

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk

1775232-213605-CZ

Bijlage(n)

1

Uw kenmerk

35 471, nr. 35

Datum 11 november 2020
Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake SO Concept Regeling
ambulancezorgvoorzieningen

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij treft u de antwoorden aan op de vragen die uw Kamer heeft gesteld over de concept Regeling ambulancezorgvoorzieningen en de aanbiedingsbrief daarbij (Kamerstuk 35 471, nr. 35). Tevens maak ik van de gelegenheid gebruik om een voorgenomen aanpassing in de regeling te melden.

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

T. van Ark

35471 Regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen (Wet ambulancezorgvoorzieningen)

Verslag van een schriftelijk overleg

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister voor Medische Zorg inzake de Concept Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Kamerstuk 35471, nr. 35).

De op 2 november 2020 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister voor Medische Zorg bij brief van ... toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker

Inhoudsopgave

I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

II Antwoord/ Reactie van de minister

III Voorgenomen aanpassing Regeling ambulancezorgvoorzieningen

I Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de concept Regeling ambulancezorgvoorziening. Zij hebben hierover nog enkele vragen.

Deze leden lezen in de artikelsgewijze toelichting bij artikel 5, eerste lid dat de sector een verbeterde urgentie-indeling voor de ambulancezorg ontwikkelt. Deze ontwikkeling kan in de toekomst gevolgen hebben voor de tijdsnorm in deze regeling. Kan de minister aangeven wanneer deze verbeterde urgentie-indeling verwacht wordt? Welke mogelijke gevolgen voor de tijdsnorm worden in deze regeling verwacht?

Voorts lezen genoemde leden dat 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 het nodig is om jaarlijks te bezien wat de oorzaken zijn van het eventueel niet realiseren van de streefwaarde of afspraak, wat succesfactoren zijn van het wel realiseren van de streefwaarde of afspraak en welke verbetermaatregelen nodig en mogelijk zijn. Kan de minister aangeven welke partijen betrokken zijn bij deze evaluatie? Mogen deze partijen zelf de vorm van deze evaluatie vaststellen of wordt dit vooraf vastgelegd?

Genoemde leden lezen onder artikel 9 dat de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) voor hun 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. Gezien het tekort aan personeel een zorgbrede uitdaging is, vragen de leden van de VVD-fractie wat de stand van zaken op dit moment is met betrekking tot de beschikbaarheid van voldoende personeel binnen de ambulancezorg.

Zij lezen dat er diverse initiatieven en materialen beschikbaar zijn 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. De leden van de VVD-fractie keuren geweld tegen hulpverleners pertinent af. Kan de minister toelichten welke ontwikkelingen en resultaten zich hebben voorgedaan sinds het actieprogramma in 2006 en de afspraken uit 2007 omtrent de registratie van agressie-incidenten jegens ambulancemedewerkers?

In de toelichting lezen de leden van de VVD-fractie dat met het oog op de kwaliteit van de ambulancezorg de medische eindverantwoordelijkheid voor de ambulancezorg dient te berusten bij een (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) BIG-geregistreerde arts. In het kader van het bekwaamheidsbeleid wordt de bekwaamheid van de medewerkers vijfjaarlijks getoetst. De betrokkenheid van de medisch eindverantwoordelijke blijkt uit een door deze functionaris afgegeven verklaring. De verklaring is maximaal vijf jaar

geldig, daarna moet opnieuw getoetst worden of de ambulancezorgprofessional bekwaam is. Als daar gegronde redenen voor zijn kan de verklaring tussentijds ingetrokken worden. Wat wordt er in deze situatie verstaan onder gegronde redenen?

Genoemde leden lezen dat met het oog op de kwaliteit inclusief doelmatigheid en de beschikbaarheid van de ambulancezorg een vijfjaarlijkse visitatie wordt verplicht. RAV's kunnen elkaar onderling visiteren of zij kunnen daar externen bij betrekken. Genoemde leden vragen waarom er niet voor gekozen is om per definitie externen bij de visitatie te betrekken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de concept regeling ambulancevoorzieningen. Zij hebben hier enkele vragen bij.

Brief minister (Kamerstuk 35 471, nr. 35)

Op dit moment is de minister naar aanleiding van de motie Van den Berg c.s.¹ in overleg met Ambulancezorg Nederland (AZN) over een kwaliteitsregister voor de ambulancezorg en de rol die Sectorkompas daarin kan spelen. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer er daadwerkelijk een gezamenlijk kwaliteitsregister kan zijn. Deze leden vragen tevens op welke wijze de RAV moet gaan voldoen aan het vereiste in artikel 3, tweede lid van de regeling (jaarlijks per veiligheidsregio kwaliteitsinformatie openbaar maken) zolang er nog geen gezamenlijk kwaliteitsregister is.

De minister geeft aan dat sinds het verslagjaar 2017 RAV's hun jaarrekening met accountantsverklaring moeten indienen bij het agentschap CIBG. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister van ieder jaar sindsdien kan aangeven welke RAV's dat niet (op tijd) hebben gedaan. Met ingang van verslagjaar 2020 moeten RAV's de gegevens over productie en capaciteit, net als andere zorgaanbieders, aanbieden via het elektronische platform DigiMV, zo schrijft de minister. De leden van de CDA-fractie vragen of daadwerkelijk alle RAV's dat dit jaar hebben gedaan. Met ingang van boekjaar 2022 wordt daarnaast overwogen om voor bepaalde categorieën zorgaanbieders ook het indienen van het bestuursverslag (voorheen jaarverslag) verplicht te stellen. De leden van de CDA-fractie vragen voor welke categorieën zorgaanbieders dit overwogen wordt en of RAV's hier ook bij zitten. Wat zijn de overwegingen om deze verplichtingen wel of niet voor RAV's te doen gelden?

Regeling Ambulancevoorzieningen

De minister geeft aan dat Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) in artikel 9 over personeelsbeleid een passage mist over inspraak door ambulanceverpleegkundigen en andere ambulancezorgprofessionals bij het vormgeven en uitvoeren van zorginhoudelijk beleid. In reactie daarop verwijst de minister naar het advies van de Chief Nursing Officer (CNO) waarin onder andere een onafhankelijke commissie, met daarin ook verpleegkundigen wordt voorgesteld. De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Kamer precies over

¹ Kamerstuk 35 471, nr. 25.

de uitwerking van dit advies wordt geïnformeerd. De minister geeft aan dat dit nog invloed kan hebben op de voorliggende regeling. Genoemde leden vragen of dit betekent dat de regeling mogelijk hierop nog aangepast zal worden vóór inwerkingtreding.

In de artikelsgewijze toelichting staat bij artikel 10 dat Verpleegkundig Specialisten en physician assistants die voldoen aan het Kwaliteitskader Zorgmasters samen met de arts een rol kunnen spelen in het medisch management van een RAV en deeltaken op zich kunnen nemen. De leden van de CDA-fractie constateren echter dat dit niet zo verwoord staat in artikel 10 zelf. Deze leden vragen of dit uitgangspunt hiermee voldoende verwoord staat in artikel 10 van de Regeling. Is het niet beter om de rol van de Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) nader te omschrijven in artikel 10?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de Concept Regeling ambulancezorgvoorzieningen behorend bij de nieuwe Wet Ambulancezorgvoorzieningen, die aan de Kamer is voorgelegd conform het amendement Raemakers/Veldman². Zij hebben in dit verband nog enkele vragen.

Deze leden constateren dat in de Wet Ambulancezorgvoorzieningen de term ambulancezorgprofessional wordt verankerd. In de voorliggende ministeriële regeling wordt een taakdifferentiatie aangebracht tussen de verschillende soorten ambulancezorgprofessionals. Er wordt bepaald wie voor welke vorm van ambulancezorg worden aangewezen, en welke specifieke opleidings- of deskundigheidseisen daaraan worden gesteld. Kan de minister nader toelichten hoe deze taakdifferentiatie tot stand is gekomen? Wat was de voornaamste feedback van veldpartijen, welke wijzigingen hebben zij aangedragen en in hoeverre zijn deze wel of niet overgenomen? Verwacht de minister dat de komende jaren een verdere taakdifferentiatie zal plaatsvinden? Zo ja, op basis waarvan? Welke rol kan een opdeling van de ambulancezorg in meer urgentieniveaus hierin spelen?

De leden van de D66-fractie zijn voorts benieuwd naar de relatie tussen de voorliggende ministeriële regeling en het advies '45-minutennorm in de spoedzorg' van september jongstleden van de Gezondheidsraad. Bij de behandeling van het wetsvoorstel Ambulancezorgvoorzieningen gaf toenmalig minister Van Rijn aan dat het 'uiteraard denkbaar' is dat dit advies gevolgen zou hebben voor de ministeriële regeling. Welke impact heeft het advies van de Gezondheidsraad volgens de huidige minister op de organisatie van de acute zorg en meer specifiek op de ambulancezorg? Hoe is daar nu al rekening mee gehouden in de voorliggende concept regeling? Verwacht de minister dat de vervolgstappen op basis van dit advies de komende jaren zullen leiden tot wezenlijke wijzigingen van de voorliggende regeling? Kan de minister tevens ingaan op de mogelijke impact van andere wijzigingen in het acute zorglandschap op deze regeling, bijvoorbeeld op basis van de houtskoolschets acute zorg? De leden van de D66-fractie merken op dat bij de behandeling van het wetsvoorstel Ambulancezorgvoorzieningen al een eerste concept ministeriële regeling met de Kamer werd gedeeld. Kan de minister uitlichten welke verschillen er tussen dat

² Kamerstuk 35 471, nr. 13.

concept en het voorliggende concept zitten? En kan de minister tevens toelichten om welke redenen er aanpassingen aan het toenmalige concept zijn aangebracht?

Genoemde leden zijn tot slot benieuwd of de minister nog voornemens is de voorliggende regeling te wijzigen naar aanleiding van het advies van de Chief Nursing Officer over de positionering van verpleegkundigen en verzorgenden, die meer regie en zeggenschap verdienen. Graag ontvangen de leden van de D66-fractie een reactie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de concept-regeling. De leden hebben naar aanleiding van de concept-regeling onderstaande opmerkingen en vragen.

Brief minister (Kamerstuk 35 471, nr. 35)

In de brief wordt onder andere ingegaan op de motie van het lid Hijink waarin wordt verzocht ervoor te zorgen dat de RAV's vanaf heden jaarlijks een jaarverslag publiceren, inclusief financiële informatie³. De leden van de SP-fractie zijn benieuwd naar het ontwerp van de Regeling jaarverantwoording Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) die in het najaar van 2020 ter consultatie aangeboden zal worden. De leden van de SP-fractie zijn namelijk van mening dat aan de motie op dit moment nog geen uitvoering wordt gegeven en vragen of gegarandeerd kan worden dat de volgende punten in de regeling worden meegenomen; een verplichting qua financiële verslaglegging waarbij alle RAV's gelijke en eenduidige informatie dienen aan te leveren. Wordt het met de regeling verplicht dat de RAV's een jaarrekening *met* accountantsverklaring aanleveren én inzicht geven in alle financiële geldstromen inclusief een (uitgebreide) winst- en verliesrekening? Volgens genoemde leden leidt de eerder gedane toezegging om dergelijke informatie wel te moeten aanleveren er tot op heden in de praktijk toe dat de ene RAV wel volledig voldoet aan het leveren van een goed inzicht in die financiële informatie maar een andere RAV slechts zeer summiere informatie en een beperkt inzicht geeft daarin. De leden van de SP-fractie ontvangen hierop graag een reactie. In hoeverre is een bepaalde 'benchmarking' hierdoor op dit moment onmogelijk en in hoeverre zal dit wel mogelijk zijn met de aangekondigde Regeling jaarverantwoording WMG?

De conceptregeling

De leden van de SP-fractie lezen in paragraaf 2, artikel 5.1 dat de verplichting van de 15-minutennorm wordt losgelaten en wordt omgezet naar 'streeft er naar'. Deze leden vinden dit een zeer onwenselijk voornemen en verwachten dat dit voornemen wordt teruggedraaid. Zij ontvangen dan ook graag een uitgebreide toelichting op dit artikel, waarbij onder andere ingegaan wordt op de reden van deze wijziging, de nadelen die deze wijziging met zich meebrengt (onder andere als het gaat om het vergelijken van resultaten tussen RAV's) en op welk moment de conclusie getrokken kan worden dat het verkeerd gaat 'als er alleen gestreefd wordt' naar het realiseren van een bepaalde tijdsnorm en er slechts geanalyseerd wordt om de streefwaarde 'zoveel mogelijk te realiseren' (artikel 6).

³ Kamerstuk 35 471, nr. 30.

De leden van de SP-fractie lezen in paragraaf 5, artikel 10, vijfde lid dat de bekwaamheidsverklaring van verpleegkundigen op vijf jaar wordt gezet. Waarom is hiervoor gekozen? In hoeverre en hoe vaak kunnen er hierdoor rechtspositionele gevolgen ontstaan? Wat zijn precies de verwachtingen op dit punt?

Is het waar dat in paragraaf 2 het Spreidings- & Beschikbaarheidskader van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) geen onderdeel meer uitmaakt van deze regelgeving? Waarom is hiervoor gekozen? Is dit in feite niet het kader waar de kwantiteit/capaciteit wordt geregeld? De leden van de SP-fractie vragen hoe een en ander nu wordt voorzien met deze regeling.

II Antwoord/ Reactie van de minister

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de leden van de vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik dank de leden van de commissie voor hun inbreng en spreek de hoop uit dat deze beantwoording van de gestelde vragen op korte termijn kan worden geagendeerd ter bespreking in een algemeen overleg. Hieronder ga ik graag in op de vragen en opmerkingen van de leden van de verschillende fracties. Ik ga daarbij uit van de volgorde van de vragen in het verslag.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie lezen in de artikelsgewijze toelichting bij artikel 5, eerste lid dat de sector een verbeterde urgentie-indeling voor de ambulancezorg ontwikkelt. Deze ontwikkeling kan in de toekomst gevolgen hebben voor de tijdsnorm in deze regeling. Zij vragen of de minister kan aangeven wanneer deze verbeterde urgentie-indeling wordt verwacht en welke mogelijke gevolgen deze heeft voor de tijdsnorm in deze regeling.

Ambulancezorg Nederland (AZN) heeft mij laten weten dat er behoefte is aan een aanvullende impactanalyse naast de impactanalyse die is gedaan voor de verbeterde urgentie-indeling. Zodra deze nadere analyse is afgerond kan worden beoordeeld of de voor ogen staande planning haalbaar is. Dit zal naar verwachting begin 2021 zijn. Hierbij moet ook rekening gehouden worden met de inspanningen die alle RAV's op dit moment leveren in verband met COVID-19. Op dit moment kan nog niet worden voorzien welke mogelijke gevolgen een nieuwe urgentie-indeling heeft voor de tijdsnorm in de regeling.

De leden van de VVD-fractie vragen welke partijen betrokken zijn bij de jaarlijkse 'evaluatie' waarbij wordt gekeken naar wat de oorzaken zijn van het eventueel niet realiseren van de streefwaarde of afspraak, wat succesfactoren zijn van het wel realiseren van de streefwaarde of afspraak en welke verbetermaatregelen nodig en mogelijk zijn. Voorts vragen deze leden of deze partijen zelf de vorm van deze evaluatie mogen vaststellen of dat dit vooraf wordt vastgelegd.

De jaarlijkse 'evaluatie' is het lokaal overleg – het gesprek tussen de RAV en de representerende zorgverzekeraars – over hoe het gaat met de ambulancezorg in de regio, of de gemaakte afspraken met de zorgverzekeraars zijn nagekomen, en

waar verbeteringen kunnen worden doorgevoerd. Dit staat zo ook omschreven in artikel 6 van de concept ministeriële regeling.

De leden van de VVD-fractie vragen wat de stand van zaken op dit moment is met betrekking tot de beschikbaarheid van voldoende personeel binnen de ambulancezorg.

Er zijn geen gegevens over hoe groot het personeelstekort is specifiek in de ambulancezorg. De meest recente raming van het Capaciteitsorgaan (2018) biedt wel inzicht in het arbeidsmarktvragestuk voor deze sector. Het Capaciteitsorgaan adviseert om de komende jaren (2019 t/m 2023) jaarlijks 310 opleidingsplekken voor ambulanceverpleegkundigen beschikbaar te stellen. Dat is een stuk hoger dan de circa 200 opleidingsplekken die in 2017 en 2018 beschikbaar waren. Het meer opleiden van ambulanceverpleegkundigen is nodig om te kunnen voldoen aan de stijgende vraag naar ambulancezorg. Daarnaast is de verwachting dat jaarlijks 4,6% van de ambulanceverpleegkundigen de sector verlaat met als primaire reden pensionering. De sector blijft zich inzetten voor een hogere instroom door onder andere het verbreden van de instroommogelijkheden voor de opleiding. Daarnaast zetten zij in op zorgdifferentiatie met bijvoorbeeld de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants, bachelors medische hulpverlening en de inzet van "medium care" ambulances. Dit zijn allemaal welkom ontwikkelingen, omdat de ambulanceverpleegkundigen schaars zijn en voorheen voor een belangrijk deel aangetrokken werden uit de groep IC- en SEH-verpleegkundigen die tevens hard nodig zijn in de ziekenhuizen.

De leden van de VVD-fractie vragen of de minister kan toelichten welke ontwikkelingen en resultaten zich hebben voorgedaan sinds het actieprogramma in 2006 en de afspraken uit 2007 omtrent de registratie van agressie-incidenten jegens ambulancemedewerkers.

Laat ik voorop stellen dat ik agressie tegen zorgmedewerkers in welke vorm dan ook onacceptabel vind. In reactie op de vraag van de leden van de VVD-fractie licht ik een aantal ontwikkelingen graag toe. Het sectorbrede actieplan Veilig Werken in de Zorg, dat eind 2016 is afgelopen, krijgt dit jaar nog opvolging. AZN maakt deel uit van de stuurgroep die hiervoor is opgericht. De campagne 'Duidelijk over agressie', die is ontwikkeld in het kader van dat actieplan, zal worden geactualiseerd. AZN is sinds 2006 zeer actief in het registreren en voorkomen van agressie en geweld tegen ambulancehulpverleners (zie bijlage 1 voor een volledig overzicht van standpunten, maatregelen en activiteiten vanuit AZN). Daarnaast is het goed om te benoemen dat alle RAV's beleid hebben voor ondersteuning aan en (eerste) opvang van ambulancemedewerkers die te maken hebben gehad met een agressie-incident. Hiervoor zijn diverse hulpmiddelen beschikbaar, waaronder een 'Stappenplan agressie-incident voor leidinggevenden' en het 'Werkpakket agressie en geweld'. Beide hulpmiddelen zijn onderdeel van de Arbocatalogus Ambulancezorg. Verder heeft de ambulancesector de landelijke publiekscampagne 'De mensen van de ambulance' ontwikkeld met het doel het brede publiek meer te leren over wat je wel of niet van ambulanceprofessionals mag verwachten. De sector kiest er overigens bewust voor om naar buiten toe (denk aan campagnes) geen directe link te leggen tussen ambulancezorg en agressie, de focus ligt altijd op de inhoud van het vak.

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie wat wordt verstaan onder gegronde redenen, waarop een verklaring van bekwaamheid afgegeven door de medische eindverantwoordelijke die maximaal 5 jaar geldig is, tussentijds ingetrokken kan worden.

De verklaring van bekwaamheid kan tussentijds ingetrokken worden door de medisch manager ambulancezorg bij gebleken onbekwaamheid van de ambulancezorgprofessional. De gegronde reden om een bekwaamheidsverklaring in te trekken is het "niet functioneren conform de professionele norm". Dat moet op diverse manieren zijn vastgesteld, zoals door zorgevaluatie/klinische audits, intercollegiale toetsing/coaching, assessments, observaties on-the-job. Externe signalen kunnen zijn incidenten, calamiteiten, of klachten.

De leden van de fractie van de VVD vragen waarom – voor de verplichte vijfjaarlijkse visitatie – er niet voor is gekozen om per definitie externen bij de visitatie te betrekken.

Het is van belang dat de juiste randvoorwaarden worden gesteld met betrekking tot de onderlinge visitatie. Dat betekent dat de visitatie moet worden gedaan door iemand die een onafhankelijk oordeel kan vellen. Daarom is in de toelichting bij de ministeriële regeling opgenomen dat een RAV zich niet kan 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). Het is tevens van belang dat de visitatie wordt uitgevoerd door iemand die goed bekend is met de ambulancezorg. Met deze randvoorwaarden ga ik ervan uit dat de RAV's de vijfjaarlijkse visitatie zelf goed kunnen inrichten en ik daar geen andere eisen aan hoeft te stellen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Brief minister

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer er daadwerkelijk een gezamenlijk kwaliteitsregister kan zijn. Deze leden vragen tevens op welke wijze de RAV moet gaan voldoen aan het vereiste in artikel 3, tweede lid van de regeling (jaarlijks per veiligheidsregio kwaliteitsinformatie openbaar maken) zolang er nog geen gezamenlijk kwaliteitsregister is.

Het Kwaliteitskader ambulancezorg is het instrument om de kwaliteit van de ambulancezorg inzichtelijk te maken. De ambulancesector is druk bezig met de implementatie van het kwaliteitskader. In 2021 worden de eerste uitkomsten van de eerste 13 signalen (kwaliteitsindicatoren) op RAV-niveau inzichtelijk gemaakt via Sectorkompas ambulancezorg op de website van AZN. Op dit moment bestaat het kwaliteitskader uit 13 signalen, uiteindelijk gaat het kwaliteitskader ambulancezorg bestaan uit 26 signalen die gezamenlijk de kwaliteit van de ambulancezorg meten. Het Sectorkompas, waar een tabellenboek onderdeel van uitmaakt, dient als het kwaliteitsregister van de ambulancezorg.

De kwaliteitsinformatie wordt jaarlijks op RAV-niveau inzichtelijk gemaakt. De komende jaren, waarin de doorontwikkeling van het kwaliteitskader ambulancezorg plaatsvindt, zal het Sectorkompas ambulancezorg worden aangevuld met de overige 13 signalen van het kwaliteitskader.

De minister geeft aan dat sinds het verslagjaar 2017 RAV's hun jaarrekening met accountantsverklaring moeten indienen bij het agentschap CIBG. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister van ieder jaar sindsdien kan aangeven welke RAV's dat niet (op tijd) hebben gedaan.

De volgende RAV's hebben niet tijdig een jaarrekening bij het CIBG gedeponneerd.

Verlagjaar	Regionale Ambulancevoorzieningen die niet tijdig de jaarrekening of jaarstukken openbaar hebben gemaakt
2017 (deadline 1 augustus 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulance Oost (15-11-2018) • Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM) (30-8-2018) • Coöperatie RAV Fryslân U.A. (24-9-2018) • RAV IJsselland B.V. (20-11-2018) • UMCG Ambulancezorg (20-9-2018) • AmbulanceZorg Limburg-Noord (11-9-2018) • Ambulancedienst Zuid Holland / Dienst gezondheid & jeugd Zuid-Holland Zuid (1-11-2018⁴)
2018 (deadline 1 juni 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • RAV Gooi en Vechtstreek (15-7-2019) • Coöperatie RAV Fryslân U.A. (26-6-2019) • GGD Flevoland (3-6-2019) • GGD Zuid Limburg (15-7-2019) • UMCG Ambulancezorg (12-6-2019) • RAV IJsselland B.V. (6-7-2019) • Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM) (5-6-2019) • Ambulancedienst Zuid Holland / Dienst gezondheid & jeugd Zuid-Holland Zuid (9-7-2019) • Veiligheidsregio Gelderland Zuid (3-6-2019)
2019 (deadline 1 oktober 2020)*	<ul style="list-style-type: none"> • Coöperatie Ambulancezorg Rotterdam-Rijnmond U.A. • GGD Flevoland • Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM)

- Stand van zaken op 2 november 2020.

Er is in de bovenstaande periode sprake van wisselende deadlines voor het indienen van de jaarrekening en jaarstukken. De structurele deadline voor het indienen van financiële informatie op basis van de Regeling verslaggeving Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is 1 juni van het jaar volgend op het verslagjaar. Omdat deze regeling voor RAV's pas is gepubliceerd in de Staatscourant van 8 juni 2018, hebben RAV's voor het verslagjaar 2017 uitstel gekregen tot 1 augustus 2018. Voor verslagjaar 2018 gold voor het eerst de structurele deadline van 1 juni 2019. Voor verslagjaar 2019 hebben alle zorgaanbieders in verband met de corona crisis eenmalig uitstel gekregen tot 1 oktober 2020. Voor de verslagjaren 2017 en 2018 hebben alle RAV's een jaarrekening of jaarstukken ingediend. De IGJ neemt contact op met de drie RAV's die de jaarrekening 2019 nog niet hebben ingediend.

⁴ RAV Zuid Holland Zuid had vóór de deadline een concept van de jaarstukken ingediend. Op verzoek van IGJ heeft de RAV op 1-11-2018 de definitieve stukken aangeleverd.

Met ingang van verslagjaar 2020 moeten RAV's de gegevens over productie en capaciteit, net als andere zorgaanbieders, aanbieden via het elektronische platform DigiMV, zo schrijft de minister. De leden van de CDA-fractie vragen of daadwerkelijk alle RAV's dat dit jaar hebben gedaan.

RAV's zijn op grond van de Wet toelating zorginstelling verplicht om zich vóór 1 juni 2021 te verantwoorden over verslagjaar 2020 (het verslagjaar is gelijk aan het kalenderjaar). Dit betekent dat pas op 1 juni 2021 kan worden beoordeeld of alle RAV's tijdig aan hun verantwoordingsplicht hebben voldaan.

Met ingang van boekjaar 2022 wordt daarnaast overwogen om voor bepaalde categorieën zorgaanbieders ook het indienen van het bestuursverslag (voorheen jaarverslag) verplicht te stellen. De leden van de CDA-fractie vragen voor welke categorieën zorgaanbieders dit overwogen wordt en of RAV's hier ook bij zitten. Zij vragen wat de overwegingen zijn om deze verplichtingen wel of niet voor RAV's te doen gelden.

Het uitgangspunt is om in beginsel aan te sluiten bij de bestaande verantwoordingsplichten, zoals het gewone jaarrekeningenrecht in titel 9, Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, tenzij afwijken in de zorgsector noodzakelijk is. Om aan te sluiten bij het Burgerlijk Wetboek wordt voor privaatrechtelijke zorgaanbieders, die voldoen aan de criteria voor een middelgrote of grote onderneming, een bestuursverslag geïntroduceerd. De huidige RAV's met privaatrechtelijke rechtspersoonlijkheid vallen onder deze criteria. Voor publiekrechtelijke RAV's geldt dat zij op grond van de Gemeentewet of Provinciewet reeds verplicht zijn om een jaarrekening en een jaarverslag (vergelijkbaar met een bestuursverslag) openbaar te maken. Het is de bedoeling dat deze publiekrechtelijke RAV's die jaarstukken ook via DigiMV openbaar maken.

Concept Regeling ambulancezorgvoorzieningen

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer de Tweede Kamer wordt geïnformeerd over de uitwerking van het advies van de Chief Nursing Officer (CNO).

Uw Kamer is bij brief van 27 oktober 2020⁵ geïnformeerd over het feit dat er een verkenner is aangesteld in navolging op het CNO-advies. Ik streef ernaar uw Kamer in de eerste helft van december 2020 nader te informeren over de resultaten van deze verkenning.

Voorts vragen deze leden of de uitwerking van dit advies leidt tot aanpassing van de voorliggende ministeriële regeling voor inwerkingtreding per 1 januari 2020.

Ik zal u te zijner tijd informeren over mijn conclusie of de gevolgen van het advies leiden tot aanpassing van de regelgeving specifiek voor de ambulancezorg. Dit proces zal niet gereed zijn voor 1 januari 2020. Dit neemt niet weg dat de ministeriële regeling na inwerkingtreding kan worden aangepast.

⁵ Kamerstuk 29 282, nr. 414.

De leden van de CDA-fractie vragen of het niet beter is om de rol die de verpleegkundig specialisten en physician assistants kunnen spelen in het medisch management van een RAV in artikel 10 van de regeling te omschrijven.

In de regeling worden wettelijke waarborgen opgesteld waar het medisch management aan moet voldoen. Zo geldt dat de medische eindverantwoordelijkheid voor de ambulancezorg berust bij een arts, die daartoe speciaal is aangewezen door de RAV. Hiernaast zijn er geen verplichtende omstandigheden met betrekking tot het medisch management, waarover in de regeling een apart artikel moet worden opgenomen. De verpleegkundig specialisten en physician assistants *kunnen* samen met de arts een rol spelen in het medisch management. Aangezien het geen verplichting betreft, is dit niet in de regeling zelf opgenomen, maar staat dit omschreven in de toelichting bij artikel 10, dat gaat over het medisch management. Hiermee is deze rol mijns inziens voldoende geborgd.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen of kan worden toegelicht hoe de taakdifferentiatie in artikel 7 van de regeling tot stand is gekomen.

Voor de differentiatie, die in artikel 7 van de regeling is beschreven, is aangesloten bij de Kwaliteitskaders van AZN, V&VN Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (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. 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.

Voorts vragen deze leden wat de voornaamste feedback was van veldpartijen, welke wijzigingen hebben zij hebben aangedragen en in hoeverre deze wel of niet zijn overgenomen.

Zoals de leden van de D66-fractie in de toelichting bij de regeling hebben kunnen lezen, hebben verschillende partijen in de internetconsultatie gereageerd op de voorgestelde zorgdifferentiatie. AZN en Zorgverzekeraars Nederland (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.

Naar aanleiding van de inbreng van ZN waarin mij is gevraagd 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, heb ik in artikel 7 een nieuw zesde lid opgenomen. Daarnaast zijn – als gevolg van de inbreng van veldpartijen – geen andere wijzigingen aangebracht in dit artikel.

Ook vragen de leden van de D66-fractie of de minister verwacht dat de komende jaren een verdere taakdifferentiatie zal plaatsvinden en zo ja, op basis waarvan. Ook zijn zij benieuwd welke rol een opdeling van de ambulancezorg in meer urgentieniveaus hierin kan spelen.

De kwaliteitskaders bieden zoveel mogelijk duidelijkheid en kunnen doorontwikkeld worden op basis van ervaringen in de praktijk. Zo heeft de Nederlandse Vereniging voor Bachelor Medisch Hulpverleners (NVBMH) in haar reactie gepleit voor onderzoek naar het toelaten van de BMH'er tot de opleiding voor meldkamercentralist. De NVBMH, V&VN en AZN kunnen daarover samen afspraken maken. Dit kan de komende jaren leiden tot verdere taakdifferentiatie. De nieuwe urgentieniveaus zouden inderdaad ook kunnen leiden tot verdere of een andere zorgdifferentiatie. Omdat de nieuwe urgentie-indeling in bepaalde gevallen meer tijd biedt voor de triage, kan de verpleegkundig centralist op de meldkamer naar verwachting beter bepalen welke vorm van ambulancezorg het meest passend is voor de persoon voor wie een melding binnenkomt. Het zou kunnen dat het met de nieuwe urgentie-indeling vaker mogelijk is om een verpleegkundig specialist of physician assistant in te zetten als rapid responder, als uit de triage blijkt dat de patiënt niet vervoerd hoeft te worden, of om midden- of laagcomplexe ambulancezorg in te zetten, in gevallen waarin nu hoogcomplexe ambulancezorg ingezet wordt.

De leden van de D66-fractie zijn benieuwd welke impact het advies van de Gezondheidsraad heeft op de organisatie van de acute zorg en meer specifieke de ambulancezorg. Ook vragen de leden hoe daar nu al rekening mee is gehouden in de concept ministeriële regeling en of de vervolgstappen op basis van dit advies de komende jaren zullen leiden tot wezenlijke wijzigingen van de voorliggende regeling.

Binnenkort ontvangt uw Kamer een brief over dit advies. Ik kan op dit moment niet vooruitlopen op de impact die het advies van de Gezondheidsraad zal hebben op de organisatie van de acute zorg en meer specifiek de ambulancezorg of op de Regeling ambulancezorgvoorzieningen.

Voorts vragen deze leden of de minister al kan ingaan op de mogelijke impact van andere wijzigingen in het acute zorglandschap op deze regeling, bijvoorbeeld op basis van de houtskoolschets acute zorg.

Vanzelfsprekend kunnen wijzigingen in het acute zorglandschap, bijvoorbeeld op basis van de houtskoolschets, er op termijn toe leiden dat regelgeving wordt aangescherpt of dat nieuwe regelgeving nodig is. Het is dus mogelijk dat dit ook gevolgen heeft voor de Regeling ambulancezorgvoorzieningen.

De leden van de fractie van D66 vragen of kan worden uitgelicht welke verschillen er zitten tussen het eerste concept ministeriële regeling dat bij de behandeling van het wetsvoorstel Ambulancezorgvoorzieningen met de Kamer is gedeeld en het voorliggende concept. Voorts vragen deze leden of kan worden toegelicht om welke redenen er aanpassingen aan het toenmalige concept zijn aangebracht.

Aanpassingen in de concept ministeriële regeling zijn tot stand gekomen door inbreng vanuit de internetconsultatie (zie voor de verantwoording hierover paragraaf 5. Internetconsultatie in de toelichting bij de ministeriële regeling), aangenomen moties tijdens de wetsbehandeling en nader overleg met AZN en ZN en andere departementen. Zo zijn na overleg met het ministerie van Justitie en Veiligheid dubblures met de regelgeving voor veiligheidsregio's en voor de landelijke meldkamer samenwerking geschrapt. Het tweede lid van artikel 3 is toegevoegd op basis van de motie Veldman en Van den Berg⁶. De toelichting bij artikel 10 is aangevuld naar aanleiding van de motie Ellemeet en Veldman⁷. Het zesde lid van artikel 7 is toegevoegd na overleg met AZN en ZN.

Tot slot zijn de leden van de D66-fractie benieuwd of er plannen zijn om de voorliggende regeling te wijzigen naar aanleiding van het advies van de Chief Nursing Officer (CNO) over de positionering van verpleegkundigen en verzorgenden.

Dat is afhankelijk van hoe het kabinet besluit opvolging te geven aan het CNO-advies. Op dit moment vindt nog een verkenning plaats. Ik streef ernaar uw Kamer in de eerste helft van december 2020 te informeren over de resultaten van deze verkenning. Daarna zal ik bezien of en zo ja, hoe dit van invloed is op de voorliggende regeling.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Brief minister

De leden van de SP-fractie zijn benieuwd naar het ontwerp van de Regeling jaarverantwoording WMG die in het najaar van 2020 ter consultatie aangeboden zal worden. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat aan de motie op dit moment nog geen uitvoering wordt gegeven en vragen of gegarandeerd kan worden dat de volgende punten in de regeling worden meegenomen; in de regeling wordt een verplichting qua financiële verslaglegging geregeld waarbij alle RAV-en gelijke en eenduidige informatie dienen aan te leveren. Wordt het met de regeling verplicht dat de RAV-en een jaarrekening met accountantsverklaring aanleveren én inzicht geven in alle financiële geldstromen inclusief een (uitgebreide) winst- en verliesrekening? Volgens de leden leidt de eerder gedane toezegging om dergelijke informatie wel te moeten aanleveren er tot op heden in de praktijk toe dat de ene RAV wel volledig voldoet aan het leveren van een goed inzicht in die financiële informatie maar een andere RAV slechts zeer summiere informatie en een beperkt inzicht geeft daarin. De leden ontvangen hierop graag een reactie. In hoeverre is een bepaalde 'benchmarking' hierdoor op dit moment onmogelijk en in hoeverre zal dit wel mogelijk zijn met de aangekondigde Regeling jaarverantwoording WMG?

De concept-Regeling jaarverantwoording WMG is aangeboden voor internetconsultatie. In deze regeling is uitgewerkt op welke wijze zorgaanbieders de financiële verantwoording, bedoeld in artikel 40b, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg, moeten inrichten. In de regel wordt hiervoor verwezen naar modellen voor de balans en winst- en verliesrekening die

⁶ Kamerstuk 35 471, nr. 29.

⁷ Kamerstuk 35 471, nr. 27.

als bijlagen aan de Regeling jaarverantwoording WMG zullen worden toegevoegd.⁸ De keuze voor een bepaald model is afhankelijk van de rechtsvorm en omvang van de zorgaanbieder en sluit nauw aan op het bepaalde in het Burgerlijk Wetboek. Met het voorschrijven van deze eenduidige modellen voor de financiële verantwoording wordt uitvoering gegeven aan de motie van het lid Van den Berg⁹ en wordt 'benchmarking' eenvoudiger, omdat er een gedegen basisset aan vergelijkbare financiële gegevens ontstaat. Alle privaatrechtelijke RAV's zullen zich moeten verantwoorden overeenkomstig deze eenduidige modellen, waarbij zij, gezien hun omvang, naast een balans een uitgebreide winst- en verliesrekening zullen moeten opstellen en openbaar maken. Voor publiekrechtelijke RAV's die op grond van de Gemeentewet of Provinciewet jaarstukken openbaar moeten maken, geldt dat zij die jaarrekening en jaarverslag via DigiMV openbaar moeten maken. Ook voor hen is sprake van eenduidige modellen. De modellen voor de verantwoording door publiekrechtelijke organisaties worden in opdracht van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties opgesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek. Dit is het zogenoemde Iv3-model. In deze jaarrekening of jaarstukken worden het gehele vermogen, de opbrengsten en de kosten opgenomen. Met het oog op de administratieve lasten is er niet voor gekozen om voor de publiekrechtelijke organisaties aanvullende eisen te stellen aan de financiële informatie. Alle RAV's moeten in een zodanig financiële staat verkeren dat de continuïteit en de kwaliteit van de ambulancezorg niet in gevaar worden gebracht. De NZa houdt hier toezicht op. Het is het voornemen om in de Regeling jaarverantwoording WMG voor alle zorgaanbieders – en dus ook voor alle RAV's, net als onder de huidige wet- en regelgeving voor RAV's- een accountantsverklaring voor te schrijven. Vanaf verslagjaar 2020 gaan RAV's specifieke informatie over de productie en capaciteit via het aanleverportaal DigiMV aanleveren. Hierdoor komt digitale informatie beschikbaar die benchmarken eenvoudiger maakt. Onder de Regeling jaarverantwoording WMG wordt dit gecontinueerd. In de huidige situatie biedt Sectorkompas op de website van AZN een belangrijke basis voor "benchmarking" van RAV's. Sectorkompas geeft inzicht in de prestaties van RAV's en zal worden doorontwikkeld in samenhang met de implementatie en doorontwikkeling van Kwaliteitskader ambulancezorg.

Concept Regeling ambulancezorgvoorzieningen

De leden van de SP-fractie lezen in paragraaf 2 artikel 5.1 dat de verplichting van de 15 minutennorm wordt losgelaten en wordt omgezet naar 'streeft er naar'. De leden vinden dit een zeer onwenselijk voornemen en verwachten dat dit voornemen wordt teruggedraaid. De leden ontvangen dan ook graag een uitgebreide toelichting op dit artikel, waarbij onder andere ingegaan wordt op de reden van deze wijziging, de nadelen die deze wijziging met zich meebrengt (onder andere als het gaat om het vergelijken van resultaten tussen RAV'en) en op welk moment de conclusie getrokken kan worden dat het verkeerd gaat 'als er alleen gestreefd wordt' naar het realiseren van een bepaalde tijdsnorm en er slechts geanalyseerd wordt om de streefwaarde 'zoveel mogelijk te realiseren' (artikel 6).

⁸ Voor sommige groepen zorgaanbieders gelden de modellen niet omdat zij zich reeds in een ander wettelijk kader verantwoorden. Er is getracht zoveel als mogelijk aansluiting te zoeken bij die reeds bestaande verantwoordingsverplichtingen. Op deze manier wordt de regeldruk beperkt.

⁹ Kamerstuk 34 747, nr. 47.

Het Kwaliteitskader ambulancezorg is het kwaliteitsinstrument van de ambulancesector. Kwaliteit is breder dan alleen tijdigheid en de vraag of een ambulance bij een spoedrit binnen 15 minuten ter plaatse was. Het Kwaliteitskader ambulancezorg maakt het mogelijk om kwaliteit te bezien in een breder kader dan alleen snelheid en aanrijtijden zoals nu het geval is met de 15-minutennorm. Tijdigheid is een belangrijk onderdeel bij het meten van de kwaliteit van ambulancezorg en wordt niet losgelaten. Het kwaliteitskader bevat voor spoedeisende ambulancezorg (A1 en A2 ritten) concrete streefwaarden voor responspercentages, te weten binnen 15 minuten is 95% van de A1 inzetten ter plaatse, binnen 30 minuten is 95% van de A2 ritten ter plaatse.

De signalen in het kwaliteitskader maken het, via het Sectorkompas, mogelijk om niet alleen per RAV te zien hoe de prestaties zijn maar ook om de RAV's onderling te kunnen vergelijken.

Om de kwaliteit van (spoedeisende) ambulancezorg goed te kunnen beoordelen moet deze in samenhang worden bezien met de andere signalen die in het kwaliteitskader worden gemeten.

Op dit moment bestaat het kwaliteitskader uit 13 signalen, uiteindelijk gaat het kwaliteitskader ambulancezorg bestaan uit 26 signalen die gezamenlijk de kwaliteit van de ambulancezorg meten.

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.

De leden van de SP-fractie vragen waarom ervoor is gekozen om de geldigheidsduur van de bekwaamheidsverklaring van verpleegkundigen op maximaal 5 jaar te zetten. Voorts vragen zij in hoeverre en hoe vaak hierdoor rechtspositionele gevolgen kunnen ontstaan en wat precies de verwachtingen zijn op dit punt.

De bekwaamheidsverklaring staat op maximaal vijf jaar, omdat dit gelijk is gesteld aan de eens in de vijf jaar dat de ambulancezorgprofessionals een bekwaamheidstoets of landelijk assessment moet afleggen, zoals dit in de sector sinds jaar en dag is afgesproken. Derhalve heeft het geen (nieuwe) rechtspositionele gevolgen. Elders in de gezondheidszorg is overigens ook een geldigheidsduur van vijf jaar gebruikelijk, bijvoorbeeld bij de registratie in het register medisch specialisten of de BIG-registratie.

De leden van de fractie van de SP vragen ten slotte of het klopt dat het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid van het RIVM geen onderdeel meer uitmaakt van de regelgeving. Zij vragen waarom hiervoor is gekozen en of dit niet het kader is waar de kwantiteit/capaciteit wordt geregeld. De leden van de SP-fractie vragen hoe een en ander nu wordt voorzien met deze regeling.

Zoals de leden van de SP-fractie hebben kunnen lezen in de toelichting bij artikel 4 is het referentiekader spreiding en beschikbaarheid nog steeds het model voor de benodigde spreiding en beschikbaarheid (capaciteit) van de ambulancezorg in Nederland en daarmee nog steeds onderdeel van deze regelgeving. Het RIVM publiceert jaarlijks (op haar website) een nieuw referentiekader, waarin het minimum aantal ambulances per regio is berekend waarmee de ambulancezorg in Nederland kan worden uitgevoerd. Dit gebeurt op basis van een aantal randvoorwaarden, zoals de tijd na een melding waarbinnen een ambulance ter

plaatse moet zijn en de spreiding van de standplaatsen over het land. Het referentiekader is geen blauwdruk. Het is een hulpmiddel bij de jaarlijkse afspraken tussen RAV's en zorgverzekeraars in het kader van de zorginkoop. Het staat deze partijen vrij om, indien zij daar aanleiding toe zien, binnen regio's voor een andere standplaatsindeling en andere aantallen ambulances te kiezen.

III Voorgenomen aanpassing Regeling ambulancezorgvoorzieningen

Hierbij wil ik u melden dat ik de term "buitenlandvervoer" in paragraaf 2 van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen wil vervangen door "mobiele zorg naar of vanuit het buitenland". Deze term doet meer recht aan het feit dat het gaat om ambulancezorg en niet alleen om vervoer. De term sluit ook beter aan bij een kwaliteitskader dat voor deze zorg in ontwikkeling is en verduidelijkt dat het gaat om zorg in Nederland waarbij de eindbestemming van het vervoer is gelegen in het buitenland of waarbij sprake is van vervoer vanaf de landsgrens of een Nederlandse luchthaven. Parallel aan artikel 10 van de regeling zullen ook ambulancezorgprofessionals die deze vorm van ambulancezorg leveren moeten beschikken over een bekwaamheidsverklaring met een geldigheidsduur van 5 jaar.