

Vergaderjaar 2024–2025

29 247

Acute zorg

Nr. 464

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 september 2025

Met deze brief informeer ik uw Kamer, in de aanloop naar het commissie-debat Acute Zorg van donderdag 25 september 2025 over de voortgang van de maatregelen genoemd in het Regeerprogramma ten aanzien van de acute zorg (paragraaf 1 in deze brief). Tevens ga ik in op een aantal andere ontwikkelingen in de acute zorg:

- Differentiatie in kwaliteitseisen in het aanbod van acute zorg en de ontwikkelingen met betrekking tot Mobiele Medische Teams (paragraaf 2).
- De stand van zaken van het ambulancebeleid, mede op basis van een aantal moties en vragen van uw Kamer (paragraaf 3).
- De stand van zaken wat betreft de basiscapaciteit Intensive Care (paragraaf 4).

1. Stand van zaken maatregelen Regeerprogramma over acute zorg

Met betrekking tot de acute zorg, zijn in het Regeerprogramma drie maatregelen aangekondigd.¹ Het betreft ten eerste het aanpassen van regelgeving, die gevolgd moet worden als een ziekenhuis overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken. Ten tweede is aangegeven dat het kabinet wil dat de spoedeisende hulp, acute verloskunde en de intensive care afdelingen gefaseerd en zo snel mogelijk gefinancierd worden op basis van een vast budget. Ten derde is een handreiking aangekondigd in relatie tot het aanbod van acute zorg. In deze paragraaf licht ik de stand van zaken toe.

¹ Regeerprogramma kabinet Schoof, bijlage bij Kamerstuk 36 471, nr. 96

In bestaande regelgeving² is vastgelegd welke besluitvormingsprocedure moet worden doorlopen, wanneer een zorgaanbieder overweegt om het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie te beperken. Ik werk aan een aantal aanpassingen van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz. De belangrijkste aanpassingen betreffen de volgende:

- Met de eerste aanpassing wordt vastgelegd dat belanghebbenden zoals gemeenten en inwoners *vroegtijdig* worden betrokken, zodat zij een sterkere invloed kunnen hebben op de besluitvorming over eventuele wijziging van het aanbod van acute zorg.³ Door vroegtijdige betrokkenheid van belanghebbenden ontstaat een breder palet aan inzichten, wat naar verwachting bijdraagt aan betere, beter onderbouwde en in de regio breder gedragen besluiten.
- Met de tweede aanpassing breid ik het toepassingsgebied van de bestaande regelgeving uit, zodat het aspect van bereikbaarheid (nog) beter wordt meegewogen bij besluitvorming over eventuele beëindiging van het aanbod van acute zorg aanbod op een bepaalde locatie. Op dit moment moeten alleen ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde die gevoelig zijn voor de 45-minuten-norm⁴ meewerken aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Met de voorgenomen aanpassing gaan deze regels gelden voor alle ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde⁵. Dat betekent dat alle ziekenhuizen medewerking moeten verlenen aan de zorgplicht van de zorgverzekeraar, indien zij voornemens zijn om het aanbod van acute zorg te beperken⁶.
- De derde aanpassing is het gevolg van het recent door uw Kamer aangenomen amendement Bushoff/Krul⁷. Hiermee wordt nog extra invulling gegeven aan het versterken van de invloed van betrokken partijen. Dit amendement geeft de burgemeester van de gemeente waar de locatie zich bevindt de mogelijkheid een zwaarwegend advies uit te brengen wanneer een zorgaanbieder overweegt het aanbod van acute zorg op een bepaalde locatie geheel of gedeeltelijk te beëindigen of op te schorten. Wanneer het zwaarwegend advies van de burgemeester een negatief oordeel bevat over de voorgenomen beëindiging of opschorting, dan mag deze pas plaatsvinden wanneer de zorgaanbieder heeft gemotiveerd waarom het advies niet wordt gevolgd en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd hierover een zwaarwegend advies heeft uitgebracht. Met de genoemde wijziging van de regelgeving verduidelijk ik ook de reikwijdte van het amendement⁸.

² De Wkkgz bepaalt dat bij of krachtens amvb nadere regels worden gesteld aan eisen ten aanzien van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van acute zorg. Deze regels zijn uitgewerkt in het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en Uitvoeringsregeling Wkkgz.

³ Kamerstukken II, 2024/25, 31 765, nr. 905

⁴ Een ziekenhuis is gevoelig voor de 45-minutennorm, indien het sluiten van diens afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde ertoe leidt dat het aantal mensen dat niet binnen 45 minuten per ambulance een afdeling spoedeisende hulp of acute verloskunde kan bereiken toeneemt.

⁵ Kamerstukken II, 2024/25, 31 765, nr. 905

⁶ De zorgplicht houdt in dat de zorgverzekeraar moet zorgen voor voldoende beschikbaarheid van tijdige en goede acute zorg. Ziekenhuizen met een afdeling spoedeisende hulp of afdeling acute verloskunde moeten eraan meewerken dat niet alleen de kwaliteit, ook de beschikbaarheid en tijdigheid van de zorg geborgd kan worden.

⁷ Kamerstukken II, 2024/25, 36 278, nr. 20.

⁸ Dit betreft vooral een technische wijziging, die waarborgt dat de reikwijdte van het aangenomen amendement betrekking heeft op aanbieders van acute zorg.

De genoemde aanpassingen liggen op dit moment voor in de internetconsultatie⁹. De inzet is om de voorgestelde aanpassingen begin van het nieuwe jaar bij uw Kamer en de Eerste Kamer voor te hangen.

Budgetbekostiging acute zorg

Eén van de maatregelen uit het Regeerprogramma betreft het gefaseerd en zo snel mogelijk invoeren van budgetbekostiging voor de acute zorg. Deze zomer heeft mijn voorganger gebruikt voor de definitieve besluitvorming met betrekking tot het invoeren van budgetbekostiging voor de SEH. De Kamer wordt daar separaat over geïnformeerd voorafgaand aan het Commissiedebat Acute zorg en dit laat ik daarom in deze brief buiten beschouwing.¹⁰ Voor de acute verloskunde en intensive care wacht ik de rapporten van de NZa af dit najaar.

Handreiking voor de regionale dialoog

De handreiking is ontwikkeld als hulpmiddel om de dialoog tussen belanghebbenden in de regio te ondersteunen bij (voorgenomen) wijzigingen in het aanbod van acute of ziekenhuiszorg. Er staan adviezen in om een dergelijk proces zorgvuldig te laten verlopen. Doel is wederzijds begrip en breed gedragen besluiten in de regio. Ik ben dan ook verheugd dat ik de «Handreiking voor de regionale dialoog bij wijzigingen in het aanbod van acute zorg en ziekenhuiszorg» hierbij aan uw Kamer kan aanbieden^{11, 12, 13}. Ik zal de komende tijd monitoren hoe deze handreiking in de praktijk wordt gebruikt, en de handreiking aanpassen als dat nodig blijkt.

2. Differentiatie kwaliteitseisen en Mobiele medische teams

Differentiatie kwaliteitseisen aanbod acute zorg in ziekenhuizen

Met de aangenomen motie van het lid Pouw-Verweij c.s.¹⁴ heeft uw Kamer opgeroepen om, samen met het zorgveld, tot duidelijkere definities te komen voor varianten van acute zorgafdelingen waarvoor nu verschillende termen worden gebruikt. Daarnaast heeft de toenmalige Minister van VWS aan uw Kamer toegezegd een verkenning uit te voeren naar de kwaliteitseisen die moeten gelden voor de verschillende varianten van acute zorgafdelingen¹⁵. Ook is de toezegging gedaan om met het Zorginstituut in gesprek te gaan over het Kwaliteitskader Spoedzorgketen¹⁶. De uitkomst van deze verkenning en gesprekken met het veld (waaronder het Zorginstituut) is dat er afspraken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)¹⁷ zijn gemaakt over de differentiatie van kwaliteitseisen voor het verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen. Differentiatie zorgt ervoor dat de gestelde kwaliteitseisen beter passen bij de verschillen in zorgaanbod. Daarmee hoeven ziekenhuizen geen afdeling acute zorg te sluiten omdat ze niet aan onrealistische kwaliteitseisen kunnen voldoen. Differentiatie van kwaliteitseisen doet daarmee recht aan de praktijk, waarin al verschillende alternatieve

⁹ De internetconsultatie is te vinden op: https://www.internetconsultatie.nl/wijzigingen_regelgeving_acute_zorg/

¹⁰ Brief verzonden aan uw Kamer op 12 september 2025 (Kamerstuk 29 247, nr. 463)

¹¹ Handreiking zoals aangekondigd in de brief stand van zaken beleidsagenda toekomstbestendige acute zorg van 21 december 2023 (Kamerstukken II 2023/24, 29 247, nr. 432).

¹² Kamerstukken II 2023/24, 36 471, nr. 96.

¹³ De Handreiking is te vinden op <https://www.dejuistezorgopdejuistelek.nl/>

¹⁴ Kamerstukken II, 2022/23, 29 247, nr. 421.

¹⁵ Bijlage bij Kamerstukken II, 2024/25, 31 765, nr. 881.

¹⁶ Toezegging gedaan tijdens het debat over het Zuyderland ziekenhuis op 26 september 2024.

¹⁷ Aan uw Kamer verzonden op 8 september 2025 (Kamerstuk 31 765, nr. 943)

organisatievormen van acute zorg bestaan, zoals spoedpleinen of spoedposten.

Partijen hebben afgesproken dat uiterlijk in het vierde kwartaal van 2025 een voorstel wordt uitgewerkt, bestaande uit een set gedifferentieerde kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen. Mocht de Landelijke Spoedzorgtafel niet vóór 1 januari 2026 tot een voorstel komen, dan plaatst het Zorginstituut de kwaliteitseisen voor verschillend aanbod van acute zorg in ziekenhuizen op haar meerjaren-agenda. Hiermee beschouw ik de bovengenoemde toezeggingen als afgedaan. Differentiatie van de kwaliteitseisen zoals hierboven beschreven zal leiden tot duidelijker definities van verschillende vormen van aanbod van acute zorg. Daarmee zie ik ook de motie van het lid Pouw-Verweij c.s. als afgedaan.

Mobiele medische teams

Vanwege de druk op de traumazorg door Mobiel Medische Teams (MMT) heeft de toenmalige Minister van VWS op basis van het advies van het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) in juni 2024 het principebesluit genomen tot uitbreiding van de MMT-zorg met een 24/7 helikopter-MMT op luchthaven Teuge én een 24/7 grondgebonden-MMT in Maastricht. Ik steun dit besluit en het belang van gelijke toegankelijkheid voor heel Nederland tot deze vorm van acute zorg. Ik verken de mogelijkheden om te komen tot passende bekostiging en dekking van benodigde middelen.

De uitbreiding van een 24/7 helikopter-MMT op luchthaven Teuge voor de regio Gelderland/Overijssel vraagt aanvullend nog aanpassing van het luchthavenbesluit. Hiervoor moet door het bevoegd gezag (provincie Gelderland) passende geluidsruimte opgenomen worden in het luchthavenbesluit van Luchthaven Teuge. Op dit moment is er geen geldig luchthavenbesluit en wordt er teruggevallen op de omzettingsregeling luchthaven Teuge¹⁸. De Raad van State heeft namelijk in april jl. het luchthavenbesluit nietig verklaard na bezwaren van omwonenden over de gevolgde procedure. Deze bezwaren hadden geen betrekking op MMT-zorg, omdat MMT-vliegbewegingen (nog) niet waren opgenomen in het thans nietig verklaarde luchthavenbesluit. Nu de procedure tot een nieuw luchthavenbesluit moet worden doorlopen, heeft het LNAZ de provincie Gelderland uitdrukkelijk verzocht stationering van een helikopter op Luchthaven Teuge hierin mee te nemen. In lijn met de aangenomen motie van het lid Rijkers-Oosterkamp (BBB)¹⁹ ben ik in overleg getreden met de provincie Gelderland en heb ik opnieuw aandacht gevraagd voor de stationering van een helikopter op Teuge. Ik heb ook verzocht dit mee te nemen in een nieuw luchthavenbesluit. De provincie geeft aan een positieve grondhouding te hebben ten aanzien van dit verzoek. Ze geeft aan reeds gestart te zijn met voorbereidende werkzaamheden in aanloop naar een nieuw luchthavenbesluit. Op voorhand is lastig aan te geven hoe lang het proces duurt, de verwachting is een doorlooptijd van één tot twee jaar. LNAZ heeft mij laten weten dat het MMT-team per auto vanaf omgeving Teuge kan worden ingezet, zolang er geen helikopter kan vliegen op Teuge. Ik houd uw Kamer op de hoogte van de voortgang op dit dossier.

3. Ontwikkelingen in de ambulancesector

Zoals hiervoor aangegeven wil ik u in deze paragraaf op de hoogte stellen van enkele belangrijke ontwikkelingen in de ambulancesector. Ik ga achtereenvolgens in op de verbeterde urgentie-indeling, de responstijden

¹⁸ Omzettingsregeling luchthaven Teuge – BWBR0032026

¹⁹ Kamerstukken II 2024/25, 31 765, nr. 924.

en mobiele zorgconsulten. Tevens sta ik stil bij het vernieuwde Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid.

Voordat ik hierop in ga, wil ik graag in herinnering roepen dat op dit moment ook de evaluatie van de Wet ambulancezorgvoorzieningen plaatsvindt.²⁰ Het doel van de evaluatie is onderzoeken of de wet in de praktijk doeltreffend is in het borgen van kwaliteit en continuïteit van ambulancezorg. Tevens moet de evaluatie inzichtelijk maken of de huidige kaders in wet- en regelgeving voldoende richting geven en ruimte bieden voor de ontwikkelingen. Na afronding van de evaluatie, gepland voor het eind van dit jaar, zal ik de bevindingen met uw Kamer delen.

Verbeterde urgentie-indeling

Conform de toezegging van de voormalig Minister van VWS, informeer ik uw Kamer hierbij over de verbeterde urgentie-indeling, waar de ambulancesector sinds vorig jaar mee werkt.²¹ Dit heeft als doel de inzet van ambulances verder te optimaliseren. Onderdeel hiervan is een nieuwe categorie voor de grootst mogelijke spoed: de A0-urgentie.²² De A0-urgentie is een medisch onderbouwde categorie voor de gevallen met de grootst mogelijke spoed (die voorheen allemaal als A1 werden geclassificeerd). In dergelijke gevallen telt elke minuut voor de overlevingskansen of kwaliteit van leven van de patiënt. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om een reanimatie, of een situatie waarin de patiënt niet of nauwelijks ademt, of een situatie waarin de centralist oordeelt dat de zorgvraag potentieel levensbedreigend is, zoals bij een grote bloeding. In 2024 waren er 22.124 inzetten met de A0-urgentie.²³ Dit betrof ongeveer 3% van de A0- en A1-spoedinzetten tezamen.

Het evaluatierapport van het gebruik van de verbeterde urgentie-indeling ambulancezorg is 19 augustus jl. verschenen op de website van Ambulancezorg Nederland (AZN).²⁴ De implementatie van de A0-urgentie is (overwegend) positief beoordeeld door zowel melders, patiënten als zorgprofessionals. De eerste cijfers laten daarbij 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.

De verbeterde urgentie-indeling is door de ambulancesector geïmplementeerd. De wettelijke norm is nog gebaseerd op de oude urgentie-indeling.²⁵ Ik zal de komende tijd gebruiken om me te beraden op een geschikte wettelijke norm die aansluit bij deze nieuwe urgentie-indeling. Dit zal ik in samenhang bekijken met de uitkomsten van de genoemde wetsevaluatie en de manier waarop de A0-urgentie een plek krijgt in het

²⁰ Conform artikel 31a van de Wet ambulancezorgvoorzieningen «zendt Onze Minister binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van deze wet aan de Staten-Generaal een verslag 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 Regionale Ambulancevoorzieningen.»

²¹ Bijlage bij Kamerstukken II, 2024/25, 36 600 XVI, nr. 200

²² 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 hoogcomplexere 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).

²³ De invoering van de A0-urgentie was nog niet bij alle RAV's gestart per 1 januari 2024.

²⁴ «Wat betekent de verbeterde urgentie-indeling voor de ambulancezorg? Evaluatie vanuit het perspectief van ambulancezorgprofessionals en patiënten», te vinden via www.ambulancezorg.nl.

²⁵ Artikel 5, lid 1 Regeling ambulancezorgvoorzieningen.

kwaliteitskader ambulancezorg. Tot die tijd blijven de huidige wettelijke streefnorm voor de A1-urgentie en het toezicht daarop ongewijzigd.

Aanpak dunbevolkte landelijke gebieden

Responstijden zijn de indicator voor de toegankelijkheid van ambulancezorg. Op 18 augustus jl. is het AZN Sectorkompas Ambulancezorg verschenen over het rapportagejaar 2024.²⁶ Daaruit blijkt dat de ambulance in spoedgevallen gemiddeld in 10 minuten ter plaatse is en dat in 95% van de A1-inzetten de ambulance binnen 16:51 minuten ter plaatse is (gemeten op het niveau van de veiligheidsregio). Deze cijfers blijven al enkele jaren stabiel, ondanks de stijgende zorgvraag en personeelskrapte. De streefnorm is echter dat de ambulance binnen 15 minuten ter plaatse is.²⁷

Op grond van de Regeling ambulancezorgvoorzieningen is de regionale ambulancevoorziening (RAV) verplicht jaarlijks de prestaties in relatie tot de eerder genoemde streefnorm te analyseren en in overleg met de zorgverzekeraars aantoonbare maatregelen te nemen wanneer de streefnorm in bepaalde gebieden niet wordt gehaald. Eerder zijn er Kamervragen gesteld over het niet halen van deze streefnorm in dergelijke gebieden, zoals dunbevolkte landelijke gebieden.²⁸ Samen met AZN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zal ik in enkele regio's het gesprek aangaan, met de vraag welke verbetermaatregelen genomen zijn en nog genomen kunnen worden, om lange responstijden in dunbevolkte landelijke gebieden, zoals grensregio's, te voorkomen. Op dit moment worden de gesprekken ingepland. Zodra deze zijn afgerond zal ik de bevindingen met uw Kamer delen.

Transparantie van responstijden op gemeenteniveau

Naar aanleiding van de aangenomen motie Rijkers-Oosterkamp c.s.²⁹ is met AZN gesproken over meer transparantie van de responstijden van spoedritten op gemeenteniveau en waar mogelijk op gemeentekernniveau (dorpsniveau). Mijn ambtsvoorganger heeft AZN verzocht om dit vanaf 2026 (d.w.z. rapportagejaar 2025) jaarlijks inzichtelijk te maken. AZN heeft hier op 26 juni 2025 positief op gereageerd. Tijdens het uitwerken van een passend format bleek inzicht op gemeentekernniveau echter niet (altijd) haalbaar. Waar de aantallen te klein zijn kan dit niet, met het oog op privacy. Ik ben blij met de toezegging van AZN dat de RAV's in ieder geval op gemeenteniveau inzicht zullen verschaffen in responstijden van A0- en A1-inzetten. Daarbij merk ik op dat *transparantie* op gemeenteniveau een ander vraagstuk betreft dan *verantwoording*. Dit laatste vindt, conform de Regeling Ambulancezorgvoorzieningen, nog steeds plaats op het niveau van de veiligheidsregio.³⁰ Daar hecht ik ook aan, omdat dat het niveau is waarop zij capaciteit toebedeeld krijgen. Wel kan transparantie op het niveau van de gemeente mijns inziens leiden tot een betere informatiepositie van gemeenten in de lokale gesprekken over het tijdig bereiken van hun inwoners.

²⁶ www.ambulancezorg.nl

²⁷ Artikel 5, lid 1 Regeling ambulancezorgvoorzieningen luidt: «De Regionale Ambulancevoorziening streeft ernaar dat in de veiligheidsregio binnen 15 minuten responstijd 95% van de inzetten met A1-urgentie ter plaatse is.»

²⁸ Aangangsel Handelingen II, 2024/25, nr. 1663.

²⁹ Kamerstukken II 2024/25, 36 600 XVI, nr. 89.

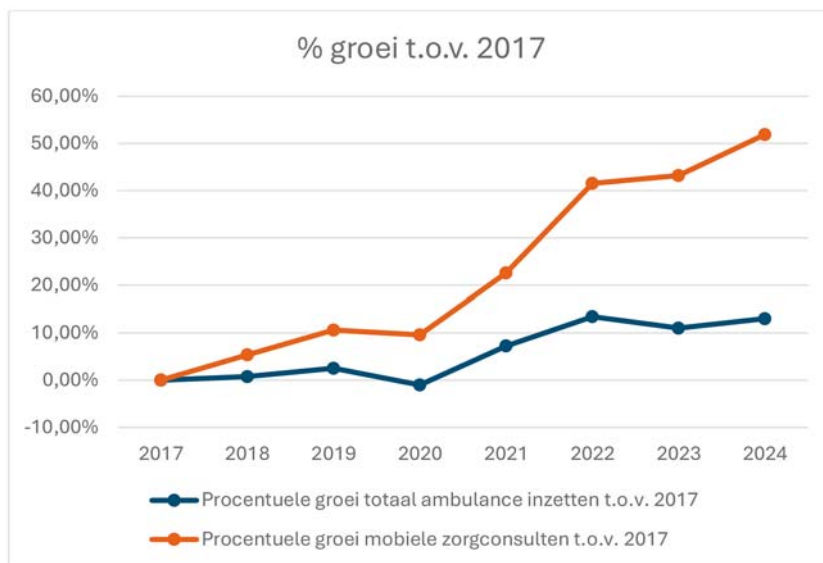
³⁰ N.B. Ook de benodigde ambulancecapaciteit wordt op het niveau van de veiligheidsregio berekend; niet op gemeentelijk niveau.

Ontwikkeling aantal mobiele zorgconsulten

Op 13 juni heeft mijn ambtsvoorganger Kamervragen beantwoord van het lid Van Houwelingen (FVD) over het aantal inzetten van ambulances, rapid responders en first responders.³¹ In die beantwoording is toegezegd om uw Kamer na de zomer opnieuw te informeren met een aanvulling van het jaar 2024 en een uitgebreide verklaring van de volume ontwikkelingen van rapid responders en first responders. Gezien het detailniveau verwijs ik hiervoor naar de bijlage bij deze brief.

Graag beschrijf ik in deze brief wel de algemene ontwikkeling in de sector ten aanzien van het aantal mobiele zorgconsulten.

Grafiek 1: Procentuele groei ambulance inzetten en mobiele zorgconsulten¹



¹ Zie in de bijlage de tabel horend bij deze grafiek.

Het totale aantal ambulance inzetten is sinds 2017 met 13% gestegen. Het aantal mobiele zorgconsulten, ambulance inzetten waarbij geen vervoer van de patiënt naar het ziekenhuis nodig is, is sinds 2017 met 52% gestegen. Bij circa een derde van alle spoedinzetten volstaat een mobiel zorgconsult.³² De toename van dit type ambulancezorg is één van de logische ontwikkelingen in antwoord op de stijgende zorgvraag. Wanneer zorg ter plekke kan worden geboden en de patiënt niet naar een ziekenhuis hoeft te worden gebracht, voorkomt dit zowel SEH-belasting als onnodige (tijds)belasting voor de patiënt. In veel gevallen kan een mobiel zorgconsult worden verzorgd door een rapid responder. Dit is een solo ambulancezorgprofessional in een kleiner voertuig die extra uitrusting (zoals een defibrillator, medicatie en andere medische hulpmiddelen) bij zich heeft.

Het is voor bepaalde indicaties een logische keuze om een rapid responder in te zetten, omdat hoogcomplexere ambulances dan zoveel mogelijk beschikbaar blijven voor de zorgvragen waarbij vervoer van de patiënt naar de SEH nodig zal zijn. Het percentage patiënten dat na een mobiel zorgconsult binnen 24 uur opnieuw ambulancezorg ontving, is

³¹ Aanhangsel Handelingen II, 2024/25, nr. 2442.

³² Ofwel: van alle A inzetten. Bij niet-spoedeisende B inzetten beslaan mobiele zorgconsulten slechts 4 à 5% van alle ritten.

3%.³³ Dit is een indicatie dat in vrijwel alle gevallen de geboden zorg toereikend was. Ik zie dit dan ook als een mooi voorbeeld van hoe de sector aan de slag is gegaan met het doelmatig inzetten van schaarse zorgmiddelen bij een stijgende zorgvraag.

Vernieuwd Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) maakt op mijn verzoek jaarlijks een berekening van het aantal benodigde ambulances in het «referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg». Dit rekenmodel berekent per RAV het aantal ambulances dat minimaal nodig is om in die regio spoedeisende (A-urgenties) en niet-spoedeisende ambulancezorg (B-urgenties) te verzorgen. Voor spoedeisende ambulancezorg is het uitgangspunt dat in 95% van de gevallen een ambulance beschikbaar is voor een spoedeisende inzet. Daarnaast wordt rekening gehouden met de borging van de paraatheid in de regio. Voor dit laatste gaat het referentiekader uit van een spreiding van standplaatsen die ook voorziet in de mogelijkheid dat ambulances van buur-standplaatsen elkaar «rugdekking» kunnen geven in geval van piekdruk. Het rekenmodel beoogt zo voldoende middelen te berekenen, zonder dat er sprake is van inefficiënte overcapaciteit van schaars personeel in de acute zorg.³⁴

In de periode 2023–2025 heeft het RIVM onder begeleiding van een expertteam met vertegenwoordigers van AZN, ZN en het Ministerie van VWS onderzoek gedaan naar verbetering van het rekenmodel van het referentiekader.³⁵ Als gevolg daarvan is dit jaar een aantal verbeteringen aan het rekenkundig model doorgevoerd, waardoor het model de werkelijkheid beter benadert en minder gevoelig is voor jaarlijkse schommelingen in de productiecijfers. Op basis van het nieuwe model, dat in staat is een afgewogen voorspelling te maken voor het komende jaar, komt het aantal beschikbare ambulances in Nederland beter overeen met de te verwachten zorgvraag, met als gevolg een passender zorgaanbod.

Met de invoering van deze methode stijgen de RAV-budgetten eenmalig meer dan normaal (2,17% productiegroei ten opzichte van de RAV-budgetten voor dit jaar), om tegemoet te komen aan de voorspelde stijging van het aantal inzetten in 2026. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft de resultaten van het referentiekader reeds doorgerekend in de budgetten voor de RAV's voor 2026, die jaarlijks conform de NZa beleidsregel «Regionale Ambulancevoorzieningen» rond de zomer worden vastgesteld.

4. Basiscapaciteit Intensive Care

Op 5 juli 2022 heeft uw Kamer een motie³⁶ aangenomen die de regering verzoekt om te streven naar een Intensive Care (IC)-basiscapaciteit van ten minste 1.150 bedden en met regelmaat in de praktijk te toetsen of deze capaciteit ook wordt gehaald. Het is partijen de afgelopen jaren niet gelukt om hierover afspraken te maken ondanks diverse acties. In het eerste half jaar van 2024 lag de gemiddelde operationele IC-capaciteit rond de

³³ Sectorkompas Ambulancezorg 2024

³⁴ Het referentiekader is geen blauwdruk. De werkelijke vestiging van een standplaats is ter vaststelling door een RAV in samenspraak met de zorgverzekeraars in de regio. Voorwaarde bij het inrichten van de standplaatsen is uiteraard wel dat het minimumniveau, dat door het referentiekader wordt gedefinieerd, niet onderschreden wordt.

³⁵ U vindt het rapport op www.rivm.nl.

³⁶ Kamerstukken II 2021–2022, 25 295, nr. 1905

1.000 bedden. Mijn voorganger heeft u geïnformeerd dat na juni 2024 geen landelijke aantallen meer zijn verzameld.³⁷

Het Zorginstituut is gevraagd om met betrokken veldpartijen afspraken te maken over een flexibele organisatie van de IC-zorg en dit op te nemen in haar Meerjarenagenda. Hiertoe heeft het Zorginstituut gesprekken gevoerd met veldpartijen. Op 19 juni 2025 heeft het Zorginstituut laten weten dat zij het onderwerp niet op haar Meerjarenagenda kan plaatsen. Omdat zij het reëel achten dat partijen er niet met elkaar uitkomen en het Zorginstituut juridisch geen mogelijkheid ziet om in dat geval doorzettingsmacht toe te passen.

Ik hecht eraan uitvoering te geven aan de breed gedragen wens in de Kamer. Nu het Zorginstituut heeft aangegeven dat er verschillende inzichten blijven bestaan over de basiscapaciteit, zie ik mij genoodzaakt om de route van wetgeving in te slaan om uitvoering te geven aan de motie. Ik zal daarom een verkenning starten naar wet- en regelgeving voor het vastleggen van een basiscapaciteit. Dat neemt niet weg dat het partijen vrij staat om eerder tot een concrete oplossing voor het vraagstuk te komen. Ik zal uw Kamer uiterlijk Q1 2026 informeren over de stand van zaken.

Tot slot

Acute (spoedeisende) zorg is een belangrijke pijler van onze zorg. Het kabinet wil zich inspannen om de toegankelijkheid van acute zorg in iedere regio goed te regelen. Ik ben daarom blij dat de aangepaste regelgeving nu ter consultatie voorligt, per 1 januari 2027 de budgetbekostiging voor SEH's van start gaat en de Handreiking nu is gepubliceerd. Hiermee zetten we belangrijke stappen om ervoor te zorgen dat iedereen die deze nodig heeft tijdig de juiste spoedzorg ontvangt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J.A. Bruijn

³⁷ Kamerstukken II 2024–2025, 36 613 XVI, nr. 3

BIJLAGE

Op 13 juni jl. heeft mijn ambtsvoorganger Kamervragen beantwoord van het lid Van Houwelingen (FVD) over het aantal inzetten van ambulances, rapid responders en first responders.³⁸ In die beantwoording werd toegezegd om uw Kamer na de zomer opnieuw te informeren met een aanvulling van het jaar 2024 en een meer uitgebreide verklaring van de volume ontwikkelingen van rapid responders en first responders. Hierbij geef ik invulling aan deze toezegging. Onderstaande tabel is aangevuld met 2024 op basis van het onlangs verschenen jaarlijkse sectorkompas van Ambulancezorg Nederland.³⁹

Jaar	Totaal aantal ambulance-inzetten	Waarvan aantal mobiele zorgconsulten	Totaal aantal inzetten rapid responders ¹	Totaal aantal inzetten first responders ²
2024	1.484.107	417.204	64.720	–
2023	1.457.863	393.368	68.694	8.143
2022	1.489.572	388.797	52.602	3.688
2021	1.408.115	336.691	57.154	5.598
2020	1.299.620	301.015	47.289	3.774
2019	1.346.055	303.822	50.531	3.000
2018	1.322.844	289.386	52.779	3.286
2017	1.313.103	274.678	51.731	2.803

¹ De aantallen van rapid responders maken onderdeel uit van het totale aantal ambulance inzetten. AZN werkt voor de aantallen rapid responders met zelfgerapporteerde cijfers door RAV-en.

² First responders zijn politie, brandweer en burgerhulpverleners samen; deze maken dus geen onderdeel uit van het totale aantal ambulance inzetten. First responders bieden de eerste hulp in afwachting van een ambulance in situaties waarin elke minuut telt (reanimatie).

Toelichting «Rapid responder»

De inzet van de rapid responder is een vorm van ambulancezorg. De rapid responder is in dienst van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) en wordt solo ingezet in een kleinere ambulance auto bij meldingen waarbij de meldkamer ambulancezorg geen vervoer van de patiënt verwacht. Ook wordt de rapid responder ingezet om als eerste eenheid ter plekke zorg te verlenen in afwachting van andere eenheden zoals een ALS-ambulance en indien nodig vervolgzorg door andere zorgverleners in gang te zetten. Een rapid responder kan een ervaren ambulanceverpleegkundige of medisch hulpverlener zijn, maar RAV-en hebben de afgelopen jaren ook ingezet op het opleiden en positioneren van Verpleegkundig Specialisten (VS) en Physician Assistants (PA). Rapid responders kunnen met hun aanvullende kennis, bevoegdheden en materialen bepaalde zorg zelfstandig bieden en afhandelen. Bijvoorbeeld bij een patiënt met buikklachten waarbij echografie wordt ingezet, hechtingen, katheterzorg, of palliatieve zorg. Ambulancevoorzieningen krijgen een door het RIVM berekend budget om voldoende capaciteit beschikbaar te kunnen stellen voor tijdige ambulancezorg. Het is aan de RAV om dit budget zo aan te wenden dat zij in de betreffende regio hiermee goede zorg leveren. Hierbij kan gekozen worden voor het inzetten van rapid responders. Effectieve inzet van rapid responders kan leiden tot financiële ruimte voor de RAV die kan worden aangewend voor de inzet van een aanvullend zorgaanbod. Er is dan in totaal meer zorgaanbod om dus sneller patiënten te kunnen helpen, waarbij hoogcomplexe ambulances zoveel mogelijk beschikbaar blijven voor de zorgvragen waarbij vervoer naar de SEH nodig zal zijn.

³⁸ Aanhangsel Handelingen II, 2024/25, nr. 2442.

³⁹ Alle data komen uit de jaarlijkse Sectorcompassen (2017–2024), te vinden op www.ambulancezorg.nl.

Terwijl het aantal mobiele zorgconsulten sinds 2017 met 52% is gestegen, is het aantal rapid responders sinds 2017 met 25% gestegen. Er is dus sprake van een duidelijke stijging, maar die verklaar ik vooral door een stijging van het aantal mobiele zorgconsulten als geheel. Het *aandeel* mobiele zorgconsulten dat wordt geleverd door rapid responders blijft stabiel.

Toelichting «First responder»

Bij een hartstilstand is het voor de overlevingskans cruciaal dat iemand binnen 6 minuten wordt gereanimeerd en een AED wordt aangesloten. First responders bieden de eerste hulp in afwachting van een ambulance in situaties waarin elke minuut telt. De first responder is een hulpverlener die door de meldkamer ambulancezorg automatisch wordt gealarmeerd om, in afwachting van de komst van een ambulance-eenheid, de hulpverlening (reanimatie) op te starten. Zowel professionele hulpverleners (huisarts, brandweer, politie) als getrainde burgerhulpverleners kunnen als first responder worden ingezet. HartslagNu beschikt inmiddels over een landelijk dekkend netwerk van burgerhulpverleners die met behulp van AED's binnen enkele minuten kunnen starten met levensreddende handelingen ter overbrugging van de aankomst van de ambulance. Bij meldingen van een (vermoedelijk) benodigde reanimatie, alarmeert de meldkamer ambulancezorg automatisch het systeem van HartslagNu en de andere ketenpartners.

Ten aanzien van de toename in first responders, heeft Ambulancezorg Nederland (AZN) aangegeven dat de significante stijging in hoge mate verklaard wordt door verschillen in de registratie ervan door de RAV-en. Dataoptimalisatie heeft de aandacht van AZN, en zij zullen daar het komende jaar extra aandacht aan besteden. Omdat first responders geen ambulancezorgprofessionals zijn en de inzet ervan wisselend wordt geregistreerd door RAV-en, is AZN dit jaar gestopt met het presenteren van dit cijfer. Het is op dit moment niet betrouwbaar te genereren.