



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 hoogcomplexen 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 middencomplexen niet spoedeisende ambulancezorg een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor middencomplexen ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en laagcomplexen zorg, in samenwerking met een chauffeur middencomplexen ambulancezorg of een ambulancechauffeur, aangewezen.
5. Naast de ambulancezorgprofessionals, bedoeld in het tweede en vierde lid, is tot het verlenen van laagcomplexen niet spoedeisende ambulancezorg een verzorgende individuele gezondheidszorg, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor laagcomplexen ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en laagcomplexen zorg, in samenwerking met een chauffeur laagcomplexen ambulancezorg, een chauffeur middencomplexen 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 veiligheidssystemen.

Artikel 22

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

Artikel 23

1. De aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland levert jaarlijks vóór 1 juni van het jaar, volgend op het verslagjaar aan bij het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg met gebruikmaking van het elektronische platform DigiMV, de jaarrekening met een accountantsverklaring als bedoeld in Titel 9 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek.
2. 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

In artikel 1, onderdeel d, van de Regeling verslaggeving WTZi wordt 'Tijdelijke wet ambulancezorg' vervangen door 'Wet ambulancezorgvoorzieningen'.

Artikel 25

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



Artikel 26

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling ambulancezorgvoorzieningen

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

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark*



TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

In deze ministeriële regeling worden eisen gesteld aan de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) met het oog op de kwaliteit, beschikbaarheid en de tijdigheid van de ambulancezorg. Daarnaast wordt geregeld welke vormen van ambulancezorg niet zijn voorbehouden aan de RAV's en worden eisen gesteld aan deze vormen van ambulancezorg.

Dat er sprake is van een niet-economische activiteit voor wat betreft de ambulancezorg volgt onder andere uit het feit dat ambulancezorg strikt is gereguleerd. Deze regulering volgt uit de Wet ambulancezorgvoorzieningen (verder: de wet), uit deze regeling en voor de bekostiging van de ambulancezorg uit de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Doordat de RAV's zijn aangewezen voor onbepaalde tijd is het van belang dat er voldoende wettelijke waarborgen zijn voor de kwaliteit van de ambulancezorg. Deze regeling bevat zulke waarborgen. Deze waarborgen hebben rechtstreeks betrekking op de kwaliteit en ook indirect door het creëren van een aantal randvoorwaarden voor goede ambulancezorg.

Voor het leveren van kwalitatief goede zorg blijft de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) onveranderd van toepassing op de RAV's. De kwaliteitskaders en richtlijnen van de sector (zoals bijvoorbeeld het in het register van het Zorginstituut ingeschreven Kwaliteitskader Ambulancezorg, het Kwaliteitskader Mobiele zorg met psychiatrische hulpverlening, de nota Goede ambulancezorg, het Kwaliteitskader laag- en middencomplexe ambulancezorg, Ambulancezorg op het water, het Landelijk Protocol ambulancezorg, het Landelijk Protocol Zorgambulance en de hygiënerichtlijn voor de ambulancezorg) bieden de kaders waarbinnen de kwaliteit van de ambulancezorg wordt geborgd. Ook geldt het Kwaliteitskader Spoedzorgketen voor zover dit betrekking heeft op de ambulancezorg en op de samenwerking in de keten. Deze regeling sluit aan bij de beschikbare kwaliteitskaders die steeds in ontwikkeling zijn en voegt daar een aantal normen aan toe die aangepast kunnen worden naarmate de kwaliteitskaders zich verder ontwikkelen. In de wet wordt periodieke visitatie verplicht gesteld om voortdurende kwaliteitsverbetering te bevorderen.

Tijdigheid van ambulancezorg is een belangrijk aspect van kwaliteit en moet een onderdeel blijven van de kwaliteitsnormen voor ambulancezorg en de ketenbrede kwaliteitsnormen voor de keten van de acute zorg. Het is echter zeker niet het enige aspect. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de NZa nemen in hun toezicht op respectievelijk de kwaliteit van de ambulancezorg en de naleving van de zorgplicht door verzekeraars een complex aan factoren in beschouwing die gezamenlijk een beeld vormen van de kwaliteit. De IGJ kijkt bijvoorbeeld onder meer naar de wijze waarop gestuurd wordt op kwaliteit, naleving van richtlijnen en protocollen, hygiëne, professionalisering van personeel en goed bestuur¹. Het Kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 biedt daarvoor een goede basis. Op grond van dat kader zullen RAV's onderling op kwaliteit kunnen worden vergeleken. Die kwaliteit komt tot uiting in de meting van een toenemend aantal 'signalen' (indicatoren), welke kunnen worden benut voor de structurele doorontwikkeling van de sector. De NZa kijkt in die gevallen waarin de tijdigheidsnormen niet worden gerealiseerd naar achterliggende oorzaken en vraagt zo nodig aan zorgverzekeraars om in overleg met de RAV's tot verbetermaatregelen te komen. Voor de zorgplicht is van belang dat zorgverzekeraars voldoende goede ambulancezorg inkopen bij de RAV's. Tijdigheid is een aspect daarvan. Het is vooral een zaak van zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen om te zorgen dat er voldoende goede ambulancezorg beschikbaar is. Als zij er in onderling overleg niet uitkomen, kunnen zij of kan één van de partijen dat signaleren richting de IGJ en/of de NZa. Indien de externe toezichthouders dat aangewezen achten, zullen zij de minister informeren.

2. Regeldruk

In deze regeling zijn vele elementen overgenomen uit de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg (Regeling Twaz), al dan niet met enige redactionele aanpassingen. De regeldruk als gevolg van wijzigingen in deze ministeriële regeling ten opzichte van de Regeling Twaz wordt hier berekend. Er is geen regeldruk berekend voor de naleving van kwaliteitseisen die reeds zijn opgenomen in kwaliteitskaders. Op grond van artikel 2 van de Wkkgz moet de professionele standaard waaronder kwaliteitskaders die zijn ingeschreven in het register van het Zorginstituut nageleefd worden. In paragraaf 1 is aangegeven waarom we elementen uit de kwaliteitskaders hebben opgenomen in deze regeling. Het

¹ Kamerstukken II, 2018-2019, 29 247, nr. 270, brief van 29 maart 2019.



gaat in deze gevallen niet om nieuwe eisen, waardoor er geen materiële gevolgen zijn voor de regeldruk.

Enkele voorbeelden van artikelen die, wellicht in iets andere bewoordingen reeds waren opgenomen in de Regeling Twaz: artikelen 4, 5, 6, eerste lid (deels), artikel 7, eerste lid, artikel 8, onderdelen a tot en met c, artikelen 9, 12, 13, 15 tot en met 17 en 19 tot en met 23.

Enkele voorbeelden van bepalingen die min of meer zijn overgenomen uit kwaliteitskaders: artikel 5, eerste lid, artikel 7, tweede tot en met vijfde lid, artikel 8 onderdeel d, e en f en artikel 10. De formuleringen wijken soms af van de kwaliteitskaders, bijvoorbeeld met het oog op de handhaafbaarheid.

Ten opzichte van de Regeling Twaz zijn ook bepalingen geschrapt, onder andere die ten aanzien van de verplichting om halfjaarlijks overleg te hebben over de afspraken die nu zijn opgenomen in artikel 8 en enkele eisen specifiek voor bepaalde RAV's.

De onderstaande tabel bevat de wijzigingen die regeldruk tot gevolg hebben.

	Structurele kosten voor bedrijven in euro's	Incidentele kosten voor bedrijven in euro's	Toelichting
Art. 6, tweede lid, analyseren afspraken niet spoedeisende ambulancezorg	27.000		25 RAV's x 20 uur x 54 euro
Art. 14 vijfjaarlijkse visitatie	27.000		25 RAV's x 100 uur x 54 euro x 0,2 (eens in de vijf jaar)
Kosten kennisneming van deze regeling		4.320	40 (RAV's en buitenlandvervoerders) x 2 uur x 54 euro
Totale regeldruk	54.000	4.320	

Het Adviescollege toetsing regeldruk heeft naar de regeling gekeken en kan zich vinden in deze beschrijving van de gevolgen van de regeling voor de regeldruk.

3. Fraude

Aan de NZa, IGJ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Ambulancezorg Nederland (AZN) is gevraagd de regeling te bezien op mogelijke aspecten van fraude. Deze regeling heeft geen gevolgen voor de bekostiging van de ambulancezorg. De uitgevoerde fraudetoets laat zien dat er geen frauderisico's zijn als gevolg van deze regeling. AZN, ZN, IGJ en de NZa hebben aangegeven geen additionele risico's op fraude te zien in de regeling.

4. Toetsen

4.1 Toezicht- en handhavingstoets IGJ

Op 14 mei 2020 heeft de IGJ een Toezicht- en handhavingstoets uitgebracht over deze regeling. Volgens de IGJ is aanpassing op enkele onderdelen noodzakelijk om op een goede manier - dat wil zeggen effectief en voorspelbaar- te kunnen handhaven.

De IGJ geeft in overweging het artikel 3 dat stond in de versie van de regeling die de IGJ ter toetsing heeft ontvangen op te nemen in de wet onder artikel 13 en de NZa (eveneens) te belasten met het toezicht hierop. Dit artikel 3 had betrekking op de financiële staat van de RAV met het oog op de continuïteit van de ambulancezorg en is inderdaad opgenomen in de wet in plaats van in de regeling en op zodanige manier dat de NZa (eveneens) is belast met het toezicht. Er is alleen voor gekozen het artikel op te nemen in artikel 19 van de wet, waarin het ook gaat over continuïteit van zorg bij uitbesteding en over winstuitkering.

De IGJ geeft aan dat de definitie van buitenlandvervoer in de regeling niet in lijn is met het begrip zoals dit in de memorie van toelichting bij de wet wordt gehanteerd. De definitie in de regeling is aangepast, zodanig dat deze inhoudelijk in lijn is met de omschrijving in de toelichting bij de wet. De term 'buitenlandvervoer' is vervangen door de term 'mobiele zorg vanuit of naar het buitenland'.

Naar aanleiding van de toets op de regeling merkt de IGJ op dat het territorialiteitsbeginsel in de wet niet lijkt overeen te stemmen met het territorialiteitsbeginsel in de Wkkgz. Dit verschil leidt ertoe dat casuïstiek bij buitenlandvervoer (mobiele zorg) buiten Nederland niet kan worden gehandhaafd op basis van de wet, maar eventueel wel op basis van de Wkkgz. De Wkkgz biedt voldoende basis om deze casuïstiek buiten Nederland of als onhelder is of het incident binnen of buiten Nederland heeft plaatsgevonden, te handhaven.



4.2 Uitvoerbaarheidstoets NZa

Op 1 mei 2020 heeft de NZa een uitvoerings-, toezicht- en handhaafbaarheidstoets uitgebracht over deze regeling. De NZa verwacht geen problemen bij de uitvoering, het toezicht en de handhaafbaarheid van de regeling.

5. Internetconsultatie

In het kader van de internetconsultatie die op 15 september 2020 sloot zijn 18 openbare inbrengen geleverd. Daaronder waren positieve reacties op de regeling. Zo is AZN blij met de verwijzingen naar het Kwaliteitskader ambulancezorg 1.0, dat tripartiet tot stand is gekomen. ZN geeft aan dat de concept regeling bijdraagt aan een nadere uitwerking van de ambulancezorg op het vlak van kwaliteit en beschikbaarheid. GGD GHOR Nederland vindt dat de regeling er in zijn algemeenheid goed uitziet. Leden en bestuur van beroepsvereniging V&VN Ambulancezorg staan met inachtneming van een aantal punten achter de concept regeling. Niettemin zijn er op onderwerpen aandachtspunten aangedragen. De belangrijkste opmerkingen worden hieronder genoemd en van een reactie voorzien.

Zorgdifferentiatie

AZN en ZN ervaren het als positief dat de regeling ruimte maakt voor zorg- en functiedifferentiatie. V&VN ambulancezorg en FNV maken geen opmerkingen over de zorgdifferentiatie. In een enkele reactie van een individu wordt gesteld dat alleen de ambulanceverpleegkundige voldoende is toegerust om in levensbedreigende situaties ambulancezorg te verlenen. Een ander stelt dat de zorgdifferentiatie voor onduidelijkheid zorgt.

In de regeling is aangesloten bij de Kwaliteitskaders van AZN, V&VN en de NVMMA. In deze kaders is op adequate wijze vastgelegd welke ambulancezorgprofessional welke ambulancezorg kan en mag leveren. Ook voor de opleiding van deze professionals is aangesloten bij de sectorale kaders. Iedere vijf jaar wordt de bekwaamheid van deze professionals getoetst voor de zorg die deze professional mag leveren. Ook de bachelor medisch hulpverlener (BMH-er) is op grond van opleiding en training voldoende toegerust om in levensbedreigende situaties ambulancezorg te verlenen. De BMH-er moet aan vergelijkbare eisen voldoen als de ambulanceverpleegkundige. De kwaliteitskaders bieden zoveel mogelijk duidelijkheid en kunnen doorontwikkeld worden op basis van ervaringen in de praktijk.

De Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners (NVBMH) pleit voor onderzoek naar het toelaten van de BMH tot de opleiding voor centralist. De NVBMH, V&VN en AZN kunnen daarover samen afspraken maken.

ZN vraagt VWS om op basis van overleg met RAV's, de GGZ en zorgverzekeraars te zorgen voor een beschrijving die borgt dat ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening kan worden verleend door een ggz-professional. In artikel 7 is hiertoe een nieuw zesde lid opgenomen.

Tijdsnorm voor spoedeisende ambulancezorg

AZN geeft aan dat het Kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 benadrukt dat ambulancezorg en de kwaliteit van ambulancezorg meer zijn dan alleen een tijdsnorm van 15 minuten voor spoedeisende ambulancezorg inzetten. Volgens AZN maakt dit ruimte voor innovatie. In een reactie van een individu wordt dit ondersteund. De FNV pleit juist voor harde normen in plaats van streefwaarden. In de concept regeling is aangesloten bij het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0. Dit kwaliteitskader plaatst het aspect van de tijdigheid terecht in het bredere kader van de kwaliteit van de ambulancezorg. Per signaal (indicator voor kwaliteit) in het kwaliteitskader worden de komende jaren streefwaarden en minimale waarden geformuleerd. Op basis van de score van de RAV ten opzichte van al deze minimale en streefwaarden wordt een totaalscore voor de kwaliteit berekend. Tijdigheid is een belangrijk aandachtspunt in de spoedeisende ambulancezorg, zeker in de zorg in levensbedreigende situaties. Maar door soms iets langer de tijd te nemen in de meldkamer ambulancezorg om een goede uitvraag te doen, kan sneller de juiste zorgverlener ingeschakeld worden, waardoor de zorg beter wordt en minder ambulance inzetten nodig zijn.

ZN vindt dat in de toelichting terecht staat dat tijdigheid een aspect is van de zorgplicht van zorgverzekeraars. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten er samen voor zorgen dat er voldoende ambulancezorg beschikbaar is. ZN vindt het logisch dat als zij er in onderling overleg niet uitkomen, één van de partijen dit niet alleen kan signaleren bij de IGJ en/of de NZa, maar ook bij VWS als 'vergunningverlener' en ziet dit graag in de toelichting opgenomen. De externe toezichthouders zijn echter de aangewezen partijen om dergelijke knelpunten bij te melden. Indien deze toezichthouders dat wenselijk of nodig vinden, zullen zij de minister informeren.



Administratieve lasten

AZN vraagt aandacht voor een verzwaren van de administratieve lasten en geeft een overzicht van op te leveren informatie. AZN geeft daarbij overigens zelf aan dat regionale monopolies (met aanwijzingen voor onbepaalde tijd) verantwoording en transparantie vergen. AZN constateert een behoorlijke toename van de gestelde eisen. Uit paragraaf 2 van deze toelichting blijkt dat het met de regeldruk van deze ministeriële regeling meevalt. Het Adviescollege toetsing regeldruk kan zich vinden in de beschrijving van de gevolgen van de regeling voor de regeldruk.

Het overzicht van AZN van op te leveren informatie zou opgesplitst kunnen worden in informatiebehoeften in wet en regelgeving (de Wet ambulancezorgvoorzieningen, de Regeling Ambulancezorgvoorzieningen, regelgeving omtrent de jaarverantwoording) en wat van de sector zelf is (Sectorkompas Ambulancezorg, geldende kwaliteitskaders).

Sectorkompas bestaat al een aantal jaren en geeft inzicht in prestaties van de afzonderlijke RAV's in overzichtelijke vorm. De informatie in Sectorkompas kan worden gebruikt om te voldoen aan verschillende verplichtingen zoals artikel 9, eerste en tweede lid van de Wazv (die zijn gebaseerd op artikel 7 van de reeds bestaande Wkkgz), artikel 3 van de onderhavige regeling, de eisen van maatschappelijke verantwoording, de verplichting tot het aanleveren van gegevens als gevolg van in het register van het Zorginstituut ingeschreven kwaliteitskaders (artikel 66d, tweede lid Zvw) en de motie Hijink² waarin wordt verzocht om het jaarlijks publiceren van een jaarverslag door RAV's, inclusief financiële informatie. Jaarrekeningen van RAV's moeten reeds jaarlijks worden gepubliceerd op basis van de Regeling verslaggeving WTZi. Voor de ministeriële regeling jaarverantwoording zoals die vanaf verslagjaar 2022 zal gaan gelden wordt overwogen om voor bepaalde categorieën van zorgaanbieders de verplichting te herintroduceren om het bestuursverslag (voorheen jaarverslag) in te dienen. Momenteel wordt met de sector overlegd over de motie Van den Berg, Agema en Veldman³ met betrekking tot het kwaliteitsregister. Aan deze motie wordt op zo min mogelijk belastende manier en gebruik makend van Sectorkompas invulling te geven. Met het oog op de motie Veldman en Van den Berg⁴ over inzicht in vooruitgang in kwaliteit en innovatie is artikel 3, tweede lid ingevoegd in deze regeling. In de gegevens die in het kader van de jaarverantwoording moeten worden aangeleverd is het nodige geschrapt ten opzichte van de regelgeving zoals die gold tot 1 juli 2020.

Artikel 6 van deze regeling (een jaarlijkse analyse van de prestaties) staat in het kader van het lerend vermogen van de RAV en het bovengenoemde artikel 7 van de Wkkgz over het systematisch bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Sectorkompas is daarbij in toenemende mate behulpzaam naarmate de metingen van meer signalen uit het Kwaliteitskader ambulancezorg daarin worden opgenomen. De vierjaarlijkse risico-inventarisatie en evaluatie en het vierjaarlijks onderzoek naar tevredenheid van medewerkers stonden al in artikel 12, vierde lid van de Regeling Twaz. De regelgeving ten aanzien van vijfjaarlijkse visitatie is inderdaad nieuw, maar sluit aan bij wat in de medische sector gebruikelijk is.

Inspraak ambulancezorgprofessionals

V&VN mist in artikel 9 over personeelsbeleid een passage over inspraak door ambulanceverpleegkundigen en andere ambulancezorgprofessionals bij het vormgeven en uitvoeren van zorginhoudelijk beleid en verwijst daarbij naar de motie Ellemeet en Ploumen⁵. De FNV stelt voor om in artikel 11, tweede lid op te nemen dat verpleegkundigen en chauffeurs een rol krijgen in de bestuurlijke organisatie.

In dit kader is van belang dat er onlangs advies is gevraagd aan de Chief Nursing Officer (CNO) over de positionering van verpleegkundigen en verzorgenden. Het betreft een zorgbreed advies en bevat een investeringsagenda op drie thema's, te weten:

1. Vrijmaken van tijd en ruimte om er zo voor te zorgen dat verpleegkundigen worden gepositioneerd en gefaciliteerd om zeggenschap optimaal te kunnen uitoefenen.
2. Erkennen van professionele zeggenschap op organisatie- en op landelijk niveau.
3. Verankeren van scholingsmogelijkheden en loopbaanmogelijkheden in cao's.

Dit advies is op 2 september 2020 aan de Tweede Kamer toegezonden⁶. Op 15 september 2020 is aan de Tweede Kamer bericht dat het Kabinet zich herkent in de bevinding dat meer nodig is om regie en zeggenschap onder zorgprofessionals te vergroten⁷. Het idee van een onafhankelijke commissie, met daarin ook verpleegkundigen, zoals de CNO voorstelt, spreekt het Kabinet aan. Over de wijze waarop

² Kamerstukken II, 2019-2020, 35 471, nr. 30.

³ Kamerstukken II, 2019-2020, 35 741, nr. 25.

⁴ Kamerstukken II, 2019-2020, 35 471, nr. 29.

⁵ Kamerstukken II, 2019-2020, 35 471, nr. 26.

⁶ Kamerstukken II, 2019-2020, 29 282, nr. 410.

⁷ Kamerstukken II, 2020-2021, 29 282, nr. 411.



dit concreet vorm kan krijgen, wordt de Tweede Kamer in december 2020 geïnformeerd. De inbreng uit de internetconsultatie van deze regeling op dit thema en de bovengenoemde motie Ellemeet en Ploumen zullen in samenhang daarmee worden bekeken en alsdan wordt bezien of en zo ja, hoe dit invloed heeft op de voorliggende regeling.

WensAmbulances

De samenwerkende WensAmbulances vragen om te voorkomen dat het recht op teruggave van de belasting van personenauto's en motorrijwielen (BPM) en vrijstelling van de motorrijtuigenbelasting vervalt voor de wensambulances. Dit wordt geregeld door aanpassing van het Uitvoeringsbesluit belasting van personenauto's en motorrijwielen 1992 en het Uitvoeringsbesluit motorrijtuigenbelasting 1994 in het Besluit ambulancezorgvoorzieningen.

Artikelsgewijs

Artikel 1

In de ambulancezorg wordt onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg. Ambulancezorg met een A1- of een A2-urgentie⁸ is spoedeisende ambulancezorg, daarbij is het niet van belang of de medische indicatie van somatische of psychiatrische aard is. Wat voorheen planbare ambulancezorg of besteld vervoer of vervoer met een B-urgentie werd genoemd is niet spoedeisende ambulancezorg. Niet spoedeisende ambulancezorg kan ook aanvangen op een incidentlocatie, bijvoorbeeld als een rapid responder na een spoedinzet de patiënt alsnog wil laten vervoeren zonder spoed. Niet spoedeisende ambulancezorg kan ook inhouden het naar huis brengen van de patiënt vanuit een zorginstelling. Ambulancezorg met een A1-urgentie of A2-urgentie is een dringende taak in de zin van het Reglement verkeersregels en verkeerstekens 1990 of de Regeling optische en geluidssignalen. Indien sprake is van een A1-urgentie begeeft het ambulancevoertuig zich per definitie als voorrangsvoertuig door het verkeer. Bij ambulancezorg met een A2-urgentie heeft het ambulancevoertuig onder voorwaarde toestemming om zich als voorrangsvoertuig door het verkeer te begeven. Niet spoedeisende ambulancezorg is geen dringende taak.

Met betrekking tot de omschrijving van de responstijd kan worden opgemerkt dat op piekmomenten, in incidentele situaties en binnen de afgesproken kaders, een 112-melding kan worden opgenomen door iemand anders dan een verpleegkundig centralist. In deze gevallen volgt altijd de inzet van een ambulance.

De term 'buitenlandvervoer' is vervangen door de term 'mobiele zorg vanuit of naar het buitenland'. Deze terminologie doet meer recht aan het feit dat sprake is van ambulancezorg op medische indicatie en niet alleen van vervoer. Ook sluit de term beter aan bij het kwaliteitskader dat voor deze zorg in ontwikkeling is en geeft het beter weer dat het gaat om zorg in Nederland.

Artikel 3

Eerste lid

Op de ambulancezorg is een groot aantal wetten van toepassing. Dit zijn onder meer de volgende wetten:

- Algemene verordening gegevensbescherming,
- Arbeidsomstandighedenwet,
- Burgerlijk Wetboek (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst),
- Politiewet,
- Wegenverkeerswet,
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg,
- Wet marktordening gezondheidszorg,
- Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen 2018,
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg,
- Wet op de collectieve arbeidsovereenkomst,
- Wet toelating zorginstellingen,
- Zorgverzekeringswet.

Op grond van de Politiewet 2012 zijn bij algemene maatregel van bestuur tien locaties voor meldkamers aangewezen, alsmede het gebied waarvoor op die meldkamer de meldkamerfunctie wordt

⁸ *A2-urgentie*: een spoedeisende urgentie naar aanleiding van een zorgvraag waarbij uit de triage blijkt dat er geen sprake is van een direct of op korte termijn levensbedreigende situatie, maar waarbij wel sprake kan zijn van gezondheidsschade die plotseling is ontstaan of verergert op grond waarvan de ambulancezorgprofessional zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn;



uitgevoerd. De politie draagt er zorg voor dat de meldkamers ingesteld en in stand gehouden worden ten behoeve van de politietaak, de ambulancezorg, de brandweertaak en ten behoeve van de rampenbestrijding, de crisisbeheersing en de geneeskundige hulpverlening, zoals bedoeld in artikel 1 van de Wet veiligheidsregio's (Wvr), met dien verstande dat één of meerdere RAV's zorg dragen voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie ten behoeve van de ambulancezorg en dat de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS) als onderdeel van de politie zorg draagt voor het beheer van de gemeenschappelijke meldkamer.

De hoofdlijnen voor beleid en beheer van de meldkamers zijn landelijk vastgelegd in de Regeling hoofdlijnen en beheer meldkamers en geven heldere kaders voor het beleid en beheer in het meldkamerdomein, de inrichting van de multidisciplinaire sturing en van de beleids- en beheercyclus waarbinnen het jaarlijkse beleids- en bestedingsplan van de meldkamers tot stand komt. De RAV is daarbij verantwoordelijk voor de meldkamerfunctie ambulancezorg en heeft met de andere disciplines een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het functioneren en de kwaliteit van de meldkamer. Daarnaast beslist een RAV over de operationele inzet van mensen en middelen bij de dagelijkse inzet en draagt een RAV er zorg voor dat er beschikking is over adequate materiële en personele middelen ten behoeve van deze taak. Het directieoverleg van de meldkamers waarin de RAV's vertegenwoordigd zijn, formuleert de behoeften voor het beleid en het beheer en bewaakt de uitvoering van het beleid en het beheer. Eén van de beleidskaders daarbij is de informatieveiligheid van de meldkamers en meldkamerfuncties opdat deze voldoet aan de wettelijke kaders en aan de van toepassing zijnde normen van de partijen. Het gaat hierbij onder andere over de bescherming van aan de patiënt gerelateerde en medische gegevens.

Vanzelfsprekend dient deze en overige van toepassing zijnde wetgeving door een RAV te worden nageleefd. Datzelfde betreft de naleving van de professionele standaarden van de beroepsgroepen en branchevereniging en kwaliteitsstandaarden die zijn ingeschreven in het register van het Zorginstituut. De bedoelde standaarden zijn ontwikkeld binnen de sector. De standaarden geven duidelijkheid over de wijze waarop gehandeld dient te worden.

Tweede lid

Conform de motie Veldman en Van den Berg⁹ dienen RAV's jaarlijks de kwaliteit van de ambulancezorg openbaar inzichtelijk te maken en daarbij de vooruitgang ten opzichte van het voorgaande jaar te laten zien en aan te geven wat zij doen aan innovatie. De achtergrond van deze bepaling is het blijvend stimuleren van kwaliteitsverbetering en innovatie.

Artikel 4

Het is van groot belang dat spoedeisende ambulancezorg tijdig beschikbaar is. In het referentiekader spreiding en beschikbaarheid worden standplaatslocaties aangewezen alsmede het aantal ambulances dat per RAV moet worden ingezet, om aan de doelstelling van het referentiekader te voldoen. Het referentiekader is een model voor de benodigde spreiding en beschikbaarheid (capaciteit) van de ambulancezorg in Nederland. Het model berekent, op basis van een aantal uitgangspunten en randvoorwaarden en met gebruik van ritstatistieken, de benodigde ambulancecapaciteit per regio, dagsoort en dagdeel. Het model wordt beheerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). De doelstelling van het landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid ten aanzien van de spreiding is om 97% van de inwoners binnen 12 minuten aanrijtijd per ambulance met zwaailicht en sirenes te kunnen bereiken. Ten aanzien van de beschikbaarheid is de doelstelling om in voldoende capaciteit te voorzien zodanig dat in 95% van de gevallen een ambulance beschikbaar is voor een spoedeisende inzet. Het referentiekader definieert een minimum niveau voor spreiding en capaciteit. De RAV mag een standplaats alleen verplaatsen of sluiten als het minimum niveau niet wordt overschreden. Dat wil zeggen als het percentage van de bevolking in de desbetreffende regio dat binnen 12 minuten aanrijtijd kan worden bereikt door een ambulance minstens 97% blijft. Bij de toetsing van de dekingsgraad van de spreiding wordt uitgegaan van de paraatheid vanaf de standplaats.

Het referentiekader is geen blauwdruk. De werkelijke vestiging van een standplaats is ter vaststelling door een RAV in samenspraak met de zorgverzekeraars in de regio. Hierdoor kan ervoor worden gekozen om in een bepaald gebied geen standplaats in te richten, omdat naar de mening van een RAV op andere wijze in goede en tijdige zorg kan worden voorzien. Voorwaarde bij het inrichten van de standplaatsen is wel dat het minimum niveau dat door het referentiekader wordt gedefinieerd niet onderschreden wordt, dus dat de spreiding zodanig is dat tenminste 97% van de bevolking in de desbetreffende regio binnen 12 minuten aanrijtijd bereikbaar blijft. Van de beschikbaarheid van het

⁹ Kamerstukken II, 2019-2020, 35 471, nr. 29.



aantal reguliere ambulances in de regio mag in overeenstemming met de zorgverzekeraar worden afgeweken van de capaciteit van het referentiekader ten einde beter te presteren. Het kan efficiënt zijn om in bepaalde gevallen rapid responders (een ambulancezorgprofessional die wel ter plaatse zorg kan verlenen maar geen patiënt kan vervoeren) in te zetten of teams voor midden- of laagcomplexe ambulancezorg. Het is primair de verantwoordelijkheid van een RAV om te bepalen of de inzet van rapid responders of ambulanceteams voor midden- of laagcomplexe ambulancezorg leidt tot het leveren van goede en tijdige ambulancezorg.

Om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen dient de RAV een goede verhouding te hebben tussen de dagelijkse inzet van ambulances en ambulancezorgprofessionals en de reservecapaciteit die nodig is om het actuele referentiekader uit te kunnen voeren. Ook hierover zullen met de zorgverzekeraars afspraken gemaakt moeten worden. Tevens dient voldoende capaciteit aan mensen en materieel beschikbaar te zijn voor opgeschaalde situaties van rampen of crises.

Het referentiekader biedt ook de basis voor de bekostiging van de ambulancezorg. Nadat het RIVM de NZa heeft geïnformeerd, publiceert het RIVM het actuele referentiekader op haar website, zodat de NZa dit kan gebruiken voor het berekenen van de budgetten voor de RAV's.

Artikel 5

Dit artikel verankert de basis voor de tijdigheid van de ambulancezorg in de ministeriële regeling. Zeker in de ambulancezorg is tijdigheid een aspect van kwaliteit. In het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 staan indicatoren die een breder beeld geven van de kwaliteit van de ambulancezorg dan alleen het aspect tijdigheid. De waarden van de signalen voor de afzonderlijke RAV's zullen conform het implementatieplan via de website van AZN bekend gemaakt worden. In andere artikelen van deze regeling komen ook andere aspecten van kwaliteit aan de orde dan tijdigheid.

Eerste lid

In dit lid is geregeld dat het streven is dat in de meest spoedeisende gevallen een ambulance of rapid responder binnen 15 minuten na aanneming van de melding op de meldkamer ambulancezorg ter plaatse is. Dit streven is vastgelegd in het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0, waarin ook is opgenomen dat het streven is om bij inzetten met een A2-urgentie in 95% van de gevallen binnen 30 minuten responstijd een ambulance ter plaatse te hebben.

De streefwaarden in het kwaliteitskader gelden ongeacht de aard van de medische indicatie. Deze kan somatisch of psychiatrisch van aard zijn.

De sector ontwikkelt een verbeterde urgentie-indeling voor de ambulancezorg. Deze ontwikkeling kan in de toekomst gevolgen hebben voor de tijdsnorm in deze regeling.

Tweede lid

Voorts zijn goede afspraken nodig over het tijdig halen en brengen van patiënten tussen enerzijds RAV's en anderzijds zorginstellingen waar patiënten worden gebracht en gehaald met het oog op het belang van de patiënt, de zorginstelling en de RAV. Het gaat hierbij om zorginstellingen zoals ziekenhuizen, maar bijvoorbeeld ook aanbieders van (acute) ggz. Afspraken zijn in het bijzonder nodig voor de avond, nacht- en weekenduren. Het is in het belang van de patiënt en de zorginstelling dat zij weten wanneer precies de ambulance komt en dat zij daarop niet langer hoeven te wachten dan nodig is. Een patiënt moet bijvoorbeeld niet onnodig lang op een SEH of beoordelingslocatie acute ggz verblijven of juist op tijd bij een zorginstelling gebracht worden voor zijn afspraak voor een behandeling. Het is in het belang van de RAV dat ook afspraken worden gemaakt over de overdracht, zodat de ambulance niet langer dan nodig hoeft te wachten om weer te kunnen vertrekken na het brengen van een patiënt. Het is in het belang van (andere) patiënten die in niet planbare situaties met spoed zorg nodig hebben en van de RAV dat RAV's enige flexibiliteit kunnen betrachten in situaties waarin een patiënt niet heel dringend vervoer met zorg nodig heeft, zodat zij prioriteit kunnen geven aan spoedgevallen. Afspraken tussen RAV's en zorginstellingen over onderlinge verwachtingen en overplanningen zijn daarom noodzakelijk. In het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 staat dat wordt gewerkt aan een streefwaarde voor het percentage patiënten dat binnen de afgesproken tijdspanne (30 minuten van tevoren tot het moment van de afspraak) op de plaats van bestemming is gebracht.

Artikel 6

Met betrekking tot de streefwaarde voor inzetten met A1-urgentie en de realisatie van de afspraken over wachttijden voor niet spoedeisende ambulancezorg uit artikel 5 is het nodig om jaarlijks te bezien wat de oorzaken zijn van het eventueel niet realiseren van de streefwaarde of afspraak, wat succesfac-



toren zijn van het wel realiseren van de streefwaarde of afspraak en welke verbetermaatregelen nodig en mogelijk zijn.

Artikel 7

Eerste lid

Ambulancezorg varieert van hoogcomplex tot laagcomplex zorg. Hoogcomplex ambulancezorg kan spoedeisend of niet spoedeisend zijn. Midden- en laagcomplex ambulancezorg is niet spoedeisend. Omgekeerd kan niet spoedeisende ambulancezorg hoog-, midden- of laagcomplex zijn. RAV's kunnen in zorg differentiëren om zo de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de reële zorgbehoefte van de cliënt en tegelijkertijd een optimale inzet van de zorgcapaciteit te realiseren. Landelijk zijn er door de sector eisen en inzetcriteria geformuleerd voor diverse typen ambulancezorg. Deze zijn vastgelegd in landelijke kwaliteitskaders. Indien een RAV differentieert in zorg, dient deze zorg te voldoen aan de geldende eisen en inzet- en uitsluitcriteria, opdat de cliënt verzekerd is van de juiste zorg op het juiste moment. Zorgdifferentiatie dient immers niet te leiden tot een verschraving van het zorgaanbod. Alsdan zou bijvoorbeeld ten tijde van opschaling onvoldoende personeel en materieel beschikbaar kunnen zijn om aan de vraag naar ambulancezorg te voldoen. De RAV dient voldoende veerkracht te hebben in de capaciteit om snel en adequaat te kunnen reageren op plotseling gewijzigde omstandigheden.

Tweede lid

De ambulancezorgprofessional werkzaam in de spoedeisende ambulancezorg en de hoogcomplex niet spoedeisende ambulancezorg is deskundig, bevoegd en bekwaam voor het verlenen van zorg op ten minste het niveau van het vigerende Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA). Hierdoor kan op systematische en methodische wijze de zorgvraag van de patiënt worden geanalyseerd en hoogcomplex ambulancezorg worden verleend. Verschillende ambulancezorgprofessionals mogen spoedeisende en hoogcomplex ambulancezorg verlenen. Zij mogen daarnaast ook midden- en laagcomplex zorg leveren.

De ambulanceverpleegkundige voldoet aan de eisen uit het Besluit functionele zelfstandigheid. Ambulanceverpleegkundigen mogen en kunnen naast midden- en laagcomplex zorg ook spoedeisende en hoogcomplex niet spoedeisende ambulancezorg verlenen. De meeste handelingen die door de ambulancezorgverpleegkundige worden verricht, zijn verpleegkundige handelingen. Daarnaast worden geneeskundige handelingen verricht overeenkomstig het Besluit functionele zelfstandigheid. De ambulanceverpleegkundige verricht werkzaamheden op een zodanig niveau, dat aan de kwaliteitseisen van (spoedeisend) medisch- en verpleegkundig handelen wordt voldaan.

De ambulanceverpleegkundige (of bachelor medisch hulpverlener, verpleegkundig specialist of physician assistant) kan als rapid responder functioneren. Een rapid responder is een ambulancezorgprofessional die alleen werkt en die ter plaatse geheel zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van de komst van een ambulance of andere zorgverlener.

Voor de duur van het lopende experiment op grond van artikel 36a van de Wet BIG mag de BMH naast midden- en laagcomplex ambulancezorg spoedeisende en hoogcomplex niet spoedeisende ambulancezorg leveren. Afhankelijk van de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek dat het experiment evalueert zal de BMH ambulancezorg na afloop van het experiment bevoegd en bekwaam zijn om spoedeisende en hoogcomplex niet spoedeisende ambulancezorg te mogen en kunnen verlenen volgens de kwaliteitskaders van de sector.

De verpleegkundig specialist is sinds 2009 op grond van artikel 14 en 36 van de Wet BIG wettelijk erkend en zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. De physician assistant is sinds 1 september 2018 opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG en op grond van artikel 36 zelfstandig bevoegd tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. Als uitwerking van het Actieplan ambulancezorg¹⁰ heeft de sector beleid ontwikkeld om verpleegkundig specialisten en physician assistants op meer passende wijze in te zetten in de ambulancezorg, zodat hun kwaliteiten optimaal benut worden. Er is een sectoraal kader voor een landelijke pilot opgesteld voor de inzet van de verpleegkundig specialist en de physician assistant in de directe patiëntenzorg. De verpleegkundig specialist en de physician assistant hebben gedurende de pilot periode (2021 tot en met 2023) een achtergrond als ambulanceverpleegkundige of BMH en voldoen daarmee aan het sectoraal kader voor de pilot physician assistant en verpleegkundig specialist ambulancezorg.

¹⁰ Kamerstukken II, 2018-2019, 29 247, nr. 263.



Derde lid

De ambulancechauffeur bestuurt de ambulance en assisteert de ambulancezorgprofessional die hoog-, midden- of laagcomplexe ambulancezorg verleent. De ambulancechauffeur is bevoegd door een CZO gecertificeerde opleiding. De ambulancechauffeur beschikt hiermee over specifieke medische (assisterende) vaardigheden. De ambulancechauffeur is verantwoordelijk voor het veilig besturen van de ambulance naar de patiënt of het incident en voor het veilig vervoer van de patiënt in de ambulance en is opgeleid in het rijden met optische en geluidssignalen conform de sectorale afspraken hierover.

Vierde lid

Middencomplexe ambulancezorg wordt verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die voldoet aan de deskundigheidseisen voor middencomplexe ambulancezorg in het kwaliteitskader voor midden- en laagcomplexe ambulancezorg of door ambulancezorgprofessionals die spoedeisende en hoogcomplexe niet spoedeisende ambulancezorg mogen verlenen.

De chauffeur midden- en laagcomplexe ambulancezorg bestuurt het ambulancevoertuig waarmee middencomplexe (of laagcomplexe, zie vijfde lid) ambulancezorg wordt verleend en assisteert de ambulancezorgprofessional die middencomplexe respectievelijk laagcomplexe ambulancezorg verleent. Hierbij is hij of zij verantwoordelijk voor een comfortabel vervoer van de patiënt plus meerijsende derden zoals mantelzorgers of naasten. De chauffeur midden- en laagcomplexe ambulancezorg is bevoegd door een door de RAV aangeboden opleiding met succes af te ronden. Ook is de chauffeur opgeleid om als EHBO'er op te treden en om verantwoord incidentmanagement toe te passen. Ook de ambulancechauffeur mag assisteren bij midden- of laagcomplexe ambulancezorg.

Vijfde lid

De ambulancezorgprofessional werkzaam in de laagcomplexe ambulancezorg is bevoegd en bekwaam om zorg te leveren op ten minste het niveau van het vigerende Landelijk Protocol Zorgambulance. De betreffende ambulancezorgprofessional verzorgt en begeleidt patiënten in de ambulance. De individuele ambulancezorgprofessional is verzorgende IG en voldoet aan de deskundigheidseisen in het kwaliteitskader laagcomplexe zorg. De ambulancezorgprofessional is opgeleid om als EHBO'er op te treden en om verantwoord incidentmanagement toe te passen. Ook ambulancezorgprofessionals die hoog- of middencomplexe ambulancezorg mogen leveren, mogen laagcomplexe ambulancezorg verlenen.

Zesde lid

Voor ambulancezorg aan personen met een psychiatrische zorgvraag is het Kwaliteitskader mobiele zorg met psychiatrische hulpverlening van toepassing. Dit kwaliteitskader wordt omgevormd tot een kwaliteitskader mobiele zorg voor en na beoordeling. Als somatische problematiek is uitgesloten, ofwel in het kader van de triage ofwel in het kader van de psychiatrische beoordeling kunnen ook verpleegkundigen met ervaring in de ggz of mensen met een opleiding van tenminste niveau 4 in de maatschappelijke zorg, de opleiding gespecialiseerd pedagogisch medewerker (voorheen SPW) of sociaal pedagogisch hulpverlener met ervaring in de ggz ingezet worden als ambulancezorgprofessional.

Zevende lid

Het aannemen, ontvangen, registreren en beoordelingen van meldingen met betrekking tot ambulancezorg geschiedt door een BIG-geregistreerde verpleegkundige. De ambulancezorgprofessional die inhoud geeft aan het meldkamerproces, biedt goede zorg door de triage uit te voeren met ondersteuning van een triagesystematiek die voldoet aan de sectorale eisen en te handelen in overeenstemming met sectorale kaders en richtlijnen. Deze ambulancezorgprofessional is bevoegd en bekwaam voor een verantwoorde uitvoering van het proces van intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en -coördinatie, zorginstructie en zelfzorgadvies. De individuele ambulancezorgprofessional is bevoegd door een relevante CZO gecertificeerde opleiding Verpleegkundig Centralist Meldkamer Ambulancezorg.

De uitgifte van inzetten (bepalen welke ambulance wordt ingezet) hoeft niet te geschieden door een BIG-geregistreerde verpleegkundige. De uitgiftecentralist verzorgt het logistieke proces, plant de zorg en overlegt over de prioriteiten in de zorgtoewijzing. De uitgiftecentralist werkt volgens vaste procedures en routines. Van de uitgiftecentralist wordt verwacht dat hij of zij via dynamisch ambulance management voortdurend een zodanige spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg realiseert in het verzorgingsgebied dat patiënten tijdig worden bereikt.



Artikel 8

Onderdeel a

Acute zorg wordt geleverd in een keten van zorgaanbieders. De ambulancezorg is een onderdeel van deze keten, beweegt zich tussen de schakels van deze zorgketen en speelt daarin een cruciale rol daar waar het gaat om een optimale doorgeleiding van cliënten. Voor het goed functioneren hiervan is goede samenwerking essentieel. De samenwerking dient erop gericht te zijn dat de cliënt de juiste zorg ontvangt op het juiste moment, afgestemd op zijn reële zorgvraag. Het regionaal overleg acute zorgketen is het gremium waarin afspraken worden gemaakt over de beschikbaarheid en de bereikbaarheid van de acute zorg. De deelname van RAV's aan dit overleg en het naleven van de afspraken die daar worden gemaakt is geregeld in de beleidsregels Wet toelating zorginstellingen, dan wel in de algemene maatregel van bestuur beschikbaarheid en bereikbaarheid acute zorg op basis van artikel 3a van de Wkkgz. In het regionaal overleg acute zorgketen moeten afspraken gemaakt worden over het waarborgen en optimaliseren van de continuïteit van de zorgverlening in de (acute) zorgketen (spoedeisende zorg dient 7 x 24 uur beschikbaar te zijn).

De ambulancezorg heeft met veel verschillende partners te maken. Onderscheiden worden in ieder geval de volgende partners in de keten van acute zorg: huisartsen, huisartsenposten, verloskundigen, ziekenhuizen en de aanbieders van acute ggz, acute wijkverpleging en acute thuiszorg en crisisopvang in de langdurige zorg. Afspraken met deze en andere partners in de keten van acute zorg kunnen betrekking hebben op een grote variëteit aan onderwerpen. Afspraken die voor het verlenen van goede ambulancezorg onder andere van belang zijn, zijn afspraken met ziekenhuizen en aanbieders van acute ggz over de overdracht van patiënten en hun gegevens en inzicht in de actuele capaciteit voor patiënten met verschillende acute zorgvragen. Bij de huisartsen gaat het in ieder geval om de inzet en beschikbaarheid tijdens de avond- nacht en weekenduren. Dat laat echter onverlet dat er ook over andere zaken afspraken gemaakt kunnen worden, zoals over zorginhoudelijke aspecten.

Onderdeel b

Bij het tot stand komen van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid is uitgegaan van een 'open grensbenadering'. Dat betekent dat regiogrenzen niet bepalend zijn voor de standplaats van waaruit ambulancezorg wordt geleverd, maar dat de meest doelmatige indeling voor standplaatsen en ambulances is gekozen, ongeacht de regiogrenzen. Dit betekent dat in voorkomende gevallen een ambulance naar een incident in een andere RAV-regio moet, omdat op dat moment deze ambulance de dichtstbijzijnde ambulance is. Een scenario dat de regiogrenzen leidend zou laten zijn, vereist veel meer standplaatsen en ambulances. De open grensbenadering heeft tot gevolg dat RAV's nauw moeten samenwerken om op een zo doelmatig mogelijke wijze vorm te geven aan de eisen zoals gesteld in de artikelen 4 en 5. Samenwerkingsafspraken moeten de cliënt de optimale zorg garanderen wanneer die zich in de ene regio bevindt en de dichtstbijzijnde ambulance in een andere regio. Op sectoraal niveau zijn hierover afspraken gemaakt in het 'Beleidsdocument Dynamisch ambulancemanagement'. Iedere RAV wordt geacht zich aan dit document te conformeren en de vastgelegde procedures te gebruiken.

Samenwerkingsafspraken zijn ook nodig in het kader van het verlenen van bijstand in het geval van crises en ongevallen (artikel 15 van deze regeling). In dat geval moet de RAV kunnen beschikken over middelen en personeel van naburige en verder weg gelegen regio's om aan de vraag naar spoedeisende ambulancezorg te kunnen voldoen.

Onderdeel c

Met name in de RAV-regio's die zijn gelegen aan de landsgrenzen met Duitsland en België kan het voorkomen dat een Nederlandse ambulance in Duitsland of België moet worden ingezet (of andersom). Een andere mogelijkheid is dat een Nederlandse ambulance gebruik moet maken van het Duitse of Belgische grondgebied (of andersom) om sneller ter plaatse te kunnen zijn. Hierover dienen afspraken te worden vastgelegd met de Duitse of Belgische meldkamers en ambulancediensten die het aangaat. AZN heeft hiertoe de richtlijn 'Grensoverschrijdende communicatie bij spoedeisende medische hulpverlening door Nederlandse ambulancevoertuigen in Duitsland en België' opgesteld. Deze richtlijn is bedoeld als ondersteuning bij het gebruik van de communicatie-apparatuur ten behoeve van grensoverschrijdende spoedeisende medische hulpverlening door Nederlandse ambulances in de Duitse en Belgische grensregio's, op aanvraag van respectievelijk Duitsland en België. De richtlijn beschrijft de algemene procedure met betrekking tot de communicatie. Op basis van regionale afspraken kan de procedure worden aangepast of aangevuld.



Daarnaast is over grensoverschrijdende samenwerking op 8 december 2009 een regeling¹¹ overeengekomen tussen België en Nederland over de grensoverschrijdende ambulancezorg. Doel van de regeling is om belemmeringen voor grensoverschrijdend vervoer aan weerszijden van de Belgisch-Nederlandse grens weg te nemen, zodat - in het belang van de patiënt - op een snelle, doeltreffende en efficiënte wijze, spoedeisende ambulancezorg kan worden gerealiseerd.

Onderdeel d

De RAV heeft op basis van het Kwaliteitskader mobiele zorg met psychiatrische hulpverlening de plicht om sluitende regionale afspraken te maken over passend en doelmatig vervoer met psychiatrische zorgverlening. De RAV neemt deel aan of organiseert zo nodig een structureel regionaal ketenoverleg hierover. Relevante ketenpartners zijn onder andere de aanbieders van acute ggz waaronder de regionale regievoerders zoals genoemd in de Generieke module acute psychiatrie en de politie. Tijdens een ketenoverleg komen ten minste de evaluatie van de afspraken, de bespreking van casuïstiek en onderlinge verwijzingen aan bod. Ook worden in dit overleg afspraken gemaakt over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de beoordelingslocatie en de triagist acuut psychiatrische hulpverlening en wordt de informatie-uitwisseling tussen ketenpartners besproken. Het Regionaal overleg acute zorgketen of het regionaal overleg in het kader van de Generieke module acute psychiatrie kunnen voor dit overleg worden gebruikt.

Onderdeel e

Om te zorgen dat patiënten de juiste zorg krijgen is een goede samenwerking noodzakelijk tussen de 25 RAV's en de mobiele medische teams (MMT's). Daarvan zijn er vier met helikopter en voertuigen en twee met alleen voertuigen. De Landelijke inzet- en uitsluitcriteria voor MMT's geven aan wanneer de inzet van een MMT door de meldkamer ambulancezorg aan de orde is en wanneer niet en hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is tussen RAV en MMT.

Onderdeel f

Op grond van het kwaliteitskader Ambulancezorg op het water dient elke RAV afspraken te maken met de regionale en regio-overstijgende ketenpartners opdat de patiënt de juiste zorg kan krijgen binnen de mogelijkheden op en aan het water. Belangrijke ketenpartners op landelijk en regionaal niveau zijn bijvoorbeeld de Kustwacht, de Koninklijke Nederlandse Reddingsmaatschappij (KNRM), Reddingsbrigade Nederland, het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en de partners binnen de Regionale overleggen acute zorgketen. Voor binnenwateren zijn deels andere ketenpartners relevant dan voor buitenwateren en de kust.

Artikel 9

Eerste lid

Een RAV moet voldoende personeel tot haar beschikking hebben om goede en tijdige ambulancezorg te kunnen verlenen. Dat geldt zowel ten aanzien van de taken van de triage op de meldkamer ambulancezorg als de taken van het rijdende ambulancepersoneel. Een RAV is immers verantwoordelijk voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie, voor de triage van overige aanvragen voor ambulancezorg, het verlenen van zorg ter plaatse en het vervoeren van de patiënt. Dat betekent dat de RAV voor al deze taken en voor het voortdurend verbeteren van de uitvoering ervan de beschikking zal moeten hebben over voldoende personeel. Hiervoor is beleid met betrekking tot werving en behoud van medewerkers van belang. Een richtlijn voor het minimale benodigde personeel voor het verlenen van zorg ter plaatse en het vervoeren van de patiënt is het aantal diensten dat wordt berekend op basis van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid.

Naast de kwantiteit van het personeel is ook de kwaliteit van het personeel van belang. Uit artikel 7 en diverse kwaliteitskaders zoals het Kwaliteitskader ambulancezorg, het Kwaliteitskader laag- en midden complexe ambulancezorg en het Kwaliteitskader mobiele zorg met psychiatrische hulpverlening vloeit voort aan welke bevoegd- en bekwaamheidseisen de ambulancezorgprofessionals moeten voldoen.

Tweede lid

Een RAV dient te zorgen voor een opleidings- en bekwaamheidsbeleid waaruit blijkt op welke wijze kennis en vaardigheden van het (reeds) gekwalificeerde personeel worden onderhouden en hoe en in

¹¹ Beschikkingen M (2009) 8 en M (2014) 1 van het Comité van Ministers van de Benelux Economische Unie met betrekking tot het grensoverschrijdend spoedeisend ambulancevervoer.



welke aantallen nieuwe medewerkers worden opgeleid. In het opleidingsplan moet duidelijk worden wanneer en op welke wijze het plan wordt uitgevoerd. Zo moet het duidelijk zijn hoeveel scholingsdagen individuele medewerkers genieten en wat de inwerkplannen zijn ten aanzien van nieuw personeel. Ook moeten de opleidingskosten worden aangegeven.

Onderdeel van het opleidingsplan en bekwaamheidsbeleid is ook de opleiding en training van de centralisten. Dit vloeit voort uit de verantwoordelijkheid van een RAV voor de meldkamerfunctie ambulancezorg.

In het bekwaamheidsbeleid is beschreven hoe een RAV omgaat met autorisatie van bekwaamheid, toezicht op bekwaamheid, behoud van bekwaamheid, maar ook te treffen maatregelen bij gebleken onbekwaamheid. Het bekwaamheidsbeleid verdient aandacht, omdat ambulancezorgprofessionals hun vaardigheden op peil moeten houden om bekwaam te blijven. Indien de dagelijkse praktijk niet voldoende is om de vaardigheden op peil te houden, dienen aanvullende maatregelen te worden getroffen. Daarbij valt te denken aan trainingen en scholing. Zowel een RAV als een individuele professional hebben een verantwoordelijkheid in het verkrijgen en behouden van bekwaamheid. Bekwaamheid is tevens relevant in het kader van de Wet BIG. Verpleegkundigen die werkzaam zijn in de ambulancezorg dienen in het kader van die wet geregistreerd te zijn.

Een RAV is eindverantwoordelijk voor het leveren van goede ambulancezorg. Derhalve dient een RAV de medische verantwoordelijkheid voor de zorg integraal te waarborgen. Eén van de eisen die aan het medisch management wordt gesteld binnen de sector, is dat er toezicht is op de bekwaamheid van de ambulancezorgverleners. Zo dient er te worden toegezien op de uitvoering van het medische beleid en de toepassing van protocollen van de sector ambulancezorg.

Derde lid

Het is de afgelopen jaren herhaaldelijk voorgekomen dat ambulancemedewerkers tijdens de uitvoering van hun werk gehinderd werden door agressief gedrag. Veelal is dit gedrag afkomstig van omstanders, al dan niet direct betrokkenen bij of familieleden van de patiënt, maar ook de patiënt zelf kan zich agressief gedragen. De agressie is niet alleen gericht jegens de ambulancemedewerkers op straat, maar kan zich ook richten op de centralist van de meldkamer tijdens het telefonisch contact.

Er zijn diverse initiatieven en materialen beschikbaar over preventie van en omgaan met agressie en geweld, zowel specifiek voor de ambulancezorg als breder. In 2006 heeft AZN het actieprogramma 'geweld tegen werknemers met een publieke taak' onderschreven. In dit kader zijn in 2007 afspraken gemaakt omtrent de registratie van agressie-incidenten jegens ambulancemedewerkers. Deze registratie wordt gecoördineerd door AZN. Verder zal het sectorbrede actieplan Veilig Werken in de Zorg dat eind 2016 is afgelopen in 2020 opvolging krijgen; AZN maakt deel uit van de stuurgroep die hiervoor is opgericht. Ook de campagne 'Duidelijk over agressie' die is ontwikkeld in het kader van dat actieplan zal worden geactualiseerd. Landelijk is een agressieprotocol (als onderdeel van het 'Werkpakket psychische belasting ambulancezorg') beschikbaar. Deze is te beschouwen als een gedragshandleiding voor beroepsbeoefenaren binnen de ambulancezorg. Tot slot is in de Arbocatalogus Ambulancezorg 2019¹² aandacht voor agressie.

Een RAV dient beleid te formuleren inzake de ondersteuning van medewerkers die geconfronteerd worden met agressie-incidenten. Daarnaast heeft een RAV aandacht voor de eigen mogelijkheden om het aantal agressie-incidenten zoveel mogelijk terug te dringen en om agressie jegens ambulancemedewerkers te voorkomen.

Een RAV registreert ieder agressie-incident jegens de eigen medewerkers. Via deze registratie wordt bijgehouden wat voor incident het betreft, waar en wanneer dit heeft plaatsgevonden, wie de dader van het incident is, wat de oorzaken van het incident geweest (kunnen) zijn en welke maatregelen getroffen zijn. Deze maatregelen betreffen zowel de juridische en eventueel strafrechtelijke afwikkeling, als de maatregelen die een RAV zelf heeft getroffen ter ondersteuning van de betreffende medewerker.

Een RAV dient, naast de eigen registratie van incidenten, mee te werken aan de landelijke gegevensverzameling.

¹² <https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=15&ved=2ahUKEwjgsJr9jcf0AhUrNOwKHYg1CucQFjAOegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ambulancezorg.nl%2Fstatic%2Fupload%2Fraw%2F01158201-e8cd-4721-9bbf-b835bc353d6a%2FArbocatalogus%2B2019.pdf&usq=AOvVaw2p-Z2GzGnPue0CEgGTJdrV>



Vierde lid

Met het oog op mogelijke verbeteringen in de kwaliteit van de ambulancezorg door het verzamelen van suggesties van medewerkers en ook op het behoud van medewerkers voor de ambulancezorg en aantrekkelijkheid van het werk voor mogelijke nieuwe medewerkers is het nodig om vierjaarlijks de tevredenheid onder de medewerkers te meten en op basis van de uitkomsten zo nodig beleid te formuleren om de tevredenheid te verbeteren.

Vijfde lid

De directeur of bestuurder van de RAV moet van onbesproken gedrag zijn. Dat is van belang voor het vertrouwen in de ambulancezorg bij de bevolking, de medewerkers van de RAV en de ketenpartners in zorg en veiligheid. Zo kan een veroordeling voor een strafbaar feit aanleiding zijn te veronderstellen dat iemand niet van onbesproken gedrag is.

Artikel 10

Met het oog op de kwaliteit van de ambulancezorg dient de medische eindverantwoordelijkheid voor de ambulancezorg te berusten bij een BIG-geregistreeerde arts. Deze is samen met de ambulancezorg-professional verantwoordelijk voor de bekwaamheid van de professionals. In het kader van het bekwaamheidsbeleid wordt de bekwaamheid van de medewerkers vijfjaarlijks getoetst. De betrokkenheid van de medisch eindverantwoordelijke arts blijkt uit een door deze functionaris afgegeven verklaring. De verklaring is maximaal 5 jaar geldig, daarna moet opnieuw getoetst worden of de ambulancezorgprofessional bekwaam is. Als daar gegronde redenen voor zijn kan de verklaring tussentijds ingetrokken worden. De medisch eindverantwoordelijke arts is verantwoordelijk voor de bekwaamheid van de ambulancezorgprofessionals, ook voor de bekwaamheid van de professionals die via een onderaannemer, een uitzendbureau of als zelfstandige zonder personeel worden ingeschakeld, aan zulke inzet moeten goede afspraken ten grondslag liggen. Verpleegkundig specialisten en physician assistants die voldoen aan het betreffende sectorale kader kunnen samen met de arts een rol spelen in het medisch management van een RAV en deeltaken op zich nemen (motie Ellemeet Veldman¹³). Aanbieders van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland die geen RAV of onderaannemer van een RAV zijn, moeten eveneens een opleidings- en bekwaamheidsbeleid hebben (artikel 20).

Artikel 11

Op grond van de Wkkgz moet een zorgaanbieder zorg dragen voor een zodanige toedeling van verantwoordelijkheid dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot goede ambulancezorg. Op grond van dezelfde Wkkgz wordt onder goede zorg onder andere verstaan dat deze veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. In aanvulling daarop dient een RAV deze verantwoordelijkheidstoedeling ook daadwerkelijk beschreven te hebben, waarbij een RAV zodanig is georganiseerd dat slagvaardige besluitvorming voor de uitvoering van de ambulancezorg onder alle omstandigheden wordt gegarandeerd. Het bestuur van een RAV moet snel knopen kunnen doorhakken.

Indien een RAV voor de daadwerkelijke uitvoering van de ambulancezorg gebruik maakt van een andere organisatie of organisaties (via inhuur), dient in de overeenkomst met die organisatie(s) te worden voorzien dat de RAV zodanige invloed heeft op het handelen van die organisatie(s), dat de RAV de eindverantwoordelijkheid voor het leveren van goede ambulancezorg daadwerkelijk waar kan maken.

Artikel 12

Dat de kwaliteit van de zorg van een RAV systematisch bewaakt en verbeterd moet worden, volgt uit artikel 7 van de Wkkgz. Opdat de kwaliteit van zorg systematisch wordt bewaakt en verbeterd, dient een RAV een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem te hebben. De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) heeft voor de ambulancezorg een speciaal certificatieschema vastgesteld (www.hkz.nl). Dat certificatieschema heeft betrekking op zowel de triage als het daadwerkelijk verlenen van ambulancezorg. Indien een RAV in het bezit is van een geldig HKZ-certificaat, voldoet deze aan deze eis. Een ander certificaat is evenwel ook acceptabel, zolang het kwaliteitssysteem maar door een onafhankelijke, door de Raad voor Accreditatie geaccrediteerde instantie is beoordeeld en dat ook geldt voor het veiligheidsmanagementsysteem.

¹³ Kamerstukken II, 2019-2020, 35 471, nr. 27.



Artikel 13

Een RAV dient zich adequaat verzekerd te hebben tegen alle risico's die verbonden zijn aan ambulancezorg. Dit betreft risico's voor de patiënten en de medewerkers maar ook risico's voor de continuïteit van de dienstverlening.

Hierbij kan gedacht worden aan onder meer de volgende verzekeringen:

- verzekering voor het wagenpark (inclusief rechtsbijstand en ongevallen-inzittenden),
- instrument- en apparatuurverzekering voor de inventaris van ambulances,
- ongevallenverzekering voor medewerkers (inclusief stagiaires, oproepkrachten, en dergelijke),
- aansprakelijkheidsverzekering tegen alles wat kan voortkomen uit bedrijfsactiviteiten (personen- en zaakschade),
- verzekeringen voor bestuurdersaansprakelijkheid, werkgeversaansprakelijkheid bestuurders motorrijtuigen, bedrijfsaansprakelijkheid, aansprakelijkheid medewerkers binnen functie, aansprakelijkheid BIG-geregistreerden (buiten functie),
- opstal-, inventaris/inboedel-, bedrijfsgebouwen- bedrijfsschade-, brandverzekeringen, verzekeringen voor computers en electronica,
- rechtsbijstandsverzekeringen voor medewerkers en voor het bedrijf.

Artikel 14

Met het oog op de kwaliteit inclusief doelmatigheid en de beschikbaarheid van de ambulancezorg wordt een vijfjaarlijkse visitatie verplicht. RAV's kunnen elkaar onderling visiteren of zij kunnen daar externen bij betrekken. Degenen die de visitatie uitvoeren moeten wel een onafhankelijk oordeel kunnen vellen. Daarom kan een RAV zich niet laten visiteren door een RAV met dezelfde directeur of bestuurder of dezelfde medisch eindverantwoordelijke arts, niet door een RAV waarbij zij zelf lid zijn van de coöperatie of door een RAV waarmee ze samenwerken in de meldkamer of door een RAV die dezelfde uiteindelijk belanghebbende of eigenaar heeft (in ondernemingsrechtelijke zin).

De visitatie heeft in ieder geval betrekking op kwaliteit en doelmatigheid in processen en resultaten, op innovatie, samenwerking met ketenpartners, besluitvaardigheid en tevredenheid van medewerkers en patiënten. De medisch eindverantwoordelijken visiteren elkaar ook onderling. Een visitatie op basis van intercollegiale toetsing zal de meeste innovatiekracht genereren. Verpleegkundig specialisten en physician assistants die voldoen aan het betreffende sectorale kader kunnen een rol spelen bij de uitvoering van een visitatie.

Artikel 15

Op grond van de artikelen 32 en 33 van de Wvr dient de directeur Publieke Gezondheid (DPG) als directeur van de GHOR, onder verantwoordelijkheid van het bestuur van de veiligheidsregio afspraken te maken met de RAV zodat de RAV haar aandeel kan leveren in de geneeskundige hulpverlening bij opgeschaalde zorg. Deze afspraken hebben betrekking op de voorbereiding en het daadwerkelijk optreden in het kader van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. In dit artikel wordt slechts aangegeven waarover afspraken moeten worden gemaakt. Het is de verantwoordelijkheid van het bestuur van de veiligheidsregio en de RAV's om nadere invulling te geven aan deze afspraken, waarbij uitgegaan zal worden van de risico's in de betreffende regio. Het ROAZ kan hiervoor als overlegorgaan worden gebruikt.

De uitwerking van deze afspraken vereist regionaal maatwerk en daaraan zal tussen de DPG (als vertegenwoordiger van het bestuur van de veiligheidsregio) en de RAV nadere schriftelijke invulling gegeven moeten worden. Hierin dienen ook afspraken die worden gemaakt met overige zorgaanbieders die een taak hebben in de geneeskundige hulpverlening in ogenschouw te worden genomen. De afspraken betreffen in ieder geval de onderwerpen uit artikel 5.1 van het Besluit veiligheidsregio's:

- a. de procedures die gevolgd worden bij een ramp of crisis, waarbij het in ieder geval gaat over grootschalige alarmering, opschaling, coördinatie, informatiemanagement en evaluatie;
- b. de wijze waarop en de mate waarin personeel en materieel worden ingezet;
- c. de bereikbaarheid en beschikbaarheid van personeel, ruimte en materieel;
- d. de wijze van trainen en oefenen met het oog op het gezamenlijk optreden bij de rampenbestrijding en crisisbeheersing en de frequentie waarin getraind en geoefend wordt;
- e. de samenwerking met:
 - 1°. de functionarissen van de GHOR,
 - 2°. andere instellingen, en
 - 3°. andere hulpverleningsinstanties; en
- f. het onderhoud en beheer van materieel voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen dat eigendom is van de veiligheidsregio of het Rijk.

Van 2014 tot 2016 heeft AZN de RAV's ondersteund bij hun voorbereiding op rampen en crises. Als gevolg van deze landelijke samenwerking hanteren alle RAV's ten behoeve van de onderlinge bijstand



een uniform opschalingsmodel, waardoor ze op eenduidige wijze samenwerken bij een ramp of crisis. Het is voorts van belang dat de DPG in geval van rampen en crises weet wie op de meldkamer ambulancezorg zijn aanspreekpunt is. Als er meerdere RAV's samenwerken in de meldkamer, moet het helder zijn wie op een bepaald moment medisch eindverantwoordelijk is voor het uitoefenen van de meldkamerfunctie ambulancezorg in de meldkamer.

De DPG als directeur van de GHOR is tevens verantwoordelijk voor de advisering aan gemeenten wat betreft de geneeskundige hulpverlening bij grootschalige evenementen. Ook andere organisaties dan een RAV kunnen worden ingeschakeld voor de geneeskundige eerste hulp bij evenementen. Deze organisaties mogen echter geen ambulancezorg verlenen. Het inschakelen van geneeskundige eerste hulp bij evenementen leidt er dan ook niet toe dat de vervoerder in een auto mag rijden met volledige uitrusting voor onder andere spoedgevallen en die met betrekking tot het uiterlijk van de auto voldoet aan de door de minister van Justitie en Veiligheid voorgeschreven 'huisstijl voor ambulance en GHOR' (met op de ambulance aangebrachte retroreflecterende OOV-stripping, letters, cijfers of tekens) en door de minister van Infrastructuur en Waterstaat voorgeschreven optische en geluidssignalen. Wat het niveau is van de gewenste geneeskundige hulpverlening en welke organisatie hiervoor wordt ingeschakeld, staat in de Veldnorm evenementenzorg¹⁴.

Artikel 16

Dit artikel regelt dat de RAV over een ambulancebijstandsplan, een crisisplan, een gewondenregistratie, een actueel regionaal gewondenspreidingsplan en een slachtoffervolgsysteem beschikt. Met het slachtoffervolgsysteem worden patiënten (slachtoffers) geregistreerd en kunnen zij worden gevolgd opdat duidelijk is waar de patiënt zich bevindt en wat het letsel is. Er wordt van RAV's verwacht dat zij actief meewerken aan het opstellen van regionale en bovenregionale gewondenspreidingsplannen. Met het ambulancebijstandsplan wordt ingegaan op de waarborgen voor voldoende beschikbaarheid van ambulances ten tijde van rampen en crises. Daarvoor is het wenselijk dat de RAV op landelijk niveau afspraken heeft vastgelegd over ambulancebijstand.

Artikel 17

Het verlenen van een aantal vormen van ambulancezorg is niet voorbehouden aan de RAV's. De reden om de in dit artikel genoemde categorieën van ambulancezorg niet aan dezelfde regels te onderwerpen als de reguliere ambulancezorg, is het feit dat het hier gaat om zorg met vervoer met ambulances met een incidenteel karakter. Het vervoer vindt niet plaats in opdracht van de meldkamer ambulancezorg, maar veelal in opdracht van een alarmcentrale, een verzekeraar of individuele cliënten. Ook maken deze categorieën van zorg met vervoer geen onderdeel uit van de keten van acute zorg in een regio en van de keten van openbare orde en veiligheid. Ten slotte zijn deze typen zorg met vervoer geen onderdeel van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Dat maakt dat aan deze categorieën andere eisen worden gesteld dan aan de reguliere ambulancezorg. Dat laat echter onverlet dat deze aanbieders te allen tijde goede zorg moeten leveren.

Dit geldt voor de grensoverschrijdende spoedeisende ambulancezorg. Wat betreft het grensoverschrijdende spoedeisende ambulancevervoer met zorg geldt tussen België en Nederland de beschikking van het Comité van Ministers van de Benelux van 8 december 2009 (Publicatieblad van de Benelux Economische unie, 2009-1). Op grond daarvan kunnen Belgische ambulances in Nederland worden ingezet op verzoek van de directeur meldkamer die werkzaam is in het gebied waarbinnen het aangevraagde vervoer aanvangt. Nederlandse ambulances kunnen in België worden ingezet op verzoek van het Belgische oproepstelsel. Duitse ambulances kunnen indien nodig worden ingezet na overleg tussen de ambulancemeldkamers in de grensregio.

Daarnaast regelt dit artikel een uitzonderingspositie voor mobiele zorg vanuit of naar het buitenland. Onder mobiele zorg vanuit of naar het buitenland wordt verstaan ambulancezorg met vervoer in Nederland vanaf of naar een Nederlandse grens of Nederlandse luchthaven, ongeacht of deze zorg wordt geleverd door een Regionale Ambulancevoorziening of een andere zorgaanbieder. Voor de kwalificatie mobiele zorg vanuit of naar het buitenland dient de zorg medisch geïndiceerd te zijn en te zijn afgestemd tussen de aanvragende arts en de arts van de alarmcentrale, verzekeraar of zorgaanbieder. Zonder medische indicatie is er geen sprake van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland. Het gaat hier niet om spoedeisende ambulancezorg. Voor deze zorg mogen niet de 'huisstijl voor ambulance en GHOR' of optische of geluidssignalen gevoerd worden.

Op de genoemde uitzonderingscategorieën is het bepaalde in artikel 15, eerste lid, van de Wet op de belasting van personenauto's en motorrijwielen 1992 en artikel 71, tweede lid, van de Wet op de motorrijtuigenbelasting 1994 van toepassing.

¹⁴ www.evenementenzorg.org.



Wensambulances leveren geen ambulancezorg en mogen daarom ook niet de 'huisstijl voor ambulance en GHOR' of optische of geluidssignalen voeren.

Artikel 18

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

Artikel 19

Mobiele zorg vanuit of naar het buitenland varieert van laagcomplexe tot hoogcomplexe zorg. Aanbieders zullen daarom in zorg en vervoer differentiëren om zo de zorg en het vervoer af te stemmen op de reële behoefte van de patiënt. Zoals in het overgrote deel van de zorgsector het geval is wordt de invulling van het begrip 'goede zorg' uit de kwaliteitswetgeving vormgegeven door de beroepsgroep zelf. Voor de aanbieders van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland zijn specifieke richtlijnen opgesteld door de medisch eindverantwoordelijken binnen het Overlegorgaan Medisch Adviseurs Repatriëringsbedrijven (OMAR). Deze zijn van toepassing op alle mobiele zorg, over de weg en door de lucht (waarbij dat laatste vervoer niet onder de reikwijdte van deze wet valt, wel onder de Wkkgz).

Indien aanbieders van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland te maken krijgen met een situatie waarvoor door de OMAR geen specifieke richtlijnen voor goede zorg zijn opgesteld, dan dienen deze zich te houden aan de door de sector ambulancezorg gedefinieerde criteria voor goede ambulancezorg.

De medisch eindverantwoordelijke arts binnen de organisatie is hiervoor verantwoordelijk en ziet hierop toe.

Artikel 20

De aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland dient te zorgen voor een opleidings- en bekwaamheidsbeleid waaruit blijkt op welke wijze kennis en vaardigheden van het (reeds) gekwalificeerde personeel worden onderhouden. In het bekwaamheidsbeleid is beschreven hoe de aanbieder omgaat met autorisatie van bekwaamheid, toezicht op bekwaamheid, behoud van bekwaamheid, maar ook te treffen maatregelen bij gebleken onbekwaamheid. De verantwoordelijkheidsverdeling van betrokkenen binnen de aanbieder dient ook helder beschreven te zijn. Het bekwaamheidsbeleid verdient aandacht, omdat (ambulance)verpleegkundigen hun vaardigheden op peil moeten houden om bekwaam te blijven conform het gestelde in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Ook voor ambulancezorgprofessionals in de mobiele zorg vanuit of naar het buitenland geldt dat zij over een geldige, door de medisch eindverantwoordelijke arts afgegeven bekwaamheidsverklaring moeten beschikken.

Artikel 21

Opdat de kwaliteit van zorg systematisch wordt bewaakt en verbeterd, dient de aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem te hebben. Hierbij kan worden gedacht aan certificatie op grond van een door de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) vastgesteld certificatieschema of een ISO 9001:2008 certificatie. Een ander certificaat is evenwel ook acceptabel, zolang het kwaliteitsmanagementsysteem maar door een onafhankelijke, door de Raad voor Accreditatie geaccrediteerde, instantie is beoordeeld en dit ook geldt voor het veiligheidsmanagementsysteem.

Artikel 22

Een aanbieder van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland dient zich adequaat verzekerd te hebben tegen alle risico's die verbonden zijn aan deze zorg voor de patiënten en het personeel. Hierbij kan gedacht worden aan onder meer de volgende verzekeringen:

- verzekering voor het wagenpark (inclusief rechtsbijstand en ongevallen-inzittenden);
- ongevallenverzekering voor medewerkers (inclusief stagiaires, oproepkrachten, en dergelijke);



- aansprakelijkheidsverzekering tegen alles wat kan voortkomen uit bedrijfsactiviteiten (personen- en zaakschade);
- verzekeringen voor bestuurdersaansprakelijkheid, werkgeversaansprakelijkheid bestuurders motorrijtuigen, bedrijfsaansprakelijkheid, aansprakelijkheid medewerkers binnen functie, aansprakelijkheid BIG-geregistreerden (buiten functie) of
- rechtsbijstandsverzekeringen voor medewerkers en voor het bedrijf.

Artikel 23

Vooruitlopend op de Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders waarin wordt geregeld dat zorgaanbieders in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg jaarlijks verantwoording moeten afleggen, moeten aanbieders van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland op grond van het eerste lid, net als andere zorgaanbieders, jaarlijks verantwoording afleggen. Ook op grond van de Regeling Twaz waren deze aanbieders reeds verplicht jaarlijks een jaarrekening met accountantsverklaring en een aantal productiegegevens aan te leveren bij het ministerie van VWS. De regeling voor deze aanbieders is meer in overeenstemming gebracht met de Regeling verslaggeving WTZi voor andere zorginstellingen, waaronder ook de RAV's. Zo moeten zij in het vervolg de jaarrekening aanleveren bij het CIBG en moeten zij dat doen via het digitale systeem en jaarlijks vóór 1 juni, volgend op het verslagjaar. Dit geldt ook al voor het verslagjaar 2020.

Daarnaast is het denkbaar dat aanbieders van mobiele zorg vanuit of naar het buitenland als daartoe een specifieke aanleiding is, bijvoorbeeld een incident, op verzoek informatie aanleveren aan de minister van VWS.

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark*