na aanvaarding van de AWtza. Dat zou echter impliceren dat een RAV er, afhankelijk van de activiteiten, drie boekhoudingen op na moet houden: één voor de aan de RAV voorbehouden ambulancezorg, één voor overige zorg en één voor andere activiteiten. Uit oogpunt van administratieve lasten is dat niet wenselijk. Voorts zijn de bepalingen in artikel 13 naar aanleiding van de brief van de NZa meer in lijn gebracht met de AWtza en zijn de handhavingsbevoegdheden van de NZa met betrekking tot dit artikel aangepast.

14. Fraudetoets

De bekostiging van de RAV's wijzigt niet ten opzichte van de huidige situatie, zoals die onder de Twaz geldt. De uitgevoerde fraudetoets laat dan ook zien dat er geen additionele frauderisico's zijn als gevolg van dit wetsvoorstel. Een fraudetoets is aangevraagd bij de NZa, IGJ, ZN en AZN. In reactie hierop is aandacht gevraagd voor het scherp formuleren van de gebruikte definities in de wet, met name de definities van ambulance en ambulancezorg. Het is inderdaad van belang om de reikwijdte van het alleenrecht en de leverplicht van de RAV af te bakenen. Ten opzichte van de Twaz zijn deze definities in de huidige wet en toelichting daarom scherper omschreven. Het is immers niet de bedoeling dat een ambulance wordt ingezet, omdat de te vervoeren persoon geen taxi kan betalen of omdat het gemakkelijker is om een ambulance te regelen dan een regiotaxi van de gemeente. Hier ligt ook een rol en taak bij de zorgverzekeraar om bij de materiële controle te toetsen en te signaleren richting NZa wanneer het vermoeden bestaat dat onterecht een ambulance wordt ingezet. Ook zijn zorgen geuit over de formulering van het artikel met betrekking tot het hanteren van de gescheiden boekhouding (artikel 13). Dit artikel en het toezicht daarop door de NZa zijn juist toegevoegd aan deze wet ten opzichte van de huidige Twaz, omdat het absoluut noodzakelijk is dat geld dat is bedoeld voor de aan de RAV voorbehouden ambulancezorg, in overeenstemming met dat doel besteed en bijvoorbeeld niet wordt aangewend om een betere uitgangspositie te verkrijgen voor het verzorgen van buitenlandvervoer. In overleg met de NZa zal worden bezien of en zo ja, hoe en door wie een nadere invulling moet worden gegeven aan dit artikel.

AZN geeft aan dat, ondanks dat de ambulancesector nu als een van de weinige sectoren een uniform begrippenkader heeft, eenduidige registratie van ritgegevens nog ontbreekt doordat de eenduidige definities nog in de verschillende registratiesystemen worden ingebouwd. Hierin zit nu nog beleidsvrijheid. De sector gaat op korte termijn op transparante wijze beheersmaatregelen treffen om de vergelijkbaarheid van de rittenadministraties te vergroten en de kans op fouten te verkleinen, door een traject in te zetten voor landelijke verbetering van systeemeisen en registratie richtlijnen.

15. Advies Autoriteit Persoonsgegevens

De Autoriteit Persoonsgegevens (AP) is gevraagd om advies te geven op het concept-wetsvoorstel. In het advies heeft de AP vier punten aangehaald. De AP signaleert dat het retourbericht niet alleen bedoeld is voor de ambulancezorgprofessional, maar ook voor de medisch manager die het gebruikt om de ambulancezorgprofessional te beoordelen. De AP is van mening dat de toelichting niet ingaat op de inbreuk op de privacy van de ambulancezorgprofessional en de voorziene waarborgen. De AP adviseert om de toelichting hierop aan te vullen. De toelichting is op dit punt aangevuld.

De gegevens die door de SEH aan de RAV moeten worden verstrekt worden in het concept bij ministeriële regeling bepaald. De AP merkt hierover op dat de afweging welke persoonsgegevens moeten worden verwerkt zorgvuldig en op het juiste niveau van regelgeving moet worden gemaakt. Volgens het wetgevingsbeleid van de regering wordt delegatie aan een Minister beperkt tot administratieve voorschriften, uitwerking van details en voorschriften die dikwijls wijziging behoeven. De AP adviseert het administratieve, detail of wijzigingsgevoelige karakter van deze bepaling te onderbouwen dan wel het wetsvoorstel op dit punt aan te passen.

Aangezien het in dit voorstel mede persoonsgegevens gegevens over de gezondheid betreft, volg ik het advies van de AP en zal de uitwerking van deze bepaling niet bij ministeriële regeling, maar bij algemene maatregel van bestuur geschieden. Het voorstel is aldus aangepast.

In de concept regeling stond dat bij ministeriële regeling bepaald wordt op welke wijze de persoonsgegevens moeten worden beveiligd door middel van organisatorische en technische maatregelen. De AP merkt hierover op dat de verplichting tot het nemen van organisatorische en technische maatregelen voortvloeit uit de AVG welke rechtstreekse werking heeft. De AP adviseert om toe te lichten waarom in dit geval nationaal aanvullende eisen op het punt van beveiliging moeten worden gesteld. De AP stelt terecht dat de AVG rechtstreeks werkt en dat daar een dergelijke verplichting in staat. Dit neemt niet weg dat die eis op nationaal niveau kan worden ingevuld. In het kader van zorg wordt dit al gedaan in het Besluit elektronische gegevensuitwisseling door zorgaanbieders, op basis waarvan RAV's zich al moeten houden aan NEN 7510 en aanverwante NEN-normen. Vanwege deze reeds bestaande verplichting is het artikellid geschrapt.

In het geval de RAV persoonsgegevens ontvangt van de SEH, zal de SEH ook verplicht moeten worden om de gegevens te delen met de RAV. De AP signaleert dat in de redactie geen kennis wordt gegeven van de verplichting voor de SEH om gegevens met de RAV te delen terwijl dit in het kader van het medisch beroepsgeheim wel aangewezen is. De AP adviseert dan ook om het concept op dit punt aan te passen. Op basis van artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek draagt de hulpverlener zorg dat aan anderen dan de patiënt geen gegevens worden verstrekt. Dit is wel toegestaan indien de betrokkene hier toestemming voor geeft of indien er een wettelijke verplichting bestaat tot het verstrekken van informatie. Deze gegevensuitwisseling is neergelegd in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en de daarbij behorende richtlijn gegevensuitwisseling. Op basis van de wettelijke verplichting voor de SEH om te voldoen aan het kwaliteitskader en de daarbij behorende richtlijn, mag de SEH de genoemde gegevens verstrekken aan de RAV.

16. Consultatie veldpartijen

De volgende partijen hebben de gelegenheid gehad om te reageren op een concept van dit wetsvoorstel: AZN, ZN, Patiëntenfederatie, Vereniging Nederlandse Gemeenten, V&VN, NVMMA, Nederlandse Vereniging van

Spoedeisende Hulpartsen, FNV, CNV, Landelijk Platform Ondernemingsraden Ambulancezorg, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitair medische centra, ActiZ, GGZ Nederland, InEen, Landelijke Huisartsenvereniging, GGD/GHOR Nederland, Koninklijke Nederlandse Vervoer en Overlegorgaan Medisch Adviseurs Repatriëringorganisaties (OMAR). Zij hebben de gelegenheid gehad deel te nemen aan een overleg en schriftelijk te reageren. Er is voor deze route gekozen in plaats van voor een internetconsultatie vanwege de snelheid waarmee dit wetsvoorstel gemaakt moet worden en de mogelijkheid die op deze manier wordt geboden dat partijen in fysiek overleg op elkaars inbreng reageren, waardoor voor- en tegenargumenten worden uitgewisseld. Belangrijke punten uit het overleg en de schriftelijke reacties zijn:

- Er is veel steun voor de continuïteit die het wetsvoorstel brengt binnen de ambulancezorg. Het wetsvoorstel brengt rust en zorgt dat RAV's en hun medewerkers zich weer kunnen concentreren op het zorgproces. Het maakt het werken in de ambulancezorg bovendien aantrekkelijker.
- Er zijn partijen die vooral pleiten voor het behoud van de centrale positie van de ambulanceverpleegkundige binnen de ambulancezorg met het oog op toenemende complexiteit van de zorgvraag. En er zijn partijen die voorop stellen dat de juiste zorgverlener wordt ingezet op de juiste zorgvraag en dat dit functiedifferentiatie vergt en regelgeving die het mogelijk maakt om met behulp van functiedifferentiatie in te spelen op huidige en toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De een is van mening dat door functiedifferentiatie het risico bestaat op vershraling van de zorg, de ander ziet het juist als een mogelijkheid om de kwaliteit van de ambulancezorg, gegeven de krapte op de arbeidsmarkt, te borgen. Door in een ministeriële regeling vast te leggen wat de opleidings- of deskundigheidseisen zijn voor verschillende functies in de ambulancezorg wordt enerzijds zekerheid geboden dat goed gekwalificeerde medewerkers worden ingezet voor verschillende zorgvragen en anderzijds flexibiliteit gecreëerd, doordat de ministeriële regeling aangepast kan worden voor gewenste ontwikkelingen in de kwaliteit van de ambulancezorg. Een gezamenlijk standpunt van V&VN en AZN zal behulpzaam zijn bij het tot stand brengen van een ministeriële regeling op dit punt.
- Er was aandacht voor het al dan niet vrijgeven van intraklinisch vervoer voor andere aanbieders dan RAV's. Zorginstellingen waaronder ziekenhuizen en ggz-instellingen moeten soms lang wachten op de ambulance als een patiënt overgebracht moet worden naar een andere locatie van de instelling. Voor patiënten en voor het beheersbaar maken van de drukte op SEH's en bij crisisdiensten van de ggz is het van belang dat patiënten die naar een andere locatie moeten worden gebracht en onderweg zorg nodig hebben, niet langer dan strikt noodzakelijk hoeven te wachten. RAV's moeten in voorkomende gevallen spoedritten prioriteren boven deze ritten. Om deze reden zou overwogen kunnen worden om deze ambulancezorg vrij te geven voor andere aanbieders dan RAV's, zodat bijvoorbeeld ziekenhuizen dit vervoer met zorg zelf kunnen regelen als ze dit wensen. Uit het overleg met de partijen en de schriftelijke reacties bleek dat de meningen hierover zeer verschillend zijn. In paragraaf 4.5 staat dat er op dit moment geen plannen zijn om intraklinisch vervoer met zorg of andere vormen van ambulancezorg vrij te geven voor andere aanbieders. Naar aanleiding van de consultatie is opgenomen dat als een wijziging met betrekking tot de ambulancezorg die is voorbehouden aan de RAV's wordt overwogen, een zorgvuldige afweging van voor- en nadelen noodzakelijk is. Er zal een besluitvormingsproces zijn met alle betrokken partijen. Overigens zijn, nu het intraklinisch vervoer blijft voorbehouden aan RAV's, goede afspraken nodig over het tijdig halen

en brengen van patiënten tussen enerzijds RAV's en anderzijds zorginstellingen waar patiënten worden gebracht en gehaald met het oog op het belang van de patiënt, de zorginstelling en de RAV.

- Het versturen van diagnose- en patiëntinformatie door SEH's aan RAV's is eveneens aan de orde geweest. Het doel is dat RAV's van SEH's teruggekoppeld krijgen of ze achteraf bezien juist gehandeld hebben en naar het juiste ziekenhuis zijn gereden. Deze terugkoppeling is van belang met het oog op de verbetering van de kwaliteit van de zorg door de RAV's. Om deze reden is in dit wetsvoorstel daartoe een bepaling ingevoegd (artikel 10).
- Over de verantwoordelijkheidsverdeling tussen verschillende bij de ambulancezorg betrokken partijen zoals de RAV, de zorgverzekeraar, de overheidscommissaris en de Minister, rezen vragen. Inmiddels is de overheidscommissaris geschrapt uit het wetsvoorstel.
- AZN hecht sterk aan de gelijke behandeling van alle RAV's ongeacht de rechtsvorm. Inderdaad wordt uitgegaan van in principe voor alle RAV's gelijke kwaliteitseisen en komen ook de governance- en verantwoordings-eisen grotendeels overeen.

De besturen van de veiligheidsregio's hebben separaat de gelegenheid gehad om schriftelijk te reageren op het wetsvoorstel. Zes van de 25 veiligheidsregio's hebben van deze gelegenheid gebruik gemaakt. De veiligheidsregio's zijn blij met de vergunningen voor onbepaalde tijd voor de zittende aanbieders van ambulancezorg. Twee van de zes zijn kritisch ten aanzien van het eventueel vrijgeven van intraklinische ambulancezorg. Hierboven is aangegeven dat deze passage inmiddels voorzichtiger is geformuleerd in die zin dat altijd eerst een zorgvuldige afweging plaatsvindt voordat hierover wordt besloten. Twee andere veiligheidsregio's zijn kritisch ten aanzien van het introduceren van een overheidscommissaris bij een RAV die de vorm heeft van een gemeenschappelijke regeling. Zoals hierboven is aangegeven, is de overheidscommissaris geschrapt uit het wetsvoorstel.

Naar aanleiding van een brief van Airport Medical Services is een passage opgenomen over ambulancezorg op en vanaf Schiphol.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1

Een deel van de hier opgenomen begrippen is ontleend aan artikel 1, eerste lid, van de Twaz en is in een aantal gevallen verduidelijkt of redactioneel verbeterd.

Het begrip ambulance is al uitvoerig omschreven in paragraaf 4.1 van het algemeen deel van deze toelichting.

Zowel voor het begrip meldkamer als voor het begrip meldkamerfunctie wordt verwezen naar de Politiewet 2012, respectievelijk naar artikel 25a, eerste lid, en artikel 25b, eerste lid, van die wet. In die wet is de basis gelegd voor de inrichting van de meldkamers voor hulpdiensten, waaronder de ambulancezorg. De meldkamer is de plaats voor het aannemen, ontvangen, registreren en beoordelen van meldingen waarbij wordt gevraagd om acute inzet van de hulpdiensten politie, ambulancezorg, brandweer of Koninklijke Marechaussee, het bieden van een adequaat hulpaanbod, en het begeleiden en coördineren van de hulpdiensten (de meldkamerfunctie). De verschillende hulpdiensten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de eigen meldkamerfunctie. Voor de ambulancezorg is dat vastgelegd in artikel 5 van dit wetsvoorstel.

Artikel 2

Hierin is vastgelegd dat met betrekking tot de regio-indeling voor de ambulancevoorzieningen net als bij de Twaz aangesloten wordt bij de

indeling van de veiligheidsregio's zoals bepaald in de Wet veiligheidsregio's. Hierin verandert dus niets ten opzichte van de huidige situatie. Een eventuele wijziging van de grenzen van een veiligheidsregio of van een fusie van veiligheidsregio's heeft grote consequenties voor de betrokken RAV's. Het is daarom van belang dat RAV's tijdig betrokken worden bij eventuele wijzigingen (bijvoorbeeld gemeentelijke herindelingsregio's). VWS zal AZN betrekken bij het bepalen van de gevolgen van de evaluatie van de Wvr. Mocht het als gevolg van een eventuele toename van het aantal veiligheidsregio's nodig zijn een nieuwe RAV aan te wijzen, dan zal de procedure als bedoeld in artikel 25 gevolgd worden.

Artikel 3

In het voorgestelde artikel 3, eerste lid, wordt bepaald dat Onze Minister zorg draagt voor de duurzame veiligstelling van de ambulancevoorzieningen. Dit betreft taken en bevoegdheden die direct of indirect van invloed zijn op de ambulancevoorzieningen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om wet- en regelgeving, bekostiging en financiering en bijvoorbeeld infrastructuur als wegen, voorzieningen die het mogelijk maken dat de RAV's ambulancezorg leveren. De overheid schept de voorwaarden waarbinnen de RAV's hun taak kunnen uitoefenen, houdt toezicht op die ambulancevoorzieningen en grijpt in indien deze niet aan de wettelijke eisen voldoen. Dit artikel maakt duidelijk dat sprake is van een brede verantwoordelijkheid van de overheid die ziet op elke uitoefening van bevoegdheden en uitvoering van taken voor zover die van belang kunnen zijn voor de ambulancevoorzieningen.

In het tweede lid wordt de duurzame veiligstelling van de ambulancevoorzieningen aangemerkt als een dwingende reden van groot openbaar belang. Hiermee wordt het bijzondere belang van de ambulancevoorzieningen in de wet verankerd, hetgeen houvast geeft voor het openbaar bestuur en een meer expliciete waarborg biedt ter bescherming van dat belang. Ambulancezorg moet 24 uur per dag, zeven dagen per week beschikbaar zijn. Dit brengt met zich mee dat dit belang om die reden boven andere belangen kan prevaleren. Zonder een dergelijke expliciete waarborging bestaat de kans dat het belang van de beschikbaarheid van ambulancezorg slechts één van de te wegen belangen wordt in de besluitvorming van de rijksoverheid, de RAV's of de zorgverzekeraars en niet het gewicht krijgt dat het zou moeten krijgen. Dit maakt de opdracht tot een duurzame veiligstelling van ambulancevoorzieningen moeilijker uitvoerbaar. De bepaling vormt een uitwerking van de in het eerste lid opgenomen verantwoordelijkheid en dient mede ter ondersteuning van de uitvoerbaarheid van die verantwoordelijkheid. Deze verantwoordelijkheid wordt voorts op een bestendige en duurzame wijze ingevuld door RAV's de exclusieve bevoegdheid en plicht tot het leveren van ambulancezorg toe te kennen (artikel 4).

Artikel 4

Het voorgestelde artikel 4 legt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van ambulancevoorzieningen binnen een regio bij de voor die regio aangewezen RAV. De RAV verkrijgt daarmee niet alleen het recht om ambulancezorg binnen de eigen regio te verlenen, maar ook de plicht. In algemene zin houdt dit in dat de RAV's worden belast met de zorg voor permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen. Deze plicht ligt in het verlengde van de verantwoordelijkheid die ingevolge artikel 3 op de overheid rust en betreft de feitelijke uitvoering van aan RAV's voorbehouden ambulancezorg binnen door de overheid gestelde kaders en voorwaarden. Deze plicht ligt bij de RAV, maar vormt geen belemmering voor het uitbesteden van

bepaalde activiteiten, althans voor zover hierbij geen sprake is van overdracht van eigendom of zeggenschap als bedoeld in het voorgestelde artikel 18 of van uitbesteden van de meldkamerfunctie aan een ander dan een lid van de RAV die de vorm van coöperatie heeft (artikel 6, derde lid). De RAV blijft zelf steeds verantwoordelijk voor de permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen.

Artikel 5

In dit artikel wordt vastgelegd wat ambulancezorg inhoudt. Voor een uitgebreide toelichting hierop wordt verwezen naar paragraaf 4 van het algemeen deel van de toelichting.

In het eerste lid worden verschillende vormen van ambulancezorg beschreven. De onderdelen a en b hebben betrekking op de triage. Hierbij gaat onderdeel a in op de meldkamerfunctie die bestaat uit het ontvangen, registreren en beoordelen van meldingen waarbij wordt gevraagd om acute inzet van ambulancezorg. De meldkamerfunctie wordt uitgevoerd op de meldkamer als bedoeld in artikel 1. Onderdeel b gaat over het ontvangen, registreren en beoordelen van alle meldingen waarbij wordt gevraagd om inzet van ambulancezorg zonder dat er sprake is van een direct of op korte termijn levensbedreigende situatie en het besluiten door wie en op welke wijze de ambulancezorg zal worden verleend. Onderdeel b kan op termijn mogelijk worden uitgevoerd buiten de meldkamers als bedoeld in artikel 1 op de locatie waar zorgcoördinatie plaatsvindt. Onderdeel c gaat over spoedeisende ambulancezorg zonder dat de patiënt vervoerd wordt. Onderdeel d gaat over spoedeisende ambulancezorg met vervoer. Onderdeel e beschrijft niet spoedeisende ambulancezorg, al dan niet in combinatie met vervoer. Het verblijfsadres is het adres waar de patiënt op dat moment aanwezig is, dat hoeft niet per se het adres te zijn waar de persoon overnacht. Het verblijfsadres kan een zorginstelling zijn. Intraklinisch vervoer met zorg (vervoer tussen twee locaties van een zorgaanbieder) en interklinisch vervoer met zorg (vervoer tussen twee zorgaanbieders) vallen ook onder de omschrijving van niet spoedeisende ambulancezorg.

Artikel 6

Dit artikel verbiedt aan anderen dan de RAV om ambulancezorg te verlenen. Het derde lid biedt hierop een uitzondering voor de situatie dat een RAV de ambulancezorg op contractbasis uitbesteedt. Echter ook voor deze uitbestede ambulancezorg geldt dat deze moet voldoen aan de eisen die bij of krachtens dit wetsvoorstel aan ambulancezorg worden gesteld (vierde lid). De RAV is ervoor verantwoordelijk dat de door haar uitbestede zorg aan deze eisen voldoet.

Op grond van het tweede lid is het onder andere verboden om met een voertuig dat niet is geregistreerd bij de RAV ambulancezorg te verlenen. Het is nodig dat alle vervoermiddelen geregistreerd staan bij de meldkamer ambulancezorg, zodat men daar weet op welke vervoermiddelen eventueel een beroep kan worden gedaan voor het snel ter plaatse brengen van zorgverleners en het eventueel vervoeren van de patiënt.

Artikel 7

Binnen het werkgebied van een meldkamer kunnen meerdere RAV's aangewezen zijn, omdat er meer regio's dan meldkamers zijn. Dit artikel verplicht RAV's om in dat geval een convenant te sluiten over de samenwerking binnen het werkgebied, in elk geval met betrekking tot de uitvoering van de meldkamerfunctie. Zowel voor het begrip meldkamerfunctie als voor het begrip werkgebied wordt verwezen naar de Politiewet 2012, respectievelijk naar artikel 25b, eerste lid, en artikel 25a, tweede lid,

van die wet. Een doelstelling is dat de meldkamers zo nodig elkaars werk kunnen overnemen, zodat de afhandeling van een incident onafhankelijk is van de locatie waar het zich voordoet in Nederland. Daarom voorziet het wetsvoorstel Wijzigingswet meldkamers er in dat op elke meldkamer de meldkamerfunctie ook voor het werkgebied van een andere meldkamer moet kunnen worden uitgevoerd. Als in één werkgebied verschillende RAV's zijn gesitueerd, moeten zij een convenant sluiten, dat in ieder geval afspraken bevat over de gezamenlijke uitvoering van de meldkamerfunctie op «hun» meldkamer. Hierdoor moet een eenduidige manier van werken worden bereikt in het werkgebied van die meldkamer. Ook de onderlinge verantwoordelijkheidsverdeling moet in dat convenant vastgelegd worden. In de amvb op grond van de Wijzigingswet meldkamers zal worden bepaald in welke gemeente een meldkamer staat. Uitgangspunt is dat vanuit iedere meldkamer een bepaald, territoriaal afgebakend gebied wordt bestreken: het werkgebied.

Artikel 8

Overeenkomstig de Twaz is ook in dit voorstel opgenomen dat bij ministeriele regeling eisen gesteld worden aan de RAV. De RAV zal aan bepaalde eisen moeten voldoen. Deze eisen zullen onder meer worden gesteld op het terrein van het personeel en de samenwerking in de keten van acute zorg en in de keten van openbare orde en veiligheid. De RAV wordt geacht bij te dragen aan een zo optimaal mogelijke doorstroming van patiënten in de keten van de acute zorg. Binnen het ROAZ worden hierover afspraken gemaakt.

Op basis van dit artikel kunnen ook nadere eisen aan de RAV worden gesteld ten aanzien van het bestuur en de interne toezichthouder van de RAV, de inrichting van de afzonderlijke boekhouding of de eisen waaraan een RAV na een eventuele fusie moet voldoen.

De eisen kunnen per regio verschillen. In principe wordt uitgegaan van eisen die voor alle RAV's gelijk zijn. Alleen in verband met zeer regio-specifieke omstandigheden kunnen aan bepaalde regio's andere eisen worden gesteld. De eisen waaraan een RAV moet voldoen volgen niet alleen uit dit wetsvoorstel, maar ook uit andere wetten zoals de Wkkgz.

Overeenkomstig de Wvr zoals die luidt na de aanvaarding van de Wijzigingswet meldkamers, stelt de Minister bepaalde eisen vast overeenkomstig de eisen die de besturen van de veiligheidsregio's stellen. Dit geldt alleen voor de uitvoering van de meldkamerfunctie door de RAV's met betrekking tot de voorbereiding op en het daadwerkelijk optreden bij ongevallen, rampen en crises.

Artikel 9

Dit artikel geeft aan dat het permanent beschikbaar stellen van voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen op een verantwoord niveau niet het gevolg van een toevallige samenloop van omstandigheden mag zijn, maar dat daaraan een systematische kwaliteitsbewaking ten grondslag moet liggen, of, met andere woorden: het uitvoeren geschiedt niet op verantwoord niveau, indien dit geschiedt zonder gelijktijdige systematische bewaking van de kwaliteit. Artikel 9 geeft daarvoor enige elementen aan, die van zo'n systeem deel uit moeten maken.

In het tweede lid onder a gaat het om kwaliteitskaders die zijn opgenomen in het register van het Zorginstituut (ofwel omdat deze door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenvertegenwoordiging gezamenlijk zijn aangeboden aan het Zorginstituut ofwel omdat deze met doorzettingsmacht van het Zorginstituut tot stand zijn gekomen) en om kwaliteitskaders die door de sector (AZN, V&VN en de NVMMA) zijn vastgesteld.

Kwaliteitskaders die zijn ingeschreven in het register van het Zorginstituut dienen meetinstrumenten te bevatten en de waarden van deze meetinstrumenten moeten door de zorgaanbieders aangeboden worden aan het Zorginstituut voor openbaarmaking.

Periodieke onderlinge visitatie zal bijdragen aan kwaliteitsverbetering en leren van elkaar. Op grond van artikel 8 kunnen eisen aan de visitatie worden gesteld, bijvoorbeeld dat RAV's met dezelfde bestuurders of bestuurders van dezelfde organisaties of van organisaties die met elkaar samenwerken in de meldkamer elkaar niet visiteren.

Artikel 10

In het kader van de verbetering van de kwaliteit van ambulancezorgverlening en daarmee het vergroten van de patiëntveiligheid is het van belang dat de SEH medische gegevens zoals de diagnose en het verdere behandeltraject terugkoppelt aan de RAV. In de ambulancezorg wordt een patiënt met gezondheidsklachten en een vermoeden van een diagnose gepresenteerd op de SEH. Deze werkdiagnose van de RAV wordt weerlegd of bevestigd op de SEH, waar de zorgverleners meer middelen tot hun beschikking hebben dan in de ambulance. Het is voor de kwaliteitsbewaking, -beheersing en -bevordering in de ambulancezorg van belang dat de behandelend ambulancezorgprofessional die de betreffende patiënt heeft ingestuurd, een terugkoppeling krijgt van de (juiste) signalering van gezondheidsklachten en het (juiste) vermoeden van de voorlopige diagnose. Op basis van de gegevensoverdracht van de SEH naar de RAV kan de medisch eindverantwoordelijke van de RAV zijn wettelijke taak met betrekking tot het medisch inhoudelijk beleid, het vaststellen van de bekwaamheid van ambulancezorgprofessionals en de inhoud van de scholing uitvoeren. De gegevensverwerking is noodzakelijk om te voldoen aan deze wettelijke plicht. Hiermee wordt voldaan aan de voorwaarde voor rechtmatigheid van de verwerking in artikel 6, eerste lid, onder c, van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Met betrekking tot de verwerking van bijzondere persoonsgegevens wordt voldaan aan de voorwaarden in artikel 9, tweede lid, onder h en i, van de AVG, omdat het gaat om verwerking voor geneeskundige doeleinden en het waarborgen van kwaliteitsnormen voor gezondheidszorg. Op basis van de gegevensoverdracht wordt de kwaliteit van de ambulancezorg gemonitord en waar mogelijk verder verbeterd. Uiteindelijk komt dit de patiëntveiligheid ten goede.

Het retourbericht van de SEH betreft dus het verder verwerken van gegevens uit de behandeling ten behoeve van kwaliteitsverbetering. Hierbij wordt gedacht aan de geboortedatum van de patiënt, de ritgegevens (waardoor de ambulancezorgprofessional gelinkt kan worden aan de patiënt), een diagnose gesteld op de SEH en eventueel een inhoudelijke toelichting op medisch vlak. Op grond van de AVG brengt een verwerkingsverantwoordelijkheid diverse verplichtingen met zich mee, waaronder een nadere uitwerking van wat die verantwoordelijkheid inhoudt. Bij algemene maatregel van bestuur zal worden bepaald welke precieze gegevens worden verstrekt en de bewaartermijn van de gegevens. De bewaartermijn zal daarbij niet langer mogen zijn dan noodzakelijk voor het beoogde doel.

Het retourbericht dient zoals gezegd onder andere het vaststellen van de bekwaamheid van het personeel. Dit betekent dat de medisch eindverantwoordelijke van de RAV een gedetailleerd inzicht krijgt in de «scores» van de ambulancezorgprofessionals op het punt van het stellen van correcte diagnoses. Dit heeft impact op de privacy van de ambulancezorgprofessional. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling dat deze «scores» en daarmee het functioneren van individuele ambulancezorgprofessionals voor de gehele RAV inzichtelijk worden gemaakt. Een van de waarborgen in de

gegevensverwerking zal daarom zijn dat het retourbericht alleen ingezien kan worden door de ambulancezorgprofessional en de medisch eindverantwoordelijke van de RAV, en dat de gegevens niet langer dan strikt noodzakelijk, in voorliggend geval 1 jaar, bewaard zullen worden. In het eerste lid van dit artikel wordt bepaald dat de RAV gegevens ontvangt van de SEH. Dit betekent dat de SEH ook de noodzakelijke persoonsgegevens waaronder gegevens over de gezondheid kan verstrekken aan de RAV. Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen, zoals ingeschreven bij het Zorginstituut, stelt dat ketenpartijen, waaronder de SEH en de RAV actuele medische en andere relevante gegevens met elkaar delen. Het kwaliteitskader geeft daarbij aan dat in de richtlijn gegevensuitwisseling behorende bij het kwaliteitskader, is beschreven welke informatie de ketenpartijen met elkaar delen. In deze richtlijn staat het verstrekken van gegevens van de SEH naar de RAV expliciet beschreven dat de SEH feedbackinformatie levert voor kwaliteitsdoel-einden. Het kwaliteitskader, de daarbij behorende richtlijn en de wettelijke verplichting om te voldoen aan het kwaliteitskader zorgen ervoor dat de SEH de gegevens mag verstrekken aan de RAV.

Artikel 11

Voor de kwaliteit van de zorg die de RAV levert is het van belang dat de medische eindverantwoordelijkheid binnen een RAV helder is belegd. In dit artikel is omschreven wat die medische eindverantwoordelijkheid inhoudt. Bij ministeriële regeling kunnen opleidings- of deskundigheidseisen gesteld worden aan degene of degenen die de medische eindverantwoordelijkheid dragen. Vooralnog is het de bedoeling te bepalen dat een arts de medische eindverantwoordelijkheid draagt. Dat neemt niet weg dat ook andere beroepsbeoefenaren zoals bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten een rol kunnen spelen bij het medisch management van een RAV en bijvoorbeeld het toegepast wetenschappelijk onderzoek.

Artikel 12

Deze bepaling is ongewijzigd overgenomen uit de Twaz. De Minister heeft bepaalde gegevens nodig om na te gaan of het in de wet neergelegde stelsel naar behoren werkt. Het gaat bijvoorbeeld om financiële gegevens, alsmede gegevens betreffende de responstijden. Deze gegevens worden periodiek geleverd in het kader van de jaarverantwoording op grond van de WTZi dan wel de Wmg. Daarnaast leveren zorgaanbieders kwaliteitsgegevens (meetinstrumenten) aan bij het Zorginstituut op basis van in het register bij het Zorginstituut ingeschreven kwaliteitskaders. Het kan zijn dat de Minister periodiek of incidenteel andere gegevens nodig heeft. Zo worden de gegevens in de jaarverantwoording jaarlijks geleverd. Het is denkbaar dat in bepaalde omstandigheden frequenter inzicht nodig is, bijvoorbeeld met betrekking tot de responstijden. Dat zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn als de responstijden van een RAV achteruit gaan. Wellicht is er incidenteel of tijdelijk extra inzicht nodig in de responstijden van een RAV als in de betreffende regio een afdeling spoedeisende hulp is gesloten. Het is ook denkbaar dat de Minister in bijzondere omstandigheden andere gegevens nodig heeft, bijvoorbeeld over bescherming van het personeel tijdens een pandemie of aan de pandemie gerelateerd ziekteverzuim. Het gaat hier niet om bijzondere persoonsgegevens. In een ministeriële regeling kan dit nader worden uitgewerkt.

Artikel 13

Een RAV kan naast de taak genoemd in artikel 4 (het leveren van ambulancezorg waarvoor de RAV het alleenrecht en de leverplicht heeft) ook andere activiteiten verrichten. In het voorgestelde artikel 13 wordt een aantal eisen opgenomen waar een RAV in dat geval aan moet voldoen om inzichtelijk te maken of de continuïteit van ambulancezorg in gevaar dreigt te komen of is. Met het oog op transparantie ten aanzien van kosten en opbrengsten moet een RAV een gescheiden boekhouding bijhouden voor die andere activiteiten enerzijds en de activiteiten ter uitvoering van de taak, bedoeld in artikel 4, anderzijds. Baten verkregen uit de uitvoering van de in artikel 4 bedoelde taak, mogen niet gebruikt worden voor de bekostiging van de nevenactiviteiten. De achtergrond hiervan is dat zulke marktactiviteiten vallen onder de regels van het Europese mededingingsrecht en op marktconforme wijze en onder in het normale handelsverkeer gebruikelijke voorwaarden en verhoudingen dienen te worden verricht en niet mogen worden bevoordeeld. Dit artikel wijkt voor RAV's af van artikel 40a van de Wmg, zoals dat luidt na aanvaarding van de AWtza: De zorgaanbieder onderscheidt in ieder geval in financiële zin zijn activiteiten op het gebied van de zorgverlening van zijn andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten. Artikel 13 van dit wetsvoorstel vergt een onderscheid tussen bepaalde zorgactiviteiten, namelijk het leveren van ambulancezorg waarvoor de RAV het alleenrecht en de leverplicht heeft, en overige activiteiten die al dan niet betrekking hebben op zorgverlening. Het onderscheid in artikel 40a Wmg ziet op zorgactiviteiten versus andere beroeps- of bedrijfsmatige activiteiten. Dit laatste onderscheid wordt van belang geacht voor de zorg in het algemeen en dus ook voor de ambulancezorg²². Aangezien het echter niet de bedoeling is dat een RAV verplicht wordt drie verschillende boekhoudingen bij te houden (één voor aan de RAV voorbehouden ambulancezorg, één voor overige zorg en één voor overige activiteiten), wordt uit oogpunt van administratieve lasten afgeweken van artikel 40a Wmg. Het onderscheid tussen enerzijds aan de RAV voorbehouden ambulancezorg (waarvoor een alleenrecht, leverplicht en budgetbekostiging gelden) en overige zorg- of dienstverlening door RAV's wordt daarbij van groter belang geacht dan het onderscheid tussen zorg- en overige activiteiten. Overigens zal het verschil tussen de twee onderscheidingen in de praktijk beperkt zijn omdat de andere zorgverlening dan aan de RAV voorbehouden ambulancezorg over het algemeen van relatief bescheiden omvang zal zijn. Zie verder ook het algemeen deel van de toelichting onder paragraaf 7.

Omdat de jaarrekening van een RAV die de vorm heeft van een coöperatie waarbij de coöperatie zelf nauwelijks of geen zorg verleent weinig inzicht biedt in de vraag of de middelen die bestemd zijn voor de aan de RAV voorbehouden ambulancezorg ook in dat kader worden aangewend, moeten ook de leden van de coöperaties, die veelal in de praktijk de zorg verlenen, op grond van dit wetsvoorstel een gescheiden boekhouding voeren. Op grond van de Wmg zoals die luidt na de aanvaarding van de Awtza moeten ook onderaannemers van zorgaanbieders verantwoording afleggen. Dat geldt dan ook voor de leden van de RAV's die de vorm van een coöperatie hebben.

Artikelen 14, 15 en 16

In artikel 14 wordt de verhouding tussen het bestuur en de interne toezichthouder bij de RAV's met een privaatrechtelijke rechtspersoonlijkheid geschetst. Deze verhouding is gelijk aan de relatie zoals die in artikel 3, eerste lid onder a tot en met c van het voorstel voor de Wtza

²² Kamerstukken II, 2016–2017, 34 768, nr. 3, paragraaf 2.2.

wordt geschetst. Artikel 2:239a van het Burgerlijk Wetboek is hier niet van toepassing, omdat in dit wetsvoorstel bepaald is dat iemand niet tegelijk deel kan uitmaken van de interne toezichthouder en het bestuur. Dat geldt voor alle rechtsvormen, dus ook voor BVs. Artikel 15 komt overeen met de betreffende passages in de Governancecode Zorg.

Conform de Governancecode Zorg wordt verondersteld dat de interne toezichthouder met het bestuur afspraken maakt over de wijze van omgang van de interne toezichthouder met de medezeggenschapsorganen. Daarbij kan de interne toezichthouder buiten aanwezigheid (maar niet buiten medeweten) van het bestuur contact hebben met de medezeggenschapsorganen voor zover dat voor de uitoefening van de toezichtfunctie wenselijk is of voor zover deze behoefte is kenbaar gemaakt door de medezeggenschapsorganen.

In 10 van de 25 regio's functioneren RAV's die de vorm van een gemeenschappelijke regeling hebben. Dat kan de gemeenschappelijke regeling zijn voor bijvoorbeeld de veiligheidsregio, voor de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) of specifiek voor de RAV. Gemeenschappelijke regelingen kennen een eigen bestuursstructuur met een algemeen en een dagelijks bestuur en toezicht door de gemeenteraden op grond van de Wgr en in het geval van een veiligheidsregio, op grond van de Wvr. De gemeenschappelijke regelingen voor de veiligheidsregio en de GGD zijn verplichte gemeenschappelijke regelingen. De gemeenschappelijke regelingen die alleen betrekking hebben op de RAV zijn vrijwillige gemeenschappelijke regelingen. In alle gevallen wordt de groep gemeenten die deelneemt bepaald door de grenzen van de veiligheidsregio. De governance eisen kunnen voor private en publieke RAV's vanwege de regelgeving voor gemeenschappelijke regelingen dan ook niet identiek zijn. Overigens bestaan er ook verschillen in de governance tussen de verschillende rechtsvormen (stichting, coöperatie, BV) van de private rechtspersonen. De governancebepalingen zijn wel voor de publieke en de private rechtspersonen zoveel mogelijk gelijk getrokken.

Artikelen 17 en 18

De rechtshandelingen die een RAV op grond van artikel 17 moet melden, hoeven niet in alle gevallen te leiden tot directe invloed op de formele zeggenschap over een RAV, maar deze kunnen wel van invloed zijn op de materiële zeggenschap. Op basis van de melding kan de Minister beoordelen of de voorgenomen rechtshandeling verboden is krachtens artikel 18. Met het verbod van artikel 18 wordt voorkomen dat aan een derde de mogelijkheid wordt gegeven invloed uit te oefenen op de beslissingen van een RAV. Dit artikel vormt geen belemmering voor het uitbesteden van taken op grond van artikel 6, derde lid. Bij uitbesteding blijft de RAV immers verantwoordelijk voor het uitvoeren van ambulancevoorzieningen en daarmee voor de uitvoering van de permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancezorg. Het overgaan van de zeggenschap over de RAV valt wel onder het verbod van artikel 18.

De melding, bedoeld in artikel 17, heeft tot doel duidelijkheid te laten ontstaan in die gevallen, waarin niet op voorhand geheel duidelijk is of de voorgenomen handeling verboden is.

RAV's dienen een voldoende omvang te hebben om hun publieke taak naar behoren te kunnen uitvoeren. Het is niet de bedoeling om fusies onmogelijk te maken. Tegelijkertijd hebben RAV's een monopolie voor het uitvoeren van de publieke taak. Dit artikel bepaalt dat een RAV toestemming dient te vragen voor een fusie, zodat de Minister de voorgenomen fusie kan beoordelen. Bij het beoordelen van een fusie kan

onder andere gedacht worden aan de blijvende aanwezigheid van een voldoende aantal RAV's om te kunnen voldoen aan de in artikel 4 bedoelde taak om te zorgen voor de permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancezorg.

Artikel 19

Het eerste lid van dit artikel bepaalt dat een RAV financieel gezond dient te zijn. Wanneer een RAV financiële problemen heeft, kan de continuïteit van de ambulancezorg in gevaar komen. Dit is bijzonder ongewenst aangezien ambulancezorg een belangrijk onderdeel is van de acute zorg. De aan de RAV voorbehouden ambulancezorg dient 7 x 24 uur beschikbaar te zijn, de continuïteit daarvan mag nimmer in gevaar komen. Dat betekent ook dat de RAV voldoende weerstandvermogen dient te hebben om aan zijn (langdurige) verplichtingen te kunnen voldoen en om schommelingen in de exploitatie te kunnen opvangen. Daarbij behoort vanzelfsprekend ook de voorwaarde dat de RAV er zorg voor draagt aan de gestelde kwaliteits-eisen te voldoen. In de doorontwikkelagenda van het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 staat dat de sector in 2022 financiële indicatoren ontwikkeld wil hebben om de financiële situatie van RAV's onderling te kunnen vergelijken. De indicatoren zijn gericht op de stabiliteit en toekomstbestendigheid van de RAV's in relatie tot de kwaliteit van de zorg.

Op basis van artikel 13 maakt een RAV inzichtelijk welke geldstromen zijn gemoeid met de aan de RAV voorbehouden ambulancezorg en overige activiteiten. Het tweede lid van dit artikel bepaalt dat de overige activiteiten en de financiering daarvan de continuïteit en de kwaliteit van de aan de RAV voorbehouden ambulancezorg niet in gevaar mogen brengen. Ook het uitbesteden van de zorgverlening aan een lid van de coöperatie of andere onderaannemer mag de continuïteit van de ambulancezorg niet in gevaar brengen.

In het algemeen deel van deze toelichting (paragraaf 7) is reeds opgenomen waarom het derde lid van dit artikel is ingevoegd en het voorsnog niet de bedoeling is om aan de «kan-bepaling» invulling te geven.

Artikel 20

Op grond van dit artikel, dat in vergelijkbare vorm ook is opgenomen in de Twaz, kan nader te bepalen ambulancezorg vrijgesteld worden van bepalingen in deze wet, bijvoorbeeld van artikel 6 eerste of tweede lid. Hierbij kan worden gedacht aan het vervoer met een ambulance vanaf een Nederlandse luchthaven of vanaf de Nederlandse grens of omgekeerd indien het vervoer in het buitenland is aangevangen of het buitenland als eindbestemming heeft en aan grensoverschrijdende ambulancezorg. Ten aanzien van het verlenen van deze vormen van ambulancezorg kan bij ministeriële regeling bepaald worden dat dit niet is voorbehouden aan de RAV en dat dit niet in opdracht van de meldkamer hoeft te geschieden. Wel kunnen eisen worden gesteld aan het verlenen van vormen van ambulancezorg die niet zijn voorbehouden aan de RAV. Zie verder onder paragraaf 4.5 van het algemeen deel van de toelichting.

Artikelen 21, 22, 23, 24 en 25

Deze artikelen betreffen het toezicht op en de handhaving van het bepaalde bij of krachtens deze wet. Artikel 22 geeft de Minister de mogelijkheid aanwijzingen te geven aan RAV's. Bij ernstig verzuim is de IGJ bevoegd een bevel te geven, dat onmiddellijk dient te worden opgevolgd. Als dit niet binnen de aangegeven termijn gebeurt is, kan de

Minister een bewindvoerder aanstellen. De Minister zal deze bevoegdheid niet mandateren aan de IGJ. Bij de aanstelling regelt de Minister de bevoegdheden van de bewindvoerder. Artikel 2:22, derde tot en met zesde lid, van het Burgerlijk Wetboek is van overeenkomstige toepassing. Dit betekent onder andere dat de RAV zonder voorafgaande goedkeuring van de bewindvoerder geen besluiten kan nemen en zonder diens medewerking geen rechtshandelingen kan verrichten. De bewindvoerder is bevoegd zelf beslissingen te nemen voor de RAV. Hij kan derhalve als bestuurder maatregelen nemen om te zorgen dat de aanwijzing of het bevel wordt opgevolgd. Het instellen van een bewindvoerder vormt een inbreuk op de ondernemingsvrijheid van de RAV en zal alleen indien noodzakelijk toegepast worden.

Een RAV is als monopolist aangewezen om ambulancezorg, een cruciale en complexe voorziening, te leveren. Als bij een aangewezen RAV sprake is van ernstig verzuim, zijn er binnen de regio niet snel alternatieven voorhanden om deze voorziening over te nemen. De mate van afhankelijkheid is hierdoor dermate groot dat het belangrijker is om – zeker tijdelijk – het ernstig verzuim bij de aangewezen RAV te herstellen, dan snel een ander aan te kunnen wijzen. Door het tijdelijk aanstellen van een bewindvoerder kan het leveren van ambulancezorg in de regio gegarandeerd blijven, hetgeen van cruciaal belang is. Het verkrijgen van een monopoliepositie, in principe voor onbepaalde tijd, brengt met zich mee dat in bepaalde situaties een inbreuk op de ondernemingsvrijheid geduld moet worden.

De gegevensverwerking door de RAV op grond van artikel 10, tweede, derde en vierde lid valt niet onder het toezicht door de IGJ, maar onder het toezicht van de Autoriteit Persoonsgegevens.

In afwijking van de overige bepalingen houdt de NZa toezicht op de naleving van artikel 13, de gescheiden boekhouding. Het handhavingsinstrumentarium van de NZa staat omschreven in de Wmg.

De NZa houdt eveneens toezicht op hetgeen bepaald wordt bij of krachtens artikel 19 met betrekking tot de continuïteit van de ambulancezorg en eventuele beperkingen aan winstuitkering door RAV's of hun onderaannemers. De continuïteit van zorg die in het eerste en het tweede lid van artikel 19 aan de orde is, raakt zowel het toezicht van de NZa als van de IGJ. Voor het bepaalde in de artikelen 23 en 25 is in beginsel aangesloten bij de bepalingen inzake toezicht zoals opgenomen in de Twaz. Zo kan de Minister indien nodig via het opleggen van een last onder dwangsom waarborgen dat de RAV ambulancezorg biedt op een wijze zoals bepaald krachtens de artikelen 4, eerste lid, 6, eerste lid, 7, 8, 12, 18, 20 en 25, vierde lid van het voorstel. Op grond van artikel 5:20 van de Algemene wet bestuursrecht geldt de plicht om aan een toezichthouder bij de uitoefening van zijn bevoegdheden medewerking te verlenen, voor zover dit redelijkerwijs gevorderd kan worden. Dit maakt het mogelijk dat toezichthouders hun toekomstige bevoegdheden daadwerkelijk kunnen effectueren. Het tweede lid van artikel 25 schept een bevoegdheid tot het opleggen van een last onder bestuursdwang bij overtreding van deze medewerkingsplicht. Tevens is in dit lid de mogelijkheid opgenomen tot oplegging van een last onder bestuursdwang ter handhaving van een op grond van artikel 22 gegeven aanwijzing of bevel.

Voor het bepaalde in artikel 24 is aangesloten bij de bepaling die door de nota van wijziging bij de Wijzigingswet meldkamers aan de Twaz is toegevoegd. Voor het huidige artikel 6, tweede lid, verdient een bestuurlijke boete de voorkeur boven een herstelsanctie waarbij een termijn wordt gegeven waarbinnen de overtreding moet zijn beëindigd (zoals een last onder dwangsom). De hoogte van de bestuurlijke boete wordt ten

hoogste het bedrag dat in artikel 21, vierde lid, van het Wetboek van Strafrecht is vastgesteld voor de vierde categorie (momenteel € 20.750), wat conform vergelijkbare overtredingen is.

Een uiterste maatregel is het intrekken van de aanwijzing van de RAV (artikel 25). Dit is pas aan de orde als andere formele en informele handhavingsmaatregelen niet hebben gewerkt. Dat neemt niet weg dat het een reële maatregel is die ingezet kan worden als andere maatregelen niet het gewenste effect hebben. Organisaties als de IGJ, de NZa of de zorgverzekeraars kunnen de Minister verzoeken om te overwegen de aanwijzing van een RAV in te trekken. De Minister zal als hij overweegt om een aanwijzing in te trekken de IGJ en de NZa raadplegen en de zorgverzekeraars, de veiligheidsregio en het traumacentrum als organisator van het ROAZ om advies vragen. Als hij niet ingaat op een verzoek of een advies niet volgt, zal hij dat onderbouwen. De Minister zal de genoemde partijen ook raadplegen of om advies vragen alvorens de aanwijzing te verlenen aan een andere rechtspersoon.

In de Twaz is naast bestuursrechtelijke handhaving tevens de mogelijkheid tot strafrechtelijke handhaving opgenomen. Gelet op de uitgebreide mogelijkheden die dit wetsvoorstel biedt voor handhaving via de bestuursrechtelijke weg en het feit dat strafrechtelijke handhaving nooit is toegepast, hebben strafrechtelijke sancties geen toegevoegde waarde en zijn deze daarom niet opgenomen in dit wetsvoorstel.

Artikel 26

Artikel 124 van de Gemeentewet regelt de indeplaatsstelling door gedeputeerde staten of de commissaris van de Koning indien de gemeente beslissingen niet of niet naar behoren neemt dan wel handelingen niet of niet naar behoren verricht. Ten aanzien van de wetten die zijn opgenomen in de bijlage bij artikel 124b van de Gemeentewet worden de bevoegdheden inzake deze indeplaatsstelling uitgeoefend door de Minister wie het aangaat. Aangezien de provincie geen specifieke rol vervult op het terrein van ambulancezorg, is het wenselijk dat het toezicht in dit geval wordt uitgeoefend door Onze Minister. Daarom wordt de Wet ambulancevoorzieningen aan de bijlage bedoeld in artikel 124b van de Gemeentewet toegevoegd.

Artikel 29

Dit artikel regelt in de Wmg de handhavingsbevoegdheden van de NZa met betrekking tot artikel 13 en het bepaalde bij of krachtens artikel 19 van dit wetsvoorstel. Artikel 16 Wmg bevat de taken van de NZa. Met artikel 29 wordt aan artikel 16 Wmg een onderdeel toegevoegd. Dit onderdeel regelt dat de NZa toezicht houdt op de naleving van artikel 13 inzake de gescheiden boekhouding en het bepaalde bij of krachtens artikel 19 met betrekking tot continuïteit van de ambulancezorg en winstuitkering. Voor de handhaving van deze artikelen wordt een artikel toegevoegd aan de Wmg, waarin wordt bepaald dat de NZa de RAV een aanwijzing kan geven als niet aan de naleving wordt voldaan. Daarnaast wordt de mogelijkheid opgenomen een aanwijzing te publiceren of een last onder bestuursdwang op te leggen als niet binnen de gegeven termijn aan de aanwijzing voldaan wordt. Tot slot biedt het voorstel de NZa de mogelijkheid om een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete op te leggen bij overtreding van de artikelen 13 en 19 van dit wetsvoorstel.

Artikel 31

Op het moment dat de Twaz vervalt, vervalt ook de grondslag voor de aan de RAV's verleende aanwijzingen. In dit artikel wordt bepaald dat de aanwijzingen die zijn afgegeven op grond van de Twaz hun geldigheid behouden onder de Wet ambulancevoorzieningen.

Artikel '

Voor de inwerkingtreding zal in beginsel worden aangesloten bij de vaste verandermomenten.

De Minister voor Medische Zorg,
M.J. van Rijn