2026D40937

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de beleidsreactie op de evaluatie van de Wet ambulancezorgvoorzieningen[1].

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

[1] Kamerstuk 35 471, nr. 44

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van Groep Markuszower
II. Reactie van de Minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie op de evaluatie van de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wavz). Deze leden danken de onderzoekers voor het opstellen van de evaluatie en de Minister voor haar reactie, en hebben hierover enkele vragen.

De ambulancezorg en haar medewerkers zijn een cruciale schakel in de acute zorgketen. Deze leden zijn dan ook blij met de conclusie dat de wet de continuïteit goed borgt en dat patiënten de zorg gemiddeld met het cijfer 9 waarderen. Dat is een compliment aan de mensen op de meldkamer en op de weg.

Deze leden vinden het positief dat de sector de urgentiecategorie A1 wil verfijnen en herijken, zodat de zorg beter aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. Ook het afstemmen van de urgentie-indelingen in de acute zorg, van ambulance tot huisartsenspoedpost, zien deze leden als een logische stap naar passende zorg. Deze leden zijn benieuwd naar de uitwerking daarvan.

Wat betreft langdurige rampsituaties lezen deze leden dat een stuurgroep werkt aan een algemeen opschalingsplan en dat het kabinet de sector oproept om vast te leggen wanneer afwijking van reguliere kwaliteitseisen aan de orde kan zijn. Deze leden missen in dit deel toelichting over eventuele samenwerking met Defensie, in het kader van een weerbare zorgketen. Welke afspraken zijn er over opschaling met Defensie? Kunnen ambulances en personeel van Defensie bij een grootschalige of langdurige crisis naadloos worden ingepast in de civiele capaciteit en andersom, zowel qua aansturing op de meldkamer als qua kwaliteitseisen en protocollen? Wordt dit meegenomen in het opschalingsplan van de stuurgroep en in de werkagenda van VWS en Defensie?

Tot slot lezen deze leden in de brief nog niets over hoe de ambulancezorg gaat werken met de European Health Data Space (EHDS). Juist in spoedsituaties kunnen ambulancezorgverleners nu nog niet altijd beschikken over belangrijke medische gegevens. Een landelijke opt-outvoorziening voor gegevensdeling kan dan levens redden. De Kamer heeft daarom de motie van de leden Vervuurt en Wendel[2] aangenomen, die de regering vraagt hier niet mee te wachten tot 2031. Hoe wordt de ambulancezorg meegenomen in de uitwerking van de EHDS en de opt-outvoorziening daarin? Wanneer kunnen ambulancezorgver-

[2] Kamerstuk 27 529, nr. 372

leners in de praktijk gebruikmaken van deze voorziening, en welke stappen zet de Minister daarvoor al dit jaar?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de beleidsreactie op de evaluatie van de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Zij hebben enkele vragen.

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat de Minister niet van plan is om de vierde aanbeveling op te volgen, waarin wordt voorgesteld om de kwaliteitseisen meer in lijn te brengen met de manier waarop deze worden gereguleerd in de andere zorgsectoren. Deze leden kunnen deze beslissing volgen. Tegelijkertijd begrijpen deze leden dat veldpartijen zorgen kunnen hebben als er sprake kan zijn van dubbele handhaving, op basis van verschillende regels. Kan de Minister toelichten op welke manier zij deze zorgen wil wegnemen? Deze leden begrijpen dat de Minister niet de beleidsregels van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan aanpassen, maar ziet zij andere opties hiertoe?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de Minister voornemens is om het uitbesteden van de meldkamerfunctie toe te staan, mits de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) eindverantwoordelijk blijft voor de meldkamerfunctie in haar regio. Hoewel deze leden dit uitgangspunt snappen, levert dit enige onduidelijkheid op. Kan de Minister toelichten hoe dit er in de praktijk uit zal komen te zien? Op welke manier wordt voorkomen dat dit in de praktijk tot onduidelijkheid kan leiden?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie

De leden van de PRO-fractie hebben de beleidsreactie met interesse gelezen en erkennen dat het veld uitgebreid betrokken is. Ze benadrukken het belang van blijvende aandacht voor voldoende snelle aanrijtijden en regionale dekking in de vormgeving van verder beleid.

De leden van de PRO-fractie zijn verheugd te lezen dat de uitwerking van het aangenomen amendement Bushoff/Bikker[3] ter stimulering van AED's en burgerhulpverleners verder geconcretiseerd wordt wat betreft het luik burgerhulpverleners. Ze verzoeken de Minister te verduidelijken welke voortgang reeds geboekt is en/of wordt verwacht voor de uitwerking van het luik AED's. Genoemde leden vragen de Minister tevens hoe wordt omgegaan met de houdbaarheidsdata van AED's. Kan de Kamer geïnformeerd worden over het aantal AED's die momenteel over datum zijn? Zijn hier gegevens over? En op welke termijn deze vervangen zullen worden, als dit überhaupt gebeurt? Hoe gaat dit in zijn werk? Worden er meldingen gegeven wanneer AED's over datum zijn? Zo ja, bij wie komen deze meldingen terecht en welke acties worden dan genomen? Wanneer een AED over datum is, wordt deze weggehaald of blijft het in het systeem? Indien verouderde AED's worden weggehaald, worden ze dan steeds door een nieuwe AED vervangen? Zijn er zaken die de vervanging van verouderde AED's in de weg staan? Zo ja, welke?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie op de evaluatie van de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Genoemde leden vinden het positief dat uit de evaluatie blijkt dat de continuïteit van de ambulancezorg goed is geborgd en sprake is van kwalitatief

[3] Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 92

hoogwaardige zorg. Ambulancezorg is een essentiële voorziening waarop mensen overal in Nederland moeten kunnen rekenen. Voor de leden van de PVV-fractie staan kwaliteit, bereikbaarheid, beschikbaarheid en patiëntveiligheid voorop.

Kwaliteit

De onderzoekers adviseren om op termijn te overwegen de aanvullende kwaliteitswaarborgen uit de Wazv en de Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Razv) te halen. De Minister kiest ervoor deze voorlopig te behouden. Genoemde leden steunen dit. Kan de Minister bevestigen dat deze waarborgen niet worden verminderd zolang niet overtuigend is aangetoond dat dit zonder gevolgen voor kwaliteit en patiëntveiligheid kan?

De Minister wil voor A0 een norm van 97 procent binnen 15 minuten aanrijtijd invoeren en voor A1 95 procent binnen 15 minuten. De triage op de meldkamer wordt daarbij niet langer meegenomen in de 15-minutennorm. De leden van de PVV-fractie begrijpen dat meldkamerprofessionals voldoende tijd moeten krijgen om zorgvuldig te beoordelen welke zorg nodig is. Tegelijkertijd mag een wijziging van de meetmethode er niet toe leiden dat de cijfers verbeteren terwijl de patiënt niet sneller wordt geholpen.

Kan de Minister daarom toezeggen dat ook de volledige tijd vanaf het aannemen van de melding tot aankomst van de ambulance geregistreerd en openbaar blijft, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen de meldkamerfase en de daadwerkelijke aanrijtijd?

De Minister schrijft dat momenteel geen tijdsnorm geldt voor het beantwoorden van oproepen op de meldkamer en verwacht dat hiervoor een streefnorm in het Kwaliteitskader ambulancezorg wordt opgenomen. Wanneer wordt deze norm ingevoerd en waarom gebeurt dit niet gelijktijdig met de wijziging van de aanrijtijden?

Bij A0 gaat het om situaties waarin iedere minuut telt. Hoe wordt geborgd dat ook wordt gemeten hoe snel een levensbedreigende situatie op de meldkamer wordt herkend en de ambulance daadwerkelijk wordt ingezet? Waarom kiest de Minister voor 97 procent binnen 15 minuten en om hoeveel A0-patiënten gaat het jaarlijks die buiten deze norm vallen?

De beleidsreactie vermeldt dat in 2024 95 procent van de A1-inzetten binnen 16 minuten en 51 seconden ter plaatse was. Hoe groot zijn de verschillen tussen regio's en gemeenten? Welke consequenties verbindt de Minister aan gemeenten waar de aanrijtijden structureel slecht zijn en wanneer is dit aanleiding voor extra capaciteit of een andere spreiding van standplaatsen?

De voorgenomen wijziging van de streefnorm is inmiddels in internetconsultatie gebracht. In reacties wordt onder meer gevraagd om de volledige tijd vanaf de melding tot aankomst van de ambulance zichtbaar te houden. Deelt de Minister dat uiteindelijk deze totale tijd voor de patiënt van belang is? Wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van de consultatie voordat de regeling definitief wordt vastgesteld?

In een consultatiereactie wordt tevens gewezen op mogelijke gevolgen van de gewijzigde definitie van aanrijtijd voor bepalingen over spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg. Kan de Minister uitsluiten dat hierdoor onbedoeld gevolgen ontstaan voor het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid, standplaatsen of ambulancecapaciteit? Ook

wordt gevraagd of A0 na wijziging van de regeling correct onder de jaarlijkse analyse van de RAV's blijft vallen. Kan de Minister dit controleren en zo nodig herstellen?

Zorg en veiligheid

De leden van de PVV-fractie lezen dat spanning kan bestaan tussen doelmatigheid en het beschikbaar houden van ambulancecapaciteit. Een ambulance die op enig moment stand-by staat, kan enkele minuten later van levensbelang zijn.

Wie bepaalt uiteindelijk hoeveel ambulancecapaciteit in een regio noodzakelijk is? Welke rol spelen de RAV's, het RIVM, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en zorgverzekeraars? Wat gebeurt er wanneer een RAV meer capaciteit noodzakelijk acht vanwege structureel lange aanrijtijden, maar een zorgverzekeraar deze niet wil financieren?

De leden van de PVV-fractie willen acute zorg uit de marktwerking halen. Hoe verhoudt de huidige rol van zorgverzekeraars bij de financiering en beoordeling van de doelmatigheid van ambulancezorg zich tot het publieke karakter van deze essentiële voorziening? Deelt de Minister dat beschikbaarheid in de eerste plaats moet worden bepaald door wat nodig is om patiënten tijdig goede acute zorg te bieden?

Het aantal inkomende oproepen op de meldkamer ambulancezorg is in twee jaar met 20 procent gestegen. Welke ontwikkeling verwacht de Minister de komende vijf jaar en hoeveel extra personeel en ambulancecapaciteit is naar verwachting nodig om deze stijging op te vangen?

Bij langdurige crises kunnen volgens de evaluatie tekorten ontstaan aan personeel, materiaal en middelen. Hoe wordt vastgesteld of alle RAV's voldoende zijn voorbereid en welke minimale reservecapaciteit wordt van hen verwacht?

Innovatie en lerend vermogen

De leden van de PVV-fractie vinden het positief dat de ambulancesector actief innoveert. Innovaties die de patiëntenzorg verbeteren en onnodige ziekenhuisbezoeken voorkomen, kunnen ook bijdragen aan een betere beschikbaarheid van ambulances.

Welke andere bewezen innovaties kunnen onnodige ambulanceritten of ziekenhuisbezoeken voorkomen en waarom worden deze nog niet landelijk toegepast?

De onderzoekers adviseren meer landelijke sturing op innovatie en een kennisagenda. De leden van de PVV-fractie willen voorkomen dat hierdoor nieuwe overlegstructuren en bureaucratie ontstaan. Welke rol krijgen ambulanceprofessionals zelf bij het bepalen van deze agenda?

Governance op de meldkamer ambulancezorg

De leden van de PVV-fractie hebben eerder aandacht gevraagd voor de deskundigheid van professionals op de meldkamer, het belang van klinisch redeneren, het risico op over- en ondertriage en signalen vanuit de werkvloer.

Per 1 januari 2026 zijn de eisen aan meldkamercentralisten verruimd. Hoeveel niet BIG-geregistreerde ambulancezorgprofessionals zijn sindsdien op de meldkamers werkzaam geworden en heeft de wijziging

aantoonbaar geleid tot minder vacatures en een lagere werkdruk? Hoe hebben ziekteverzuim en personeelsverloop zich ontwikkeld? Zijn sinds de wijziging incidenten, klachten of calamiteiten gemeld waarbij de kwaliteit van de triage of de deskundigheid van de centralist een rol speelde?

De leden van de PVV-fractie hebben eerder gevraagd naar verschillen tussen meldkamers die werken met NTS en ProQA. Kan de Minister inmiddels inzicht geven in over- en ondertriage, geannuleerde ambulanceritten en eerste hulp zonder vervoer, uitgesplitst naar het gebruikte triagesysteem? Zo nee, waarom niet?

Genoemde leden vinden dat protocollen professionele deskundigheid moeten ondersteunen en niet vervangen. Hoe wordt geborgd dat voldoende ruimte blijft bestaan voor klinisch redeneren en professioneel inzicht?

De Minister wil daarnaast mogelijk maken dat een RAV haar meldkamerfunctie aan een andere RAV uitbesteedt. Kan de Minister bevestigen dat dit uitsluitend betrekking heeft op uitbesteding aan een andere RAV en niet aan commerciële partijen? Hoe worden de eindverantwoordelijkheid en regionale kennis daarbij geborgd?

In Utrecht en Flevoland/Gooi en Vechtstreek lopen pilots naar het geheel of gedeeltelijk uitvoeren van de meldkamerfunctie buiten de gemeenschappelijke meldkamer. De resultaten worden begin 2027 verwacht. Kan de Minister bevestigen dat geen definitieve of onomkeerbare keuzes worden gemaakt voordat deze resultaten aan de Kamer zijn gestuurd?

Hoe worden meldkamercentralisten en ambulanceprofessionals betrokken bij deze pilots en vervolgbesluiten? De leden van de PVV-fractie vinden dat juist de professionals die dagelijks met het systeem werken een zwaarwegende stem moeten hebben.

Doelmatigheid

De onderzoekers adviseren een verdiepend, cijfermatig beeld van de doelmatigheid van de ambulancezorg. De Minister neemt deze aanbeveling niet over omdat de NZa de budgettaire kaders bepaalt en zorgverzekeraars beoordelen of doelmatig met de middelen wordt omgegaan. De leden van de PVV-fractie vinden deze argumentatie niet overtuigend. Juist wanneer doelmatigheid een rol speelt bij beslissingen over capaciteit en beschikbaarheid moet de Kamer kunnen beoordelen waarop deze keuzes zijn gebaseerd. Waarom neemt de Minister het advies voor verdiepend onderzoek niet over?

Kan de Minister inzichtelijk maken welk deel van de uitgaven aan ambulancezorg wordt besteed aan directe patiëntenzorg en welk deel aan bestuur, management, administratie en overige overhead?

De leden van de PVV-fractie willen bureaucratie en managementlagen in de zorg terugdringen en zorgverleners meer zeggenschap geven. Welke concrete administratieve lasten kunnen binnen de ambulancesector worden verminderd en hoe kan de professionele zeggenschap verder worden versterkt?

Kan de Minister tot slot garanderen dat doelmatigheidswinst door betere triage, innovatie en het voorkomen van onnodige ritten niet automatisch wordt vertaald in minder beschikbare ambulances of personeel, maar kan worden ingezet voor een betere bereikbaarheid, beschikbaarheid en kwaliteit van de ambulancezorg?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de beleidsreactie op de evaluatie Wet ambulancevoorzieningen en hebben naar aanleiding daarvan nog een enkele vraag. Deze leden vinden het van belang dat de zorguitkomsten door heel het land, ook in de landelijke gebieden, van het beoogde niveau zijn. Deze leden lezen daarover dat de Minister aanmoedigt om op basis van data over de aanrijtijden de gesprekken die plaatsvinden over regionale knelpunten tussen ambulancediensten en gemeentebesturen verder te versterken. De vraag aan de Minister is hoe zij gaat borgen dat deze gesprekken plaatsvinden en de beoogde kwaliteit van zorguitkomsten door heel het land worden behaald.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie op de evaluatie Wet ambulancezorgvoorzieningen. Zij hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie zijn bezorgd over het besluit om de triage niet langer onderdeel te laten zijn van de 15-minutennorm. Hierdoor wordt de 15-minutennorm in de praktijk namelijk verlengd, waardoor het risico bestaat dat ambulances mensen in medische nood later bereiken. Hoe kijkt de Minister naar dit risico? Is zij bereid om dit besluit te herzien en de 15-minutennorm in stand te laten?

De leden van de SP-fractie merken daarbij op dat er ook geen norm wordt opgelegd voor hoe lang de triage mag duren. Geeft dat geen risico's op langere aanrijtijden? Welke zekerheid geeft dit mensen dat er snel een ambulance ter plaatse is wanneer zij in een medisch noodgeval 112 bellen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben met grote interesse kennisgenomen van de beleidsreactie op de evaluatie van de Wet ambulancezorgvoorzieningen. Zij zijn verheugd dat uit de evaluatie naar voren komt dat de ambulancezorg in Nederland over het algemeen goed functioneert en van hoge kwaliteit is. Tegelijkertijd zien deze leden aanleiding om naar aanleiding van signalen uit de praktijk een aantal vragen te stellen over twee specifieke regio's: Oost-Nederland en Zeeland.

Meldkamerfunctie en regionale samenwerking in Oost-Nederland

De leden van de BBB-fractie herkennen het in de evaluatie beschreven knelpunt dat meerdere RAV's binnen één meldkamer naast elkaar opereren, terwijl zij niet zonder meer elkaars meldkamerfunctie kunnen overnemen. Op de Meldkamer Oost-Nederland zijn bijvoorbeeld vijf RAV's samengebracht. Iedere RAV blijft daarbij verantwoordelijk voor de eigen meldkamerfunctie, het eigen personeel en de eigen werkprocessen. De evaluatie constateert dat verschillen in aansturing, cultuur en werkwijze de samenwerking kunnen bemoeilijken en dat het wettelijk niet mogelijk is dat RAV's elkaars meldkamerfunctie overnemen, zelfs wanneer zij op dezelfde meldkamer zitten.

De leden van de BBB-fractie hebben vanuit de veiligheidsregio's signalen ontvangen dat dit probleem zich in Oost-Nederland inmiddels heel concreet voordoet. Twee ambulancezorgaanbieders onder één bestuurder zouden problemen hebben om de roosters voor de meldkamerfunctie rond te krijgen. Kan de Minister aangeven of zij bekend is met deze

situatie? Klopt het dat hierdoor zelfs wordt overwogen om de 112-functie anders te organiseren? Hoe beoordeelt de Minister dit in het licht van de wettelijke verantwoordelijkheid voor de meldkamerfunctie en de continuïteit van de acute zorg?

De evaluatie noemt de huidige uitsluiting van onderaannemerschap binnen de meldkamer ambulancezorg expliciet een knelpunt voor een doelmatige en toekomstbestendige organisatie. De Minister kondigt daarom aan te willen verkennen hoe de regelgeving kan worden aangepast zodat een RAV de meldkamerfunctie kan uitbesteden aan een andere RAV binnen dezelfde meldkamer. De leden van de BBB-fractie ondersteunen deze richting, maar vragen of er ook nog verder kan worden gekeken. Is de Minister bereid om samen met de betrokken RAV's en veiligheidsregio's te onderzoeken of de Meldkamer Oost-Nederland als pilot kan dienen voor een model waarbij de ambulancecentralisten op de gezamenlijke meldkamer onder één werkgever worden gebracht en gezamenlijk voor het gehele werkgebied kunnen worden ingezet? Kan daarbij ook worden gekeken naar de wijze waarop de brandweercentralisten binnen deze meldkamer gezamenlijk zijn georganiseerd? Welke wettelijke belemmeringen bestaan momenteel voor een dergelijke pilot en welke mogelijkheden ziet de Minister om hiervoor ruimte te bieden?

Beschikbaarheid ambulancezorg in Zeeland

De leden van de BBB-fractie vragen aandacht voor de bijzondere situatie in Zeeland. Uit de recente visitatie van RAV Zeeland blijkt dat de patiëntenpopulatie in het toeristenseizoen sterk toeneemt en dat hierdoor een grote behoefte aan extra ambulancecapaciteit ontstaat die de organisatie niet volledig zelf kan leveren. Deze leden hebben grote waardering voor de vindingrijkheid waarmee in Zeeland wordt geprobeerd om de ambulancezorg ook tijdens deze drukke periode beschikbaar te houden. Zo worden onder meer vakantiehuisjes beschikbaar gesteld aan ambulanceprofessionals uit andere regio's, zodat zij met hun gezin tijdelijk in Zeeland kunnen verblijven en tegelijkertijd diensten kunnen draaien. Dat is wat deze leden betreft een prachtig voorbeeld van professionals die niet afwachten, maar zelf creatieve oplossingen bedenken om ervoor te zorgen dat mensen de zorg krijgen die zij nodig hebben. Tegelijkertijd mag de beschikbaarheid van voldoende noodhulp bij een medische noodsituatie uiteindelijk niet afhankelijk zijn van de postcode van een patiënt of slachtoffer, noch van de vraag of een regionale ambulancedienst er ieder jaar opnieuw in slaagt voldoende tijdelijke medewerkers van buiten de regio aan te trekken.

Is deze specifieke kwetsbaarheid van de ambulancezorg in Zeeland bij het ministerie voldoende in beeld? Hoe beoordeelt de Minister de beschikbaarheid van voldoende ambulancepersoneel en ambulancecapaciteit in Zeeland tijdens het toeristenseizoen? Is bekend in hoeverre de RAV jaarlijks afhankelijk is van tijdelijke inzet van medewerkers van buiten Zeeland om de paraatheid op peil te houden? Welke mogelijkheden ziet de Minister om Zeeland specifiek te ondersteunen bij het structureel borgen van voldoende ambulancecapaciteit tijdens perioden waarin de bevolking door toerisme sterk toeneemt? Kan daarbij ook worden bezien of de huidige financiering en de berekening van de benodigde capaciteit voldoende rekening houden met dergelijke grote seizoensgebonden pieken? En is de Minister bereid hierover met RAV Zeeland in gesprek te gaan en de Kamer te informeren welke aanvullende ondersteuning vanuit het Rijk nodig en mogelijk is?

Vragen en opmerkingen van de leden van de Groep Markuszower

De leden van de Groep Markuszower hebben kennisgenomen van de voorliggende stukken. Deze leden behouden zich het recht voor hierover aanvullende vragen te stellen en wachten de reactie van de Minister af.

II. Reactie van de Minister