

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

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag  
[www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)

**Kenmerk**  
1543483-192238-CZ

Datum 24 juni 2019  
Betreft Contouren toekomstige wetgeving ambulancezorg

**Uw brief**

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

Geachte voorzitter,

Al eerder gaf ik u aan dat we trots kunnen zijn op de ambulancezorg in Nederland. De ambulancezorg is van groot belang voor de gezondheid en de zorg in Nederland. De permanente beschikbaarheid van voldoende en gekwalificeerde ambulancemedewerkers, voldoende ambulances en een goed functionerende meldkamer ambulancezorg en de samenwerking met andere hulpverleners zijn cruciaal in de keten van medische zorg (ook in opgeschaalde situaties in tijden van rampen en crises), waarop de burger mag vertrouwen. Patiënten waarderen de ambulancezorg goed. Een belangrijke randvoorwaarde om dit alles te behouden is de wetgeving voor de ambulancezorg.

In verband met het aflopen van de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) per 1 januari 2021 zet ik hierbij de contouren uiteen van de structurele wetgeving voor de ambulancezorg, die ik voornemens ben voor te bereiden. De huidige regelgeving voor de reguliere (Twaz) en opgeschaalde (Wet veiligheidsregio's) ambulancezorg is met publieke waarborgen omgeven. De ambulancezorg is immers een essentiële schakel in de acute medische zorgketen.

Ik streef naar een vorm voor de ambulancezorg waarbij de continuïteit van de ambulancezorg voor de patiënt voorop staat. In paragraaf 1 schets ik de aanleiding voor de structurele ordening. In paragraaf 2 geef ik een beschrijving van de huidige ambulanceordening. In paragraaf 3 schets ik de ontwikkelingen in de ambulancezorg. In paragraaf 4 geef ik de hoofdlijnen weer op basis waarvan ik het wetsvoorstel voor de structurele wetgeving wil inrichten. In paragraaf 5 ga ik in op het verdere proces.

*1. Noodzaak voor structurele ordening in de ambulancezorg.*

De ordening van de ambulancezorg is sinds 2013 geregeld in de Twaz. De wet is tijdelijk, omdat het de afgelopen jaren niet lukte om een structurele ordening te creëren. De definitieve regeling kon pas goed vorm gegeven worden op het moment dat duidelijk werd hoe de ontwikkelingen op het terrein van acute zorg uit zouden werken. Vanwege het feit dat de bestaande Wet ambulancevervoer niet volstond, is ervoor gekozen om de noodzakelijke aanpassingen in een tijdelijke wet neer te leggen. Hierdoor kon ook ervaring opgedaan worden met de resultaten van de wet alvorens te komen tot een definitieve regeling. De Twaz liep

oorspronkelijk tot 2018, maar is met drie jaar verlengd tot 1 januari 2021, teneinde per 2021 voor een structurele regeling te zorgen voor de rollen, taken en verantwoordelijkheden in de ambulancezorg. De tijdelijke wet loopt af en moet per 1 januari 2021 vervangen zijn.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
1543483-192238-CZ

## 2. *Beschrijving van de huidige wettelijke ordening in de ambulancezorg.*

De bestaande ordening op grond van de Twaz houdt het volgende in:

- Nederland is onderverdeeld in 25 ambulanceregio's. Die komen overeen met de veiligheidsregio's;
- Per regio wijs ik één Regionale Ambulancevoorziening (RAV) aan;
- Er zijn publieke en private RAV's: er zijn 10 publieke diensten (gemeenschappelijke regelingen van gemeenten, veiligheidsregio, GGD), 5 coöperaties, 5 stichtingen en 5 BV's;
- De RAV is exclusief verantwoordelijk voor zowel het bieden van ambulancezorg (zowel spoedeisende, als planbare zorg) als voor het in stand houden van de meldkamer;
- Representerende verzekeraars (de twee grootste verzekeraars in de regio) kopen ambulancezorg in bij de RAV's, tegen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgestelde tarieven, die voor alle zorgverzekeraars en in het gehele land gelijk zijn;
- De ambulancezorg wordt gefinancierd op basis van regionale budgetten die nodig zijn voor het berekende aantal ambulances en de spreiding van de standplaatsen.

## 3. *Ontwikkelingen in de ambulancezorg*

Zoals gezegd ben ik trots op het huidige functioneren van de RAV's. Dat neemt niet weg dat de ambulancezorg altijd beter kan. Zo heb ik met uw Kamer in het algemeen overleg over de acute zorg van 3 april 2019 uitgebreid gesproken over de realisatie van de 15-minuten norm voor ambulancezorg in levensbedreigende situaties<sup>1</sup>. Om, ongeacht de toekomstige inrichting van de ambulancezorg, te zorgen dat de ambulancesector nu en in de toekomst tijdige en kwalitatief goede ambulancezorg kan blijven bieden, heb ik samen met Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in 2018 het Actieplan ambulancezorg opgesteld<sup>2</sup>. Ik blijf volop inzetten op de uitvoering van het Actieplan ambulancezorg. Zowel de kwaliteit van de triage (de urgentiebepaling), als de kwaliteit van de rijdende dienst hebben hierbij mijn aandacht. De triage wordt onder de loep genomen om te zorgen dat alleen mensen die ook daadwerkelijk ambulancezorg nodig hebben die zorg krijgen. Ik verwacht dat binnenkort een eerste versie van een kwaliteitskader voor de ambulancezorg met bijbehorend implementatieplan en doorontwikkelagenda beschikbaar komt. Het streven is dit kwaliteitskader te laten inschrijven in het register van het Zorginstituut.

De keuze voor de tijdelijke wet was er mede in gelegen dat er ontwikkelingen gaande waren in de acute zorg, die maakten dat het lastig was om een structurele wet te maken. Ook nu zijn er nog steeds veel ontwikkelingen. Ik denk daarbij aan de drukte in de acute zorg, de noodzaak tot meer coördinatie in de acute zorgketen en de schaarste aan personeel. Er wordt gelukkig in de keten van de acute zorg in toenemende mate samengewerkt, onder andere in het regionaal overleg acute zorgketen (ROAZ). De positie van dat overleg wordt versterkt<sup>3</sup>. Er

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2018-2019, 29247, nr. 283.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2018-2019, 29247, nr. 263, d.d. 12 november 2018.

<sup>3</sup> Kamerstukken II, 2018-2019, 29247, nr. 264.

wordt inmiddels in Overijssel geëxperimenteerd met gezamenlijke triage van ambulancezorg, huisartsenposten en wijkverpleging, zodat de patiënt direct op de juiste plek komt. Het aantal meldkamers daalt doordat verschillende veiligheidsregio's gaan samenwerken in één meldkamer en het beheer van de meldkamers gaat over naar de politie in het kader van de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS). Er is een kwaliteitskader spoedzorg opgesteld door veldpartijen en op basis van het Actieplan ambulancezorg wordt, zoals hierboven is aangegeven, gewerkt aan tripartiete kwaliteitsnormen en indicatoren voor de ambulancezorg. Binnen de ambulancezorg is sprake van toenemende functiedifferentiatie. Naast ambulances voor de spoedeisende zorg zijn er zorgambulances. Er zijn pilots met betrekking tot medium care, vervoer met psychiatrische hulpverlening en basisartsen. Ontwikkelingen in het zorglandschap zoals sluitingen van afdelingen spoedeisende hulp en acute verloskunde hebben gevolgen voor de ambulancezorg.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
1543483-192238-CZ

De wereld van de acute zorg zal in beweging blijven om te zorgen dat patiënten de juiste zorg op de juiste plek van de juiste zorgverlener ontvangen. De afgelopen jaren hebben we ervaring opgedaan met de Twaz en hebben we gezien dat de Twaz de verschillende ontwikkelingen die zich voordoen kan accommoderen. De inrichting van de ordening van ambulancezorg moet zodanig zijn dat aan deze voortdurende ontwikkelingen (mede) vorm kan worden gegeven, in het belang van goede zorg voor de patiënt.

#### *4. Structurele inrichting van de ambulancezorg*

Hieronder zet ik uiteen hoe ik de structurele inrichting van de ambulancezorg wil vormgeven. Ik ben daarbij uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

- Met de patiënt in gedachte moeten de continuïteit en permanente beschikbaarheid van spoedeisende ambulancezorg van goede kwaliteit gewaarborgd zijn;
- Ambulancezorg is en blijft zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), net als de overige acute zorg;
- Ambulancezorg blijft een onderdeel van de "witte keten", de keten van de acute zorg;
- Ongeacht de regio betalen patiënten via het eigen risico overal hetzelfde voor spoedeisende ambulancezorg.

Als het gaat om ambulancezorg staat continuïteit van de spoedeisende zorg voor de patiënt voorop. Ambulancezorg moet te allen tijde 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar zijn. Ook andere deelnemers aan de acute zorgketen zoals de huisartsenposten en de spoedeisende hulpafdelingen en de partners in de veiligheidsketen (die alle zelf niet periodiek vervangen worden door een andere aanbieder) moeten te allen tijde op de ambulancezorg kunnen bouwen en stabiele samenwerkingsovereenkomsten hebben. Dat geldt zeker ook in situaties van crisis, waarin opgeschaalde zorg nodig is en samenwerking met alle bij zorg en veiligheid betrokken partijen van levensbelang is. Ook voor gemeenten is een goed georganiseerde ambulancezorg van groot belang, onder andere vanwege de taken die gemeenten hebben in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning en hun verantwoordelijkheid voor het welzijn van kwetsbare groepen en voor orde en veiligheid. Het is van groot belang dat partijen in de acute zorg in de regio en de partijen in de veiligheidsregio elkaar goed kennen en elkaar "blindelings" vertrouwen. Ik vind dat in dat licht periodieke discontinuïteit moet worden vermeden.

Het waarborgen van de continuïteit en de cruciale schakel die de ambulancezorg is in de keten van acute zorg vergen wat mij betreft sterke publieke waarborgen. Dat betekent in de eerste plaats dat er – zoals thans ook het geval is – per veiligheidsregio een monopolist is, die niet alleen het alleenrecht heeft om spoedeisende ambulancezorg te leveren, maar ook de plicht heeft om deze zorg te leveren. Samen met de zorgplicht van de zorgverzekeraar en de inkooprol die de zorgverzekeraar heeft in de gehele acute zorg biedt dit een borging voor de continuïteit van de ambulancezorg als integraal onderdeel van de keten van acute zorg.

In de tweede plaats vereist het belang van de continuïteit wat mij betreft het voortzetten van inkoop van spoedeisende ambulancezorg door zorgverzekeraars in representatie, dat wil zeggen dat de twee grootste zorgverzekeraars in de regio inkopen namens alle zorgverzekeraars. Door deze wijze van inkopen zijn de beschikbaarheid van ambulancezorg en de financiering van die beschikbaarheid het beste gediend.

Ten derde is de continuïteit gediend met het verlenen van aanwijzingen voor onbepaalde tijd aan de huidige aanbieders van ambulancezorg. Dit voorkomt periodieke discontinuïteit als gevolg van nieuwe aanwijzingen. Het geeft rust onder medewerkers en bij ketenpartners.

Met het oog op de continuïteit wil ik dus op basis van de nieuwe wet de huidige aanbieders voor onbepaalde tijd een aanwijzing geven. Dat betekent dat de huidige RAV's de ambulancezorg voor onbepaalde tijd kunnen blijven bieden. Daarmee weten patiënten, partners in de zorgketen en partners in de veiligheidsketen waar ze aan toe zijn. Juridisch kan dat niet zonder meer. De Raad van State was in 2009 kritisch over de vergunning voor onbepaalde tijd vanwege vragen over de verenigbaarheid met het Europese recht.

Om de huidige aanbieders voor onbepaalde tijd te kunnen aanwijzen ben ik voornemens de ambulancezorg wettelijk aan te merken als niet-economische dienst van algemeen belang (NEDAB). Als sprake is van een dergelijke publieke taak is er geen sprake van een markt en geldt de regelgeving voor mededinging en aanbesteding niet. Het aanmerken van de ambulancezorg als NEDAB vergt strakke overheidsregulering, wellicht strakker dan nu het geval is. Ik ga ervan uit dat ambulancezorg als gevolg van de grote verantwoordelijkheid van de overheid en strikte regulering kan worden gezien als een NEDAB. De overheid bepaalt de regio-indeling, wijst één aanbieder in de regio aan en legt die aanbieder een leverplicht op. Representerende zorgverzekeraars kopen namens alle zorgverzekeraars de ambulancezorg in bij de huidige aanbieders, binnen de beperkte vrijheid die deze zorgverzekeraars daar in deze sector toe hebben. De verzekeraars blijven namelijk gebonden aan de door de overheid aangewezen aanbieder, de door de overheid vastgestelde budgetten en tarieven en kwaliteitsregulering. De zorgplicht van zorgverzekeraars versterkt de leveringsplicht van zorgaanbieders: niet alleen de zorgaanbieders kunnen worden aangesproken op het leveren van goede en tijdige zorg, ook de zorgverzekeraars kunnen hier via de zorgplicht op worden aangesproken.

Ik ga dus – zoals ook thans het geval is – uit van een strakke budget/tarief- en kwaliteitsregulering. In de ambulancezorg is ook nu al sprake van door de NZa vastgestelde tarieven waarover niet onderhandeld kan worden tussen

zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook de financiering is strak geregeld. RAV's krijgen een budget op basis van een berekend aantal diensten en standplaatsen. Kwaliteitsnormen zullen een plaats krijgen in de wetgeving. Het door de sector te ontwikkelen kwaliteitskader biedt hiervoor (na doorontwikkeling) een steeds betere basis, zodat niet langer alleen de responstijd maatgevend is voor kwaliteit. Ik wil in het wetsvoorstel de mogelijkheid opnemen dat een evident onder de maat presterende aanbieder als ultimum remedium door de minister vervangen kan worden door een andere aanbieder (een ander bestuur). Kwaliteitsregulering en toezicht op de naleving daarvan door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) zullen de basis vormen voor een goede kwaliteit van de ambulancezorg. In het kader van de voorbereiding van een nieuwe wet zal ik bezien hoe RAV's gestimuleerd kunnen worden tot permanente kwaliteitsverbetering, welke criteria zullen gelden voor het bijsturen en in het uiterste geval vervangen van (het bestuur van) onder de maat presterende aanbieders, en hoe het benodigde instrumentarium voor de IGJ en voor mij eruit moet zien. RAV's zullen zich openbaar moeten verantwoorden over de kwaliteit van de zorg die zij leveren en over hun financiële positie. Dat laatste is van belang met het oog op de continuïteit, de financiële staat van de organisatie mag de continuïteit van de zorg niet in gevaar brengen. Als RAV's andere zorg of diensten leveren dan ambulancezorg, zullen ze een gescheiden boekhouding moeten voeren. Voorts zal ik in het kader van het wetsvoorstel bezien of, en zo ja, welke eisen ik zal stellen aan de governance bij de huidige aanbieders die de ambulancezorg mogen blijven leveren.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
1543483-192238-CZ

Zowel de spoedeisende als de planbare ambulancezorg blijven in het wetsvoorstel voorbehouden aan de huidige RAV's. Besteld vervoer zonder zorg kan, net als nu het geval is, aan (lig)taxi's worden overgelaten. Net als onder de huidige wetgeving zullen ook in de nieuwe wet bepaalde vormen van ambulancezorg (bijvoorbeeld buitenlandvervoer) vrijgesteld kunnen worden van de bepaling dat deze alleen door RAV's en in opdracht van de meldkamer ambulancezorg geleverd mogen worden. Zoals ik eerder aangaf zijn er veel ontwikkelingen gaande in de keten van acute zorg. De ervaring leert dat er meer vervoersbewegingen tussen ziekenhuizen of verschillende locaties van een ziekenhuis plaatsvinden. Ook is de staatssecretaris van VWS in het kader van vervoer van personen met verward gedrag bezig met een brief over de inrichting van (delen van) het vervoer met psychiatrische hulpverlening. Mogelijk is in dat kader enige flexibiliteit nodig ten aanzien van welke ambulancezorg voorbehouden moet zijn aan de RAV en via de meldkamer moet lopen. In die flexibiliteit moet een nieuw wetsvoorstel voorzien.

De verkeersveiligheid, de samenwerking met het buitenland in de grensregio's en de uitzonderingspositie voor ambulances van Defensie zullen net als nu het geval is, worden geborgd.

Ik ga ervan uit de overheidsregulering met betrekking tot de ambulancezorg zoals hierboven geschetst, afdoende is om de huidige aanbieders te kunnen handhaven. Al met al vind ik het vanuit het patiënten perspectief en met het oog op de continuïteit en het behoud van de ambulancezorg in de keten van acute zorg aanvaardbaar een zeker risico te nemen op dit punt.

## 5. *Proces*

Met ingang van 1 januari 2021 vervalt de huidige tijdelijke wet. Met het ontwikkelen van een wetsvoorstel maak ik tempo. Graag treed ik met u in overleg over de hoofdlijnen van een nieuwe wet voor de ambulancezorg. Uiteraard wil ik de uitkomsten van het overleg met u over deze hoofdlijnen betrekken bij het

wetsvoorstel. Het streven is de nieuwe wet per 1 januari 2021 in werking te laten treden om te voorkomen dat sprake is van een vacuüm waarin niet helder is wie ambulancezorg mag of moet leveren en welke kwaliteitseisen daarvoor gelden. Ik hoop u na consultatie van betrokken partijen en een advies van de Raad van State een wetsvoorstel te kunnen voorleggen in het voorjaar van 2020.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg  
Team A

**Kenmerk**  
1543483-192238-CZ

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg  
en Sport,

Bruno Bruins