

Vergaderjaar 2019–2020

**35 471**

## **Regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen**

**Nr. 9**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 17 juni 2020

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de leden van de vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik dank de leden van de commissie voor hun inbreng en spreek de hoop uit dat het wetsvoorstel met deze beantwoording van de gestelde vragen op korte termijn kan worden geagendeerd voor plenaire behandeling. Hieronder ga ik graag in op de vragen en opmerkingen van de leden van de verschillende fracties. Ik ga daarbij uit van de volgorde van de vragen in het verslag, waarbij in een aantal gevallen naar antwoorden op samenhangende vragen wordt verwezen.

#### **1. Aanleiding**

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering een nader overzicht kan bieden van de precieze overeenkomsten en wijzigingen tussen de Tijdelijke wet ambulancezorg en de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen. Deze leden vragen tevens wat werkgevers, medewerkers, patiënten en ketenpartners in de acute zorg van deze mogelijke veranderingen in de praktijk gaan merken.*

Voor een nader overzicht van de overeenkomsten en verschillen tussen de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) en het wetsvoorstel ambulancevoorzieningen verwijs ik naar het overzicht dat aan het eind van deze nota naar aanleiding van het verslag is opgenomen. Eén van de uitgangspunten van dit wetsvoorstel is het bieden van continuïteit van ambulancezorg, onder andere door het bestendigen van de bestaande praktijk. Uit het overzicht blijkt ook dat er veel overeenkomsten zijn tussen de Twaz en het nieuwe wetsvoorstel. Dit betekent dat er in de praktijk niet veel zal veranderen voor werkgevers, medewerkers, patiënten en ketenpartners.

*De leden van de SP-fractie merken op dat het aantal meldkamers wordt teruggebracht van 25 naar 10 en vragen of kan worden aangegeven wat de reden is voor deze schaalvergroting. Zij vragen of het niet logisch zou zijn als schaal van de RAV en Veiligheidsregio's aan wordt gehouden.*

*Voorts stellen ze vragend dat minder meldkamers toch ook zorgt voor minder regionale inbedding en minder kennis van de omgeving.*

Het terugbrengen van het aantal meldkamers van 25 naar 10 is vastgelegd in de Wijzigingswet Meldkamers (Stb. 2020, 140). Dit wetsvoorstel is in het wetgevingsoverleg van 27 januari jl. inhoudelijk behandeld en, met inbegrip van het amendement dat het aantal meldkamers bepaalt op 10, op 4 februari jl. met algemene stemmen aangenomen in de Tweede Kamer, waarna deze op 3 maart 2020 door de Eerste Kamer tevens met algemene stemmen is aangenomen. De Wijzigingswet sluit aan bij de praktijk en er bestaat hierover brede consensus onder de partijen in het meldkamerdomein.

De Wijzigingswet meldkamers is het sluitstuk van een meerjarige transitie in het meldkamerdomein waaraan met alle betrokken partijen sinds het *Transitieakkoord Meldkamer van de toekomst* uit 2013 aan is gewerkt. Het in 2015 uitgebrachte rapport «Meldkamers» van de Inspectie Veiligheid en Justitie en het Agentschap Telecom, bevestigde de noodzaak van de reeds ingezette veranderingen (o.a. schaalvergroting) binnen het meldkamerdomein. De verwachting is dat door het vergroten van de schaal waarop de meldkamers werken, het eenvoudiger is om de bezetting op het werkaanbod af te stemmen. Hiernaast zorgen de landelijke ICT, het onderbrengen van het ICT-beheer bij de politie én het borgen van de continuïteit van de meldkamers voor vergaande harmonisatie van data-uitwisseling en werkprocessen van de hulpdiensten. Hierdoor wordt het overnemen van taken eenvoudiger.

*Tevens stellen de leden van de SP-fractie nog de vraag of de regering de precieze overeenkomsten en wijzigingen tussen de Twaz en de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen in een nader overzicht kan weergeven.*

Voor een nader overzicht van de overeenkomsten en verschillen tussen de Twaz en het wetsvoorstel ambulancevoorzieningen verwijs ik naar het overzicht dat aan het eind van deze nota naar aanleiding van het verslag is opgenomen.

*De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre bij het opstellen van het wetsvoorstel rekening is gehouden met ontwikkelingen in het zorglandschap zoals sluitingen van afdelingen spoedeisende hulp of acute verloskunde.*

Bij het opstellen van het wetsvoorstel en de bijgevoegde concept ministeriële regeling<sup>1</sup> is zeker rekening gehouden met de dynamiek in het zorglandschap. Dit wetsvoorstel is juist bedoeld om in een dynamische zorgsector stabiliteit te bieden. Sluitingen van afdelingen spoedeisende hulp en acute verloskunde hebben effect op de aanrijtijden van ambulances. Een zorgaanbieder die een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde wil sluiten, moet dan ook een zorgvuldig besluitvormingsproces volgen met vele betrokkenen, waaronder de Regionale Ambulancevoorziening(en) (RAV) in de regio. Uw Kamer heeft op 26 mei jl. (nogmaals) een concept ontvangen van de algemene maatregel van bestuur (amvb) waarin dit wordt geregeld (bijlage bij Eerste Kamer, 2019–2020, 34 767 en 34 768, D). Een sluiting van een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde kan vanwege langere aanrijtijden van ambulances en dus verminderde beschikbaarheid van ambulances nopen tot inzet van extra ambulances. De bekostigingssystematiek voor de ambulancezorg biedt daar ook mogelijkheden toe. In het regionaal overleg acute zorgketen moeten afspraken gemaakt worden over de beschik-

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

baarheid van acute zorg. De RAV's nemen deel aan dit overleg. RAV's zijn op grond van de concept ministeriële regeling (artikel 8) gehouden afspraken te maken met ketenpartners in de zorg (zij moeten bijvoorbeeld weten waar ze met welke patiënten terecht kunnen, ook na een eventuele sluiting van een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde) en met buurregio's voor assistentie. Een zorgaanbieder die bijvoorbeeld een afdeling spoedeisende hulp wil sluiten moet op grond van de bovengenoemde amvb afspraken maken met andere zorgaanbieders, waaronder de RAV(«s).

*De leden van de PvdA-fractie vragen of inzichtelijk gemaakt kan worden wat de precieze wijzigingen en overeenkomsten zijn tussen de Twaz en voorliggend wetsvoorstel.*

Voor een nader overzicht van de overeenkomsten en verschillen tussen de Twaz en het wetsvoorstel ambulancevoorzieningen verwijs ik naar het overzicht dat aan het eind van deze nota naar aanleiding van het verslag is opgenomen.

## **2. Doel**

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom er bij de inkoop van ambulancezorg in representatie gekozen is voor de twee grootste zorgverzekeraars in de regio. Waarom is er niet gekozen voor één zorgverzekeraar die de inkoop doet per regio? Deze leden vragen tevens wat er gebeurt als de zorgverzekeraars en de RAV er onderling niet uitkomen over bijvoorbeeld het volume dat ingekocht moet worden.*

Met dit wetsvoorstel is gekozen voor continuïteit. Momenteel wordt de ambulancezorg al in representatie ingekocht door de twee grootste zorgverzekeraars. Dit wordt voortgezet, omdat er geen aanleiding was dit anders te organiseren. Inkoop in representatie wordt overigens niet in dit wetsvoorstel geregeld. 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. Dat niet één verzekeraar, maar twee verzekeraars samen de afspraken maken met de RAV, zorgt dat deze verzekeraars elkaar scherp houden. Indien de zorgverzekeraars en de RAV in de jaarlijkse contractbesprekingen er onderling niet uitkomen, dan komt dit tot uiting bij de aanvraag van het definitieve budget op basis van nacalculatie bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De representerende zorgverzekeraars en RAV zullen dan geen tweezijdige aanvraag indienen, maar allebei afzonderlijk van elkaar een eenzijdige aanvraag. De NZa zal de laagst ingediende aanvraag verwerken. De NZa kan hiervan afwijken indien de vigerende beleidsregels hiertoe aanleiding geven en/of indien op basis van nadere motiveringen de ingediende aanvraag door de NZa als onrealistisch wordt beoordeeld. De NZa kan daartoe de onderliggende parameters van het budget opvragen.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen waarom het in de ambulancezorg zwaarder weegt dan in andere zorgsectoren dat partijen in de acute zorg en in de veiligheidsregio goed op elkaar ingespeeld zijn.*

In alle zorgsectoren en ook tussen en met de partners in de veiligheidsketen is het van belang dat ketenpartners elkaar kennen, afspraken hebben, elkaar weten te vinden, samenwerken en van elkaar leren. Voor de ambulancezorg geldt dit in het bijzonder vanwege de samenwerking met politie en brandweer in de meldkamers en de inzet van de hulpdiensten in situaties van crises en rampen (opgeschaalde zorg).

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen of het principe waarin twee zorgverzekeraars leidend zijn bij de zorginkoop ook toegepast zou kunnen worden in de rest van de Zvw.*

Onder de Twaz wordt de ambulancezorg in elke regio reeds ingekocht door twee representerende zorgverzekeraars. Dit blijft zo na inwerking-treding van het onderhavige wetsvoorstel. Zowel de huidige Zorgverzeke-ringswet als de Mededingingswet gaan uit van de individuele inkoop door zorgverzekeraars. Er moeten zwaarwegende argumenten zijn op basis van de unieke marktstructuur van een sector om inkoop in representatie toe te passen. Hierover moet nauw overleg plaatsvinden tussen VWS, ACM, NZa en veldpartijen. Dat er in de ambulancesector toch voor dit model is gekozen, heeft te maken met de bijzondere structuur van de sector. Onder meer omdat er maar één zorgaanbieder per regio is die zich bovendien aan stringente bereikbaarheidsnormen moet houden, levert de inkoop in representatie uiteindelijk door de gecoördineerde inkoop meer voor- dan nadelen op. Er zijn nog een paar andere sectoren waar inkoop in representatie plaatsvindt (bijvoorbeeld huisartsendienstenstructuur, acute GGZ).

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen of advies is ingewonnen bij de Autoriteit Consument en Markt over de stelling dat de ambulanc-zorg als niet-economische dienst van algemeen belang is vrijgesteld van de bepalingen over het vrij verkeer uit het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.*

Hierover is geen advies ingewonnen bij de Autoriteit Consument en Markt.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen waarom is gekozen voor een NEDAB maar de financiering niet via een publieke instantie te laten lopen.*

Er is voor gekozen de zorgverzekeraars hun rol in de ambulancezorg te laten behouden, zodat zij de zorgplicht behouden en de acute zorg in de regio in samenhang kunnen inkopen. Dit komt de beschikbaarheid en de kwaliteit van de acute zorg als keten ten goede.

### **3. Verantwoordelijkheid van de overheid voor de ambulancevoor-zieningen**

*De leden van de VVD-fractie vragen of de Minister nader in wil gaan op de kritiek van de Raad van State dat de planbare ambulancezorg geen economische dienst is? Kan de Minister toelichten waarom acute ambulance zorg en niet-spoedeisende ambulancezorg tot dezelfde markt behoren? Kan de Minister tevens aangeven of bij niet-spoedeisende ambulancezorg wel geconcurrereerd zou kunnen worden op prijs, en dat dit bij acute ambulancezorg lastiger is?*

Ook bij de niet spoedeisende ambulancezorg is de zorgvraag het uitgangspunt bij het inzetten van de ambulance. Er dient een medische indicatie te zijn op grond waarvan mensen bij vervoer aangewezen zijn op de apparatuur of zorgverlening die aanwezig is in de ambulance. Economische overwegingen spelen in dit kader geen rol. Voor mensen die geen medische indicatie hebben, staan andere vormen van vervoer open zoals bijvoorbeeld een taxi. Daarnaast is de ambulancezorg, met inbegrip van de niet spoedeisende zorg strikt gereguleerd. Om die reden ben ik van mening dat ook de niet spoedeisende ambulancezorg als niet-economische dienst van algemeen belang kan worden aangemerkt.

De spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg zijn onderdeel van dezelfde markt omdat voor beide vormen van ambulancezorg gelijk materieel en personeel benodigd kunnen zijn. Het feit dat een rit als niet spoedeisend wordt aangemerkt betekent alleen dat de rit niet acuut hoeft te worden uitgevoerd, maar doet niet af aan de complexiteit van de zorg die nodig is. Spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De niet spoedeisende ritten worden uitgevoerd in de tijd dat er geen spoedeisende ritten zijn en de niet spoedeisende ritten kunnen zelfs worden afgebroken in het geval dat er een spoedeisende rit komt. Dit draagt bij aan de efficiëntie als ook het op peil houden van de bekwaamheid van medewerkers. Daarbij biedt het voor het personeel gedifferentieerde werkzaamheden. Indien de niet spoedeisende ambulancezorg buiten het monopolie gesteld zou worden, is het lastig om een level playing field te creëren. De RAV's kunnen inschrijven op de aanbesteding/inkoop en hebben voordeel vanwege hun taak voor de spoedeisende ambulancezorg. Dit zou kunnen resulteren in een ernstige verstoring. Vanwege de onlosmakelijke verbondenheid en de kans op verstoring bij splitsing, kunnen de spoedeisende en de niet spoedeisende ambulancezorg niet los van elkaar gezien worden.

Bij beide vormen van ambulancezorg kan op dit moment niet geconcurrereerd worden op de prijs. De tarieven worden vastgesteld door de NZa.

*De leden van de VVD-fractie vragen op basis van welke criteria één aanbieder per veiligheidsregio ingesteld kan worden en hoe de procedure tot aanwijzing er uit komt te zien.*

Op het moment van inwerkingtreding van dit wetsvoorstel blijven de aanwijzingen van de huidige aanbieders van toepassing. Er zal op dat moment in beginsel dan ook geen procedure tot aanwijzing gevolgd worden. Gelet op de beoogde continuïteit van ambulancezorg ligt het ook niet in de rede dat op korte termijn nieuwe aanbieders worden aangevoerd. Het wetsvoorstel biedt wel de mogelijkheid een aanwijzing in te trekken of te wijzigen. Een wijziging van een aanwijzing kan bijvoorbeeld aan de orde zijn als de rechtsvorm wijzigt of een fusie plaatsvindt. Een RAV kan een verzoek tot wijziging indienen bij de Minister. Organisaties als de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de NZa of de zorgverzekeraars kunnen de Minister verzoeken om te overwegen de aanwijzing van een RAV in te trekken als andere formele en informele handhavingsmaatregelen niet hebben gewerkt. 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. Van een wijziging of intrekking van de aanwijzing wordt mededeling gedaan in de Staatscourant.

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe innovatie en kwaliteitsverbetering gestimuleerd worden nu de ambulancezorg als niet economisch is aangemerkt.*

Net als in de rest van de zorgsector is het in de ambulancezorg gebruikelijk om met kwaliteitskaders te werken die door veldpartijen worden opgesteld. Professionals en bestuurders zijn ervoor verantwoordelijk dat deze kaders worden nageleefd. Het bestuur van de zorgaanbieder moet zodanig zijn ingericht dat gestuurd kan worden op kwaliteit. Ook aan eisen van goed bestuur (inclusief intern toezicht) moet zijn voldaan. De kwaliteitskaders gelden voor alle zorgaanbieders, privaat en publiek,

hoofdaannemers en onderaannemers. De IGJ houdt toezicht op de naleving van de kwaliteitskaders.

De wettelijke kwaliteitsnormen zijn opgenomen in een ministeriële regeling (zie het bijgevoegde concept van de regeling). Ontwikkelingen in de sector kunnen aanleiding geven deze normen aan te scherpen. Niet kunnen voldoen aan hoger wordende kwaliteitsnormen kan er in het uiterste geval toe leiden dat de aanwijzing wordt ingetrokken.

Onder andere op basis van het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 vergelijken RAV's jaarlijks onderling hun kwaliteit. Zij doen dat in het openbaar en de eerste resultaten worden in 2021 zichtbaar. Dat stimuleert om de kwaliteit te blijven verbeteren. Het is de bedoeling dat dit kwaliteitskader wordt doorontwikkeld en dat er streefwaarden worden geformuleerd op basis van de 20% best presterende RAV's. Dit leidt tot ambitieuze streefwaarden. Achterblijvers moeten goede redenen hebben om hun achterblijven te onderbouwen. Ook het onderzoek dat Ambulancezorg Nederland (AZN) periodiek laat doen naar het imago van de sector onder Nederlanders bevordert dat de RAV's hun best doen het goede imago te behouden en waar nodig te verbeteren.

Ook van zorgverzekeraars zal een stimulans uitgaan om te blijven innoveren en verbeteren. Zorgverzekeraars hebben er belang bij om in hun gesprekken met de RAV's kwaliteit, tijdigheid en doelmatigheid te bevorderen, zodat zij aan hun zorgplicht kunnen voldoen. Ketenpartners in zorg en veiligheid zullen vanuit hun belang ook het gesprek kunnen aangaan om kwaliteit van de ambulancezorg te bevorderen als dat uit oogpunt van samenwerking in de keten aangewezen is.

Tenslotte zal men, doordat de onzekerheid wegvalt die de huidige tijdelijke wet met zich bracht («mag ik over een paar jaar nog wel ambulancezorg leveren?»), lang kunnen profiteren van investeringen en innovaties.

*De leden van de VVD fractie merken op dat gesteld wordt dat ten aanzien van de vergoeding van de ambulancezorg geen ruimte is voor vrije onderhandelingen tussen Regionale ambulancevoorzieningen en de zorgverzekeraars, en slechts beperkte ruimte voor onderhandelingen over het volume. Zij vragen hoe deze beperkte ruimte geïnterpreteerd moet worden?*

De bekostiging in de ambulancezorg wordt met dit wetsvoorstel niet gewijzigd ten opzichte van de huidige situatie. Momenteel en onder de nieuwe wet wordt gewerkt met budgetbekostiging en nacalculatie. Voor elke RAV wordt jaarlijks vooraf een voorlopig gemaximeerd budget berekend door de NZa dat voldoende is om de 24/7 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). Vervolgens vinden jaarlijks (beperkte) onderhandelingen plaats tussen de RAV en de twee representerende zorgverzekeraars over de uiteindelijke hoogte van het RAV-budget. De zorgverzekeraars kunnen zo invloed uitoefenen in de bekostiging door met de RAV gezamenlijk de definitieve hoogte van het budget vast te stellen en afspraken te maken over de te leveren kwaliteit van zorg en de gewenste verbeteringen. In tegenstelling tot bij prestatie bekostiging, gaat het in de ambulancezorg niet om het gericht en doelmatig inkopen van het totaal aantal ambulance inzetten per RAV, maar om het waarborgen van de beschikbaarheid van ambulancezorg. Het tussen RAV en zorgverzekeraar afgesproken budget kan niet hoger zijn dan het vooraf door de NZa gemaximeerde budget. Met het afgesproken budget wordt de 24/7 beschikbaarheid van ambulanc-

cezorg bekostigd. Aan het eind van het jaar wordt, indien de afgesproken beschikbaarheid door de RAV is gerealiseerd («op de weg is gezet»), het afgesproken budget volledig betaald door de zorgverzekeraars. Het maakt voor het uiteindelijke budget dat de RAV krijgt dus niet uit of de RAV veel of weinig ritten heeft gereden, omdat er sprake is van nacalculatie die los staat van het aantal ritten. Er gelden tevens door de NZa vastgestelde vaste tarieven per rit, waarmee het vooraf overeengekomen budget wordt gevuld. Dat betekent dat de zorgverzekeraars en RAV niet kunnen onderhandelen over de prijs van de ambulancezorg. Zoals hierboven toegelicht kunnen ze dus wel beperkt onderhandelen over het volume /de beschikbaarheid van ambulancezorg, dat zich vertaalt in een budget per RAV.

*Voorts vragen deze leden om een toelichting welke rol de RAV's, gezien hun leverplicht, in de situatie spelen dat er een vangnetstichting wordt ingesteld en/ of de aanwijzing wordt ingetrokken en een andere rechtspersoon wordt aangewezen?*

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. In de uitzonderlijke situatie dat de RAV niet aan de leverplicht kan voldoen en de zorgverzekeraar aantoonbaar geen andere mogelijkheden heeft om aan zijn zorgplicht met betrekking tot de ambulancezorg te voldoen, is de Minister verantwoordelijk voor het instellen van een vangnetstichting en/of het intrekken van de aanwijzing en het aanwijzen van een andere rechtspersoon.

*De leden van de PVV-fractie vinden dat de regering niet moet blijven steken in de huidige publiek-private mix van het zorgaanbod, maar een keuze moet maken.*

De keuze om de ambulancezorg op deze manier vorm te geven is mede ingegeven door het feit dat continuïteit in de ambulancezorg een van de uitgangspunten is. De nu voorliggende wet zorgt voor de continuïteit van de huidige werkwijze, diversiteit in uitvoerders, prikkels tot kwaliteit en doelmatigheid en ook in een strikte regulering. Het feit dat de uitvoerders van de ambulancezorg voor een deel private partijen zijn doet aan de uitvoering van de wet en de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg mijn inziens niet af. Ik heb overigens ook geen aanwijzingen om te veronderstellen dat het nog verder publiek maken van de ambulancezorg leidt tot een betere uitvoering van de voorliggende wet.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af of de planbare zorg niet beter losgemaakt kan worden van de spoedeisende zorg.*

De leden van de PVV-fractie scharen buitenland vervoer en evenementenzorg onder het planbare vervoer. Dit is niet juist. Evenementenzorg en buitenlandvervoer worden niet tot de planbare ambulancezorg gerekend. Evenementenzorg is geen ambulancezorg en dus niet voorbehouden aan de RAV's. Buitenlandvervoer (dat wil zeggen vervoer vanaf een adres in het buitenland naar een adres in Nederland of omgekeerd) is wel ambulancezorg voor het gedeelte dat in Nederland plaats vindt (dus vanaf de Nederlandse grens of een Nederlandse luchthaven naar een adres in Nederland of omgekeerd), maar is evenmin voorbehouden aan RAV's.

De niet spoedeisende, of planbare, ambulancezorg en de spoedeisende ambulancezorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden door middel van de kennis en kunde van het personeel en ook van het materiaal. Veelal dezelfde ambulances en personeel worden ingezet voor de niet spoedei-

sende ritten. De niet spoedeisende ritten worden uitgevoerd wanneer er geen spoedeisende ritten zijn. Echter wanneer er een spoedeisende rit komt, kan de niet spoedeisende rit afgebroken worden. Dit geeft flexibiliteit en efficiënte inzet van personeel en materieel. Daarbij zit het personeel niet onnodig stil, biedt de combinatie de mogelijkheid om de bekwaamheid op peil te houden en bieden de niet spoedeisende ritten ook rustige momenten voor het personeel dat constant alert moet zijn. Splitsing zou mogelijk kunnen leiden tot een tekort aan personeel, omdat het toch al schaarse personeel verdeeld moet worden tussen de spoedeisende en niet spoedeisende zorg.

*De leden van de PVV-fractie vragen welke waarborgen zijn er voor de 15-minutennorm, welke voor voldoende en vakkundig opgeleid personeel en welke waarborgen er zijn voor de kwaliteit van de spoedeisende zorg nu de aanbieders definitief een monopolie positie krijgen.*

Tijdigheid van ambulancezorg moet een onderdeel blijven van de kwaliteitsnormen voor de ambulancezorg. Meegezonden met deze nota naar aanleiding van het verslag is de concept ministeriële regeling. Hierin zijn de kwaliteitscriteria opgenomen, zoals die ook in het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 zijn beschreven. RAV's zullen zich openbaar moeten verantwoorden over de kwaliteit van de zorg die zij leveren. In de concept ministeriële regeling worden ook de hierboven genoemde ambulancezorgprofessionals aangewezen voor de verschillende onderdelen en niveaus van ambulancezorg. Hierbij volg ik de eisen en inzet- en uitsluitcriteria die zijn vastgelegd in landelijke kwaliteitskaders waarin is vastgelegd welke zorg op welk niveau bij welke zorgvraag geldt als goede ambulancezorg. Deze landelijke kwaliteitskaders en de ministeriële regeling zijn waarborgen voor de te leveren kwaliteit en het vakkundig zijn van het ambulancepersoneel. De IGJ en de NZa blijven in de nieuwe situatie toezicht houden op de kwaliteit en tijdigheid van de ambulancezorg. Indien 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 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.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering advies heeft ingewonnen bij de Landsadvocaat. Deze leden vragen ook of de regering een inschatting kan maken of het de verwachting is dat er een rechtszaak door een (buitenlandse) aanbieder gestart zou kunnen worden als dit wetsvoorstel wordt aangenomen.*

Er is advies ingewonnen bij de landsadvocaat over dit onderwerp. Er is altijd een kans dat er door een (buitenlandse) aanbieder een rechtszaak wordt gestart wanneer dit wetsvoorstel wordt aangenomen. Hoe groot die kans daadwerkelijk is, kan ik op dit moment niet inschatten. Er is nog geen (buitenlandse) aanbieder geweest die heeft gezegd dat hij een rechtszaak gaat starten.

*De leden van de CDA-fractie vragen of er in de afgelopen twintig jaar faillissementen van aanbieders van ambulancezorg hebben plaatsgevonden in Nederland. Zo ja, wat was daar de oorzaak van? En zo ja, hoe is dit faillissement destijds opgevangen?*

De afgelopen 20 jaar zijn er geen faillissementen geweest van aanbieders van ambulancezorg in Nederland.



*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering ook heeft overwogen om de financiering op een andere wijze (publiek) te laten plaatsvinden, en zo ja, waarom daar niet voor is gekozen.*

Verschillende opties voor de organisatie van de ambulancezorg zijn in de aanloop naar dit wetsvoorstel overwogen. Daarbij zijn ook opties voorbij gekomen waarbij een andere wijze van financiering hoort. Het heeft echter niet de voorkeur om de financiering op een andere wijze dan via de zorgverzekeraars te laten lopen. De zorgverzekeraars kunnen goed de samenhang met andere onderdelen van de acute (en minder acute) zorg bewaken, omdat zij ook die zorg inkopen. In het kader van de organisatie van de acute zorg is het bijvoorbeeld voor de overweging van het sluiten van een spoedeisende hulp afdeling zeer van belang of er voldoende ambulancecapaciteit is of kan komen. Deze samenhang zou verloren gaan als de zorgverzekeraars volledig uit de systematiek gehaald zouden worden. Dit vind ik onwenselijk. Om deze reden is ervoor gekozen de financiering via de zorgverzekeraars te laten lopen.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de ambulancezorg in andere EU-landen is georganiseerd en of de ambulancezorg in die landen onder de werkingssfeer valt van het VWEU valt en of het aanbod van acute en planbare ambulancezorg in andere landen ook wordt gecombineerd bij dezelfde aanbieder.*

In bijlage 8 bij het rapport van SiRM, Ordening van de ambulancezorg, staat een internationale vergelijking van de ambulancezorg (Kamerstukken II, 2016–2017, 29 247, nr. 232, d.d. 8 juni 2017).

In de meeste landen wordt de ambulancezorg geleverd door een mix van publieke en private aanbieders. In 6 van de 17 onderzochte landen wordt de ambulancezorg enkel door publieke aanbieders geleverd.

In de meeste landen is er enkel een monopolie op spoedeisende ambulancezorg (en zijn er meerdere aanbieders voor geplande ambulancezorg). In Kroatië, Denemarken en Nederland is er een monopolie op spoedeisende én niet spoedeisende ambulancezorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen aan welke andere activiteiten door een RAV moet worden gedacht naast het verlenen van ambulancezorg.*

Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan buitenlandvervoer of vervoer van huisartsen. Overigens is het soms een GGD of een veiligheidsregio die de ambulancezorg levert. GGD's en veiligheidsregio's hebben tal van andere taken.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom er niet voor gekozen is om (naast de 95% grens voor de gehele veiligheidsregio) ook een ondernorm te stellen per gemeente (of woonkern), zodat in spoedgevallen (en onder normale omstandigheden) de ambulance binnen 15 minuten na ontvangst van de melding bij de patiënt is, ook in de minder bevolkte regio's. Tevens vragen deze leden of de regering deelt dat de regels zoals die nu zijn vooral in de dunner bevolkte gebieden van een veiligheidsregio kunnen leiden tot minder ambulances die op tijd komen? Zo nee, waarom niet?*

In de bijgevoegde concept ministeriële regeling op basis van het wetsvoorstel staat een aantal normen om de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van ambulancezorg in de gehele regio te waarborgen. Zorgverzekeraars en RAV's sturen daarop. Ten eerste moet de RAV ernaar streven dat in de regio binnen 15 minuten responstijd in 95% van de inzetten met A1-urgentie een ambulance ter plaatse is en ten tweede moet

de RAV ervoor zorgen dat de spreiding van de standplaatsen in de regio zodanig is dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 12 minuten rijtijd kan worden bereikt door een ambulance. Dit is conform de reeds bestaande norm voor spreiding van standplaatsen, zoals die wordt berekend door het RIVM<sup>2</sup>. De zorgverzekeraars en RAV's verdelen met het sturen op beide normen de schaarse ambulancezorg op de best mogelijke manier over de regio. Hierbij maken zij enerzijds een risico inschatting en kiezen zij voor die locaties in hun regio waarbij de kans het grootst is dat er een vraag naar spoedeisende ambulancezorg komt, terwijl zij anderzijds nog steeds rekening houden met de minimale spreiding van ambulances ten behoeve van algehele gebiedsdekking.

RAV's en verzekeraars streven ernaar om de regionale wettelijke normen te halen. Daarnaast hebben zij een goed besef van de door hen te leveren kwaliteit van zorg en sturing op de levering van die kwaliteit<sup>3</sup>. Hierbij is tijdigheid een onderdeel van kwaliteit, maar niet het enige waar op gestuurd moet worden. Het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 helpt om die kwaliteit meetbaar en inzichtelijk te maken. Dit kwaliteitskader is in december 2019 door AZN, ZN, de Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) aangeboden bij het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut)<sup>4</sup>. Op 17 maart heeft het Zorginstituut het kwaliteitskader vervolgens opgenomen in het Register.

Het toevoegen van een ondernorm per gemeente (of woonkern) is geen toekomstgerichte oplossing. Ten eerste roept het toevoegen van nóg een niet medisch onderbouwde tijdsnorm afbakeningsvragen op; welk percentage moet worden gehanteerd als ondernorm en hoeveel inwoners moet de woonkern minimaal tellen om te kwalificeren als «woonkern». Dit worden arbitraire grenzen waar wederom discussie over zal ontstaan. Het gevolg van het stellen van zo'n arbitraire norm is dat er een heleboel extra ambulances in alle gemeenten van Nederland moeten worden bijgeplaatst. Niet alleen vanuit doelmatigheidsoverwegingen, maar ook vanwege kwaliteitsoverwegingen is dat geen goed idee. Het gevolg is namelijk dat medewerkers tijdens een dergelijke «woonkern»-dienst heel weinig te doen hebben. Dit is niet alleen slecht voor het werkplezier, maar het is ook slecht voor de bekwaamheid van medewerkers. Om optimaal bekwaam te blijven, moeten medewerkers immers in de praktijk geregeld bepaalde handelingen verrichten. Daarnaast wil de sector juist toe naar normen die medisch en/of wetenschappelijk onderbouwd zijn. Het nog meer focus leggen op het behalen van een extra tijd gerelateerde prestatienorm op gemeenteniveau zou tot effect kunnen hebben dat RAV's (optische) maatregelen nemen om ogenschijnlijk aan de norm te voldoen, zonder dat dit een relatie heeft met de kwaliteit van zorg. Het is de vraag of de patiëntveiligheid en de kwaliteit van zorg hiermee zijn gediend.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe snel een nieuwe rechtspersoon kan worden opgericht, zodanig dat de continuïteit van de ambulancezorg niet in gevaar komt.*

Voor het oprichten van een nieuwe rechtspersoon is enige tijd nodig. In de tussentijd wordt de bestaande aanbieder geacht de ambulancezorg door te leveren (artikel 25, vierde lid).

<sup>2</sup> Het verschil tussen 15 minuten responstijd en 12 minuten rijtijd is 3 minuten voor het aannemen van de melding en uitrukken.

<sup>3</sup> Zie ook de passage «beeld van de sector volgens de IGJ» in de Kamerbrief over de stand van zaken in de ambulancezorg van 29 maart jongstleden (29 247, Nr. 270).

<sup>4</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

*De leden van de CDA-fractie vragen op basis waarvan gesteld wordt dat de terugverdientijd van investeringen in de ambulancezorg relatief kort, namelijk circa vijf jaar, is.*

Dit is gebaseerd op de afschrijvingstermijn van ambulances, die vijf jaar is.

*De leden van de CDA-fractie vragen om een overzicht van de rechtsvormen van de huidige 25 RAV's.*

De huidige RAV's hebben de volgende rechtsvormen:  
Gemeenschappelijke regelingen: Midden Gelderland, Gelderland Zuid, Gooi- en Vechtstreek, Hollands Midden, Zuid Holland Zuid, Midden West Brabant, Brabant Noord, Zuidoost Brabant, Zuid Limburg, Flevoland.  
Stichtingen: Groningen, Drenthe, Twente, Utrecht, Noord en Midden Limburg.  
Coöperaties: Friesland, Noord Holland Noord, Kennemerland, Haaglanden, Rotterdam Rijnmond.  
BV's: IJsselland, Noordoost Gelderland, Amsterdam Amstelland, Waterland-Zaanstreek, Zeeland.

*De leden van de D66-fractie vragen een toelichting waarom wordt afgeweken van het advies van de Raad van State op het punt van het economische karakter van de planbare zorg. Zij vragen of de kosten en geleverde zorgkwaliteit bijvoorbeeld niet wél een rol spelen bij de planbare ambulancezorg. Daarnaast vragen zij of de regering een vergelijking kan maken met andere vormen van zorg, waarbij ook sprake is van een zorginhoudelijke weging, die worden aangemerkt als economisch van aard. Hoe zit dit bijvoorbeeld bij de rest van de acute zorg?*

Voor de afweging of een dienst een niet-economische dienst van algemeen belang is, moet gekeken worden naar het geheel van de omstandigheden. Naast het feit dat de overwegingen bij het inzetten van niet spoedeisende ambulancezorg zuiver zorginhoudelijk zijn, zijn de tarieven voor spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg door de Nza vastgesteld. Tevens wordt de ambulancezorg door de overheid strikt gereguleerd in het wetsvoorstel. Het vaststellen of een dienst niet-economisch is, is op al deze elementen gestaafd. Er zijn in de acute zorg meerdere processen waar de inzet strikt op zorginhoudelijke overwegingen wordt gestaafd. Ten aanzien van deze zorgprocessen bestaat er concurrentie op de markt. Men kan kiezen naar welke spoedeisende hulp men wil gaan of door welke zorgaanbieder men behandeld wil worden. Daarbij is er concurrentie omdat individuele zorgverzekeraars prijsafspraken maken over de zorg en soms niet alle zorgaanbieders contracteren.

*In de gewijzigde memorie van toelichting lezen de leden van de D66-fractie verschillende argumenten waaruit deze onlosmakelijke verbondenheid van acute en planbare zorg zou blijken. De leden van de fractie van D66 vragen of de argumentatie van onlosmakelijke verbondenheid als extra waarborg gezien moet worden.*

Naar mijn mening kan de niet spoedeisende ambulancezorg aangemerkt worden als niet-economisch. De argumentatie over het onlosmakelijk verbonden zijn van de spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg in de memorie van toelichting dient twee doelen. Het eerste doel is erin gelegen dat aangegeven wordt waarom in het wetsvoorstel geen onderscheid wordt gemaakt tussen de twee vormen van ambulancezorg. Het tweede doel is erin gelegen dat duidelijk is wat de overwegingen van

de regering waren om te oordelen dat spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

*De regering draagt onder meer aan dat het maar zeer de vraag is of andere aanbieders planbare ambulancezorg beter, tijdiger of goedkoper zouden kunnen leveren dan de Regionale Ambulance Voorzieningen. De leden van de D66-fractie vragen of de regering onderbouwing heeft voor deze stelling.*

SiRM heeft in het onderzoek Ordening ambulancezorg aangegeven dat nader onderzoek nodig is of het behoud van het monopolie op spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg leidt tot een suboptimaal aanbod van gepland vervoer.<sup>5</sup> Een dergelijk onderzoek is tot op heden niet uitgevoerd en is ook niet eenvoudig uit te voeren. In het geval de niet spoedeisende zorg niet langer onder het monopolie en de classificering van NEDAB valt, zal deze aanbesteed moeten worden. De RAV's kunnen ook meedoen met deze aanbesteding en kunnen hun vaste kosten verdelen over de spoedeisende en niet spoedeisende zorg. Aanbieders van alleen niet spoedeisende zorg hebben deze mogelijkheid niet.

*Voorts lezen de leden van de fractie van D66 dat de regering stelt dat een splitsing tussen spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg mogelijk de schaarste aan personeel voor de spoedeisende ritten zou vergroten, doordat een deel van de medewerkers zou kiezen voor rustigere ritten. Zij vragen of de regering enige indicatie heeft waaruit blijkt dat (veel) werknemers van de spoedeisende ambulancezorg in dat geval zouden overlopen naar de planbare ambulancezorg. Zijn er bijvoorbeeld enquêtes gehouden onder het personeel? Is het ook denkbaar dat een splitsing juist een tegenovergesteld effect zou sorteren?*

Er is door de overheid geen onderzoek gedaan of medewerkers bij splitsing zouden overstappen van spoedeisende naar niet spoedeisende ambulancezorg. Er is reeds een schaarste aan personeel in de zorg, zo ook in de ambulancezorg. Het splitsen van spoedeisende en niet spoedeisende zorg zou erin resulteren dat het al schaarse personeel verdeeld moet worden over de aanbieder van spoedeisende en de aanbieder van de niet spoedeisende zorg. Het feit dat een rit als niet spoedeisend wordt aangemerkt betekent niet dat dit geen hoogcomplexere zorg kan zijn. Dat betekent dat men hiervoor over het algemeen toch hoog opgeleide medewerkers nodig heeft. Deze medewerkers zijn in de huidige situatie al schaars en het splitsen van spoedeisend en niet spoedeisend tussen verschillende aanbieders versterkt de schaarste ongeacht waar de medewerkers kiezen om te gaan werken.

*Daarnaast draagt de regering aan dat het Hof van Justitie in het verleden heeft geoordeeld dat, mocht een klein deel van een dienst toch als economisch worden aangemerkt, dit opgaat in het geheel van een niet-economische dienst. De leden van de fractie van D66 vragen zich af of bij de planbare ambulancezorg dan sprake is van een klein deel van een dienst. Zij vragen wat de verhouding is in tijd, geld en menskracht tussen de planbare en spoedeisende ambulancezorg.*

Ten eerste kan naar mijn mening de niet spoedeisende ambulancezorg op zichzelf staand als niet-economische dienst van algemeen belang worden aangemerkt omdat ook bij niet spoedeisende ambulancezorg de zorgvraag het uitgangspunt is. Daarbij geldt dezelfde strikte regulering als voor spoedeisende zorg, zijn de tarieven vastgesteld door de NZa en is er geen concurrentie op of om de markt. Er zijn geen gegevens beschikbaar

<sup>5</sup> Kamerstukken II, 2016–2017, 29 247, nr. 232.

over de verhouding tijd, geld en menskracht tussen de niet spoedeisende en spoedeisende ambulancezorg. Er wordt immers gebruik gemaakt van hetzelfde materieel en personeel waardoor ze onlosmakelijk verbonden zijn. Wat wel bekend is, is het aandeel inzetten van niet spoedeisende ambulancezorg ten opzichte van het totaal aantal inzetten. Dit aandeel bedraagt gemiddeld over heel Nederland 25%. Het Hof heeft gezegd dat ondersteunende economische activiteiten die van ondergeschikt belang zijn mee mogen gaan in het geheel.<sup>6</sup> Het Europees Hof van Justitie heeft zich tot op heden niet uitgelaten over hoe groot het economische gedeelte mag zijn om mee te gaan in het grotere geheel van de niet-economische dienst.

*Verder lezen de leden van de D66-fractie dat de coronacrisis illustratief zou zijn voor de onlosmakelijke verbondenheid van de planbare en spoedeisende ambulancezorg. Er werd capaciteit aan de spoedeisende ambulancezorg onttrokken voor de overplaatsing van coronapatiënten naar intensive careafdelingen in andere delen van het land, hetgeen hoog complexe, niet spoedeisende ambulancezorg betrof. Was de overplaatsing ook mogelijk geweest als de planbare zorg en de spoedeisende zorg niet zoals nu in elke regio waren belegd bij dezelfde RAV's? Hadden in dat geval soortgelijke afspraken kunnen worden gemaakt met aanbieders van spoedeisende zorg, die op dat moment overcapaciteit hadden? Of had dit volgens de regering uitgemaakt voor de beschikbaarheid en geleverde zorgkwaliteit? De leden van de D66-fractie vragen of zij dit nader kan onderbouwen.*

In tijden van een crisis kan er heel veel; met het nodige kunst- en vliegwerk was het vast gelukt afspraken te maken met de aanbieders van spoedeisende ambulancezorg over inzet van niet spoedeisende ambulancezorg, indien deze twee los van elkaar georganiseerd waren. Wel ben ik ervan overtuigd dat die afspraken nu vele malen gemakkelijker te maken waren; het ambulancepersoneel dat normaal gesproken het hoogcomplexe spoedeisende vervoer doet, kon zonder bijscholing of detachingsconstructies worden ingezet op het niet spoedeisende vervoer; de haal- en breng afspraken werden gemaakt met de vertrouwde partners in de acute zorgketen (de ziekenhuizen); er kon, als een patiënt tijdens een lang durende overplaatsing toch kritiek werd, zonder problemen hoogcomplexe zorg worden verleend en met optische en geluidssignalen worden gereden om de patiënt snel ter plekke te krijgen.

*De leden van de D66-fractie vragen wat volgens de regering precies nog de toegevoegde waarde is van de inkoop door zorgverzekeraars, in een representatiemodel, ten opzichte van een directe publieke financiering. Zij vragen in hoeverre zij nog kunnen sturen op een inkoop die (goed) samenhangt met de rest van de acute zorg, of liggen hier hoofdzakelijk praktische redenen aan ten grondslag?*

Omdat zorgverzekeraars nog steeds een zorgplicht hebben, moeten zij zorgen dat er voldoende goede ambulancezorg beschikbaar is. De zorgverzekeraars is uitdrukkelijk een rol toebedeeld in de inkoop van ambulancezorg, omdat zij samen met de aanbieders van acute zorg, waaronder de RAV, de zorg in de regio moeten vormgeven. Dit doen zij in samenhang en met een overkoepelende visie. Als in een regio bijvoorbeeld minder capaciteit aan spoedeisende hulp wordt ingekocht of er vindt in een regio een reorganisatie van zorgaanbod plaats, dan heeft dat gevolgen voor de benodigde ambulanc capaciteit. Daar kunnen de representerende zorgverzekeraars dan vroegtijdig kwaliteits-, groei-, innovatie en opleidingsafspraken over maken met de RAV's.

<sup>6</sup> Zaak C-74/16 *Congregación de Escuelas Pías Provincia Betania tegen Ayuntamiento de Getafe*.

*De leden van de D66-fractie vragen zich daarnaast af of de regering, alles overwegend, toch ook met de Raad van State deelt dat er een risico blijft bestaan dat de ambulancezorg, of in ieder geval het planbare deel daarvan, niet kwalificeert als NEDAB? Of durft de regering met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid te stellen dat het wetsvoorstel een rechterlijke toetsing aan het Unierecht zou doorstaan? De leden van de D66-fractie vragen voorts of de regering enige indicatie heeft ontvangen of er andere partijen zijn dan de huidige RAV's, die worden uitgesloten van de Nederlandse ambulancezorg, en zich tot de rechter zullen wenden in geval dit wetsvoorstel in werking zou treden.*

Ondergetekende is van mening dat de niet spoedeisende ambulancezorg aangemerkt kan worden als een niet-economische dienst van algemeen belang. Het Hof van Justitie heeft nog geen oordeel geveld op een casus die exact op de systematiek van dit wetsvoorstel ziet. Dat betekent dat er altijd een risico bestaat dat een rechter tot een ander oordeel komt. Gedurende de ontwikkeling van het wetsvoorstel zijn geen procedures aangekondigd.

*De leden van de D66-fractie vragen hoe groot het risico is dat de Europese Commissie een ingebrekestellingsprocedure begint en hoe veel ingebrekestellingsprocedures er tegen Nederland en de andere lidstaten de afgelopen jaren zijn gestart.*

Elk jaar brengt de Europese Commissie een jaarverslag uit waarin wordt aangegeven hoeveel ingebrekestellingsprocedures er zijn gestart. In 2018 betrof dit 644 ingebrekestellingen, in 2017 waren dit er 716 en in 2016 waren dit er 986. In deze jaarverslagen worden ook per land de ingebrekestellingen gerapporteerd. Voor Nederland waren dat in 2018 volgens het rapport 19 nieuwe ingebrekestellingen. In 2017 bedroegen dit 13 nieuwe ingebrekestellingen voor Nederland en 23 in 2016. Deze ingebrekestellingen omvatten ook te late omzettingen van wetgeving. Hierbij moet ook worden aangegeven dat niet alle ingebrekestellingen leiden tot een zaak bij het Hof. Veel zaken worden gestopt in de administratieve fase van brievenwisseling tussen de lidstaat en de Europese Commissie. De Minister van BZ informeert uw Kamer elk kwartaal over de stand van zaken van de ingebrekestellingen die Nederland heeft ontvangen. Het wetsvoorstel benadert de beschreven omstandigheden van een NEDAB zo veel als mogelijk, waardoor het in overeenstemming wordt geacht met de Europese wetgeving. Of de Europese Commissie een ingebrekestelling zal starten is uiteindelijk aan de Europese Commissie om te beoordelen.

*De leden van de D66-fractie vragen welke mogelijkheden de regering had om het voorliggende wetsvoorstel aan de voorkant Europees te laten toetsen of af te stemmen en in hoeverre zij daar gebruik van heeft gemaakt.*

De Europese Commissie heeft in de mededeling staatssteun aangegeven dat het aan de wetgeving van de lidstaat ligt of een dienst als niet-economisch kan worden aangemerkt. Dit wetsvoorstel voldoet zo veel mogelijk aan de criteria voor een dergelijke systematiek. De Europese Commissie kan actie ondernemen tegen de nationale wetgeving op eigen initiatief of op basis van een klacht die ze ontvangen. Op beide punten is op dit moment geen signaal dat dit aan de orde is. Er is geen officiële procedure ingesteld waarbij de Europese Commissie nationale wetgeving toetst aan het EU-recht. Er is ook geen verplichting om dergelijke wetgeving voor te leggen aan de Europese Commissie ter toetsing. Er is wel de mogelijkheid om informeel met de Commissie in gesprek te gaan. Hier is niet voor gekozen omdat zoals de Commissie in de mededeling Staatssteun al aangeeft, het mede aan de wetgeving van de lidstaat ligt of

een dienst als niet-economisch moet worden aangemerkt. Aan die criteria is zo veel mogelijk voldaan.

*De leden van de fractie van D66 vragen naar de juridische en praktische implicaties van het oordeel van een nationale of Europese rechter dat het voorstel in strijd is met Europees recht.*

De implicaties hangen af van de reikwijdte van de zaak als ook het specifieke oordeel van de rechter. In het geval de rechter oordeelt dat de gehele systematiek van dit wetsvoorstel in strijd is met het EU-recht dan zal de overheid een oplossing moeten zoeken en mogelijk op zeer korte termijn een aanbesteding op touw zetten voor de ambulancezorg, aangezien dat de wijze van handelen zou moeten zijn indien de ambulancezorg als economisch wordt aangemerkt. De rechter zal ook een juridisch vacuüm willen voorkomen en een redelijke maar korte termijn stellen. In het geval alleen de onbepaalde tijd als in strijd met het EU-recht wordt aangemerkt dan zou de overheid verplicht zijn om periodiek de aanwijzingen te beoordelen. In het geval de rechter oordeelt dat niet spoedeisende ambulancezorg niet als NEDAB kan worden aangemerkt, dan zal mogelijk de niet spoedeisende ambulancezorg onder de reikwijdte van de wet uit moeten worden gehaald en op korte termijn worden aanbesteed.

*De leden van de fractie van D66 vragen hoe de ambulancezorg in andere landen is geregeld en of er landen zijn die de ambulancezorg als NEDAB hebben aangemerkt en of daar procedures over zijn gevoerd.*

Een uiteenzetting van de organisatie van de ambulancezorg valt terug te vinden in bijlage 8 bij het rapport van SiRM, De ordening van de ambulancezorg (Kamerstukken II, 2016–2017, 29 247, nr. 232). Uit dit rapport blijkt dat in de meeste landen de ambulancezorg wordt geleverd door een mix van private en publieke aanbieders. In de meeste landen is er alleen een monopolie op spoedeisende zorg. In Kroatië, Denemarken en Nederland is er een monopolie voor zowel de spoedeisende als de niet spoedeisende ambulancezorg. Ten aanzien van Denemarken wordt aangegeven dat er is aanbesteed. Naar verwachting zal Denemarken de ambulancezorg niet als NEDAB hebben aangemerkt. Als bekendste voorbeeld van een NEDAB op terrein van zorg wordt over het algemeen de NHS, waar de ambulancezorg ook onder valt, aangehaald. Of andere lidstaten de ambulancezorg als niet-economische dienst van algemeen belang hebben aangemerkt is niet duidelijk. Er zijn geen voorbeelden bekend van rechtszaken over de vraag of de ambulancezorg als NEDAB kan worden aangemerkt.

*De leden van de D66-fractie vragen of de regering het met de Raad van State eens is dat de kwetsbaarheden uit het oogpunt van mededinging én vrij verkeer bij een publieke voorziening of concessieverlening in mindere mate spelen.*

Het huidige wetsvoorstel is zodanig ingericht dat juridische kwetsbaarheden tot een minimum zijn beperkt.

*De leden van de D66-fractie vragen of de regering het juridisch en praktisch haalbaar acht een concessie voor de ambulancezorg voor tien jaar of langer te verlenen, wat de maximale periode zou zijn en zo ja, waarom deze periode niet als vertrekpunt is genomen in paragraaf 3.3. van de memorie van toelichting? Zij vragen tevens of toegelicht kan worden in hoeverre de verschillende argumenten met betrekking tot de periodieke onzekerheid nog opgaan in geval zou worden gekozen voor een concessiemodel van tien jaar of langer? Is het bijvoorbeeld werkelijk zo dat (veel) werknemers mogelijk de sector verlaten, vanwege het feit dat de ambulancevoorziening in een regio na tien jaar of meer potentieel zou*

*kunnen wisselen van aanbieder? Hoe verhoudt dit zich tot de gemiddelde periode dat werknemers in ons land bij een werkgever werken? Voorts vragen de leden van de D66-fractie zich af tot welke onzekerheid het concessiemodel bij patiënten zou leiden en vragen zij in te gaan op de mogelijkheid om in de concessievoorwaarden eisen neer te leggen ten aanzien van het (verplicht) overnemen van personeel en activa. In hoeverre kunnen dergelijke voorwaarden bijdragen aan de continuïteit en stabiliteit? Voorts vragen deze leden nader toe te lichten of het een probleem zou zijn dat er bij concessieverlening onzekerheid is over de mate waarin er geconcurrereerd zal worden om de concessies. Zij vragen of de regering ook potentiële voordelen ziet van een concessiemodel, ten opzichte van het voorliggende voorstel. Tot slot vragen de leden van de D66-fractie of concessieverlening niet juist een prikkel kan zijn om wel te investeren in kwaliteit, zodat een aanbieder ook de volgende concessie wint. Zij vragen op welke wijze de kwaliteit, innovatie en doelmatigheid in het voorliggende voorstel geborgd zijn en of volgens de regering het risico bestaat dat een aanwijzing voor onbepaalde tijd prikkels op deze vlakken doet verminderen.*

In paragraaf 3.3 is de periode van de afschrijvingsduur van de investeringen als uitgangspunt genomen voor een eventuele concessietermijn. Dat is een gangbaar uitgangspunt en gebaseerd op artikel 18 van Richtlijn 2014/23 betreffende het plaatsen van concessieovereenkomsten. Concessies die langer lopen dan vijf jaar moeten worden beperkt tot de periode waarin een concessiehouder redelijkerwijs zijn investeringen zou kunnen terugverdienen. Een concessiemodel van 10 jaar of langer zou, uitgaande van een investeringstermijn van 5 jaar, juridisch kwetsbaar zijn. Hoe langer de concessietermijn, hoe kleiner de onzekerheden zijn voor medewerkers en ketenpartners. Niettemin blijven deze onzekerheden groter dan bij aanwijzingen voor onbepaalde tijd en kunnen de nadelen van periodieke discontinuïteit zich nog steeds voordoen. De kans dat medewerkers de sector verlaten is bij een termijn van 10 jaar geringer dan bij een termijn van 5 jaar, maar groter dan bij aanwijzingen voor onbepaalde tijd. Exacte getallen kunnen daar echter niet aan gekoppeld worden. Een concessiemodel kan bij patiënten tot onzekerheid leiden, als medewerkers publiekelijk uiting zouden geven aan hun onzekerheid of als er in de publiciteit uitingen zouden zijn van ketenpartners of andere betrokkenen over bijvoorbeeld afspraken die niet gecontinueerd worden. Afspraken over het overnemen van personeel en activa kunnen zeker bijdragen aan continuïteit en stabiliteit, maar nemen onzekerheden over een nieuwe werkgever of een nieuwe zeggenschapsstructuur niet weg. Naarmate meer verplichtingen aan eventuele nieuwe toetreders worden opgelegd, zou het aantal kandidaat toetreders kunnen afnemen. Er bestaat sowieso geen zicht op de mate waarin er belangstelling is om ambulancezorg te leveren onder de strikte regels die daarvoor gelden. Het beperken van de mogelijkheid van winstuitkering zou zeker het enthousiasme om ambulancezorg te gaan leveren kunnen doen verminderen. Het voordeel van een concessiestelsel zou moeten zijn dat er een prikkel is om te investeren teneinde de volgende aanbesteding te winnen. Naarmate de concessietermijn langer is, zal deze prikkel, als deze er is, verminderen. Twijfels over deze prikkel zijn mede ingegeven door het feit dat prestaties in het verleden, met uitzondering van grove fouten van de zijde van de inschrijver, niet mogen meewegen bij de gunning.

De kwaliteit, innovatie en doelmatigheid zijn in dit wetsvoorstel geborgd door kwaliteitseisen en randvoorwaardelijke eisen in de wet en in de ministeriële regeling en een uitgebreid instrumentarium voor de IGJ, de NZa en de Minister om in te grijpen als de kwaliteit of de beschikbaarheid van de ambulancezorg in het geding zijn (zie daarvoor het overzicht naar aanleiding van een vraag van de leden van de CDA-fractie). Net als in de



rest van de zorgsector is het in de ambulancezorg gebruikelijk om met kwaliteitskaders te werken die door veldpartijen worden opgesteld. Professionals en bestuurders zijn ervoor verantwoordelijk dat deze kaders worden nageleefd. Het bestuur van de zorgaanbieder moet zodanig zijn ingericht dat gestuurd kan worden op kwaliteit. Ook aan eisen van goed bestuur (inclusief intern toezicht) moet zijn voldaan. De kwaliteitskaders gelden voor alle zorgaanbieders, privaat en publiek, hoofdaannemers en onderaannemers. De IGJ houdt toezicht op de naleving van de kwaliteitskaders.

Doordat RAV's zich niet hoeven af te vragen of ze over een paar jaar nog wel ambulancezorg mogen aanbieden, zal de prikkel om te investeren juist groter zijn. Er kan langer geprofiteerd worden van de investering. Ook is het denkbaar dat RAV's gemakkelijker leren van elkaar als zij niet met elkaar hoeven te concurreren bij de volgende aanbesteding.

*De leden van de D66-fractie vragen naar aanleiding van de variant van de publieke voorziening op welke wijze de inkoop in de rest van de acute zorg exact samenhangt met de ambulancezorg. Op welke wijze zou dit veranderen als de overheid de ambulancezorg publiek in zou kopen? Welke potentiële risico's voor de samenhang dreigen in dat geval concreet? In hoeverre is de – volgens de regering – strikt gereguleerde inkoop van de ambulancezorg onlosmakelijk verbonden met de rest van de acute zorgketen? Welke ruimte hebben de zorgverzekeraars nog om dit op een manier op elkaar af te stemmen die publiek niet mogelijk is?*

Het wordt steeds belangrijker de verschillende vormen van acute zorg in samenhang in te kopen. Als ergens een afdeling spoedeisende hulp sluit, is er wellicht meer ambulancezorg nodig. De zorgverzekeraar koopt dan bij de ene aanbieder minder zorg in en bij de andere aanbieder meer. Wellicht gaan aanbieders van huisartsenzorg, acute ggz, acute wijkverpleging meer samenwerken bij de triage en de zorgtoewijzing, zodat de patiënt de juiste zorg krijgt van de juiste zorgverlener. Het zou voor de onderlinge afstemming niet goed zijn als dan één deel van de zorg wordt ingekocht door de overheid en een ander deel door de zorgverzekeraar. Dat zou een discontinuïteit kunnen veroorzaken in zorg die juist volstrekte continuïteit vereist.

*De leden van de D66-fractie vragen of voor de regering met name de discontinuïteit een rol, die zou ontstaan doordat er nu private ambulancediensten zijn die bij een publieke voorziening onteigend zouden moeten worden? Welke discontinuïteit zou in dat geval ontstaan? Welke juridische hobbels zouden moeten worden genomen, en zijn die volgens de regering onoverkomelijk? Kan zij een tijdpad van de mogelijke overgangstermijn schetsen?*

Als ambulancezorg een publieke voorziening zou moeten worden, ontstaan er discontinuïteiten, niet alleen bij de 15 RAV's die nu een stichting, coöperatie of een BV zijn, maar mogelijk ook bij (een aantal van) de gemeenschappelijke regelingen, omdat die ook verschillend zijn. De ambulancezorg wordt soms geleverd door de GGD, soms door de veiligheidsregio, soms is er een aparte gemeenschappelijke regeling voor de RAV. Het is denkbaar dat hier een uniformering in zou moeten optreden als van de ambulancezorg een publieke voorziening wordt gemaakt. In het geval er een rijksdienst voor de ambulancezorg zou komen, ontstaan er discontinuïteiten bij alle RAV's. Uitgaande van overname van medewerkers en materieel, ontstaan er discontinuïteiten in aansturing, werkgeverschap en afspraken met ketenpartners. Niet alleen zorgt dit proces voor veel onrust, maar kost het ook veel tijd om de overgang naar een publieke voorziening zorgvuldig te laten verlopen. Het is niet

ondenkbaar dat dit meerdere jaren in beslag neemt, gelet ook op het feit dat elke RAV op dit moment een eigen organisatiestructuur kent. Bovendien is de overheid schadeplichtig indien over wordt gegaan tot onvrijwillige onteigening, zodat altijd eerst geprobeerd moet worden overeenstemming te bereiken. In dit kader moet worden voldaan aan artikel 1, eerste protocol van het EVRM waarbij de overheid moet zorgen voor een «fair balance» tussen de belangen van de overheid en de burger, in casu de RAV's. Een tijdpad is niet aan de orde, aangezien niet voor deze optie is gekozen.

*De leden van de D66-fractie vragen een vergelijking te trekken met andere landen waarin de ambulancezorg publiek is gemaakt en zij vragen welke gevolgen de overgang naar een publiek model zou hebben op de kwaliteit, innovatie en doelmatigheid in de ambulancezorg enerzijds en continuïteit en stabiliteit anderzijds.*

Voor een internationale vergelijking verwijs ik naar bijlage 8 bij het rapport van SiRM, De ordening van de ambulancezorg (Kamerstukken II, 2016–2017, 29 247, nr. 232). Dat bevat echter geen gegevens over effecten van een eventuele overgang van een privaat naar een publiek model. Dergelijke gegevens zijn mij niet bekend.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen in hoeverre het kabinet heeft overwogen om zorgkantoren deze coördinerende rol te verschaffen. Waarom heeft het kabinet ervoor gekozen de ambulancezorg alsnog nog via de Zvw te bekostigen?*

Een van de uitgangspunten bij het wetsvoorstel is continuïteit. Ambulancezorg wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet. Dat is onder de Twaz het geval en zal met deze wet niet wijzigen. Om deze reden maken de zorgverzekeraars via representativiteit afspraken met de RAV's. De wens is om de rol van de zorgverzekeraars in dit kader niet te wijzigen omdat de zorgverzekeraars de samenhang met de andere onderdelen van de acute (medische) zorg kunnen waarborgen. Het enkele feit dat de financiering via de zorgverzekeraar loopt maakt niet dat een activiteit als economisch moet worden aangemerkt. Volgens het Hof van Justitie is een onderneming «elke eenheid die een economische activiteit uitoefent, ongeacht haar rechtsvorm en de wijze waarop zij wordt gefinancierd». Een coördinerende rol voor de zorgkantoren is niet overwogen omdat zorgkantoren gaan over andere zorg dan deze acute medische zorg.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen wanneer het kabinet meer helderheid heeft over de beoordeling van de Europese Commissie.*

Het wetsvoorstel is niet voorgelegd aan de Europese Commissie. In die zin is er geen beoordeling van de Europese Commissie te verwachten. De Europese Commissie maakt geen beoordelingen van nationale wetgeving kenbaar, tenzij zij deze in strijd met het EU-recht achten op basis van een klacht of vanuit eigen onderzoek en om die reden een ingebrekestelling starten.

*De leden van de SP-fractie vragen wat is geleerd van de Twaz en welke leerpunten zijn meegenomen in dit wetsvoorstel.*

De Twaz heeft eraan bijgedragen dat we in Nederland trots mogen zijn op de ambulancezorg. De ambulancezorg in Nederland staat internationaal gezien goed aangeschreven en patiënten zijn zeer tevreden. Dat heeft ertoe geleid dat is gekozen voor een stelsel waarin de huidige praktijk zoveel mogelijk kan worden voortgezet. Af en toe bleek er wel onduidelijkheid te zijn over de afbakening van het begrip ambulancezorg,

bijvoorbeeld met betrekking tot vervoer in een ligitaxi. Dat is met het voorliggende wetsvoorstel verduidelijkt. Voorts doet de huidige wet geen recht aan de

zorgdifferentiatie die leidt tot de juiste zorg door de juiste zorgverlener. In de voorgestelde wet- en regelgeving wordt de kwaliteit van de ambulancetzorg geborgd door de inzet van de juiste, goed opgeleide professional voor de zorgvraag.

*De leden van de SP-fractie vragen of nogmaals kan worden toegelicht op welke wijze de planbare zorg wel onder de NEDAB valt? Kan daarnaast worden toegelicht hoe ervoor gezorgd wordt dat het voorliggende wetsvoorstel de toets van NEDAB-proof zal doorstaan?*

Voor de afweging of een dienst een niet-economische dienst van algemeen belang is, moet gekeken worden naar het geheel van de omstandigheden in de (lid)staat. Naast het feit dat de overwegingen bij het inzetten van niet spoedeisende ambulancezorg zuiver zorginhoudelijk zijn, zijn de tarieven voor spoedeisende en niet spoedeisende ambulancetzorg door de NZa vastgesteld. Tevens wordt de ambulancezorg door de overheid strikt gereguleerd in het wetsvoorstel. Het vaststellen of een dienst niet-economisch is, is op al deze elementen gestaafd.

*De leden van de SP-fractie vragen hoe groot het personeelstekort is (nu en over 5 en 10 jaar) en wat er voor acties worden ondernomen om dit tekort op te lossen?*

Het gevraagde inzicht is op landelijk niveau niet voorhanden. AZN geeft wel aan dat de verschillen per regio groot zijn. Om inzicht te krijgen in het opleidingsvraagstuk in de ambulancezorg is aan het Capaciteitsorgaan gevraagd om ook de ambulanceverpleegkundigen mee te nemen in hun ramingen. Eind 2018 is zodoende voor het eerst advies uitgebracht over aantallen op te leiden ambulanceverpleegkundigen. Het advies was om een instroom van 310 per jaar voor 2019 t/m 2023 te realiseren. Dit is fors hoger dan tot dan toe werd opgeleid. AZN zet sindsdien volop in op het aantrekken van ambulancepersoneel. Met onder andere een landelijke arbeidsmarktcampagne worden de RAV's geholpen nieuwe medewerkers te werven. Ook is de ambulancesector betrokken bij de zorgbrede publiekscampagne IK ZORG. Daarnaast is het opleidingsaanbod vergroot, zodat meer geïnteresseerden kunnen instromen in de opleiding tot ambulanceverpleegkundigen. Zo is er inmiddels een opleidingstraject beschikbaar voor cardiac care verpleegkundigen en een lang opleidings-traject van anderhalf jaar voor verpleegkundigen zonder specialisatie. Ook loopt vanaf mei 2017 de pilot Bachelor Medische Hulpverlener (BMH) in de ambulancezorg. De ontwikkeling en de inzet van de BMH'er in de ambulancezorg is een van de bijdragen aan zorg- en functiedifferentiatie binnen de ambulancezorg, wat de toegankelijkheid ten goede komt.

*De leden van de SP-fractie lezen dat er recent is afgesproken in het onderhandelaarsakkoord dat er een salarisverhoging doorgevoerd zal worden en een eenmalige uitkering.<sup>7</sup> Zij vragen of de mening wordt gedeeld dat een salarisverhoging in de ambulancezorg hard nodig is.*

De regering is geen partij in de CAO onderhandelingen in de ambulancesector. Wel ben ik verheugd dat de achterbannen hebben ingestemd met het onderhandelaarsakkoord en er sinds 16 juni een nieuwe CAO voor de ambulancesector is.

<sup>7</sup> <https://www.ambulancezorg.nl/nieuws/onderhandelaarsakkoord-voor-nieuwe-cao-ambulancesector>.

*De zorgverzekeraar heeft de plicht tot het realiseren van de 15 minutennorm, zo wordt nog maar eens benadrukt in de memorie van toelichting. Recent werd echter bekend dat 1 op de 14 ambulances in Brabant dit niet haalt<sup>8</sup>. Wat is, zo vragen de leden van de SP-fractie, de reactie op dit bericht? Is de Minister van mening dat toegankelijkheid van de ambulancezorg hier in het geding is? Als het gaat om de aanrijtijden van ambulances, kan gegarandeerd worden dat de aanrijtijden hard blijven en niet worden vervangen door vage kwaliteitscriteria?*

De huidige prestatienorm onder de Twaz luidt dat 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. De norm geldt onder normale omstandigheden, terwijl de responstijden onder *alle* omstandigheden worden gemeten. Als een RAV een aantal keer per jaar te maken heeft met niet-normale omstandigheden, zoals een verkeerscongestie, extreme weersomstandigheden of een groot incident, dan heeft dit een dermate negatief effect op de responstijden, dat dit voor een RAV in de rest van het jaar bijna niet meer te herstellen is.

Ondanks de groei van het aantal ritten dat de RAV het afgelopen jaar heeft moeten rijden en het personeelstekort waar de sector mee te maken heeft, zijn de prestaties op het halen van de 15 minutennorm gelijk gebleven. Deze prestaties zijn helaas onder de wettelijke norm. Het is van groot belang dat partijen zich gezamenlijk blijven inspannen om te komen tot blijvende verbeteringen en daarbij oog te houden voor de bredere kwaliteitskaders voor de ambulancezorg. Daarbij is het goed om te benadrukken dat tijdigheid van ambulancezorg een belangrijk aspect is van kwaliteit, maar zeker niet het enige aspect.

De NZa doet al langere tijd lopend onderzoek naar de toegankelijkheid van de acute zorg, waaronder de ambulancezorg en naar de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars hierop. Ik verwijs graag naar de brief die op 1 oktober aan uw Kamer is gestuurd (TK 2019–2020, 29 247, nr. 291). Daarbij zit het onderzoek van de NZa waarin zij constateren dat de acute zorg voldoende toegankelijk is: de SEH's waarover de NZa data heeft zijn gemiddeld 97% van de tijd beschikbaar en de responstijd van ambulances is vergelijkbaar met vorig jaar. De NZa verwacht in het najaar een update te kunnen geven over de voortgang van hun lopende onderzoek.

Tijdigheid van ambulancezorg moet een onderdeel blijven van de kwaliteitsnormen voor de ambulancezorg en de ketenbrede kwaliteitsnormen voor de keten van de acute zorg. Meegezonden met deze nota naar aanleiding van het verslag is de concept ministeriële regeling. Hierin zijn de kwaliteitscriteria opgenomen, zoals die ook in het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 zijn beschreven.

*De leden van de SP-fractie zien graag bevestigd dat aanbestedingsprocessen niet aan de orde zijn.*

Aanbesteding van de ambulancezorg is in het wetsvoorstel niet aan de orde. Dat neemt niet weg dat als RAV's bijvoorbeeld auto's aanschaffen, aanbesteding wel aan de orde is als de RAV als aanbestedende dienst kan worden aangemerkt in de zin van de Aanbestedingswet.

---

<sup>8</sup> <https://www.bd.nl/den-bosch-vught/1-op-14-ambulances-is-niet-op-tijd-bij-spoedgevallen~afa2d872/?referrer=https://www.google.com/>.

*De leden van de SP-fractie vragen of het juist is dat in de ambulancezorg private partijen met winstoogmerk werkzaam zijn en zij vragen of dit niet leidt tot ondoelmatige zorg en tegengestelde belangen en waarom niet is gekozen voor een publieke voorziening en of de inhoudelijke voordelen daarvan niet worden gezien. Zij vragen voor elk van de 25 RAV's aan te geven of sprake is van een publieke, private of hybride constructie en hoe de overgang naar een publieke dienst kan worden gerealiseerd.*

In de ambulancezorg zijn inderdaad private partijen werkzaam, een deel daarvan met winstoogmerk. Er is geen enkele indicatie dat dit leidt tot ondoelmatige zorg of tegengestelde belangen waar de kwaliteit van de zorg onder te lijden zou kunnen hebben.

In antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie is een overzicht gegeven van de rechtsvormen van de 25 RAV's. De gemeenschappelijke regelingen zijn publiek. De stichtingen en BV's zijn privaat. Noord Holland Noord, Kennemerland en Haaglanden hebben zowel publieke als private leden van de coöperatie. Coöperatie Friesland is privaat, de coöperatie Rotterdam Rijnmond heeft momenteel alleen nog een publiek lid.

Zoals eerder aangegeven ontstaan er discontinuïteiten als ambulancezorg een publieke voorziening zou moeten worden, niet alleen bij de 15 RAV's die nu een stichting, coöperatie of een BV zijn, maar mogelijk ook bij (een aantal van) de gemeenschappelijke regelingen, omdat die ook verschillend zijn. Uitgaande van overname van medewerkers en materieel, ontstaan er discontinuïteiten in aansturing, werkgeverschap en afspraken met ketenpartners. Niet alleen zorgt dit proces voor veel onrust, maar kost het ook veel tijd om de overgang naar een publieke voorziening zorgvuldig te laten verlopen. Het is niet ondenkbaar dat dit meerdere jaren in beslag neemt, gelet ook op het feit dat elke RAV op dit moment een eigen organisatiestructuur kent. Op basis van artikel 1, eerste protocol van het EVRM moet de overheid zorgen voor een «fair balance» tussen de belangen van de overheid en de belangen van de burger in dit kader. Dit kan erin resulteren dat de overheid een compensatie moet betalen aan de RAV's. Bovendien is de overheid schadeplichtig indien over wordt gegaan tot onvrijwillige onteigening, zodat altijd eerst geprobeerd moet worden overeenstemming te bereiken.

#### **4. Wat is ambulancezorg?**

*De leden van de fractie van de VVD vragen hoeveel van de onder «Ad b. Is er sprake van een ambulance?» genoemde voorbeelden van ambulances op dit moment in gebruik zijn bij de RAV's? Voorts vragen zij hoe vaak deze voertuigen de afgelopen vijf jaar zijn ingezet en wat de (zorg)kosten bedragen per vervoersrit per voertuig?*

AZN publiceert jaarlijks een aantal kerngegevens over de ambulancezorg in Nederland in het Sectorkompas Ambulancezorg. In onderstaande tabel zijn de door AZN verzamelde gegevens van voorgaande jaren hieruit overgenomen. Na de zomer van 2020 komen de kerngegevens over 2019 beschikbaar. Momenteel wordt er in Nederland alleen op de Friese binnenwateren een ambulanceboot ingezet. 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. Er worden hier dus geen zorgkosten aan besteed. In de ambulancezorg wordt de beschikbaarheid bekostigd en wordt niet gewerkt met prestatiebekostiging. Zodoende maakt het niet uit of er veel of weinig ritten worden gereden,

aangezien het van belang is dat er 24/7 ambulancezorg beschikbaar is. Het zegt dan ook niet zoveel om de (zorg)kosten per vervoersrit per voertuig uit te rekenen. De ambulance helikopter is vanaf november 2016 gaan vliegen op de Friese Waddeneilanden. Het aantal inzetten loopt daardoor op vanaf 2016 (en lijkt nog niet gestabiliseerd). De ambulancehelikopter wordt bekostigd door middel van een beschikbaarheidsbijdrage. De afgelopen 2,5 jaar bedroeg deze bijdrage € 2.545.947 (2016), € 5.200.842 (2017) en € 5.349.135 (2018).

	2018	2017	2016	2015	2014
ALS ambulance en zorgambulance	813	790	780	752	755
• Aantal inzetten (x 1000) <sup>1</sup>	1.322	1.313	1.313	1.253	1.190
MICU	7	7	7	7	7
• Aantal inzetten	1.897	1.855	2.133	1.676	1.504
Ambulancehelikopter	1	1	1	0	0
• Aantal inzetten	665	632	36		

<sup>1</sup> Het aantal weergegeven inzetten is het totaal van spoedeisend en niet spoedeisend vervoer. Sommige spoedeisende vervoersritten worden gereden door een rapid responder en niet door een ALS ambulance. Sommige niet spoedeisende ritten worden gereden door zorgambulances. De onderverdeling van hoeveel ritten er gereden worden per subcategorie wordt niet op landelijk niveau uitgevraagd.

*De leden van de VVD-fractie willen graag weten wat het percentage ingezette hoogcomplexen ambulancezorg, middencomplexen ambulancezorg en laagcomplexen ambulancezorg is geweest in de afgelopen vijf jaar.*

De onderverdeling tussen hoog-, midden- en laagcomplexen ambulancezorg is kort geleden door de sector geïntroduceerd en wordt in dit wetsvoorstel overgenomen. AZN houdt hier (nog) geen gegevens over bij. Hoogcomplexen ambulancezorg kan spoedeisend en niet spoedeisend zijn. Midden- en laagcomplexen ambulancezorg is niet spoedeisende ambulancezorg.

*De leden van de PVV-fractie vragen om het wetsvoorstel aan te passen conform het amendement ingediend tijdens de verlenging van de huidige Tijdelijke wet ambulancezorg (Kamerstuk 34 623, nr. 12).*

Ik ben van mening dat helder moet zijn welk niveau van bevoegdheid en bekwaamheid nodig is voor het verlenen van bepaalde vormen van ambulancezorg. Tevens ben ik van mening dat innovaties in werkwijzen en verbeteringen in kwaliteit en doelmatigheid niet belemmerd mogen worden door in de wet vast te leggen welke ambulancezorgprofessional welke ambulancezorg mag leveren. Daarom ben ik voornemens om in de ministeriële regeling de hieronder genoemde ambulancezorgprofessionals aan te wijzen voor de verschillende onderdelen en niveaus van ambulancezorg. Hierbij volg ik de eisen en inzet- en uitsluitcriteria die zijn vastgelegd in landelijke kwaliteitskaders waarin is vastgelegd welke zorg op welk niveau bij welke zorgvraag geldt als goede ambulancezorg. Deze landelijke kwaliteitskaders zijn vastgesteld door de beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN), de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) en Ambulancezorg Nederland (AZN).

Spoedeisende ambulancezorg en hoogcomplexen niet spoedeisende ambulancezorg mogen worden verleend door de volgende ambulancezorgprofessionals: een ambulanceverpleegkundige, een bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg, een verpleegkundig specialist ambulancezorg en een physician assistant ambulancezorg. Indien vervoer van de

patiënt nodig is dan verlenen bovengenoemde ambulancezorgprofessionals de ambulancezorg in samenwerking met een ambulancechauffeur.

Middencomplexe niet spoedeisende ambulancezorg mag, naast de hierboven genoemde ambulancezorgprofessionals, worden verleend door een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor middencomplexe ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en laagcomplexe zorg. Dit doen zij in samenwerking met een chauffeur middencomplexe ambulancezorg.

Laagcomplexe niet spoedeisende ambulancezorg mag worden verleend door alle bovengenoemde ambulancezorgprofessionals en door een verzorgende individuele gezondheidszorg, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor laagcomplexe ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en laagcomplexe zorg. Dit doen zij in samenwerking met een chauffeur laagcomplexe ambulancezorg.

De triage in het kader van de meldkamerfunctie ten behoeve van de ambulancezorg wordt uitgevoerd door een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Het amendement waar de leden van de PPV-fractie op wijzen zou in de wet verankeren dat spoedeisende ambulancezorg uitsluitend verleend mag worden door een ambulanceverpleegkundige. Dit doet geen recht aan de praktijk waarin de bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg<sup>10</sup>, de verpleegkundig specialist ambulancezorg en de physician assistant ambulancezorg bevoegd en bekwaam zijn voor het verlenen van goede ambulancezorg en zou de personeelsschaarste vergroten. Ik ben daarom niet voornemens het amendement ingediend tijdens de verlenging van de huidige Tijdelijke wet ambulancezorg (Kamerstuk 34623–12) op te nemen in het wetsvoorstel.

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de huidige definitie is van ambulancezorg en op welke wijze de nieuwe definitie daarvan afwijkt.*

In dit wetsvoorstel is getracht de bestaande definitie van ambulancezorg zoveel mogelijk te verduidelijken aan de hand van vier elementen:

Er is sprake van ambulancezorg als

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

De omschrijving in artikel 1 onder d van de Twaz bevat eveneens de elementen van de ambulance en de ambulancezorgprofessional, maar was minder expliciet over het aangewezen zijn op de zorg (de medische indicatie in de Zvw die gebaseerd kan zijn op (een vermoeden van) een somatische of psychische aandoening) en de territoriale reikwijdte. In de definitie in de Twaz wordt de ambulanceverpleegkundige niet gezien als ambulancezorgprofessional en mag spoedeisende ambulancezorg alleen geleverd worden door een ambulanceverpleegkundige. In dit wetsvoorstel is de ambulanceverpleegkundige een zeer belangrijke en gewaardeerde ambulancezorgprofessional en wordt in de ministeriële regeling geborgd dat de juiste professional wordt ingezet voor de verschillende vormen van

<sup>10</sup> Vanaf mei 2017 loopt de pilot BMH in de ambulancezorg. Eind november komt naar verwachting het eindrapport van het onderzoek beschikbaar dat het experiment met de BMH in het kader van artikel 36a wet BIG evalueert.

ambulancezorg. In dit wetsvoorstel is duidelijker gemaakt dat evenementenzorg geen ambulancezorg is en welk deel van buitenlandvervoer onder de wet valt. Een aantal vormen van vervoer dat onder de Twaz gezien wordt als een bijzondere vorm van ambulancezorg (wensambulances, vervoer van patiënten op een bedrijfsterrein) valt nu buiten de definitie van ambulancezorg.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de ambulancehelikopters voor het vervoer van patiënten vanaf de Waddeneilanden altijd andere voertuigen zijn dan de (trauma) helikopters van het MMT, of dat dezelfde voertuigen ingezet (kunnen) worden voor beide doeleinden. De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel procent van de patiënten worden meegenomen met de helikopter naar het ziekenhuis. Is er naar mening van de regering voldoende capaciteit om verkeersslachtoffers overal in Nederland op tijd te bereiken en te helpen?*

Bij patiënten met acuut levensgevaar en als de ambulancebemanning extra hulp bij de behandeling nodig heeft, kan een Mobiel Medisch Team (MMT) worden ingezet. Dit team maakt gebruik van een voertuig of helikopter en biedt direct specialistische zorg op de plaats van een incident. Doordat er een medisch specialist in het team zit, begint de behandeling al voordat de patiënt in het ziekenhuis is. Vervoer van patiënten vindt in het algemeen plaats met de ambulance, al dan niet begeleid door de meerrijdende MMT-arts, maar wanneer bijvoorbeeld de tijdswinst cruciaal kan zijn voor de behandeling van de patiënt, wordt de helikopter ingezet. Landelijk wordt ca. 5% van de patiënten waarbij inzet is van het MMT, ook door het MMT vervoerd.

De helikopters die worden gebruikt voor de 4 MMT's zijn een ander type helikopter dan die voor het vervoer van patiënten van de Waddeneilanden wordt gebruikt. De helikopter die voor de Wadden wordt ingezet is primair bedoeld voor het vervoer van patiënten en is daarvoor ook ingericht. Deze helikopter vliegt met een ambulancebemanning zonder medisch specialist in het team. Tijdens de corona crisis is de ambulancehelikopter voor de Waddeneilanden ook ingezet voor het vervoer van IC patiënten, bijvoorbeeld naar Duitsland. De NH90 helikopter van Defensie heeft toen het patiëntenvervoer op de Waddeneilanden overgenomen, waarbij de MMT helikopter op achterwacht functioneerde.

Verkeersslachtoffer is een breed begrip. Niet alle verkeersslachtoffers hebben ambulancezorg of medisch specialistische zorg nodig. In geval van ambulancezorg geldt de 15 minuten norm. Uit de Landelijke Trauma-registratie blijkt dat van het aantal traumapatiënten dat is opgenomen in het ziekenhuis, 20% verkeersslachtoffer is.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom er voor wordt gekozen om de functiebenaming «ambulancezorgprofessional» te behouden in dit wetsvoorstel. Deze leden zouden liever zien dat de functiebenaming «ambulanceverpleegkundige» terug komt, zoals dat ook in het amendement Keijzer (TK 2016–2017, 34 623, nr. 17) was voorgesteld. De leden vragen waarom er toch voor deze benaming gekozen is. Ook vragen zij of het niet zo is dat hierdoor onvoldoende erkend wordt dat de verpleegkundige op de ambulance iemand is die niet alleen een verpleegkundige opleiding heeft gedaan, maar ook minimaal één specialistische vervolgopleiding heeft gevolgd (bijvoorbeeld SEH, ICC, CCU of anesthesie)?*

Met het benoemen van de ambulancezorgprofessional in de wet wordt recht gedaan aan alle professionals die in de ambulancezorg werkzaam zijn. Door het vervolgens specificeren van de verschillende ambulance-



zorgprofessionals in de ministeriële regeling, worden de huidige vormen van differentiatie in de ambulancezorg mogelijk gemaakt. Hierbij volg ik de eisen en inzet- en uitsluitcriteria uit de landelijke kwaliteitskaders waarin is vastgelegd welke zorg op welk niveau bij welke zorgvraag geldt als goede ambulancezorg. Deze landelijke kwaliteitskaders zijn vastgesteld door de beroepsvereniging V&VN, de NVMMA en AZN. Als de functiebenaming ambulanceverpleegkundige wordt opgenomen in de wet in plaats van het begrip ambulancezorgprofessional, gaat alle flexibiliteit verloren en heeft dat tot gevolg dat spoedeisende ambulancezorg en hoogcomplexiteit niet spoedeisende ambulancezorg uitsluitend verleend mag worden door een ambulanceverpleegkundige. Dit doet geen recht aan de praktijk waarin de bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg, de verpleegkundig specialist ambulancezorg en de physician assistant ambulancezorg bevoegd en bekwaam zijn voor het verlenen van goede ambulancezorg.

Zorgdifferentiatie is van groot belang om bij iedere zorgvraag de juiste zorg te kunnen leveren van goede kwaliteit. Dat geldt voor de gehele zorgsector, dus ook voor de ambulancezorg, en is nog belangrijker bij krapte op de arbeidsmarkt. Ambulanceverpleegkundigen zijn schaars en worden voor een belangrijk deel aangetrokken uit de groep IC- en SEH-verpleegkundigen, die hard nodig zijn in de ziekenhuizen. Zeker ook gezien de gewenste opschaling van het aantal IC-bedden. Zorgdifferentiatie is eveneens van belang in het kader van goed werkgeverschap: door differentiatie is het mogelijk te groeien in functie of om juist wat rustiger aan te gaan doen als dat gewenst wordt. Gezien de schaarste op de arbeidsmarkt moeten RAV's loopbaanperspectieven kunnen bieden om een aantrekkelijke werkgever te zijn. Door deze zorgdifferentiatie in de wet mogelijk te maken wordt absoluut niet afgedaan aan de erkenning van de jarenlange opleiding van de ambulanceverpleegkundige. Zorgdifferentiatie is nodig om goede ambulancezorg te kunnen leveren en voldoende goed opgeleide professionals beschikbaar te hebben.

*De leden van de CDA-fractie vragen wanneer het kwaliteitskader acute psychiatrie ambulancezorg geactualiseerd zal worden.*

Het kwaliteitskader Acute psychiatrie is, voor zover het gaat over vervoer met psychiatrische zorgverlening vóór beoordeling, de afgelopen periode geactualiseerd, onder verantwoordelijkheid van Ambulancezorg Nederland, in samenwerking met V&VN Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. Relevante ketenpartners zijn betrokken door middel van interviews vooraf en via een consultatieronde. De definitieve geactualiseerde versie zal eind juni beschikbaar zijn. De Staatssecretaris heeft Ambulancezorg Nederland gevraagd een geïntegreerd kwaliteitskader te maken voor vervoer met psychiatrische zorgverlening vóór en na beoordeling.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe de samenwerking met buitenlandse aanbieders van ambulancezorg is geregeld in de grensgebieden. Kunnen Duitse en Belgische aanbieders volledig aan de eisen in de onderhavige wet voldoen? Zijn zij hierover geconsulteerd? Kan de regering op een rij zetten wat de verschillen in bevoegdheden zijn tussen medewerkers van Nederlandse ambulances en medewerkers van Duitse of Belgische ambulances? Leveren deze verschillen in bevoegdheden problemen op in de grensregio's?*

In de grensregio's is er al jaren lang goede samenwerking met zowel België als Duitsland. Op regionaal niveau zijn afspraken gemaakt en protocollen ondertekend met de betrokken partijen, waaronder de RAV's en ziekenhuizen aan Nederlandse en Duitse/Belgische zijde. Er zijn afspraken over wanneer bijvoorbeeld de Belgische of Duitse ambulance in

Nederland wordt ingezet (en vice versa) en naar welk ziekenhuis patiënten gaan. De IGJ is betrokken geweest bij het opstellen van deze protocollen. Er zijn hiermee breed gedragen afspraken gemaakt die resulteren in dagelijkse samenwerking voor spoedzorg en andere vormen van medische zorg. De wederzijdse erkenning van de bevoegdheden van medewerkers is een bekend aandachtspunt dat ook aan de orde zal komen in de ronde tafelbijeenkomst die plaatsvindt tussen Nederlandse en Duitse betrokken organisaties. Deze bijeenkomst zou dit voorjaar plaatsvinden maar zal door de Covid-19 crisis naar een later tijdstip worden verplaatst.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe het staat met het onderzoek naar de mogelijkheden van meer differentiatie in de urgentie en de triage van ambulancezorg.*

AZN heeft het Nivel gevraagd onderzoek te doen naar onder andere de wetenschappelijke onderbouwing van de huidige urgentie-indeling in de ambulancezorg in Nederland. Uit (internationaal) onderzoek<sup>11</sup> is gebleken dat een aanpassing in de urgentie-indeling op basis van aspecten als gezondheidswinst en kwaliteit van zorg zinvol en wenselijk is. Dit om recht te doen aan het streven om voor de patiënt een zo optimaal mogelijke uitkomst bij de gestelde zorgvraag te realiseren. De Taskforce Urgenties van AZN heeft in december 2019 een voorstel gedaan voor een verbeterde urgentie-indeling in de ambulancezorg, die uitgaat van medisch-logisch redeneren.

Dat betekent dat patiënten die om medische redenen het snelst ambulancezorg nodig hebben, zodat daarmee gezondheidsschade wordt beperkt, deze zorg ook zo snel mogelijk krijgen. Juist de selecte groep patiënten met tijd-kritische aandoeningen heeft baat bij een zo snel mogelijke inzet van ambulancezorg, waarbij iedere minuut telt.

De Taskforce stelt een prioritering met zeven urgentieniveaus voor: van urgentie P0 tot en met urgentie P6. De verbeterde urgentie-indeling houdt in dat gewerkt gaat worden met drie spoedeisende urgenties: P0, P1 en P2. Voor de hoogste urgentie P0 geldt dat iedere minuut ertoe doet. Het uitgangspunt «directe inzet van ambulance met de grootst mogelijke spoed» geeft daarmee gehoor aan de hoogst urgente zorgvraag. Juist deze selecte groep patiënten heeft gezien hun medische nood de meeste baat (mogelijke gezondheidswinst) bij de grootst mogelijke spoed. Daarnaast zal worden gewerkt met twee niet spoedeisende urgenties: P3 en P4. De ambulancezorg die de verpleegkundig centralist van de meldkamer ambulancezorg aan de patiënt levert, zonder dat een ambulance-eenheid wordt ingezet om naar de patiënt toe te gaan, valt onder P5 en P6. Te denken is dan aan bijvoorbeeld zelfzorgadvies en doorverwijzen naar andere zorgverleners in de eerste lijn.

Momenteel voert SiRM in opdracht van AZN een impact-analyse uit. Deze analyse is naar verwachting voor de zomer 2020 gereed. In de herfst volgt het implementatieplan met een onderbouwd tijdspad om de overgang naar de verbeterde urgentie-indeling zo vlot mogelijk te laten verlopen. De implementatie zal, inclusief alle voorbereidende processen, nog ten minste anderhalf jaar in beslag nemen tot eind 2021. Ketenpartners in de acute eerstelijns zorgketen worden hier uiteraard bij betrokken. De implementatie van de nieuwe urgentie indeling zal waarschijnlijk te zijner tijd gevolgen hebben voor de ministeriële regeling op basis van het voorstel voor de Wet ambulancevoorzieningen, indien dit wetsvoorstel wordt aanvaard. De nieuwe urgentie-indeling wordt bij invoering immers

<sup>11</sup> Rolink, M., Bos, N., Boer, D. de. Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling. Utrecht: Nivel, 2019.

onderdeel van het kwaliteitskader ambulancezorg en vervangt dan de huidige urgentie-indeling.

*De leden van de CDA-fractie vragen of ook daadwerkelijk geregeld wordt dat bepaalde vormen van ambulancezorg, zoals grensoverschrijdende ambulancezorg niet uitsluitend door RAV's mogen worden geleverd.*

In het bijgevoegde concept van de ministeriële regeling kunnen de leden van de CDA-fractie lezen dat buitenlandvervoer en grensoverschrijdende ambulancezorg niet zullen worden voorbehouden aan de RAV's (artikel 18).

*De leden van de CDA-fractie vragen welke overwegingen mee kunnen spelen om intraklinisch vervoer met zorg of intraklinisch vervoer met psychiatrische zorgverlening op termijn al dan niet vrij te geven voor andere aanbieders dan de RAV.*

Dat kunnen bijvoorbeeld overwegingen zijn met betrekking tot de kwaliteit van de ambulancezorg. Welke medewerkers heeft een aanbieder beschikbaar, zijn die adequaat of juist minder adequaat opgeleid voor intraklinisch vervoer in het algemeen of juist voor specifieke vormen van intraklinisch vervoer, zoals bijvoorbeeld dialysepatiënten die per ambulance moeten worden vervoerd of vervoer met psychiatrische zorgverlening. De overwegingen kunnen betrekking hebben op de beschikbaarheid van de medewerkers, op de inzetbaarheid van de medewerkers voor verschillende doelgroepen of juist niet en de wensen van de medewerkers daaromtrent, of op de logistieke en doelmatigheidsaspecten voor de RAV's en voor de zorginstellingen waar de patiënten worden opgehaald of gebracht.

*De leden van de D66-fractie vragen zich af waarom in het voorliggende wetsvoorstel is gekozen voor de term ambulancezorgprofessional, in plaats van ambulanceverpleegkundige? Zou het volgens de regering in de rede liggen om de rol van de ambulanceverpleegkundige te verankeren in de wet? Of zou dit in de optiek van de regering tot een ongewenste wettelijke functiedifferentiatie leiden ten opzichte van andere typen verpleegkundigen die eveneens werkzaam zijn in de ambulancezorg?*

In de wet is gekozen voor de brede term «ambulancezorgprofessional» om recht te doen aan alle professionals die werkzaam zijn in de ambulancezorg en zodat flexibiliteit mogelijk blijft in de ambulancezorgverlening. Als wordt gekozen voor het vastleggen in de wet van de functiebenaming ambulanceverpleegkundigen in plaats van de term ambulancezorgprofessional, heeft dat bijvoorbeeld tot gevolg dat spoedeisende ambulancezorg en hoogcomplexen niet spoedeisende ambulancezorg uitsluitend verleend mag worden door een ambulanceverpleegkundige. Dit doet geen recht aan de praktijk waarin de bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg, de verpleegkundig specialist ambulancezorg en de physician assistant ambulancezorg bevoegd en bekwaam zijn voor het verlenen van goede ambulancezorg. Dat leidt dan inderdaad tot ongewenste wettelijke uitsluiting van andere ambulancezorgprofessionals die hard nodig zijn in de ambulancezorg en deze zorg ook kunnen verlenen. Zoals hierboven al aangegeven in reactie op een soortgelijke vraag van de leden van de CDA-fractie is zorgdifferentiatie van groot belang om bij iedere zorgvraag de juiste zorg te kunnen leveren van goede kwaliteit. Dat geldt voor de gehele zorgsector, dus ook voor de ambulancezorg, en is nog belangrijker bij krapte op de arbeidsmarkt. Ambulanceverpleegkundigen zijn schaars en worden voor een belangrijk deel aangetrokken uit de groep IC- en SEH-verpleegkundigen, die ook hard nodig zijn in de ziekenhuizen. Zeker ook gezien de gewenste opschaling van het aantal IC-bedden. Zorgdiffe-

rentiatie is eveneens van belang in het kader van goed werkgeverschap: door differentiatie is het mogelijk te groeien in functie of om juist wat rustiger aan te gaan doen als dat gewenst wordt. Gezien de schaarste op de arbeidsmarkt moeten RAV's loopbaanperspectieven kunnen bieden om een aantrekkelijke werkgever te zijn. Uiteraard ben ik mening dat helder moet zijn welk niveau van bevoegdheid en bekwaamheid nodig is voor het verlenen van bepaalde vormen van ambulancezorg. Daarom worden de verschillende ambulancezorgprofessionals in de ministeriële regeling vastgelegd (zie artikel 7 van de bijgevoegde concept ministeriële regeling). Hierbij volg ik de eisen en inzet- en uitsluitcriteria uit de landelijke kwaliteitskaders waarin is vastgelegd welke zorg op welk niveau bij welke zorgvraag geldt als goede ambulancezorg.

*De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat in Artikel 5.2 wordt vastgesteld dat er via een ministeriële regeling verschillende categorieën ambulancezorgprofessionals worden aangewezen, waaraan verschillende opleidings- of deskundigheidseisen gesteld kunnen worden. Zij vragen of deze regeling wordt voorgehangen waarom er niet gekozen is voor een amvb. Voorts vragen zij waarom de ambulancezorgprofessional die verantwoordelijk is voor de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de ambulancezorg binnen de RAV niet ook een verpleegkundig specialist kan zijn.*

Voor een ministeriële regeling geldt in beginsel geen voorhangprocedure. Bijgevoegd treft u de concept ministeriële regeling ter informatie aan. In artikel 7 staat welke ambulancezorgprofessional welke ambulancezorg mag verlenen. Dit artikel is gebaseerd op kwaliteitskaders en inzet- en uitsluitcriteria van AZN, V&VN en de NVMMA. Op deze manier is geborgd dat de juiste professional wordt ingezet op een zorgvraag. Dit is van belang met het oog op de kwaliteit van de zorg en vanwege de schaarste op de arbeidsmarkt. Mochten ontwikkelingen in de ambulancezorg ertoe leiden dat er nieuwe goed opgeleide professionals komen voor bepaalde vormen van ambulancezorg, dan moet dat op flexibele wijze in de regelgeving kunnen worden verwerkt. Het gaat dan bijvoorbeeld om het toevoegen van een nieuw beroep, op basis van kwaliteitskaders van de sector, die reeds gelden als professionele standaard. In die zin is sprake van een uitwerking van wat als goede zorg wordt beschouwd door de beroepsgroepen. Ondergetekende acht daarom regeling op amvb-niveau niet noodzakelijk. Juist vanwege de aansluiting bij kwaliteitskaders van het veld, moet de MMA een arts zijn. Het is denkbaar dat de verpleegkundig specialist een rol kan gaan vervullen in het medisch management van de RAV.

*De leden van de SP-fractie vragen of het beroep ambulanceverpleegkundige in de wet gehandhaafd kan worden. De leden zouden graag horen waarom er gekozen wordt voor functiedifferentiatie. De leden van de SP-fractie krijgen ook graag toegelicht wie er precies bevoegd en bekwaam is om deze complexe zorg uit te voeren en welke groepen precies onder de term «ambulancezorgprofessional» vallen. Zij vragen of de term «ambulancezorgprofessional» wel duidelijk genoeg is en of voldoende duidelijk is dat er bij deze term een verpleegkundige beroepsuitoefening vereist is. Tevens vragen zij voor welke functies een BIG-registratie vereist is.*

In de wet is gekozen voor een breder begrip dan het begrip ambulanceverpleegkundige. Ambulanceverpleegkundigen zijn goed opgeleid en doen belangrijk en complex werk. Maar er zijn ook andere professionals werkzaam in de ambulancezorg, zoals bijvoorbeeld bachelor medisch hulpverleners, ambulancechauffeurs, in de laagcomplexiteit niet spoedeisende ambulancezorg de verzorgende individuele gezondheidszorg en de

verpleegkundig centralisten, die wel verpleegkundige zijn, maar geen ambulanceverpleegkundige (uitzonderingen die beide functies combineren daargelaten). Ook aan deze beroepsbeoefenaren wordt recht gedaan in deze wet. Zoals hierboven reeds aangegeven in reactie op soortgelijke vragen van de leden van de fracties van CDA en D66 zijn zorgen en functiedifferentiatie nodig om op elke zorgvraag de juiste zorgverlener met de juiste deskundigheid en competenties te kunnen inzetten. Dat geldt voor de gehele zorgsector, dus ook voor de ambulancezorg, en is nog belangrijker bij krapte op de arbeidsmarkt. Ambulanceverpleegkundigen zijn schaars en worden voor een belangrijk deel aangetrokken uit de groep IC- en SEH-verpleegkundigen, die ook hard nodig zijn in de ziekenhuizen. Zeker ook gezien de gewenste opschaling van het aantal IC-bedden. Zorgdifferentiatie is eveneens van belang in het kader van goed werkgeverschap: door differentiatie is het mogelijk te groeien in functie of om juist wat rustiger aan te gaan doen als dat gewenst wordt. Gezien de schaarste op de arbeidsmarkt moeten RAV's loopbaanperspectieven kunnen bieden om een aantrekkelijke werkgever te zijn.

In artikel 7 van de bijgevoegde concept ministeriële regeling staat welke professional welke ambulancezorg mag leveren. De gehanteerde indeling is gebaseerd op de kwaliteitskaders van AZN, V&VN en de NVMMA.

*De leden van de SP-fractie vragen wanneer zij een actualisatie van het kwaliteitskader «acute psychiatrie ambulancezorg» kunnen verwachten.*

Het kwaliteitskader Acute psychiatrie is, voor zover het gaat over vervoer met psychiatrische zorgverlening vóór beoordeling, de afgelopen periode geactualiseerd, onder verantwoordelijkheid van Ambulancezorg Nederland, in samenwerking met V&VN Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. Relevante ketenpartners zijn betrokken door middel van interviews vooraf en via een consultatieronde. De definitieve geactualiseerde versie zal eind juni beschikbaar zijn. De Staatssecretaris heeft Ambulancezorg Nederland gevraagd een geïntegreerd kwaliteitskader te maken voor vervoer met psychiatrische zorgverlening vóór en na beoordeling.

*De leden van de SP-fractie lezen de zinsnede «op dit moment onder normale omstandigheden binnen 15 minuten». Zij vragen wat hier precies mee wordt bedoeld.*

De leden van de SP-fractie verwijzen naar een zin in paragraaf 4.2 van de toelichting bij het wetsvoorstel. Met de betreffende passage wordt bedoeld dat dit, onder de Twaz, de huidige norm is voor de inzet van een ambulance in spoedgevallen. Ook in het bijgevoegde concept van de ministeriële regeling is een responstijd van 15 minuten voor spoedeisende inzetten in levensbedreigende situaties het uitgangspunt. Deze norm kan worden aangepast als de sector tot een nieuwe urgentie-indeling overgaat, zoals ook blijkt uit paragraaf 4.2 van de toelichting.

*De leden van de SP fractie vragen wanneer zij de medisch-inhoudelijke onderbouwing kunnen ontvangen van spreidingsnorm voor spoedeisende ziekenhuiszorg waar de Gezondheidsraad advies over uitbrengt.*

De Gezondheidsraadcommissie heroverweging 45 minuten norm heeft het concept advies bijna afgerond. Gedurende de zomermaanden volgt de gebruikelijke toetsing van de beraadsgroep en de interne besluitvorming binnen de Gezondheidsraad. Publicatie van het advies is voorzien in september.

*De leden van de SP-fractie vragen wanneer het onderzoek naar de mogelijkheden van meer differentiatie in de urgentie van ambulancezorg beschikbaar is.*

Dit onderzoek is reeds beschikbaar. Het onderzoek is uitgevoerd door het Nivel<sup>12</sup> in opdracht van AZN. Uit het onderzoek is gebleken dat een aanpassing in de urgentie-indeling op basis van aspecten als gezondheidswinst en kwaliteit van zorg zinvol en wenselijk is. Momenteel voert SiRM in opdracht van AZN een impact-analyse uit. Deze analyse is naar verwachting voor de zomer 2020 gereed. In de herfst volgt het implementatieplan met een onderbouwd tijdspad om de overgang naar de verbeterde urgentie-indeling zo vlot mogelijk te laten verlopen. De implementatie zal, inclusief alle voorbereidende processen, nog ten minste anderhalf jaar in beslag nemen tot eind 2021. Ketenpartners in de acute eerstelijns zorgketen, worden hier uiteraard bij betrokken. De implementatie van de nieuwe urgentie indeling zal waarschijnlijk te zijner tijd gevolgen hebben voor de ministeriële regeling op basis van het voorstel voor de Wet ambulancevoorzieningen, indien dit wetsvoorstel wordt aanvaard. De nieuwe urgentie-indeling wordt bij invoering immers onderdeel van het Kwaliteitskader Ambulancezorg en vervangt dan de huidige urgentie-indeling.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering kan ingaan op de definitie van ambulancezorgprofessional. Zij vragen of de regering kan toelichten waarom er is afgeweken van de centrale rol van de ambulanceverpleegkundige. Waarom is er niet gekozen voor een onderscheid tussen een ambulanceverpleegkundige, die over een gespecialiseerde opleiding beschikt en andere zorgverleners die kunnen functioneren in de spoedeisende zorg? De leden van de fractie van de PvdA vinden dat er verschil bestaat tussen spoedeisende zorg zoals die wordt verleend in de ambulancezorg en spoedeisende zorg zoals die wordt verleend binnen een team van zorgprofessionals op bijvoorbeeld een operatiekamer of een diagnostische afdeling in een ziekenhuis. Zij vragen hoe dat verschil in benodigde opleiding en ervaring in de nieuwe wet tot uiting komt. Of is de regering van mening dat dit verschil in de praktijk van de acute zorg geen rol speelt en van geen invloed is op de kwaliteit van de ambulancezorg? Zij vragen om een uitgebreide toelichting.*

In de toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven dat er verschillende ambulancezorgprofessionals zijn. De ambulanceverpleegkundige is één van de professionals werkzaam in de ambulancezorg. Deze hoog opgeleide professional verleent spoedeisende en hoogcomplexere ambulancezorg. In artikel 7 van de ministeriële regeling waarvan een concept is bijgevoegd, staat welke ambulancezorgprofessionals welke zorg mogen verlenen. Dit is gebaseerd op kwaliteitskaders en inzet- en uitsluitcriteria van de sector en bedoeld om te zorgen dat de professionals met de juiste deskundigheid wordt ingezet voor de zorgvraag, opdat de ambulancezorg van goede kwaliteit is en schaarse medewerkers voor de juiste zorgvraag worden ingeschakeld. Zoals hierboven reeds aangegeven in reactie op soortgelijke vragen van de leden van de fracties van CDA, D66 en de SP is zorgdifferentiatie van groot belang om bij iedere zorgvraag de juiste zorg te kunnen leveren van goede kwaliteit. Dat geldt voor de gehele zorgsector, dus ook voor de ambulancezorg en is nog belangrijker bij krapte op de arbeidsmarkt. Ambulanceverpleegkundigen zijn schaars en worden voor een belangrijk deel aangetrokken uit de groep IC- en SEH-verpleegkundigen, die ook hard nodig zijn in de ziekenhuizen. Zeker ook gezien de gewenste opschaling van het aantal IC-bedden.

<sup>12</sup> Rolink, M., Bos, N., Boer, D. de. Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling. Utrecht: Nivel, 2019.

Zorgdifferentiatie is eveneens van belang in het kader van goed werkgeverschap: door differentiatie is het mogelijk te groeien in functie of om juist wat rustiger aan te gaan doen als dat gewenst wordt. Gezien de schaarste op de arbeidsmarkt moeten RAV's loopbaanperspectieven kunnen bieden om een aantrekkelijke werkgever te zijn.

Er is zeker een onderscheid tussen een ambulanceverpleegkundige en bijvoorbeeld een verpleegkundige op de spoedeisende hulp afdeling van een ziekenhuis of een IC-afdeling van een ziekenhuis. Een SEH- of IC-verpleegkundige moet nog een additioneel opleidingstraject volgen om ambulanceverpleegkundige te worden.

*De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de deskundigheid van de ambulanceverpleegkundige zich verhoudt tot die van een ambulancezorgprofessional en aan welke deskundigheid- en opleidingseisen een ambulancezorgprofessional moet voldoen. Deze leden vragen hoe deze wijziging past in een zorglandschap met een almaar toenemende complexiteit van de zorgvraag. Zij vragen of de regering kan garanderen dat de kwaliteit van de ambulancezorg gewaarborgd blijft. Voorts vragen zij op welke wijze met de overgang naar centrale rol van de ambulancezorgprofessional recht wordt gedaan aan de deskundigheid en ervaring van ambulanceverpleegkundigen en in hoeverre de sector betrokken is geweest bij de totstandkoming van de positie van ambulancezorgprofessional. In hoeverre is de overgang van de term ambulanceverpleegkundige naar ambulancezorgprofessional ingegeven door schaarste aan personeel?*

De ambulanceverpleegkundige is één van de hoogst opgeleide ambulancezorgprofessionals. In artikel 7 van de bijgevoegde concept ministeriële regeling staat welke ambulancezorgprofessionals met welke deskundigheid de verschillende vormen van ambulancezorg mogen leveren opdat de ambulancezorg van goede kwaliteit is. Juist bij een toenemende complexiteit van de zorgvraag moeten de hoogst opgeleiden ingezet worden voor de meest complexe zorgvraag. Daarin voorziet de concept ministeriële regeling. Hierbij volg ik de eisen en inzet- en uitsluitcriteria die zijn vastgelegd in landelijke kwaliteitskaders van de beroepsgroepen (V&VN, de NVMMA en AZN) zelf. In deze landelijke kwaliteitskaders is vastgelegd welke zorg op welk niveau bij welke zorgvraag geldt als goede ambulancezorg. De deskundigheid en bekwaamheid van ambulanceverpleegkundigen staat buiten kijf. Maar dat geldt ook voor de verpleegkundig centralist op de meldkamer ambulancezorg, de chauffeurs en de andere professionals werkzaam in de ambulancezorg. De sector zelf, inclusief V&VN, heeft het raamwerk opgesteld voor de inzet van de verschillende professionals, waarop de ministeriële regeling is gebaseerd. Voor de volledigheid wordt dit raamwerk ter informatie meegestuurd. De inzet van verschillende professionals voor verschillende zorgvragen op basis van kwaliteitskaders en inzet- en uitsluitcriteria is nodig met het oog op een goede kwaliteit van de ambulancezorg en krapte op de arbeidsmarkt.

## **5. Kwaliteit van de ambulancezorg**

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe de visitatie eruit zal komen te zien en of er onverwachts gevisiteerd zal worden.*

Het is aan de ambulancesector zelf om de visitatie vorm te geven, zoals ook gebruikelijk is in andere delen van de zorg. In de bijgevoegde concept ministeriële regeling (artikel 14) zijn wel enkele randvoorwaarden opgenomen.

*De leden van de fractie van de VVD vragen zich af, gezien het feit dat het nieuwe kwaliteitskader 2.0 in 2023 gereed is, hoe de openbare verantwoording van de RAV's er in de tussentijd uit komt te zien en welke handvatten, normen en indicatoren daarbij worden gebruikt?*

Het kwaliteitskader 1.0 bevat een set van 26 signalen die zowel de kwaliteit van de ambulancezorg geleverd door ambulancezorgprofessionals en RAV's, als de samenwerking met de ketenpartners, inzichtelijk en toetsbaar maken. Van de eerste 13 signalen zijn de uitkomsten volgend jaar voor alle RAV's transparant. Hierop vindt dus de openbare verantwoording van de geleverde kwaliteit door de RAV's plaats. De komende jaren wordt het meten, verzamelen en analyseren van de tweede 13 signalen doorgevoerd. De uitkomsten hiervan worden in 2022 en in 2023 transparant. De sector werkt toe naar een kwaliteitskader 2.0 met definitieve normen in 2023.

*Voorts vragen deze leden wat de stand van zaken tot nu toe is met betrekking tot de doelstellingen die in het actieplan ambulancezorg worden genoemd.*

Voor het algemeen overleg over de curatieve zorg dat binnenkort zal worden gehouden zal ik de Kamer informeren over de voortgang van het actieplan ambulancezorg.

*De leden van de PVV-fractie begrijpen dat een vijfjaarlijkse visitatie de jaarlijkse benchmarking van de kwaliteit van de ambulancezorg vervangt en vragen of er niet minimaal een jaarlijkse kwaliteitscontrole zou moeten plaatsvinden. Deze leden vragen ook waar extra investeringen in kwaliteit van betaald worden.*

In tegenstelling tot wat de leden van de PVV-fractie veronderstellen vervangt de vijfjaarlijkse visitatie niet het jaarlijkse inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg. De vijfjaarlijkse visitatie is een extra instrument om de kwaliteit van de ambulancezorg te bevorderen. Jaarlijks is kwaliteitsinformatie openbaar. De IGJ kan bij haar toezicht gebruik maken van deze informatie. Over extra investeringen in kwaliteit kan de RAV afspraken maken met de zorgverzekeraars. Daarvoor is ruimte in de bekostiging en in het budget, al is deze ruimte uiteraard niet ongelimiteerd.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering overweegt om een kwaliteitsregister op te zetten en deelname te verplichten bijvoorbeeld ten aanzien van het aantal stops (vergelijkbaar met het kwaliteitssysteem van de SEH: «Netherlands Emergency department Evaluation Database» (NEED)).*

Het is niet aan de overheid om te bepalen welke kwaliteitsregistraties er komen; dit is aan het veld. Dit neemt niet weg dat ik het inzichtelijk maken van kwaliteit in de ambulancesector heel belangrijk vind. Daarom heb ik daar ook afspraken over gemaakt in het Actieplan ambulancezorg.

Dit heeft erin geresulteerd dat AZN, ZN, de Patiëntenfederatie Nederland, V&VN en de NVMMA in december 2019 het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 hebben aangeboden bij het Zorginstituut, die het op 17 maart heeft opgenomen in het Register.

Daarmee is de eerste stap gezet naar het vergroten van het inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg. Het kwaliteitskader 1.0 bevat een set van 26 signalen die de kwaliteit van de ambulancezorg geleverd door ambulancezorgprofessionals en RAV's, als de samenwerking met de



ketenpartners, inzichtelijk en toetsbaar maken. Van de eerste 13 signalen zijn de uitkomsten volgend jaar voor alle RAV's transparant. De komende jaren wordt het meten, verzamelen en analyseren van de tweede 13 signalen doorgevoerd. De uitkomsten hiervan worden in 2022 en in 2023 transparant. De sector werkt toe naar een kwaliteitskader 2.0 met definitieve normen in 2023.

Het Ministerie van VWS speelt overigens wel een rol met betrekking tot kwaliteitsregistraties. In opdracht van partijen van het bestuurlijk akkoord medisch specialistische zorg (MSZ) is een kwartiermaker aangesteld om uitvoering te geven aan de aanbevelingen van de Commissie Governance van Kwaliteitsregistraties over betere beheersing van kwaliteitsregistraties. De bedoeling is om te zorgen voor een betere beheersing van kwaliteitsregistraties (o.a. ervoor zorgen dat er geen dubbele registraties zijn) en de bijbehorende dataverzameling. De kwartiermaker, Hugo Keuzenkamp, heeft inmiddels een concept advies opgesteld dat nu voorligt ter afstemming bij de partijen van het bestuurlijk akkoord MSZ. Deze bestuurlijke afstemming is vertraagd in verband met Covid-19. Naar verwachting wordt het rapport uiterlijk kort na de zomer openbaar.

De bedoeling is dat kwaliteitsregistraties die aan vast te stellen voorwaarden voldoen, in de toekomst in aanmerking komen voor structurele financiering. De partijen in het veld zullen gezamenlijk bekijken welke nieuwe kwaliteitsregistraties er moeten komen en ook zullen ze periodiek herijken of deze aanpassing behoeven.

*De leden van de CDA-fractie stellen voor om een evaluatiebepaling in de wet op te nemen, waarbij met nadruk onderzocht moet worden of er daadwerkelijk voldoende (prikkels zijn voor) innovatie binnen de ambulancesector. Hierbij kan ook de werking van de «definitieve» normen die uiterlijk in 2023 worden vastgesteld worden meegenomen. Deze leden vragen de regering om op dit voorstel te reageren.*

Het spreekt vanzelf dat deze wet zal worden geëvalueerd. In het algemeen ligt evaluatie na een periode van vijf jaar in de rede. Om te evalueren is echter een bepaling in de wet niet noodzakelijk.

*De leden van de CDA-fracties vragen welke andere meetbare kwaliteitsnormen de regering voornemens is om op te nemen in de ministeriële regeling, naast de huidige norm van tijdigheid.*

In artikel 4 van de bijgevoegde concept ministeriële regeling staat de spreidingsnorm ((97% van de inwoners binnen 12 minuten rijtijd bereikbaar). Andere kwaliteitsnormen zijn meetbaar in de zin van toetsbaar. Of er afspraken zijn met ketenpartners of dat er een kwaliteitsmanagementsysteem is, is toetsbaar.

Onderstaand een overzicht van de kwaliteitseisen en randvoorwaardelijke eisen in het wetsvoorstel en in de concept ministeriële regeling.

<b>Kwaliteitseisen in de wet</b>
Onderaannemer moet voldoen aan eisen die voor RAV gelden (6.4)
Systematisch registreren, bewaken, verbeteren kwaliteit (9.1 en 9.2)
Vijfjaarlijkse visitatie (9.3)
Leren van terugkoppeling informatie door SEH (10)
Regelen medische verantwoordelijkheid (11)

<b>Randvoorwaardelijke eisen in de wet</b>
Aparte boekhouding voor aan RAV voorbehouden ambulancezorg (13)
Eisen aan intern toezicht (14–16)
Wijziging zeggenschap melden, verbod op overdracht zeggenschap, wijziging rechtsvorm en fusie vereisen goedkeuring (17–18)
Financiële staat en uitbesteding mogen continuïteit niet in gevaar brengen (19)
<b>Kwaliteitswaarborgen in extern toezicht en handhaving in de wet</b>
Toezicht door IGJ met gebruikelijk instrumentarium (boete, last onder dwangsom, bestuursdwang, aanwijzing, bevel) (21)
Toezicht door NZa op gescheiden boekhouding, continuïteit en evt. beperkingen aan winstuitkering (21) met gebruikelijk instrumentarium (aanwijzing, aanwijzing publiceren, last onder dwangsom, bestuursdwang, boete)
Toezicht door AP op gegevensverwerking (21)
Aanstellen bewindvoerder (22.5)
Intrekken aanwijzing (25)
<b>Kwaliteitseisen in de concept ministeriële regeling</b>
Eis om te voldoen aan wet en regelgeving en kwaliteitskaders (3)
Streefwaarde 95% A1 inzetten binnen 15 minuten en jaarlijkse analyse realisatie (5 en 6)
Afspraken over wachttijden bij niet spoedeisende zorg en jaarlijkse analyse realisatie (5 en 6)
Zorgdifferentiatie alleen op basis van landelijke kwaliteitskaders (7.1)
Deskundigheidsvereisten voor verschillende niveaus van ambulancezorg (7)
Schriftelijke afspraken met ketenpartners (8), tbv meldkamer (15), inzet bij ramp of crisis (16)
Eisen aan personeelsbeleid (9)
Eindverantwoordelijkheid berust bij arts, vijfjaarlijks landelijk assessment, bekwaamheidsverklaring (10)
Gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem (12)
Eisen visitatie (14)
Ambulancebijstandsplan (17)
Arts bij MICU vervoer (19)
<b>Randvoorwaardelijke eisen in de concept ministeriële regeling</b>
Eis spreiding standplaatsen (4)
Slagvaardige organisatie (11)
Verzekeringen (13)

*De leden van de CDA-fractie vragen door wie de verbetering van de triage onderzocht wordt, aan welke oplossingen gedacht wordt en op welke termijn hier uitkomsten van bekend zullen zijn.*

In het Actieplan ambulancezorg is afgesproken dat AZN onderzoek doet naar de rol van triagesystemen om inzicht in te krijgen in welke mate de triagesystemen bijdragen aan de toename van het aantal spoedinzetten ten opzichte van andere ontwikkelingen in de acute zorg. Dit onderzoek heeft SiRM voor AZN uitgevoerd en in mei 2019 gepubliceerd. Uit het onderzoek blijkt dat de triagesystemen geen rol spelen bij de toename in spoedinzetten vanaf 2015. Deze toename wordt veroorzaakt door een toename van 112-meldingen. Circa een kwart van deze toename is het gevolg van vergrijzing, groei van de bevolking en extramuralisering van kwetsbare ouderen. Als mogelijke oorzaken van de overige driekwart van de toename wordt door geïnterviewden en deelnemers aan de focusgroepen genoemd: de mondigere burger of minder zelfredzame burger en de slechtere bereikbaarheid van de huisarts.

Een verbetering van de triage hangt nauw samen met de ontwikkeling van een verbeterde urgentie-indeling. Daar waar er nu sprake is van een A1-, A2- of B-urgentie, moet de ambulancesector met ketenpartners komen tot een breed gedragen en verbeterde urgentie-indeling. Hiermee wordt ook bereikt dat er een verfijning plaatsvindt van de huidige drie categorieën; alleen nog de werkelijk levensbedreigende spoedmeldingen komen in de hoogste urgentie categorie en krijgen voorrang boven de spoedmeldingen die minder bedreigend zijn, maar waarbij zorgvragers (of (potentiële) patiënten of slachtoffers) wel direct zorg nodig hebben. De verpleegkundig centralist van de meldkamer ambulancezorg krijgt in deze tweede categorie gevallen meer tijd voor de triage om zo de best passende zorginzet te bepalen. Op de voortgang van dit traject is bij een voorgaande vraag van de leden van de CDA-fractie ingegaan.

*De leden van de D66-fractie vragen de regering voorts of zij een nader overzicht (bij voorkeur schematisch) kan geven van de precieze overeenkomsten en wijzigingen tussen de Tijdelijke wet ambulancezorg en de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen.*

Voor een nader overzicht van de overeenkomsten en verschillen tussen de Twaz en het wetsvoorstel ambulancevoorzieningen verwijs ik naar het overzicht dat aan het eind van deze nota naar aanleiding van het verslag is opgenomen.

*De leden van de D66-fractie vragen welke kwaliteitsnormen de regering denkt op te nemen in de ministeriële regeling.*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik de leden van de D66-fractie naar de bijgevoegde concept ministeriële regeling en het overzicht in het antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie.

*De leden van de D66-fractie vragen waarom er niet gekozen is voor het opnemen van een evaluatiebepaling in het voorliggende voorstel.*

Zoals ook aangegeven in reactie op een gelijklopende vraag van de leden van de CDA-fractie spreekt het vanzelf dat deze wet geëvalueerd zal worden. Een periode van vijf jaar ligt hiervoor in de rede. Om te evalueren is echter een bepaling in de wet niet noodzakelijk.

*De leden van de SP-fractie vragen of vijfjaarlijkse visitatie wel voldoende is of dat een driejaarlijkse visitatie meer voor de hand ligt.*

Vijf jaar is een gebruikelijke termijn voor visitatie, bijvoorbeeld ook bij huisartsen en medisch specialisten.

*De leden van de SP-fractie vragen voorbeelden van kwaliteitsnormen die worden opgenomen in de ministeriële regeling en waarom deze niet in een amvb worden opgenomen.*

Voor de normen in de ministeriële regeling verwijs ik naar de bijgevoegde concept ministeriële regeling. In antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie is een overzicht van de kwaliteitseisen en randvoorwaardelijke eisen in de wet en de regeling opgenomen. De kwaliteitseisen die in de regeling staan dienen te kunnen worden aangepast bij vernieuwingen en verbeteringen in de ambulancezorg en bij nieuwe vormen van samenwerking in de keten. Ondergetekende acht gezien het technische karakter regeling op amvb-niveau niet noodzakelijk.

*Tevens vragen de leden van de SP-fractie waarom er geen evaluatiebepaling is opgenomen in de Wet ambulancevoorzieningen.*

Zoals ook aangegeven in reactie op een gelijklopende vraag van de leden van de CDA-fractie en de D66-fractie spreekt het vanzelf dat deze wet geëvalueerd zal worden. Een periode van vijf jaar ligt hiervoor in de rede. Om te evalueren is echter een bepaling in de wet niet noodzakelijk.

*De leden van de PvdA-fractie vragen welke impact voorliggende wet zal hebben op de aanrijtijden. Zij vragen in hoeverre deze wet zal bijdragen aan (een verbetering van) het behalen van de normen mbt responstijden.*

Het voorliggende wetsvoorstel draagt bij aan continuïteit en duidelijkheid in de sector. Dit kan een positieve invloed hebben op de aanrijtijden, bijvoorbeeld doordat lange termijn investeringen worden aangegaan en innovaties in gang worden gezet.

*De leden van de PvdA-fractie vragen welke andere meetbare kwaliteitsnormen uit kwaliteitskaders in de ministeriële regeling worden opgenomen.*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de bijgevoegde concept ministeriële regeling en het overzicht van kwaliteitseisen in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie.

## **6. Eisen aan de ambulancevoorzieningen**

*De leden van de VVD-fractie vragen aan welke andere activiteiten wordt gedacht die RAV's naast het verlenen van ambulancezorg kunnen uitvoeren.*

Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan buitenlandvervoer of vervoer van huisartsen. Overigens is het soms een GGD of een veiligheidsregio die de ambulancezorg levert. GGD's en veiligheidsregio's hebben tal van andere taken.

*De leden van de VVD-fractie vragen onder welke omstandigheden het artikel met betrekking tot het stellen van beperkingen aan winstuitkering in werking zal treden.*

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 dat het niet voor de hand ligt dat excessieve winsten worden gemaakt of dat RAV's in de financiële problemen komen. De in het wetsvoorstel voorgeschreven 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.

*De leden van de VVD-fractie vragen voorts of de Minister toe kan lichten tot hoever de beperkingen op winstuitkering kunnen reiken.*

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<sup>13</sup>. 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.

*De leden van de VVD-fractie vragen of voor onderaannemers of leden van de coöperatie dezelfde eisen aan doelmatigheid en kwaliteit gelden als bij de RAV's.*

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 de RAV. In het wetsvoorstel is bepaald dat voor zover de RAV de ambulancezorg, dan wel een deel ervan, laat uitvoeren door een derde, de RAV ervoor zorgt dat deze derde handelt volgens de eisen die aan de RAV zijn gesteld.

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe het streven dat de governance van alle RAV's zoveel mogelijk gelijk is in werkelijkheid omgezet wordt en welk orgaan bij RAV's in de vorm van een gemeenschappelijke regeling de interne toezichthouder wordt.*

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 Wet gemeenschappelijke regelingen en in het geval van een veiligheidsregio, op grond van de Wet Veiligheidsregio's. 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. Voor RAV's die de vorm van een gemeenschappelijke regeling hebben, geldt dat het algemeen bestuur de interne toezichthouder is.

---

<sup>13</sup> SiRM en Finance Ideas, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, Utrecht: juni 2019. Bijlage bij Kamerstukken II, 2018–2019, 35 000, XVI, nr. 133.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom bij de inwerkingtreding van de wet geen beperkingen zullen worden gesteld aan winstuitkering. Zij vragen ook waarom het niet voor de hand zou liggen dat RAV's excessieve winsten maken.*

De bekostigingssystematiek in de ambulancezorg, waarbij de NZa vaste tarieven en een voorlopig gemaximeerd budget per RAV<sup>14</sup> vaststelt, maakt dat het niet voor de hand ligt dat excessieve winsten worden gemaakt of dat RAV's in de financiële problemen komen: in de ambulancezorg is sprake van budgetbekostiging met nacalculatie, waardoor het financiële risico dat RAV's lopen zeer beperkt is, maar er ook geen ruimte is voor excessieve winsten. 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). Er zijn op dit moment geen indicaties dat er risico's zijn of excessieve winsten die moeten worden tegengegaan door winstregulering.

*Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie de regering te onderbouwen waarom een RAV überhaupt aan winstuitkering zou moeten doen.*

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<sup>15</sup>. De onderzoekers beschrijven in hun rapport dat het toestaan van dividenduitkering zowel positieve als negatieve effecten kan hebben.

Het toestaan van winstuitkering in de vorm van dividend geeft zorgaanbieders de mogelijkheid een beroep te doen op risicodragend kapitaal van particuliere investeerders en institutionele beleggers en kan daarom onder omstandigheden de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg bevorderen.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de Kamer jaarlijks geïnformeerd kan worden over de winsten van de RAV's en welke eisen daaraan zijn gesteld.*

De jaarverantwoordingsplicht geldt voor RAV's, en na het in werking treden van de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders in beginsel ook voor de onderaannemers of leden van de RAV's die een zorgaanbieder zijn in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) inclusief de artikelen 5a en 5b van het Besluit uitbreiding en beperking reikwijdte Wmg en voor aanbieders van ambulancezorg die niet is voorbehouden aan RAV's, zoals buitenlandvervoerders die ambulancezorg leveren in Nederland. Zij moeten zich jaarlijks vóór 1 juni verantwoorden door het openbaar maken van een jaarverantwoording. Deze zullen worden gepubliceerd op [www.jaarverantwoordingzorg.nl](http://www.jaarverantwoordingzorg.nl). Tevens vraagt de NZa voor de uitvoering van het bekostigingssysteem om verantwoording van de RAV's. Als er beperkingen worden gesteld aan winstuitkering zal in de amvb komen te staan onder welke voorwaarden winst mag worden uitgekeerd.

<sup>14</sup> Op basis van het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg van het RIVM.

<sup>15</sup> SiRM en Finance Ideas, Uitkering van dividend door zorgaanbieders: praktijkanalyse en effectanalyse, Utrecht: juni 2019. Bijlage bij Kamerstukken II, 2018–2019, 35 000, XVI, nr. 133.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de Kamer jaarlijks geïnformeerd kan worden over de stand van zaken met betrekking tot het interne en het externe toezicht en welke kwaliteitseisen inmiddels gesteld worden.*

RAV's maken kwaliteitsgegevens jaarlijks openbaar (Het Sectorkompas ambulancezorg op de website van Ambulancezorg Nederland).

*De leden van de CDA-fractie vragen of het onder de huidige Twaz mogelijk is voor RAV's om te fuseren en zo niet, waarom die mogelijkheid nu wel wordt voorgesteld?*

De Twaz was oorspronkelijk bedoeld als een tijdelijke wet voor een periode van 5 jaar. Voor deze periode werd het niet nodig geacht veranderingen in de RAV's als fusies of wijziging van rechtsvorm mogelijk te maken. Het voorliggende wetsvoorstel is een structurele wet. Het is denkbaar dat zich op korte of langere termijn ontwikkelingen voordoen die maken dat een fusie kan leiden tot betere ambulancezorg. Zo'n fusie zou dan ook, met goedkeuring van de Minister, mogelijk moeten zijn.

*De leden van de fractie van GroenLinks vragen hoe het aanmerken van de ambulancezorg als NEDAB zich verhoudt tot het toestaan van winsten en waarom niet is gekozen voor een winstverbod.*

Zoals hiervoor ook aangegeven in antwoorden op de leden van de VVD-fractie, zal dit artikel worden ingevuld op het moment dat er zich bepaalde risico's en excessen zich in de sector voordoen en deze moeten worden tegengegaan door winstregulering. Het ligt echter, als hierboven ook aangegeven, niet voor de hand dat deze zich voor zullen doen in deze sector. Het ontbreken van een winstverbod is geen doorslaggevend factor voor de beoordeling of een activiteit economisch is.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom niet besloten is winstuitkering in het geheel niet mogelijk te maken. Zij vragen of dat ook niet het toezicht vereenvoudigt omdat als winstuitkering wel is toegestaan het moeilijk is vast te stellen wanneer deze ontoelaatbaar hoog is vanuit doelmatigheidsoogpunt.*

Als hiervoor ook aangegeven in antwoorden op de leden van de VVD-fractie, zal dit artikel worden ingevuld op het moment dat er zich bepaalde risico's en excessen zich in de sector voordoen en deze moeten worden tegengegaan door winstregulering. Het ligt echter, als hierboven ook aangegeven, niet voor de hand dat deze zich voor zullen doen in deze sector. Daarnaast geldt, als ook hierboven in antwoorden op de vraag van leden van de CDA-fractie aangegeven, dat de jaarverantwoordingsplicht voor RAV's geldt, en in beginsel ook voor de onderaannemers van de RAV's inclusief de leden van RAV's die de coöperatie als rechtsvorm hebben die een zorgaanbieder in de zin van de Wmg inclusief de artikelen 5a en 5b Bub Wmg zijn en voor aanbieders van ambulancezorg die niet is voorbehouden aan RAV's, zoals buitenlandvervoerders die ambulancezorg leveren in Nederland. Zij moeten een jaarverantwoording openbaar maken. Deze zullen worden gepubliceerd op [www.jaarverantwoordingzorg.nl](http://www.jaarverantwoordingzorg.nl). Hierdoor is ook inzicht te verkrijgen in de hoogte van de winst.

## **7. Rol van de zorgverzekeraars**

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering de meest recente percentages per veiligheidsregio op een rij kan zetten van hoeveel ambulances daadwerkelijk de 15-minutennorm hebben behaald. Welke verbeterplannen hebben zorgverzekeraars om deze percentages naar het*

*vereiste percentage te krijgen, en hebben die verbeterplannen de afgelopen jaren gewerkt?*

Op landelijk niveau worden de responstijden per RAV eens per jaar gepubliceerd door AZN in het Sectorkompas ambulancezorg op de website van AZN. De meest recente cijfers zijn van 2018. De leden van de fractie van het CDA vragen om hoeveel ambulances daadwerkelijk de 15 minutennorm hebben behaald. In het antwoord is ervan uitgegaan dat met de vraag bedoeld wordt hoeveel A1-inzetten er binnen de 15 minuten waren.

RAV regio	Percentage A1 inzetten binnen 15 minuten bij de patiënt	Aantal A1 inzetten	hoeveel A1-inzetten waren binnen de 15 minuten
Groningen	93,20%	24.542	22.873
Friesland	94,50%	23.986	22.667
Drenthe	92,20%	19.916	18.363
IJsselland	93,80%	14.673	13.763
Twente	95,60%	14.705	14.058
Noordoost Gelderland	91,10%	20.588	18.756
Midden Gelderland	92,50%	21.087	19.505
Gelderland Zuid	93,30%	16.757	15.634
Utrecht	90,30%	37.049	33.455
Noord-Holland Noord	90,50%	23.375	21.154
Amsterdam/Waterland	91,80%	65.688	60.302
Kennemerland	95,50%	23.975	22.896
Gooi- en Vechtstreek	94,90%	8.076	7.664
Haaglanden	92,70%	46.091	42.726
Hollands Midden	91,10%	29.401	26.784
Rotterdam-Rijnmond	88,20%	51.082	45.054
Zuid-Holland Zuid	92,80%	17.099	15.868
Zeeland	92,60%	14.375	13.311
Midden West Brabant	92,40%	38.963	36.002
Brabant Noord	92,10%	22.630	20.842
Brabant Zuidoost	91,90%	24.857	22.844
Noord- en Midden		19.419	
Limburg	93,10%		18.079
Zuid Limburg	95,00%	23.596	22.416
Flevoland	94,10%	12.729	11.978

Door de RAV's, de zorgverzekeraars en de toezichthouders NZa en IGJ is de afgelopen jaren de nodige aandacht en inzet besteed aan het verbeteren van de responstijden. De RAV's, ambulancezorgprofessionals en zorgverzekeraars houden, ondanks de groei van het aantal spoedeisende inzetten én de tekorten aan gespecialiseerde verpleegkundigen, de responstijden al jarenlang op niveau. Dit verdient een compliment. Met betrekking tot de verbeterplannen van de zorgverzekeraars verwijs ik graag naar de bijlage bij de brief die op 1 oktober 2019 aan uw Kamer is toegestuurd (TK 2019–2020, 29 247, nr. 291). Dit is de voortgangsrapportage van het lopende zorgplicht onderzoek in de ambulancezorg van de NZa, waarin wordt ingegaan op de verbeterrapportages van de zorgverzekeraars. De NZa verwacht in het najaar een nieuwe update te kunnen geven over de voortgang van hun zorgplichtonderzoek.

*De leden van de SP-fractie lezen: «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». De leden van de SP-fractie vragen of dit wel eens gebeurd is. Zij vragen in welke omstandigheden*



*een zorgverzekeraar dit van mening kan zijn en of de Minister het hiermee eens is.*

Er zijn wel eens signalen afgegeven aan de IGJ door zorgverzekeraars over een verslechtering van de responstijden. Er is nog nooit aan de Minister gevraagd om een aanwijzing in te trekken. Het intrekken van een aanwijzing is een ultimatum remedium. Dit wetsvoorstel bevat de nodige instrumenten voor de IGJ, de NZa en de Minister om te voorkomen dat een aanwijzing moet worden ingetrokken.

## **8. Bekostiging van de ambulancevoorzieningen**

*De leden van de fractie van de VVD zijn benieuwd in hoeverre er met de nieuwe wet gestuurd kan worden op kostenbesparing in de ambulancezorg?*

Het wetsvoorstel brengt geen wijziging aan in de bekostiging van de ambulancezorg. Er kan dus evenveel gestuurd worden op kostenbesparing als nu het geval is. De zorgverzekeraars houden in het wetsvoorstel een rol bij de zorginkoop van ambulancezorg, waarmee zij doelmatigheid kunnen stimuleren.

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering inzichtelijk kan maken hoeveel geld er op dit moment jaarlijks aan ambulancezorg wordt uitgegeven.*

Onderstaand treffen de leden van de CDA fractie de stand uit jaarverslag 2019, waarin te zien is hoeveel geld er de afgelopen 4 jaar is uitgegeven aan ambulancezorg.

### **Ambulancevervoer (bedragen x € 1 miljoen)**

	2016	2017	2018	2019
<b>Stand jaarverslag 2019</b>	<b>472,9</b>	<b>537,3</b>	<b>577,6</b>	<b>626,9</b>

*De leden van de SP-fractie vragen wat wordt verstaan onder «nagenoeg» volledig betalen van het budget door de zorgverzekeraar. Zij vragen wat redenen zijn voor zorgverzekeraars om dit budget niet volledig te betalen en of dit recent is voorgekomen. En zo ja, wat de reden hiervoor was.*

Het komt in de praktijk voor dat het vooraf afgesproken budget wordt niet volledig uitbetaald als er minder diensten worden ingezet dan vooraf afgesproken of als de prestatie afspraken niet worden gehaald.

*De leden van de SP-fractie lezen dat er gewerkt wordt met niet onderhandelbare vaste tarieven, zij vragen zich af hoe deze tarieven precies tot stand komen? Hebben de RAV's hierin een belangrijke rol?*

De tarieven voor ambulancezorg komen tot stand op basis van kostenonderzoek. Het kostenonderzoek wordt uitgevoerd door de NZa, in samenwerking met veldpartijen. Voor het kostenonderzoek vraagt de NZa de werkelijke kosten en uitgevoerde ambulanceritten van alle RAV's op. Vervolgens worden gemiddeld kostendeckende tarieven berekend.

## **9. Toezicht en handhaving**

*De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel tijd de Minister de RAV geeft om orde op zaken te stellen in het geval de RAV onvoldoende kwaliteit levert, wat het tijdsplan is voor een verbeterplan en wat de totale termijn is*

*tussen de constatering dat iets niet goed gaat en de uiterste maatregel van het intrekken van de aanwijzing.*

De termijn die aan een aanwijzing is gekoppeld is afhankelijk van de geconstateerde normovertreding, maar ook van de context. Er zijn geen minimale of maximale termijnen. De termijn wordt bepaald door de aard en de omvang van de verbeteropdracht. Doorgaans gaat het om enkele weken of maanden, maar er zijn uitzonderingen mogelijk. Daar is in zijn algemeenheid niets over te zeggen. Indien er sprake is van een acuut risico voor de patiëntveiligheid, wordt een bevel opgelegd. Daar moet onmiddellijk aan voldaan worden.

Een verbeterplan is een zogenaamde informele of stimulerende interventie gericht op het aanzetten van een zorgaanbieder om zelf actie te ondernemen. In tegenstelling tot een aanwijzing of andere bestuursrechtelijke maatregel is dit niet afdwingbaar. De zorgaanbieder wordt gevraagd zelf een verbeterplan op te stellen inclusief termijnen gekoppeld aan de maatregelen die hij daarin opneemt.

*De leden van de SP-fractie vragen of de IGJ in de afgelopen jaren een of meerdere RAV's een aanwijzing of een verdergaande maatregel heeft gegeven en wat de inspectie precies heeft opgelegd en met welke reden.*

De IGJ heeft in de afgelopen jaren geen aanwijzingen of andere bestuursrechtelijke maatregelen aan RAV's opgelegd. Bestuursrechtelijke maatregelen legt de IGJ op in hoogrisico-situaties, daar waar sprake is van ernstige of herhaalde normschending, of indien de normschender ondanks waarschuwing van de inspectie persisteert in normschending.

## **10. Regeldruk**

*De leden van de VVD-fractie vragen wat de reden is dat het Adviescollege Toetsing Regeldruk het advies ambtelijk heeft afgedaan en of het advies aan de Tweede Kamer kan worden gezonden.*

Het Adviescollege Toetsing Regeldruk heeft naar wetsvoorstel gekeken. Het deelt de conclusie dat er nauwelijks sprake is van nieuwe regeldruk, behoudens die als gevolg van de goedkeuring voor de statutenwijziging en belangrijke overeenkomsten. Omdat er nauwelijks nieuwe regeldruk is, heeft het College besloten hierover geen advies uit te brengen en de aanvraag ambtelijk af te doen.

## **11. Handhaafbaarheidstoets**

*De leden van de CDA-fractie vragen van welke artikelen uit de Wkkgz en de Wtza de IGJ van mening is dat sprake is van overlap. Deze leden vragen tevens waarom de regering er van overtuigd is dat er bij deze artikelen geen overlap is.*

Het betreft artikel 7 van de Wkkgz inzake de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg en artikel 3 van de Wtza inzake de bestuursstructuur. Deze bepalingen zijn expliciet in dit wetsvoorstel opgenomen, zodat duidelijk op één plek aangegeven is aan welke eisen de RAV moet voldoen. Er is weliswaar sprake van enige overlap, maar niet van strijdigheid.

*De leden van de SP-fractie vragen wat de reactie is van de IGJ op wat in de toelichting staat naar aanleiding van de handhaafbaarheidstoets over overlap van het wetsvoorstel met de Wkkgz en de Wtza.*

In haar toezicht- en handhaafbaarheidstoets wijst IGJ erop dat enkele artikelen in de wet ambulancevoorzieningen met betrekking tot kwaliteit en governance gelijk zijn aan, dan wel een gelijke strekking hebben aan bepalingen uit andere (kader)wetgeving als de Wkkgz en – onder voorbehoud van parlementaire behandeling- de Wtza. Volgens de IGJ creëert dit vanuit toezichtperspectief een onwenselijke situatie. Omdat de wet ambulancevoorzieningen een bijzondere wet is, zal de IGJ bij het niet voldoen aan betreffende artikelen op basis van deze wet moeten handhaven en bij andere normovertredingen of kwaliteitsgebreken op grond van de Wkkgz, dan wel de Wtza. Het is dan denkbaar dat de IGJ naar aanleiding van één complex aan factoren bij een RAV twee separate aanwijzingen moeten opleggen, op basis van twee verschillende wetten. Dit is strijdig met het uitgangspunt van de IGJ om zo min mogelijk verschillende interventies op te leggen aan een zorgaanbieder. De IGJ gaf mij daarom in overweging op betreffende onderdelen te volstaan met een expliciete verwijzing in de memorie van toelichting naar staande (kader)wetgeving en de wet ambulancevoorzieningen te beperken tot hetgeen daarop in aanvulling is.

Ik ben van mening dat het hier gaat om een vrij theoretische situatie, die in de praktijk niet tot onhelderheid zal leiden omdat het gaat om de inhoud van de aanwijzing.

*De NZa adviseert uit oogpunt van doelmatigheid te verkennen hoe de bekostiging anders kan worden ingericht en in de brief wordt aangegeven dat hierover in gesprek wordt gegaan met de NZa, wanneer vindt dit gesprek plaats, zo vragen de leden van de SP-fractie? Wat wil de NZa precies aanpassen in de bekostiging van de ambulancezorg? Kan gegarandeerd worden dat de in het wetsvoorstel voorgestelde principe van een concessie voor onbepaalde tijd overeind blijft?*

De bekostiging van ambulancezorg biedt mogelijkheden voor het maken van afspraken over doelmatigheid. De NZa bekijkt binnen de context van de Wet ambulancevoorzieningen hoe de doelmatige inkoop zoveel als mogelijk kan worden gestimuleerd. Het principe van een aanwijzing voor onbepaalde tijd is geborgd in dit wetsvoorstel. Indien dit wetsvoorstel wordt aanvaard, is dat leidend voor de bekostiging.

## **12. Advies Autoriteit Persoonsgegevens**

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de stand van zaken van de gesprekken tussen V&VN en AZN om tot een gezamenlijk standpunt te komen over de vraag of de ambulanceverpleegkundige een centrale rol moet behouden. Hebben deze partijen een uiterlijke termijn gekregen waarvoor ze tot een gezamenlijk standpunt moeten komen? Als deze partijen er niet uit komen, wie bepaalt dan wat de uitkomst zal zijn.*

Het bestuur van AZN, V&VN Ambulancezorg en de NVMMA hebben het raamwerk zorgdifferentiatie ambulancezorg vastgesteld. Het raamwerk geeft inzicht in de niveaus en urgentie van de zorgvragen van patiënten die ambulancezorg nodig hebben en het daarop aansluitende niveau van ambulancezorgprofessional. Het geeft hiermee ook antwoord op de rol van de ambulanceverpleegkundigen, als ook van de overige ambulancezorgprofessionals, in de nieuwe wet. Het voorliggende wetsvoorstel maakt de zorgverlening door deze verschillende ambulancezorgprofessionals mogelijk. Voor de volledigheid wordt dit raamwerk ter informatie meegestuurd.

### 13. Consultatie veldpartijen

*De leden van de CDA-fractie vragen of er een overzicht kan worden gegeven van het aantal stops op SEH's.*

Ik verwijs graag naar de brief die ik uw Kamer hierover heb gestuurd, op 1 oktober (TK 2019–2020, 29 247, nr. 291). Daarbij zit het onderzoek van de NZa naar het aantal stops en de toegankelijkheid van de acute zorg. In zijn onderzoek heeft de NZa de data geanalyseerd van vier ROAZ-regio's die consequent stops registreren. Over de andere regio's zijn er geen betrouwbare data; anders had ik deze uiteraard al aan uw Kamer doen toekomen. De NZa gaf aan dat de SEH's in de vier onderzochte regio's in de periode 2018 – begin 2019 in gemiddeld 97% van de tijd geen SEH-stop hadden. In mijn brief aan uw Kamer heb ik aangegeven dat de NZa – omdat de druk in de acute zorg de komende jaren blijft toenemen – de ontwikkelingen de komende jaren nauwgezet blijft volgen en zorgverzekeraars aan zal spreken op hun zorgplicht waar dat nodig is. De NZa was in gesprek met de zorgverzekeraars over de manier waarop zij invulling geven aan hun zorgplicht op het gebied van de acute zorg. Deze gesprekken hebben een tijdje stil gelegen vanwege de Covid-19 crisis, maar zodra dit mogelijk is pakt de NZa zijn onderzoek weer op. Ik verwacht uw Kamer hier later dit jaar nader over te kunnen informeren.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom een aangepaste consultatie periode nodig was en of zorgvuldigheid niet belangrijker is dan snelheid.*

Met het voorliggende wetsvoorstel zijn snelheid en zorgvuldigheid gecombineerd. Betrokken partijen hebben de gelegenheid gehad hun input te leveren en daar is zorgvuldig mee omgegaan. Het kabinet heeft tijd genomen om de verschillende opties zorgvuldig af te wegen en heeft in juni 2019 de keuze op hoofdlijnen voorgelegd aan het parlement. In oktober 2019 heeft de Tweede Kamer over de hoofdlijnen gedebatteerd. Het kabinet achtte het van belang per 1 januari 2021 structurele wetgeving in werking te laten treden, om RAV's en hun medewerkers niet langer in onzekerheid te laten. Dat zou de kwaliteit van de ambulancezorg en het behoud van goed opgeleide medewerkers in gevaar kunnen brengen. Er was dus weinig tijd voor het opstellen van de wet. Niettemin is dat op zorgvuldige wijze gebeurd, met betrokkenheid van een groot aantal partijen.

*De leden van de SP-fractie vragen of andere partijen dan de specifiek geconsulteerde partijen de mogelijkheid gehad hebben om te reageren, welke partijen hebben gereageerd en wat hun inbreng was.*

In paragraaf 16 van de toelichting staat welke partijen de gelegenheid gehad hebben te reageren en wat hun inbreng was en hoe daarop is gereageerd.

*Er wordt gesteld dat «een gezamenlijk standpunt» van V&VN en AZN met betrekking tot de functiedifferentiatie behulpzaam zal zijn bij het tot stand brengen van een ministeriële regeling op dit punt. De leden van de SP-fractie vragen of nader kan worden toegelicht waarom een gezamenlijk standpunt er niet is en wat de verschillen van mening precies inhouden. Zij vragen of het niet voor de hand ligt om bij een verdere invulling dit niet via een algemene maatregel van bestuur te doen en of dit nader gemotiveerd kan worden.*

Het gezamenlijke standpunt van V&VN en AZN is beschikbaar. Het bestuur van AZN, V&VN Ambulancezorg en de NVMMA hebben het raamwerk zorgdifferentiatie ambulancezorg vastgesteld. Het raamwerk is bij deze

nota naar aanleiding van het verslag gevoegd en geeft inzicht in de niveaus en urgentie van de zorgvragen van patiënten die ambulancezorg nodig hebben en het daarop aansluitende niveau van ambulancezorgprofessional, zoals opgenomen in artikel 7 van de concept ministeriële regeling. Het voorliggende wetsvoorstel maakt de zorgverlening door deze verschillende ambulancezorgprofessionals mogelijk. In de ministeriële regeling wordt nader uitgewerkt welke professional welke zorg mag verlenen, op basis van kwaliteitskaders van de sector die reeds gelden als professionele standaard. Zoals hiervoor al aangegeven acht ondergetekende, gezien het karakter van deze eisen, regeling op amvb niveau niet noodzakelijk. Om kwaliteitsverbetering op basis van kwaliteitsstandaarden in de ambulancezorg flexibel te kunnen accommoderen in de regelgeving, is het wenselijk de zorgdifferentiatie in een ministeriële regeling vast te leggen. U kunt bij deze gelegenheid ook zien op welke manier dat gebeurt.

*De leden van de SP-fractie gaan ervan uit dat een voornemen om intraklinisch vervoer of andere vormen van ambulancezorg vrij te geven voor andere aanbieders dan RAV's wordt voorgelegd aan de Tweede Kamer.*

De leden van de SP-fractie mogen hier inderdaad van uit gaan. In artikel 18 van de bijgevoegde concept ministeriële regeling staat welke vormen van ambulancezorg conform de staande praktijk niet zijn voorbehouden aan RAV's.

*De leden van de SP-fractie begrijpen dat de functie van overheidscommissaris in eerdere versie van het wetsvoorstel opgenomen was maar dat deze functie in het nu voorliggende wetsvoorstel is geschrapt. Zij vragen of duidelijk kan worden toegelicht waarom de functie van overheidscommissaris uit het voorstel is geschrapt.*

Een eerdere versie van het wetsvoorstel, welke ook aan de Raad van State is voorgelegd, bevatte een onderdeel dat bij elke RAV een overheidscommissaris in het toezichtsorgaan zou worden geplaatst. Het doel van deze overheidscommissaris was het creëren van meer overheidsinvloed bij de RAV. De overheidscommissaris zou besluiten van de RAV welke niet in overeenstemming zijn met de taak van de RAV, namelijk de permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancezorg, kunnen tegenhouden. Het was de bedoeling dat de werking van de RAV verder niet aangetast zou worden. De Afdeling advisering van de Raad van State gaf in het advies aan dat het niet uitspreken van het veto door de overheidscommissaris gezien zou kunnen worden als het akkoord van de rijksoverheid op een besluit. De Raad signaleerde tevens dat er mogelijk een verandering in verhoudingen zou kunnen ontstaan met de gemeenteraden die toezicht houden op de RAV's die een gemeenschappelijke regeling zijn. Dit punt kwam ook terug in de consultatie van het wetsvoorstel. Dit was niet het doel van het voorstel voor de overheidscommissaris. Gezien het advies van de Raad van State heeft er een heroverweging plaatsgevonden waarbij het advies van de Afdeling is meegewogen. Conclusie van de heroverweging is dat de introductie van de overheidscommissaris een ongewenste wijziging van de dynamiek binnen de RAV als ook met andere actoren tot gevolg kan hebben. Daarbij is het niet beoogd dat bij het niet gebruiken van een veto door een overheidscommissaris de overheid geacht wordt akkoord te zijn met een besluit van de RAV. Om deze redenen is de overheidscommissaris uit het voorstel verwijderd.

## II. Artikelsgewijze toelichting

### Artikel 5

*De leden van de SP-fractie vragen op welke punten het wetsvoorstel verschilt van de Twaz als het gaat om wat ambulancezorg is en welke professionals ambulancezorgprofessionals zijn.*

In antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie is ingegaan op het begrip ambulancezorg in de Twaz en in het voorliggende wetsvoorstel. Ook is aangegeven dat in de Twaz de ambulanceverpleegkundige geen ambulancezorgprofessional is (wat zij uiteraard wel is), maar daarnaast wordt geplaatst. Het begrip ambulancezorgprofessional is onder de Twaz niet nader uitgewerkt. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel (paragraaf 4.1 onder c) is uiteengezet wat ambulancezorgprofessionals zijn. De ambulanceverpleegkundige is een zeer belangrijke ambulancezorgprofessional. In de betreffende paragraaf staan ook voorbeelden van wat geen ambulancezorgprofessionals zijn. In artikel 7 van de concept ministeriële regeling staat door welke ambulancezorgprofessionals de kwaliteit van de ambulancezorg wordt geborgd.

### Artikel 6

*De leden van de SP-fractie vragen waarom het leveren van ambulancezorg door een RAV zou worden uitbesteed.*

Het is aan de RAV om te beslissen over al of niet uitbesteden van het leveren van (bepaalde vormen van) ambulancezorg. De RAV kan daar allerlei redenen voor hebben, bijvoorbeeld van beschikbaarheid van medewerkers, kwaliteit of doelmatigheid. Het is sinds jaren gangbaar dat de coöperaties onder de RAV's ambulancezorg laten leveren door de leden van de coöperatie. Het is ook denkbaar dat een RAV het vervoer met psychiatrische zorgverlening laat uitvoeren door een onderaannemer. De RAV blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ambulancezorg en moet zorgen dat de onderaannemer aan de wettelijke en overige kwaliteitseisen voldoet.

### Artikel 7

*De leden van de SP-fractie vragen of de positionering van de meldkamers nogmaals kan worden toegelicht, bijvoorbeeld als het gaat om beheer versus bestuur. Zij vragen of deze positie voldoende wettelijk is ingeregeld. Zij geven aan dat er meer regio's zijn dan meldkamers waardoor binnen het werkgebied van een meldkamer meerdere RAV's aangewezen kunnen zijn. Graag ontvangen de leden een reflectie op deze situatie. Voorts vragen zij of het handig is dat één meldkamer voor meerdere regio's werkzaam is.*

De Wijzigingswet meldkamers regelt dat het beheer van de meldkamers bij de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS) van de politie wordt neergelegd. De LMS draagt zorg dat alle meldkamers worden ingericht en functioneren, zodat de hulpdiensten daar hun eigen meldkamerfuncties kunnen uitoefenen. De wet regelt tevens dat alle partijen invloed kunnen uitoefenen op het beheer van de meldkamers. De bestaande verantwoordelijkheid van partijen voor de uitoefening van de eigen meldkamerfunctie wijzigt niet door de Wijzigingswet meldkamers.

De wet regelt in artikel 4, vierde lid van de Twaz en in het voorliggende wetsvoorstel dat de RAV's in een werkgebied een convenant sluiten dat dat in ieder geval afspraken bevat over de uitvoering van die meldkamer-

functie op de gezamenlijke meldkamer. De afspraken zorgen voor een eenduidige manier van werken binnen het werkgebied van die meldkamer. Verder dient in dit convenant de onderlinge verantwoordelijkheidsverdeling te worden vastgelegd.

*De leden van de SP-fractie vragen wanneer de amvb op grond van de Wijzigingswet meldkamers (waarin wordt bepaald in welke gemeente een meldkamer staat) beschikbaar is.*

De amvb ligt momenteel bij de Raad van State voor advies. In de amvb worden 10 meldkamers en hun respectievelijke werkgebieden aangewezen (die aansluiten bij de werkgebieden van de politieregio's). Op dit moment zijn 8 meldkamers reeds samengevoegd; voor de meldkamers in Apeldoorn (samenvoeging medio 2022) en Hilversum (2025) is een artikel met overgangsrecht opgenomen.

#### *Artikel 8*

*De leden van de CDA-fractie vragen of de regering nader kan toelichten dat de nadere eisen aan de RAV 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, per regio kunnen verschillen.*

Op dit moment zijn er geen omstandigheden bekend die zouden moeten leiden tot regio specifieke eisen. Dat neemt niet weg dat zich in de toekomst zulke omstandigheden zouden kunnen voordoen of dat er inzichten beschikbaar komen die aanleiding geven tot regio specifieke eisen.

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de stand van zaken is het onderzoek van de Gezondheidsraad naar de 45-minutennorm voor de spreiding van spoedeisende hulpdiensten.*

De Gezondheidsraadcommissie heroverweging 45 minuten norm heeft het concept advies bijna afgerond. Gedurende de zomermaanden volgt de gebruikelijke toetsing van de beraadsgroep en de interne besluitvorming binnen de Gezondheidsraad. Publicatie van het advies is voorzien in de derde week van september.

*De leden van de SP-fractie vragen welke regio specifieke omstandigheden aanleiding kunnen geven voor regio specifieke eisen aan RAV's.*

In de bijgevoegde concept ministeriële regeling zijn geen regio specifieke eisen opgenomen. Zoals hierboven aangegeven in antwoord op de vraag van de leden van het CDA zijn er op dit moment geen omstandigheden bekend die zouden moeten leiden tot regio specifieke eisen. Dat neemt niet weg dat zich in de toekomst zulke omstandigheden zouden kunnen voordoen of dat er inzichten beschikbaar komen die aanleiding geven tot regio specifieke eisen.

#### *Artikel 10*

*In de artikelsgewijze toelichting lezen de leden van de fractie van de VVD in artikel 10 dat het retourbericht onder andere bedoeld is voor 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. De leden vragen om een toelichting hoe*

*deze scores worden berekend, en op welke punten professionals nog meer beoordeeld worden behalve op correcte diagnosestelling?*

Het is voor de kwaliteitsbewaking, -beheersing en -bevordering van de ambulancezorgverlening door de RAV's noodzakelijk 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. Het is hierbij noodzakelijk om van alle patiënten die door de ambulance op de SEH worden afgeleverd te weten of de gestelde werkdiagnose de juiste was. De ambulancezorgprofessional bespreekt het retourbericht met de medisch eindverantwoordelijke van de RAV. Dit zal geen scorelijst zijn waarop hard wordt afgerekend, maar een gesprek dat inzicht geeft in de bekwaamheid van de individuele ambulancezorgprofessional en eventueel aanleiding geeft om op sommige diagnoses de werkwijze bij te stellen of (bij)scholing te volgen. Uiteindelijk komt dit ook de patiëntveiligheid ten goede. De beoordeling van de werkzaamheden van ambulanceprofessionals gebeurt op basis van verschillende soorten systematisch verzamelde gegevens, zoals ritevaluaties, intercollegiale toetsing, praktijkbeoordeling on the job, ervaringen/klachten/signalen van patiënten, oordelen/signalen/evaluaties van ketenpartners. Deze brede (zelf)evaluatie en beoordeling en de elementen waarop dit plaatsvindt, heeft de sector beschreven onder meer in het «fundament bekwaamheid»<sup>16</sup>.

#### *Artikel 11*

*De leden van de SP-fractie zijn benieuwd of de mening is toegegaan dat de ambulancezorg binnen het verpleegkundige domein valt. Als dit niet het geval is dan ontvangen zij hierop graag een toelichting.*

Ambulancezorg wordt hoofdzakelijk door verpleegkundigen geleverd: de centralist op de meldkamer ambulancezorg is een verpleegkundige, de ambulanceverpleegkundige is uiteraard een verpleegkundige, de middencomplexe niet spoedeisende ambulancezorg wordt geleverd door een verpleegkundige. Dit zijn allemaal verpleegkundigen met verschillende extra opleidingen. Ook de verpleegkundig specialisten en physician assistants hebben een verpleegkundige achtergrond. Daarnaast werken er in de ambulancezorg ook professionals die geen verpleegkundige zijn: medisch managers (artsen), bachelors medisch hulpverleners, verzorgenden IG in de laagcomplexe niet spoedeisende ambulancezorg en chauffeurs.

#### *Artikel 13*

*De leden van de SP-fractie vragen een uitputtend overzicht van de andere activiteiten die RAV's verrichten naast het leveren van ambulancezorg.*

Een dergelijk overzicht is op dit moment niet beschikbaar. Artikel 13 van het wetsvoorstel moet ertoe leiden dat de jaarrekening van de RAV inzicht geeft in de financiële stromen die samenhangen met eventuele andere activiteiten dan de aan de RAV voorbehouden ambulancezorg.

#### *Artikel 17 en 18*

*De leden van de SP-fractie vragen waarom een fusie tussen RAV's met het wetsvoorstel mogelijk wordt gemaakt en om redenen op basis waarvan de Minister goedkeuring zal verlenen.*

<sup>16</sup> <https://www.ambulancezorg.nl/themas/arbeidsmarkt-en-werkgeverschap/bekwaamheid>.



De Twaz was oorspronkelijk bedoeld als een tijdelijke wet voor een periode van 5 jaar. Voor deze periode werd het niet nodig geacht veranderingen in de RAV's als fusies of wijziging van rechtsvorm mogelijk te maken. Het voorliggende wetsvoorstel is een structurele wet. Het is denkbaar dat zich op korte of langere termijn ontwikkelingen voordoen die maken dat een fusie kan leiden tot betere ambulancezorg. Zo'n fusie zou dan ook, met goedkeuring van de Minister, mogelijk moeten zijn.

#### *Artikel 19*

*De leden van de VVD-fractie vragen welke partijen welke verantwoordelijkheden hebben bij het onverhoopt in de financiële problemen komen van een RAV en of deze partijen op de hoogte zijn van hun verantwoordelijkheden.*

In de memorie van toelichting staat hierover het volgende: *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.*

In deze passage doel ik niet op de individuele verantwoordelijkheden die elke partij heeft, maar juist op de gedeelde verantwoordelijkheid met betrekking tot de continuïteit van de ambulancezorg, in het belang van de patiënt. Ik verwacht dat partijen, bij dreigende discontinuïteit van zorg, bereid zijn om over hun eigen schaduw heen te stappen, en niet alleen doen wat op grond van wet- en regelgeving hun taak is, maar in het belang van de patiënt net een stapje extra zetten. Wanneer een RAV financiële problemen heeft verwacht ik dat deze betrokken partijen informeert, zodat zij adequaat en proactief kunnen reageren.

#### *Artikelen 21, 22, 23, 24 en 25*

*De mogelijkheid die nu nog bestaat in de Twaz om tot strafrechtelijke handhaving over te gaan, wordt in dit wetsvoorstel niet opgenomen. De leden van de CDA-fractie vragen of hiermee strafrechtelijke vervolging van individuele bestuurders in bepaalde gevallen nog wel mogelijk blijft.*

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. Strafrechtelijke vervolging op grond van dit wetsvoorstel is daarmee niet mogelijk. Dat neemt niet weg dat individuele bestuurders op andere gronden strafrechtelijk vervolgd kunnen worden.

*De leden van de SP-fractie vragen of voorbeelden gegeven kunnen worden van ernstig verzuim op basis waarvan de IGJ bevoegd is een bevel te geven en wanneer een bewindvoerder kan worden aangesteld door de Minister.*

De IGJ geeft een bevel in situaties waarin er een acuut risico is voor de patiëntveiligheid en niet op een andere maatregel, zoals bijvoorbeeld een aanwijzing, kan worden gewacht. De inspectie kan in sommige gevallen ook een bevel geven om schade te voorkomen. Een bevel kan bijvoor-

beeld inhouden dat een zorgaanbieder (of een onderdeel/afdeling ervan) moet sluiten vanwege ernstige tekortkomingen. De zorgaanbieder krijgt dan de taak om de tekortkomingen onmiddellijk aan te pakken om weer aan de normen voor goede en veilige zorg te voldoen. In de ambulance-sector is de afgelopen jaren geen bevel afgegeven door de IGJ. Wel zijn er bijvoorbeeld bevelen afgegeven aan gezondheidscentra, omdat de beschikbaarheid van reguliere huisartsgeneeskundige zorg en/of spoedzorg niet adequaat was geregeld.

De Minister kan bijvoorbeeld een bewindvoerder aanstellen om te voorkomen dat de continuïteit van de ambulancezorg in gevaar komt of om oorzaken van ernstige gebreken aan de kwaliteit van de zorg te verhelpen.

*De leden van de SP-fractie vragen of nog verder kan worden toegelicht waarom de strafrechtelijke handhaving die in de Twaz stond eruit is gehaald.*

Zoals hierboven reeds aangegeven in antwoord op een gelijklopende vraag van de leden van de CDA-fractie hebben strafrechtelijke sancties hier geen toegevoegde waarde gelet op de uitgebreide mogelijkheden die dit wetsvoorstel biedt voor handhaving via de bestuursrechtelijke weg en gelet op het feit dat strafrechtelijke handhaving nooit is toegepast. Daarom is de mogelijkheid tot strafrechtelijke handhaving niet opgenomen in dit wetsvoorstel.

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

Twaz	Wav	Overeenkomst	Vershil
Één aanbieder per regio met leverplicht en alleenrecht	Eén aanbieder per regio met leverplicht en alleenrecht	gelijk	–
25 regio's	25 regio's	gelijk	–
–	Verantwoordelijkheid Minister voor duurzame veiligstelling ambulancevoorzieningen	–	Nieuwe bepaling in Wav
Minister wijst RAV's aan	Minister wijst RAV's aan	gelijk	–
Afbakening begrip ambulancezorg	Afbakening begrip ambulancezorg	Grotendeels gelijk.	In Wav meer helderheid gecreëerd door uitgebreidere omschrijving van wat wel of geen ambulancezorg is. In Wav is geëxpliciteerd dat buitenlandvervoer buiten Nederland en evenementenzorg geen ambulancezorg zijn.
Verbod aan anderen dan RAV om ambulancezorg te verlenen; geldt niet voor onderaannemers	Verbod aan anderen dan RAV om ambulancezorg te verlenen; geldt niet voor onderaannemers	gelijk	–
Verbod om ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van de RAV	Verbod om ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van de RAV	gelijk	–
RAV's binnen werkgebied meldkamer sluiten convenant	RAV's binnen werkgebied meldkamer sluiten convenant	gelijk	–
Bij min. regeling eisen aan RAV	Bij min. regeling eisen aan RAV	gelijk	–
–	Systematische bewaking kwaliteit	Gedurende Twaz verplichting op basis van de Wkkgz.	In Wav geëxpliciteerd.
–	Periodieke visitatie	–	Nieuw in Wav
–	Gegevensuitwisseling door afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen aan RAV	–	Nieuw in Wav
–	Medische verantwoordelijkheid moet geregeld zijn binnen RAV	–	Nieuw in Wav
RAV verstrekt Minister gegevens op verzoek, daaraan kunnen eisen worden gesteld	RAV verstrekt Minister gegevens op verzoek, daaraan kunnen eisen worden gesteld	gelijk	–
–	Afzonderlijke boekhouding voor andere activiteiten dan ambulancezorg die is voorbehouden aan RAV	Gedurende Twaz verplichting gescheiden boekhouding op grond van de WTZi.	In Wav transparantie-eisen geëxpliciteerd en toegespitst op aan RAV voorbehouden ambulancezorg
–	Eisen aan interne organisatie	Gedurende Twaz enige eisen op grond van de WTZi.	In Wav eisen geëxpliciteerd, ook voor publieke RAV.
–	Verbod op overdragen zeggenschap	Gedurende Twaz geen mogelijkheid tot overdragen zeggenschap want geen mogelijkheid de aanwijzing te wijzigen of over te dragen.	In Wav vastgelegd.
–	Fusie of wijziging rechtsvorm met toestemming Minister	–	Nieuw in Wav

Twaz	Wav	Overeenkomst	Vershil
–	Mogelijkheid om nadere regels te stellen aan winstuitkering	Gedurende Twaz via Uitvoeringsbesluit WTZI (winstuitkering in extramurale zorg toegestaan)	In Wav mogelijkheid om beperkingen te stellen aan winstuitkering
Mogelijkheid om vrijstellingen te verlenen van bepaalde eisen in deze wet en andere eisen te stellen	Mogelijkheid om vrijstellingen te verlenen van bepaalde eisen in deze wet en andere eisen te stellen	gelijk	–
Toezicht door IGJ	Toezicht door IGJ en NZa	Grotendeels gelijk	Wav: IGJ houdt ook toezicht op governance, expliciete rol NZa inzake toezicht op gescheiden boekhouding en continuïteit van ambulancezorg
Instrumentarium IGJ	Instrumentarium IGJ	Grotendeels gelijk: aanwijzing, bevel, last onder dwangsom, last onder bestuursdwang	In Wav is bestuurlijke boete toegevoegd
Strafrechtelijke sanctie: hechtenis of boete	Bestuurlijke boete	–	Wav: geen strafrechtelijke sanctie, wel een bestuurlijke boete
–	Minister kan bewindvoerder aanstellen	–	Nieuwe bepaling in Wav, maatregel als niet voldaan wordt aan aanwijzing of bevel
Minister kan aanwijzing intrekken	Minister kan aanwijzing intrekken of wijzigen	Aanwijzing intrekken	Wav: de aanwijzing kan niet alleen ingetrokken worden, maar ook gewijzigd, bijvoorbeeld bij een fusie.
Advies veiligheidsregio en zorgverzekeraar bij aanwijzen nieuwe rechtspersoon	Advies veiligheidsregio, zorgverzekeraar en ROAZ bij aanwijzen nieuwe rechtspersoon	Advies veiligheidsregio en zorgverzekeraar	Naast advies van veiligheidsregio en zorgverzekeraar wordt ook advies aan het ROAZ gevraagd.
Nieuwe aanbieder is buurregio of door Minister op te richten rechtspersoon	–	–	Bepaling Twaz niet opgenomen in Wav
–	Minister verantwoordelijk voor indeplaatsstelling indien de gemeente beslissingen niet of niet naar behoren neemt dan wel handelingen niet of niet naar behoren verricht.	–	Gedurende Twaz is gedeputeerde staten verantwoordelijk voor indeplaatsstelling. Aangezien de provincie geen specifieke rol vervult op het terrein van ambulancezorg, is het wenselijk dat het toezicht in dit geval wordt uitgeoefend door de Minister.