



Evaluatie Wet ambulancezorg- voorzieningen

De wet in de praktijk



Colofon

Opdrachtgever

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Directie Curatieve Zorg

Auteurs HHM

dr. Albertus Laan
drs. Louise Pansier-Mast
dr. Janet van den Boer
drs. Ilco Toebes

Auteurs EUR

prof. mr. dr. Martin Buijsen
mr. dr. Caressa Bol
mr. dr. Marjolein Timmers

Auteur HAN

dr. Lilian Vloet
dr. Sivera Berben

Kenmerk

JB/25/1966/evwazv

Publicatiedatum

21 november 2025

© Bureau HHM

JB/25/1966/evwazv

Inhoud

Samenvatting	5	5. Continuïteit.....	29
1. Inleiding	8	5.1 Analyse.....	29
1.1 Aanleiding.....	8	5.2 Opties en overwegingen.....	30
1.2 Doel en onderzoeksvragen	8	5.3 Concluderend advies	30
1.3 Scope.....	10	6. Kwaliteit	31
1.4 Leeswijzer	10	6.1 Analyse.....	31
2. Aanpak	11	6.2 Opties en overwegingen.....	34
2.1 Theoretisch kader	11	6.3 Concluderend advies	36
2.2 Operationalisatie van de onderzoeksvragen.....	12	7. Zorg en veiligheid	38
2.3 Aanpak op hoofdlijnen	13	7.1 Analyse.....	38
3. Wet ambulancezorg- voorzieningen	15	7.2 Opties en overwegingen.....	41
3.1 Geschiedenis.....	15	7.3 Concluderend advies	41
3.1.1 Inleiding	15	8. Innovatie en lerend vermogen	42
3.1.2 Achtergrond	15	8.1 Analyse.....	42
3.1.3 Doel	17	8.2 Opties en overwegingen.....	45
3.2 Aanpalende wetgeving	17	8.3 Concluderend advies	46
3.3 Waarborgen en mechanismen	18	9. Governance	48
3.3.1 Kwaliteit	18	9.1 Analyse.....	48
3.3.2 Continuïteit.....	23	9.2 Opties en overwegingen.....	51
3.3.3 Meldplicht, toezicht en handhaving.....	24	9.3 Concluderend advies	52
4. Definitie	26	10. Doelmatigheid	54
4.1 Analyse.....	26	10.1 Analyse.....	54
4.2 Opties en overwegingen.....	28	10.2 Opties en overwegingen.....	55
4.3 Concluderend advies	28	10.3 Concluderend advies	55

11.	Beantwoording onderzoeksvragen.....	57
11.1	Beantwoording deelvragen doeltreffendheid	57
11.2	Beantwoording deelvragen toekomstbestendigheid	59
11.3	Beantwoording centrale onderzoeksvraag.....	61
Bijlage 1.	Overeenkomsten met bestaande wet- en regelgeving.....	62
Bijlage 2.	Ontwikkelingen ambulancezorg	64
Bijlage 3.	Wet ambulancezorgvoorzieningen.....	66
Bijlage 4.	Regeling ambulancezorgvoorzieningen.....	74

Samenvatting

De Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) is op 1 januari 2021 in werking getreden, na een periode van tijdelijke regelgeving. De Wazv-wetsfamilie bestaat, naast de wet, uit een algemene maatregel van bestuur (Bazv), een ministeriële regeling (Razv) en 25 aanwijzingsbesluiten. De wetsfamilie Wazv is ingeweven in andere wetgeving, waaronder de Politiewet 2012, de Wet veiligheidsregio's en de Wet kwaliteit klachten geschillen zorg (Wkkgz).

De Wazv regelt onder meer dat per veiligheidsregio één Regionale Ambulancevoorziening (RAV) is aangewezen voor onbepaalde tijd. Deze RAV heeft niet alleen het alleenrecht maar ook de plicht om ambulancezorg te leveren. Daarbij zijn publieke waarborgen voor kwaliteit en continuïteit opgenomen in de Wazv en de onderliggende Razv. Deze waarborgen zijn aanvullend op andere zorgwetten (waaronder de Wkkgz) en kwaliteitskaders en richtlijnen van de sector zelf.

Conform de wettelijke bepaling om binnen vijf jaar een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de Wazv te zenden aan de Staten-Generaal heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ons - bureau HHM, samen met Erasmus Universiteit Rotterdam en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen – gevraagd een evaluatie uit te voeren. De centrale onderzoeksvraag hiervan is:

“Is de Wet ambulancezorgvoorzieningen in de praktijk **doeltreffend** in het borgen van de kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg en voldoende **toekomstbestendig**, en zijn er hierbij onvoorziene neveneffecten en knelpunten in de wetgeving?”

Voor deze evaluatie hebben we een documentstudie uitgevoerd, interviews gehouden met relevante actoren (waaronder 24 van de 25 RAV's, toezichthouders, zorgverzekeraars, veiligheidsregio's en meldkamers), en een analysesessie, een reflectiebijeenkomst en twee verdiepende themasessies georganiseerd. Hierbij hebben we steeds gekeken hoe de wet bedoeld is en hoe de wet uitpakt in de praktijk, met aandacht voor context en werkzame mechanismen.

Het algemene beeld dat uit de evaluatie naar voren komt is dat de ambulancezorg (onder de Wazv) goed functioneert. Vanuit de verschillende perspectieven gaven respondenten aan zeer tevreden te zijn over de ambulancezorg in Nederland en dat deze van hoogwaardige kwaliteit is. Over de kwaliteit van ambulancezorg in Nederland is meerdere malen door respondenten gezegd dat “het echt iets is om trots op te zijn”.

Daarnaast zijn er een aantal aandachtspunten uit de evaluatie naar voren gekomen waarnaar gekeken moet worden om de ambulancezorg (in de toekomst) verder te verbeteren. Deze volgden vanuit: de keuzes die gemaakt zijn bij het opstellen van de wet, het functioneren van de ambulancezorg in de praktijk, en de verwachte ontwikkelingen en behoeften richting de toekomst. Deze aandachtspunten, in meer of mindere mate gerelateerd aan de Wazv en Razv, hebben we gebundeld in zeven thema's:

1. **Definitie** – In de Wazv wordt ambulancezorg gedefinieerd. Deze biedt beperkt houvast voor de afbakening van ambulancezorg in het versterken van de samenwerking in de acute zorg. Tegelijkertijd biedt de definitie voldoende ruimte voor het versterken van deze samenwerking en is het belangrijk dat deze ruimte behouden blijft. → *Advies 1: ambulancezorg op dit moment niet verder afbakenen in de definitie.*

Daarnaast bleek dat de precieze formulering van de definitie, met betrekking tot welke partijen ambulancezorg mogen leveren, kan leiden tot verwarring. → *Advies 2: de betreffende formulering aanpassen in de Wazv.*



2. **Continuïteit** – Ten behoeve van de continuïteit zijn in de wet waarborgen opgenomen, namelijk vergunningen voor onbepaalde tijd aan de aanbieders die bij de totstandkoming van de Wazv ambulancezorg leverden, en de inkoop in representatie door zorgverzekeraars. Hiervan wordt aangegeven dat deze een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de continuïteit van ambulancezorg. → *Advies 3: deze wettelijke waarborgen voor continuïteit behouden.*
3. **Kwaliteit** – De aanvullende waarborgen voor kwaliteit die in de Wazv en Razv zijn opgenomen, zijn opgenomen vanwege de monopoliepositie van de RAV's en het cruciale karakter van ambulancezorg in de acute zorgketen, maar dit zorgt ook voor enkele knelpunten.
 - a. De aanvullende waarborgen kunnen innovatie en de snelle ontwikkeling van het veld belemmeren. → *Advies 4: op termijn kan worden overwogen om de aanvullende waarborgen uit de Wazv en Razv te halen, in lijn met andere wet- en regelgeving in de zorg. Dit gaat dan ten koste van de strikte overheidsregulering waarvoor nu gekozen is.*
 - b. Waar de aanvullende waarborgen dubbelten met de Wkkgz betekent het dat de toezichthouder voor één tekortkoming twee aanwijzingen kan geven. → *Advies 5: de IGJ kan in beleidsregels opnemen dat zij in deze gevallen het handhavingstraject van de Wazv volgt.*

Daarnaast zijn er in de Razv twee specifieke kwaliteitseisen die voor knelpunten zorgen:

- c. De streefnorm voor responstijd is geen passende maat voor tijdigheid, sluit niet aan bij de nieuwe urgentie-indeling en volgt als prominent knelpunt uit deze evaluatie. → *Advies 6: de streefnorm aanpassen in lijn met de verbeterde urgentie-indeling. De uitwerking hiervan vraagt om een separaat onderzoek.*



- d. De vereiste kwalificaties voor de meldkamercentralist boden onvoldoende ruimte voor ontwikkeling en innovatie. In de ontwerpregeling die hiervoor naar de Staten-Generaal is gestuurd worden deze opener omschreven. → *Advies 7: de ingezette aanpassing doorzetten.*



4. **Zorg en veiligheid** – Bij een relatief klein deel van de inzetten werkt de ambulancezorg samen met het veiligheidsdomein. Hierbij zit er op bestuurlijk niveau soms spanning tussen ambulancezorg en partijen uit het veiligheidsdomein, waarbij oorzaken voornamelijk liggen bij verschillen in visie, belangen, opgaven, culturen en werkwijzen. → *Advies 8: inzetten op verdere concretisering en betere invulling van de reeds vereiste samenwerkingsafspraken.*
Daarnaast is er onduidelijkheid over flexibiliteit in kwaliteitseisen in het geval van tekorten tijdens grootschalige en langdurige rampsituaties. → *Advies 9: de bepalingen met betrekking tot crisisplannen kritisch bekijken, dit is buiten de Wazv geregeld.*

5. **Innovatie en lerend vermogen** – De ambulancesector heeft een sterke intrinsieke motivatie om patiënten zo goed mogelijk te helpen, en daarom ook om te leren en innoveren. Hier wordt op diverse manieren invulling aan gegeven. Tegelijkertijd zijn er een aantal factoren die niet per se bevorderend zijn voor innovatie. → *Adviezen: (10) inzetten op meer en betere landelijke sturing en regie op innovatie met daarin een sterke rol voor de zorgverzekeraars en Ambulancezorg Nederland, (11) overwegen om een kennisagenda op te zetten voor de positionering en rolinvulling van ambulancezorg in de bredere acute zorg, (12) naar*

alternatieve financieringsvormen kijken als het budget voor innovatie ontoereikend is, en (13) overwegen experimenteerbepalingen in de Wazv op te nemen om experimenteerruimte te bieden bij de vereisten met betrekking tot kwaliteit van zorg en governance opgenomen in de Wazv en Razv.

6. **Governance** – De governance van de RAV's, meldkamers ambulance-zorg (MKA) en de LMS-meldkamers wordt gekenmerkt door diversiteit en complexiteit, maar functioneert desondanks goed. De RAV's hebben verschillende rechtsvormen, maar dit levert geen directe knelpunten op voor slagvaardige besluitvorming en het maken van samenwerkingsafspraken. → *Advies 14: handhaven van de huidige situatie met verschillende rechtsvormen.*



De RAV's moeten, vanwege de overgang van 25 naar 10 meldkamers, nu in veel gevallen gezamenlijk de meldkamerfunctie invullen in de MKA. Hierbij mogen ze op basis van de Wazv de meldkamerfunctie niet aan elkaar uitbesteden wat de RAV's beperkt in de mogelijkheden voor het vormgeven van deze samenwerking en de doelmatige inzet van schaars personeel. Tegelijkertijd is het van belang een sterke binding tussen de RAV's en de MKA behouden blijft. → *Advies 15: verkennen of en onder welke voorwaarden de uitsluiting van onderaannemerschap losgelaten kan worden.*

Een ander aandachtspunt is de fysieke locatie van de MKA. Vanuit de LMS-meldkamers gezien is het wenselijk (en wettelijk vereist op basis van de Politiewet) dat de MKA de meldkamerfunctie fysiek invult in de LMS-meldkamer. Voor de ontwikkeling richting zorgcoördinatie wordt juist aangegeven dat het wenselijk is om fysiek samen te zitten met de partners in de acute zorg. Dit zorgt voor een dilemma. Voor hoe hiermee om te gaan moeten alle perspectieven (ook de ketenpartners in de acute zorg en het veiligheidsdomein) meegenomen worden. → *Advies 16: verdiepend*

onderzoeken hoe om te gaan met dit dilemma, waarbij nadrukkelijk alle perspectieven en wettelijke kaders meegenomen worden.

7. **Doelmatigheid** – Uit deze evaluatie volgen geen directe verbeterpunten voor het verbeteren van de doelmatigheid. Om zicht te krijgen op of en hoe doelmatigheid verbeterd kan worden is meer kennisontwikkeling nodig. → *Advies: (17) de doelmatigheid van de RAV's verdiepend, cijfermatig onderzoeken, (18) mogelijkheden onderzoeken om vanuit ketenperspectief naar doelmatigheid in de bredere keten van de acute zorg te kijken (hier worden de grootste kansen voor doelmatigheidswinst gezien).*

Op basis van onze bevindingen concluderen we dat de Wazv doeltreffend in het borgen van continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg. Met de komst van de Wazv is de bestaande situatie bestendig, is de continuïteit van ambulancezorg geborgd en is er rust gebracht. **Continuïteit** is de belangrijkste verdienste van deze wet. Ook richting de toekomst zal dit een belangrijke functie van de wet blijven.

Verder is onder de Wazv sprake van hoogwaardige **kwaliteit** van ambulancezorg en kan de Wazv met wat aanpassing ook de juiste ruimte voor innovatie en ontwikkeling bieden richting de toekomst. Het kunnen inspelen op ontwikkelingen in de context en ruimte bieden voor **innovatie** (in de acute zorgketen) is steeds belangrijker geworden. Voor een toekomstbestendige ambulancezorg is het van belang dat de Wazv hiervoor de benodigde flexibiliteit en ruimte biedt.

1. Inleiding

Is de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) doeltreffend en toekomstbestendig? Dat is de kernvraag in de wetsevaluatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

1.1 Aanleiding

Op 1 januari 2021 is de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv) in werking getreden. In de Wazv is bepaald dat de Minister binnen vijf jaar na inwerkingtreding van de wet een verslag zendt aan de Staten-Generaal over de doeltreffendheid en effecten van de wet in de praktijk.

Het ministerie van VWS heeft ons, bureau HHM, gevraagd deze evaluatie uit te voeren. In consortiumverband met de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) voeren wij deze evaluatie uit.

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Doel

Deze evaluatie is erop gericht om de doeltreffendheid en effecten van de wet in de praktijk te evalueren. Het voornaamste doel van de Wazv is om zekerheid te bieden over de continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg. De evaluatie is enerzijds een reflectie op hoe de Wazv de afgelopen jaren heeft gewerkt en of de wet voldoende doeltreffend is in het bereiken en behouden van kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg. Anderzijds is de evaluatie een vooruitblik of de wet in de huidige vorm toekomstbestendig is. De acute zorgketen waar ambulancezorg onderdeel van uitmaakt en de ambulancezorg zelf zijn constant in ontwikkeling om continuïteit en kwaliteit van zorg te blijven leveren. De evaluatie moet daarom inzichtelijk maken of de Wazv dergelijke ontwikkelingen faciliteert, en deze niet in de weg staat.

Centrale onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag vanuit het ministerie van VWS is:

Is de Wet ambulancezorgvoorzieningen in de praktijk **doeltreffend** in het borgen van de kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg en voldoende **toekomstbestendig**, en zijn er hierbij onvoorziene neveneffecten en knelpunten in de wetgeving?

Daarbij heeft het ministerie van VWS, in lijn met de wet (artikel 31a Wazv), aangegeven dat bij de evaluatie in het bijzonder aandacht moet zijn voor het lerend vermogen en innovatie bij de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's).

Deelvragen

Bij de centrale onderzoeksvraag zijn door het ministerie van VWS meerdere deelvragen geformuleerd:

Doeltreffendheid van de Wazv

- D1.** Is de Wazv doeltreffend in zoverre dat deze de **continuïteit en kwaliteit** van ambulancezorg borgt, onder normale omstandigheden en in tijden van crisis?
- D2.** Faciliteert de Wazv het maken van vereiste **samenwerkingsafspraken** waarmee kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg geborgd worden (binnen de acute zorgketen)?
- D3.** Voorziet de Wazv erin dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hun rol als **toezichthouder** adequaat kunnen uitoefenen?

Toekomstbestendigheid van de Wazv

- T1.** Voorziet de huidige governance op de **Meldkamer Ambulancezorg** (MKA's) en van de RAV's erin dat de RAV's flexibel en efficiënt kunnen reageren op een veranderende en toenemende zorgvraag en veranderingen in de samenwerking in de acute zorgketen?
- T2.** In de huidige ontwikkeling van de acute zorgketen wordt steeds meer ingespeeld op **zorgcoördinatie**, waarbij zorgpartijen de acute zorg gezamenlijk organiseren, zodat iemand met een acute zorgvraag goed wordt begeleid richting de meest passende zorg. Voorziet de Wazv in deze ontwikkeling en zo nee, hoe zou de Wazv hierop moeten worden aangepast?
- T3.** De RAV's zijn georganiseerd op het niveau van de veiligheidsregio. Is deze **wijze van organisatie passend** voor de toekomst en zo nee, is er een meer geschikt alternatief?
- T4.** Is er bij iedere RAV voldoende sprake van **innovatie en lerend vermogen** en zo ja, heeft de wet voldoende waarborgen dat dit op de langere termijn het geval blijft?
- T5.** Zijn er **knelpunten** in de Wazv en/of de Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Razv) die de kwaliteit of continuïteit, of de flexibele ontwikkeling hiervan, belemmeren?
- T6.** Is er binnen de huidige kaders van de Wazv de mogelijkheid tot **doelmatigheidswinst**, gegeven de doelstelling dat er sprake is van continuïteit en de wijze van bekostiging op basis van beschikbaarheid?
- T7.** Zijn er in algemene zin **aanpassingen** te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

1.3 Scope

De wetsevaluatie richt zich in het bijzonder op de Wazv en op de onderliggende Razv, met specifieke aandacht voor de doeltreffendheid en effecten van de wet in de praktijk, de toekomstbestendigheid van de wet en of er onvoorziene neveneffecten en knelpunten in de wet zijn.

Andere wetten die van toepassing zijn op de ambulancezorg zoals bijvoorbeeld de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet veiligheidsregio's (Wvr) en de Politiewet 2012, maken in beginsel geen onderdeel uit van deze wetsevaluatie. Waar de aanpalende wetgeving knelpunten oplevert die relevant zijn voor de uitvoering van de Wazv en/of Razv hebben we deze wel meegenomen.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport is opgebouwd om de lezer stap voor stap inzicht te geven in de aanpak, context, bevindingen en conclusies. In de introductie van elk 'thema-hoofdstuk' (4 t/m 10) wordt een koppeling met de betreffende deelvragen gemaakt.

- **Hoofdstuk 2** beschrijft de gehanteerde aanpak en methodiek van het onderzoek.
- **Hoofdstuk 3** geeft een overzicht van de relevante wetgeving.
- **Hoofdstuk 4** beschrijft de bevindingen op het thema 'Definitie'.
- **Hoofdstuk 5** beschrijft de bevindingen op het thema 'Continuïteit'.
- **Hoofdstuk 6** beschrijft de bevindingen op het thema 'Kwaliteit'.
- **Hoofdstuk 7** beschrijft de bevindingen op het thema 'Zorg en veiligheid'.
- **Hoofdstuk 8** beschrijft de bevindingen op het thema 'Innovatie en lerend vermogen'.
- **Hoofdstuk 9** beschrijft de bevindingen op het thema 'Governance'.

- **Hoofdstuk 10** beschrijft de bevindingen op het thema 'Doelmatigheid'.
- **Hoofdstuk 11** geeft antwoord op de deelvragen en de centrale onderzoeksvraag, en een overzicht van de adviezen.

Elk van de thema-hoofdstukken beschrijft het algemene beeld, de ervaren knelpunten, de relatie tot de Wazv en de Razv, de opties en overwegingen en een concluderend advies. Daarnaast duiden we aanbevelingen voor het wijzigen van de Wazv ofwel de Razv aan met de volgende icoontjes:



: Wazv



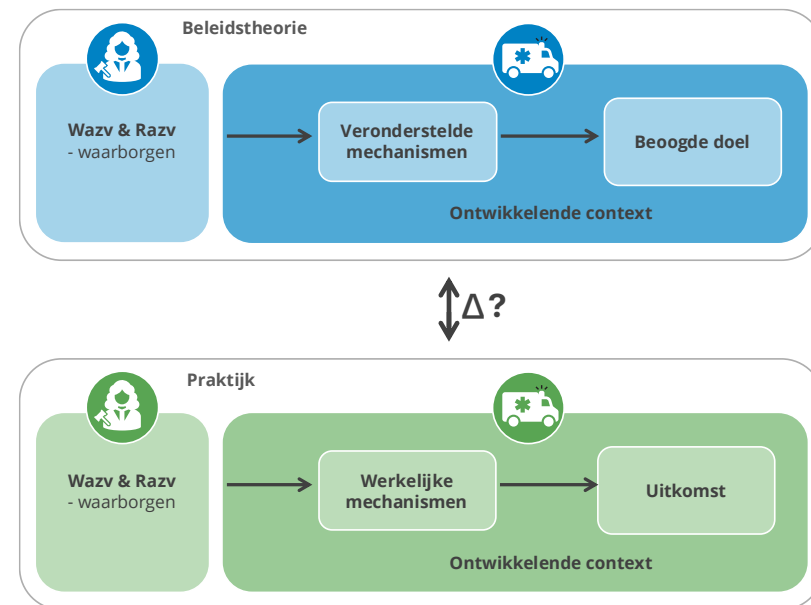
: Razv

2. Aanpak

Dit hoofdstuk beschrijft de gevolgde werkwijze van de evaluatie, het toegepaste theoretisch kader en de keuzes die zijn gemaakt bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen. Hiermee wordt de basis gelegd voor de interpretatie van de resultaten in de volgende thema-hoofdstukken.

2.1 Theoretisch kader

Wetten worden opgesteld op basis van een beleidstheorie (Figuur 1), met een veronderstelde uitwerking. Er worden waarborgen in opgenomen waarvan aangenomen wordt dat deze het beoogde doel van de wet borgen via veronderstelde werkzame mechanismen. In het geval van de Wazv heeft de wetgever veronderstellingen gedaan over hoe de wet zekerheid kan bieden over de continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg en ook heeft de wetgever daarvoor waarborgen opgenomen.



Figuur 1. Theoretisch kader beleidstheorie versus praktijk

Bij deze evaluatie kijken we in hoeverre deze waarborgen en veronderstelde mechanismen in de praktijk van de ambulancezorg uitpakken. Daarbij hebben we steeds aandacht voor de (continu ontwikkelende)

context. Bij het presenteren van de bevindingen (Hoofdstuk 4 tot en met 10) maken we onderscheid in hoeverre een bevinding het resultaat is van de wet en/of een uitwerking van de praktijk is.

2.2 Operationalisatie van de onderzoeksvragen

Voor het plan van aanpak zijn de meegegeven onderzoeksvragen (§ 1.2) aangevuld met elementen uit de door VWS breder geformuleerde vraagstelling. Bij de uitwerking van de onderzoeksvragen zijn deze elementen geordend aan de hand van het theoretisch kader (§ 2.1). Een concreet antwoord op de verschillende hoofd- en deelvragen wordt gegeven in Hoofdstuk 11. De aangevulde vragen komen in de gehele verhaallijn van de evaluatie terug.

Deelvragen - De beleidstheorie achter Wazv

Wat is de beleidstheorie achter de Wazv?

- Wat zijn de **doelen** van de Wazv, met betrekking tot kwaliteit en continuïteit?
- Welke **waarborgen** zijn hiervoor opgenomen in de Wazv?
- Welke veronderstelde **werkzame mechanismen** bevat de Wazv?

Deelvragen - De Wazv in de praktijk

Hoe functioneert de ambulancezorg onder de Wazv, onder normale omstandigheden en in tijden van crisis?

- Hoe ziet de governance eruit en hoe functioneert deze?
- Hoe ziet het lerend en innoverend vermogen van de RAV's eruit en hoe functioneert dit onder de Wazv?
- Hoe ziet het toezicht eruit en hoe functioneert dit?

Wat zijn, tot nu toe, de effecten van de wet in de praktijk?

- Tot welke **uitkomsten** hebben de verschillende waarborgen van de wet (niet) geleid?
 - Governance
 - Lerend vermogen en innovatie
 - Toezicht
 - Doelmatigheid
 - Onvoorziene neveneffecten
 - Knelpunten
- In welke **context**?
- Via welke **werkzame mechanismen**?
- Welke bijdrage hebben de Wazv en Razv geleverd aan kwaliteit en continuïteit?

Deelvragen - beleidstheorie versus praktijk

Komt de **beleidstheorie** overeen met de **praktijk** in verschillende contexten?

- Pakt de Wazv uit zoals bedoeld onder normale omstandigheden?
- Pakt de Wazv uit zoals bedoeld in crisissituaties?
- Is de wet doeltreffend in zoverre dat deze de continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg borgt, onder normale omstandigheden en in tijden van crisis?

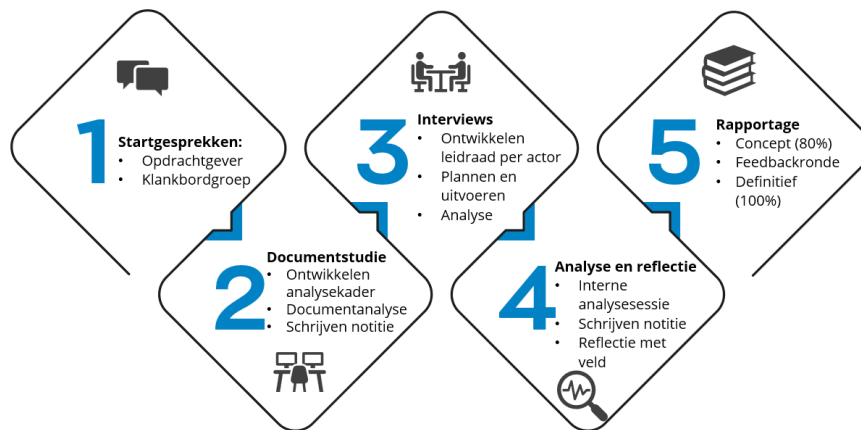
Deelvragen - de Wazv in de toekomst

Is de Wazv toekomstbestendig?

- Welke ontwikkelingen (**context**) worden er gezien voor de toekomst?
- Hoe zou de Wazv, in de huidige vorm, functioneren in de toekomst? Hoe zal de wet uitwerken (**mechanismen**) in de toekomst en welke **uitkomsten** worden hiermee bereikt?
- Is de huidige ambulancezorg toekomstbestendig?

- Is de huidige governance toekomstbestendig?
- De RAV's zijn georganiseerd op het niveau van de veiligheidsregio's, maar hebben ook te maken met ROAZ- en LMS-indeling. Is deze wijze van organisatie passend voor de toekomst en zo nee, is er een meer geschikt alternatief?
- Is het lerend en innoverend vermogen van de RAV's voldoende?
- Is er binnen de huidige kaders van de Wazv de mogelijkheid voor doelmatigheidswinst, gegeven de doelstelling dat er sprake is van continuïteit en de wijze van bekostiging op basis van beschikbaarheid?
- Zijn er in algemene zin aanpassingen te doen in de Wazv of de Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

2.3 Aanpak op hoofdlijnen



Figuur 2. Stapsgewijze aanpak

Startgesprekken en rol klankbordgroep

We zijn begonnen met een startgesprek met het ministerie van VWS om afspraken te maken over het proces en de inhoud van de evaluatie. Daarnaast is er een startgesprek geweest met de klankbordgroep. Deze bestaat uit Ambulancezorg Nederland (AZN), Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de GGD GHOR. De klankbordgroep heeft ons gedurende het proces geadviseerd over de uitvoering van de evaluatie en gereflecteerd op de (tussen)uitkomsten.

Documentstudie

In de documentstudie is de beleidstheorie van de Wazv gereconstrueerd en is inzicht verkregen in de praktijk. Relevante wet- en regelgeving, toelichtingen, beleidsdocumenten en praktijkrapportages zijn geanalyseerd. Met een analysekader zijn zowel formele normen als door het veld geformuleerde regels in kaart gebracht. De doelen, middelen en reikwijdte van de Wazv, evenals de effectiviteit en knelpunten in de praktijk, zijn onderzocht. Daarnaast zijn actuele sectorrapporten en kwaliteitskaders meegenomen om ontwikkelingen en eventuele onvoorziene effecten te signaleren.

Interviews

We hebben interviews gehouden met relevante actoren binnen de ambulancezorg om hun ervaringen van de werking van de wet te verzamelen. In 4 groeps gesprekken en 1 individueel gesprek hebben wij 24 van de 25 RAV's kunnen spreken.

Daarnaast hebben we interviews afgenomen met vertegenwoordigers van:

- Ambulancezorg Nederland (AZN)
- Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)
- Branchevereniging InEen
- Inspectie van Gezondheid en Jeugd (IGJ)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Individuele zorgverzekeraars
- Veiligheidsberaad
- GGD GHOR
- Meldkamers ambulancezorg
- Bestuurlijk Meldkamer Beraad (BMB)
- Ministerie van Justitie en Veiligheid
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Respondenten ontvingen voorafgaand aan het gesprek een notitie met achtergrondinformatie over de Wet Ambulancezorgvoorzieningen gebaseerd op de documentstudie.

Analyse en reflectie

Tijdens het onderzoek is een interne analysesessie georganiseerd met het consortium. Hierbij zijn de resultaten uit eerdere onderzoekstappen gezamenlijk geanalyseerd om hiermee tot een zorgvuldige analyse te komen. Vervolgens vond een online reflectiesessie plaats, waarbij alle respondenten zijn uitgenodigd om samen de (tussen)uitkomsten te bespreken, hun perspectieven te delen en gezamenlijk verdere betekenis te geven aan de bevindingen. Voorafgaand aan de reflectiesessie hebben deelnemers een notitie ontvangen met de voorlopige bevindingen. Aanvullend zijn twee verdiepende themasessies met respondenten uit het veld georganiseerd, voor een nadere duiding van de (tussen)uitkomsten.

Rapportage

Het rapport is in twee fasen opgeleverd: eerst een conceptrapportage waarop het ministerie van VWS, de klankbordgroep en de respondenten feedback konden geven, gevolgd door een eindrapport waarin de feedback is verwerkt.

3. Wet ambulancezorgvoorzieningen

Voordat we kijken naar hoe de ambulancezorg functioneert onder de Wazv (hoofdstuk 4 tot en met 10) staan we stil bij de aanleiding, het doel en de inhoud van de wet. Tevens beschrijven we hoe de wet zich verhoudt tot andere wetgeving.

3.1 Geschiedenis

3.1.1 Inleiding

Sinds de jaren 1960 zijn er in zowel de wet- en regelgeving rond de ambulancezorg als in de uitvoering ervan, diverse ontwikkelingen geweest. Waar het ambulancevervoer aanvankelijk versnipperd en provinciaal gefinancierd was, is stapsgewijs toegewerkt naar een doelmatig georganiseerd stelsel, met één Regionale Ambulancevoorziening (RAV) per veiligheidsregio en een intensievere samenwerking tussen de meldkamers van de hulpdiensten. In eerste instantie werd vergunningverlening voor onbepaalde tijd beoogd voor deze Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's). Deze systematiek bleek echter onwenselijk en strijdig met Europese regelgeving.¹

Een tijdelijke oplossing werd geboden door middel van een ministeriële aanwijzing, waarvoor de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) de juridische grondslag vormde. Deze tijdelijke wet liep eerst tot 2018 (daarna verlengd tot 2021), waarbij het al wel langer duidelijk was dat er een structurele wettelijke verankering noodzakelijk was. Dit resulteerde in de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv), die op 1 januari 2021 in werking trad en daarmee een duurzame basis biedt voor de organisatie van ambulancezorg in Nederland.¹ Vanuit deze wet zijn RAV's nu voor onbepaalde tijd aangewezen. Dit is beargumenteerd door de diensten die RAV's leveren aan te wijzen als niet-economische dienst van algemeen belang (NEDAB).

3.1.2 Achtergrond

Ten tijde van de totstandkoming van de Wazv waren er veel ontwikkelingen in de acute zorg in het algemeen en de ambulancezorg in het bijzonder.

¹ Kamerstukken II, 2019/20, 35471, nr. 3, p. 1.

Zo was er sprake van een toenemende vraag naar acute zorg, de noodzaak tot meer coördinatie in de acute zorgketen en de schaarste aan personeel. Daarbij hebben ontwikkelingen in het zorglandschap, zoals sluitingen van afdelingen spoedeisende hulp en acute verloskunde (ook) gevolgen voor de ambulancezorg.²

Uit de memorie van toelichting (MvT) bij de Wazv volgt dat er destijds binnen de acute zorg reeds in toenemende mate werd samengewerkt om op de genoemde veranderingen in te kunnen spelen. Dit vond onder andere plaats in het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ), waarin de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) één van de partners is. Dat overleg heeft de wettelijke basis in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz.³

Tegelijkertijd met de Wazv is de Wijzigingswet Meldkamers in werking getreden waarin is bepaald dat het totaal aantal meldkamers van 25 naar 10 teruggebracht dient te worden. Dit had tot doel om tot een verbetering in de organisatie en werkwijze van de meldkamers te komen. De ontwikkeling van de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS) is toen gestart waarbij het beheer van de meldkamers werd ondergebracht bij de politie en waarbij de hulpdiensten (politie, brandweer, ambulance en Koninklijke Marechaussee) zelf verantwoordelijk bleven voor de uitvoering van de eigen meldkamerfunctie. Een belangrijk uitgangspunt voor de Wijzigingswet Meldkamers (gehandhaafd vanuit de Politiewet⁴) in deze herinrichting was colocatie: de fysieke samenvoeging van hulpdiensten

binnen één meldkamer, met gedeelde systemen en afgestemde werkprocessen, met de volgende beleidsdoelen⁵:

- het zoveel mogelijk in het eerste contact helpen van de burger;
- één landelijk kwaliteitsniveau, waardoor de burger kan rekenen op dezelfde dienstverlening van de meldkamers ongeacht de locatie van de hulpvraag;
- continue bereikbaarheid en beschikbaarheid van de meldkamers en het kunnen overnemen van elkaars meldkamerfunctie, zowel bij verstoringen als bij piekbelastingen;
- optimale informatie-uitwisseling tussen hulpverleningsdiensten en meldkamers;
- een stelsel van tien operationeel en beheersmatig met elkaar verbonden meldkamers.

Tegelijkertijd werden stappen gezet ter verbetering van de kwaliteit van ambulancezorg, onder meer via het Kwaliteitskader Spoedzorgketen en het Kwaliteitskader ambulancezorg, waarin tripartiete kwaliteitssignalen en indicatoren zijn ontwikkeld.⁶

Reeds bij de inwerkingtreding van de Wazv werd opgemerkt dat de acute zorg in beweging zal blijven om ervoor te zorgen dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek van de juiste zorgverlener ontvangen. De inrichting van de ambulancezorg moet zodanig zijn dat deze voortdurende ontwikkelingen gefaciliteerd worden. Centraal daarbij staat het belang van goede zorg voor de patiënt.⁵

² Kamerstukken II, 2019/20, 35471, nr. 3, p. 1.

³ Artikel 8a.2 lid 1 Uitvoeringsbesluit Wkkgz

⁴ In de Politiewet staat dat de meldkamerfunctie uitgevoerd moet worden op een meldkamer (artikel 25b lid 2), en dat een meldkamer een fysieke plaats is (artikel 25a lid 1). Dat houdt in dat de hulpdiensten die werkzaam zijn in het werkgebied van een meldkamer fysiek bij elkaar moeten zitten, dat er sprake is van colocatie.

⁵ Artikel 2. Regeling hoofdlijnen beleid en beheer meldkamers

⁶ Kamerstukken II, 2019/20, 35471, nr. 3, p. 1-2.

3.1.3 Doel

Uit de parlementaire geschiedenis volgt dat de Wazv zich richt op de beschikbaarheid van goede ambulancezorg. De wet beoogt een duurzame en toekomstbestendige wettelijke basis te bieden voor de ambulancezorg. Door continuïteit, kwaliteit en innovatie structureel te waarborgen, wordt nagestreefd dat patiënten ook in de toekomst verzekerd zijn van passende, tijdige en doelmatige acute zorg.

Een centraal uitgangspunt bij de totstandkoming van de Wazv was het borgen van de continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg als cruciaal onderdeel van de acute zorgketen. Ambulancezorg moet onder alle omstandigheden, 24 uur per dag en zeven dagen per week, beschikbaar en van goede kwaliteit zijn. Niet alleen patiënten zijn hiervan afhankelijk, maar ook andere zorgverleners zoals huisartsenspoedposten, spoedeisende-hulpafdelingen en partijen in de veiligheidsregio. De continuïteit van de ambulancezorg is daarmee van vitaal belang, zeker in crisissituaties waarin opschaling en intensieve samenwerking vereist zijn.⁷

Goed georganiseerde ambulancezorg is verder van groot belang voor gemeenten, mede in het licht van hun verantwoordelijkheden op het terrein van de publieke gezondheidszorg, het welzijn van kwetsbare groepen en de handhaving van openbare orde en veiligheid. Het is daarbij van belang dat de verschillende partijen binnen de acute zorgketen en de veiligheidsregio's optimaal op elkaar zijn afgestemd en onderling een hoog vertrouwen kennen. (Periodieke) discontinuïteit in de ambulancezorg dient dan ook te worden voorkomen, zo volgt uit de MvT. De wetgever was in dat kader van oordeel dat het waarborgen van de continuïteit van de cruciale

schakel die de ambulancezorg is in de keten van acute zorg, sterke publieke waarborgen vergt.⁶

3.2 Aanpalende wetgeving

De overheidsregulering bestaat uit de Wazv-wetsfamilie en aanpalende wetgeving. De Wazv-wetsfamilie is beperkt en overzichtelijk. Naast de wet bestaat zij uit een algemene maatregel van bestuur (Bazv)⁸, een ministeriële regeling (Razv)⁹ en 25 aanwijzingsbesluiten. Daarnaast bestaat er wetgeving waarin de wetsfamilie Wazv is ingeweven (zoals de Politiewet 2012, de Wet veiligheidsregio's, de Wet kwaliteit klachten geschillen zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), de Zorgverzekeringswet, de Gemeentewet en Boek 2 Burgerlijk Wetboek). Deze wetten worden meegenomen waar relevant en noodzakelijk voor deze wetsevaluatie, echter vormen op zichzelf staand geen onderdeel van de evaluatie.

Met veel gezondheidszorgwetgeving heeft de wetsfamilie Wazv gemeen dat uitwerking grotendeels plaatsvindt in regels die niet afkomstig zijn uit rechtsbronnen, zoals in convenanten, beroepsnormen, protocollen, standaarden, richtlijnen en kwaliteitskaders. Zelfregulering vindt plaats met de ontwikkeling van kwaliteitskaders en beroepsnormen, waarvan de Kwaliteitskaders ambulancezorg de meeste handvatten bieden en voor de Wazv-evaluatie ook het meest relevant zijn.⁶ In deze regels zijn de eisen van goede ambulancezorg op de punten van doeltreffendheid, doelmatigheid, cliëntgerichtheid, afstemming op reële behoeften, veiligheid en tijdigheid handen en voeten gegeven. Deze regels zijn in de praktijk meer nabij en beter bekend bij diegenen die uitvoering geven aan de Wazv dan de Wazv zelf.

⁷ Kamerstukken II, 2019/20, 35471, nr. 3, p. 1-2.

⁸ Stb., 2020, 490.

⁹ Strct, 2020, Nr. 63510.

3.3 Waarborgen en mechanismen

Dat patiënten goede ambulancezorg krijgen, is niet iets wat de wetgever eenvoudigweg kan verordonneren. In de Wazv zijn daarom bij wijze van normen randvoorwaarden gesteld, die vervuld moeten zijn om goede ambulancezorg voor iedere individuele patiënt als uitkomst te realiseren.

De randvoorwaardelijke normen zien primair toe op de kwaliteit en de continuïteit van de Nederlandse ambulancezorg. Deze normen zijn verder geconcretiseerd in Wazv-regelgeving, en weer nadere invulling geschiedt door middel van zelfregulering, met normen opgesteld door betrokken veldpartijen, de RAV's voorop.

De gestelde randvoorwaarden zijn de waarborgen die zijn opgenomen in de wet, normering is haar veronderstelde mechanisme, meer in het bijzonder normering door de overheid (overheidsregulering) en normering door het veld (zelfregulering). De kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg zijn haar beleidsdoelen.

Bij het veronderstelde mechanisme van normering moet worden bedacht dat op naleving van de normen wordt toegezien (door externe en interne toezichthouders) en dat naleving ook kan worden afgedwongen (door bestuursorganen met handhavende bevoegdheden en door private partijen die deel uitmaken van het veld van ambulancezorgverlening - bijvoorbeeld: een zorgverzekeraar behoort erop toe te zien dat de RAV bij wie ambulancezorg ingekocht is zijn verplichtingen nakomt).

In paragraaf 3.3.1 - 3.3.3 gaan we achtereenvolgens in op de bij wijze van normen gestelde randvoorwaarden voor kwaliteit (paragraaf 3.3.1) en continuïteit (paragraaf 3.3.2), en kort op het toezicht op de naleving van die normen en hun handhaving (paragraaf 3.3.3).

3.3.1 Kwaliteit

Verantwoordelijkheid voor kwaliteit

De kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulancezorg vallen onder de verantwoordelijkheid van meerdere partijen, ieder met een eigen rol.¹⁰

- De Minister van Volksgezondheid van Volksgezondheid Welzijn en Sport draagt de eindverantwoordelijkheid voor het duurzaam veiligstellen van de ambulancevoorzieningen. De Minister wijst per regio een rechtspersoon aan als RAV.
- De uitvoerende verantwoordelijkheid ligt bij de RAV. De verantwoordelijkheid voor voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen is belegd bij de RAV.
- De zorgverzekeraar heeft de plicht om hiervoor zorg te dragen (een zorgplicht¹¹). Deze verantwoordelijkheid sluit aan op de leveringsplicht van de RAV.
- RAV en zorgverzekeraar moeten derhalve onderling afspraken maken over de beschikbaarheid en kwaliteit van de ambulancezorg.

Kwaliteit van ambulancezorg

Artikel 4 lid 1 Wazv stelt dat de kwaliteit van ambulancezorg eenvoudigweg goed moet zijn en dat RAV's de wettelijke taak hebben voldoende ambulancezorg van deze kwaliteit permanent beschikbaar te stellen. In de

¹⁰ Kamerstukken II, 2019/20, 35471, nr. 3, p. 6-7.

¹¹ Een zorgplicht betekent dat een zorgverzekeraar moet er voor zorgen dat de zorg die in het basispakket zit, beschikbaar is voor al zijn verzekerden. De zorgverzekeraar moet er bovendien voor zorgen dat de zorg van goede kwaliteit is en dat iedereen op tijd en binnen redelijke afstand de zorg krijgt die nodig is. Bron: Zorginstituut Nederland.

MvT wordt de kwaliteit van de ambulancezorg voor de patiënt, naast de continuïteit, als doel vooropgesteld maar niet verder gespecificeerd.¹² Ook elders in de MvT houdt de wetgever het bij 'goede ambulancezorg'.¹³ Een definitie of omschrijving van goede ambulancezorg wordt niet gegeven, een eigenschap die de Wazv gemeen heeft met andere zorgwetten. Artikel 5 lid 1 Wazv geeft wel een definitie van 'ambulancezorg'.

"Art 5 lid 1 Wazv

1 Ambulancezorg is zorg die beroepsmatig wordt verleend, die bestaat uit:

- a. *het zorg dragen voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie door een ambulancezorgprofessional;*
- b. *het zorg dragen voor het ontvangen, registreren en beoordelen van elke aanvraag van zorg, bedoeld in de onderdelen c, d en e, en zo nodig het besluiten door wie en op welke wijze deze zorg zal worden verleend, niet zijnde de meldkamerfunctie;*
- c. *het met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar voertuig snel ter plaatse brengen van een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional om aldaar zorg te verlenen, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert;*
- d. *het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg die erop gericht is een zieke of gewonde ter*

zake van zijn aandoening of letsel, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert, per ambulance te vervoeren;

- e. *of het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg op het woon- of verblijfsadres van een patiënt of verlenen van zorg in combinatie met vervoer van een patiënt tussen het woon- of verblijfsadres en een zorginstelling met het oog op diagnostiek, behandeling, opname of ontslag met een ambulance."*

De afzonderlijke eisen die gesteld worden aan de kwaliteit van ambulancezorg blijken een uitwerking te zijn van de definitie van goede zorg, die volgt uit de Wkkgz.

Artikel 2 lid 1 Wkkgz verplicht zorgaanbieders tot het bieden van goede zorg. Zorgaanbieders zijn instellingen dan wel solistisch werkende zorgverleners die Wlz-zorg, Zvw-zorg of andere zorg aanbieden (zie artikel 1 lid 1 onder de Wkkgz). Ambulancezorg maakt onderdeel uit van de te verzekeren prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (Besluit zorgverzekering).

In artikel 2 lid 2 Wkkgz wordt goede zorg omschreven als 'van goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt.'

¹² Kamerstukken II, 2019/20, 35471, nr. 3, p. 3.

¹³ Kamerstukken II, 2019/20, 35471, nr. 3, p. 6.

Als wettelijke norm is goede zorg de opvolger van verantwoorde zorg.¹⁴ Goede zorg is verantwoorde zorg met de toevoeging van 'veilig' en 'tijdig'. De norm van goede zorg is net als haar voorganger een open norm, die met concrete normen ingevuld behoort te worden door veldpartijen.

Goede zorg in de zin van de Wkkgz is hoofdzakelijk voorwerp van zelfregulering. Omdat ambulancezorg een cruciale schakel is in de acute zorg¹⁵ én omdat ambulancezorg geleverd wordt door monopolisten zijn er – in vergelijking met andere zorgvormen – aanvullende wettelijke randvoorwaarden gesteld aan de kwaliteit van de zorg. Zo stelt artikel 3 lid 1 Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Razv), dat RAV's moeten voldoen aan de geldende wet- en regelgeving, maar ook aan de door de beroepsgroep ontwikkelde richtlijnen en professionele standaarden, zoals vastgelegd in de landelijke richtlijnen voor de ambulancezorg (inclusief de meldkamer ambulancezorg) en aan de kwaliteitskaders zoals die zijn ingeschreven in het register van het Zorginstituut of zijn vastgesteld door in ieder geval Ambulancezorg Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Ambulancezorg, en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg. Daarnaast is er een sterke mate van zelfregulering door de bij deze vorm van zorg betrokken veldpartijen.

Hieronder wordt voor elk aspect van goede zorg (Tijdigheid, Veiligheid, Doeltreffendheid, Doelmatigheid, Clientgerichtheid en Afgestemd op de reële behoefte van de cliënt) een beschrijving gegeven van de randvoorwaarden die hiervoor zijn gesteld.

Tijdigheid (spreiding, toegankelijkheid, beschikbaarheid)

Het eerste onderdeel van kwaliteit is de tijdigheid van de ambulancezorg, in lijn met de systematiek van de Wkkgz. Artikel 4 Razv schrijft spreiding van standplaatsen van RAV's voor zodat in de veiligheidsregio minstens 97% van de bevolking binnen 12 minuten aanrijtijd kan worden bereikt door een ambulance.

Hoewel de responstijd formeel geen harde randvoorwaarde betreft maar een streefnorm, stelt artikel 5 lid 1 Razv dat in de veiligheidsregio binnen 15 minuten responstijd 95% van de inzetten met A1-urgentie ter plaatse is. De urgentie-indeling waar de wet vanuit gaat is ondertussen vernieuwd en het is de vraag of deze streefnorm steeds passend is.¹⁶ Daarnaast stelt de regeling in artikel 5 lid 2 vast dat afspraken moeten worden gemaakt met zorginstellingen in de regio over de wachttijden voor niet-spoedeisende ambulancezorg.

Artikel 6 lid 1 Razv schrijft voor dat jaarlijks een analyse wordt uitgevoerd ten aanzien van de prestaties in relatie tot de responstijden en van de realisatie van de afspraken betreffende niet-spoedeisende ambulancezorg, waarbij RAV's in overleg met zorgverzekeraars aantoonbare maatregelen nemen om de streefwaarde zoveel mogelijk te realiseren. In aanvulling daarop stelt artikel 9 lid 3 en 4 Wazv jo. artikel 14 lid 1 Razv dat eens in de vijf jaar een externe visitatie van de RAV's wordt uitgevoerd met een toets op kwaliteit doelmatigheid en beschikbaarheid.

¹⁴ Zie bijvoorbeeld artikel 2 lid 1 Kwaliteitswet zorginstellingen (oud).

¹⁵ Kamerstukken II 2019/20, 35471, nr. 3, p. 6.

¹⁶ AZN (2022) 'Verbeterde urgentie-indeling, Plan voor veilige implementatie', bijlage bij brief van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 3 oktober 2022 met kenmerk 3439843-1035494-CZ

De RAV's zijn, in navolging op artikel 11 Razv, ingericht met het oog op goede, doelmatige en toegankelijke ambulance zorg. In aanvulling daarop wordt van de RAV-besturen verwacht dat zij in overeenstemming handelen volgens de eisen van goed bestuur.¹⁷ Tevens stelt artikel 7 Wazv dat RAV's in een werkgebied van een meldkamer een convenant sluiten waarin afspraken staan vermeld over de uitvoering van de meldkamerfunctie.

Veiligheid

Het tweede onderdeel voor kwaliteit is de veiligheid van de ambulance-zorg. Een belangrijke randvoorwaarde voor de veiligheid is het in artikel 12 Razv voorgeschreven vereiste van het hebben van en beschikken over een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem.¹⁸ Daarnaast is het van belang de informatiebeveiliging op orde te hebben.¹⁹ Naast het op orde hebben van de systemen is het van belang ook de personele kant te monitoren. Artikel 9 lid 3, 4 en 5 Razv schrijft voor dat structureel een risico-inventarisatie en risico-evaluatie wordt uitgevoerd alsmede een werknemerstevredenheidsonderzoek. Ook schrijft het voor dat directeuren of bestuurders van onbesproken gedrag zijn, dat ter bevordering van de veiligheid wordt gedaan aan infectiepreventie en dat wordt ingezet op het voorkomen van ziekteverzuim.²⁰ Daarnaast dient gewerkt te worden met veilige medische technologieën.²¹ In aanvulling hierop schrijft artikel 13 Razv voor dat RAV's adequaat verzekerd zijn tegen alle risico's die verbonden zijn aan ambulancezorg.

Doeltreffendheid

Het derde onderdeel voor kwaliteit is de doeltreffendheid van de ambulancezorg. Daarvoor is het van belang dat RAV's beschikken over een kwaliteitssysteem.²² Daarnaast stelt artikel 3 lid 2 Razv dat RAV's jaarlijks per veiligheidsregio kwaliteitsinformatie met opgave van innovatie openbaar maken. Tevens wordt er ingevolge artikel 9 lid 3 en 4 Wazv jo. artikel 14 Razv een externe visitatie uitgevoerd waarin specifiek de doeltreffendheid wordt getoetst. Artikel 12 Razv stelt dat RAV's beschikken over een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem.¹⁷

Naast het hebben van een goed systeem is het belangrijk om, conform artikel 9 lid 1 en 2 Razv, te beschikken over kwalitatief en kwantitatief voldoende deskundig personeel. Daarbij gaat het ook om het hebben van gekwalificeerde professionals voor de verschillende vormen van ambulancezorg (zie artikel 7 lid 2 tot en met 6 Razv). Om de kwaliteit te waarborgen is het van belang om een opleidings- en bekwaamheidsbeleid te hebben dat gebaseerd is op een opleidingsmeerjarenplan.²³ Verder stelt artikel 7 lid 1 Razv dat "op basis van eisen en inzet- en uitsluitcriteria vastgelegd in landelijke kwaliteitskaders wordt bepaald welke zorg op welk niveau bij welke zorgvraag geldt als goede ambulancezorg"; dit wordt ook wel zorgdifferentiatie genoemd (zie bijlage 2). Zorgdifferentiatie in de ambulancezorg is de indeling van ambulancezorg in verschillende niveaus van complexiteit, namelijk hoog-, midden- en laagcomplexe zorg, om de patiënt de juiste zorg te bieden op het juiste moment en de juiste plaats.

¹⁷ Kwaliteitskader Ambulancezorg 2.0, p. 10.

¹⁸ Kwaliteitskader 2.0, p.12.

¹⁹ Kwaliteitskader 2.0, p.22.

²⁰ Kwaliteitskader 2.0, p. 16 en 22.

²¹ Kwaliteitskader 2.0, p. 16.

²² Artikel 9 lid 1 en 2 Wazv en artikel 10 lid 1 Wazv jo. artikel 1 Besluit ambulancezorgvoorzieningen (Bazv); zie ook: Kwaliteitskader 2.0, p. 22.

²³ Kwaliteitskader 2.0, p. 17.

Zorgdifferentiatie draagt bij aan het doeltreffend leveren van ambulancezorg.

Van de RAV-besturen wordt verwacht dat zij in overeenstemming handelen volgens de eisen van goed bestuur.²⁴ Om doeltreffend te kunnen handelen is het hebben van schriftelijke afspraken voor slagvaardige besluitvorming belangrijk (zie artikel 8 onderdeel a, b, c, d en f Razv). Ook als RAV's voor de uitvoering van de ambulancezorg gebruik maken van andere organisaties is dit van belang.²⁵ Daarnaast is het hebben van kwalitatief goede zorgdossiers, die het digitaal uitwisselen van patiëntgegevens tussen de RAV's en ketenpartners mogelijk maken, van essentieel belang voor de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening²⁶, net zoals het meten van de gegevensoverdracht aan huisartsen en het meten van de ketenpartner-tevredenheid.²⁷ Artikel 15 en 16 Razv stellen dat het belangrijk dat RAV's beschikken over schriftelijke afspraken met het bestuur van de veiligheids-regio (via de directeur Publieke Gezondheid) over de voorbereiding op en de inzet bij een ongeval, ramp of crisis, het multidisciplinair oefenen, het samenwerken bij crises en de inzet bij evenementen. Alsmede het hebben van een ambulancebijstandsplan, een crisisplan, een gewondenregistratie, een actueel gewondenspreidingsplan en een slachtoffervolgsysteem.²⁸ Als laatste is het leveren van een wetenschappelijke bijdrage ten behoeve van kwaliteitsverbetering van ambulancezorg, van belang om doeltreffendheid te bevorderen.²⁹

Doelmatigheid

Het vierde onderdeel voor kwaliteit is de doelmatigheid van de ambulance-zorg. De RAV's zijn, in navolging op artikel 11 Razv, ingericht met het oog op goede, doelmatige en toegankelijke ambulance zorg. Artikel 9 lid 3 en 4 Wazv jo. artikel 14 Razv stelt dat een externe visitatie moet plaatsvinden waarbij de doelmatigheid expliciet wordt getoetst. Daarnaast stelt artikel 11b Wkkgz dat het van belang is dat (organisaties van) zorgverzekeraars betrokken zijn bij de ontwikkeling van geregistreerde kwaliteitstandaarden en meetinstrumenten. De NZa rekent op basis van de voorspelling van het aantal diensten per dagdeel uit het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid van het RIVM³⁰ door voor welke prijs dat maximaal zou moeten kunnen qua loon- en scholingskosten. Zorgverzekeraars hebben zo weinig ruimte om te sturen op doelmatigheid in hun inkoopbeleid. Gegeven de vaste tarieven en de op voorhand zo objectief mogelijk toegekende productie in de ambulancezorg is doelmatigheid in de ambulancezorg gericht op het leveren van zoveel mogelijk kwaliteit voor de vaste prijs. Zorgverzekeraars worden geacht RAV's daarop te bevragen.

Clïëntgerichtheid

Het vijfde onderdeel voor kwaliteit is de cliëntgerichtheid van de ambulancezorg. Daarbij stelt artikel 11b Wkkgz dat het van belang is dat organisaties van patiënten en cliënten betrokken worden bij ontwikkeling van geregistreerde kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Daarnaast stelt artikel 1 lid 1 onder c Wet medezeggenschap cliënten

²⁴ Kwaliteitskader Ambulancezorg 2.0, p. 10.

²⁵ Kwaliteitskader 2.0, p. 10.

²⁶ Kwaliteitskader 2.0, p. 19.

²⁷ Kwaliteitskader 2.0, p. 21 en 18.

²⁸ Kwaliteitskader 2.0, p. 23.

²⁹ Kwaliteitskader 2.0, p. 21.

³⁰ Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen 2025.

zorginstellingen 2018 (Wmcz) jo. artikel 1 lid 1 Wkkgz dat RAV's behoren te beschikken over een cliëntenraad en dat het van belang is de ervaringen van patiënten te meten.³¹

Afgestemd op de reële behoefte van de cliënt

Het laatste onderdeel voor kwaliteit is de afstemming op de reële behoefte van de patiënt of de cliënt van de ambulancezorg. Artikel 7: 448 lid 1 BW verplicht de hulpverlener tot tijdig overleg met zijn patiënt of cliënt. Deze wettelijke verplichting is bedoeld om gezamenlijke besluitvorming mogelijk te maken. Mocht de patiënt of cliënt wilsonbekwaam zijn, dan wordt dit overleg geacht plaats te vinden met diens vertegenwoordiger, aldus artikel 7:465 BW. Gezamenlijke besluitvorming moet voor de hulpbehoevende leiden tot zorg afgestemd op diens reële behoefte. Daarnaast is het informeren van patiënten en cliënten als zorgthema opgenomen in het kwaliteitskader ambulancezorg.³²

3.3.2 Continuïteit

Omwille van het waarborgen van de continuïteit van de cruciale schakel die ambulancezorg is in de keten van de acute zorg, heeft de wetgever voorzien in publieke waarborgen.

Vergunning voor onbepaalde tijd

Zo is allereerst in de Wazv geregeld dat er per veiligheidsregio één aanbieder is, die niet alleen het alleenrecht maar ook de plicht heeft om ambulancezorg te leveren. Artikel 4 lid 2 Razv stelt vast dat de minister van VWS per regio een rechtspersoon als RAV aanwijst. Deze aanwijzingen zijn

te beschouwen als vergunningen (zonder dat deze behoeven te worden aangevraagd). In het totaal zijn er 25 RAV's aangewezen.³³

Vergunning aan houders van aanwijzingen

In de tweede plaats zijn vergunningen verleend voor onbepaalde tijd aan de aanbieders die bij de totstandkoming van de Wazv ambulancezorg leverden. Zo wordt de continuïteit verder bewerkstelligd door deze aanwijzingen te verlenen aan de aanbieders die ten tijde van de inwerking-treding van de Wazv al over een aanwijzing beschikten.³⁴ Discontinuïteit als gevolg van wisseling van aanbieders is daarmee voorkomen. Dit leidt tot rust onder medewerkers en ketenpartners, bevordert de kwaliteit van de zorg, leidt tot behoud van de medewerkers en bevordert investeringen in kwaliteit op de langere termijn, zo is de gedachte.

Blijvende inkoop in representatie

Ten slotte is met de Wazv gekozen voor het voortzetten van inkoop van ambulancezorg door representatie: de twee grootste zorgverzekeraars gezamenlijk in de regio kopen ambulancezorg in namens alle zorgverzekeraars. Door deze wijze van inkopen zou de beschikbaarheid van ambulancezorg en de continuïteit daarvan het beste gediend zijn.³⁵ De inkopende zorgverzekeraars zijn aangewezen door de leden van Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Capaciteit

Een andere belangrijke waarborg in het kader van de continuïteit is de capaciteit. Zo is het gebruik van een ambulance gebaseerd op een zorg-

³¹ Kwaliteitskader 2.0, p. 14

³² Kwaliteitskader 2.0, p. 21.

³³ Kwaliteitskader 2.0, p. 5

³⁴ Kamerstukken II 2019/20, 35471, nr. 3, p. 2.

³⁵ Kamerstukken II 2019/20, 35471, nr. 3, p. 2.

inhoudelijke, niet-economische afweging. Hierdoor kunnen spoedeisende en niet-spoedeisende zorg in één hand blijven.³⁶ Om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen is het daarnaast van belang dat RAV's een goede verhouding hebben tussen de dagelijkse inzet van ambulances en ambulancezorgprofessionals en de reservecapaciteit die nodig is om het actuele referentiekader ³⁷ uit te kunnen uitvoeren. Ten slotte moet er voldoende capaciteit en materieel beschikbaar zijn voor opgeschaalde situaties (rampen en crises).³⁸

Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg - Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) maakt op verzoek van de minister van VWS jaarlijks een berekening van het aantal benodigde ambulances in het 'referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg'. Dit rekenmodel berekent per RAV het aantal ambulances dat minimaal nodig is om in die regio spoedeisende (A-urgenties) en niet-spoedeisende ambulancezorg (B-urgenties) te verzorgen. Voor spoedeisende ambulancezorg is het uitgangspunt dat in 95% van de gevallen een ambulance beschikbaar is voor een spoedeisende inzet. Daarnaast wordt rekening gehouden met de borging van de paraatheid in de regio. Voor dit laatste gaat het referentiekader uit van een spreiding van standplaatsen die ook voorziet in de mogelijkheid dat ambulances van buur-standplaatsen elkaar 'rugdekking' kunnen geven in geval van piekdrukke. Het rekenmodel beoogt zo voldoende middelen te berekenen, zonder dat er sprake is van inefficiënte overcapaciteit.³⁹

3.3.3 Meldplicht, toezicht en handhaving

Meldplicht

Op grond van de NZa-Regeling meldplicht continuïteit van cruciale zorg (TH/NR-002) moet een zorgverzekeraar als hij voorziet dat hij zijn zorgplicht ten aanzien van ambulancezorg niet langer kan nakomen dat verplicht melden bij de NZa. De NZa is op grond van artikel 77 Wmg bevoegd, en uit hoofde van haar taak bedoeld in artikel 16 onder b en c Wmg, tot het geven van aanwijzingen aan zorgverzekeraars die niet voldoen aan het bepaalde bij of krachtens de Zorgverzekeringswet, waaronder de in artikel 11 Zw neergelegde zorgplicht.

Toezicht

Als externe toezichthouders zijn in de Wazv de IGJ en de NZa aangewezen. De eerste is belast met het toezicht op het bij of krachtens de Wazv bepaalde, met uitzondering van artikel 10 leden 2 tot en met 4 Wazv. De NZa ziet op grond van artikel 19 en 21 van de Wazv toe op de financiële staat van RAV's met het oog op de continuïteit en de financiële administratie⁴⁰. Omdat zorgverzekeraars ziektekostenverzekeraars zijn in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en RAV's zorgaanbieders in de zin van diezelfde wet, vallen zowel zorgverzekeraars als RAV's onder het algemene toezicht van de NZa. Ten slotte wordt iedere partij die in een contractuele relatie staat tot een RAV geacht toe te zien op de nakoming van de contractuele verplichtingen door de RAV.

³⁶ Kamerstukken II 2019/20, 35471, nr. 3, p. 3-5.

³⁷ RIVM (2025) Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2025; Deze versie van het referentiekader is tijdens deze wetsevaluatie verschenen en niet meegenomen in deze evaluatie

³⁸ Kamerstukken II 2019/20, 35471, nr. 3, p. 5.

³⁹ Kamerstukken II 2024/25, 29247, nr. 464, p. 8.

⁴⁰ Artikel 19 en 21 van de Wazv beschrijft op welke grond de NZa toezicht houdt op artikel 13 (Eisen met betrekking tot de transparantie) en 19 (Eisen met betrekking tot de zeggenschap over een Regionale Ambulancevoorziening) van de Wazv.

De Wazv schrijft in artikel 14 en 15 voor privaatrechtelijk vormgegeven RAV's een interne toezichthouder voor. Deze moet ervoor zorgdragen dat het bestuur als orgaan goed en evenwichtig is samengesteld en geschikt is en blijft voor het besturen van de RAV. Deze toezichthouder houdt toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de RAV en staat het bestuur met raad terzijde. Geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van de interne toezichthouder en het bestuur. De interne toezichthouder is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, het bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren. De aan de toezichthouder door het bestuur te verstrekken inlichtingen worden opgesomd in artikel 14 Wazv.

In 10 van de 25 regio's functioneren de RAV's op basis van een gemeenschappelijke regeling. Deze kennen een eigen bestuursstructuur met een algemeen en een dagelijks bestuur, en toezicht vanuit de betrokken gemeenteraden op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr). Daarnaast functioneren 5 RAV's op basis van een stichting, 5 RAV's op basis van een coöperatie, en 5 RAV's op basis van een BV.

Handhaving

Met handhaving van het bij of krachtens de Wazv bepaalde is de minister van VWS belast, aldus artikelen 22 tot en met 25 Wazv. Het handhavingsinstrumentarium komt sterk overeen met dat van andere zorgwetten. De minister kan taken delegeren aan de IGJ. Op grond van de Wkkgz is ook de IGJ handhavingsbevoegd, en op grond van artikel 78g Wmg is ook de NZa handhavingsbevoegd.

4. Definitie

De Wazv is, zoals toegelicht in hoofdstuk 3, op 1 januari 2021 in werking getreden. In [artikel 5 van de Wazv](#) wordt ambulancezorg gedefinieerd. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe deze definitie uitpakt in de praktijk en wat dit (van de Wazv en/of de Razv) vraagt richting de toekomst.

Dit hoofdstuk draagt bij aan de beantwoording van de deelvragen D2, T2, T4, T5 en T6 in hoofdstuk 11.

D2. Faciliteert de wet het maken van vereiste samenwerkingsafspraken waarmee kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg geborgd worden binnen de acute zorgketen?

T2. In de huidige ontwikkeling van de acute zorgketen wordt steeds meer ingespeeld op zorgcoördinatie, waarbij zorgpartijen de acute zorg gezamenlijk organiseren, zodat iemand met een acute zorgvraag goed wordt begeleid richting de meest passende zorg. Voorziet de Wazv in deze ontwikkeling en zo nee, hoe zou de Wazv hierop moeten worden aangepast?

T4. Is er bij iedere RAV voldoende sprake van innovatie en lerend vermogen en zo ja, heeft de wet voldoende waarborgen dat dit op de langere termijn het geval blijft?

T5. Zijn er knelpunten in de Wazv en/of de Razv die de kwaliteit of continuïteit, of de flexibele ontwikkeling hiervan, belemmeren?

T6. Zijn er in algemene zin aanpassingen te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

4.1 Analyse

Algemeen beeld

Over de definitie van ambulancezorg in de Wazv geven respondenten aan dat deze voldoende richting geeft en ruimte biedt aan de ambulancezorg, bijvoorbeeld voor het maken van samenwerkingsafspraken binnen de acute zorgketen en met het veiligheidsdomein en voor het realiseren van innovaties. De definitie op zichzelf vormt dan ook geen belemmering voor de ontwikkeling van de ambulancezorg.

Ervaren knelpunt(en)

Wel worden rondom de definitie van ambulancezorg enkele knelpunten ervaren.

Afbakening ambulancezorg

Vanuit de ambulancesector werd in meerdere gesprekken aangegeven dat wat de definitie van ambulancezorg (artikel 5 lid 1, Wazv) 'ademt', niet altijd passend is bij 'de ambulancezorg van nu'. Sinds de inwerkingtreding van de Wazv heeft volgens respondenten namelijk een verschuiving plaatsgevonden in het type geleverde ambulancezorg. Ook is de acute zorg sterk aan veranderingen onderhevig, waardoor intensieve samenwerkingen met andere partners en nieuwe samenwerkingsvormen ontstaan. In de ambulancezorg is hierdoor sprake van een zoektocht tussen enerzijds de wens tot (versterking van de) samenwerking met ketenpartners en anderzijds de afbakening van ambulancezorg in relatie tot taken van deze ketenpartners. In gesprekken wordt de vraag gesteld of het juist wel of niet doelmatig is als de ambulancezorg 'opschuift' richting andere vormen van zorg (zoals huisartsenzorg, ouderenzorg en GGZ-zorg). In het verlengde hiervan wordt vervolgens de vraag gesteld of het juist wel of niet wenselijk is dat de definitie van ambulancezorg in de wet strakker afgebakend wordt; biedt een strakkere afbakening meer houvast voor het vormgeven van samenwerking met ketenpartners, of werkt een strakkere afbakening juist belemmerend voor noodzakelijke ontwikkelingen?

Formulering

Daarnaast wordt door een toezichthouder opgemerkt dat de definitie van ambulancezorg kan leiden tot verwarring als het gaat om formuleringen die betrekking hebben op welke partijen ambulancezorg mogen leveren. De interpretatie van Artikel 5 lid 2 van de Wazv door deze toezichthouder is dat ambulancezorg is voorbehouden aan RAV's, wat in zou houden dat

ambulancezorg die geboden wordt vanuit andere organisaties per definitie geen ambulancezorg is. Tegelijkertijd staat in Artikel 6 lid 1 van de Wazv dat het 'anderen dan de RAV's verboden is ambulancezorg te verlenen'; iets wat op basis van de interpretatie van deze toezichthouder van Artikel 5 lid 2 überhaupt niet mogelijk is. De wetgever geeft aan dat Artikel 5 lid 2 niet stelt dat de ambulancezorg alleen is voorbehouden aan RAV's, maar dat het artikel uitsluitend aangeeft dat opleidings- en/of deskundigheidseisen gesteld kunnen worden aan ambulancezorgprofessionals in het kader van ambulancezorg die wordt geboden door RAV's. Aan grensoverschrijdende spoedeisende ambulancevervoer met Belgische en Duitse ambulances en mobiele zorg vanuit of naar het buitenland kunnen op grond van Artikel 5 lid 2 van de Wazv dergelijke eisen niet worden gesteld.

Weging knelpunten en relatie tot Wazv en Razv

Afbakening ambulancezorg

De acute zorg is volop in ontwikkeling. De ambulancezorg werkt samen met ketenpartners aan de benodigde (versterking van de) samenwerking in de acute zorg. Daarin wordt gezocht naar een passende afbakening van ambulancezorg in relatie tot de inzet van ketenpartners. De definitie van ambulancezorg in de wet vormt op zichzelf geen belemmering voor de ontwikkelingen in de acute zorg, maar biedt ketenpartners tegelijk weinig houvast. De definitie vormt in onze ogen niet de kern van het vraagstuk welke positie ambulancezorg in toekomst moet innemen in de acute zorg, maar biedt er ook geen uitkomst voor. Het vraagstuk welke positie de ambulancezorg in de toekomst moet innemen in de acute zorg vraagt immers om een brede analyse van de gehele keten van de acute zorg vanuit onder meer een doelmatigheids- en houdbaarheidsperspectief, maar ook om kennisontwikkeling, door ervaring op te doen met nieuwe werkwijzen en samenwerkingsvormen.

Formulering

De formuleringen die betrekking hebben op welke partijen ambulancezorg mogen leveren hebben niet tot concrete problemen geleid, maar het is niet wenselijk dat de wettekst op meerdere manieren geïnterpreteerd kan worden.

4.2 Opties en overwegingen

Met betrekking tot de afbakening van ambulancezorg zien we twee opties:

1. Ambulancezorg scherper afbakenen in de definitie, zodat deze beter weergeeft wat ambulancezorg op dit moment inhoudt, en zodat de definitie meer houvast biedt in wat wel en niet onder de taak van ambulancezorg valt. Tegelijkertijd kan een aanscherping op termijn juist voor belemmeringen zorgen in de ontwikkeling van de ambulancezorg.
2. Ambulancezorg (vooralsnog) niet verder afbakenen in de definitie en het (voorlopig) aan het veld overlaten om samen in de praktijk verdere invulling te geven aan de definitie, bijvoorbeeld door aanscherping van triageprotocollen en samenwerkingsafspraken, of door ervaring op te doen met nieuwe samenwerkingsvormen.

Met betrekking tot de formuleringen die betrekking hebben op welke partijen ambulancezorg mogen leveren zien we twee opties:

1. De formulering van de definitie niet aanscherpen, maar dan kan de wet nog steeds op verschillende manier geïnterpreteerd worden.
2. De formulering van de definitie wel aanscherpen. Hiervoor is een wetswijziging nodig, maar daarmee kan onduidelijkheid weggenomen worden.

4.3 Concluderend advies

We adviseren om ambulancezorg op dit moment niet verder af te bakenen in de definitie van ambulancezorg opgenomen in de Wazv (*advies 1*). De acute zorg is volop in ontwikkeling, waarbij steeds meer ingezet wordt op (versterking van de) samenwerking. Het is daarom van belang dat de ruimte die de definitie op dit moment voor deze ontwikkelingen biedt behouden blijft. We adviseren om de komende jaren gericht in te zetten op kennisontwikkeling als het gaat om de rol en de positie van ambulancezorg in de zich ontwikkelende keten van de acute zorg, zodat bij een volgende evaluatie van de Wazv gekeken kan worden of de definitie van ambulancezorg nog past bij de ontwikkelingen in de acute zorg, of dat de definitie bijgesteld moet worden (*advies 11*).

Als het gaat om de wegnemen van de onduidelijkheid over de definitie van ambulancezorg adviseren we om Artikel 4 lid 1, Artikel 5 lid 2 en Artikel 6 lid 1 als volgt te wijzigen (*advies 2*):



1. Artikel 4 lid 1 wijzigen in: "De zorg voor permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen berust bij de Regionale Ambulancevoorzieningen, die exclusief bevoegd en verplicht zijn tot het verlenen of doen verlenen van ambulancezorg".
2. Verwijderen uit Artikel 5 lid 2 "voor aan de Regionale ambulancezorg voorbehouden ambulancezorg";
3. Artikel 6 lid 1 wijzigen in: "Het is anderen dan de bij of krachtens Artikel 5 genoemde (categorieën van) professionals verboden ambulancezorg te verlenen".

5. Continuïteit

Zoals toegelicht in hoofdstuk 3.1.3 is een belangrijk doel van de Wazv het borgen van de continuïteit van de ambulancezorg. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe respondenten de continuïteit van de ambulancezorg ervaren en wat dit (van de Wazv en/of Razv) vraagt richting de toekomst.

Dit hoofdstuk draagt bij aan de beantwoording van de deelvragen D1, T5 en T9 in hoofdstuk 11.

D1. Is de wet doeltreffend in zoverre dat deze de continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg borgt, onder normale omstandigheden en in tijden van crisis?

T5. Zijn er knelpunten in de Wazv en/of de Razv die de kwaliteit of continuïteit, of de flexibele ontwikkeling hiervan, belemmeren?

T9. Zijn er in algemene zin aanpassingen te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

5.1 Analyse

Algemeen beeld

Vanuit verschillende perspectieven geven respondenten aan dat de keuzes die gemaakt zijn bij het opstellen van de Wazv wat betreft de continuïteit van de ambulancezorg (zie H3.3.2) daadwerkelijk hebben bijgedragen aan de continuïteit van de ambulancezorg.

Vergunning voor onbepaalde tijd, aan houders van aanwijzingen

Respondenten geven aan dat de keuze voor verlenen van vergunningen voor onbepaalde tijd aan houders van aanwijzingen heeft bijgedragen aan de continuïteit van ambulancezorg. Het heeft rust gebracht in de sector en investeringszekerheid gecreëerd, bijvoorbeeld als het gaat om gebouwen, voertuigen en innovatie. Ook naar de toekomst toe worden vergunningen voor onbepaalde tijd gezien als een belangrijke waarborg voor continuïteit.

Blijvende inkoop in representatie

Respondenten geven aan dat de inkoop in representatie door de zorgverzekeraars⁴¹ over het algemeen goed functioneert en de meest passende

⁴¹ Inkoop in representatie is niet uniek voor de ambulancesector, ook in de huisartsenzorg wordt het toegepast.

inkoopvorm is. Zorgverzekeraars geven aan dat er sprake is van inkoop namens de andere verzekeraars en dat de gesloten contracten en de gemaakte afspraken transparant zijn voor alle verzekeraars. Deze transparantie is passend bij de monopoliepositie van de RAV's. Hierdoor kunnen verzekeraars uniforme afspraken maken met de RAV's en ervoor zorgen dat de geboden zorg in principe overal gelijk is. Tegelijkertijd biedt deze manier van inkoop ruimte voor regiospecifieke afspraken passend bij kenmerken van de regionale context.

Ervaren knelpunten

Rondom continuïteit van de ambulancezorg worden geen fundamentele knelpunten ervaren. Respondenten benadrukken het belang van de waarborgen die hiervoor in de wet zijn opgenomen. De vergunningen voor onbepaalde tijd aan houders van aanwijzingen en de inkoop in representatie zijn in geen enkel gesprek in twijfel getrokken.

Weging knelpunten en relatie tot Wazv en Razv

Wij hebben geen wezenlijke knelpunten met betrekking tot de continuïteit van de ambulancezorg geconstateerd, ook niet ten aanzien van de keuzes die gemaakt zijn bij de invoering van de Wazv en de Razv.

5.2 Opties en overwegingen

De enige optie die voor de hand ligt als het gaat om de continuïteit van de ambulancezorg is vasthouden aan de gekozen waarborgen in de Wazv. Op basis van de heldere en eenduidige reacties van de respondenten is het in onze ogen niet zinvol om andere opties te overwegen.

5.3 Concluderend advies

Continuïteit van de ambulancezorg is een belangrijke verdienste van de Wazv. Ook richting de toekomst zal dit een belangrijke functie van de wet

blijven. Vanuit het perspectief van continuïteit adviseren we daarom om vast te houden aan de in de wet opgenomen waarborgen, namelijk: de vergunningen voor onbepaalde tijd aan de aanbieders die bij de totstandkoming van de Wazv ambulancezorg leverden en de inkoop in representatie door zorgverzekeraars (*advies 3*).

6. Kwaliteit

In de Wazv en Razv zijn aanvullende waarborgen voor de kwaliteit van ambulancezorg opgenomen. Deze zijn aanvullend op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en aanvullend op de kwaliteitskaders en richtlijnen van de sector zelf⁴². In dit hoofdstuk beschrijven we hoe respondenten de kwaliteit van ambulancezorg ervaren en wat dit (van de Wazv en/of Razv) vraagt richting de toekomst.

Dit hoofdstuk draagt bij aan de beantwoording van de deelvragen D1, D3, T5 en T7 in hoofdstuk 11.

D1. Is de wet doeltreffend in zoverre dat deze de continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg borgt, onder normale omstandigheden en in tijden van crisis?

D3. Voorziet de wet erin dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hun rol als toezichthouder adequaat kunnen uitoefenen?

T5. Zijn er knelpunten in de Wazv en/of de Razv die de kwaliteit of continuïteit, of de flexibele ontwikkeling hiervan, belemmeren?

T7. Zijn er in algemene zin aanpassingen te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

6.1 Analyse

Algemeen beeld

Zoals toegelicht in hoofdstuk 3 van deze rapportage wordt onder goede ambulancezorg verstaan: ambulancezorg die tijdig, veilig, doeltreffend, doelmatig⁴³, cliëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de cliënt is. Vanuit verschillende perspectieven gaven respondenten aan zeer tevreden te zijn over de kwaliteit van de ambulancezorg in Nederland en dat de kwaliteit van ambulancezorg mondiaal goed staat aangeschreven. Dit is ook terug te zien in de resultaten van de driejaarlijkse, landelijke monitor patiëntervaringen van het Nivel. Patiënten gaven hierin aan zeer tevreden te zijn met de ontvangen ambulancezorg; het gemiddelde

⁴² Bijvoorbeeld het Kwaliteitskader Ambulancezorg, het Kwaliteitskader Mobiele zorg met psychiatrische hulpverlening, de nota Goede ambulancezorg, het Kwaliteitskader laag- en midden-complexe ambulancezorg, Ambulancezorg op het water, het Landelijk Protocol ambulancezorg, het Landelijk Protocol Zorgambulance en de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg. Ook geldt het Kwaliteitskader Spoedzorgketen voor zover dit betrekking heeft op de ambulancezorg en op de samenwerking in de keten.

⁴³ Doelmatigheid is een van de aspecten van de kwaliteit van ambulancezorg, maar deze behandelen we apart (hoofdstuk 10). Dit aspect verdient namelijk extra aandacht vanwege de aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan de RAV's.

rapportcijfer dat patiënten hiervoor gaven was een 9, zowel in 2016, 2019 als 2022⁴⁴. Over de kwaliteit van ambulancezorg in Nederland is meerdere malen door respondenten gezegd dat “het echt iets is om trots op te zijn”. Respondenten geven ook aan dat de Wazv heeft bijgedragen aan de kwaliteit van de ambulancezorg, onder andere door de stabiliteit die de wet heeft gebracht.

Knelpunten

Rondom de wettelijke waarborgen voor de kwaliteit van de ambulancezorg die in de Wazv en Razv zijn opgenomen wordt door respondenten één algemeen knelpunt genoemd, namelijk:

- Aanvullende waarborgen voor kwaliteit überhaupt in de Wazv of Razv
Daarnaast worden door de respondenten twee specifieke knelpunten genoemd, namelijk:
 - Streefnorm responstijden (artikel 5 lid 1, Razv)
 - Kwalificatie meldkamercentralist (artikel 5 lid 1, en artikel 7 lid 7, Razv)
- Alle drie de knelpunten lichten we hieronder toe.

Aanvullende waarborgen voor kwaliteit überhaupt in de Wazv of Razv

Enkele respondenten geven aan dat volgens hen waarborgen voor kwaliteit ‘an sich’ niet thuis horen in de Wazv en Razv. Kwaliteit wordt namelijk elders al gewaarborgd, onder andere in de Wkkgz en in het Kwaliteitskader dat tripartiet wordt vastgesteld. Elders in de zorg wordt het waarborgen van kwaliteit (door het formuleren van kwaliteitseisen) veelal overgelaten aan het veld en niet aan de wetgever; professionals beoordelen, op basis van hun medische expertise, samen met patiënten

en zorgverzekeraars wat goede zorg is en de inspectie houdt hier vervolgens toezicht op.

Vanuit het ministerie van VWS wordt juist veel waarde gehecht aan de waarborgen voor kwaliteit in de Wazv en de Razv, omdat het gaat om cruciale zorg⁴⁵ in handen van monopolistische aanbieders. RAV's hebben het alleenrecht om ambulancezorg te bieden, met vergunningen voor onbepaalde tijd. Anders dan gebruikelijk in de zorg is er bij ambulancezorg geen sprake van concurrentie, waardoor er geen alternatieve aanbieders van ambulancezorg beschikbaar zijn waarmee overeenkomsten kunnen worden afgesloten.

Door externe toezichthouders wordt daarnaast aangegeven dat enkele waarborgen voor kwaliteit in de Wazv en Razv (vrijwel) letterlijk overeenkomen met eisen uit andere wet- en regelgeving, waardoor het voor kan komen dat zij een RAV voor één tekortkoming twee separate aanwijzingen kunnen geven op basis van twee verschillende wetten. Zij geven daarom aan dat deze waarborgen daarom beter uit de Wazv en Razv gehaald kunnen worden. Een overzicht van overeenkomsten van de Wazv en Razv met andere wet- en regelgeving staat in bijlage 1 van deze rapportage.

Streefnorm responstijden (artikel 5 lid 1, Razv)

Het is van groot belang dat een ambulance in gevallen van allergrootste spoed snel ter plaatse is. In de Razv is een streefnorm voor A1-inzetten opgenomen, namelijk dat onder normale omstandigheden in 95% van de gevallen de patiënt binnen 15 minuten na de melding bereikt moet zijn.

⁴⁴ Nieuwsbericht Nivel 19 januari 2023, Patiënten wederom zeer tevreden over de ambulancezorg.

⁴⁵ Ambulancezorg is aangewezen als cruciale zorg in: Besluit beschikbaarheidbijdrage Wet marktordening gezondheidszorg, onderdeel A, onder 2, sub a van de bijlage bij dat besluit.

Deze streefnorm is oorspronkelijk ontstaan als planningsnorm en is niet medisch onderbouwd. Ook geldt de spreidingsnorm dat in een regio minstens 97% van de bevolking binnen 12 minuten rijtijd bereikt kan worden. Deze norm vormt de basis voor het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid⁴⁶.

Tijdigheid van ambulancezorg was het kwaliteitsaspect waar vanuit de ambulancesector veruit het merendeel van de respondenten specifiek op in ging. Het beeld dat hieruit naar voren kwam is dat het - vanuit medisch perspectief - met de tijdigheid van de ambulancezorg over het algemeen goed gesteld is, ook al wordt de streefnorm die hiervoor is opgenomen in de Razv niet altijd gehaald.

In het verlengde hiervan geven respondenten aan dat de streefnorm voor responstijd niet per se een goede maat is voor tijdigheid en kwaliteit:

- Respondenten merken op dat de huidige streefnorm responstijd niet wetenschappelijk en medisch onderbouwd is⁴⁷.
- Respondenten missen differentiatie in wat als 'tijdig' wordt gezien in relatie tot de hulpvraag van een patiënt. De streefnorm geldt voor alle inzetten met A1-urgentie, maar in de praktijk zijn er grote verschillen in wat medisch gezien tijdig is.
- Respondenten benadrukken dat kwaliteit méér is dan tijdigheid, terwijl dit door 'de buitenwereld' niet altijd zo gezien wordt. De ambulancesector wordt door de streefnorm vooral gestimuleerd om in te zetten op het behalen van deze norm (waarbij sprake kan zijn van politieke of publieke druk), en minder op andere aspecten van goede ambulancezorg.

Door het ministerie van VWS wordt aangegeven dat de streefnorm en het al dan niet opnemen hiervan in de Razv niet alleen een kwaliteitsvraagstuk betreft, maar ook een belangrijke maatschappelijke component heeft. Er is zuiver op basis van kwaliteit namelijk geen keuze te maken (sneller is meestal beter en voor echt urgente zaken is een paar minuten soms al te laat). Het gaat ook over het spanningsveld tussen de beschikbaarheid van ambulancezorg op verschillende plekken en de betaalbaarheid ervan.

Door de ambulancesector wordt aangegeven dat het vanuit het perspectief van (het verbeteren van) kwaliteit van de ambulancezorg van belang is om te kijken naar het totale proces (van melding tot en met het aanbieden van een patiënt bij het juiste ziekenhuis) en dus niet eenzijdig te focussen op de streefnorm voor responstijden.

Vanuit de meldkamer wordt aangegeven dat de norm veel druk legt op de triage, ofwel het goed definiëren van de hulpvraag van een melder. De tijd die de triage kost maakt namelijk onderdeel uit van de streefnorm voor de responstijd. De focus op snel moeten handelen kan ten koste gaan van de kwaliteit van de triage. Voor een deel van de meldingen (met name de meldingen waar niet elke seconde telt), zou het volgens de respondenten beter zijn als meer tijd genomen kan worden voor de triage.

Toezichthoudende partijen onderschrijven dat de huidige streefnorm voor responstijd geen uitputtende maat is voor kwaliteit. Ze geven tegelijkertijd ook aan dat het wel hun taak is om er op toe te zien, omdat de streefnorm in de Razv en het Kwaliteitskader Ambulancezorg is opgenomen.

⁴⁶ In het Landelijk Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid worden de standplaatslocaties aangewezen en het aantal ambulances dat per RAV moet worden ingezet.

⁴⁷ Zie ook het rapport van Nivel (2019) Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen, Een verantwoording voor de urgentie-indeling

De ambulancesector werkt aan het verbeteren van de urgentieclassificatie van hulpvragen en heeft hiervoor een implementatieplan⁴⁸ uitgewerkt dat inmiddels geïmplementeerd en geëvalueerd is⁴⁹. Door respondenten wordt aangegeven dat het goed zou zijn om in aanvulling daarop te verkennen wat een passende verdere differentiatie van tijdigheid is, gerelateerd aan de medische situatie van patiënten.

Kwalificatie meldkamercentralist (artikel 5 lid 1, en artikel 7 lid 7, Razv)

De meldkamerfunctie is onderdeel van de ambulancezorg. In de Wazv is bepaald dat de meldkamerfunctie⁵⁰ moet worden uitgeoefend door ‘ambulancezorgprofessionals’. Zij zorgen als meldkamercentralist voor het ontvangen, registreren en beoordelen van alle binnenkomende noodoproepen van burgers en andere zorgprofessionals. In de Wazv is geregeld dat alleen verpleegkundigen (zoals bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG) bevoegd zijn om de triage in het kader van de meldkamerfunctie uit te voeren.

Door respondenten wordt aangegeven dat de vereiste BIG-registratie van meldkamercentralisten de ontwikkeling van de sector kan belemmeren, bijvoorbeeld in het omgaan met personeelsschaarste. De minister van VWS heeft in september 2025 een ontwerpregeling naar de Staten-Generaal gestuurd waarin deze kwalificatie meer open wordt omschreven, naar een ambulancezorgprofessional die voldoet aan bepaalde vaardigheden en een bepaalde deskundigheid heeft⁵¹.

Weging knelpunten en relatie tot Wazv en Razv

Uit de interviews, maar ook uit de meting van patiëntervaringen, blijkt dat de ambulancezorg in Nederland van hoge kwaliteit is. De kwaliteit van de ambulancezorg is in belangrijke mate voorwerp van zelfregulering (via kwaliteitskaders en richtlijnen die zijn opgesteld door de sector), waarbij enkele aanvullende waarborgen in de Razv zijn opgenomen. Er bestaat verschil van inzicht tussen respondenten of er überhaupt aanvullende waarborgen in de Razv moeten worden opgenomen, of dat de kwaliteit van ambulance-zorg volledig voorwerp van zelfregulering moet zijn. Omdat ambulancezorg een cruciale vorm van zorg is in de keten van de acute zorg en omdat RAV's monopolisten zijn, is het ons inziens goed voorstelbaar dat de wetgever er voor heeft gekozen om aanvullende waarborgen op te nemen in de Razv.

De specifieke knelpunten die door de respondenten worden ervaren als gevolg van deze waarborgen, met name als het gaat om de streefnorm voor de responstijden en de kwalificaties van de meldkamercentralist, kunnen ons inziens echter belemmerend werken voor de gewenste en noodzakelijke toekomstige ontwikkelingen in de ambulancesector en een heroverweging ligt dan ook voor de hand.

6.2 Opties en overwegingen

Aanvullende waarborgen voor kwaliteit überhaupt in de wet

Op basis van deze evaluatie zien we enkele opties:

1. Alle aanvullende waarborgen voor kwaliteit in de Wazv en Razv behouden waarmee de mate van overheidsregulering waarvoor is

⁴⁸ AZN (2022) Verbeterde urgentie-indeling. Plan voor veilige implementatie

⁴⁹ Nivel (2025) Wat betekent de verbeterde urgentie-indeling voor de ambulancezorg? Evaluatie vanuit het perspectief van ambulancezorgprofessionals en patiënten

⁵⁰ Dat wil zeggen: de eerste triage (intake) van binnenkomende 112-oproepen.

⁵¹ Kamerstukken II 2025, 35471, nr. 40, p. 8

gekozen vanwege de aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan RAV's wordt gecontinueerd. De dubbelingen met andere wet- en regelgeving blijven dan ook bestaan. De IGJ kan voor deze dubbelingen in beleidsregels opnemen dat zij het handhavingstraject van de Wazv volgt, dit is gemakkelijker dan het aanpassen van de wet.

2. De dubbelingen met andere wet- en regelgeving uit de Wazv en Razv halen, zodat externe toezichthouders niet vanuit twee kaders toezicht behoeven te houden. Hiervoor is een wijziging van zowel de Wazv als de Razv nodig.
3. Alle aanvullende waarborgen voor kwaliteit (op termijn) volledig uit de Razv halen, zodat de sector gemakkelijker en sneller kan inspelen op nieuwe inzichten over hoe de kwaliteit verbeterd kan worden, en zodat ook het knelpunt van de dubbelingen is opgelost. Het naleven van kwaliteitseisen kan dan nog steeds worden afgedwongen (gehandhaafd) door de Minister (en IGJ) maar het normeren zelf (het formuleren van de kwaliteitseisen) hebben Minister en wetgever dan niet meer in de hand. Daarmee gaat dit ten koste van de mate van overheidsregulering, waarvoor gekozen is vanwege de aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan RAV's.

Daarnaast kan ervoor gekozen worden om een experimenteerbepaling in de Wazv op te nemen om binnen specifieke waarborgen voor kwaliteit tijdelijk experimenteerruimte te bieden. In hoofdstuk 8 gaan we hier verder op in.

Streefnorm responstijden

Op basis van deze evaluatie zien we drie opties:

1. De streefnorm voor responstijden te laten zoals deze nu is, maar dan blijven problemen met en tekortkomingen van deze norm bestaan.

2. De streefnorm voor responstijden aanpassen (en eventueel verder differentiëren), in lijn met de nieuwe urgentie-indeling, of na verdere doorontwikkeling van de urgentie-indeling. Daarmee wordt de norm geactualiseerd en is deze beter onderbouwd. Aanpassing van de norm kan gevolgen hebben voor het rekenmodel dat de onderlegger vormt voor Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid. De streefnorm blijft dan onderdeel uitmaken van de Razv, wat passend is bij het grote maatschappelijke belang van tijdige ambulancezorg en de koppeling tussen deze norm en de beschikbare middelen voor ambulancezorg.
3. De streefnorm voor responstijden uit de Razv halen en dit overlaten aan zelfregulering door het veld (door bijvoorbeeld te verwijzen naar het Kwaliteitskader Ambulance), in lijn met veel andere onderdelen van de zorg. De streefnorm voor de responstijd kan dan gemakkelijker worden geactualiseerd bij nieuwe inzichten en ontwikkelingen met betrekking tot tijdigheid in relatie tot kwaliteit. Dit gaat ten koste van de strikte overheidsregulering waarvoor is gekozen. Minister en wetgever hebben het formuleren van de streefnorm (het normeren) dan niet meer in de hand.

Kwalificatie meldkamercentralist (artikel 5 lid 1, en artikel 7 lid 7, Razv)

Op basis van de evaluatie zien we enkele opties voor verbetering:

1. De vereiste kwalificaties voor de meldkamercentralist in de Razv opener omschrijven, in lijn met de ontwerpregeling die naar de Staten-Generaal is gestuurd⁵²; hiervoor is ruimte mede doordat de meldkamerprocessen steeds meer geprotocolleerd zijn en steeds verder geautomatiseerd worden. Met een dergelijke aanpassing krijgt het veld meer ruimte om invulling te geven aan de meldkamerfunctie,

⁵² Kamerstukken II 2025, 35471, nr. 40

bijvoorbeeld in het geval van technologische ontwikkelingen en situaties van personeelsschaarste.

2. De vereiste kwalificaties voor de meldkamercentralist (op termijn) uit de Razv halen en deze overlaten aan zelfregulering door veld, in lijn met veel andere onderdelen van de zorg. De vereiste kwalificaties voor de meldkamercentralist kunnen dan gemakkelijker worden aangepast indien nieuwe inzichten en ontwikkelingen daarom vragen. Dit gaat ten koste van de overheidsregulering waarvoor gekozen is vanwege de aanwijzingen aan RAV's voor onbepaalde tijd.

6.3 Concluderend advies

Aanvullende wettelijke waarborgen voor kwaliteit

Dat de wetgever ervoor heeft gekozen om kwaliteitseisen voor ambulancezorgvoorzieningen niet louter voorwerp van zelfregulering te laten zijn, is ons inziens begrijpelijk. Niet alleen omdat ambulancezorg cruciale zorg en van groot maatschappelijk belang is, maar ook omdat de aanbieders van ambulancezorg monopolisten zijn. Hierdoor hebben zorgverzekeraars niet de mogelijkheid om bij de zorginkoop uit te wijken naar andere aanbieders wanneer de kwaliteit van een aanbieder niet voldoet. Monopolistische zorgaanbieders zullen zichzelf mogelijk niet de strengste kwaliteitseisen stellen, alhoewel de sector van de ambulancezorg wordt gekenmerkt door een sterke intrinsieke motivatie om hoogwaardige kwaliteit te leveren en de kwaliteitseisen tripartiet worden vastgesteld.

Op termijn kan overwogen worden om de aanvullende waarborgen voor kwaliteit uit de wet te halen en de Wazv en Razv meer in lijn te brengen met andere wet- en regelgeving in de zorg (*advies 4*). Daarbij ligt het voor de hand om afwegingen hieromtrent onderdeel te laten uitmaken van een meer fundamentele heroverweging van (de positionering van) de Wazv ten

opzichte van andere wet- en regelgeving (zoals de Politiewet en Wkkgz) en de actualiteit van bredere ontwikkelingen in de acute zorg (*advies 11*).

Waar de aanvullende waarborgen voor kwaliteit uit de Wazv en de Razv dubbelingen met de Wkkgz betreffen (zie bijlage 1), adviseren we de IGJ om in beleidsregels op te nemen dat zij het handhavingstraject van de Wazv volgt (*advies 5*). Het opstellen van beleidsregels is gemakkelijker dan het wijzigen van wet- en regelgeving.

Streefnorm responstijd

We adviseren om deze aan te passen aan de verbeterde urgentie-indeling (*advies 6*). Hierin zijn verschillende afwegingen te maken, zoals: worden alleen streefnormen gehanteerd of is op onderdelen ook sprake van een prestatienorm, maar ook welke exacte normtijden moeten gekoppeld worden aan welke urgentieclassificatie, en welke activiteiten maken onderdeel uit van de normtijden. De uitwerking hiervan vraagt een separaat onderzoek, dat moet worden opgepakt in nauwe samenspraak en samenwerking met de ambulancesector en met het RIVM, vanwege de koppeling met het model dat de basis vormt voor het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid.



Daarnaast is het belangrijk dat regelmatig geëvalueerd wordt of deze norm, ongeacht waar deze wordt vastgelegd, nog steeds passend is gezien de snelle ontwikkelingen in de keten van de acute zorg en indien nodig wordt bijgesteld. Daarbij zou het goed zijn om in de komende jaren verdere differentiatie van tijdigheid naar type hulpvraag te verkennen. Hiervoor is (wetenschappelijke) kennisontwikkeling nodig vanuit de sector.

Kwalificatie meldkamercentralist

De meer open omschrijving van de vereiste kwalificaties voor de meldkamercentralist in de Razv, zoals opgenomen in de ontwerpregeling die naar de Staten-Generaal gestuurd is⁵³, biedt het veld in onze ogen voor nu voldoende ruimte voor ontwikkeling en innovatie. We adviseren dan ook om deze aanpassing door te zetten (*advies 7*). Bij de volgende evaluatie van de wet kan worden nagegaan of de vereiste kwalificaties van de meldkamercentralist nog steeds voldoende ruimte bieden voor ontwikkeling en innovatie.



⁵³ Kamerstukken II 2025, 35471, nr. 40

7. Zorg en veiligheid

Iedereen die daarop is aangewezen goede ambulancezorg krijgen. In een deel van de gevallen vraagt dit om inzet vanuit alleen de ambulancezorg, de 'monodisciplinaire taak' van ambulancezorg. In andere gevallen, namelijk bij opgeschaalde zorg, vraagt dit om samenwerking met het veiligheidsdomein, de 'multidisciplinaire taak' van de ambulancezorg. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe respondenten de samenwerking tussen de ambulancezorg en het veiligheidsdomein ervaren.

Dit hoofdstuk draagt bij aan de beantwoording van de deelvragen D1, D2, T2, T3, T5 en T7 in hoofdstuk 11.

D1. Is de wet doeltreffend in zoverre dat deze de continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg borgt, onder normale omstandigheden en in tijden van crisis?

D2. Faciliteert de wet het maken van vereiste samenwerkingsafspraken waarmee kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg geborgd worden binnen de acute zorgketen?

T2. In de huidige ontwikkeling van de acute zorgketen wordt steeds meer ingespeeld op zorgcoördinatie, waarbij zorgpartijen de acute zorg gezamenlijk organiseren, zodat iemand met een acute zorgvraag goed wordt begeleid richting de meest passende zorg. Voorziet de Wazv in deze ontwikkeling en zo nee, hoe zou de Wazv hierop moeten worden aangepast?

T3. De RAV's zijn georganiseerd op het niveau van de veiligheidsregio. Is deze wijze van organisatie passend voor de toekomst en zo nee, is er een meer geschikt alternatief?

T5. Zijn er knelpunten in de Wazv en/of de Razv die de kwaliteit of continuïteit, of de flexibele ontwikkeling hiervan, belemmeren?

T7. Zijn er in algemene zin aanpassingen te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

7.1 Analyse

Algemeen beeld

Uit het onderzoek komt naar voren dat de ambulancezorg en partijen uit het veiligheidsdomein (zoals politie en brandweer) elkaar veelal goed weten te vinden in situaties van opgeschaalde zorg. De rolverdeling tussen de hulpverleners ter plaatse is over het algemeen helder en de samenwerking verloopt over het algemeen goed. De basis hiervoor is gelegd in de regionale samenwerkingsovereenkomsten tussen betrokken partijen op het niveau van de veiligheidsregio's.

Knelpunt(en)

Wel doen zich (in de samenwerking) tussen de ambulancezorg en het veiligheidsdomein knelpunten voor. Deze lichten we hieronder toe.

Spanning tussen zorg en veiligheid

De ambulancezorg heeft in alle situaties dezelfde kerntaak, namelijk het leveren van ambulancezorg. De context en/of de samenwerkingspartners kunnen verschillen, maar de aard van deze taak is dezelfde. In ongeveer 95% van de inzetten betreft dit samenwerking met uitsluitend partners in de acute zorg, de 'monodisciplinaire taak' van de ambulancezorg. In circa 5% van de gevallen gaat het om inzetten waarbij ook samengewerkt wordt met partijen uit het veiligheidsdomein, de 'multidisciplinaire taak' van de ambulancezorg. Bij een nog kleiner deel van de inzetten (minder dan 1% van het totaal) is er sprake van een crisissituatie.

Over hoe de multidisciplinaire taak van de ambulancezorg in de dagelijkse praktijk functioneert, geven zowel respondenten vanuit de ambulancezorg als het veiligheidsdomein aan dat ze hierover over het algemeen tevreden zijn.

Uit gesprekken blijkt tegelijkertijd dat er op bestuurlijk niveau spanning zit tussen de ambulancezorg en partijen uit het veiligheidsdomein. Redenen die genoemd zijn voor deze spanningen zijn onder meer:

- verschillen in opgaven waarvoor de ambulancezorg en het veiligheidsdomein staan (naast de gedeelde opgaven).
- een sterkere focus op efficiency bij een RAV en een sterkere focus op risicobeheersing bij partijen uit het veiligheidsdomein.
- verschillen in cultuur en governance (zie hoofdstuk 9 van dit rapport).

- De gelimiteerde beschikbaarheid van tijd en/of middelen binnen de ambulancezorg.

Door het grote verschil in de verdeling van de inzetten van ambulancezorg tussen de multidisciplinaire en de monodisciplinaire taak, zijn RAV's vaak meer gericht op (het doeltreffender en/of het doelmatiger invullen van) de monodisciplinaire taak. Daarbij komt dat het zorgdomein voor grote opgaven staat, zoals een toenemende veranderende zorgvraag, een toenemende personeelsschaarste en (daarmee) een noodzaak voor verdere optimalisatie van de ketensamenwerking in de brede keten van de acute zorg, bijvoorbeeld op het gebied van zorgcoördinatie.

Vanuit de ambulancezorg wordt aangegeven dat er knelpunten worden ervaren in de samenwerking met het veiligheidsdomein op het gebied van de meldkamer. In de regionale LMS-meldkamers moeten de RAV's fysiek aanwezig zijn. Dit wordt door de RAV's als knelpunt ervaren in relatie tot de doelmatige inzet van personeel en voor de ontwikkelingen op het gebied van zorgcoördinatie (zie hoofdstuk 9). Ook bieden de kaders van de LMS-meldkamers de ambulancezorg beperkte mogelijkheden om te innoveren (zie hoofdstuk 8).

Tegelijkertijd blijft de ambulancezorg met haar multidisciplinaire taak een onmisbare partner voor het veiligheidsdomein. Dit wordt benadrukt door zowel partijen uit het veiligheidsdomein als door de ambulancesector. Het is van groot belang dat de inzet en doorontwikkeling van ambulancezorg ook geborgd is als het de multidisciplinaire taak betreft. In algemene zin wordt door partijen uit het veiligheidsdomein aangegeven dat de huidige samenwerking met de ambulancesector verder kan verbeteren door:

- Meer transparantie vanuit ambulancezorg naar het veiligheidsdomein over beschikbare capaciteit en prestaties, specifiek met het oog op risicobeheersing.

- Meer samen te leren en ontwikkelen, door gezamenlijk te oefenen en te reflecteren.

Door respondenten zijn twee voorbeelden genoemd van situaties waarin de overwegingen rondom de inzet van ambulancezorg op gespannen voet kan staan met afwegingen vanuit het veiligheidsdomein:

- Inzet bij evenementen: een burgemeester is verantwoordelijk voor de openbare orde en veiligheid en beslist of en onder welke voorwaarden een vergunning voor een evenement wordt verleend. Als het gaat om de inzet van ambulancezorg wordt de burgemeester geadviseerd door de GHOR. Tegelijkertijd heeft de burgemeester geen zeggenschap over of en hoeveel ambulances daadwerkelijk beschikbaar worden gesteld, dat is aan de RAV. Een RAV maakt vervolgens een brede afweging. De paraatheid van ambulances bij een evenement heeft gevolgen voor de beschikbaarheid van diezelfde ambulances voor de reguliere ambulancezorg en voor de doelmatige inzet van ambulances.
- Inzet bij flitsrampen en crisissen: in de praktijk kan spanning ontstaan tussen de afronding van de inzet van ambulances bij een flitsramp of crisis en het vervolgens weer beschikbaar stellen van die ambulances voor vervolginzet⁵⁴. Vanuit het veiligheidsperspectief is debriefing en evaluatie van de inzet van een ambulance bij een flitsramp of crisis gewenst (om ervan te kunnen leren), terwijl het vanuit het perspectief van beschikbaarheid wenselijk kan zijn dat een ambulance door de MKA wordt teruggeroepen, zodat deze weer ingezet kan worden.

Zowel door de partijen uit het veiligheidsdomein als door de RAV's wordt benadrukt dat ze over het algemeen positieve ervaringen met de huidige

operationele samenwerking tijdens evenementen, flitsrampen en crisis-situaties.

Flexibiliteit in kwaliteitseisen bij grootschalige en langdurige rampsituaties

Enkele respondenten vanuit de ambulancezorg geven aan de indruk te hebben dat er onvoldoende flexibiliteit zit in kwaliteitseisen die gelden voor ambulanceprofessionals in het geval van grootschalige en langdurige rampsituaties. In deze situaties kunnen er tekorten ontstaan (bijvoorbeeld aan ambulancezorgprofessionals of persoonlijke beschermingsmiddelen), waardoor niet aan de kwaliteitseisen voldaan kan worden. Om patiënten zo goed mogelijk te kunnen helpen is er ruimte nodig voor pragmatische oplossingen. Men vraagt zich af of deze ruimte en flexibiliteit er voldoende is. Eventuele onduidelijkheid als het gaat om het al dan niet mogen afwijken van kwaliteitseisen, kan volgens deze respondenten leiden tot (ongewenste) terughoudendheid in het handelen van de ambulancezorg-professionals, omdat zij zich onvoldoende 'gedekt voelen in 'het moeten handelen naar omstandigheden'.

Weging knelpunten en relatie tot Wazv en Razv

Hoewel de samenwerking in het veld tussen de ambulancezorg en partijen uit het veiligheidsdomein operationeel over het algemeen goed verloopt, zijn de genoemde knelpunten ons inziens wezenlijk en vragen deze aandacht. De oorzaken van de knelpunten liggen voornamelijk bij verschillen in visie, belangen, opgaven, culturen en werkwijzen. Daarbij merken we op dat de samenwerking tussen de ambulancezorgsector en het veiligheidsdomein in belangrijke mate geregeld is in de Politiewet en de Wet veiligheidsregio's en in mindere mate in de Wazv of Razv.

⁵⁴ AZN definieert flitsrampen als "een zich acuut voltrekkend incident met meer dan 10 gewonden", voorbeelden hiervan kunnen zijn brand met gevaarlijke stoffen, hoogwaterramp en extreme weersomstandigheden.

7.2 Opties en overwegingen

Spanning tussen zorg en veiligheid

Op basis van deze evaluatie zien we twee opties met betrekking tot de spanning tussen zorg en veiligheid:

1. De wet- en regelgeving ongewijzigd laten, en inzetten op een betere invulling van de vereiste samenwerkingsafspraken (in algemene zin en specifiek in het geval van evenementen en flitsrampen) om genoemde punten aan te pakken; zo is in artikel 5.1 van het Besluit veiligheidsregio's al opgenomen dat er samenwerkingsafspraken moeten zijn tussen partijen over de wijze van trainen en oefenen.
2. Aanvullende vereisten aan samenwerking tussen de ambulancezorg en het veiligheidsdomein opnemen in wet- en regelgeving (zoals over transparantie van ambulancezorg naar het veiligheidsdomein rondom beschikbare capaciteit en over gezamenlijk leren en ontwikkelen door samen te oefenen en te reflecteren). Dit sluit echter niet aan bij de scope van de Wazv, maar valt onder de Wet veiligheidsregio's. In artikel 5.1 van het Besluit veiligheidsregio's staat welke schriftelijke afspraken RAV's moeten maken met het bestuur van de veiligheidsregio's en in artikel 15 van de Razv wordt hiernaar verwezen.

Flexibiliteit in kwaliteitseisen bij grootschalige en langdurige rampsituaties

Het vraagstuk wat betreft eventueel knellende kwaliteitseisen bij de inzet van ambulances in het geval van grootschalige, langdurige rampsituaties valt in onze ogen buiten de huidige scope van de Wazv. Voor de mogelijk gewenste en/of noodzakelijke flexibiliteit in de kwaliteitseisen en hoe de verantwoordelijkheden daaromheen geregeld zijn, moet gekeken worden naar bepalingen met betrekking tot crisisplannen in het uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz en de Wet veiligheidsregio's, en eventueel naar noodwetgeving (bijvoorbeeld artikel 103 Grondwet).

In hoofdstuk 9 beschrijven we opties met betrekking tot de knelpunten die volgen uit de huidige kaders voor en de verplichte colocatie binnen voor de regionale LMS-meldkamers.

7.3 Concluderend advies

De samenwerking tussen de ambulancezorg en partijen uit het veiligheidsdomein verloopt operationeel over het algemeen goed. Op bestuurlijk niveau is sprake van een zeker spanningsveld tussen beide domeinen, waarbij oorzaken voornamelijk liggen bij verschillen in visie, belangen, opgaven, culturen en werkwijzen. Voor de ervaren knelpunten in de samenwerking (meer transparantie over capaciteit en prestaties, meer gezamenlijk oefenen en reflecteren, betere afstemming over inzet van ambulances bij evenementen, flitsrampen en crisis) adviseren we om in te zetten op verdere concretisering en betere invulling van de reeds vereiste samenwerkingsafspraken (*advies 8*). Een eventuele aanscherping van de wet- en regelgeving valt buiten de scope van de Wazv en de Razv. Aanvullende wet- en regelgeving zou bovendien de ruimte voor ontwikkeling en innovatie van de ambulancezorg kunnen beperken. Bij een eventuele evaluatie van de Wet veiligheidsregio's kan nog eens kritisch gekeken worden naar de vereiste samenwerkingsafspraken tussen RAV's, de veiligheidsregio's en partijen uit het veiligheidsdomein. Dit geldt ook bepalingen wat betreft crisisplannen in relatie tot de mogelijk knellende kwaliteitseisen in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz en in de Wet veiligheidsregio's (*advies 9*).

In hoofdstuk 8 en 9 gaan we in op de knelpunten die worden ervaren in de samenwerking op de regionale LMS-meldkamers.

8. Innovatie en lerend vermogen

De Wazv heeft onder andere als doel het structureel waarborgen van innovatie, zodat patiënten ook in de toekomst verzekerd zijn van passende, tijdige en doelmatige ambulancezorg. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe respondenten de innovatie en het lerend vermogen van de ambulancezorg ervaren en wat dit (van de Wazv en/of de Razv) vraagt richting de toekomst.

Dit hoofdstuk draagt bij aan de beantwoording van de deelvragen D1, T2, T3, T4, T5 en T7 in hoofdstuk 11.

D1. Is de wet doeltreffend in zoverre dat deze de continuïteit en kwaliteit van ambulancezorg borgt, onder normale omstandigheden en in tijden van crisis?

T2. In de huidige ontwikkeling van de acute zorgketen wordt steeds meer ingespeeld op zorgcoördinatie, waarbij zorgpartijen de acute zorg gezamenlijk organiseren, zodat iemand met een acute zorgvraag goed wordt begeleid richting de meest passende zorg. Voorziet de Wazv in deze ontwikkeling en zo nee, hoe zou de Wazv hierop moeten worden aangepast?

T3. De RAV's zijn georganiseerd op het niveau van de veiligheidsregio. Is deze wijze van organisatie passend voor de toekomst en zo nee, is er een meer geschikt alternatief?

T4. Is er bij iedere RAV voldoende sprake van innovatie en lerend vermogen en zo ja, heeft de wet voldoende waarborgen dat dit op de langere termijn het geval blijft?

T5. Zijn er knelpunten in de Wazv en/of de Razv die de kwaliteit of continuïteit, of de flexibele ontwikkeling hiervan, belemmeren?

T7. Zijn er in algemene zin aanpassingen te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

8.1 Analyse

Algemeen beeld

Vanuit de Wazv heeft de ambulancesector de opdracht om te innoveren. Volgens artikel 3 lid 2 van de Razv moeten RAV's jaarlijks kwaliteitsinformatie openbaar maken, waarbij de vooruitgang ten opzichte van het voorgaande jaar zichtbaar wordt gemaakt en waarin wordt aangegeven wat de RAV's aan innovatie hebben gedaan in het betreffende jaar.

De ambulancesector geeft invulling aan leren en innoveren door onder meer:

- het opzetten en uitvoeren van zorginnovatietrajecten en door het ontwikkelen en implementeren van nieuwe technologieën;
- het verzamelen en analyseren van feedback van patiënten en ketenpartners en het omzetten van bevindingen in verbeteracties;
- het verzamelen en analyseren van kwaliteitsinformatie uit de verschillende fasen van het ambulancezorgproces⁵⁵, op basis waarvan zorgprocessen verbeterd en bijgestuurd worden;
- het uitvoeren van periodieke onderlinge visitaties conform de wettelijke eis van één keer in de vijf jaar, waarvoor de zeven pijlers⁵⁶ uit de nota Goede ambulancezorg de basis vormen;
- het (laten) uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek, op basis van een periodieke onderzoeksagenda⁵⁷;
- de kennisontwikkeling en praktijkervaringen tussen de RAV's onderling te delen.

Voorbeelden van innovaties waaraan wordt gewerkt zijn:

- Technische innovaties, zoals de ontwikkeling en de toepassing van een Troponine-meter voor de detectie van hartinfarcten;
- Innovaties zoals de functiedifferentiatie in laag- midden en hoogcomplexe en master opgeleiden om patiënten de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats te bieden, of de inzet van master opgeleiden (VS/PA) in het medisch management (zie bijlage 2);

- Innovaties op het gebied van vervoersmiddelen, om patiënten de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats te bieden (denk aan ambulancemotoren, ambulancefietsen, rapid responders, maar ook de inzet van solo ambulances);
- Innovaties op het gebied van communicatie in de keten, zoals de ontwikkeling van een nieuw platform, naast het C2000- en de meldkamersystemen, en innovaties voor het (tijdig) opvragen van informatie door bijvoorbeeld een spoedsamenvatting bij de huisarts of een feedbackbericht vanuit de SEH naar de RAV;
- Innovaties met betrekking tot uitgestelde triage, zoals de ontwikkeling van een systeem dat de triagist beter kan ondersteunen om het juiste type zorg in te zetten voor de juiste melding.
- Innovaties op het gebied van AI, om slimmer te werken op onder meer de meldkamers.

Knelpunt(en)

Diverse respondenten geven aan dat prikkels voor innovatie in de sector van de ambulancezorg verschillen van prikkels voor innovatie in andere onderdelen van de zorg, vanwege keuzes van de wetgever op het gebied van de borging van de continuïteit van de ambulancezorg. De algemene veronderstelling is dan dat concurrentie innovatie en doelmatigheid kan stimuleren, terwijl in de ambulancesector geen sprake is van concurrentie.

Andere respondenten benadrukken de zorg in algemene zin en de sector van de ambulancezorg in specifieke zin, een grote drijfveer heeft om te

⁵⁵ Het kwaliteitskader 2.0 is hierbij leidend. Het kwaliteitskader bestaat uit 23 signalen die zicht geven in de kwaliteit van ambulancezorg over de hele breedte. Een deel van deze signalen is voorzien van streef- en minimale waarden. De resultaten van het kwaliteitskader worden gepubliceerd in het sectorkompas.

⁵⁶ Goed bestuur, beschikbare en bereikbare zorg, samenwerking in de keten, professionaliteit en medisch management, HR-beleid, continu verbeteren, patiënt centraal.

⁵⁷ Voor de periode 2021 – 2026 gaat het om de thema's: mobiel zorgconsult, registratie en uitwisseling van patiëntgegevens in de zorgketen, zorgcoördinatie, samenwerking met partners binnen het zorgdomein, zorgdifferentiaties, triage en urgentie-indeling en kwetsbare ouderen.

innoveren, vanuit een sterke en intrinsieke motivatie om patiënten zo goed mogelijk te helpen. In het verlengde hiervan wordt door respondenten opgemerkt dat – juist omdat de RAV's geen concurrenten van elkaar zijn en er sprake is van aanwijzingen voor onbepaalde tijd – de RAV's opener naar elkaar kunnen zijn en collectiever kunnen optreden, wat de (gezamenlijke) innovatie van de sector juist bevordert. Ook wordt aangegeven dat de zorgverzekeraars en de AZN een belangrijke rol hebben in het faciliteren en het aanjagen van innovaties en dat deze rol nog meer en prominenter kan worden ingevuld. Daarnaast wordt opgemerkt dat het ministerie van VWS als 'systeemverantwoordelijke partij' een rol heeft en wellicht nog meer kan hebben bij het stimuleren en het 'richten' van innovaties in de ambulancezorg, bijvoorbeeld als het gaat om innovaties in de bredere keten van acute zorg. Het ministerie van VWS kan bijvoorbeeld komen met een verzoek om of een opdracht voor een specifieke kennisagenda vanuit de ambulancesector op dit gebied.

Uit de evaluatie zijn diverse factoren naar voren gekomen die niet per se bevorderend zijn voor (het stimuleren van) innovatie, zoals:

- *Beperkte sturing en regie op innovatie* – respondenten geven aan dat op het gebied van innovatie op sectorniveau beperkte sturing en regie aanwezig is. Dit betreft bijvoorbeeld het signaleren van landelijke knelpunten, het aanjagen van kennisdeling, het maken van afwegingen op welke innovaties wordt ingezet, het leveren van projectleiders voor het ontwikkelen en implementeren van innovaties, et cetera.
- *Schaalgrootte van en samenwerking tussen RAV's* – diverse respondenten geven aan dat het voor de innovatiekracht van RAV's gunstig kan zijn om een grotere schaalgrootte te hebben en/of om meer en beter RAV-overstijgend samen te werken op het gebied van innovaties. Andere respondenten merken op dat juist de relatief kleine schaalgrootte van RAV's het gemakkelijk(er) maakt om slagvaardig te kunnen innoveren.

- *Afhankelijkheid van (de beleidsplannen van) de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS)* – diverse respondenten geven aan dat regionale ideeën en initiatieven voor innovaties in de meldkamers op landelijk niveau afgestemd moeten worden en dat dit (veel) afstemmings- en doorlooptijd kost. Andere respondenten merken op dat juist meer en betere sturing en regie op regionale ideeën en initiatieven wenselijk is. Ook wordt aangegeven dat de LMS wil dat gebruikt wordt gemaakt van dezelfde gemeenschappelijke systemen, maar deze bieden volgens respondenten slechts beperkt de mogelijkheid voor het toevoegen van medische functionaliteiten en innovaties. Andere respondenten vragen zich af of in elk gemeenschappelijk systeem medische functionaliteiten ingebouwd moeten kunnen worden, of dat het juist wenselijker is om gemeenschappelijke basissystemen te kunnen koppelen met beroeps-specifieke systemen, omdat dit meer flexibiliteit en mogelijkheden voor innovaties biedt.
- *Verplichte colocatie in de regionale LMS-meldkamers* – verschillende respondenten geven aan dat de verplichte colocatie in de LMS-meldkamers de ontwikkeling van zorgcoördinatie hindert, omdat het hiervoor wenselijk kan zijn om de meldkamer ambulancezorg in de eigen regio, in een centrum voor zorgcoördinatie, te huisvesten. Andere respondenten merken op dat de technische mogelijkheden om de meldkamer ambulancezorg buiten LMS-meldkamers uit te voeren (vooralsnog) beperkt en minder veilig en robuust zijn. Respondenten geven ook aan dat de verplichte colocatie knelpunten kan opleveren vanwege het beroepsgeheim. Anderen deelnemende partijen mogen niet meeluisteren of -kijken bij meldingen, wat bijvoorbeeld innovaties rondom beeldbellen bemoeilijkt.
- *Besteding van vrije marge* – in artikel 22 van de beleidsregel regionale ambulancezorgvoorzieningen van de NZa staat dat de vrije marge van de vergoedingen voor de ambulancezorg bedoeld is voor 'innovatie,

verbetering van de zorgkwaliteit en verbetering van de prestaties'. De ruimte in de vrije marge is de afgelopen jaren toegenomen van 2,75% naar 4,5%. Tegelijkertijd wordt door respondenten opgemerkt dat, juist doordat middelen ook voor verbetering van zorgkwaliteit en prestaties mogen worden besteed, het niet vanzelfsprekend is dat deze middelen (ook) voor innovaties worden aangewend.

- *Wettelijke eisen* – de aanvullende waarborgen voor kwaliteit en eisen aan de governance van RAV's opgenomen in de Wazv en Razv kunnen innovaties in de weg staan doordat ze hiervoor geen ruimte bieden (zie hoofdstuk 6 en 9).
- *Streefnorm responstijd* – respondenten geven aan dat de sector vooral gestimuleerd wordt om in te zetten op het behalen van de streefnorm en dat daarbij sprake kan zijn van politieke en maatschappelijke druk. Dit kan ten koste gaan van innovatie voor wat in bredere zin het beste is voor patiënten.
- *Personeelsverloop Medisch Management Ambulancezorg (MMA)* – door respondenten is aangegeven dat het relatief hoge verloop binnen het MMA een knelpunt kan vormen voor innovaties, omdat medisch managers een belangrijke aanjager zijn van innovaties. Doordat artsen vaak voor een beperkte periode actief zijn in deze functie, is het echter lastig om een heldere, gezamenlijke visie op de benodigde doorontwikkelingen van de ambulancezorg te ontwikkelen en op basis daarvan innovaties te realiseren.

Weging knelpunten en relatie tot Wazv en Razv

Zowel op het niveau van RAV's als op sectorniveau wordt volop geleerd en gewerkt aan innovaties, veelal vanuit een sterke en intrinsieke motivatie om patiënten de best mogelijke zorg te bieden. Door meer samen te werken kan dit verder verbeterd worden, hiervoor is sturing en regie op innovaties door financiers (de zorgverzekeraars) en de sector zelf (onder

meer door branchevereniging AZN) van groot belang. Ook kan overwogen worden om specifieke factoren die belemmerend werken voor innovaties weg te nemen.

8.2 Opties en overwegingen

Als het gaat om het versterken van leren en innoveren zien we een aantal opties:

1. Alsnog kiezen voor marktwerking en de monopoliepositie van RAV's wegnemen. Dit staat echter haaks op keuzes die gemaakt zijn bij het opstellen van de Wazv (het aanwijzen van ambulancezorg als een niet-economische dienst van algemeen belang) en op hoe de sector van ambulancezorg historisch is gegroeid. Bovendien kan het leiden tot ongewenste, niet-acceptabele discontinuïteit in de uitvoering van de ambulancezorg én is het de vraag of marktwerking daadwerkelijk leidt tot meer innovatie in de ambulancesector.
2. De schaalgrootte van de RAV's vergroten en/of inzetten op een betere samenwerking tussen RAV's. Door vermindering van het aantal RAV's, neemt de schaalgrootte van RAV's toe. Dit kan de innovatiekracht van de RAV's bevorderen. Dit is echter niet eenvoudig om te realiseren, terwijl de gevolgen zeer ingrijpend zijn en mogelijk kunnen leiden tot niet-acceptabele discontinuïteit in de uitvoering van ambulancezorg. Inzetten op betere samenwerking tussen RAV's op het gebied van innovatie ligt meer voor de hand. Bovendien kunnen kleine RAV's juist ook slagvaardiger zijn.
3. De sturing en regie op innovatie door de RAV's en de ambulancesector vergroten, door de zorgverzekeraars en de AZN hierin een sterkere rol te laten vervullen. Ook het ministerie van VWS kan bijdragen aan het stimuleren en 'richten' van innovatie in deze sector, door als systeem-verantwoordelijke partij te sturen op een specifieke kennisagenda van de ambulancezorg binnen de bredere keten van de acute zorg.

4. De NZa kan in de beleidsregel regionale ambulancezorgvoorzieningen een deel van het budget voor de ambulancezorg oormerken voor innovaties, waarbij het van belang is dat wordt beoordeeld of het geoormerkte deel van de vergoeding zinvol wordt ingezet. Dit zou betekenen dat een norm wordt opgelegd voor hoeveel besteed moet worden aan innovatie ongeacht de situatie, anders dan bij de huidige onderhandelbare budgetpost. Nadeel hiervan is dat er minder flexibiliteit is in de besteding van het budget en dat het geen rekening houdt met de (wisselende) noodzaak en doelmatigheid van innovaties.
5. De RAV's kunnen voor innovaties kijken naar alternatieve financieringsvormen, mocht hiervoor onvoldoende budget beschikbaar zijn vanuit de vrije marge. Mogelijk kan er gekeken worden naar de 'Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten'.
6. De streefnorm voor responstijd aanpassen aan de nieuwe urgentie-indeling, zodat deze een passende stimulans biedt voor innovatie (zie hoofdstuk 6).
7. Kwaliteitseisen aan de ambulancezorg en/of eisen aan de governance van RAV's uit de Wazv dan wel Razv halen om meer experimenteer-ruimte te bieden aan de ambulancesector. Dit zou ten koste gaan van de strikte overheidsregulering waarvoor gekozen is.
8. Het opnemen van een of meerdere experimenteerbepalingen om experimenteerruimte te bieden binnen eisen aan kwaliteit en governance die in de Wazv en Razv zijn opgenomen (zie

Experimenteerbepaling

Als ervoor gekozen wordt om kwaliteitseisen aan de ambulancezorg en/of eisen aan de governance van RAV's in de Wazv en Razv te laten staan, dan kan ervoor gekozen worden om voor één of meerdere specifieke eisen een experimenteerbepaling op te nemen in de Wazv. Dit zou de Minister de mogelijkheid bieden om 'bij ministeriële regeling'

tijdelijk (bijvoorbeeld maximaal 5 jaar) van de betreffende eis af te wijken om ruimte te bieden aan een experiment. Als dit experiment succesvol is kan het vervolgens worden opgevolgd door een aanpassing van de betreffende eis in de Wazv of Razv.

Een bekend voorbeeld van een experimenteerbepaling is artikel 36a van de Wet Beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Deze luidt: *"Bij algemene maatregel van bestuur kan in afwijking van artikel 36 van deze wet (...) bij wijze van experiment worden bepaald, dat voor een termijn van maximaal vijf jaar een bij de maatregel omschreven categorie van beroepsbeoefenaren, die werkzaam is op het gebied van de individuele gezondheidszorg en die met goed gevolg een bij de maatregel aangewezen opleiding met betrekking tot de aan te wijzen voorbehouden handeling heeft afgerond, wordt aangewezen als zijnde bevoegd tot het verrichten van in die maatregel aangewezen handelingen."*

Voor het terugdringen van het verloop binnen het MMA zijn uit deze evaluatie geen verbetermogelijkheden (met betrekking tot de Wazv of de Razv) naar voren gekomen.

8.3 Concluderend advies

Voor het versterken van leren en innoveren doen we een aantal adviezen:

- We adviseren in te zetten op meer en betere landelijke sturing en regie op innovatie in de ambulance-sector (en op de RAV-overstijgende samenwerking daarbij) adviseren we om de zorgverzekeraars en de AZN hierin een sterkere rol te laten vervullen (*advies 10*).
- We geven het ministerie van VWS in overweging de ambulancesector te vragen en/of een opdracht te geven om te komen met een voorstel voor een kennisagenda als het gaat om de toekomstige positionering en rolinvulling van de ambulancezorg in de bredere keten van de acute

zorg en om de ambulancesector hier vervolgens invulling aan te laten geven. Een dergelijke kennisagenda kan onder andere input leveren voor een eventuele verdere afbakening van ambulancezorg in de Wazv (*advies 11*, zie hoofdstuk 4).

- We adviseren RAV's te kijken naar alternatieve financieringsvormen, mocht vanuit de vrije marge onvoldoende budget beschikbaar zijn voor innovatie (*advies 12*). Mogelijk kan hiervoor gekeken worden naar de 'Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten'.
- We adviseren de wetgever te overwegen experimenteerbepalingen in de Wazv op te nemen om ruimte te creëren voor innovaties waarbij het nodig is om af te wijken van (zorginhoudelijke) kwaliteitseisen en eisen aan de governance in de Wazv of de Razv (*advies 13*).



Als het gaat om adviezen over het aanpassen van de streefnorm voor responstijden verwijzen we naar hoofdstuk 6. Voor adviezen die betrekking hebben op de meldkamers verwijzen we naar hoofdstuk 9.

9. Governance

In de Wazv zijn een aantal bepalingen over de governance bij RAV's opgenomen. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de respondenten de governance van de ambulancezorg ervaren, zowel binnen de RAV's als op de meldkamer en wat dit (van de Wazv en/of de Razv) vraagt richting de toekomst.

Dit hoofdstuk draagt bij aan de beantwoording van de deelvragen D2, T1, T2, T3, T5, T6 en T7 in hoofdstuk 11.

D2. Faciliteert de wet het maken van vereiste samenwerkingsafspraken waarmee kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg geborgd worden binnen de acute zorgketen?

T1. Voorziet de huidige governance op de Meldkamer Ambulancezorg (MKA's) en van de RAV's erin dat de RAV's flexibel en efficiënt kunnen reageren op een veranderende en toenemende zorgvraag en veranderingen in de samenwerking in de acute zorgketen?

T2. In de huidige ontwikkeling van de acute zorgketen wordt steeds meer ingespeeld op zorgcoördinatie, waarbij zorgpartijen de acute zorg gezamenlijk organiseren, zodat iemand met een acute zorgvraag goed wordt begeleid richting de meest passende zorg. Voorziet de Wazv in deze ontwikkeling en zo nee, hoe zou de Wazv hierop moeten worden aangepast?

T3. De RAV's zijn georganiseerd op het niveau van de veiligheidsregio. Is deze wijze van organisatie passend voor de toekomst en zo nee, is er een meer geschikt alternatief?

T5. Zijn er knelpunten in de Wazv en/of de Razv die de kwaliteit of continuïteit, of de flexibele ontwikkeling hiervan, belemmeren?

T6. Is er binnen de huidige kaders van de Wazv de mogelijkheid tot doelmatigheidswinst, gegeven de doelstelling dat er sprake is van continuïteit en de wijze van bekostiging op basis van beschikbaarheid?

T7. Zijn er in algemene zin aanpassingen te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

9.1 Analyse

Algemeen beeld

Zoals eerder beschreven in deze rapportage is sprake van publiekrechtelijk en privaatrechtelijk vormgegeven RAV's; 10 RAV's functioneren op basis van een Gemeenschappelijke Regeling, 5 op basis van een stichting, 5 op basis van een coöperatie en 5 op basis van een BV. Daarmee is sprake van verschillen tussen RAV's in de wijze waarop het bestuur en het toezicht (de

governance) vorm krijgt. Deze RAV's hebben zich te verhouden tot onder meer 10 ROAZ-regio's en 25 Veiligheidsregio's, waarbij geldt dat de RAV's samenwerkingsafspraken moeten maken met partijen uit respectievelijk de acute zorg en uit het veiligheidsdomein. In sommige regio's is daarbij sprake van congruente regio-indelingen, terwijl in andere regio's sprake van een niet-congruente regio-indeling⁵⁸. De RAV's werken ook samen met het veiligheidsdomein in de 10 LMS-meldkamers, waarbij sprake is van een multi-governance.

De governance van de ambulancezorgsector wordt dus gekenmerkt door diversiteit en complexiteit. In de praktijk weten partijen hier goed mee om te gaan. Verschillende respondenten geven aan dat het opvallend is dat de ambulancezorg, gegeven deze diversiteit en complexiteit, goed functioneert en van hoogwaardige kwaliteit is. Dit geldt zowel voor de 'monodisciplinaire taak' als voor de 'multidisciplinaire taak' (zie hoofdstuk 7 van deze rapportage). Tegelijk worden ook knelpunten gezien. Deze lichten we hieronder toe.

Knelpunten

Rechtsvormen van de regionale ambulancezorgvoorzieningen

Met het oog op de continuïteit hebben dezelfde aanbieders als onder de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) een aanwijzing voor onbepaalde tijd gekregen. Daarbij zijn in de Wazv extra eisen gesteld aan het bestuur en het interne toezicht van de RAV's 'vanwege het grote publieke belang van goede ambulancezorg, het grote publieke belang van de continuïteit van de ambulancezorg en de monopoliepositie die de RAV's in de regio hebben voor onbepaalde tijd', zoals beschreven in de Memorie van toelichting.

Hierbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de Governancecode Zorg⁵⁹ en de Wet toetreden aanbieders (zoals die op 1-1-2022 in werking is getreden). Ook is gekeken naar de governance van andere organisaties met een sterk publiek karakter.

Respondenten bevestigden dat de keuze voor het geven van aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan dezelfde aanbieders als onder de Twaz heeft bijgedragen aan de continuïteit van de ambulancezorg (zie hoofdstuk 5). Deze keuze heeft er ook voor gezorgd dat de bestaande situatie met zowel publiekrechtelijk als privaatrechtelijk vormgegeven RAV's behouden is. Uit de gesprekken volgt dat of een RAV publiek dan wel privaat georganiseerd is een rol *kan* spelen in de samenwerking met andere partijen. Dit is echter niet per definitie het geval; het functioneren van de samenwerking hangt van meer factoren af dan de rechtsvorm van de RAV. Enkele respondenten geven aan dat private RAV's zich op bestuurlijk niveau soms gemakkelijker weten te verhouden tot zorgpartijen, dan tot partijen uit het veiligheidsdomein. Zorgpartijen zijn immers over het algemeen ook privaatrechtelijk georganiseerd. RAV's en zorgpartijen delen dan dezelfde governance-principes en hebben beide ervaring met contracteringsprocessen en zorginhoudelijke samenwerking. In aanvulling daarop wordt aangegeven dat de publieke RAV's zich op bestuurlijk niveau juist soms gemakkelijker weten te verhouden tot het veiligheidsdomein, dat publiekrechtelijk georganiseerd is. RAV's en partijen uit het veiligheidsdomein delen dan dezelfde governance-principes en hebben beide ervaring met bestuurlijke structuren als gemeenteraden en besturen van veiligheidsregio's. Andere respondenten geven aan dit beeld niet te herkennen.

⁵⁸ In elk van de 25 veiligheidsregio's is er een RAV, deze veiligheidsregio's zijn vervolgens verdeeld over 10 regio's van de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS) (1 tot 5 veiligheidsregio's per LMS-regio), en daarnaast zijn er nog 10 ROAZ-regio's (per ziekenhuis aangewezen als traumacentrum is er een ROAZ-regio) waarvan de geografische grenzen soms heel anders lopen.

⁵⁹ De Governancecode Zorg is een vorm van zelfregulering, waaraan instellingen zich vrijwillig onderwerpen

Verschillende respondenten merken op dat het naast elkaar bestaan van publieke en private RAV's (het toezicht op) de onderlinge samenwerking kan bemoeilijken door verschillen in aansturing en cultuur. Tegelijkertijd wordt ook aangegeven dat deze verschillen juist helpend kunnen zijn om elkaar scherp te houden met het oog op publiek belang en doelmatigheid.

Onderaannemerschap in de meldkamers ambulancezorg

Sinds 2018 zijn de 25 regionale meldkamers stap voor stap overgegaan naar 10 LMS-meldkamers (zie hoofdstuk 3). Op 3 juni 2025 is dit voltooid met het aansluiten van de meldkamer Midden-Nederland (zie: [bron](#)). De keuze om het aantal meldkamers terug te brengen wordt toegelicht in de Memorie van toelichting bij de Wijzigingswet Meldkamers. Deze reductie heeft ervoor gezorgd dat de regio-indeling voor de RAV's en de regio-indeling voor de meldkamers niet langer overeenkomen, maar dat RAV's nu samen met andere RAV's in een meldkamerregio zitten en daar samen de meldkamerfunctie moeten vervullen, in een meldkamer ambulancezorg (MKA).

Uit de evaluatie komt naar voren dat de samenwerking *tussen* RAV's in de MKA's vaak goed verloopt, maar ook ingewikkeld kan zijn doordat ze een grote mate van bestuurlijke complexiteit kennen. De besluitvorming wordt lastiger wanneer hiervoor overeenstemming tussen meerdere bestuurders bereikt moet worden, waarbij de RAV's van elkaar verschillen in de wijze waarop het bestuur en toezicht is georganiseerd. Daar komt bij dat RAV's van elkaar verschillen in onder meer culturen en werkwijzen en dat de kenmerken van regio's waar RAV's werken van elkaar verschillen.

Een concreet knelpunt dat vanuit de ambulancesector meerdere keren is genoemd bij de samenwerking tussen de RAV's in de MKA's, is dat de meldkamerfunctie alleen mag worden uitbesteed aan leden van een RAV

die de vorm heeft van een coöperatie (artikel 6, lid 3, Wazv). Dit beperkt de RAV's in het vormgeven van hun samenwerking in de MKA's, onder meer als het gaat om de doelmatige inzet van (schaars) personeel. En het zorgt (in combinatie met de vereiste colocatie) voor (ongewenste) lange reistijd voor personeel. Tegelijkertijd wordt het belang van een sterke verbinding tussen de MKA's en de individuele RAV's benadrukt.

Colocatie in de regionale LMS-meldkamers

Onderdeel van het verlenen van ambulancezorg - en daarmee een van de taken van de RAV's - is de uitvoering van de meldkamerfunctie door een ambulancezorgprofessional (artikel 5 lid 1 onderdeel a, Wazv). Hierover staat in de Politiewet dat de meldkamerfunctie uitgevoerd moet worden op een meldkamer (artikel 25b lid 2) en dat een meldkamer een fysieke plaats is (artikel 25a lid 1). Dat houdt in dat de hulpdiensten die werkzaam zijn in het werkgebied van een meldkamer fysiek bij elkaar moeten zitten. Met de komst van de Wijzigingswet Meldkamers (inwerkingtreding: 1 juli 2020) is dit uitgangspunt van colocatie gehandhaafd (zie kader).

In de Memorie van toelichting bij de Wijzigingswet Meldkamers staat:
"De meldkamer is de plaats voor het aannemen, ontvangen, registreren en beoordelen van meldingen waarbij wordt gevraagd om acute inzet van de hulpdiensten politie, ambulancezorg, brandweer of Koninklijke marechaussee, het bieden van een adequaat hulpaanbod, en het begeleiden en coördineren van de hulpdiensten. [...] Een belangrijk uitgangspunt, dat gehandhaafd blijft, is colocatie. Dit houdt in dat alle hulpdiensten die werkzaam zijn in het werkgebied van een meldkamer, fysiek bij elkaar zitten op die meldkamer (gemeenschappelijke huisvesting), gebruik maken van dezelfde ondersteunende systemen en de werkprocessen zoveel mogelijk afstemmen. Het doel van colocatie is dat multidisciplinaire aansturing van de aanpak van incidenten,

noodhulp-verlening en multidisciplinaire coördinatie bij rampenbestrijding en crisisbeheersing zo goed mogelijk kunnen verlopen.”

Respondenten geven aan dat de regionale LMS-meldkamers bestuurlijk complex zijn en dat mede hierdoor samenwerking met andere disciplines soms stroef verloopt; er is sprake van multi-governance (iedere ‘kolom’ is verantwoordelijk voor realiseren van eigen resultaten en doelen, terwijl geen enkele partij doorzettingsmacht heeft) en er zijn verschillen in taal, culturen, werkwijzen en aansturing.

Als het gaat om de samenwerking met het veiligheidsdomein wordt door enkele respondenten (voornamelijk uit het veiligheidsdomein, maar ook vanuit de ambulancezorg) aangegeven dat het goed is als de MKA fysiek in de regionale LMS-meldkamers zit, omdat het de onderlinge samenwerking bevordert. Dit is in lijn met de argumentatie in de motie van Michon-Derkzen⁶⁰. Ook kan de samenwerking met andere kolommen op de LMS-meldkamer innovatie stimuleren, door het uitwisselen van leerervaringen. Ook het gebruik van dezelfde ondersteunende systemen, die het 24/7 moeten doen en daarom redundant zijn uitgevoerd, wordt genoemd als belangrijke reden voor de colocatie van de MKA's in de LMS-meldkamers.

Vanuit de ambulancesector wordt aangegeven dat fysieke aanwezigheid in de regionale LMS-meldkamers door technologische ontwikkelingen, zoals telewerken en het gebruik van AI, op termijn wellicht niet noodzakelijk is. Daarnaast geeft de ambulancesector aan dat voor samenwerking met de acute zorgketen het belangrijk is ‘dichter bij huis’ te zitten om samen te

werken in zorgcoördinatie; juist ook omdat het overgrote deel van de inzet van ambulances de monodisciplinaire taak betreft.

Weging knelpunten en relatie tot Wazv en Razv

De ambulancezorg functioneert over het algemeen goed, ondanks het naast elkaar bestaan van RAV's met verschillende rechtsvormen (waarvoor de Wazv ruimte biedt). De verschillende rechtsvormen leveren, op zichzelf, geen knelpunten op voor slagvaardige besluitvorming en samenwerking.

De uitsluiting van onderaannemerschap in de MKA is wel een knelpunt dat volgt uit de Wazv. Deze uitsluiting beperkt RAV's in het doelmatig en toekomstbestendig vormgeven van de ambulancezorg. Een ander knelpunt is de vereiste colocatie die door (een deel van) de ambulancesector in toenemende mate als probleem wordt ervaren. De vereiste colocatie beperkt RAV's in de (lokale) invulling van zorgcoördinatie, maar deze eis volgt uit de Politiewet, en niet uit Wazv of Razv.

9.2 Opties en overwegingen

Rechtsvormen van de regionale ambulancezorgvoorzieningen

We zien de optie van het handhaven van de bestaande situatie met diverse rechtsvormen als enige reële keuze. De verschillende rechtsvormen van de RAV's leveren, zoals genoemd, namelijk geen directe knelpunten op voor slagvaardige besluitvorming en het maken van samenwerkingsafspraken. Bovendien zou de alternatieve optie, uniformeren naar ofwel allemaal private RAV's ofwel allemaal publieke RAV's, zeer ingrijpend zijn en kunnen leiden tot niet-acceptabele discontinuïteit. Ook bestaat er geen ‘ultieme rechtsvorm’ waarmee alles (op termijn) overal, goed en uniform geregeld

⁶⁰ Kamerstukken II, 2023/24, 29517, nr. 260

zou zijn. Daarnaast zou bij uniformering veel verloren gaan van wat er over de jaren heen in regionale contexten is opgebouwd.

Onderaannemerschap in de meldkamers ambulancezorg

Op basis van de evaluatie zien twee opties voor hoe hiermee om te gaan:

1. De uitsluiting van onderaannemerschap behouden, maar dan blijft het knelpunt bestaan.
2. RAV's ruimte bieden voor het uitbesteden van de meldkamerfunctie aan een andere RAV, verbonden aan dezelfde LMS-meldkamer. Dit faciliteert doelmatige inzet van (schaars) personeel, maar moet zorgvuldig gebeuren zodat de verbinding tussen de MKA en individuele RAV's sterk blijft. Aan uitbesteding van de meldkamerfunctie moeten daarom voorwaarden gesteld worden. Hoe deze voorwaarden eruit moeten zien is onduidelijk, en moet verder onderzocht worden.

Bij bovenstaande kan overwogen worden om een experimenteerbepaling in de Wazv op te nemen (zie hoofdstuk 8).

Colocatie in de regionale LMS-meldkamers

De ontwikkeling richting zorgcoördinatie en de colocatie in de LMS-meldkamer zorgt voor een dilemma. Voor beiden is fysieke aanwezigheid van toegevoegde waarde. We zien twee opties voor hoe hiermee om te gaan:

1. De wettelijke kaders laten zoals ze zijn en inzetten op betere samenwerkingsafspraken (bijvoorbeeld door onderscheid te maken in 112-meldingen en spoedmeldingen die via een andere lijn binnenkomen). De mogelijkheden hiervoor kunnen verder onderzocht worden. De Wazv vormt hiervoor geen belemmering.
2. Onderzoeken of vanuit het wettelijke kader meer ruimte geboden kan worden voor de invulling van zorgcoördinatie, maar dit ligt buiten de

Wazv. Hiervoor dient gekeken te worden naar de colocatie in de LMS-meldkamers die vanuit de Politiewet vereist is. Wat betreft zorgcoördinatie zou het wenselijk zijn om meer ruimte en flexibiliteit te bieden, maar kan ongewenste gevolgen hebben voor (de samenwerking in) de LMS-meldkamer.

9.3 Concluderend advies

Rechtsvormen van de regionale ambulancezorgvoorzieningen

We adviseren om de bestaande situatie in stand te houden, omdat de rechtsvormen van de RAV's geen directe knelpunten opleveren (*advies 14*). Bovendien functioneert ambulancezorg als zodanig goed, zou uniformering van rechtsvormen heel ingrijpend zijn en kunnen leiden tot discontinuïteit, en zou bij uniformering van rechtsvormen veel verloren gaan van wat historisch is opgebouwd.

Onderaannemerschap in de MKA

We adviseren om de mogelijkheden te verkennen om de uitsluiting van onderaannemerschap in de MKA (artikel 6 lid 3, Wazv) los te laten; het veld zou dit op kunnen pakken (*advies 15*). Het loslaten van deze uitsluiting kan ruimte bieden voor innovatie, het versimpelen van besluitvormingsprocessen, en doelmatige inzet van personeel. Hierbij is het van belang dat er passende voorwaarden worden gesteld aan de invulling van de meldkamerfunctie, onder meer voor het behoud van een sterke verbinding tussen de MKA's en de individuele RAV's. Om deze verkenning te faciliteren kan overwogen worden om een experimenteerbepaling in de Wazv op te nemen (zie hoofdstuk 8).



Colocatie in de regionale LMS-meldkamers

Hoe om te gaan met het dilemma met betrekking tot de fysieke locatie van de MKA valt buiten de scope van de Wazv en de Razv en verdient verder

onderzoek (*advies 16*). Hiervoor is nodig dat vanuit een bredere blik naar dit dilemma gekeken wordt om alle wettelijke kaders en belangen mee te wegen; in deze evaluatie hebben we met name het perspectief van de ambulancezorg opgehaald, maar is ook duidelijk geworden dat de perspectieven rondom dit onderwerp uiteenlopend zijn. Naast het perspectief van de ambulancezorg moeten ook de perspectieven van de andere betrokken partijen (vanuit zowel het veiligheidsdomein als de acute zorg) worden meegenomen. Daarnaast is het belangrijk dat in het onderzoek de organisatorische en technische (on)mogelijkheden voor hoe om te gaan met dit dilemma verder uitgezocht worden en of deze om een eventuele aanpassing van de (Politie)wet vragen.

10. Doelmatigheid

Doelmatigheid is een aspect van goede zorg (zie H3) en van groot belang voor de houdbaarheid en toekomstbestendigheid van de ambulancezorg.

Dit hoofdstuk draagt bij aan de beantwoording van de deelvragen T3, T6 en T7 in hoofdstuk 11.

T3. De RAV's zijn georganiseerd op het niveau van de veiligheidsregio. Is deze wijze van organisatie passend voor de toekomst en zo nee, is er een meer geschikt alternatief?

T6. Is er binnen de huidige kaders van de Wazv de mogelijkheid tot doelmatigheidswinst, gegeven de doelstelling dat er sprake is van continuïteit en de wijze van bekostiging op basis van beschikbaarheid?

T7. Zijn er in algemene zin aanpassingen te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

10.1 Analyse

Algemeen beeld

Respondenten zijn over het algemeen tevreden over de doelmatigheid van de ambulancezorg. Ook de zorgverzekeraars die op doelmatigheid moeten sturen geven aan tevreden te zijn over de doelmatigheid van de ambulancezorg. Doelmatigheid van de inzetten van ambulances is grotendeels geborgd doordat de budgetten van de RAV's genormeerd worden op basis van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid van het RIVM. Daarnaast sturen de zorgverzekeraars op doelmatigheid door in de afspraken met RAV's in te zetten op het verhogen van de benutting van de ambulances en het toepassen van zorgdifferentiatie.

Over de afwezigheid van marktwerking, door de monopoliepositie van de RAV's, wordt aangegeven dat hiervan geen negatieve gevolgen worden gezien voor de doelmatigheid. Het kan juist bijdragen aan doelmatigheid doordat de RAV's hierdoor opener naar elkaar kunnen zijn, en met en van elkaar kunnen leren.

Een cijfermatig onderzoek naar de doelmatigheid van de RAV's was geen onderdeel van deze evaluatie.

Knelpunten

Voor de doelmatigheid van de ambulancezorg worden geen concrete knelpunten genoemd. Wel wordt de grootte van de RAV's genoemd als aspect dat invloed kan hebben op doelmatigheid van RAV's. Een aantal respondenten geeft aan dat grotere RAV's mogelijk doelmatiger kunnen zijn omdat ze personeel efficiënter in kunnen zetten. Met een groter personeelsbestand kan meer ingezet worden op zorgdifferentiatie, en bij een grotere omvang van de organisatie zijn de relatieve kosten voor ondersteunend personeel mogelijk lager.

Verder benadrukken de zorgverzekeraars dat voor doelmatigheidswinst vooral naar de keten als geheel gekeken moet worden, en niet naar alleen de ambulancezorg. Een deel van de groei van de ambulancezorg bestaat namelijk uit het opvangen van knelpunten en tekorten elders in de zorg. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat een toename van het aantal inzetten automatisch leidt tot groei van de budgetten binnen de ambulancezorg (op basis van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid van het RIVM), terwijl dit voor andere onderdelen van de zorg niet het geval is.

Weging knelpunten en relatie tot Wazv en Razv

Wij constateren in deze evaluatie geen wezenlijke problemen met betrekking tot de doelmatigheid van de ambulancezorg. Tegelijkertijd zijn we er ons van bewust dat dit een kwalitatieve evaluatie is die met name gericht is op kwaliteit en continuïteit.

10.2 Opties en overwegingen

Er zijn een aantal te overwegen opties voor het verbeteren van de doelmatigheid van de ambulancezorg:

1. De schaalgrootte van de RAV's vergroten. Dit zou mogelijk kunnen bijdragen aan doelmatigheid, maar ook dit zou kunnen leiden tot discontinuïteit. Een grotere schaalgrootte zou ook gezocht kunnen worden in (nauwere) samenwerking tussen de RAV's, bijvoorbeeld op het gebied van innovatie (zie hoofdstuk 8); dit gaat niet ten koste van continuïteit.
2. De norm voor doelmatigheid expliciteren in de Wazv. Doelmatigheid is al onderdeel van de kwaliteit waarvan de Wazv spreekt op basis van de Wkkgz (artikel 2 lid 2), maar de norm voor doelmatigheid kan geëxpliciteerd worden door doelmatigheid in de wettekst afzonderlijk te vermelden op die plaatsen waar gesproken wordt van kwaliteit. Artikel 4 lid 1 zou dan bijvoorbeeld komen te spreken van 'voldoende en kwalitatief goede en doelmatige ambulancevoorzieningen'. Daarmee wordt er nadrukkelijker aandacht gevraagd voor doelmatigheid, al is het niet direct duidelijk wat dit aan doelmatigheidswinst op zou kunnen opleveren.
3. Onderzoek hoe meer vanuit een ketenperspectief naar doelmatigheid binnen de acute zorg in de breedte gekeken kan worden. Dit past bij de sterke verbondenheid van ambulancezorg met de zorgketen, de grote groei waar de zorgketen als geheel voor staat en de ontwikkeling naar zorgcoördinatie die in lijn daarmee is ingezet.

10.3 Concluderend advies

Uit deze evaluatie volgt geen aanleiding om aanpassingen te doen (in de Wazv en/of de Razv) ten behoeve van doelmatigheid. Om te bepalen of en hoe de doelmatigheid van de ambulancezorg (en acute zorgketen in zijn geheel) verbeterd kan worden is eerst meer kennisontwikkeling nodig.

- *Inzicht* – We adviseren om een verdiepend, cijfermatig inzicht te van de doelmatigheid van de ambulancezorg te verkrijgen (bijvoorbeeld op basis van jaarverslagen), omdat de voorliggende evaluatie met name gericht is op kwaliteit en continuïteit en uitsluitend kwalitatief van aard is (*advies 17*).
- *Ketenperspectief* – We adviseren om (meer) vanuit een ketenperspectief naar doelmatigheid te kijken in de breedte van de acute zorg (*advies 18*). Dit is passend bij de beweging van het veld naar meer (innovatie in) ketensamenwerking als antwoord op de grote opgaven waar de zorg voor staat. De mogelijkheden hiervoor moeten verder verkend worden. Dit zouden ZN (vanuit verantwoordelijkheid voor nadere normering doelmatigheid), VWS (vanuit stelselverantwoordelijkheid) en NZa (vanuit financieringsperspectief) samen met de relevante brancheverenigingen op kunnen pakken.

Voor ons advies voor het versterken van samenwerking tussen RAV's (op het gebied van innovatie) verwijzen we naar hoofdstuk 8.

11. Beantwoording onderzoeksvragen

In dit hoofdstuk geven we op iedere deelvraag een beknopt antwoord, gebaseerd op de uitkomsten en adviezen die we in hoofdstuk 4 tot en met 10 hebben beschreven. Voor elk van de antwoorden is bijbehorend advies genoemd. Het hoofdstuk sluiten we af met de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag.

11.1 Beantwoording deelvragen doeltreffendheid

D1. Is de wet doeltreffend in zoverre dat deze de [continuïteit en kwaliteit](#) van ambulancezorg borgt, onder normale omstandigheden en in tijden van crisis?

Continuïteit: Vanuit de verschillende perspectieven gaven respondenten aan dat de keuzes die gemaakt zijn bij het opstellen van de Wazv ten behoeve van de continuïteit van de ambulancezorg (zie H3.3.2) inderdaad hebben bijgedragen aan de continuïteit van ambulancezorg. Hieruit blijkt dat de wet doeltreffend is in het borgen van de continuïteit van de ambulancezorg. Continuïteit is de belangrijkste verdienste van deze wet.

→ **Advies 3:** Vasthouden aan de in de wet opgenomen waarborgen voor continuïteit. Dit betreffen de vergunningen voor onbepaalde tijd aan de aanbieders die bij de totstandkoming van de Wazv ambulancezorg leverden en de inkoop in representatie door zorgverzekeraars.

Kwaliteit: Vanuit samenwerkingspartners en de ambulancezorg zelf horen we dat zowel onder normale omstandigheden als in tijden van crisis de continuïteit en kwaliteit van de geleverde ambulancezorg goed is. Ook patiënten geven aan zeer tevreden te zijn met de ontvangen ambulancezorg. Hieruit blijkt dat de Wazv en Razv doeltreffend zijn in het borgen van de kwaliteit van de ambulancezorg (zie H6.1). Tegelijkertijd leveren de kwaliteitseisen in de Wazv en Razv enkele knelpunten op met betrekking tot de kwaliteit van ambulancezorg, namelijk:

- Kwaliteitseisen in de Wazv en Razv, bovenop zelfregulering, zorgen ervoor dat de sector minder makkelijk en snel kan inspelen op nieuwe inzichten over hoe de kwaliteit verbeterd kan worden.

→ **Advies 4:** Op termijn kan overwogen worden om de aanvullende waarborgen voor kwaliteit uit de wet te halen en de Wazv en Razv meer in lijn te brengen met andere wet- en regelgeving in de zorg. Daarbij ligt het voor de hand om afwegingen hieromtrent onderdeel te laten uitmaken van een meer fundamentele heroverweging van (de positionering van) de Wazv ten opzichte van andere wet- en regelgeving (zoals de Politiewet en Wkkgz) en de actualiteit van bredere ontwikkelingen in de acute zorg.

- De streefnorm responstijden stimuleert RAV's om keuzes te maken die niet altijd het beste zijn met het oog op goede ambulancezorg in de brede zin, bijvoorbeeld omdat deze streefnorm geldt voor alle inzetten met A1-urgentie terwijl het vanuit medisch oogpunt verschilt wat tijdig is binnen deze groep.

→ **Advies 6:** De streefnorm responstijden aanpassen aan de verbeterde urgentie indeling. De uitwerking hiervan vraagt om een separaat onderzoek. Daarbij is het advies om in de komende jaren verdere differentiatie van tijdigheid naar type hulpvraag te verkennen. Hiervoor is (wetenschappelijke) kennisontwikkeling nodig vanuit de sector.



- De kwalificaties voor de meldkamercentralist bieden onvoldoende ruimte om met personeelsschaarste om te gaan.

→ **Advies 7:** De vereiste kwalificaties voor de meldkamercentralist meer open opschrijven (zoals opgenomen in de ontwerpregeling die naar de Staten-Generaal gestuurd is) in de Razv.



- Er is onduidelijkheid de flexibiliteit van kwaliteitseisen in het geval van tekorten bij grootschalige en langdurige rampsituaties.

→ **Advies 9:** Kritisch kijken naar de bepalingen met betrekking tot crisisplannen. Dit is buiten de Wazv geregeld.

D2. Faciliteert de wet het maken van vereiste [samenwerkingsafspraken](#) waarmee kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg geborgd worden (binnen de acute zorgketen)?

De acute zorg staat voor grote opgaven en is volop in ontwikkeling, waarbij steeds meer ingezet wordt op samenwerking, bijvoorbeeld in zorgcoördinatie. De Wazv en Razv vormen geen belemmering voor het maken van de vereiste samenwerkingsafspraken binnen de acute zorgketen en met het veiligheidsdomein. Wel is er op bestuurlijk niveau soms sprake van spanning tussen ambulancezorg en het veiligheidsdomein.

- **Advies 1:** Het is van belang dat de ruimte die de definitie voor deze ontwikkeling en samenwerking biedt behouden blijft en dat ambulancezorg (vooralsnog) niet verder afgebakend wordt.
- **Advies 8:** Inzetten op verdere concretisering en betere invulling van de reeds vereiste samenwerkingsafspraken tussen de ambulancezorg en het veiligheidsdomein.
- **Advies 14:** Handhaven van de huidige situatie met RAV's met verschillende rechtsvormen.

D3. Voorziet de wet erin dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hun rol als [toezichthouder](#) adequaat kunnen uitoefenen?

De wet voorziet erin dat zowel de IGJ als de NZa hun rol als toezichthouder adequaat kunnen uitoefenen. Wel maakt de complexiteit en diversiteit van de governance – waarvoor de wet ruimte biedt – het toezicht

ingewikkelder. Daarnaast is er overlap tussen de Wazv en de Wkkgz, waardoor voor één tekortkoming twee aanwijzingen gegeven kunnen worden.

→ **Advies 5:** De IGJ kan in haar beleidsregels opnemen dat zij voor deze dubbelingen het handhavingstraject van de Wazv volgt. Dit is gemakkelijker dan het wijzigen van wet- en regelgeving.

Verder merkten de toezichthouders op dat de precieze formulering van de definitie van ambulancezorg in de Wazv, met betrekking tot welke partijen ambulancezorg mogen leveren, toe verwarring kan leiden.

→ **Advies 2:** De betreffende formulering aanpassen in de Wazv.



11.2 Beantwoording deelvragen toekomstbestendigheid

T1. Voorziet de huidige governance op de [Meldkamer Ambulancezorg](#) (MKA's) en van de RAV's erin dat de RAV's flexibel en efficiënt kunnen reageren op een veranderende en toenemende zorgvraag en veranderingen in de samenwerking in de acute zorgketen?

RAV's in dezelfde meldkamer-regio moeten gezamenlijk de meldkamer-functie invullen. De samenwerking in de MKA's verloopt vaak goed maar kan ook ingewikkeld zijn, bijvoorbeeld vanwege bestuurlijke complexiteit. Een concreet knelpunt daarbij is dat ze op basis van de Wazv dit niet aan elkaar mogen uitbesteden. Dit beperkt de RAV's in het passend vormgeven van hun samenwerking in de MKA's, beperkt hen in doelmatige inzet van schaars zorgpersoneel en zorgt (in combinatie met de vereiste colocatie) voor lange reistijd voor personeel (zie H9.1).

→ **Advies 15:** Onderzoeken of en hoe de uitsluiting van onderaannemerschap in de MKA (artikel 6 lid 3, Wazv) kan



worden losgelaten. In de plaats daarvan dienen passende voorwaarden te worden gesteld aan de invulling van de meldkamerfunctie, waarbij er in ieder geval voor gezorgd wordt dat er een sterke verbinding blijft tussen de MKA en de RAV's.

T2. In de huidige ontwikkeling van de acute zorgketen wordt steeds meer ingespeeld op [zorgcoördinatie](#), waarbij zorgpartijen de acute zorg gezamenlijk organiseren, zodat iemand met een acute zorgvraag goed wordt begeleid richting de meest passende zorg. Voorziet de Wazv in deze ontwikkeling en zo nee, hoe zou de Wazv hierop moeten worden aangepast?

Voor de ontwikkeling van zorgcoördinatie vormt de Wazv geen belemmering, zo biedt de definitie van ambulancezorg hiervoor voldoende ruimte. Wel vormt de vereiste colocatie in de LMS-meldkamers die volgt uit de Politiewet een knelpunt voor de ontwikkeling van zorgcoördinatie (zie H8.1; H9.1). Hiervoor kan het wenselijk zijn om de fysieke MKA buiten de muren van de LMS-meldkamer te plaatsen, in de eigen RAV-regio, zodat fysieke samenwerking met ketenpartners in de acute zorg mogelijk is. Echter, vanuit de LMS-meldkamer gezien is het juist wenselijk dat de MKA de meldkamerfunctie invult in de LMS-meldkamer. Dit zorgt voor een dilemma.

→ **Advies 16:** Hoe om te gaan met het dilemma met betrekking tot de fysieke locatie van de MKA valt buiten de scope van de Wazv en de Razv en verdient verder onderzoek. Hiervoor is nodig dat vanuit een bredere blik naar dit dilemma gekeken wordt om alle wettelijke kaders mee te nemen en alle belangen (vanuit zowel het veiligheidsdomein als de acute zorg) mee te wegen. Daarnaast is het belangrijk dat in het onderzoek de organisatorische en technische (on)mogelijkheden voor

hoe om te gaan met dit dilemma verder uitgezocht worden en of deze om een eventuele aanpassing van de (Politie)wet vragen.

T3. De RAV's zijn georganiseerd op het niveau van de veiligheidsregio. Is deze [wijze van organisatie](#) passend voor de toekomst en zo nee, is er een meer geschikt alternatief?

Voor de wijze van organisatie is het niveau van de veiligheidsregio passend, maar niet optimaal; het sluit bijvoorbeeld niet aan op de indeling van de ROAZ-regio's. Tegelijkertijd is er geen alternatief dat duidelijk beter is, omdat de ambulancezorg nu eenmaal te maken heeft met verschillende regio-indelingen die geografisch niet congruent zijn. Daarnaast zou aanpassing van de regio-indeling (bijvoorbeeld om aan te sluiten bij de ROAZ-regio's) zeer ingrijpend zijn en kan het leiden tot discontinuïteit. Tevens zou er veel verloren gaan van wat er over de jaren heen in de bestaande regionale contexten is opgebouwd (zie H9.1).

→ **Advies 19:** Geen aanpassingen doorvoeren in het niveau waarop de ambulancezorg georganiseerd is, vasthouden aan de indeling op het niveau van de veiligheidsregio.

T4. Is er bij iedere RAV voldoende sprake van [innovatie en lerend vermogen](#) en zo ja, heeft de wet voldoende waarborgen dat dit op de langere termijn het geval blijft?

Er is bij de RAV's een sterke intrinsieke motivatie om te innoveren en op basis van de diverse gevoerde gesprekken voldoende sprake van innovatie en lerend vermogen (zie H8.1). Tegelijkertijd zou de innovatiekracht en het

lerend vermogen van de sector verder versterkt kunnen worden door betere sturing en regie op innovatie.

→ **Advies 10:** Meer en betere landelijke sturing en regie op innovatie in de ambulancesector (en op de RAV-overstijgende samenwerking daarbij) door de zorgverzekeraars en de AZN hierin een sterkere rol te laten vervullen.

→ **Advies 12:** Kijken naar alternatieve financieringsvormen, mocht vanuit de vrije marge onvoldoende budget beschikbaar zijn voor innovatie.

→ **Advies 13:** Overwegen om experimenteerbepalingen in de Wazv op te nemen om experimenteerruimte te bieden bij de vereisten met betrekking tot kwaliteit van zorg en governance opgenomen in de Wazv en Razv.



T5. Zijn er [knelpunten](#) in de Wazv/Razv die de kwaliteit of continuïteit, of de flexibele ontwikkeling hiervan, belemmeren?

De Wazv en Razv functioneren goed, al worden enkele knelpunten ervaren. Concrete knelpunten volgen uit:

- De streefnorm voor responstijd
- De uitsluiting van onderaannemerschap in de MKA
- De kwalificaties voor de meldkamercentralist (er is al een ontwerp-regeling naar de Staten-Generaal gestuurd om dit aan te passen)

Daarnaast worden een aantal andere knelpunten ervaren in de ambulancezorg, maar deze volgen niet uit de Wazv of Razv.

→ Hiervoor geven we verschillende adviezen. Deze worden benoemd onder de betreffende deelvraag.

T6. Is er binnen de huidige kaders van de Wazv de mogelijkheid voor [doelmatigheidswinst](#), gegeven de doelstelling dat er sprake is van continuïteit en de wijze van bekostiging op basis van beschikbaarheid?

Uit deze (hoofdzakelijk kwalitatieve) evaluatie volgen geen concrete mogelijkheden voor doelmatigheidswinst binnen de ambulancezorg. De mogelijkheden om te sturen op doelmatigheid van ambulancezorg (door zorgverzekeraars) zijn beperkt, maar de mogelijkheden die er zijn lijken goed te worden benut. Verder worden mogelijkheden voor doelmatigheidswinst vooral gezien in de samenwerking met ketenpartners in de acute zorg.

- **Advies 17:** We adviseren om een verdiepend, cijfermatig beeld van de doelmatigheid van de ambulancezorg te verkrijgen. Mogelijk volgen daaruit mogelijkheden voor doelmatigheidswinst.
- **Advies 18:** Mogelijkheden onderzoeken om vanuit ketenperspectief naar doelmatigheid in de acute zorg te kijken.

T7. Zijn er in algemene zin [aanpassingen](#) te doen in de Wazv of Razv, of door andere instrumenten in te zetten, waarmee de doeltreffendheid of doelmatigheid wordt vergroot?

Om de doeltreffend en doelmatigheid van de Wazv/Razv in de toekomst te vergroten zien we een aantal mogelijkheden. Deze benoemen we in de adviezen bij bovenstaande deelvragen en lichten we verder toe in hoofdstuk 4 tot en met 10.

11.3 Beantwoording centrale onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag die we vanuit het ministerie van VWS mee hebben gekregen:

“Is de Wet ambulancezorgvoorzieningen in de praktijk [doeltreffend](#) in het borgen van de kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg en voldoende [toekomstbestendig](#), en zijn er hierbij onvoorziene neveneffecten en knelpunten in de wetgeving?”

Uit de evaluatie komt naar voren dat de Wazv doeltreffend is. Met de komst van de Wazv is de bestaande situatie bestendigd, is de continuïteit van ambulancezorg geborgd en is er rust gebracht. *Continuïteit* is de belangrijkste verdienste van deze wet. Ook richting de toekomst zal dit een belangrijke functie van de wet blijven.

Verder is onder de Wazv sprake van hoogwaardig *kwaliteit* van ambulancezorg en kan de Wazv met wat aanpassing ook de juiste ruimte voor innovatie en ontwikkeling bieden richting de toekomst. Het kunnen inspelen op ontwikkelingen in de context en het ruimte bieden voor *innovatie* is steeds belangrijke geworden. Hiervoor biedt de definitie van ambulancezorg in de Wazv voldoende ruimte. Daarnaast vraagt het om innovatie en kennisontwikkeling in de ambulancezorg, maar nadrukkelijk ook in de acute zorg in de breedte. Voor een toekomstbestendige ambulancezorg is het van belang dat de Wazv hiervoor de benodigde flexibiliteit en ruimte biedt.

Bijlage 1. Overeenkomsten met bestaande wet- en regelgeving

Hieronder een overzicht van waar de Wazv en Razv overeenkomstig zijn met (al dan niet van toepassing zijnde) wet- en regelgeving.

Onderdeel Wazv of Razv	Andere wet- en regelgeving
<u>Artikel 9 lid 2, Wazv:</u> Ter uitvoering van het eerste lid draagt de Regionale Ambulancevoorziening in elk geval zorg voor: (a.) <i>het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de werkzaamheden en de verlening van ambulancezorg</i>, zoals vastgelegd in de kwaliteitskaders voor de Regionale Ambulancevoorzieningen en de kwaliteitsgegevens die de minister op basis van artikel 12 opvraagt; (b.) <i>het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 4 leidt tot een verantwoorde uitvoering van de werkzaamheden</i>;	<u>Artikel 7 lid 2, Wkkgz:</u> De verplichting van het eerste lid houdt, de aard en omvang van de zorgverlening in aanmerking genomen, in: (a.) <i>het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg</i> op zodanige wijze dat de gegevens voor eenieder vergelijkbaar zijn met gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie; (b.) <i>het aan de hand van de gegevens, bedoeld in onderdeel a, op systematische wijze toetsen of de wijze van uitvoering van artikel 3, eerste lid, leidt tot goede zorg</i>;

Onderdeel Wazv of Razv	Andere wet- en regelgeving
(c.) <i>het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zo nodig verbeteren van de wijze waarop artikel 4 wordt uitgevoerd.</i>	(c.) <i>het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld in onderdeel b, zo nodig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.</i>
<u>Wazv, artikel 9 lid 1:</u> "Het uitvoeren van artikel 4 gaat gepaard met <i>de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de werkzaamheden en de verlening van ambulancezorg.</i>"	<u>Wkkgz, artikel 7 lid 1:</u> "De zorgaanbieder draagt zorg voor <i>systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.</i>"
Razv, artikel 16: "De Regionale Ambulancevoorziening <i>heeft</i> een ambulancebijstandsplan, <i>een crisisplan</i>, een gewondenregistratie, een actueel regionaal gewondenspreidingsplan en een slachtoffervolgsysteem."	<u>Artikel 8a.5 lid 1 jo. artikel 8a.1 van het uitvoeringsbesluit Wkkgz:</u> "Een zorgaanbieder die behoort tot een categorie als bedoeld in artikel 8A.1, onderdelen a tot en met g, <i>beschikt over een crisisplan.</i>"

Onderdeel Wazv of Razv	Andere wet- en regelgeving	Onderdeel Wazv of Razv	Andere wet- en regelgeving
Artikel 14, Wazv: (1) De Regionale Ambulancevoorziening met privaatrechtelijke rechtspersoonlijkheid wordt bestuurd door het bestuur <i>onder toezicht van een interne toezichthouder</i>. (2) De interne toezichthouder draagt er zorg voor dat het bestuur als orgaan goed en evenwichtig is samengesteld en geschikt is en blijft voor het besturen van de Regionale Ambulancevoorziening. (3) De interne toezichthouder houdt <i>toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de Regionale Ambulancevoorziening en staat het bestuur met raad terzijde</i>.	Artikel 3 lid 1, Wtza^{61, 62}: Een zorgaanbieder die op grond van het bepaalde bij of krachtens artikel 4 dient te beschikken over een toelatings-vergunning voldoet aan de volgende eisen omtrent de bestuursstructuur: (a.) <i>er is een interne toezichthouder die toezicht houdt op het beleid van de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en de algemene gang van zaken binnen de instelling en die de dagelijkse of algemene leiding van de instelling met raad ter zijde staat;</i>	(4) <i>Geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van de interne toezichthouder en het bestuur.</i> (5) <i>De interne toezichthouder is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, het bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren.</i> (6) De statuten kunnen aanvullende bepalingen omtrent de taak en de bevoegdheden van de interne toezichthouder bevatten, <i>alsmede de wijze waarop conflicten tussen de interne toezichthouder en het bestuur worden geregeld</i>.	(b.) <i>een persoon maakt niet tegelijk deel uit van de interne toezichthouder en de dagelijkse of algemene leiding van de instelling;</i> (c.) <i>de interne toezichthouder is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, de dagelijkse of algemene leiding van de instelling en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren;</i> (d.) de instelling legt op inzichtelijke wijze de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de interne toezichthouder en de dagelijkse of algemene leiding vast, <i>alsmede de wijze waarop interne conflicten tussen de interne toezichthouder en de dagelijkse of algemene leiding worden geregeld</i>.

⁶¹ De Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) is niet van toepassing op de RAV's. Wel zijn bepalingen uit de Wtza in de Wazv opgenomen, vanwege het belang van strikte overheidsregulering bij aanwijzingen voor onbepaalde tijd (zie: Memorie van toelichting Wazv).

⁶² In artikel 3 van het Uitvoeringsbesluit Wtza is onder c (op grond van artikel 3 lid 4 van de Wtza) bepaald dat RAV's geen toelatingsvergunning Wtza hoeven te hebben. Voor de interne organisatie van de RAV's zijn daarom alleen artikelen 14, 15 en 16 van de Wazv van toepassing.

Bijlage 2. Ontwikkelingen ambulancezorg

Enkele ontwikkelingen in de ambulancezorg verder toegelicht:

Zorgdifferentiatie⁶³

Zorgdifferentiatie in de ambulancezorg is de indeling van ambulancezorg in verschillende niveaus van complexiteit, namelijk hoog-, midden- en laagcomplexe zorg, om de patiënt de juiste zorg te bieden op het juiste moment en de juiste plaats. De sector is bezig geweest met het Raamwerk zorgdifferentiatie. In 'Ambulancezorg: juiste zorg door juiste zorgverlener (2023)' heeft de sector vastgelegd voor welk niveau van zorgvragen welk niveau van ambulancezorg wordt ingezet en aan welke eisen deze niveaus minimaal dienen te voldoen. Een voorbeeld hiervan was de landelijke pilot met het 'Sectoraal kader pilot Physician assistant en verpleegkundig specialist (PAA/VSA)', dat in het najaar 2023 is geëvalueerd.

Nieuwe urgentie indeling ambulancezorg⁶⁴

De ambulancezorg én de acute zorgketen staan al langere tijd onder druk, waardoor optimale inzet van de ambulancezorg noodzakelijk is om goede zorg te blijven bieden. Dit werd al benoemd in het Actieplan Ambulancezorg (2018) en vormde de aanleiding voor het Nivel-onderzoeksrapport 'Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen' (2019), dat inzicht gaf in de noodzaak tot verfijning van de urgentie-indeling. Uit het rapport bleek dat de toenmalige indeling niet gebaseerd was op medisch-logische gronden, maar op logistieke, politieke en financiële motieven, een beeld dat ook in andere landen werd

bevestigd. De Taskforce Urgenties startte in 2018 en voerde samen met experts en stakeholders een Delphi-studie uit, gevolgd door impactanalyses van SiRM (2020 en 2021), waaruit bleek dat een indeling met zeven urgentiecategorieën leidt tot een slimmere en snellere inzet van ambulancezorg wanneer dat écht nodig is. Minister Kuipers onderschreef dit in zijn Kamerbrief van januari 2022, waarin hij aangaf dat de nieuwe indeling niet alleen spoedeisende en niet-spoedeisende zorg onderscheidt, maar ook meldkamerzorg, met als doel sneller ter plaatse te zijn bij levensbedreigende situaties en beter passende zorg te bieden. Door de coronapandemie werd de implementatie vertraagd, maar begin 2023 is gestart met een landelijk implementatieplan. Er is periodiek een RAV-checklist uitgebracht ter ondersteuning bij de regionale implementatie. Nivel deed in de periode 2023-2025 onderzoek naar de implementatie, waaruit blijkt dat ambulancezorgprofessionals en patiënten deze verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg (VUI) goed hebben ontvangen.⁶⁵

Zorgcoördinatie⁶⁶

Zorgcoördinatie is een middel om een burger met een (niet-levensbedreigende) acute zorgvraag op het juiste moment op de juiste plek door de juiste zorgverlener de juiste hulp te bieden. Dit gebeurt doordat op (sub)regionale schaal door verschillende aanbieders van acute zorg in de ANW-uren wordt samengewerkt aan een combinatie van eenduidige triage met een brede blik en een breed palet aan in te zetten zorgvormen door dezelfde zorgverlener (o.a. HAP, SEH, wijkverpleging, acute GGZ, GRZ, ELV). Daarnaast is door zorgcoördinatie 24/7 actuele informatie beschikbaar over zowel de patiënt als de beschikbare capaciteit in de acute zorg, waaronder bedden, specialismen en hulpmiddelen. De ambulancesector

⁶³ ambulancenzorg.nl/Raamwerk+Ambulancezorg+juiste+zorg+door+juiste+zorgverlener+2024.TLP-Wit.pdf

⁶⁴ ambulancenzorg.nl/kwaliteit-van-zorg/urgentie-indeling

⁶⁵ nivel.nl/verbeterde-urgentie-indeling-ambulancenzorg-biedt-meer-duidelijkheid-bij-levensbedreigende

⁶⁶ ambulancenzorg.nl/themas/zorgcoördinatie

ziet zorgcoördinatie als een sleutel tot patiëntgerichte én toekomstbestendige zorg, en als logistieke oplossing voor het logistieke probleem in de acute eerstelijnszorg. Voor patiënten betekent dit één gezamenlijk loket waarachter zorgverleners probleemloos samenwerken; voor zorgaanbieders betekent het een centraal punt met inzicht in medische en beddencapaciteit. Sinds 2020 worden op verschillende plekken in Nederland pilots uitgevoerd waarin zorgcoördinatie in de praktijk wordt gebracht. Het concept bestaat uit vijf functies: eenduidige toegang via een centraal loket, gezamenlijke triage op basis van een uniform protocol, passende zorginzet door ketenbrede expertise, regie op vervolgzorg, en ondersteuning van zelfmanagement met informatie, advies en techniek.

Bijlage 3. Wet ambulancezorgvoorzieningen

Wet van 9 juli 2020, houdende regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen (Wet ambulancezorgvoorzieningen)
Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo, Wij in overweging genomen hebben, dat de continuïteit en permanente beschikbaarheid van ambulancezorg van goede kwaliteit gewaarborgd moeten zijn;

Zo is het, dat Wij, de Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
 - Onze Minister: Onze Minister voor Medische Zorg;
 - ambulance: een voor het verlenen van zorg aan en vervoer van zieken of gewonden ingericht motorvoertuig, vaartuig of helikopter;
 - ambulancevoorzieningen: alle voorzieningen die nodig zijn voor het uitoefenen van ambulancezorg, bedoeld in artikel 5;
 - meldkamer: een meldkamer als bedoeld in artikel 25a, eerste lid, van de Politiewet 2012;
 - meldkamerfunctie: de meldkamerfunctie, bedoeld in artikel 25b, eerste lid, van de Politiewet 2012, ten behoeve van de ambulancezorg;
 - regio: regio als bedoeld in artikel 8 van de Wet veiligheidsregio's;
 - ROAZ: regionaal overleg acute zorgketen.
2. Deze wet is niet van toepassing op ambulancezorg met gebruikmaking van militaire ambulances.

Artikel 2

Voor de toepassing van deze wet is het grondgebied van Nederland verdeeld in regio's overeenkomstig de verdeling, bedoeld in artikel 8 van de Wet veiligheidsregio's.

Hoofdstuk 2. De organisatie van de ambulancevoorzieningen

Artikel 3

1. Onze Minister draagt zorg voor de duurzame veiligstelling van ambulancevoorzieningen.
2. De duurzame veiligstelling van ambulancevoorzieningen geldt als een dwingende reden van groot openbaar belang.

Artikel 4

1. De zorg voor permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen berust bij de Regionale Ambulancevoorzieningen, die bevoegd en verplicht zijn tot het verlenen of doen verlenen van ambulancezorg, bedoeld in artikel 5.
2. Onze Minister wijst per regio een rechtspersoon als Regionale Ambulancevoorziening aan.
3. Onze Minister doet in de Staatscourant mededeling welke rechtspersoon in een regio als Regionale Ambulancevoorziening is aangewezen.

Artikel 5

1. Ambulancezorg is zorg die beroepsmatig wordt verleend, die bestaat uit:
 - a. het zorg dragen voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie door een ambulancezorgprofessional;
 - b. het zorg dragen voor het ontvangen, registreren en beoordelen van elke aanvraag van zorg, bedoeld in de onderdelen c, d en e, en zo nodig het

besluiten door wie en op welke wijze deze zorg zal worden verleend, niet zijnde de meldkamerfunctie;

c. het met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar voertuig snel ter plaatse brengen van een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional om aldaar zorg te verlenen, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert;

d. het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg die erop gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel, in verband met een ervaren of geobserveerde mogelijk ernstige of een op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert, per ambulance te vervoeren; of

e. het door een ambulanceverpleegkundige of andere ambulancezorgprofessional verlenen van zorg op het woon- of verblijfsadres van een patiënt of verlenen van zorg in combinatie met vervoer van een patiënt tussen het woon- of verblijfsadres en een zorginstelling met het oog op diagnostiek, behandeling, opname of ontslag met een ambulance.

2. Bij ministeriële regeling worden voor aan de Regionale Ambulancevoorziening voorbehouden ambulancezorg verschillende categorieën ambulancezorgprofessionals aangewezen, waaraan verschillende opleidings- of deskundigheidseisen gesteld kunnen worden.
3. In de regeling, bedoeld in het tweede lid, kan voor de zorgverlening door verschillende categorieën ambulancezorgprofessionals onderscheid gemaakt worden tussen en binnen verschillende vormen van ambulancezorg, bedoeld in het eerste lid.
4. Een krachtens het tweede lid vast te stellen ministeriële regeling wordt aan beide kamers der Staten-Generaal overgelegd. De ministeriële regeling

wordt niet eerder vastgesteld dan vier weken na de overlegging van het ontwerp.

Artikel 6

1. Het is anderen dan de Regionale Ambulancevoorziening verboden ambulancezorg te verlenen.
2. Het is verboden ambulancezorg te verlenen zonder opdracht van een Regionale Ambulancevoorziening of met een voertuig dat niet geregistreerd is bij de Regionale Ambulancevoorziening.
3. Het eerste lid geldt niet voor degenen die krachtens een overeenkomst met de Regionale Ambulancevoorziening ambulancezorg verlenen, met uitzondering van het uitvoeren van de meldkamerfunctie anders dan door leden van een Regionale Ambulancevoorziening die de vorm heeft van een coöperatie.
4. Voor zover de Regionale Ambulancevoorziening de ambulancezorg, dan wel een deel ervan, laat uitvoeren door een derde, zorgt de Regionale Ambulancevoorziening ervoor dat deze derde handelt volgens de eisen die aan de Regionale Ambulancevoorziening zijn gesteld.

Artikel 7

De Regionale Ambulancevoorzieningen in het werkgebied van een meldkamer sluiten een convenant, dat in ieder geval afspraken bevat over de uitvoering van de meldkamerfunctie.

Hoofdstuk 3. Eisen aan de regionale ambulancevoorzieningen

Paragraaf 3.1. Nadere eisen

Artikel 8

1. Bij ministeriële regeling worden eisen vastgesteld waaraan de Regionale Ambulancevoorziening voldoet. De eisen kunnen per regio verschillen.
2. Voor zover de eisen, bedoeld in het eerste lid, betrekking hebben op de uitvoering van de meldkamerfunctie door de Regionale Ambulancevoorziening met betrekking tot de voorbereiding op en het daadwerkelijk optreden bij ongevallen, rampen en crises, stelt Onze Minister deze vast overeenkomstig de eisen die het bestuur van de veiligheidsregio of de besturen van de veiligheidsregio's in een werkgebied hebben vastgesteld op grond van artikel 35, vierde lid, van de Wet veiligheidsregio's.

Paragraaf 3.2. Eisen met betrekking tot de kwaliteit van de ambulancezorg

Artikel 9

1. Het uitvoeren van artikel 4 gaat gepaard met de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de werkzaamheden en de verlening van ambulancezorg.
2. Ter uitvoering van het eerste lid draagt de Regionale Ambulancevoorziening in elk geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de werkzaamheden en de verlening van ambulancezorg, zoals vastgelegd in de kwaliteitskaders voor de Regionale Ambulancevoorzieningen en de kwaliteitsgegevens die de minister op basis van artikel 12 opvraagt;

- b. het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 4 leidt tot een verantwoorde uitvoering van de werkzaamheden;
- c. het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zo nodig verbeteren van de wijze waarop artikel 4 wordt uitgevoerd.
3. De Regionale Ambulancevoorziening draagt er zorg voor dat eenmaal in de vijf jaar een visitatie door een visitatiecommissie wordt verricht.
4. Het bestuur van de Regionale Ambulancevoorziening zendt aan Onze Minister het rapport van de visitatiecommissie, samen met het standpunt van het bestuur van de Regionale Ambulancevoorziening daarover. Het bestuur van de Regionale Ambulancevoorziening maakt het rapport en zijn standpunt openbaar.

Artikel 10

1. De Regionale Ambulancevoorziening ontvangt van afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen ten behoeve van kwaliteitsbewaking, -beheersing en – bevordering van de ambulancezorg in het kader van artikel 4, kosteloos alle daartoe noodzakelijke gegevens, waaronder persoonsgegevens, waaronder begrepen gegevens over de gezondheid als bedoeld in artikel 4, onderdeel 15, van de Algemene verordening gegevensbescherming van de cliënt.
2. De Regionale Ambulancevoorziening is bevoegd om de in het eerste lid bedoelde gegevens te verwerken voor de in het eerste lid omschreven doeleinden.
3. De Regionale Ambulancevoorziening is voor de in het eerste lid bedoelde gegevens verwerkingsverantwoordelijk.
4. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald:
 - a. welke gegevens, bedoeld in het eerste lid, door de Regionale Ambulancevoorziening worden ontvangen; en
 - b. wat de bewaartermijn van de op grond van het eerste lid aan de Regionale Ambulancevoorziening verstrekte gegevens is.

Artikel 11

1. De Regionale Ambulancevoorziening is verantwoordelijk voor een adequate en integrale inbedding van de medische verantwoordelijkheid in de organisatie.
2. De medische verantwoordelijkheid heeft betrekking op het medisch inhoudelijk beleid, het vaststellen van de bekwaamheid van ambulanceverpleegkundigen of andere ambulancezorgprofessionals, de inhoud van de scholing en het toegepast wetenschappelijk onderzoek.
3. Bij ministeriële regeling kunnen opleidings- of deskundigheidseisen worden gesteld aan de medisch verantwoordelijken.
4. Een krachtens het derde lid vast te stellen ministeriële regeling wordt aan beide kamers der Staten-Generaal overgelegd. De ministeriële regeling wordt niet eerder vastgesteld dan vier weken na de overlegging van het ontwerp.

Paragraaf 3.3. Eisen met betrekking tot de transparantie

Artikel 12

1. De Regionale Ambulancevoorziening verstrekt Onze Minister ten behoeve van zijn zorg voor de duurzame veiligstelling van ambulancevoorzieningen op verzoek gegevens over het verrichten van ambulancezorg en de kosten die daarmee verband houden.
2. Bij ministeriële regeling kunnen nadere eisen worden gesteld over de gegevens, bedoeld in het eerste lid, alsmede eisen worden gesteld over de wijze van verstrekking.

Artikel 13

1. Indien de Regionale Ambulancevoorziening andere activiteiten, dan de taak genoemd in artikel 4, eerste lid, verricht, onderscheidt zij, in afwijking van artikel 40a van de Wet marktordening gezondheidszorg, in ieder geval in

financiële zin die activiteiten van de activiteiten ter uitvoering van haar taak, bedoeld in artikel 4, eerste lid.

2. In de financiële administratie van de Regionale Ambulancevoorziening zijn ontvangsten en betalingen traceerbaar naar bron en bestemming en is duidelijk wie op welk moment welke verplichtingen voor of namens de Regionale Ambulancevoorziening is aangegaan.
3. De baten die de Regionale Ambulancevoorziening behaalt met de uitvoering van de taak, bedoeld in artikel 4, eerste lid, worden niet gebruikt voor financiering van de andere activiteiten, bedoeld in het eerste lid.
4. De Regionale Ambulancevoorziening heeft schriftelijk en inzichtelijk vastgelegd hoe de ambulancevoorzieningen georganiseerd worden, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden.
5. Het eerste, tweede en derde lid zijn van overeenkomstige toepassing voor de leden van de Regionale Ambulancevoorzieningen die de vorm van een coöperatie hebben.

Paragraaf 3.4. Eisen met betrekking tot de interne organisatie van de Regionale Ambulancevoorzieningen

Artikel 14

1. De Regionale Ambulancevoorziening met privaatrechtelijke rechts-persoonlijkheid wordt bestuurd door het bestuur onder toezicht van een interne toezichthouder.
2. De interne toezichthouder draagt er zorg voor dat het bestuur als orgaan goed en evenwichtig is samengesteld en geschikt is en blijft voor het besturen van de Regionale Ambulancevoorziening.
3. De interne toezichthouder houdt toezicht op het beleid van het bestuur en op de algemene gang van zaken in de Regionale Ambulancevoorziening en staat het bestuur met raad terzijde.

4. Geen persoon kan tegelijk deel uitmaken van de interne toezichthouder en het bestuur.
5. De interne toezichthouder is zodanig samengesteld dat de leden ten opzichte van elkaar, het bestuur en welk deelbelang dan ook onafhankelijk en kritisch kunnen opereren.
6. De statuten kunnen aanvullende bepalingen omtrent de taak en de bevoegdheden van de interne toezichthouder bevatten, alsmede de wijze waarop conflicten tussen de interne toezichthouder en het bestuur worden geregeld.

Artikel 15

1. Het bestuur van de Regionale Ambulancevoorziening met privaatrechtelijke rechtspersoonlijkheid verstrekt de interne toezichthouder de voor de uitoefening van diens taak noodzakelijke inlichtingen.
2. De volgende besluiten van het bestuur zijn aan de goedkeuring van de interne toezichthouder onderworpen:
 - a. de vaststelling van de begroting, het bestuursverslag, de jaarrekening en de resultaatbestemming, tenzij deze bevoegdheid aan de algemene vergadering toekomt;
 - b. de vaststelling van strategische beleidsplannen van de Regionale Ambulancevoorziening;
 - c. de vaststelling van de randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden;
 - d. het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking van de Regionale Ambulancevoorziening met andere rechtspersonen of vennootschappen indien deze samenwerking of verbreking van ingrijpende betekenis is voor de Regionale Ambulancevoorziening;
 - e. het bestuursreglement van het bestuur;
 - f. een voorstel tot ontbinding van de Regionale Ambulancevoorziening;
 - g. aangifte van faillietverklaring en aanvraag van surseance van betaling;

h. gelijktijdige beëindiging of beëindiging binnen een kort tijdsbestek van de arbeidsovereenkomst van een aanmerkelijk aantal werknemers, of van het verbreken van een overeenkomst met een aanmerkelijk aantal personen dat als zelfstandige of als samenwerkingsverband werkzaam is voor de Regionale Ambulancevoorziening.

Artikel 16

Artikel 15, tweede lid is van overeenkomstige toepassing op Regionale Ambulancevoorzieningen met publiekrechtelijke rechtspersoonlijkheid, voor zover het de uitoefening van de ambulancezorg door de Regionale Ambulancevoorziening betreft, met dien verstande dat voor «de interne toezichthouder» wordt gelezen «het algemeen bestuur» en voor «het bestuur» telkens «het dagelijks bestuur».

Paragraaf 3.5. Eisen met betrekking tot de zeggenschap over een Regionale Ambulancevoorziening

Artikel 17

De Regionale Ambulancevoorziening meldt aan Onze Minister het wijzigen van de statuten of gemeenschappelijke regeling en het sluiten van een overeenkomst waardoor de zeggenschap over de Regionale Ambulancevoorziening geheel of gedeeltelijk door of tezamen met derden wordt uitgeoefend, dan wel waardoor deze feitelijk daartoe in de gelegenheid worden gesteld, voordat het rechtsgevolg krijgt.

Artikel 18

1. Het is verboden een rechtshandeling te verrichten, die tot gevolg heeft dat middellijk of onmiddellijk, alleen of tezamen met derden, door anderen geheel of gedeeltelijk zeggenschap wordt verkregen over een Regionale Ambulancevoorziening of een deel daarvan, dan wel over de bedrijfs-

voering van een Regionale Ambulancevoorziening of een deel van die bedrijfsvoering.

2. Een Regionale Ambulancevoorziening fuseert niet met een andere Regionale Ambulancevoorziening of wijzigt niet van rechtsvorm zonder voorafgaande toestemming van Onze Minister.

Artikel 19

1. De Regionale Ambulancevoorziening verkeert in een dusdanige financiële staat dat deze de continuïteit van de ambulancezorg als bedoeld in artikel 4, eerste lid en het voldoen aan de bij of krachtens deze wet gestelde eisen niet in gevaar brengt.
2. Indien de Regionale Ambulancevoorziening andere activiteiten, dan de taak genoemd in artikel 4, eerste lid, verricht, of het verlenen van ambulancezorg als bedoeld in artikel 4, eerste lid, uitbesteedt, zorgt zij ervoor dat dit de continuïteit van de ambulancezorg als bedoeld in artikel 4, eerste lid en het voldoen aan de bij of krachtens deze wet gestelde eisen niet in gevaar brengt.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels gesteld worden aan het uitkeren van winst door de Regionale Ambulancevoorziening of haar onderaannemers.

Hoofdstuk 4. Bijzondere ambulancezorg

Artikel 20

1. Bij ministeriële regeling kan, ten aanzien van bij de regeling aangewezen ambulancezorg en onder bij de regeling vast te stellen eisen, vrijstelling worden verleend van bepalingen van deze wet.
2. Een krachtens het eerste lid vast te stellen ministeriële regeling wordt aan beide kamers der Staten-Generaal overgelegd. De ministeriële regeling wordt niet eerder vastgesteld dan vier weken na de overlegging van het ontwerp.

Hoofdstuk 5. Toezicht en handhaving

Artikel 21

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet met uitzondering van artikel 10, tweede, derde en vierde lid, zijn belast de ambtenaren van de Inspectie gezondheidszorg en jeugd.
2. In afwijking van het eerste lid, zijn met het toezicht op de naleving van het bepaalde in artikel 13 en het bepaalde bij of krachtens artikel 19 belast de ambtenaren van de Nederlandse Zorgautoriteit, met dien verstande dat met het toezicht op de naleving van het bepaalde in artikel 19, eerste en tweede lid, tevens de in het eerste lid bedoelde ambtenaren belast zijn.

Artikel 22

1. Indien Onze Minister van oordeel is dat het bepaalde bij of krachtens deze wet niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze wordt nageleefd, kan hij de Regionale ambulancevoorziening een schriftelijke aanwijzing geven.
2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten het bepaalde bij of krachtens deze wet niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze wordt nageleefd, de in verband daarmee te nemen maatregelen, alsmede de termijn waarbinnen de Regionale ambulancevoorziening aan de aanwijzing moet voldoen.
3. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 21 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister telkens met eenzelfde periode kan worden verlengd zolang naar het oordeel van Onze Minister het gevaar voor de gezondheid niet is geweken.
4. De Regionale Ambulancevoorziening is verplicht volledig en binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen.

5. Indien de Regionale Ambulancevoorziening inzake het vierde lid in gebreke blijft waardoor het verlenen van ambulancezorg in de regio in gevaar komt, kan Onze Minister een bewindvoerder over de Regionale Ambulancevoorziening aanstellen.
6. Onze Minister regelt bij de aanstelling de bevoegdheden en beloning van de bewindvoerder. Artikel 2:22, derde tot en met zesde lid, van het Burgerlijk Wetboek, is van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat voor «de rechter» telkens wordt gelezen «Onze Minister».

Artikel 23

1. Onze Minister is bevoegd tot het opleggen van een last onder dwangsom ter handhaving van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 4, eerste lid, 6, eerste lid, 7, 8, 12, 18, 20 en 25, vierde lid.
2. Onze Minister is bevoegd tot oplegging van een last onder bestuursdwang ter handhaving van de bij artikel 22, vierde lid en de bij artikel 5:20, eerste lid, van de Algemene wet bestuursrecht gestelde verplichtingen.

Artikel 24

1. Onze Minister is bevoegd tot het opleggen van een bestuurlijke boete ter handhaving van artikel 6, tweede lid.
2. De op grond van het eerste lid op te leggen bestuurlijke boete bedraagt ten hoogste het bedrag dat is vastgesteld voor de vierde categorie, bedoeld in artikel 21, vierde lid, van het Wetboek van Strafrecht.

Artikel 25

1. Onze Minister kan de aanwijzing, bedoeld in artikel 4, tweede lid, wijzigen of intrekken indien:
 - a. de Regionale Ambulancevoorziening daarom verzoekt;
 - b. de Regionale Ambulancevoorziening de taak, bedoeld in artikel 4, eerste lid, niet of niet verantwoord vervult of het bepaalde bij of krachtens deze wet niet naleeft;

- c. naar het oordeel van Onze Minister het belang van permanente beschikbaarstelling van voldoende en kwalitatief goede ambulancevoorzieningen zulks vordert; dan wel
- d. een bijzondere omstandigheid daartoe aanleiding geeft.
2. Onze Minister doet in de Staatscourant mededeling van de wijziging of intrekking van de aanwijzing.
3. Voordat Onze Minister een aanwijzing intrekt, vraagt Onze Minister de zorgverzekeraars in de zin van de Zorgverzekeringswet die in de regio de andere zorgverzekeraars representeren, het bestuur van de veiligheidsregio en het traumacentrum als organisator van het ROAZ om advies.
4. Indien Onze Minister een aanwijzing intrekt, draagt de Regionale Ambulancevoorziening waarvan de aanwijzing wordt ingetrokken, ervoor zorg dat zij:
 - a. uitvoering blijft geven aan artikel 4, eerste lid, in de overgangperiode tot aan het moment dat een andere rechtspersoon voor die regio als Regionale Ambulancevoorziening functioneert,
 - b. op verzoek van Onze Minister in de overgangperiode, bedoeld onder a, aan de door Onze Minister aangewezen rechtspersoon alle informatie verschaft die deze nodig heeft om als Regionale Ambulancevoorziening voor die regio te functioneren,
 - c. de medewerkers overdraagt aan de nieuw aangewezen rechtspersoon.
5. Voordat Onze Minister een andere rechtspersoon aanwijst als Regionale Ambulancevoorziening na intrekking van een aanwijzing, vraagt Onze Minister de zorgverzekeraars in de zin van de Zorgverzekeringswet die in de regio de andere zorgverzekeraars representeren, het bestuur van de veiligheidsregio en het traumacentrum als organisator van het ROAZ om advies.

Hoofdstuk 6. Wijzigings-, overgangs- en slotbepalingen

Artikel 26

[Red: Wijzigt de Gemeentewet.]

Artikel 27

[Red: Wijzigt de Wet Veiligheidsregio's.]

Artikel 28

[Red: Wijzigt de Politiewet 2020.]

Artikel 29

[Red: Wijzigt de Wet marktordening gezondheidszorg.]

Artikel 30

[Red: Wijzigt de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.]

Artikel 31

Aanwijzingen verleend bij of krachtens artikel 6 van de Tijdelijke wet ambulancezorg, gelden na inwerkingtreding van deze wet als aanwijzing per regio van de Regionale Ambulancevoorziening, bedoeld in artikel 4, tweede lid.

Artikel 31a

Onze Minister zendt binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van deze wet aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk, waarbij in het bijzonder aandacht wordt besteed aan het lerend vermogen en innovatie bij de Regionale Ambulancevoorzieningen.

Artikel 32

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 33

Deze wet wordt aangehaald als: Wet ambulancezorgvoorzieningen.

Origineel slotformulier en ondertekening

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren die zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te

's-Gravenhage, 9 juli 2020

De Minister voor Medische Zorg,

T. van Ark

Uitgegeven de tweeëntwintigste juli 2020

De Minister van Justitie en Veiligheid,

F.B.J. Grapperhaus

Bijlage 4. Regeling ambulancezorgvoorzieningen

Regeling van de Minister voor Medische Zorg, van 27 november 2020, kenmerk 1786142-214671-WJZ, houdende eisen voor ambulancezorgvoorzieningen (Regeling ambulancezorgvoorzieningen)

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op de artikelen 5, tweede lid, 8, eerste lid, 11, derde lid, 12, tweede lid, en 20 van de Wet ambulancezorgvoorzieningen;

Besluit:

Hoofdstuk 1. Algemeen

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- A1-urgentie: een spoedeisende urgentie naar aanleiding van een zorgvraag waarbij uit triage blijkt dat er sprake is van een direct of op korte termijn levensbedreigende situatie als gevolg van een gezondheidsprobleem of letsel dat plotseling is ontstaan of verergert of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulancezorgprofessional ter plaatse kan worden uitgesloten;
- minister: Minister voor Medische Zorg;
- MICU: mobiele intensive care unit;
- mobiele zorg vanuit of naar het buitenland: ambulancezorg door een Regionale Ambulancevoorziening of andere zorgaanbieder met vervoer in Nederland vanaf of naar een Nederlandse grens of Nederlandse luchthaven indien dit vervoer in het buitenland aanvangt of het buitenland als eindbestemming heeft;
- NICU: mobiele neonatale intensive care unit;
- niet spoedeisende ambulancezorg: zorg door een ambulancezorgprofessional aan een patiënt op het woon- of verblijfadres of vervoer met zorg van een patiënt tussen het woon- of verblijfadres of de

incidentlocatie en een zorginstelling voor diagnostiek, behandeling, opname of ontslag;

- PICU: mobiele pediatrie intensive care unit;
- Regionale Ambulancevoorziening: Regionale Ambulancevoorziening als bedoeld in artikel 4, tweede lid, van de wet;
- responstijd: de tijdsduur tussen het aannemen van de melding door de verpleegkundig centralist van de Regionale Ambulancevoorziening en het moment waarop de ambulance arriveert bij de plaats waar de patiënt zich bevindt of waar de ambulance nog kan komen;
- triage: het maken van een inschatting van de medische nood en het bepalen van de passende inzet van zorgverlening met daarbij behorende urgentie;
- wet: Wet ambulancezorgvoorzieningen;
- Wet BIG: Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg;
- zorgdifferentiatie: zorgaanbod afgestemd op de complexiteit van de zorgbehoefte van de patiënt en op specifieke patiëntengroepen.

Hoofdstuk 2. Eisen Regionale Ambulancevoorzieningen

§ 1. Algemeen

Artikel 2

De Regionale Ambulancevoorziening is in Nederland gevestigd.

Artikel 3

1. De Regionale Ambulancevoorziening voldoet aan de geldende wet- en regelgeving en aan de door de beroepsgroep ontwikkelde richtlijnen en professionele standaarden, zoals vastgelegd in de landelijke richtlijnen voor de ambulancezorg inclusief de meldkamer ambulancezorg en aan de kwaliteitskaders zoals die zijn ingeschreven in het register van het Zorginstituut of zijn vastgesteld door in ieder geval Ambulancezorg

Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg.

2. De Regionale Ambulancevoorziening maakt jaarlijks per veiligheidsregio kwaliteitsinformatie openbaar. Zij maakt daarbij de vooruitgang ten opzichte van het voorgaande jaar zichtbaar en geeft aan wat zij aan innovatie heeft gedaan in het betreffende jaar.

§ 2. Spreiding en beschikbaarheid

Artikel 4

De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat de spreiding van de standplaatsen zodanig is dat in de veiligheidsregio minstens 97% van de bevolking binnen 12 minuten aanrijtijd kan worden bereikt door een ambulance.

Artikel 5

1. De Regionale Ambulancevoorziening streeft ernaar dat in de veiligheidsregio binnen 15 minuten responstijd 95% van de inzetten met A1-urgentie ter plaatse is, zoals opgenomen in het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0.
2. De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat er over de wachttijden voor niet spoedeisende ambulancezorg afspraken zijn met de zorginstellingen in de regio.

Artikel 6

1. De Regionale Ambulancevoorziening analyseert jaarlijks de prestaties in relatie tot de streefwaarde, bedoeld in artikel 5, eerste lid, en neemt in overleg met de zorgverzekeraars aantoonbare maatregelen om de streefwaarde zoveel mogelijk te realiseren.
2. De Regionale Ambulancevoorziening analyseert jaarlijks de realisatie van de afspraken, bedoeld in artikel 5, tweede lid, en neemt in overleg met

de zorgverzekeraars aantoonbare maatregelen om de niet spoedeisende ambulancezorg zo goed mogelijk af te stemmen op de reële behoeften van de patiënten en de zorginstellingen.

§ 3. Zorgdifferentiatie

Artikel 7

1. Zorgdifferentiatie wordt onder de volgende voorwaarden toegepast:
 - a. op basis van eisen en inzet- en uitsluitcriteria vastgelegd in landelijke kwaliteitskaders wordt bepaald welke zorg op welk niveau bij welke zorgvraag geldt als goede ambulancezorg,
 - b. zorgdifferentiatie gaat niet ten koste van de inzetbaarheid van materieel en personeel die nodig zijn om goede ambulancezorg te leveren, en
 - c. de triage en zorgdifferentiatie worden continu geanalyseerd en verbeterd.
2. Tot het verlenen van spoedeisende ambulancezorg en hoogcomplexiteit niet spoedeisende ambulancezorg zijn de volgende ambulancezorgprofessionals aangewezen:
 - a. een ambulanceverpleegkundige;
 - b. een bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg;
 - c. een verpleegkundig specialist;
 - d. een physician assistant.
3. In ieder geval indien sprake is van vervoer van de patiënt door de Regionale Ambulancevoorziening, dan verlenen de ambulancezorgprofessionals, bedoeld in het tweede lid, de zorg in samenwerking met een ambulancechauffeur.
4. Naast de ambulancezorgprofessionals, bedoeld in het tweede lid, is tot het verlenen van middencomplexiteit niet spoedeisende ambulancezorg een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor middencomplexiteit ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en laagcomplexiteit zorg, in samenwerking met een

chauffeur middencomplexe ambulancezorg of een ambulancechauffeur, aangewezen.

5. Naast de ambulancezorgprofessionals, bedoeld in het tweede en vierde lid, is tot het verlenen van laagcomplexe niet spoedeisende ambulancezorg een verzorgende individuele gezondheidszorg, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor laagcomplexe ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en laagcomplexe zorg, in samenwerking met een chauffeur laagcomplexe ambulancezorg, een chauffeur middencomplexe ambulancezorg of een ambulancechauffeur, aangewezen.
6. Ambulancezorgprofessionals die op basis van de triage worden ingezet voor zorg aan mensen met een psychische zorgvraag voldoen aan de vaardigheden en deskundigheden uit het Kwaliteitskader mobiele zorgverlening met psychiatrische hulpverlening. Naast de in het tweede tot en met vijfde lid genoemde ambulancezorgprofessionals inclusief chauffeurs kunnen hiervoor ook verpleegkundigen met ervaring in de ggz of mensen met ten minste een opleiding maatschappelijke zorg, niveau 4 of vergelijkbaar, met ervaring in de ggz worden ingezet mits somatische problematiek is uitgesloten.
7. De triage in het kader van de meldkamerfunctie van de ambulancezorg wordt uitgevoerd door een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG.

§ 4. Samenwerking in de zorgketen en met buur- en grensregio's

Artikel 8

Ten behoeve van het leveren van goede zorg, zorgt de Regionale Ambulancevoorziening ervoor dat er schriftelijke afspraken zijn met:

- a. de partners in de acute zorgketen, waarbij met de ziekenhuizen en aanbieders van acute geestelijke gezondheidszorg in ieder geval de actueel beschikbare capaciteit op de spoedeisende hulp respectievelijk de beoordelingslocatie acute psychiatrie, de opnamecapaciteit en de overdracht

van patiënten en gegevens over patiënten wordt betrokken en met de huisartsen de inzet en beschikbaarheid tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten;

- b. de naburige Regionale Ambulancevoorzieningen over in ieder geval de open grens benadering en de onderlinge assistentie;
- c. de Belgische of Duitse meldkamers en ambulancediensten indien de regio van de Regionale Ambulancevoorziening aan de regio van een buitenlandse ambulancedienst grenst;
- d. de ketenpartners bij het verlenen van vervoer met psychiatrische zorgverlening;
- e. een traumacentrum dat een mobiel medisch team kan inzetten in de regio;
- f. de ketenpartners bij de verlening van zorg op het water.

§ 5. Personeelsbeleid

Artikel 9

1. De Regionale Ambulancevoorziening beschikt over kwalitatief en kwantitatief voldoende deskundig personeel om goede ambulancezorg te kunnen leveren.
2. Ter uitvoering van het bepaalde in het eerste lid past de Regionale Ambulancevoorziening in ieder geval een opleidings- en bekwaamheidsbeleid toe, gebaseerd op een meerjarenopleidingsplan.
3. De veiligheid van het personeel tijdens de uitoefening van hun functie in de publieke ruimte wordt structureel door de Regionale Ambulancevoorziening geïnventariseerd en minimaal vierjaarlijks wordt een risico-inventarisatie en -evaluatie uitgevoerd.
4. De tevredenheid van het personeel wordt door de Regionale Ambulancevoorziening minimaal vierjaarlijks onderzocht.
5. De directeur of bestuurder van de Regionale Ambulancevoorziening is van onbesproken gedrag.

Artikel 10

1. De medische eindverantwoordelijkheid voor de ambulancezorg die een Regionale Ambulancevoorziening verleent of doet verlenen berust bij een arts, bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG die daartoe speciaal is aangewezen door de Regionale Ambulancevoorziening.
2. De ambulancezorgprofessional voldoet aan de bekwaamheidseisen die gelden voor de functie en is samen met de medisch eindverantwoordelijke arts verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn bekwaamheid.
3. Iedere ambulancezorgprofessional heeft het landelijk assessment gevolgd of een vergelijkbare gevalideerde bekwaamheidstoets, conform de vijfjaarscyclus.
4. De ambulancezorgprofessional beschikt over een geldige bekwaamheidsverklaring afgegeven door de medisch eindverantwoordelijke arts.
5. Een bekwaamheidsverklaring heeft een geldigheidsduur van maximaal 5 jaar.

§ 6. Organisatie

Artikel 11

1. De Regionale Ambulancevoorziening is ingericht voor het leveren van goede, doelmatige en toegankelijke ambulancezorg, waarbij de verantwoordelijkheidsverdeling bij alle processen is beschreven, inclusief de overleg- en besluitvormingsstructuur.
2. De Regionale Ambulancevoorziening is bestuurlijk zodanig georganiseerd dat slagvaardige besluitvorming over de uitvoering van de ambulancezorg onder alle omstandigheden is gegarandeerd.

Artikel 12

De Regionale Ambulancevoorziening heeft een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem en veiligheidsmanagementsysteem.

Artikel 13

De Regionale Ambulancevoorziening is verzekerd tegen risico's verbonden aan ambulancezorg.

Artikel 14

1. De Regionale Ambulancevoorziening draagt ervoor zorg dat minimaal eens in de vijf jaar een externe visitatiecommissie de Regionale Ambulancevoorziening doorlicht op kwaliteit, doelmatigheid en beschikbaarheid.
2. In de visitatiecommissie zitten geen personen die afkomstig zijn van een Regionale Ambulancevoorziening die dezelfde bestuurder, directeur of medisch eindverantwoordelijke arts heeft of die met de Regionale Ambulancevoorziening samenwerkt in de meldkamer of die dezelfde uiteindelijk belanghebbende heeft.
3. Onderdeel van de visitatie is een onderlinge visitatie van de op grond van de Wet BIG geregistreerde artsen die eindverantwoordelijk zijn voor de medische kwaliteit.

§ 7. Opschaling

Artikel 15

1. De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat er schriftelijke afspraken zijn met het bestuur van de veiligheidsregio over de voorbereiding op en de inzet bij een ongeval, ramp of crisis, het multidisciplinaire oefenen, het samenwerken bij crises en de inzet bij evenementen.
2. De afspraken, bedoeld in het eerste lid, betreffen in ieder geval de onderwerpen als genoemd in artikel 5.1 van het Besluit veiligheidsregio's.

Artikel 16

De Regionale Ambulancevoorziening heeft een ambulancebijstandsplan, een crisisplan, een gewondenregistratie, een actueel regionaal gewondenspreidingsplan en een slachtoffervolgsysteem.

Hoofdstuk 3. Uitzonderingen op het alleenrecht en de leverplicht van ambulancezorg door de Regionale Ambulancevoorzieningen of op andere bepalingen van de wet

§ 1. Uitzonderingen

Artikel 17

Het in Hoofdstuk 2 en 3 van de wet bepaalde geldt niet voor:

- a. zorg met vervoer met Belgische ambulances in het kader van het grensoverschrijdende spoedeisende ambulancevervoer waarvoor het Comité van Ministers van de Benelux een beschikking heeft uitgebracht op 8 december 2009;
- b. zorg met vervoer met Duitse ambulances in het kader van het grensoverschrijdende spoedeisende ambulancevervoer waarvoor tussen een Regionale Ambulancevoorziening en een Duitse ambulancedienst en meldkamer afspraken zijn gemaakt;
- c. mobiele zorg vanuit of naar het buitenland.

Artikel 18

1. Voor MICU-, PICU-, en NICU-vervoer geldt, in afwijking van artikel 5, eerste lid, van de wet, geen verplichting om een ambulancezorgprofessional, anders dan een ambulancechauffeur, aanwezig te hebben in de ambulance, maar een verplichting om een verpleegkundige en arts, bedoeld in artikel 3, eerste lid, van de Wet BIG, aanwezig te hebben in de ambulance.
2. Artikel 6, tweede lid, eerste zinsnede, van de wet, is niet van toepassing op MICU-, PICU- en NICU-vervoer.

§ 2. Mobiele zorg vanuit of naar het buitenland

Artikel 19

De aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland hanteert inzet- en uitsluitcriteria en kwaliteitscriteria van het Overlegorgaan Medisch Adviseurs Repatriëringsbedrijven die bepalen welk niveau van zorg onder welke omstandigheden geldt als goede zorg.

Artikel 20

1. De aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland beschikt over kwalitatief deskundig personeel om goede mobiele zorg vanuit of naar het buitenland te kunnen leveren. Hiervoor past de aanbieder in ieder geval een opleidings- en bekwaamheidsbeleid toe onder verantwoordelijkheid en toezicht van de medisch eindverantwoordelijke arts binnen de organisatie.
2. De ambulancezorgprofessional voldoet aan de bekwaamheidseisen die gelden voor de functie en is samen met de medisch eindverantwoordelijke arts verantwoordelijk voor het op peil houden van zijn bekwaamheid.
3. De ambulancezorgprofessional beschikt over een geldige bekwaamheidsverklaring afgegeven door de medisch eindverantwoordelijke arts.
4. Een bekwaamheidsverklaring heeft een geldigheidsduur van maximaal 5 jaar.

Artikel 21

De aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland heeft een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem en veiligheidsmanagementsysteem.

Artikel 22

De aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland is verzekerd tegen risico's verbonden aan deze zorg.

Artikel 23

De aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland verstrekt op verzoek van de minister gegevens over zorg binnen Nederland of zorg aan Nederlandse patiënten.

Hoofdstuk 4. Slotbepalingen

Artikel 24

[Red: Wijzigt de Regeling verslaggeving WTZi.]

Artikel 25

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2021.

Artikel 26

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling ambulancezorgvoorzieningen

Origineel slotformulier en ondertekening

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister voor Medische Zorg,

T. van Ark