Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Regeling van de Minister voor Medische Zorg,
van ,houdende
eisen voor ambulancevoorzieningen
(Regeling ambulancevoorzieningen)

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 ambulancevoorzieningen;

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 ambulance ter plaatse kan worden uitgesloten;
- *buitenlandvervoer*: ambulancezorg met vervoer in Nederland vanaf of naar een Nederlandse grens of luchthaven indien dit vervoer in het buitenland aanvangt of het buitenland als eindbestemming heeft;
- *minister*: Minister voor Medische Zorg;
- *MICU*: mobiele intensive care unit;
- *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 en een zorginstelling voor diagnostiek, behandeling, opname of ontslag;
- *PICU:* mobiele pediatrische 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;
- *retourbericht*: gegevensverstrekking als bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de wet;

- *triage*: het maken van een inschatting van de benodigde urgentie en inzet van zorgverlening;
- *wet*: Wet ambulancevoorzieningen;
- *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 ambulancevoorzieningen

§1. Algemeen

Artikel 2
De Regionale Ambulancevoorziening is in Nederland gevestigd.

Artikel 3
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 meldkamer ambulancezorg en voor de ambulancezorg en aan de kwaliteitskaders zoals die zijn ingeschreven in het register van het Zorginstituut of zijn vastgesteld door Ambulancezorg Nederland, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg.

§2. Spreiding en beschikbaarheid

Artikel 4
De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat de spreiding van de standplaatsen zodanig is dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 12 minuten rijtijd kan worden bereikt door een ambulance.

Artikel 5
1. De Regionale Ambulancevoorziening streeft ernaar dat in de regio 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

CONCEPT

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 hoogcomplexe niet spoedeisende ambulancezorg zijn de volgende ambulancezorgprofessionals aangewezen:
a. een ambulanceverpleegkundige;
b. een bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg;
c. een verpleegkundig specialist ambulancezorg;
d. een physician assistant ambulancezorg.
3. In ieder geval indien sprake is van vervoer van de patiënt, 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 middencomplexe niet spoedeisende ambulancezorg een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor middencomplexe ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en laagcomplexe zorg, in samenwerking met een chauffeur middencomplexe ambulancezorg, 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 laag-complexe ambulancezorg, aangewezen.
6. De triage in het kader van de meldkamerfunctie ten behoeve van de ambulancezorg wordt uitgevoerd door een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

§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 in ieder geval de beschikbare opnamecapaciteit en de overdracht van 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. het mobiele medische team 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 opleiding- 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 aangesteld.
2. De ambulancezorgprofessional is samen met de medisch eindverantwoordelijke 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 met handtekening van de medisch eindverantwoordelijke.
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 voor ambulancezorg, waarvan een veiligheidsmanagementsysteem onderdeel uitmaakt.

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.

CONCEPT

2. In de visitatiecommissie zitten geen personen die afkomstig zijn van een Regionale Ambulancevoorziening die dezelfde bestuurder of directeur 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. Meldkamerfunctie

Artikel 15
1. De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat er schriftelijke afspraken zijn met het bestuur van de veiligheidsregio, bedoeld in artikel 9 van de Wet veiligheidsregio's, en de korpschef, bedoeld in artikel 27 van de Politiewet 2012, over de bestuurlijke en operationele samenwerking in de meldkamer als bedoeld in artikel 35, zesde lid van de Wet veiligheidsregio's.
2. De afspraken, bedoeld in het eerste lid, betreffen in ieder geval:
a. de verdeling van taken in de meldkamer,
b. de bijdrage van de Regionale Ambulancevoorziening aan het informatiemanagement,
c. het gebruik en het beheer van de technische infrastructuur,
d. de bescherming van patiënt gerelateerde en medische gegevens, en
e. het continuïteitsplan voor de meldkamer.
3. De Regionale Ambulancevoorziening wijst een lokale vertegenwoordiger op directieniveau aan voor het Directieoverleg op gebiedsniveau ten behoeve van de afstemming van het landelijke beleid met het lokale beleid en beheer van de meldkamer en voor de samenwerking tussen de partijen in het werkgebied van de meldkamer.
4. De Regionale Ambulancevoorziening wijst een lokale vertegenwoordiger aan voor het Operationeel Overleg Meldkamers ten behoeve van de dagelijkse beheervraagstukken en operatiën van de meldkamer.

§8. Opschaling

Artikel 16
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:
a. de procedures die worden gevolgd bij een ramp of crisis, waarbij in ieder geval wordt ingegaan op de aspecten alarmering, opschaling, coördinatie, informatiemanagement en evaluatie;
b. de wijze waarop en de mate waarin personeel en materieel wordt ingezet;
c. de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van personeel, ruimte en materieel;
d. de wijze van opleiden, 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 tussen de Regionale Ambulancevoorziening, het bestuur van de veiligheidsregio, de regionale zorginstellingen en andere relevante hulpverleningsinstanties werkzaam in de regio;
f. het centrale aanspreekpunt in de meldkamer voor de directeur publieke gezondheid en het hoofd meldkamer.

Artikel 17
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 18
1. Het in Hoofdstuk 2 en 3 van de Wet ambulancevoorzieningen bepaalde geldt niet voor:
a. 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. 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. het buitenlandvervoer.

Artikel 19
1. Voor MICU-, PICU-, en NICU-vervoer geldt, in afwijking van artikel 5, eerste lid, van de wet, geen verplichting om een ambulancezorgprofessional aanwezig te hebben in de ambulance, maar een verplichting om een verpleegkundige en arts, bedoeld in artikel 3 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. Buitenlandvervoer

Artikel 20
Het buitenlandvervoer wordt door de vervoerder gemeld:
a. aan de meldkamer verantwoordelijk voor het gebied waarin de eindbestemming van dat vervoer is gelegen, voor zover dit vervoer plaatsvindt vanuit het buitenland naar Nederland;
b. aan de meldkamer verantwoordelijk voor het gebied waar de patiënt wordt opgehaald, voor zover dit vervoer plaatsvindt naar het buitenland.

Artikel 21
De buitenlandvervoerder hanteert inzet- en uitsluitcriteria en kwaliteitscriteria van het Overlegorgaan Medisch Adviseurs Repatriëringsbedrijven die bepalen welk niveau van zorg onder welke omstandigheden geldt als goed buitenlandvervoer.

Artikel 22
De buitenlandvervoerder beschikt over kwalitatief deskundig personeel om goed buitenlandvervoer te kunnen leveren. Hiervoor past de vervoerder in ieder geval een opleidings- en bekwaamheidsbeleid toe onder verantwoordelijkheid en toezicht van de medisch eindverantwoordelijke binnen de organisatie.

CONCEPT

Artikel 23
De buitenlandvervoerder heeft een gecertificeerd kwaliteitsmanagementsysteem, waarvan een veiligheidsmanagementsysteem onderdeel uitmaakt.

Artikel 24
De buitenlandvervoerder is verzekerd tegen risico's verbonden aan het buitenlandvervoer.

Artikel 25
1. De buitenlandvervoerder 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. In de winst- en verliesrekening worden de opbrengsten en kosten, die direct zijn toe te rekenen aan het buitenlandvervoer, inzichtelijk gemaakt. In de financiële administratie zijn uitgaven en ontvangsten ten behoeve van het buitenlandvervoer duidelijk traceerbaar naar bron en bestemming en onderscheiden van eventuele andere bedrijfsmatige activiteiten.
3. De buitenlandvervoerder verstrekt op verzoek van de minister gegevens over vervoer binnen Nederland of vervoer van Nederlandse patiënten.

Hoofdstuk 5. Slotbepalingen

Artikel 26
In artikel 1, onderdeel d, van de Regeling verslaggeving WTZi wordt "Tijdelijke wet ambulancezorg" vervangen door "Wet ambulancevoorzieningen".

Artikel 27
Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2021.

Artikel 28
Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling ambulancevoorzieningen

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

De Minister voor Medische Zorg,

M.J. van Rijn

CONCEPT

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 ambulancevoorzieningen, 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 1.0, het Kwaliteitskader psychiatrie PM concept, 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. Met de Wav 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. In haar toezicht op de kwaliteit van de ambulancezorg neemt de IGJ een complex aan factoren in beschouwing die gezamenlijk een beeld vormen van de kwaliteit. De IGJ kijkt ook naar de wijze waarop gestuurd wordt op kwaliteit, naleving van richtlijnen en protocollen, hygiëne, professionalisering van personeel en goed bestuur (Kamerstukken II, 2018/19, 29247, nr. 270, brief 29 maart 2019). In deze regeling zijn dan ook net als in de kwaliteitskaders van de sector meer kwaliteitsnormen opgenomen dan alleen een norm voor tijdigheid. De NZa gebruikt de tijdigheidsnorm in deze regeling en kwaliteitskaders voor de ambulancezorg bij het toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. De NZa kijkt naar achterliggende oorzaken in de gevallen waarin de normen niet worden gerealiseerd en vraagt zo nodig aan zorgverzekeraars om in overleg met de RAV's tot verbetermaatregelen te komen.

CONCEPT

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.

2. Regeldruk

In deze regeling zijn vele elementen overgenomen uit de 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 gaat in deze gevallen niet om nieuwe eisen, er zijn geen materiële gevolgen 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 18 en 20 tot en met 25.

Enkele voorbeelden van bepalingen die min of meer zijn overgenomen uit kwaliteitskaders: artikel 5, eerste, 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	

CONCEPT

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, ZN en 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 conform de omschrijving in de toelichting bij de wet.

Naar aanleiding van de toets op de regeling merkt de IGJ op dat het territorialiteitsbeginsel in de Wet ambulancevoorzieningen niet lijkt overeen te stemmen met het territorialiteitsbeginsel in de Wkkgz. Dit verschil leidt er toe dat casuïstiek bij buitenlandvervoer buiten Nederland niet kan worden gehandhaafd op basis van de Wet ambulancevoorzieningen, 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 de toezichtbaarheid en de handhaafbaarheid van de regeling.

5. Internetconsultatie

Artikelsgewijs

Artikel 1

In de ambulancezorg wordt onderscheid gemaakt tussen spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg. Ambulancezorg met een A1- of een A2-urgentie 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. Ambulancezorg met een A1-urgentie is een dringende taak in de zin van het Reglement verkeersregels en verkeerstekens 1990 of de Regeling optische en geluidssignalen, ambulancezorg met een A2-urgentie en niet spoedeisende ambulancezorg zijn dat niet.

Artikel 3

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 bescherming persoonsgegevens,
- 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 toetreding zorgaanbieders,
- Zorgverzekeringswet.

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.

Artikel 4

Het is van groot belang dat spoedeisende ambulancezorg tijdig beschikbaar is. In het referentiekader spreiding en beschikbaarheid worden de gebieden aangewezen waar een standplaats van een ambulance kan zijn, alsmede hoeveel ambulances er beschikbaar zouden moeten zijn voor die standplaatsen, om aan de doelstelling van het referentiekader te voldoen. De doelstelling van het landelijk referentiekader spreiding en beschikbaarheid ten aanzien van de spreiding is om 97% van de inwoners binnen 12 minuten rijtijd te kunnen bereiken. Ten aanzien van de beschikbaarheid is de doelstelling om in voldoende capaciteit te voorzien zodanig dat in 95% van de inzetten met A1-urgentie er een ambulance beschikbaar is om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn. Binnen die 15 minuten zijn drie minuten voor het aannemen van de melding, uitgeven van de rit en uitrukken van de ambulance. 12 minuten zijn beschikbaar voor de rit naar de plaats waar de patiënt zich bevindt of zo dicht mogelijk daarbij, waar de

CONCEPT

ambulance nog kan komen. De Regionale Ambulancevoorziening mag een standplaats alleen verplaatsen of sluiten als het percentage van de bevolking in de desbetreffende regio dat binnen 12 minuten rijtijd kan worden bereikt door een ambulance minstens 97% blijft. De basis van het referentiekader is een modelmatige doorrekening die is uitgevoerd door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), waarin op basis van een aantal uitgangspunten en aannames, met gebruik van ritstatistieken de benodigde ambulancecapaciteit per regio, dagsoort en dagdeel zijn berekend. Bij de toetsing van de dekkingsgraad 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 de spreiding zodanig is dat tenminste 97% van de bevolking in de desbetreffende regio binnen 12 minuten rijtijd bereikbaar is. De beschikbaarheid van het aantal reguliere ambulances in de regio mag ook afwijken van het referentiekader, eveneens in samenspraak met de zorgverzekeraar. Het kan efficiënt zijn om in bepaalde gevallen rapid responders 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 de reservecapaciteit die nodig is om het actuele referentiekader uit te kunnen voeren. Ook hierover zullen met de zorgverzekeraars afspraken gemaakt moeten worden. Ook dient voldoende capaciteit 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 waarde 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 (een ambulancezorgprofessional die wel ter plaatse zorg kan verlenen maar geen patiënt kan vervoeren) binnen 15 minuten na

aanname 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. Een A2-urgentie is 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 ambulance zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn.

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 (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 over planningen 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 te voren tot het moment van de afspraak) op de plaats van bestemming is gebracht.

Artikel 6

Eerste en tweede lid

Met betrekking tot de normen uit artikel 5 is het nodig om jaarlijks te bezien wat de oorzaken zijn van het eventueel niet realiseren van de norm, wat succesfactoren zijn van het wel realiseren van de norm en welke verbetermaatregelen nodig en mogelijk zijn.

Artikel 7

Eerste lid
Ambulancezorg varieert van hoogcomplexe tot laagcomplexe zorg. Hoogcomplexe ambulancezorg kan spoedeisend of niet-spoedeisend zijn. Midden- en laagcomplexe ambulancezorg is niet spoedeisend. Omgekeerd kan niet spoedeisende ambulancezorg hoog-, midden- of laagcomplex zijn. RAV's kunnen

CONCEPT

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 verschraling 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.

Tweede lid
De ambulancezorgprofessional werkzaam in de spoedeisende ambulancezorg en de hoog complexe 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 hoogcomplexe ambulancezorg worden verleend. Verschillende ambulancezorgprofessionals mogen spoedeisende en hoogcomplexe ambulancezorg verlenen.

Ambulanceverpleegkundigen mogen en kunnen spoedeisende en hoog complexe niet spoedeisende ambulancezorg verlenen. De meeste handelingen die door de ambulancezorgverpleegkundige worden verricht, zijn verpleegkundige handelingen. Daarnaast worden geneeskundige handelingen verricht. 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 of 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 bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg (BMH) spoedeisende en hoogcomplexe niet spoedeisende ambulancezorg leveren. Afhankelijk van de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek dat het experiment evalueert zal de BMH na afloop van het experiment bevoegd en bekwaam zijn om spoedeisende en hoogcomplexe 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 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. Met betrekking tot de bekwaamheid van de verpleegkundig specialist en de physician assistant in de ambulancezorg die een achtergrond hebben als ambulanceverpleegkundige of BMH is de sector momenteel een landelijk kwaliteitskader aan het opstellen voor een pilot. De resultaten van de pilot zouden eventueel op termijn tot aanpassing van dit artikellid kunnen leiden.

Derde lid

De ambulancechauffeur bestuurt de ambulance en assisteert de ambulancezorgprofessional die hoogcomplexe 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.

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.

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 meerijdende mantelzorgers of naasten. De individuele 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 (LPZ). 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.

Zesde 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 geprotocolleerde zorg conform een triagesystematiek die voldoet aan de landelijke eisen. 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

ambulancemanagement voortdurend een zo groot mogelijke spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg realiseert in het verzorgingsgebied.

Artikel 8

Onderdeel a
Acute zorg bestaat 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 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 over de overdracht van patiënten en inzicht in de actuele opnamecapaciteit 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.

CONCEPT

Samenwerkingsafspraken zijn ook nodig in het kader van het verlenen van bijstand in het geval van crises en ongevallen (artikel 17 van deze regeling). In dat geval moet de RAV kunnen beschikken over ambulances van naburige 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. Ambulancezorg Nederland 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 regeling[1] 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 psychiatrie PM concept 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 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 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

[1] 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.

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), het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) en 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 zijn beschikking hebben om goede en tijdige ambulancezorg te kunnen verlenen. Dat geldt zowel ten aanzien van de taken van de triage als de taken van het rijdende ambulancepersoneel. Een RAV is immers verantwoordelijk voor het uitoefenen 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 psychiatrie PM Concept vloeit voort aan welke bevoegd- en bekwaamheidseisen de ambulancezorgprofessionals moeten voldoen.

Tweede lid
Een RAV dient te zorgen voor een opleiding- en bekwaamheidsbeleid waaruit blijkt op welke wijze kennis en vaardigheden van het (reeds) gekwalificeerde personeel worden onderhouden. 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

CONCEPT

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 op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Verpleegkundigen die werkzaam zijn in de ambulancezorg dienen in het kader van die wet geregistreerd te zijn. Voor registratie geldt als vereiste dat de verpleegkundige bekwaam is.

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 Ambulancezorg Nederland 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 Ambulancezorg Nederland. Verder zal het sectorbrede actieplan Veilig Werken in de Zorg dat eind 2016 is afgelopen in 2020 opvolging krijgen; Ambulancezorg Nederland 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 2019[2] 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.

---

2 https://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=15&ved=2ahUKEwjgsJr9jcfoAhUrNOwKHYg1CucQFjAOegQIAhAB&url=https%3A%2F%2Fwww.ambulancezorg.nl%2Fstatic%2Fupload%2Fraw%2F01158201-e8cd-4721-9bbf-b835bc353d6a%2FArbocatalogus%2B2019.pdf&usg=AOvVaw2p-Z2GzGnPue0CEgGTJdrV

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.

Vierde lid
Met het oog op de kwaliteit van de ambulancezorg 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-geregistreerde arts. Deze is samen met de ambulancezorgprofessional 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 blijkt uit een verklaring met diens handtekening. De verklaring is maximaal 5 jaar geldig. Als daar gegronde redenen voor zijn kan de verklaring tussentijds ingetrokken worden.

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. 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 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 een veiligheidsmanagementsysteem er onderdeel van uit maakt.

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, 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.

Artikel 15

CONCEPT

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 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 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. Met betrekking tot de meldkamerfunctie maakt de RAV, middels een convenant, afspraken met het bestuur van de veiligheidsregio en de korpschef. Dit betreft in ieder geval afspraken over de prestaties, de ondersteunende systemen en de samenwerking in 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. Binnen de door het bestuur van de veiligheidsregio aan een RAV gestelde eisen met betrekking tot de meldkamer maakt een RAV afspraken over de in het tweede lid genoemde onderwerpen. Dit betreft ook het informatiemanagement. Daarbij gaat het er onder andere om welke informatie met betrekking tot de meldingen/incidenten geregistreerd moet worden, hoe deze informatie geregistreerd moet worden, wie inzicht heeft in deze informatie en hoe deze is beveiligd.

De Minister van Veiligheid en Justitie zal in samenspraak met de minister van Medische Zorg de hoofdlijnen van beleid en beheer vaststellen. Centraal zullen de kwaliteits- en opleidingseisen worden vastgesteld voor mono- en multidisciplinair personeel.

Artikel 16

Op grond van de artikelen 32 en 33 van de Wvr dient de 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. Hierbij wordt in dit artikel 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.

CONCEPT

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. Van 2014 tot 2016 heeft Ambulancezorg Nederland de RAV's ondersteund bij hun voorbereiding op rampen en crises. Als gevolg van deze landelijke samenwerking hanteren alle RAV's een uniform opschalingsmodel, waardoor ze goed kunnen 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. Wat het niveau is van de gewenste geneeskundige hulpverlening en welke organisatie hiervoor wordt ingeschakeld, staat in de Veldnorm evenementenzorg[3].

Artikel 17

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 18

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 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. Het gaat niet om het verlenen van ambulancezorg aan patiënten met een acute zorgvraag. Ook maken deze categorieën van 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 vervoer geen onderdeel van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Dat maakt dat aan deze categorieën van vervoer andere eisen worden gesteld dan aan de reguliere ambulancezorg. Dat laat echter onverlet dat deze aanbieders te allen tijde goede zorg moeten leveren.

[3] www.evenementenz.org.

Dit geldt voor het grensoverschrijdende spoedeisende ambulancevervoer. Wat betreft het grensoverschrijdende spoedeisende ambulancevervoer 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 het buitenlandvervoer. Onder buitenlandvervoer wordt verstaan ambulancezorg met vervoer in Nederland vanaf of naar een Nederlandse grens of luchthaven Voor de kwalificatie buitenlandvervoer dient het vervoer medisch geïndiceerd te zijn en te zijn afgestemd tussen de aanvragende arts en de arts van de alarmcentrale, verzekeraar of buitenlandvervoerder. Zonder medische indicatie is er geen sprake van buitenlandvervoer.

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

Artikel 19

Een bijzondere vorm van vervoer met zorg, die wel als ambulancezorg wordt beschouwd is de mobiele (MICU), pediatrische (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 20

Dit artikel bewerkstelligt dat voor het buitenlandvervoer, voor zover dit plaatsvindt vanuit het buitenland naar Nederland, de meldkamer van de eindbestemming van de rit een voortdurend overzicht heeft van het vervoer vanuit het buitenland naar zorginstellingen in die regio. Voor het vervoer vanuit Nederland naar het buitenland voorziet dit lid in een overzicht van deze ritten voor de meldkamer van het gebied waar zij aanvangen. De melding van het buitenlandvervoer door de vervoerder aan de meldkamer leidt er 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-striping, letters, cijfers of tekens) en door de minister van Infrastructuur en Waterstaat voorgeschreven optische en geluidssignalen. Vervoerders mogen alleen voertuigen inzetten die zijn

uitgerust met deze 'huisstijl voor ambulance en GHOR' als zij daarvoor toestemming hebben van het Instituut Fysieke Veiligheid - namens de Staat - en alleen dan, als het voertuig uitsluitend voor deze werkzaamheden wordt gebruikt.

Artikel 21

Buitenlandvervoer varieert van laagcomplexe tot hoogcomplexe zorg. Buitenlandvervoerders 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 vorm gegeven door de beroepsgroep zelf. Voor de buitenlandvervoerders zijn specifieke richtlijnen opgesteld door de medisch eindverantwoordelijken binnen het buitenlandvervoer binnen het Overlegorgaan Medisch Adviseurs Repatriëringsbedrijven (OMAR). Deze zijn van toepassing op al het buitenlandvervoer, over de weg en door de lucht (waarbij dat laatste vervoer niet onder de reikwijdte van deze wet valt).
Indien buitenlandvervoerders te maken krijgen met een situatie waarvoor door de OMAR geen specifieke richtlijnen voor het buitenlandvervoer zijn opgesteld, dan dienen de buitenlandvervoerders zich te houden aan de door de sector ambulancezorg gedefinieerde criteria voor goede ambulancezorg.
De medisch eindverantwoordelijke binnen de organisatie is hiervoor verantwoordelijk en ziet hierop toe.

Artikel 22

De buitenlandvervoerder 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 buitenlandvervoerder 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 buitenlandvervoerder dient ook helder beschreven te zijn. Het bekwaamheidsbeleid verdient aandacht, omdat ambulanceverpleegkundigen hun vaardigheden op peil moeten houden om bekwaam te blijven conform het gestelde in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Artikel 23

Opdat de kwaliteit van zorg systematisch wordt bewaakt en verbeterd, dient de buitenlandvervoerder 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 een veiligheidsmanagementsysteem er onderdeel van uit maakt.

Artikel 24

Een buitenlandvervoerder dient zich adequaat verzekerd te hebben tegen alle risico's die verbonden zijn aan het buitenlandvervoer voor de patiënten en het

CONCEPT

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 25

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 buitenlandvervoerders op grond van het eerste lid, net als andere zorgaanbieders, jaarlijks verantwoording afleggen. Ook op grond van de Regeling Twaz waren buitenlandvervoerders reeds verplicht jaarlijks een jaarrekening met accountantsverklaring en een aantal productiegegevens aan te leveren bij het ministerie van VWS. De regeling voor buitenlandvervoerders 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.

Daarnaast is het denkbaar dat buitenlandvervoerders als daartoe een specifieke aanleiding is, bijvoorbeeld een incident, op verzoek informatie aanleveren aan de minister van VWS.

De Minister voor Medische Zorg,

M.J. van Rijn

CONCEPT