

Vergaderjaar 2025–2026

35 471

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

F

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juni 2026

Eind 2025 heeft de voormalig Minister van VWS, conform artikel 31a van de Wet ambulancezorgvoorzieningen (Wazv), de wet geëvalueerd en deze aan de Staten-Generaal aangeboden.¹ In deze brief wordt de evaluatie van een beleidsreactie voorzien, inclusief de vervolgstappen die het kabinet voornemens is om te zetten. Deze reactie wordt gelijktijdig aangeboden aan de Tweede Kamer.

Eerst volgt een korte introductie op de ambulancesector en de Wazv. Daarna zal nader ingegaan worden op de evaluatie en een aantal thema's die daarin naar voren komen.

1. De ambulancesector

De ambulancesector speelt een cruciale rol binnen de acute zorgketen. Wanneer iemand acute zorg nodig heeft, zijn ambulancemedewerkers vaak als eerste ter plaatse om de benodigde zorg te verlenen en, indien nodig, de patiënt naar een spoedeisende hulp (SEH) te vervoeren. Ook vervullen ambulancezorgprofessionals als mobiele zorgverleners een verbindende rol tussen de verschillende acute zorgaanbieders en leveren zij in toenemende mate zorg ter plaatse. De afgelopen decennia heeft de ambulancezorg zich ontwikkeld van een vervoersvoorziening naar een zorgvoorziening op maat. De ambulancesector ambieert een toekomst waarin steeds meer wordt samengewerkt in zorgnetwerken, waarbij de patiënt centraal staat.²

Het kabinet deelt deze ambitie en zet daarbij in op passende zorg als norm. Dit vraagt om blijvende aandacht voor – en een andere blik op – de zorg: meer sturen op zorg die bijdraagt aan gezondheid en kwaliteit van

¹ Kamerstukken I 2025/26, 35 471, E en Kamerstukken II 2025/26, 35 471, nr. 43.

² Zie ook het visiedocument van Ambulancezorg Nederland 2025–2030.

leven. Voor diegenen die onverhoopt toch acuut zorg behoeven, moet deze zorg daadwerkelijk beschikbaar zijn én blijven. In tijden van arbeidsmarktkrapte ziet het kabinet dit niet als een gegeven. Het vraagt om integrale samenwerking tussen partners in de acute zorg, waarbij het kabinet de verbindende rol van de ambulancesector aanmoedigt in de beweging naar een passend zorglandschap en een weerbare samenleving. De sector heeft ook zelf stappen gezet om te komen tot passende zorg. Met de recent ingevoerde verbeterde urgentie-indeling kan een meldkamercentralist, bijvoorbeeld, beter differentiëren welke zorg het meest passend is voor de patiënt én blijft de ambulancezorg beschikbaar voor de gevallen die echt spoed vragen.

2. De evaluatie van de Wazv

Het borgen van de continuïteit van kwalitatief hoogwaardige ambulancezorg binnen de acute zorgketen is een centraal uitgangspunt van de Wazv. Deze wet trad in 2021 in werking, waarmee deze wet de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) verving. Daarmee is een wettelijke, duurzame basis gecreëerd voor de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) in Nederland; steeds één RAV (ambulancedienst) per veiligheidsregio. Het borgen van de continuïteit is nodig, omdat deze zorg onder alle omstandigheden, 24 uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar dient te zijn. Daartoe kennen de Wazv en de daaraan verbonden Regeling ambulancezorgvoorzieningen (Razv) bepalingen over wie deze zorg mag leveren, welke kwaliteitseisen daaraan verbonden zijn en welke eisen gelden voor de interne structuur van de RAV's.

Op grond van de artikel 31a van de Wazv dient de Staten-Generaal binnen vijf jaar na inwerkingtreding van deze wet een verslag te ontvangen over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk, waarbij in het bijzonder aandacht wordt besteed aan het lerend vermogen en innovatie bij de RAV's. Begin 2025 is de opdracht om de wet te evalueren toegekend aan bureau HHM, in een consortium met de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). De centrale onderzoeksvraag betrof: «Is de Wazv in de praktijk doeltreffend in het borgen van de kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg en voldoende toekomstbestendig, en zijn er hierbij onvoorziene neveneffecten en knelpunten in de wetgeving?»

3. De conclusies van de evaluatie op hoofdlijnen en beleidsreactie

Hieronder volgen de conclusies van de evaluatie van de Wazv en de aanbevelingen die het consortium doet voor mogelijke aanpassingen in de praktijk en aan de wet- en regelgeving. Eerst zal stilgestaan worden bij de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag, alvorens aandacht te besteden aan een aantal thema's: kwaliteit, zorg en veiligheid, innovatie, meldkamerfunctie en doelmatigheid. Niet alle aanbevelingen worden (uitgebreid) behandeld in deze brief, bijvoorbeeld omdat een aanbeveling vraagt een bestaande situatie te continueren, of omdat een aanbeveling is ingehaald in de tijd. Voor de volledigheid en het overzicht is in bijlage 1 per aanbeveling een reactie opgenomen.

Ten aanzien van de centrale onderzoeksvraag, concluderen de onderzoekers dat de Wazv inderdaad doeltreffend is in het borgen van de continuïteit van ambulancezorg. Dit wordt zelfs genoemd als «de belangrijkste verdienste van deze wet». Met het aanwijzen van RAV's voor onbepaalde tijd en blijvende inkoop in representatie worden in de praktijk geen problemen ervaren. Tevens is er onder de Wazv sprake van hoogwaardige kwaliteit van zorg. Waar de wet in de basis voldoende

toekomstbestendig is, doen de onderzoekers aanbevelingen op verschillende thema's zodat verder kan worden ingespeeld op de continue ontwikkelingen binnen de ambulancezorg en haar positie richting ketenpartners.

3.1 Kwaliteit

Allereerst: de kwaliteit van de ambulancezorg in Nederland is iets om trots op te zijn. Patiënten geven jaar na jaar aan veel waardering te hebben voor de zorg, die gemiddeld wordt gewaardeerd met een 9.³

Aanvullende waarborgen voor kwaliteit in Wazv en Razv (aanbeveling 4)

De onderzoekers adviseren om op termijn te overwegen om de aanvullende waarborgen voor kwaliteit uit de wet te halen en daarmee de Wazv en Razv meer in lijn te brengen met andere wet- en regelgeving in de zorg. Deze waarborgen zijn destijds in de Wazv en Razv opgenomen omdat RAV's, bij wet aangewezen zorgaanbieders zonder concurrentie, een bijzondere positie hebben in het zorglandschap. Het is dan ook des te belangrijker dat RAV's kwalitatief goede zorg leveren, aangezien er geen alternatief is. Zoals de onderzoekers terecht opmerken, wordt kwaliteit in de zorg in algemene zin gewaarborgd in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), en in kwaliteitseisen die het veld (tripartiet) vaststelt. Door de bijzondere positie van de RAV's is ervoor gekozen om in wet- en regelgeving (aanvullende) kwaliteitswaarborgen op te nemen voor deze sector.⁴ Dat is uniek, maar acht het kabinet wel van belang gezien het ontbreken van concurrentie. Dat daarmee mogelijke dubbelingen met de Wkkgz bestaan, lijkt in de praktijk niet tot problemen te leiden; de wetsteksten sporen op de betreffende onderdelen ook met elkaar. Uiteraard staat het de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) vrij om in haar beleidsregels te concretiseren dat zij het handhavingstraject van de Wazv volgt, mocht daar in het kader van toezicht behoefte aan zijn.

De streefnorm voor responstijd aanpassen aan de verbeterde urgentie-indeling (aanbeveling 6)

De streefnorm voor responstijd in relatie tot kwaliteit

Het beeld dat uit de evaluatie naar voren komt is dat het – vanuit medisch perspectief – met de tijdigheid van de ambulancezorg over het algemeen goed gesteld is, ook al wordt de streefnorm die hiervoor is opgenomen in de Razv niet altijd gehaald. Dit betreft artikel 5 van de Razv, waarin is opgenomen dat de RAV ernaar streeft dat in de veiligheidsregio 95% van de ambulance-inzetten met A1-urgentie⁵ binnen 15 minuten responstijd ter plaatse is.⁶

Vanuit de meldkamer wordt aangegeven dat de norm veel druk legt op de triage, die onderdeel is van de huidige streefnorm voor de responstijd. De focus op snel moeten handelen kan ten koste gaan van de kwaliteit van de triage. Voor een deel van de meldingen zou het volgens de respondenten beter zijn als meer tijd genomen kan worden om de juiste zorginzet te bepalen. De sectororganisatie Ambulancezorg Nederland (AZN) geeft

³ Zie ook het meeste recente patiëntenonderzoek van het Nivel (2025).

⁴ Zie bijvoorbeeld artikel 5, lid 1 en artikel 7, lid 7 van de Razv.

⁵ Een inzet met A1-urgentie betekent spoedvervoer met zwaailicht en sirene.

⁶ Omdat een tijdige aankomst voor iedereen met een bepaalde zorgvraag even relevant is, is de norm niet geformuleerd in termen van een gemiddelde, maar in het zoveel mogelijk mensen binnen een acceptabele tijd bereiken.

daarnaast aan dat de 15-minutennorm ook doelmatigheid in de weg kan staan. Zo worden in sommige regio's, ongeacht de ingangsklachten, de ambulances al op pad gestuurd voordat de triage is afgerond – waarna zij regelmatig weer kunnen omdraaien naar de post.

Tot slot is het onwenselijk als een norm wordt opgelegd die überhaupt niet haalbaar is gezien de stijgende vraag naar ambulances. De haalbaarheid van de norm in met name landelijke gebieden heeft aanleiding gegeven om als ministerie, samen met AZN en ZN, in gesprek te gaan met lokale bestuurders in enkele dunbevolkte landelijke gebieden (Baarle-Nassau, Nunspeet en Veere). Steeds kwam naar voren dat het belangrijk is om niet blind naar de tijd te kijken en uit te leggen dat voor veel A1-urgenties een extra minuut niet het verschil maakt in de uiteindelijke zorguitkomst. 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. De veiligheidsregio is immers het niveau waarop de verantwoording over de ambulancezorg plaatsvindt. Mede naar aanleiding van een discussie daarover met de Kamer zullen vanaf dit jaar de RAV's tevens de aanrijtijden voor de hoogste urgenties op gemeenteniveau publiceren. Het kabinet moedigt aan om, mede op basis van deze data, de gesprekken over regionale knelpunten die veelal reeds tussen ambulancediensten en gemeentebesturen plaatsvinden, verder te versterken. Hierover zal het Ministerie van VWS contact houden met AZN en gemeentebestuurders.

Concluderend stellen de onderzoekers dat de huidige streefnorm een prominent knelpunt is en niet per se een goede maat voor tijdigheid en kwaliteit. Dit geven ook Zorgverzekeraars Nederland (ZN), AZN en de IGJ aan. Daarnaast geven de onderzoekers aan dat de urgentie-indeling ondertussen vernieuwd is en de huidige norm daar nog niet bij aansluit. Geadviseerd wordt om de streefnorm aan te passen in lijn met de verbeterde urgentie-indeling.

De verbeterde urgentie-indeling

In 2024 is de verbeterde urgentie-indeling geïntroduceerd.⁷ Onderdeel hiervan is de nieuwe A0-urgentie. Dit betreft een medisch onderbouwde categorie voor de gevallen met de grootst mogelijke spoed, die voorheen allemaal als A1 werden geclassificeerd. In 2024 betrof A0 3% van alle hoge spoed (A0+A1) inzetten tezamen. De eerste cijfers over 2024 laten zien dat een ambulance bij de nieuwe A0-urgentie één minuut en 39 seconden sneller ter plaatse is dan bij een A1-urgentie, zonder dat dit ten koste gaat van de responstijden voor de A1- (en A2-) urgenties. In 2024 was landelijk 95% van alle A1-inzetten binnen 16:51 minuten ter plaatse (in plaats van 15 minuten). Dit cijfer is de afgelopen jaren vrij constant. Er is (nog) geen streefnorm voor de A0-urgentie.

⁷ Kamerstukken II, 2024/25, 29 247, nr. 464.

In de verbeterde urgentie indeling (VUI) zijn de spoedurgenties (A) verdeeld in de A0 (directe inzet met grootst mogelijk spoed), A1 (directe inzet met spoed) en A2 (zo spoedig mogelijke inzet). Urgenties B betreffen geplande, niet-spoedeisende ambulancezorg, waarbij B1 verwijst naar een hoogcomplex zorgvraag, en B2 voor midden- en laagcomplex. De meldkamerzorg (geen inzet van ambulance nodig) kreeg met de VUI de officiële urgenties doorverwijzing (C1) en zelfzorgadvies (C2).

Op basis van de gevoerde gesprekken met gemeenten en het beeld van de onderzoekers dat de 15-minutennorm onvoldoende gedifferentieerd is en mogelijk ongewenste prikkels geeft om passende zorg te leveren, is het kabinet voornemens om de streefnorm in de Razv als volgt aan te passen:

- in de veiligheidsregio dient 97% van de inzetten met A0-urgentie binnen een aanrijtijd⁸ van 15 minuten bij de patiënt te zijn.
- in de veiligheidsregio dient 95% van de inzetten met A1-urgentie binnen een aanrijtijd van 15 minuten bij de patiënt te zijn.

De triage zal hiermee niet langer onderdeel zijn van de 15-minutennorm. De norm heeft dan dus alleen nog betrekking op de rijdende dienst, en niet langer op de meldkamerzorg. Het kabinet wil met deze aanpassing van de streefnorm meer ruimte bieden voor de meldkamerzorg. Daarmee wordt recht gedaan aan alle (gelijkluidende) signalen die vanuit het veld en de toezichthouders zijn ontvangen.

Met het verruimen van de norm zal de hoge kwaliteit van zorg voor de patiënt niet veranderen. De triage op de meldkamer ambulancezorg moet en kan beknopt zijn in levensbedreigende situaties waar snelheid cruciaal is, zodat de ambulance vrijwel meteen kan rijden en snel ter plaatse is. Daarbij is de inzet van first responders (politie, brandweer en burgerhulpverleners) in dergelijke situaties tevens onmisbaar, gezien zij bij een reanimatie veelal eerder ter plaatse zijn en de hulpverlening al kunnen opstarten in afwachting van een ambulance. Daarom subsidieert het kabinet HartslagNu, dat het netwerk van burgerhulpverleners stimuleert en faciliteert. Met de extra middelen die beschikbaar zijn gekomen door het aangenomen amendement Bushoff/Bikker⁹ zal HartslagNu werken aan een plan om dit netwerk verder te versterken, waarbij het kabinet ook een rol ziet voor AZN om mee te denken in dit proces.

In niet-levensbedreigende situaties vraagt de groeiende vraag naar ambulancezorg¹⁰ om een meer uitvoerige triage, om zo te komen tot passende zorg. Dat proces laat zich niet normeren door tijd, maar door de kundigheid van de zorgprofessionals, om zo te komen tot goede, passende zorg voor de patiënt. Over drie jaar zal het kabinet opnieuw de stand opmaken ten aanzien van de vraag op welke manier de prestatienorm de gewenste impact heeft op de gewenste kwaliteit van ambulancespoedzorg.

Tegelijkertijd wil het kabinet meer aandacht vestigen op het tijdig opnemen van de telefoon op de meldkamer ambulancezorg. Hiervoor geldt momenteel geen tijdsnorm, terwijl dit kostbare tijd is waarbij de urgentie van de hulpvraag nog niet bekend is. Het kabinet verwacht van de sector dat er een streefnorm wordt geïntroduceerd in het Kwaliteitskader ambulancezorg voor het tijdig beantwoorden van de oproepen op de meldkamer ambulancezorg en dat hierover wordt gerapporteerd in het Sectorkompas van AZN.

⁸ Aanrijtijd: de tijdsduur vanaf het moment dat de meldkamercentralist de melding (de inzetopdracht) doorzet naar de rijdende dienst tot aankomst patiënt.

⁹ Kamerstukken 2025/26, 36 800 XVI, nr. 92.

¹⁰ Het aantal inkomende oproepen op de meldkamer ambulancezorg is in de afgelopen 2 jaar (van Q3 2023 tot Q3 2025) met 20% toegenomen op basis van cijfers van de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS).

Tot slot: de A1-urgentie wordt intussen door de ambulancesector doorontwikkeld. Voor A0 is evident dat elke minuut telt, maar voor andere acute zorgvragen, waaronder de zorgvragen die vallen onder A1, is dat niet in elk geval evident. De sector wil daarom urgentiecategorie A1 verfijnen en herijken, waardoor de zorg beter aansluit bij de zorgvraag van de patiënt.

Tevens wil AZN samen met de ketenpartners werken aan het harmoniseren van de verschillende urgentie-indelingen in de acute zorg, zoals de huisartsenspoedposten, de geestelijke gezondheidszorg en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. De beoogde uitkomst van dit proces is dat zorgaanbieders bij een identieke zorgvraag een eenduidige aanpak kiezen en bovendien dat de overdracht tussen zorgaanbieders minder afstemming vergt en sneller verloopt. Het kabinet ondersteunt deze ontwikkeling van harte, zodat de patiënt bij eenzelfde acute zorgvraag hetzelfde kan verwachten; of deze vraag nu door de ambulance, huisarts of andere acute zorgpartner wordt opgepakt. Hiervoor is van AZN een concreet plan ontvangen met een looptijd van 2 jaar. Op basis van dit plan is het kabinet voornemens om hiervoor een subsidie te verstrekken, mits de betrokken sectororganisaties zich op voorhand committeren aan de implementatie van de nieuwe, geharmoniseerde urgentie-indeling wanneer deze gereed is.

3.2 Zorg en veiligheid

Waar de inzet van ambulances altijd afstemming vraagt met (acute) zorgpartners, dient er in sommige gevallen multidisciplinair samengewerkt te worden met politie of brandweer. De samenwerking met het veiligheidsdomein, bijvoorbeeld in crisissituaties, is ook een van de redenen geweest om de RAV's op het niveau van de veiligheidsregio in te richten. Het kabinet is blij met de constatering dat zowel respondenten vanuit de ambulancezorg als het veiligheidsdomein aangeven in het algemeen tevreden te zijn over de samenwerking. De basis hiervoor is gelegd in de regionale samenwerkingsovereenkomsten tussen betrokken partijen op het niveau van de veiligheidsregio's. Tegelijkertijd beschrijven de onderzoekers verschillen in opgaven waarvoor de ambulancezorg en het veiligheidsdomein staan. Zo is er een sterkere focus op efficiency bij een RAV en een sterkere focus op risicobeheersing bij partijen uit het veiligheidsdomein. Dit kan schuren. Het veiligheidsdomein zal bijvoorbeeld graag een ambulance stand-by hebben staan als onderdeel van het publieke belang van toegankelijke geneeskundige hulpverlening, terwijl vanuit de zorgtaak geredeneerd kan worden dat de ambulance in die tijd ook een patiënt had kunnen helpen. Voor beide taken is de RAV een onmisbare en een gewaardeerde kracht in de samenwerking. Verdere verbetering ligt met name in het regionaal uitwerken en vastleggen van rollen, verantwoordelijkheden en bestuurlijke afstemming. De landelijke werkafspraken hierover zijn in de loop der jaren verder aangescherpt.

Kwaliteitseisen in geval van langdurige rampsituaties (aanbeveling 9)

Tijdens een crisis wordt een nog steviger beroep gedaan op de ambulancesector en de ketenpartners in het veiligheidsdomein. Slechts 1% van de inzetten betreft een crisissituatie. Bij *langdurige* crises kunnen de gebruikelijke kwaliteitseisen onder druk komen te staan door bijvoorbeeld tekorten in mensen, materiaal en middelen. Momenteel werkt een stuurgroep van grootschalig bijzonder geneeskundig optreden, bestaande uit GGD GHOR Nederland, AZN, Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ), het Rode Kruis, het Nederlands Instituut Publieke Veiligheid (NIPV) en de

Ministeries van Justitie en Veiligheid (JenV) en VWS aan een algemeen opschalingsplan. Daarnaast roept het kabinet de ambulancesector en de ketenpartners in het veiligheidsdomein op om binnen de crisisplannen en opschalingskaders explicieter vast te leggen in welke situaties en onder welke voorwaarden afwijking van reguliere kwaliteitseisen aan de orde kan zijn, en hoe besluitvorming en verantwoording daarbij plaatsvinden. Hiermee kan de duidelijkheid voor professionals en bestuur in situaties van schaarste worden vergroot, zonder dat aanpassing van de wettelijke bepalingen noodzakelijk is. Het bestaande stelsel biedt reeds de ruimte om in grootschalige en langdurige crises verantwoord te handelen. Het kabinet ziet dan ook geen concrete aanleiding om de bepaling in de Razv, waarin een crisisplan voor RAV's wordt verplicht, of andere wettelijke bepalingen met betrekking tot crisisplannen¹¹, aan te passen.

3.3 Innovatie en lerend vermogen

De onderzoekers merken zeer terecht op dat de ambulancesector een grote drijfveer kent om te innoveren, vanuit een sterke intrinsieke motivatie om patiënten zo goed mogelijk te helpen. Omdat RAV's geen concurrenten zijn van elkaar, kunnen ze opener naar elkaar zijn en beter als collectief optreden. De ambulancesector ontwikkelt zich voortdurend.¹² RAV's moeten jaarlijks inzicht geven in de innovaties die hebben plaatsgevonden.¹³ De onderzoekers staan in de evaluatie stil bij de verschillende innovaties die in de ambulancesector plaatsvinden op het terrein van medische techniek, functiedifferentiatie, vervoersmiddelen, communicatie, triage en kunstmatige intelligentie.

Deze innovaties staan ook op het netvlies van de Kamer, zoals blijkt uit de aangenomen motie Claassen en Ten Hove, die wil bewerkstelligen dat elke Advanced Life Support (ALS)-ambulance wordt uitgerust met de mogelijkheid om zelfstandig cardiale enzymen, de zogenaamde troponines, te testen.¹⁴ Met deze sneltest kan namelijk met een vingerprik een hartinfarct ontdekt worden, nog voordat een patiënt op de SEH is. Deze belangrijke ontwikkeling is reeds door de sector in gang gezet. Meerdere RAV's hebben hun pilots met deze sneltest inmiddels afgerond en de resultaten zijn veelbelovend. De sector is daarom op dit moment bezig om deze innovatie breder uit te rollen, met het streven dat per 2027 deze test in elke ALS-ambulance beschikbaar is en standaard onderdeel vormt van de ambulanceprotocollen. Hiermee beschouwt het kabinet de motie als afgedaan.

Tegelijkertijd merken de onderzoekers een aantal aandachtspunten op. Zo zien de onderzoekers een beperkte (landelijke) sturing op innovatie. Verder staan zij stil bij de ervaren beperkingen in de wet- en regelgeving om verdere innovatie aan te jagen en de manier waarop dit meerjarig bekostigd kan worden. Hieronder volgen de aanbevelingen die de onderzoekers hierover hebben meegegeven.

¹¹ Artikel 16 Wet veiligheidsregio's, artikel 8a5 Uitvoeringsbesluit Wkkgz en artikel 8d, onderdeel h Uitvoeringsregeling Wkkgz.

¹² Zie ook: Innovaties I Ambulancezorg Nederland.

¹³ Artikel 3, lid 2 van de Razv: De Regionale Ambulancevoorziening maakt jaarlijks per veiligheidsregio kwaliteitsinformatie openbaar. Zij maakt daarbij de vooruitgang ten opzichte van het voorgaande jaar zichtbaar en geeft aan wat zij aan innovatie heeft gedaan in het betreffende jaar.

¹⁴ Kamerstukken II 2025/26, 29 247, nr. 474.

Landelijke sturing en regie op innovatie (aanbeveling 10)

Zoals eerder beschreven, is de sector constant bezig met innoveren. Dit is noodzakelijk om in tijden van personeelsschaarste, veranderende zorgvragen en druk op de zorg nog steeds de beste zorg te kunnen leveren voor patiënten. Ik deel met de onderzoekers dat een landelijke prioritering en regie op het gebied van onderzoek en innovatie van belang is. AZN investeert reeds in monitoring, data-analyse en thematische programma's. Waar nog meerwaarde kan worden behaald, zo stellen de onderzoekers, is 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. Door onderzoek en praktijkkennis te verbinden, kan een dergelijke agenda bijdragen aan beter onderbouwde beleidskeuzes en verdere professionalisering van de sector. AZN neemt deze aanbeveling over en ziet hier voor zichzelf een initiërende en coördinerende rol.

Bekostiging van innovatie (aanbeveling 12)

In de huidige situatie kent de bekostiging van de ambulancesector vrije marge, welke gebruikt kan worden in onderhandeling tussen RAV en zorgverzekeraars om te komen tot een passend budget voor innovatie.¹⁵ Deze middelen mogen ook voor verbetering van zorgkwaliteit en prestaties worden besteed, dus het is geen gegeven dat deze middelen (ook) voor innovaties worden aangewend. Advies van de onderzoekers is om te kijken naar alternatieve financieringsvormen, wanneer deze vrije marge niet toereikend of geschikt is voor innovatie. Concrete aanwijzingen dat deze vrije marge ontoereikend is, beschrijven de onderzoekers echter niet. Wel merkt AZN op dat deze bekostiging vaak tijdelijk en projectmatig is, terwijl structurele vernieuwing meerjarige investeringen vraagt.

De huidige bekostiging hoeft de RAV en de zorgverzekeraar er echter niet van te weerhouden om meerjarige afspraken te maken over een innovatie. In het contracteerproces is het mogelijk om meerjarige afspraken te maken, zoals dat ook mogelijk is op andere posten van het budget die meerjarige investeringen vragen.

Experimenteerbepaling (aanbeveling 13)

In de evaluatie wordt de overweging meegegeven om een experimenteerbepaling op de nemen voor bepaalde artikelen in de Wazv en de Razv om deze tijdelijk buiten werking te kunnen stellen zodat eerst kan worden «geoefend» met bepaalde doorontwikkelingen. Het kabinet is van mening dat wet- en regelgeving op zichzelf geen belemmering moet zijn om te innoveren in de zorg. Tegelijkertijd kan worden opgemerkt dat het juridisch instrument van een experimenteerbepaling alleen in hoge uitzondering wordt opgenomen in een wet; een wet is immers niet bedoeld om ervan af te wijken. Het kabinet is daarom niet voornemens om een dergelijke bepaling op te nemen in de Wazv. Voor lagere regelgeving is een experimenteerbepaling in zijn geheel niet nodig. In dergelijke gevallen kan de Minister van VWS namelijk een artikel toevoegen aan de regeling om het artikel, waarvan men zou willen afwijken, tijdelijk met een specifiek doel en met waarborgen buiten werking te stellen. Echter is het dan logischer om tijdig te anticiperen op ontwikkelingen in het veld en de betreffende regelgeving aan te passen

¹⁵ Zie ook: Beleidsregel regionale ambulancevoorzieningen 2026 – BR/REG-26120.

wanneer de realiteit daar om vraagt. Zo leidt ook deze wetsevaluatie tot voorgenomen aanpassingen in de Wazv en de Razv.

3.4 Governance op de meldkamer ambulancezorg (MKA)

Ambulancezorg is een samenhangend proces waarin triage, uitgifte, zorgverlening, vervoer en overdracht nauw met elkaar verbonden zijn. Het ambulancezorgproces start op de meldkamer. De meldkamer ambulancezorg (MKA) is integraal onderdeel van de RAV. De RAV is verantwoordelijk voor de uitvoering van haar eigen meldkamerfunctie, voor haar personeel en werkprocessen in de MKA. De MKA heeft een centrale rol in het proces van het verlenen van ambulancezorg. De MKA ontvangt zorgvragen van burgers vanuit 112 meldingen en via de spoedlijn voor andere zorgverleners zoals huisartsen of verloskundigen. De MKA stelt vast of ambulancezorg noodzakelijk of gewenst is en met welke urgentie. Vervolgens zorgt de MKA ervoor dat de juiste (ambulance)zorg wordt ingezet. Ook geeft de MKA de melder instructies en ondersteunt de MKA de zorgprofessionals van de ambulance onderweg en ter plaatse. De MKA is hiermee de regisseur van de ambulancezorg en heeft een poortwachtersfunctie bij de toegang tot de acute zorg.

Voor het overzicht is het goed om te beseffen dat er 25 RAV's zijn, die zijn samengebracht in 10 gezamenlijke meldkamers. Zo zitten er op de meldkamer Oost-Nederland 5 RAV's. De 10 meldkamers zijn technisch en operationeel met elkaar verbonden. Dat betekent één motorblok onder één beheer en bedrijfsvoering. Het beheer hiervan is ondergebracht bij de politie; bij de ondersteunende dienst genaamd de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS). Naast de ambulancediscipline zitten ook politie en brandweer op elke meldkamer.

Uitbesteden van de meldkamerfunctie (aanbeveling 15)

Respondenten geven aan dat de meldkamers bestuurlijk complex zijn. Op een meldkamer is sowieso sprake van multi-governance: iedere discipline (ambulance, politie, brandweer) is verantwoordelijk voor het realiseren van eigen resultaten en doelen. Daarnaast voert elke RAV in principe zelf de meldkamerfunctie uit, waardoor er meerdere RAV's op één meldkamer zitten. Ook tussen RAV's binnen dezelfde ambulancediscipline op één meldkamer zijn er verschillen in taal, culturen, werkwijzen en aansturing. De onderzoekers merken op dat deze bestuurlijke complexiteit als gevolg heeft dat de samenwerking tussen disciplines soms stroef verloopt. 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.¹⁶ Aanleiding hiervoor is de meerwaarde om het gehele ambulanceproces van begin tot eind duidelijk te borgen onder verantwoordelijkheid van één en dezelfde RAV. In de evaluatie wordt aangegeven dat dit verbod om van elkaar de meldkamerfunctie te mogen overnemen¹⁷, RAV's onderling beperkt in het doelmatig en eenduidig vormgeven van de governance op de meldkamer. Het kabinet erkent deze complexiteit en is dan ook voornemens om dit uitgangspunt te herzien, zodat een RAV de meldkamerfunctie desgewenst kan uitbesteden aan een andere RAV. Belangrijk hierbij is wel dat de eindverantwoordelijkheid voor het gehele ambulanceproces (van triage tot overdracht) bij de uitbestedende RAV blijft, dat regie en mandaat helder zijn beschreven, dat het zorgproces aansluit op het regionale acute zorgnetwerk en dat patiëntveiligheid altijd gewaarborgd blijft. Ook mag de formele zeggenschap over een RAV niet wijzigen. Met de voorgenomen aanpassing in de wet- en regelgeving wil het kabinet faciliteren dat de

¹⁶ Zie artikel 6, lid 3 van de Wazv.

¹⁷ Met uitzondering van de leden van een RAV die de vorm heeft van een coöperatie.

governance op de meldkamers ambulancezorg eenvoudiger kan worden ingericht.

Colocatie in de regionale LMS-meldkamers (aanbeveling 16)

De constatering dat er een dilemma speelt rondom de fysieke locatie van de meldkamer ambulancezorg herkent het kabinet. In de Politiewet 2012 staat dat de meldkamerfunctie uitgevoerd dient te worden op een meldkamer. Dit houdt in dat er sprake is van colocatie, waarbij alle hulpdiensten (politie, ambulance, brandweer en Koninklijke marechaussee) die werkzaam zijn in het werkgebied van een meldkamer, fysiek bij elkaar zitten op die meldkamer (gemeenschappelijke huisvesting), gebruik maken van dezelfde ondersteunende systemen en de werkprocessen zoveel mogelijk afstemmen.

In de evaluatie wordt geconstateerd dat dit een knelpunt vormt voor de ontwikkeling van zorgcoördinatie. Waar enerzijds de nabijheid van de andere hulpdiensten wenselijk is met het oog op (multi-)samenwerking en opschaling, is anderzijds voor een groot deel van de meldingen de aansluiting bij de acute zorgketen logischer. De gedachte achter zorgcoördinatie is dat patiënten die 112 bellen in veel situaties beter kunnen worden geholpen door een andere zorgverlener dan door de inzet van een ambulance. Door met verschillende zorgverleners fysiek bij elkaar te zitten ten behoeve van zorgcoördinatie, verloopt de afstemming hierover sneller en eenvoudiger.

Om in het kader van zorgcoördinatie te verkennen of het mogelijk is om onder dezelfde continuïteitswaarborgen de meldkamerfunctie ambulancezorg geheel of gedeeltelijk buiten de meldkamer uit te voeren, hebben de Ministeries van VWS en JenV de partijen in het meldkamerveld de mogelijkheid geboden dit te onderzoeken door middel van pilots.¹⁸ De betrokken meldkamerpartijen in het Bestuurlijk Meldkamer Beraad hebben voor het uitvoeren van deze pilots gezamenlijk kaders en randvoorwaarden vastgesteld om ervoor te zorgen dat de pilots ordentelijk verlopen. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de problemen in de zorg, maar worden ook de effecten op de andere hulpdiensten in reguliere situaties en in situaties van opschaling, rampenbestrijding en crisisbeheersing in kaart gebracht, evenals wat dit organisatorisch, technisch en beheersmatig betekent.

In 2025 zijn op twee locaties dergelijke pilots gestart om verschillende wijzen van aansluiting tussen zorgcoördinatie en de meldkamerfunctie ambulancezorg te onderzoeken. Dit betreft één pilot in de regio Utrecht en één pilot in de regio Flevoland/Gooi- en Vechtstreek. In beide pilots wordt de meldkamer ambulancezorg op de fysieke zorgcoördinatielocatie uitgevoerd, waar daardoor direct contact en nauwe samenwerking met andere acute zorgaanbieders (onder andere de geestelijke gezondheidszorg, de huisartsenspoedpost en de ouderenzorg) mogelijk is.

De effecten van de pilots worden zowel kwantitatief als kwalitatief gemonitord met behulp van KPI's en gestructureerde interviews met belanghebbenden. De resultaten van dit onderzoek worden begin 2027 verwacht. Het doel is om op basis van de pilots te komen tot één werkvorm voor het uitvoeren van de meldkamerfunctie ambulancezorg op en eventueel buiten de gemeenschappelijke meldkamer in het kader van zorgcoördinatie, zodat hier op landelijk niveau eenduidige afspraken over kunnen worden gemaakt en indien nodig worden vastgelegd in wetgeving. Ik zal hier samen met de Minister van JenV na het verschijnen

¹⁸ Kamerstukken II 2023/24, 29 247, nr. 430.

van het onderzoek en de adviezen van de betrokken partijen een besluit over nemen en de Tweede Kamer hierover informeren, inclusief eventuele benodigde vervolgstappen.¹⁹

In de evaluatie wordt geadviseerd om dit vraagstuk breed te bekijken, alle wettelijke kaders mee te nemen en alle belangen (vanuit zowel het veiligheidsdomein als de acute zorg) mee te wegen, als ook de organisatorische en technische (on)mogelijkheden. Dat is precies wat het kabinet voorstaat.

3.5 Doelmatigheid

Doelmatigheid is een bijzonder thema voor een vorm van zorg waarbij de beschikbaarheid voorop staat. Bij die beschikbaarheid hoort onvermijdelijk een mate van ondoelmatigheid. Toch geven zorgverzekeraars, die op doelmatigheid sturen, aan dat ze tevreden zijn over de doelmatigheid in de ambulancezorg. Een groot deel van de doelmatigheid is geborgd in de vaststelling van de tarieven door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), op basis van het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Wanneer de budgetten zijn vastgesteld, maken de zorgverzekeraars nadere afspraken met RAV's en evalueren ze met hen of er voor hetzelfde geld meer zorg kan worden geleverd. In dat kader starten zij ook gezamenlijk projecten in het kader van de doorontwikkeling van de zorg.

Doelmatigheid vanuit het ketenperspectief (aanbeveling 17 en 18)

De onderzoekers benoemen geen concrete knelpunten wat betreft de doelmatigheid in de ambulancesector. De aanbevelingen die zij doen, richten zich op een verdere verdiepende, cijfermatige analyse van de ambulancezorg, dan wel om het vraagstuk te benaderen vanuit het ketenperspectief. Wat betreft de cijfermatige analyse lijkt er geen meerwaarde ten opzichte van wat al gebeurt. Voor een sector waarbij de NZa reeds de belangrijkste budgettaire kaders bepaalt en zorgverzekeraars vervolgens toetsen of daar doelmatig mee wordt omgegaan, heeft het kabinet op dit moment geen reden voor nader onderzoek. Ook zorgverzekeraars zien, zo heeft het kabinet begrepen, geen aanleiding om nog extra vragen te stellen over de doelmatigheid van de sector, gegeven dat zij reeds afspraken met de RAV's maken in dat kader. Wel zal de NZa dit jaar opnieuw een kostenonderzoek starten en de tarieven voor de sector zo nodig herijken.

Het kabinet verwacht wel dat er doelmatigheidswinst kan worden behaald vanuit het perspectief van de bredere acute zorgketen. In tijden van personeelsschaarste, veranderende zorgvragen en druk op de zorg is het des te belangrijker dat patiënten met een acute zorgvraag op het juiste moment en op de juiste plek passende zorg ontvangen door de juiste zorgverlener. Het kabinet steunt dan ook de stappen die de ambulancesector zet om in de zorgketen doelmatiger om te gaan met de beperkte middelen. Dit vraagt om een integrale benadering. Eerder werd al het harmoniseren van de verschillende urgentie-indelingen in de acute zorg genoemd (zie 3.1). Andere, reeds lopende projecten betreffen onder andere het optimaliseren van de triage op de MKA en het beter ontsluiten van data ten behoeve van de samenwerking met andere acute zorgpartners. Waar eerder is genoemd dat het kabinet meerwaarde ziet in

¹⁹ Conform de motie van lid Michon-Derkzen (Kamerstukken II 2023/24, 29 517, nr. 260) worden er geen onomkeerbare wijzigingen doorgevoerd in de organisatie van de meldkamerfunctie ambulancezorg, voordat de Kamer hierover uitdrukkelijk is geïnformeerd.

een strategische kennisagenda (zie 3.3), ziet het kabinet het voor zich dat ook deze projecten daar een plek op krijgen.

Daar waar het gaat om het verder ontsluiten van ambulancedata, merkt het kabinet tot slot op dat dergelijke data ook van belang kan zijn rondom het vraagstuk van preventie, bijvoorbeeld door ongevalsdata van ambulances te gebruiken om de verkeersveiligheid te bevorderen. Hierin wordt samen met de Minister van Infrastructuur en Waterstaat opgetrokken, die reeds gestart is met een verkenning rondom dit vraagstuk.²⁰

4. Tot slot

Via deze weg wil het kabinet zijn dank uitspreken aan de onderzoekers voor het uitvoeren en opleveren van deze evaluatie. Ook is het kabinet alle veldpartijen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport erkentelijk voor hun inbreng. Het onderzoek heeft geleid tot veel inzichten over de werking van de Wazv en de ambulancesector in de praktijk.

Het kabinet ziet een sector waar de continuïteit goed geborgd is in de Wazv en waar kwalitatief goede zorg wordt geleverd, samen met de partners in het zorgveld en het veiligheidsdomein. Tegelijkertijd staat de sector ook voor een aantal opgaves in tijden van personeelsschaarste, veranderende zorgvragen en een toenemende druk op de zorg. Het is dan ook des te belangrijker dat de ambulancesector blijft doorontwikkelen en daarbij verder kijkt dan de eigen sector.

Het kabinet kijkt uit naar de resultaten van de meldkamerpilots en het project om de verschillende urgentie-indelingen in de acute zorg te harmoniseren. Zelf zal het kabinet de komende tijd aan de slag gaan met een aanpassing van de Wazv ten behoeve van het vereenvoudigen van de governance op de meldkamer ambulancezorg en het wijzigen van de prestatienorm in de Razv, zodat deze die aansluit bij de verbeterde urgentie-indeling en tegelijkertijd voldoende ruimte biedt voor de triage. Laatstgenoemde aanpassing zal deze zomer in internetconsultatie gaan.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.T.M. Hermans

²⁰ Zie ook: Kamerstukken II 2025/26, 29 398, nr. 1223.