

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

De Voorzitter van de Tweede Kamer

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

**Ons kenmerk**  
4510650-1102917-CZ

**Bijlage(n)**  
1

**Uw kenmerk**  
35471-44

Datum 2 oktober 2026  
Betreft Verslag Schriftelijk Overleg (VSO) inzake Beleidsreactie op de evaluatie Wet  
ambulancezorgvoorzieningen

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

Geachte voorzitter,

Hierbij zend het kabinet u de antwoorden op de vragen van de fracties D66, VVD, PRO,  
PVV, CDA, SP en BBB inzake de beleidsreactie op de evaluatie Wet  
ambulancezorgvoorzieningen (35471-44).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

**35 471 Regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en  
kwaliteit van ambulancevoorzieningen (Wet  
ambulancezorgvoorzieningen)**

**Nr.**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld ..... 2026

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<sup>1</sup>.

Voorzitter van de commissie,  
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,  
Heller

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 35471, 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<sup>2</sup> 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 ambulancezorgverleners 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

---

<sup>2</sup> Kamerstuk 27529, nr. 372

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<sup>3</sup> 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 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?

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 92

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 gezien 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**

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

*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?*

In het kader van weerbare zorg heeft het kabinet een gezamenlijke werkagenda van de ministeries van VWS en Defensie opgesteld.<sup>4</sup> Deze werkagenda ziet op de situatie dat Defensie noodgedwongen een grotere ondersteuning vanuit de civiele zorgsector nodig heeft. Op vraagstukken rond zorgaanbod, zorgkwaliteit, schaarste, verdringing, doorstroom in de keten en kennisdeling om de weerbaarheid van de gezondheidszorg te versterken, wordt vanuit ieders eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden aan de civiel-militaire samenwerking gewerkt. Hierbij wordt ook gekeken naar wat de samenleving kan leren van Defensie, omdat Defensie ervaring heeft met het verlenen van zorg onder extreme omstandigheden.

*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?*

De opgave waar we voor staan, vraagt om een gezamenlijke, gestructureerde civiel-militaire aanpak. Dat is waarom nauwe samenwerking tussen de zorg en Defensie, vanuit ieders eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden, nodig is. Om deze reden heeft het kabinet een gezamenlijke werkagenda 2026-2028 tussen de ministeries van VWS en Defensie opgesteld met vijf actielijnen die de basis vormen voor de uitwerking van de gedeelde opgave van het versterken van de weerbaarheid van de gezondheidszorg. Het aansluitingsvraagstuk van de militair naar civiele keten maakt hier onderdeel van uit.

*Hoe wordt de ambulancezorg meegenomen in de uitwerking van de EHDS en de opt-outvoorziening daarin? Wanneer kunnen ambulancezorgverleners in de praktijk gebruikmaken van deze voorziening, en welke stappen zet de minister daarvoor al dit jaar?*

Het kabinet onderschrijft het belang dat ambulancezorgverleners in spoedsituaties kunnen beschikken over relevante medische gegevens. Om dit te bereiken werk ik met de gehele spoedzorgketen (waaronder Ambulancezorg Nederland) samen in het programma Met Spoed Beschikbaar 2.0. Dit programma richt zich op het implementeren van de Richtlijn gegevensuitwisseling acute zorg. Met dit programma willen we bereiken dat zorgverleners in de acute zorg in één oogopslag relevante medische gegevens van een patiënt kunnen inzien.

Parallel wordt gewerkt aan de uitwerking van de opt-outvoorziening uit de EHDS. De opt-outvoorziening is een algemene voorziening waar ook de ambulancesector onder valt. Hoe deze opt-out vorm te geven wordt momenteel nader onderzocht, waarbij specifiek aandacht is voor de juridische, ethische en technische aspecten. Gezien de urgentie vindt het kabinet het belangrijk om de opt-outvoorziening zo snel mogelijk te realiseren. Daarom wordt ingezet op de snelst mogelijke implementatie: de opt-outvoorziening wordt per 2029 ingeregeld, conform de tijdslijnen van de EHDS. Dit is in lijn met de oproep uit de motie van de leden Vervuurt en Wendel.<sup>5</sup>

Bij de verdere uitwerking van de opt-outvoorziening worden alle relevante partijen betrokken, waaronder nadrukkelijk ook de ambulancesector. Het kabinet zal de Kamer in het najaar per brief verder informeren over de voortgang en stand van zaken.

---

<sup>4</sup> Gezamenlijke opgave Defensie en VWS: 2026Z20079

<sup>5</sup> Kamerstukken II, 2025-2026, 27529, nr. 372

### Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

*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?*

In de evaluatie van de Wazv wordt een aanbeveling gedaan om op termijn te overwegen de aanvullende waarborgen voor kwaliteit uit de Wazv te halen en de Wazv en Razv meer in lijn te brengen met andere wet- en regelgeving in de zorg, zoals de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).<sup>6</sup> Het kabinet heeft eerder aangegeven deze aanbeveling niet op te volgen omdat de RAV's, bij wet aangewezen zorgaanbieders zonder concurrentie, een bijzondere positie hebben in het zorglandschap. Daarom zijn er in wet- en regelgeving (aanvullende) kwaliteitswaarborgen opgenomen voor deze sector. Als er hierdoor zorgen zijn over dubbele handhaving, dan neemt het kabinet deze graag weg.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) inspecteert zorgvuldig en coherent binnen de bestaande wettelijke kaders. Het interventiebeleid van de IGJ is vastgelegd en is openbaar.<sup>7</sup> Bij een overtreding door een Regionale Ambulancevoorziening (RAV) kan de IGJ herstelmaatregelen opleggen, zoals een aanwijzing of bevel. In de praktijk zal de IGJ niet dubbel handhaven voor dezelfde overtreding. Bij de keuze van de juridische grondslag voor bijvoorbeeld het geven van een aanwijzing, sluit de IGJ aan bij de aard van de overtreding. Specifieke organisatorische aspecten (zoals de meldkamerfunctie of spreiding) worden gehandhaafd op basis van artikel 22 van de Wazv, terwijl algemene kwaliteitseisen aan de patiëntenzorg onder de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)<sup>8</sup> vallen. Mocht de situatie zich voordoen dat er sprake is van overlappende normen uit zowel de Wazv als de Wkkgz, dan kan de IGJ, gelet op het voorgaande, de eisen t.a.v. de herstelmaatregelen samenvoegen in één integraal handhavingsbesluit.

*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?*

Er zijn in Nederland 10 meldkamers en 25 RAV's. Op een groot deel van de meldkamers werken dus medewerkers van meerdere RAV's naast elkaar, waarbij er verschillen zijn in taal, cultuur, werkwijze en aansturing. Ook in de verdeling van de inkomende oproepen is dit niet altijd efficiënt. Hierbij vormt het een belemmering dat RAV's in beginsel niet van elkaar de meldkamerfunctie mogen overnemen, zelfs niet als zij op eenzelfde meldkamer zitten. Dit is namelijk wettelijk uitgesloten.<sup>9</sup> In de evaluatie van de Wazv

---

<sup>6</sup> Aanbeveling 4 uit de evaluatie van de Wazv.

<sup>7</sup> [IGJ interventiebeleid | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd](#)

<sup>8</sup> Artikel 27 van de Wkkgz.

<sup>9</sup> Artikel 6, lid 3 van de Wazv.

wordt aangegeven dat dit verbod om van elkaar de meldkamerfunctie te mogen overnemen<sup>10</sup>, RAV's onderling beperkt in het doelmatig en eenduidig vormgeven van de governance op de meldkamer. Daarom stelt het kabinet een voorstel tot wijziging van de Wazv voor<sup>11</sup>, waarmee een RAV de meldkamerzorg kan uitbesteden aan een andere RAV. De uitbestedende RAV blijft eindverantwoordelijkheid dragen voor het gehele ambulancezorgproces in de eigen regio. Door middel van een overeenkomst wordt de meldkamerfunctie bij één RAV gelegd, waarbij duidelijke afspraken worden gemaakt over verantwoordelijkheden, bevoegdheden, kwaliteitseisen, afspraken over informatievoorziening en adequate besluitvorming. Daarmee moet op voorhand duidelijkheid worden gecreëerd.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie**

*De leden van de PRO-fractie zijn verheugd te lezen dat de uitwerking van het aangenomen amendement Bushoff/Bikker<sup>12</sup> 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?*

De leden van de PRO-fractie vragen naar de voortgang met betrekking tot het amendement Bushoff/Bikker. Het kabinet verhoogt de instellingssubsidie voor HartslagNu eenmalig met 1,5 miljoen euro. Doel is het verder versterken en borgen van een landelijk dekkend netwerk van inzetbare AED's en burgerhulpverleners binnen HartslagNu. Het ministerie van VWS is met HartslagNu in gesprek over de concrete aanpak. De inzet richt zich daarbij op het werven en binden van burgerhulpverleners en op het gericht verbeteren én behouden van de dekking en inzetbaarheid van bij HartslagNu geregistreerde AED's. Daarbij wordt landelijk en lokaal gekeken waar versterking nodig is, waaronder in wijken met een lage sociaaleconomische positie. HartslagNu zal op zeer korte termijn een subsidie-aanvraag indienen. Het streven is dat HartslagNu per 1 januari aanstaande aan de slag kan met inzet van de extra middelen. Vervolgens stellen de leden van de PRO-fractie een aantal vragen over de houdbaarheidsdata van AED's. Ten eerste vragen zij naar het aantal AED's dat momenteel over datum is. Er zijn geen gegevens beschikbaar over het exacte aantal AED's in heel Nederland waarvan batterij of elektroden over de geregistreerde verloopdatum zijn. HartslagNu kan hierover alleen inzicht geven voor AED's die bij HartslagNu zijn geregistreerd, omdat niet elke AED in Nederland bij HartslagNu is aangemeld.

Ook vragen deze leden naar de vervanging van AED's die over datum zijn.

---

<sup>10</sup> Met uitzondering van de leden van een RAV die de vorm heeft van een coöperatie.

<sup>11</sup> Deze aanpassing van de Wazv is momenteel in internetconsultatie tot 1 oktober 2026: <https://internetconsultatie.nl/vwsverzamelwet2027>

<sup>12</sup> Kamerstuk 36 800 XVI, nr. 92

Een AED is particulier eigendom, van een individu, bedrijf, vereniging of gemeente. De wet legt geen onderhoudsplicht op aan de eigenaar. Dit betekent dat het onderhouden van een AED, inclusief het tijdig vervangen van batterijen en elektroden, de verantwoordelijkheid van de eigenaar is en niet wettelijk wordt afgedwongen. Eigenaren die hun AED bij HartslagNu aanmelden, voeren de verloopdata van batterij en elektroden in het systeem in. De eigenaar ontvangt automatisch een bericht wanneer de houdbaarheidsdatum van de batterij of elektroden is verstreken. De eigenaar wordt daarmee gevraagd de batterij of elektroden te vervangen en de nieuwe verloopdata in HartslagNu bij te werken.

Worden de verloopdata niet tijdig bijgewerkt, dan wordt de AED automatisch op non-actief gezet. De AED blijft wel in het systeem staan, maar wordt niet meer opgeroepen bij een reanimatie. De AED wordt dus niet fysiek verwijderd, maar functioneel uitgeschakeld totdat de eigenaar de data heeft bijgewerkt. Of een verouderde AED vervolgens wordt vervangen door een nieuwe, hangt af van de eigenaar. Omdat er geen wettelijke onderhoudsplicht is, is vervanging niet gegarandeerd. Er is ook geen termijn waarbinnen vervanging moet plaatsvinden; dit is geheel aan het initiatief van de eigenaar.

Tenslotte vragen deze leden wat vervanging van AED's in de weg staat. Verschillende factoren kunnen de vervanging van verouderde AED's in de weg staan. Doordat bijvoorbeeld de AED particulier eigendom is, zijn de kosten voor vervanging van batterijen en elektroden voor de eigenaar, wat met name voor kleinere organisaties of particulieren een drempel kan vormen. Gemeenten spelen daarom een belangrijke en steeds grotere rol bij het borgen van de lokale dekking. Aangesloten gemeenten ontvangen jaarlijks van HartslagNu een overzicht van de dekking en de verbeterpunten binnen de eigen gemeente en beschikken daarnaast over een digitaal dashboard waarmee zij de ontwikkeling doorlopend kunnen volgen. Daarin is onder meer zichtbaar waar witte vlekken bestaan en waar AED's non-actief zijn of vervanging aandacht vraagt. Op basis van dit inzicht kunnen gemeenten gericht bijdragen aan het behouden en verbeteren van een dekkend netwerk, bijvoorbeeld door zelf AED's aan te schaffen en onderhoud en vervanging te organiseren.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

*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?*

Het kabinet is niet voornemens om kwaliteitswaarborgen uit de Wazv en Razv te halen. Juist omdat de RAV's, bij wet aangewezen zorgaanbieders zonder concurrentie, een bijzondere positie hebben in het zorglandschap, zijn deze kwaliteitswaarborgen in de Wazv en Razv opgenomen. Dit is gedaan om de kwaliteit en patiëntveiligheid zo goed mogelijk te waarborgen in deze sector.

*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?*

Hierover wordt al gerapporteerd in het Sectorkompas Ambulancezorg, en dat zal ook zo blijven.<sup>13</sup> Al sinds 2008 publiceert de ambulancesector jaarlijks veel managementinformatie via dit Sectorkompas. In het Sectorkompas worden ook streefwaardes na het meten van alle kwaliteitssignalen gepresenteerd. Een van deze kwaliteitssignalen gaat over tijdigheid. Hier wordt inzichtelijk gemaakt per tijdsblok (triagetijd, aanrijtijd, etc.) wat de resultaten zijn.

Het Kwaliteitskader Ambulancezorg 2.0 bevat 23 kwaliteitssignalen. Deze signalen zijn voorzien van een streefwaarde. Het blijft van belang dat zowel de totale responstijd als de verschillende onderdelen daarvan transparant beschikbaar zijn, zodat ontwikkelingen in de meldkamerfase en in de daadwerkelijke aanrijtijd afzonderlijk kunnen worden gevolgd.

*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?*

Het kabinet hecht er grote waarde aan dat de telefoon snel wordt opgenomen op de meldkamer ambulancezorg (hierna: meldkamer), juist wanneer nog niet duidelijk is wat de hulpvraag is en dus hoe acuut deze is. Daarom verwacht het kabinet een ambitieuze tijdsnorm.

Gelijktijdig met de wijziging van de streefnorm voor de aanrijtijd, starten RAV's per 1 januari 2027 met het verzamelen van de data hoe snel oproepen op de meldkamer worden beantwoord volgens vastgestelde, uniforme meetpunten. De wachttijd wordt onderdeel van het kwaliteitssignaal in het Kwaliteitskader Ambulancezorg 2.0. Daarmee verschijnt deze informatie ook in het eerstvolgende Sectorkompas dat jaarlijks begin juli gepubliceerd wordt. Omdat dit een nieuw kwaliteitssignaal is, zal dit in het komende Sectorkompas een *voorlopige* streefwaarde zijn. De sector werkt nog aan het vaststellen hiervan. Inmiddels is er een meetplan opgesteld voor meldkamerzorg in den brede en wordt er een veldtest uitgevoerd. Op basis daarvan worden de meetpunten, zoals de wachttijd, verder ontwikkeld.

*Hoe wordt geborgd dat ook wordt gemeten hoe snel een levensbedreigende situatie op de meldkamer wordt herkend en de ambulance daadwerkelijk wordt ingezet?*

De herkenning van een levensbedreigende situatie en de daaropvolgende inzet van ambulancezorg wordt in de eerste plaats geborgd door de deskundigheid van de professionals op de meldkamer ambulancezorg, de geldende professionele standaarden, landelijke protocollen en ondersteunende triagesystemen. De meldkamercentralist beoordeelt op basis van de informatie van de 112-beller en met ondersteuning van het triagesysteem, of ambulancezorg nodig is, en zo ja, met welke urgentie. De RAV is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de meldkamerfunctie, het personeel en de werkprocessen. Voor de inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer gelden bovendien sectorale eisen aan deskundigheid en opleiding, waarmee de kwaliteit en continuïteit van de triage worden geborgd.

---

<sup>13</sup> Zie: [Home – Benchmark 2025 - Sectorkompas - Ambulancezorg Nederland](#)

Binnen de verbeterde urgentie-indeling krijgt een zorgvraag een A0-urgentie als er sprake is van direct levensgevaar, bijvoorbeeld bij een reanimatie, verstikking of een verbloeding. Bij een A0-urgentie wordt onmiddellijk een ambulance ingezet die het snelst ter plaatse kan zijn. Dit kan ook een ambulance zijn die al onderweg was naar een andere melding (zijnde geen A0), maar nog niet bij die patiënt is aangekomen. Op die manier krijgt een patiënt met de hoogste urgentie altijd voorrang en wordt op basis van medisch-logische gronden, een ambulance ingezet.

*Waarom kiest de minister voor 97 procent binnen 15 minuten en om hoeveel A0-patiënten gaat het jaarlijks die buiten deze norm vallen?*

Het kabinet stelt voor de gevallen die leiden tot een directe inzet met de grootst mogelijke spoed, de A0-urgentie, een scherpere norm ten opzichte van de A1-urgentie. Het aantal minuten is hierin onveranderd gelaten, omdat er geen medische onderbouwing is om de tijdsnorm te wijzigen. De enige tijdsnorm in dit kader die een medische onderbouwing kent zijn de 6 minuten waarin een reanimatie opgestart dient te worden voor de beste zorguitkomst.<sup>14</sup> Het is echter niet realistisch dat een ambulance in de meerderheid van de gevallen binnen die tijd ter plaatse kan zijn. Daarom kiest het kabinet ervoor om het percentage scherper te stellen. Door het percentage op 97% te stellen, wordt tot uitdrukking gebracht dat in zoveel mogelijk gevallen binnen 15 minuten een ambulance bij de patiënt moet zijn en tevens dat er bijzondere omstandigheden kunnen zijn waarin ambulances worden ingezet, zoals een afgelegen ligging van het ongeval, piekdrukke, en weersomstandigheden zoals mist of gladheid na sneeuwval, waarbij het niet mogelijk is om binnen 15 minuten ter plekke te zijn. Hiermee poogt het kabinet een scherpere, doch realistische norm voor de A0-urgentie te stellen. In 2025 waren er landelijk 28.159 A0-inzetten. Als de nieuwe norm op dat jaar wordt gelegd, zouden in dat jaar door omstandigheden 1,8% van de ritten langer dan 15 minuten aanrijtijd hebben geduurd. Dat is omgerekend in 507 gevallen.

In deze context hecht het kabinet eraan te benoemen dat bij reanimaties, waar elke minuut telt, de meldkamer ook direct het netwerk van politie, brandweer en burgerhulpverlening inleent, die ook allemaal zo snel als zij kunnen naar het slachtoffer toe gaan. Deze first responders (politie, brandweer en burgerhulpverleners) zijn breed beschikbaar in het land en zijn veelal eerder ter plaatse zijn om de hulpverlening op te starten in afwachting van de ambulance.

*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?*

Er zijn verschillen tussen regio's, die onder meer samenhangen met bevolkingsdichtheid, geografische omstandigheden, verkeerssituatie en beschikbare capaciteit. De responstijden worden jaarlijks op RAV-niveau gepubliceerd in het Sectorkompas. In het Sectorkompas wordt benadrukt dat de regionale cijfers altijd in hun context moeten worden geduid. Specifieke cijfers op gemeenteniveau worden sinds dit jaar gepubliceerd op de websites van de individuele RAV's.

---

<sup>14</sup> [Richtlijnen Reanimatie in Nederland 2025 - Nederlandse Reanimatie Raad](#)

*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?*

Ook in de nieuwe regelgeving zal verantwoording over de aanrijtijden plaatsvinden op het niveau van de Veiligheidsregio, zoals nu ook het geval is. Jaarlijks maakt het RIVM in opdracht van het ministerie van VWS een voorspelling van de benodigde capaciteit per RAV, om zo te komen tot voldoende capaciteit op het niveau van de Veiligheidsregio, zonder dat er sprake is van dure en inefficiënte overcapaciteit. In dit predictiemodel wordt gerekend met het aantal ritten van de jaren ervoor, om zo een zo nauwkeurig mogelijke voorspelling te kunnen doen. Dit landt vervolgens in het referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg.

Het loslaten van het uitgangspunt op het niveau van de Veiligheidsregio en het hanteren van de streefnorm op gemeenteniveau heeft ingrijpende consequenties voor de inrichting en beschikbaarheid van de ambulancezorg. Het leidt tot een forse uitbreiding van het aantal benodigde standplaatsen en ambulances en legt daarmee een aanzienlijk extra beslag op schaarse publieke middelen. Tegelijkertijd vraagt deze uitbreiding om de inzet van een groot aantal ambulanceverpleegkundigen, die daarmee aan andere sectoren van de zorg worden onttrokken. Dit is, tegen de achtergrond van de bestaande personele krapte, niet alleen moeilijk uitvoerbaar, maar ook vanuit het perspectief van doelmatige zorginzet niet goed te rechtvaardigen. Alleen als er op dat niveau sprake is van structurele overschrijding van de normen, kan dat in overleg tussen de RAV en de zorgverzekeraar aanleiding zijn voor extra capaciteit of het opzetten van nieuwe 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?*

Het kabinet deelt het standpunt dat de totale tijd voor de patiënt van belang is. Het blijft dan ook van belang dat de wachttijd en de totale responstijd – met daarin de verschillende onderdelen – transparant blijven, zodat ontwikkelingen in de meldkamerfase en in de daadwerkelijke aanrijtijd afzonderlijk kunnen worden gevolgd.

Het consultatieverslag zal het kabinet zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk voor het kerstreces van 2026, publiceren op de website van de internetconsultatie. Tevens zal de kabinetsreactie worden opgenomen in de toelichting bij de Regeling.

*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 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?*

De beoogde wijziging van de streefnorm (artikel 5 van de Razv) heeft geen gevolgen voor het referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg en daarmee ook niet voor het jaarlijks ter beschikking te stellen macrobudget voor de ambulancediensten,

waarmee de standplaatsen en ambulancecapaciteit worden bekostigd. Wat betreft artikel 6 van de Razv, het analyseren van de prestaties in relatie tot de streefwaardes in artikel 5, klopt het inderdaad dat de verwijzingen naar voorgaand artikel aangepast moeten worden in lijn met de beoogde wijzingen van de Razv. Dit zal in de te publiceren versie hersteld worden.

*Wie bepaalt uiteindelijk hoeveel ambulancecapaciteit in een regio noodzakelijk is? Welke rol spelen de RAV's, het RIVM, de NZa en zorgverzekeraars?*

De RAV bepaalt hoeveel ambulancecapaciteit in een regio noodzakelijk is. Dat doet zij in overleg met de zorgverzekeraars. De RAV en zorgverzekeraars zijn hierbij begrensd door een aantal financiële en wettelijke kaders. In deze kaders speelt het referentiekader spreiding en beschikbaarheid een belangrijke rol. Dit referentiekader stelt jaarlijks per RAV vast hoeveel ambulances minimaal nodig zijn om - binnen de vastgestelde normen - aan de vraag naar ambulancezorg te kunnen voldoen. In het referentiekader wordt aan de hand van vooraf gekozen uitgangspunten<sup>15</sup> en randvoorwaarden modelmatig de benodigde spreiding (aantal en locaties van standplaatsen) en capaciteit (aantal ambulances) berekend. Het referentiekader wordt door het RIVM in opdracht van VWS beheerd en doorgerekend, de minister van VWS stelt het referentiekader vast. De NZa rekent vervolgens aan de hand hiervan de budgetten van de RAV's door. Deze budgetten vormen de basis voor de RAV's en zorgverzekeraars om afspraken te maken over de besteding van dit budget, waaronder de daadwerkelijke ambulancecapaciteit.

*Wat gebeurt er wanneer een RAV meer capaciteit noodzakelijk acht vanwege structureel lange aanrijtijden, maar een zorgverzekeraar deze niet wil financieren?*

Daarover moeten RAV en zorgverzekeraar het gesprek voeren op basis van de feitelijke zorgvraag, prestaties en regionale omstandigheden. De kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg moeten daarbij leidend zijn. Als partijen er niet uitkomen dan besluit de NZa over de omvang van het budget. Indien de zorgverzekeraar(s) en RAV afzonderlijk van elkaar een afwijkende aanvraag indienen, zal de NZa de laagst ingediende aanvraag verwerken. De NZa kan hiervan afwijken indien de vigerende beleidsregels hiertoe aanleiding geven en/of indien op basis van nadere motiveringen de aanvraag door de NZa als onrealistisch wordt beoordeeld. De NZa kan daartoe de onderliggende parameters van het budget opvragen.

*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?*

De ambulancezorg heeft een duidelijk publiek karakter: het gaat om een essentiële voorziening waarbij snelle beschikbaarheid, continuïteit en kwaliteit vooropstaan. Dat betekent dat doelmatigheid in deze sector niet op dezelfde manier kan worden benaderd als in reguliere zorg. Bij ambulancezorg is het primaire uitgangspunt dat er voldoende ambulancecapaciteit beschikbaar is om tijdig en verantwoord te kunnen

---

<sup>15</sup> Voorbeeld van een uitgangspunt is dat in 95% van de gevallen een ambulance beschikbaar is voor een spoedeisende inzet. Ook gaat het referentiekader uit van een norm voor de spreiding van standplaatsen: die moet zodanig zijn dat 97% van de inwoners van een RAV (Veiligheidsregio) binnen 12 minuten te bereiken is, in overeenstemming met artikel 4 van de Razv.

reageren op acute zorgvragen. Daartoe heeft de minister van VWS per Veiligheidsregio een RAV aangewezen om de ambulancezorg te verlenen.

Binnen dat publieke kader hebben zorgverzekeraars wel een rol bij de financiering en het beoordelen van de doelmatige inzet van middelen. Die rol is er vooral op gericht om te borgen dat publieke middelen verantwoord worden besteed en dat de beschikbare capaciteit zo goed mogelijk wordt benut, zonder afbreuk te doen aan de noodzakelijke beschikbaarheid van ambulancezorg. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om afspraken met RAV's over het verhogen van de benutting van ambulances, het verder toepassen van zorgdifferentiatie en projecten waarbij wordt gekeken of zorg op een andere, passende manier kan worden georganiseerd. De doelmatigheid van de ambulancezorg is bovendien deels geborgd via de normering van budgetten op basis van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg.

*Deelt de minister dat beschikbaarheid in de eerste plaats moet worden bepaald door wat nodig is om patiënten tijdig goede acute zorg te bieden?*

Voor diegenen die acute zorg behoeven, moet deze zorg daadwerkelijk beschikbaar zijn én blijven. De RAV bepaalt, in overleg met de zorgverzekeraars, hoeveel ambulancecapaciteit in een regio noodzakelijk is. Het referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg speelt hierin een belangrijke rol om jaarlijks per RAV vast te stellen hoeveel ambulances minimaal nodig zijn om - binnen de vastgestelde normen - aan de vraag naar ambulancezorg te kunnen voldoen. Een van de uitgangspunten is hierin tijdigheid, bijvoorbeeld in overeenstemming met de spreidingsnorm in artikel 4 van de Razv.

*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?*

Het is niet wenselijk en niet haalbaar om te verwachten dat het aantal verpleegkundigen voor de ambulancezorg eindeloos kan toenemen. Verpleegkundigen zijn schaars en zijn overal hard nodig. Om de toenemende vraag naar acute zorg op te vangen, moet vooral slimmer worden gewerkt. Allereerst moet de druk worden verminderd, vervolgens wordt ingezet op een betere toeleiding naar passende zorg, en tot slot werkt de sector aan functiedifferentiatie, zodat de verpleegkundige expertise zo goed mogelijk kan worden ingezet. Het kabinet licht dit graag toe.

112 wordt steeds laagdrempeliger gebeld. Dat geldt niet alleen voor de ambulancezorg, maar ook voor de politie en de brandweer. Daarom werken zowel het ministerie van VWS als het ministerie van JenV aan een publiekscampagne. De campagne van VWS bouwt voort op de campagne 'spoedgeval? Zo kies je de

juiste zorg' van 2023. Het doel is om gepast gebruik van spoedzorg te bevorderen. De doelgroepen voor de campagne zijn dit keer iets specifiek, namelijk ouderen en hun mantelzorgers en ouders met jonge (0-4 jaar) kinderen. De vraag naar zorg zou getrappt moeten plaatsvinden, namelijk:

1. Zoek je advies? Of twijfel je of het spoed is? Thuisarts.nl.
2. Nu zorg nodig? Neem contact op met je huisarts.
3. Huisarts dicht? En kan het nu niet wachten? Huisartsenspoedpost.

4. Bel 112 bij direct levensbedreigende situaties of wanneer er met spoed acuut medische zorg nodig is.

De campagne heeft een looptijd van waarschijnlijk halverwege november 2026 tot halverwege februari 2027.

De druk op de acute zorg moet dus worden verminderd, maar ook beter worden gespreid zodat de capaciteit beter benut wordt. Wanneer zorgvragen op de meldkamer ambulancezorg binnenkomen, is daarom van belang dat 'brede triage' kan worden ingezet in het kader van zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie is een ketenbrede aanpak, waarbij onder meer de huisartsenspoedzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen, acute wijkverpleging en acute GGZ, samenwerken om de zorgvraag, met kennis van en begrip voor het werk en de werkwijze van andere ketenpartners, zorgvuldig te beoordelen. Daarbij heeft de zorgverlener een breed palet aan in te zetten zorgvormen, wat in het geval van de ambulancezorg betekent dat de centralisten die een acute zorgvraag die via 112 binnenkomt behandelen meer mogelijkheden hebben om zorg in te zetten dan alleen de inzet van een ambulance. Ook kan er met bijvoorbeeld beeldbellen door verpleegkundig specialisten of physician assistants een zelfzorgadvies worden gegeven, waardoor zorg door een professional niet meer nodig is of kan worden gewacht tot de reguliere huisartsenzorg weer geopend is. Hiermee wordt ingezet op passende zorg, minder onnodige ambulance-inzetten en dus een betere beschikbaarheid van ambulances. Om de zorgprofessionals op de meldkamer voldoende in de gelegenheid te stellen voor een dergelijke 'brede triage', maakt de triagetijd ('meldtijd') geen onderdeel meer uit van de wettelijke 15-minutennorm voor het ambulanceproces. De extra tijd die zorgcoördinatie voor de ambulancezorg kan kosten, wordt weer gewonnen doordat er minder onnodige ambulance-inzetten plaatsvinden. Ook bij andere aanbieders in de acute keten, zoals huisartsenspoedposten, wordt deze brede triage ingezet. Zorgcoördinatie zorgt ervoor dat een patiënt op het juiste moment de juiste zorg kan ontvangen door de juiste zorgverlener, zonder zijn verhaal steeds opnieuw te hoeven vertellen. Het draagt daarnaast bij aan het ontlasten van zorgprofessionals en het voorkomen van onnodig of verkeerd gebruik van acute zorg. Zorgcoördinatie is dan ook een belangrijke pijler om de acute zorg over de gehele keten ondanks de toenemende zorgvraag toekomstbestendig te houden.

Om uit een grotere groep te kunnen werven ter invulling van vacatures op de meldkamer, is per 1 januari 2026 de regeling ambulancezorgvoorzieningen aangepast, waardoor meer verschillende professionals dan enkel verpleegkundigen kunnen worden ingezet voor de intake op de meldkamer ambulancezorg.<sup>16</sup> Daarmee ontstaat de mogelijkheid tot functiedifferentiatie waarmee het intakeproces van meldingen slimmer kan worden ingericht. In een getrapte setting kunnen laagcomplexere vragen direct worden afgevangen, terwijl van de verpleegkundige expertise optimaler gebruik kan worden gemaakt voor ingewikkeldere situaties, waarvoor dan meer tijd ontstaat.

---

<sup>16</sup> De ambulancezorgprofessional op de meldkamer dient te voldoen aan de vaardigheden en deskundigheden uit het Kwaliteitskader 'Inzet van ambulancezorgprofessionals op de meldkamer ambulancezorg'. Dit kwaliteitskader omschrijft voor elke taak op de meldkamer de minimale eisen die gesteld worden aan de deskundigheid en opleidingseisen van ambulancezorgprofessionals die hieraan uitvoering geven. Er is uiteraard altijd een BIG-geregistreerde zorgprofessional (zoals een verpleegkundige) op de meldkamer aanwezig om complexe casuïstiek te kunnen overnemen.

*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?*

De reguliere beschikbare ambulancecapaciteit per RAV wordt bepaald op basis van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid en dat vertaalt zich naar een budget voor de dagdagelijkse ambulancezorg. Vervolgens maakt een RAV met het bestuur van de Veiligheidsregio afspraken over opschaling ten tijde van crises, als ook interne crisisplannen.<sup>17</sup>

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

De sector is constant bezig met innoveren. Er zijn hierin verschillende ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het gebied van triage, mobiel zorgconsult en samenwerking met huisartsen en andere zorgprofessionals. Een concreet voorbeeld van innovatie binnen de acute zorg is de prehospitale troponinmeting bij patiënten met pijn op de borst, waardoor vervoer naar het ziekenhuis in een deel van de gevallen kan worden voorkomen.

Het kabinet acht het van belang dat er landelijke prioritering en regie is op het gebied van onderzoek en innovatie, en is daarom blij dat AZN zich inzet om te komen tot een strategische landelijke kennisagenda. Deze kennisagenda kan zich bijvoorbeeld richten op het doorontwikkelen van urgentie-indeling in triage, het toepassen van nieuwe technologie en de (her)positionering van ambulancezorg binnen de acute zorgketen. Succesvolle innovaties kunnen hiermee ook sneller worden opgeschaald en landelijk worden 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?*

De professionals die dagelijks ambulancezorg leveren, weten waar de praktijk knelt en waar verbetering mogelijk is. Hun betrokkenheid wordt daarom nadrukkelijk gestimuleerd bij het ontwikkelen van de landelijke onderzoeks- en kennisagenda. De agenda moet aansluiten bij de praktijk en bijdragen aan aantoonbare verbetering van kwaliteit van zorg. De sector is gestart met de ontwikkeling van een landelijke onderzoeksstructuur, waarmee landelijke sturing op innovatie verder geborgd wordt.

*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?*

---

<sup>17</sup> Conform artikel 15 en 16 van de Razv.

Strikt genomen zijn niet de eisen aan de meldkamercentralisten gewijzigd, maar de instroomeisen voor de opleiding. Deze aanpassing is pas net doorgevoerd en professionals moeten nog worden opgeleid en ingewerkt. Het is daarom op dit moment te vroeg om betrouwbare conclusies te trekken over effecten op vacatures, werkdruk, ziekteverzuim of personeelsverloop. AZN geeft aan dat de eerste ervaringen positief zijn.

*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?*

Het uitgangspunt is dat de triage eenduidig plaatsvindt. De onderlinge verschillen in geannuleerde ritten en “geen vervoer”-percentages laten zich niet zozeer verklaren door het triagesysteem, maar door regionale en lokale factoren (stedelijke versus landelijke omgeving). Overtriage (te hoog inzetten) en ondertriage (te laag inzetten) worden in elke regio gemonitord om de kwaliteit te borgen. Er is zowel in ProQA als in NTS sprake van enige mate van overtriage dan wel ondertriage, maar beide binnen acceptabele bandbreedtes. Dit blijft de sector goed monitoren.

*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?*

Geprotocolleerd werken gaat niet ten koste van klinisch redeneren. Protocollen of triagesystemen zijn bedoeld om professionals te ondersteunen bij het bieden van kwalitatief verantwoorde en veilige zorg aan patiënten. Ook leiden protocollen tot consistente behandeling van soortgelijke gevallen. Protocollen komen dus niet voort uit onderschatting van expertise en zijn niet bedoeld om professionele deskundigheid te vervangen. Klinisch redeneren is onmisbaar om in te schatten wanneer een situatie niet in het standaardprotocol past en hoe daarvan af te wijken. Daarom blijft het opleidingsniveau van de centralisten hoog en is de betrokkenheid van een verpleegkundig centralist zo belangrijk. Bij twijfel of bij een gevoel dat het protocol tekortschiet, kan deze op basis van zijn of haar klinisch inzicht besluiten om bijvoorbeeld de urgentie toch hoger in te schalen.

Ruimte voor klinisch redeneren en professioneel inzicht blijven dus essentieel. Het doel is een meldkamer waar zowel goede protocollen als goed klinisch redeneren aanwezig zijn; beide vullen elkaar aan. Leren van casuïstiek en het delen van ervaringen zijn daarbij belangrijke onderdelen van kwaliteitsverbetering.

*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?*

De meldkamerfunctie kan alleen worden uitbesteed aan een andere RAV, niet aan een commerciële partij. Het uitgangspunt is dat uitbesteding van de meldkamerfunctie binnen de ambulancezorg plaatsvindt met behoud van de eindverantwoordelijkheid van de uitbestedende RAV. Daarbij moeten regionale kennis, kwaliteit, continuïteit en duidelijke verantwoordelijkheden worden geborgd middels een overeenkomst. Het voorkomen van onduidelijkheid voor professionals en patiënten staat daarbij voorop.

*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 resultaten van de pilots waarin in het kader van zorgcoördinatie wordt onderzocht of de functie van de meldkamer ambulancezorg kan plaatsvinden buiten de gezamenlijke meldkamer met de andere disciplines, worden inderdaad begin 2027 verwacht. Deze worden gedeeld met de Tweede Kamer. De tussentijdse monitoringresultaten laten echter zien dat er op basis van deze rapportage op dat moment waarschijnlijk nog geen goed onderbouwd besluit kan worden genomen. De monitoring bestaat uit een kwantitatief en een kwalitatief deel, waarbij verschillende betrokken professionals van zowel de ambulancediensten, zoals meldkamercentralisten, als de andere hulpdiensten worden geïnterviewd over hun ervaringen. De monitoring laat een redelijk stabiel beeld zien, waardoor het in de pilots momenteel lijkt dat 112-afhandeling buiten de gemeenschappelijke meldkamer veilig kan plaatsvinden, maar er zijn nog openstaande vragen en onzekerheden, onder andere met betrekking tot een schaalbare technische oplossing. Momenteel wordt daarom onderzocht op welke wijze een verdiepende pilotfase tot en met 2028 inclusief besluitvormingsproces vorm kan krijgen. Zoals toegezegd zullen hierin geen definitieve of onomkeerbare keuzes worden gemaakt voordat de Kamer hierover is geïnformeerd.

*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?*

Doelmatigheid in de ambulancesector kan niet op dezelfde manier worden benaderd als doelmatigheid in de overige zorg. Juist omdat beschikbaarheid van zorg een van de belangrijkste uitgangspunten is, zit daar onvermijdelijk een bepaalde mate van ondoelmatigheid in. Om dit zo goed mogelijk te beperken, stelt de NZa jaarlijks de budgettaire kaders op basis van het referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg. Deze budgetten hebben primair als doel om vast te stellen welke middelen er nodig zijn om de beschikbaarheid van kwalitatief hoogwaardige ambulancezorg voor het jaar erop te garanderen, door historische rittendata te gebruiken om een zo nauwkeurige mogelijke voorspelling te maken. De zorgverzekeraars zien er vervolgens op toe dat de publieke middelen zorgvuldig besteed worden. Doelmatigheid is een belangrijk criterium, in afspraken tussen RAV's en zorgverzekeraars over het verhogen van de benutting van ambulances, het verder toepassen van zorgdifferentiatie en projecten waarbij wordt gekeken of zorg op een andere, passende manier kan worden georganiseerd. Door het referentiekader, de budgettering door de NZa en de beoordeling van de zorgverzekeraars zitten al veel waarborgen voor doelmatigheid in de ambulancesector.

*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?*

Meer dan 85% van de formatie bestaat uit professionals direct betrokken bij de patiëntenzorg. Deze gegevens worden jaarlijks gepubliceerd in het Sectorkompas.

*Welke concrete administratieve lasten kunnen binnen de ambulancesector worden verminderd en hoe kan de professionele zeggenschap verder worden versterkt?*

De registratiedruk is hoog, net zoals elders in de zorg. Er wordt kritisch gekeken naar registraties, verantwoordingsverplichtingen en gegevens die meerdere keren of voor verschillende doeleinden worden vastgelegd. Waar mogelijk worden processen vereenvoudigd en gegevens eenmalig aan de bron geregistreerd. Tegelijkertijd wordt de professionele zeggenschap versterkt door ambulanceprofessionals structureel te betrekken bij beleid, onderzoek, innovatie en kwaliteitsverbetering.

*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?*

Het kabinet zet zich in voor passende zorg als norm. Dit betekent dat, voor diegenen die acute zorg nodig hebben, deze zorg beschikbaar moet zijn én blijven. In tijden van arbeidsmarktkrapte ziet het kabinet dit niet als een gegeven. Juist omdat er sprake is van schaarste in personeel en middelen, acht het kabinet het van belang dat deze doelmatig worden ingezet. Betere triage en innovatie zowel binnen als in gezamenlijkheid met de ambulancesector dragen hieraan bij, om zo steeds te komen tot een passende, kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorginzet voor iedere patiënt die dit nodig heeft.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

*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.*

De gesprekken over de regionale knelpunten blijven primair een aangelegenheid van de RAV en gemeentes in haar zorggebied. Het is belangrijk voor ambulancediensten om goed in verbinding te staan met gemeentebesturen en uit te leggen waarom ze, in samenspraak met verzekeraars, kiezen voor een bepaalde logische positiebepaling van ambulances en ambulanceposten, welke aanrijtijden daarbij reëel zijn en de beste uitkomsten opleveren voor de Veiligheidsregio als geheel. Deze gesprekken vinden al veelvuldig in de regio plaats. Het ministerie van VWS houdt hierin een vinger aan de pols en staat blijvend in contact met AZN en gemeentebestuurders.

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

*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 hoelang 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?*

Op basis van de gevoerde gesprekken met gemeenten en alle (gelijkluidende) signalen die vanuit het veld en de toezichthouders zijn ontvangen, kan gesteld worden dat de huidige 15-minutennorm onvoldoende gedifferentieerd en realistisch is, niet per se een goede maat is voor tijdigheid en kwaliteit, en zelfs passende zorg in de weg kan staan door de druk die er op triage wordt gelegd. Daarmee is de norm niet meer passend, en wil het kabinet komen met een scherpe, doch realistische norm.

Het kabinet vindt het belangrijk dat de triage op de meldkamer ambulancezorg zorgvuldig plaatsvindt, zonder tijdsdruk. Deze triage moet en kan beknopt zijn in levensbedreigende situaties waar snelheid cruciaal is, zodat de ambulance vrijwel meteen kan rijden en snel ter plaatse is. In niet-levensbedreigende situaties vraagt de groeiende vraag naar ambulancezorg om een meer uitvoerige triage, om zo te komen tot passende zorg. Dat hoeft niet altijd ambulancezorg te zijn. Triage laat zich op zichzelf dus niet normeren, maar is afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt om te komen tot passende zorg.

Een RAV blijft verantwoordelijk voor het gehele ambulancezorgproces om kwalitatief goede en passende zorg te leveren, ook al wordt triage uit de norm gehaald. Dit geldt vanaf het moment dat de melding binnenkomt op de meldkamer totdat de nodige zorg is geleverd. In geval van medische nood is de triage kort, waarna de ambulance gaat rijden. Omdat tijdigheid in deze gevallen onderdeel is van kwaliteit van zorg, is de RAV er alles aan gelegen om zo snel mogelijk naar betreffende locatie te rijden, conform de kwaliteitssignalen in het Kwaliteitskader Ambulancezorg 2.0. Dat triage geen onderdeel meer zal zijn van

de norm in de Regeling, neemt niet weg dat de sector zich nog steeds heeft te houden aan zijn kwaliteitskader. In het Sectorkompas worden de resultaten van alle kwaliteitssignalen gepresenteerd, inclusief de resultaten per tijdsblok (triagetijd, aanrijtijd, etc.).

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie**

*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?*

Binnen de Meldkamer Oost-Nederland in Apeldoorn werken de vijf RAV's IJsselland, Twente, Noord- en Oost-Gelderland, Gelderland-Midden en Gelderland-Zuid sinds maart 2023 samen. Zoals in meerdere meldkamers in Nederland, is ook bij de RAV's in Oost-Nederland sprake van personele krapte. Dit heeft enerzijds te maken met arbeidsmarktschaarste en anderzijds met het jaarlijks toenemend aantal inkomende 112-meldingen.

De vijf RAV's hebben desgevraagd aangegeven dat zij zich *gezamenlijk* verantwoordelijk voelen voor het borgen van de continuïteit en de kwaliteit van de ambulancezorg in Oost-Nederland. Daarom wordt gezamenlijk actief ingezet op verdere en betere samenwerking. Het kabinet juicht dit toe, omdat daarmee slimmer en doelmatiger kan worden omgegaan met schaarse verpleegkundige capaciteit.

*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?*

Het kabinet acht het niet nodig om pilotregio's in te richten, omdat een voorstel tot aanpassing van de wet, waarmee het mogelijk wordt om de meldkamerfunctie uit te besteden aan een andere RAV, al gereed is. Deze aanpassing van de Wazv<sup>18</sup> is momenteel in internetconsultatie.<sup>19</sup> Daarmee zal ook het werkgeverschap onder één RAV kunnen worden gebracht. Met het oog op deze voorgestelde wijziging in wetgeving zal het kabinet een dergelijke beweging niet in de weg staan. Wel blijft de uitbestedende RAV eindverantwoordelijk voor de meldkamerfunctie in de eigen regio. Daarnaast is het cruciaal dat de zeggenschap over een RAV niet wijzigt. Dit blijft verboden.<sup>20</sup> Ook blijft de uitbestedende RAV zelf verantwoordelijk voor een adequate en integrale inbedding van de medische verantwoordelijkheid in de organisatie.<sup>21</sup> Door middel van een overeenkomst moeten er dus duidelijke afspraken worden gemaakt over verantwoordelijkheden, bevoegdheden, kwaliteitseisen, afspraken over

---

<sup>18</sup> Concreet wordt artikel 6, lid 3 Wazv aangepast.

<sup>19</sup> <https://www.internetconsultatie.nl/vwsverzamelwet2027/b1>.

<sup>20</sup> Artikelen 17 en 18 Wazv: Het mag niet zo zijn dat de RAV die de aanwijzing van de minister heeft gekregen, de facto een andere RAV wordt, door de wijziging van de zeggenschap over de RAV. De RAV mag niet 'verhandeld worden' (p. 23 Memorie van toelichting Wazv).

<sup>21</sup> Artikel 11 Wazv. De medische verantwoordelijkheid heeft o.a. betrekking op het medisch inhoudelijk beleid, het vaststellen van de bekwaamheid van de ambulancezorgprofessionals en de inhoud van de scholing.

informatievoorziening en adequate besluitvorming. Daarbij moet ook de regionale kennis, kwaliteit en continuïteit worden geborgd.

*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. Is deze specifieke kwetsbaarheid van de ambulancezorg in Zeeland bij het ministerie voldoende in beeld?*

De ambulancezorg in Zeeland kenmerkt zich door een combinatie van structurele factoren in de regio. De eilandenstructuur, de lage bevolkingsdichtheid en de afhankelijkheid van een beperkt aantal verkeersverbindingen maken het ook buiten het hoogseizoen uitdagend om de ambulancezorg met voldoende eigen personeel te organiseren. Tijdens het hoogseizoen speelt vervolgens niet alleen een piekvraag, circa 10% boven het jaargemiddelde, maar ook de gelijktijdigheid met de vakantieperiode van het eigen personeel en de beperkte mogelijkheden om dit regionaal op te vangen. Burenhulp vanuit omliggende regio's is door de grote afstanden en eigen krapte beperkt.

*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?*

RAV Zeeland maakt inderdaad gebruik van extra inzet van ambulanceprofessionals via een externe aanbieder. Daarmee tracht de RAV de ambulancecapaciteit op peil te houden, ook in het toeristenseizoen.

*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?*

Personeelskrapte is een bekend probleem en gaat verder dan alleen ambulancesector in Zeeland. Oplossingsrichtingen voor het toerismeseizoen kunnen bijvoorbeeld regionale of bovenregionale afspraken zijn over seizoensgebonden flexibele inzet voor regio's met een voorspelbare jaarlijkse piek in productie. Daarnaast heeft het kabinet voor ogen dat innovatieve inzetvormen, daar waar dat het effectief en passend blijkt, snel worden opgeschaald zodat schaarse capaciteit doelmatiger worden benut, met behoud van kwalitatief hoogwaardige en passende zorg.

In Zeeland wordt daarnaast sinds begin dit jaar gewerkt aan de uitvoering van het provinciale plan voor zorgcoördinatie. Zorgcoördinatie helpt om de acute zorg toegankelijk te houden. Een belangrijke pijler hierbinnen is brede triage. Brede triage betekent goed luisteren naar de acute hulpvraag van een patiënt en die zorgvuldig beoordelen, met kennis van en begrip voor het werk en de werk wijze van andere ketenpartners. Door brede triage toe te passen, sluiten triageprocessen van partners

onderling beter op elkaar aan. Dit kan betekenen dat er geen inzet van een ambulance nodig is, maar juist meer passende zorg zoals huisartsen(spoed)zorg of acute vvt kan worden ingezet. Soms volstaat een zelfzorgadvies. Zorgcoördinatie helpt om de acute zorg toegankelijk te houden, en draagt daarmee ook positief bij aan het opvangen van de piekbelasting van de ambulancezorg tijdens de zomermaanden.

*Kan daarbij ook worden gezien of de huidige financiering en de berekening van de benodigde capaciteit voldoende rekening houden met dergelijke grote seizoensgebonden pieken?*

RAV Zeeland laat weten dat het knelpunt primair zit in het invullen van de diensten met eigen personeel, en niet in het aantal beschikbare ambulances. Het herzien van de capaciteitsberekening en/of bijbehorende financiering is daarmee geen passend instrument om de personele krapte te verhelpen.

*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?*

Het ministerie van VWS is uiteraard bereid om met RAV Zeeland in gesprek te gaan, en de Kamer hierover te informeren in een voortgangsbrief over de acute en medisch specialistische zorg.