

Vergaderjaar 2019–2020

35 471

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

Nr. 8

VERSLAG

Vastgesteld 12 juni 2020

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen. Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave

I.	Algemeen deel	1
1.	Aanleiding	2
2.	Doel	3
3.	Verantwoordelijkheid van de overheid voor de ambulancevoorzieningen	4
4.	Wat is ambulancezorg?	11
5.	Kwaliteit van de ambulancezorg	14
6.	Eisen aan de ambulancevoorzieningen	15
7.	Rol van de zorgverzekeraars	16
8.	Bekostiging van de ambulancevoorzieningen	17
9.	Toezicht en handhaving	17
10.	Regeldruk	18
11.	Handhaafbaarheidstoets	18
12.	Advies Autoriteit Persoonsgegevens	18
13.	Consultatie veldpartijen	18
II.	Artikelsgewijze toelichting	19

I. Algemeen deel

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen (Wet ambulancevoorzieningen). Zij hebben hierbij nog enkele vragen.

De leden van de **PVV-fractie** hebben met belangstelling kennis genomen van de Wet ambulancevoorzieningen. Deze leden zijn blij zijn dat hiermee het tijdelijke karakter van de huidige wet ten einde komt, maar hebben nog wel enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de Wet ambulancevoorzieningen. Deze leden vinden het een goede ontwikkeling als er met deze wet eindelijk rust en juridische zekerheid komt voor werknemers en werkgevers in de ambulancesector en voor alle ketenpartners in de acute zorg. Deze leden hebben wel nog enkele vragen bij de inhoud van het wetsvoorstel en bij het bijbehorende advies van de Raad van State.

De leden van de **D66-fractie** hebben kennisgenomen van het voorliggende wetsvoorstel van de Wet ambulancevoorzieningen. Deze leden achten het van groot belang dat een juiste balans wordt gevonden tussen voldoende prikkels voor kwaliteit, innovatie en doelmatigheid in de ambulancezorg enerzijds en continuïteit en stabiliteit anderzijds. Daarbij is tevens belangrijk dat de wettelijke organisatie van de ambulancezorg in ons land op een juridisch gedegen manier wordt vormgegeven. Het voorliggende voorstel roept op deze punten verschillende vragen op bij genoemde leden.

De leden van de **GroenLinks-fractie** onderschrijven het doel van onderhavig wetsvoorstel, dat wil zeggen de ambulancezorg aanmerken als niet-economische dienst van algemeen belang (NEDAB) om de continuïteit van deze zorg te waarborgen. Genoemde leden hebben echter wel kritische vragen bij de uitvoering van deze wet.

De leden van de **SP-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de Wet ambulancevoorzieningen en hebben hierover de volgende vragen en opmerkingen.

De leden van de **PvdA-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel van de Wet ambulancevoorzieningen.

1. Aanleiding

De leden van de **CDA-fractie** vragen of de regering een nader overzicht kan bieden van de precieze overeenkomsten en wijzigingen tussen de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) en de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen. Deze leden vragen tevens wat werkgevers, medewerkers, patiënten en ketenpartners in de acute zorg van deze mogelijke veranderingen in de praktijk gaan merken.

De leden van de **SP-fractie** constateren dat er veel ontwikkelingen binnen de acute zorg plaatsvinden en het belang van een goed aansluitende ambulancezorg evident is. Een nieuwe wet voor de ambulancezorg is nodig aangezien de Twaz binnenkort afloopt, maar de leden van de SP-fractie wijzen erop dat zorgvuldigheid boven snelheid moet gaan bij het inrichten van de ambulancezorg. Al meer dan vijftien jaar wordt er gediscussieerd over hoe de ambulancezorg het beste kan worden gerealiseerd in Nederland. De Twaz weerspiegelde de grote tegenstellingen die er leven bij het realiseren van goede ambulancezorg. Deze nieuwe wet moet het voldragen sluitstuk gaan vormen van dat debat. Het gaat voor vele jaren de ambulancezorg vastleggen en dat vereist een zorgvuldige behandeling.

Het aantal meldkamers wordt teruggebracht van vijftientig naar tien. Kan de regering aangeven wat de reden is voor deze schaalvergroting? Is het niet logisch om als schaal hiervoor de schaal van de Regionale

Ambulancevoorziening(RAV) en Veiligheidsregio's aan te houden? Minder meldkamers zorgt toch ook voor minder regionale inbedding en minder kennis van de omgeving? Het concept van colocatie vinden de leden van de SP-fractie logisch, fysieke nabijheid van alle hulpdiensten komt volgens deze leden de snelheid en adequaatheid ten goede.

Tevens hebben deze leden nog de vraag of de regering de precieze overeenkomsten en wijzigingen tussen de Tijdelijke wet ambulancezorg en nieuwe Wet ambulancevoorzieningen in een nader overzicht kan weergeven.

De leden van de **PvdA-fractie** vragen in hoeverre bij de totstandkoming van de wet rekening is gehouden met ontwikkelingen in het zorgland-schap, zoals sluitingen van afdelingen spoedeisende hulp en verloskunde. Kan de regering inzichtelijk maken wat de precieze wijzigingen en overeenkomsten zijn tussen de Twaz en het voorliggend wetsvoorstel?

2. Doel

De leden van de **CDA-fractie** vragen waarom er bij inkoop van ambulanzorg in representatie gekozen is voor de twee grootste zorgverzekeraars in de regio. Waarom is er niet gekozen voor één zorgverzekeraar die de inkoop doet per regio? Deze leden vragen tevens wat er gebeurt als de zorgverzekeraars en de RAV (die in feite monopolist is) er onderling niet uitkomen over bijvoorbeeld het volume dat ingekocht moet worden.

De leden van de **GroenLinks-fractie** constateren dat de regering aangeeft dat het van groot belang is «dat partijen in de acute zorg in de regio en de partijen in de veiligheidsregio op elkaar zijn ingespeeld en elkaar blindelings kunnen vertrouwen». Geldt dit principe niet voor alle zorgsectoren? Waarom wel of waarom niet? Genoemde leden vragen waarom dit principe bij de ambulancezorg zwaarder weegt. De regering stipt het belang aan van de continuïteit in het voortzetten van inkoop van ambulancezorg door zorgverzekeraars in representatie, wat wil zeggen dat de twee grootste zorgverzekeraars in de regio inkopen namens alle zorgverzekeraars. Zou dit principe, waarin twee zorgverzekeraars leidend zijn in inkoop en de andere zorgverzekeraars volgen, ook kunnen worden toegepast in de rest van de Zorgverzekeringwet (Zvw)? De regering geeft aan dat de ambulancezorg als niet-economische dienst van algemeen belang is vrijgesteld van de bepalingen over het vrij verkeer uit het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Is hierover advies ingewonnen bij de Autoriteit Consument en Markt?

De regering stipt het belang aan van de continuïteit in het voortzetten van inkoop van ambulancezorg door zorgverzekeraars in representatie, wat wil zeggen dat de twee grootste zorgverzekeraars in de regio inkopen namens alle zorgverzekeraars. Zou dit principe, waarin twee zorgverzekeraars leidend zijn in inkoop en de andere zorgverzekeraars volgen, ook kunnen worden toegepast in de rest van de Zorgverzekeringwet (Zvw)? De regering geeft aan dat de ambulancezorg als niet-economische dienst van algemeen belang is vrijgesteld van de bepalingen over het vrij verkeer uit het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Is hierover advies ingewonnen bij de Autoriteit Consument en Markt?

De regering geeft aan dat de Twaz de regering de ruimte gaf om een visie over de structurele wetswijziging te ontwikkelen. De regering heeft er na deze visievorming voor gekozen om de ambulancezorg aan te merken als niet-economisch dienst van algemeen belang, maar de financiering niet via een publieke instantie te laten verlopen. Op basis van welke argumenten en afwegingen heeft de regering deze keuze gemaakt?

De leden van de **SP-fractie** delen het belang van continuïteit in de ambulancezorg, dit is van groot belang voor de kwaliteit van zorg. Deze leden stellen dat continuïteit in de ambulancezorg letterlijk van levensbelang is.

3. Verantwoordelijkheid van de overheid voor de ambulancevoorzieningen

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat de Raad van State in haar advies stelt dat met de mededingingsrechtelijke argumentatie nog niet is verzekerd dat de ambulancezorg geen economische dienst vormt in de zin van de regels inzake het vrij verkeer. Voor wat betreft de acute zorg is het plausibel dat deze naar haar aard geen economisch karakter heeft, maar voor wat betreft de niet-spoedeisende ambulancezorg is het twijfelachtig is dat deze als niet-economisch kan worden bestempeld. Deze leden vragen of de regering nader in wil gaan op de kritiek van de Raad van State dat de planbare ambulancezorg geen economische dienst is. Kan de regering toelichten waarom acute ambulance zorg en niet-spoedeisende ambulancezorg tot dezelfde markt behoren? Kan de regering tevens aangeven of bij niet-spoedeisende ambulancezorg wel geconcurrereerd zou kunnen worden op prijs en dat dit bij acute ambulancezorg lastiger is? Genoemde leden lezen dat het waarborgen van de continuïteit van de cruciale schakel die de ambulancezorg is in de keten van acute zorg, sterke publieke waarborgen vergt. Dat betekent in de eerste plaats dat in de wet wordt geregeld dat er – zoals thans ook het geval is – per veiligheidsregio één aanbieder is, die niet alleen het alleenrecht heeft om ambulancezorg te leveren, maar ook de plicht heeft om deze zorg te leveren. Kan de regering toelichten op basis van welke criteria deze aanbieder per veiligheidsregio ingesteld kan worden? Hoe komt de procedure tot aanwijzing er uit te zien?

Tevens lezen deze leden dat er meerdere elementen van de ambulancezorg zijn, die onderstrepen dat het geheel van de ambulancezorg een dienst van zuiver sociale aard is, en daarmee niet-economisch. Een van deze elementen is dat iedere vorm van concurrentie uitgesloten is. Op welke manier voorziet de regering in dit kader de stimulans voor innovatie en kwaliteitsverbetering?

Ook lezen de leden van de VVD-fractie dat gesteld wordt dat ten aanzien van de vergoeding van de ambulancezorg geen ruimte is voor vrije onderhandelingen tussen de RAV en de zorgverzekeraars en slechts beperkte ruimte voor onderhandelingen over het volume. Kan de regering aangeven hoe deze beperkte ruimte geïnterpreteerd moet worden? In de uitzonderlijke situatie waarin de zorgverzekeraar niet langer kan voldoen aan zijn zorgplicht met betrekking tot het leveren van ambulancezorg, en de zorgverzekeraar kan aantonen al het mogelijke te hebben gedaan om de continuïteit van de ambulancezorg te borgen, maar hier desondanks niet in kan slagen, is Onze Minister verantwoordelijk voor het instellen van een vangnetstichting en/of het intrekken van de aanwijzing en het aanwijzen van een andere rechtspersoon. Kan de regering toelichten welke rol de RAV's in deze situatie spelen, gezien hun leverplicht?

De leden van de **PVV-fractie** constateren dat er nog steeds sprake is van een publiek-private mix van het zorgaanbod. Nog afgezien van het feit wat deze mix betekent voor de financiering, al dan niet via de Zorgverzekeringswet, vinden deze leden dat er een duidelijke keuze gemaakt moet worden en dat de ambulancezorg niet in deze mix moet blijven steken. De regering stelt dat de ambulancezorg een NEDAB is en genoemde leden zijn het hiermee eens. Echter, planbare zorg (waaronder ook evenementenzorg en buitenlandvervoer) is mogelijk geen NEDAB en de leden van de PVV-fractie vragen zich dan ook af of de planbare zorg niet beter

losgemaakt kan worden van de spoedeisende ambulancezorg. Zij willen er voorts op wijzen dat de wachttijden, waar de planbare zorg regelmatig mee te maken krijgt, door deze mix blijven bestaan omdat de planbare ambulances (terecht uiteraard) worden «gekaapt» voor spoedeisende situaties. Het is genoemde leden kortom niet duidelijk waarom deze mix tussen publiek en privaat in stand blijft en vragen om een verduidelijking. De leden van de PVV-fractie missen daarnaast nog een aantal waarborgen. Door het sluiten van Spoedeisende Hulp (SEH)-posten staat de ambulancezorg voortdurend onder druk en zullen vaker extra ambulances met extra personeel ingezet moeten worden. Welke waarborgen zijn er voor de 15-minutennorm die nu al regelmatig overschreden wordt? Welke waarborgen zijn er voor voldoende en vakkundig opgeleid personeel? Welke waarborgen zijn er voor de kwaliteit van de spoedeisende zorg nu de aanbieders definitief een monopoliepositie krijgen?

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat dit wetsvoorstel staat of valt bij de vraag of de ambulancezorg daadwerkelijk als een NEDAB kan worden aangemerkt, omdat alleen dan de bepalingen over het vrij verkeer uit het VWEU niet van toepassing zijn. De Raad van State constateert dat het gelet op de rechtspraak onzeker is of met dit wetsvoorstel de (acute en planbare) ambulancezorg als NEDAB kan worden aangemerkt. Zij vragen of de regering hier ook advies over heeft ingewonnen bij de Landsadvocaat. Deze leden vragen ook of de regering een inschatting kan maken of het de verwachting is dat er een rechtszaak door een (buitenlandse) aanbieder gestart zou kunnen worden als dit wetsvoorstel wordt aangenomen.

De regering geeft als een van de argumenten dat een RAV weliswaar in beginsel failliet zou kunnen gaan, maar dat dit risico zeer beperkt is. De leden van de CDA-fractie vragen of er in de afgelopen twintig jaar faillissementen van aanbieders van ambulancezorg hebben plaatsgevonden in Nederland. Zo ja, wat was daar de oorzaak van en hoe is dit faillissement destijds opgevangen?

Een ander argument van de Raad van State is dat de situatie waarin de RAV's nog steeds hun vergoeding krijgen via de zorgverzekeraars (zijnde private partijen) afbreuk doet aan de argumentatie dat het hier om een NEDAB gaat. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering ook heeft overwogen om de financiering op een andere wijze (publiek) te laten plaatsvinden. Zo ja, waarom is daar niet voor gekozen?

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering inzicht kan geven in hoe de ambulancezorg in andere EU-landen is georganiseerd, waardoor deze zorg ook in die landen niet onder de werking van het VWEU valt. Worden ook in andere landen acute en planbare ritten van ambulances gecombineerd bij dezelfde aanbieder?

Een van de aanvullende maatregelen uit dit wetsvoorstel om de status van de ambulancezorg als NEDAB te versterken, is het verplichten om een gescheiden boekhouding te hanteren wanneer een RAV ook andere activiteiten ontplooiën. De leden van de CDA-fractie vragen aan wat voor andere activiteiten hierbij gedacht moet worden.

Deze leden zijn van mening dat het voor de aanrijtijden van ambulances niet uit zou moeten maken of iemand in de grote stad of in de regio woont. Ambulances zouden in alle woonkernen van Nederland zo veel mogelijk binnen de 15-minutennorm moeten arriveren bij de patiënt. De leden van de CDA-fractie vragen daarom waarom er niet voor gekozen is om (naast de 95% grens voor de gehele veiligheidsregio) ook een ondernorm te stellen per gemeente (of woonkern) zodat in spoedgevallen (en onder normale omstandigheden) de ambulance binnen vijftien minuten na ontvangst van de melding bij de patiënt is, ook in de minder bevolkte regio's. Deelt de regering de opvatting dat de regels zoals die nu

zijn vooral in de dunner bevolkte gebieden van een veiligheidsregio kunnen leiden tot minder ambulances die op tijd komen? Zo nee, waarom niet?

De Minister is in het uiterste geval verantwoordelijk voor het instellen van een vangnetstichting en/of het intrekken van de aanwijzing en het aanwijzen van een andere rechtspersoon. De leden van de CDA-fractie vragen hoe snel een andere rechtspersoon in een dergelijk geval kan worden aangewezen, zodat de continuïteit van de ambulancezorg niet in het geding komt.

Genoemde leden vragen op basis waarvan gesteld wordt dat de terugverdientijd van investeringen in de ambulancezorg relatief kort, namelijk circa vijf jaar, is.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering een overzicht kan geven van de rechtsvormen van de huidige 25 RAV's.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat het voor het voorliggende voorstel essentieel is dat de ambulancezorg als geheel kan worden aangemerkt als NEDAB. Alleen in dat geval zijn de Europese regels inzake het vrij verkeer en aanbesteding niet van toepassing en is het onderhavige voorstel, dat de ambulancezorg voor onbepaalde tijd «van de markt haalt», derhalve in overeenstemming met het Unierecht. Tot hun zorg lezen de genoemde leden in het advies van de Raad van State echter dat het gelet op de rechtspraak voor de Raad zeer onzeker is dat de ambulancezorg, zoals vormgegeven met dit voorstel, inderdaad is aan te merken als NEDAB. Deze leden hebben daarom verschillende vragen.

De leden van de D66-fractie lezen dat de Raad van State allereerst constateert dat het ten aanzien van het economisch karakter van de ambulancezorg plausibel is dat deze bij spoedeisende ambulancezorg ontbreekt. Omdat alleen relevant is welk voertuig het snelst ter plaatse kan zijn, ontbreekt volgens de Raad een concurrentiedynamiek. Bij de planbare ambulancezorg spelen volgens de Raad echter niet noodzakelijkerwijze alleen zorg-specifieke afwegingen een rol. De regering overweegt in de memorie daarentegen dat het gebruik van een ambulance een puur zorginhoudelijke overweging is, daarmee niet-economisch van aard, en dat er dus geen reden is om een onderscheid te maken tussen spoedeisende ambulancezorg en niet spoedeisende of planbare zorg. Kan de regering toelichten waarom zij op dit punt afwijkt van de Raad van State? Spelen de kosten en geleverde zorgkwaliteit bijvoorbeeld niet wél een rol bij de planbare ambulancezorg? Kan de regering een vergelijking maken met andere vormen van zorg, waarbij ook sprake is van een zorginhoudelijke weging, die worden aangemerkt als economisch van aard? Hoe zit dit bijvoorbeeld bij de rest van de acute zorg? Mocht de planbare zorg op zichzelf wel economisch van aard zijn, dan is een vereiste dat de acute en planbare ambulancezorg onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden, zodat ook de planbare zorg als onderdeel van alle dienstverlening niet-economisch van aard is, zo begrijpen deze leden. In de gewijzigde memorie van toelichting lezen zij verschillende argumenten waaruit deze onlosmakelijke verbondenheid zou blijken. Dient dit als extra waarborg vanuit de regering voor het geval de planbare ambulancezorg wel als economisch van aard wordt beoordeeld? De regering draagt onder meer aan dat het maar zeer de vraag is of andere aanbieders planbare ambulancezorg beter, tijdiger of goedkoper zouden kunnen leveren dan de RAV's. Heeft de regering dit onderzocht of kan zij deze stelling nader onderbouwen?

Voorts lezen genoemde leden dat de regering stelt dat een splitsing tussen spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg mogelijk de schaarste aan personeel voor de spoedeisende ritten zou vergroten, doordat een deel van de medewerkers zou kiezen voor rustigere ritten. Heeft de regering enige indicatie waaruit blijkt dat (veel) werknemers van de spoedeisende ambulancezorg in dat geval zouden overlopen naar de planbare ambulancezorg? Zijn er bijvoorbeeld enquêtes gehouden onder

het personeel? Is het ook denkbaar dat een splitsing juist een tegenovergesteld effect zou sorteren? Daarnaast draagt de regering aan dat het Hof van Justitie in het verleden heeft geoordeeld dat, mocht een klein deel van een dienst toch als economisch worden aangemerkt, dit opgaat in het geheel van een niet-economische dienst. Is bij de planbare ambulancezorg dan sprake van een klein deel van een dienst? Wat is de verhouding in tijd, geld en menskracht tussen de planbare en spoedeisende ambulancezorg? Verder lezen de leden van de D66-fractie dat de coronacrisis illustratief zou zijn voor de onlosmakelijke verbondenheid van de planbare en spoedeisende ambulancezorg. Er werd capaciteit aan de spoedeisende ambulancezorg onttrokken voor de overplaatsing van coronapatiënten naar intensive careafdelingen in andere delen van het land, hetgeen hoog complexe, niet spoedeisende ambulancezorg betrof. Was de overplaatsing ook mogelijk geweest als de planbare zorg en de spoedeisende zorg niet zoals nu in elke regio waren belegd bij dezelfde RAV's? Hadden in dat geval soortgelijke afspraken kunnen worden gemaakt met aanbieders van spoedeisende zorg, die op dat moment overcapaciteit hadden? Of had dit volgens de regering uitgemaakt voor de beschikbaarheid en geleverde zorgkwaliteit? Kan zij dit nader onderbouwen?

De leden van de D66-fractie lezen ten tweede dat de Raad van State overweegt dat de voorgestelde inrichtingsvorm vooral ontoereikend is omdat niet is verzekerd dat de ambulancezorg geen dienst vormt in de zin van de regels inzake het vrij verkeer. De financiering van de ambulancezorg loopt (nog altijd) immers via de private zorgverzekeraars, die ambulancezorg bij de RAV's inkopen. De RAV's behouden bovendien het bedrijfsmatige financiële risico voor de uitvoering van de ambulancezorg, waarbij zij failliet kunnen gaan. Er blijft volgens de Raad dan ook een zeker marktelement besloten liggen in de ambulancezorg en deze wordt nog altijd tegen een economische tegenprestatie verricht. En uit de rechtspraak kan worden afgeleid dat het begrip «niet-economische tegenprestatie», als uitzondering op de werkingssfeer van de vrijverkeersregels, strikt moet worden uitgelegd, zo lezen genoemde leden. In het nader rapport werpt de regering tegen dat het enkele feit dat de bekostiging van de ambulancezorg via de zorgverzekeraars plaatsvindt, nog niet maakt dat de activiteit van de RAV's economisch is in de zin van het EU-recht. De zorgverzekeraars zijn gebonden aan een budgetbekostiging zonder ruimte om te onderhandelen met de RAV's over de vergoeding voor ritten, die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt bepaald. Daar komt bij dat het aantal diensten dat wordt vergoed in hoge mate wordt bepaald door het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). In combinatie met het feit dat dit vooraf vastgestelde budget redelijkerwijs kostendekkend moet zijn, is het financiële risico voor de RAV's volgens de regering ook zeer beperkt. De leden van de D66-fractie kunnen de argumentatie van de regering goeddeels plaatsen. Wel roept dit de vraag op wat volgens de regering precies nog de toegevoegde waarde is van de inkoop door zorgverzekeraars, in een representatiemodel, ten opzichte van een directe publieke financiering. In hoeverre kunnen zij nog sturen op een inkoop die (goed) samenhangt met de rest van de acute zorg? Of liggen hier hoofdzakelijk praktische redenen aan ten grondslag?

De leden van de D66-fractie vragen zich daarnaast af of de regering, alles overwegend, toch ook met de Raad van State deelt dat er een risico blijft bestaan dat de ambulancezorg, of in ieder geval het planbare deel daarvan, niet kwalificeert als NEDAB. Of durft de regering met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid te stellen dat het wetsvoorstel een rechterlijke toetsing aan het Unierecht zou doorstaan? Heeft de regering enige indicatie ontvangen of er andere partijen zijn dan de huidige RAV's, die worden uitgesloten van de Nederlandse ambulancezorg, en zich tot de rechter zullen wenden in geval dit wetsvoorstel in werking zou treden,

bijvoorbeeld door een van de reacties in de consultatie of een brief, e-mail of gesprek op het ministerie over het voorliggende voorstel? Naast een mogelijke rechterlijke toetsing, constateren deze leden dat ook het risico bestaat dat de Europese Commissie Nederland in gebreke stelt. Hoe vaak is een dergelijke inbreukprocedure de laatste jaren jegens Nederland en andere EU-lidstaten gestart? Acht de regering de kans aanwezig dat de Europese Commissie tot een inbreukprocedure zal overgaan op basis van het voorliggende voorstel? Welke mogelijkheden had de regering om het voorliggende wetsvoorstel aan de voorkant Europees te laten toetsen of af te stemmen? In hoeverre heeft zij daar gebruik van gemaakt? Kan de regering ingaan op de juridische en praktische implicaties van een oordeel door de Nederlandse dan wel Europese rechter dat het voorliggende wetsvoorstel in strijd is met het EU-recht? Hoe is de regering hierop voorbereid en welke vervolgstappen zou de regering in dat geval zetten om de continuïteit van de ambulancezorg binnen de acute keten te borgen? Kan de regering voorts een schematisch overzicht geven van de organisatie van de ambulancezorg in andere Europese landen (het Verenigd Koninkrijk inclusief)? Zijn er al andere Europese landen die de gehele ambulancezorg, of een deel daarvan, hebben aangemerkt als een NEDAB? Zo ja, heeft de Europese Commissie daar een oordeel over gevormd of zijn er nationale gerechtelijke procedures over gevoerd? Of hebben de meeste Europese landen daarentegen gekozen voor een publiek model van ambulancezorg, dan wel een model op basis van aanbesteding of publieke inschrijving? Kan de regering beknopt weergeven wat de redenen van andere lidstaten zijn voor hun gekozen model?

De leden van de D66-fractie constateren voorts dat de Raad van State twee alternatieve inrichtingsvormen denkbaar acht, waarin de benoemde kwetsbaarheden uit het oogpunt van mededinging én vrij verkeer niet of in mindere mate spelen en waarmee de doelen van dit wetsvoorstel volgens de Raad evenzeer kunnen worden bereikt. Het gaat dan om de mogelijkheid van de ambulancevoorzieningen een volledige publieke dienst te maken, of deze via concessieverlening in de markt te zetten. Deelt de regering met de Raad van State dat de kwetsbaarheden uit het oogpunt van mededinging én vrij verkeer bij deze inrichtingsvormen niet of in mindere mate spelen? Uit de reactie van de regering blijkt dat zij geen voorstander is van deze alternatieven. De motivering om niet voor een van deze twee varianten te kiezen roept bij genoemde leden enkele vragen op. Zo lezen zij dat het concessiemodel volgens de regering tot periodieke onzekerheid leidt bij patiënten, werknemers en ketenpartners in zorg en veiligheid. Periodiek wisselende aanbieders van ambulancezorg zouden steeds opnieuw afspraken moeten maken en werknemers verkeren steeds in onzekerheid over wie in de toekomst hun werkgever is en verlaten misschien wel de sector, zo lezen deze leden. Zij begrijpen dat het concessiemodel gevolgen kan hebben voor de continuïteit van de ambulancezorg. Wat deze leden niet geheel volgen, is dat de regering in haar argumentatie uitgaat van een periode van circa vijf jaar, terwijl de Raad van State aangeeft dat het voorstelbaar is een concessie voor een langere periode dan de huidige periode van vijf jaar te verlenen, bijvoorbeeld tien jaar of langer. Acht de regering het eveneens juridisch en praktisch haalbaar een concessie voor de ambulancezorg voor tien jaar of langer te verlenen? Wat zou de maximale periode bedragen volgens de regering? Zo ja, waarom heeft de regering dit niet als vertrekpunt genomen in paragraaf 3.3. van de memorie van toelichting? Kan de regering voor deze leden toelichten in hoeverre haar verschillende argumenten met betrekking tot de periodieke onzekerheid nog opgaan in het geval dat zou worden gekozen voor een concessiemodel van tien jaar of langer? Is het bijvoorbeeld werkelijk zo dat (veel) werknemers mogelijk de sector verlaten vanwege het feit dat de ambulancevoorziening in een regio na tien jaar of meer potentieel zou kunnen wisselen van aanbieder?

Hoe verhoudt dit zich tot de gemiddelde periode dat werknemers in ons land bij een werkgever werken?¹ Voorts vragen de leden van de D66-fractie tot welke onzekerheid het concessiemodel bij patiënten zou leiden. Zijn patiënten volgens de regering zo goed op de hoogte van de specifieke ambulanceaanbieder in de regio waar zij woonachtig zijn? Genoemde leden vragen om bij de voorgaande vragen tevens in te gaan op de mogelijkheid om in de concessievoorwaarden eisen neer te leggen ten aanzien van het (verplicht) overnemen van personeel en activa. In hoeverre kunnen dergelijke voorwaarden bijdragen aan de continuïteit en stabiliteit? Voorts lezen deze leden dat er in dit stelsel ook onzekerheid is over de mate waarin er geconcurrereerd zal worden om de concessies. Kan dit nader worden toegelicht en is dit een probleem volgens de regering? Ziet de regering ook potentiële voordelen van een concessiemodel ten opzichte van het voorliggende voorstel? Deze leden lezen tot slot dat het risico volgens de regering bestaat dat aanbieders aan het eind van de concessieperiode minder zouden gaan investeren in kwaliteit, uit onzekerheid over de toekomst. Kan dit niet juist ook een prikkel zijn om wel te investeren in kwaliteit, zodat een aanbieder ook de volgende concessie wint? Op welke wijze zijn de kwaliteit, innovatie en doelmatigheid in het voorliggende voorstel geborgd? Bestaat volgens de regering het risico dat een aanwijzing voor onbepaalde tijd prikkels op deze vlakken doet verminderen?

De leden van de D66-fractie constateren dat de Raad van State aangeeft dat als wordt vastgehouden aan zorgaanbieders voor onbepaalde tijd, het in de rede ligt om te kiezen voor een publieke voorziening. Genoemde leden lezen in de memorie van toelichting dat het voornaamste argument van de regering tegen dit stelsel is dat zorgverzekeraars dan geen rol meer hebben bij de inkoop van ambulancezorg, terwijl die zorg in steeds grotere mate zou samenhangen met de rest van de acute zorg, die zorgverzekeraars inkopen. Zij ontvangen hierover graag nadere toelichting van de regering. Kan de regering uiteenzetten op welke wijze de inkoop in de rest van de acute zorg exact samenhangt met de ambulancezorg? Op welke wijze zou dit veranderen als de overheid de ambulancezorg publiek in zou kopen? Welke potentiële risico's voor de samenhang dreigen in dat geval concreet? Deze leden hebben het idee dat de regering hinkt op twee gedachten. Ter onderbouwing van de stelling dat de ambulancezorg als NEDAB kan worden beschouwd, had de regering eerder in de memorie van toelichting immers verduidelijkt dat «ondanks dat er wordt gesproken over inkoop, er sprake is van onderhandelingen tussen RAV en representerende zorgverzekeraars met geringe financiële gevolgen». In hoeverre is de – volgens de regering – strikt gereguleerde inkoop van de ambulancezorg onlosmakelijk verbonden met de rest van de acute zorgketen? Welke ruimte hebben de zorgverzekeraars nog om dit op een manier op elkaar af te stemmen die publiek niet mogelijk is? Of speelt voor de regering met name de discontinuïteit een rol, die zou ontstaan doordat er nu private ambulancediensten zijn die dan onteigend zouden moeten worden? Welke discontinuïteit zou in dat geval ontstaan? Welke juridische hobbels zouden moeten worden genomen en zijn die volgens de regering onoverkomelijk? Kan zij een tijdspad van de mogelijke overgangstermijn schetsen? Kan de regering tevens een vergelijking trekken met andere landen waarin de ambulancezorg publiek is gemaakt? Welke gevolgen zou de overgang naar een publiek model hebben op de kwaliteit, innovatie en doelmatigheid in de ambulancezorg enerzijds en continuïteit en stabiliteit anderzijds?

¹ CBS, 23 maart 2018, 1 op 3 werkt 10 jaar of langer bij dezelfde werkgever» (https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/17/1-op-3-werkt-10-jaar-of-langer-bij-dezelfde-werkgever#:~:text=In%2032%20procent%20van%20de,de%205%20en%2010%20jaar.)).

De leden van de **GroenLinks-fractie** merken op dat de Raad van State aangeeft dat als wordt vastgehouden aan zorgaanbieders voor onbepaalde tijd, het in de rede ligt om te kiezen voor een publieke voorziening. De regering geeft aan dat het niet in de rede ligt om zorgverzekeraars geen rol meer te geven bij de inkoop van ambulancezorg vanwege de verwevenheid met de rest van acute zorg. In hoeverre heeft de regering overwogen om zorgkantoren deze coördinerende rol te verschaffen? Wat de Raad van State betreft zal deze wet de EU-toets niet doorstaan en zal de ambulancezorg zal niet worden aangemerkt als NEDAB vanwege het «hybride» karakter aan activiteiten (acute vs. planbare zorg) en de financiering via de ziektekostenverzekering. Waarom heeft de regering ervoor gekozen de ambulancezorg alsnog nog via de Zvw te bekostigen? Wanneer heeft de regering meer helderheid over de beoordeling van de Europese Commissie?

De leden van de **SP-fractie** constateren dat de afgelopen tijd de Twaz als overgangsregeling gold. Wat is er precies geleerd van de Twaz? Welke leerpunten zijn bijvoorbeeld in het voorliggende voorstel meegenomen? Het kwalificeren van de ambulancezorg als NEDAB, vinden genoemde leden verstandig. Kan nogmaals worden toegelicht op welke wijze de planbare zorg wel onder de NEDAB valt? Kan daarnaast worden toegelicht hoe ervoor gezorgd wordt dat het voorliggende wetsvoorstel de toets NEDAB-proof zal doorstaan?

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat als het gaat om de vraag of ambulancezorg in een bepaalde situatie nodig is, de benodigde zorg als enige overweging mag tellen. Deze leden delen de opvatting dat economische overwegingen in een dergelijke afweging geen enkele plaats hebben.

Dat de markt geen plaats heeft in de zorg is een bekend standpunt van de SP-fractie. Dat in dit voorstel wordt voorgesteld dat er geen concurrentie om de markt zou moeten zijn als het gaat om ambulancezorg vinden deze leden dan ook een stap in de goede richting. Ook vinden zij het belangrijk dat zorgverzekeraars inderdaad geen enkele zeggenschap hebben over de inschakeling van een ambulance bij individuele gevallen.

In de memorie van toelichting wordt gesteld dat voor de ambulancezorg als geheel er meer personeel zou moeten zijn, wat gezien de schaarste lastig te realiseren zou zijn. De leden van de SP-fractie vragen hoe groot dit personeelstekort is (nu, over vijf jaar en over tien jaar) en wat er voor acties worden ondernomen om dit tekort op te lossen. De leden van de SP-fractie lezen dat er recent is afgesproken in het onderhandelaarsakkoord dat er een salarisverhoging doorgevoerd zal worden en een eenmalige uitkering.² Wordt de mening gedeeld dat een salarisverhoging in de ambulancezorg hard nodig is?

De zorgverzekeraar heeft de plicht tot het realiseren van de 15-minuten-norm, zo wordt nog maar eens benadrukt in de memorie van toelichting. Recent werd echter bekend dat één op de veertien ambulances in Brabant dit niet haalt³. Wat is de reactie van de regering op dit bericht? Is de regering van mening dat toegankelijkheid van de ambulancezorg hier in het geding is? Als het gaat om de aanrijtijden van ambulances, kan gegarandeerd worden dat de aanrijtijden hard blijven en niet worden vervangen door vage kwaliteitscriteria?

Het verlenen van een aanwijzing voor onbepaalde tijd draagt zeker bij aan de continuïteit en kwaliteit van de ambulancezorg en het behoud van

² Ambulancezorg Nederland, 25 mei 2020, «Onderhandelaarsakkoord voor nieuwe cao ambulancesector» (<https://www.ambulancezorg.nl/nieuws/onderhandelaarsakkoord-voor-nieuwe-cao-ambulancesector>).

³ Brabants Dagblad, 22 mei 2020, «1 op 14 ambulances is niet op tijd bij spoedgevallen» (<https://www.bd.nl/den-bosch-vught/1-op-14-ambulances-is-niet-op-tijd-bij-spoedgevallen~afa2d872/?referrer=https://www.google.com/>).

medewerkers. Genoemde leden delen dan ook de mening van de regering dat een concessieverlening voor de ambulancezorg iedere paar jaar, zoals de Raad van State blijkbaar voor de hand vindt liggen, deze continuïteit niet ten goede komt. Aangezien de Raad van State toch spreekt over aanbestedingsprocessen en dergelijke krijgen de leden van de SP-fractie graag de bevestiging dat dit niet aan de orde zal zijn.

Zij zijn van mening dat de ambulancezorg een publieke voorziening zonder winstoogmerk zou moeten zijn. Het argument dat dit niet zou kunnen omdat andere zorgsectoren waar de ambulancezorg mee samenwerkt ook niet publiek zijn, delen deze leden niet. Is het waar dat private partijen met winstoogmerk ook werkzaam zijn binnen RAV's? Betekent een dergelijke hybride constructie niet een risico voor ondoelmatige zorg en tegengestelde belangen binnen de ambulancezorg? De regering stelt zelf op pagina 21 dat een goede ambulancezorg van groot publiek belang is. Waarom dan geen publieke voorziening? Ziet de regering niet de inhoudelijke voordelen daarvan?

In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat het omvormen van de ambulancezorg tot een publieke voorziening zou betekenen dat private ambulancediensten onteigend moeten worden en dat dit een compensatie en overgangstermijn vraagt. De vraag is of dit waar is. Als een wet gewijzigd wordt waardoor bepaalde taken voor bedrijven vervallen, houdt dit toch niet in dat die bedrijven onteigend moeten worden? Zeker ook omdat praktisch gezien het voor de hand ligt dat het personeel dat niet meer bij een privaat bedrijf ambulancezorg kan verlenen, in dienst komt van de desbetreffende RAV. Kan de regering voor elk van de 25 RAV's afzonderlijk aangeven hoe de structuur eruit ziet? Betreft het een publieke, private of een hybride constructie? Genoemde leden vragen hoeveel private ambulancediensten er zijn en op welke wijze de overgang naar een publieke dienst kan worden gerealiseerd. De Afdeling van de Raad van State geeft aan dat als wordt vastgehouden aan zorgaanbieders voor onbepaalde tijd, het in de rede ligt om te kiezen voor een publieke dienst. Graag ontvangen genoemde leden een reactie hierop.

4. Wat is ambulancezorg?

De leden van de **VVD-fractie** vragen of de regering kan aangeven hoeveel van de, onder «Ad b. Is er sprake van een ambulance»-genoemde voorbeelden van ambulances op dit moment in gebruik zijn bij de RAV's. Kan de regering daarbij tevens aangeven hoe vaak deze voertuigen de afgelopen vijf jaar zijn ingezet en wat de (zorg)kosten bedragen per vervoersrit per voertuig?

Genoemde leden willen graag weten wat het percentage ingezette hoogcomplexere ambulancezorg, middencomplexere ambulancezorg en laagcomplexere ambulancezorg is geweest in de afgelopen vijf jaar.

De leden van de **PVV-fractie** maakten zich tijdens de verlenging van de huidige Twaz zorgen over het veranderen van de naam en functie van ambulanceverpleegkundige in ambulancezorgprofessional. Genoemde leden hadden daarom een amendement ingediend⁴ om ervoor te zorgen dat bij spoedeisende zorg, waarbij het draait om het veiligstellen van vitale lichaamsfuncties, altijd een Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-geregistreerde ambulanceverpleegkundige aanwezig is. Het wetsvoorstel lijkt hier geen rekening mee te houden hoewel het amendement was aangenomen. Deze leden vragen de regering dan ook het wetsvoorstel hierop aan te passen.

De leden van de **CDA-fractie** vragen wat de huidige definitie is van ambulancezorg en op welke wijze deze nieuwe definitie daarvan afwijkt.

⁴ Kamerstuk 34 623, nr. 12.

De regering geeft aan dat een (trauma)helikopter van het mobiel medisch team (MMT) geen ambulance is, ondanks dat de patiënt in uitzonderingsgevallen wel meegenomen kan worden. Deze leden vragen of de ambulancehelikopters voor het vervoer van patiënten vanaf de Waddeneilanden altijd andere voertuigen zijn dan de (trauma) helikopters van het MMT, of dat dezelfde voertuigen ingezet (kunnen) worden voor beide doeleinden. Zij vragen hoeveel procent van de patiënten wordt meegenomen met de helikopter naar het ziekenhuis. Is er naar mening van de regering voldoende capaciteit om verkeersslachtoffers overal in Nederland op tijd te bereiken en te helpen?

De leden van de CDA-fractie vragen waarom er voor gekozen wordt om de functiebenaming «ambulancezorgprofessional» te behouden in dit wetsvoorstel. Deze leden zouden liever zien dat de functiebenaming «ambulanceverpleegkundige» terugkomt, zoals dat ook in het amendement Keijzer⁵ was voorgesteld. Kan de regering aangeven waarom er toch voor deze benaming gekozen is? Is het niet zo dat hierdoor onvoldoende erkend wordt dat de verpleegkundige op de ambulance iemand is die niet alleen een verpleegkundige opleiding heeft gedaan, maar ook minimaal één specialistische vervolgopleiding heeft gevolgd (bijvoorbeeld voor de SEH, Intensive Care (IC), Coronary Care Unit (CCU) of anesthesie)? De leden van de CDA-fractie vragen wanneer volgens planning het Kwaliteitskader Acute psychiatrie ambulancezorg geactualiseerd zal worden.

Een buitenlandse aanbieder die ambulancezorg in Nederland verzorgt (bijvoorbeeld in het grensgebied) valt onder deze Wet ambulancevoorziening. De leden van de CDA-fractie vragen hoe de samenwerking met buitenlandse aanbieders van ambulancezorg is geregeld in de grensgebieden. Kunnen Duitse en Belgische aanbieders volledig aan de eisen in de onderhavige wet voldoen? Zijn zij hierover geconsulteerd? Kan de regering op een rij zetten wat de verschillen in bevoegdheden zijn tussen medewerkers van Nederlandse ambulances en medewerkers van Duitse of Belgische ambulances? Leveren deze verschillen in bevoegdheden problemen op in de grensregio's?

De sector onderzoekt momenteel de mogelijkheden van meer differentiatie in de urgentie en de triage van ambulancezorg. De leden van de CDA-fractie vragen hoe het hiermee staat.

De regering geeft aan dat per ministeriële regeling enkele uitzonderingen gemaakt kunnen worden op de regel dat alleen de RAV ambulancezorg in de betreffende veiligheidsregio mag leveren. Als voorbeeld worden Belgische of Duitse ambulances genoemd die in de grensregio mogelijk eerder aanwezig kunnen zijn. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering dit ook daadwerkelijk wil regelen en niet alleen een mogelijkheid willen noemen.

Zij vragen welke overwegingen mee kunnen spelen om intraklinisch vervoer met zorg of intraklinisch vervoer met psychiatrische zorgverlening op termijn al dan niet vrij te geven voor andere aanbieders dan de RAV.

De leden van de **D66-fractie** vragen waarom in het voorliggende wetsvoorstel is gekozen voor de term ambulancezorgprofessional, in plaats van ambulanceverpleegkundige. Zou het volgens de regering in de rede liggen om de rol van de ambulanceverpleegkundige te verankeren in de wet? Of zou dit in de optiek van de regering tot een ongewenste wettelijke functiedifferentiatie leiden ten opzichte van andere typen verpleegkundigen die eveneens werkzaam zijn in de ambulancezorg?

De leden van de **GroenLinks-fractie** merken op dat in Artikel 5.2 wordt vastgesteld dat er via een ministeriële regeling verschillende categorieën ambulancezorgprofessionals worden aangewezen, waaraan verschillende opleidings- of deskundigheidseisen gesteld kunnen worden. Wordt deze

⁵ Kamerstuk 34 623, nr. 17.

regeling bij de Kamer voorgehangen? Waarom is er niet gekozen voor een algemene maatregel van bestuur? De ambulancezorgprofessional die verantwoordelijk is voor de medisch-inhoudelijke kwaliteit van de ambulancezorg binnen de RAV, is volgens het huidige Professioneel statuut Medisch Manager Ambulancezorg (MMA) een arts die is ingeschreven in het BIG-register. Waarom kan dit niet ook een verpleegkundig specialist zijn?

De leden van de **SP-fractie** constateren dat in het voorliggende wetsvoorstel op veel plaatsen wordt gesproken van de ambulancezorgprofessional. Waarom wordt er niet langer gesproken over de ambulanceverpleegkundige? Kan het beroep ambulanceverpleegkundige in de wet gehandhaafd worden? Deze leden zouden graag horen waarom er gekozen wordt voor functiedifferentiatie. De leden van de SP-fractie krijgen graag toegelicht wie er precies bevoegd en bekwaam is om deze complexe zorg uit te voeren. Welke groepen vallen dan ook precies onder de term «ambulancezorgprofessional»? Is de term «ambulancezorgprofessional» wel duidelijk genoeg? Is voldoende duidelijk dat er bij deze term een verpleegkundige beroepsuitoefening vereist is? Voor welke functies is BIG-registratie vereist?

Wanneer kunnen de leden van de SP-fractie een actualisering van het Kwaliteitskader Acute psychiatrie ambulancezorg verwachten?

Zij lezen de zinsnede «op dit moment onder normale omstandigheden binnen 15 minuten». Wat wordt hier precies mee bedoeld?

De Gezondheidsraad komt met een advies over een meer medisch-inhoudelijke onderbouwing van een spreidingsnorm voor spoedeisende ziekenhuiszorg. Wanneer kunnen deze leden deze onderbouwing verwachten?

Wanneer is het onderzoek beschikbaar, waarover wordt gesteld dat de sector de mogelijkheden onderzoekt van meer differentiatie in de urgentie van ambulancezorg?

De leden van de **PvdA-fractie** willen hun zorgen uiten met betrekking tot het verdwijnen van centrale positie van de ambulanceverpleegkundige in de ambulancezorg. Kan de regering ingaan op de definitie van ambulancezorgprofessional? Kan de regering toelichten waarom er is afgeweken van de centrale rol van de ambulanceverpleegkundige? Waarom is er niet gekozen voor een onderscheid tussen een ambulanceverpleegkundige, die over een gespecialiseerde opleiding beschikt en andere zorgverleners die kunnen functioneren in de spoedeisende zorg? De leden van de PvdA-fractie vinden dat er verschil bestaat tussen spoedeisende zorg zoals die wordt verleend in de ambulancezorg en spoedeisende zorg zoals die wordt verleend binnen een team van zorgprofessionals op bijvoorbeeld een operatiekamer of een diagnostische afdeling in een ziekenhuis. Hoe komt dat verschil in benodigde opleiding en ervaring in de nieuwe wet tot uiting? Of is de regering van mening dat dit verschil in de praktijk van de acute zorg geen rol speelt en van geen invloed is op de kwaliteit van de ambulancezorg? Kan de regering dit uitgebreid toelichten?

Hoe verhoudt de deskundigheid van de ambulanceverpleegkundige zich tot die van een ambulancezorgprofessional? Aan welke deskundigheid- en opleidingseisen moet een ambulancezorgprofessional voldoen? Hoe past deze wijziging in een zorglandschap met een almaar toenemende complexiteit van de zorgvraag? Kan de regering garanderen dat de kwaliteit van de ambulancezorg gewaarborgd blijft? Op welke wijze wordt met de overgang naar centrale rol van de ambulancezorgprofessional recht gedaan aan de deskundigheid en ervaring van ambulanceverpleegkundigen? In hoeverre is de sector betrokken geweest bij de totstandkoming van de positie van ambulancezorgprofessional? In hoeverre is de overgang van de term ambulanceverpleegkundige naar ambulancezorgprofessional ingegeven door schaarste aan personeel?

5. Kwaliteit van de ambulancezorg

De leden van de **VVD-fractie** constateren dat met dit wetsvoorstel periodieke visitatie verplicht wordt gesteld om voortdurende kwaliteitsverbetering te bevorderen. Kan de regering toelichten hoe deze visitatie er uit zal komen te zien? Zal er ook onverwacht gevisiteerd worden?

Genoemde leden lezen dat de RAV's zich in het openbaar moeten verantwoorden over de kwaliteit van zorg. Het is de bedoeling dat daarvoor een nieuw kwaliteitskader 2.0 wordt opgesteld met in 2023 definitieve normen, een volledige set van indicatoren en een nieuw implementatieplan voor de daaropvolgende jaren. Op basis daarvan zullen de RAV's zich kunnen verantwoorden. Deze leden vragen zich af, gezien het feit dat het nieuwe kader in 2023 gereed is, hoe die openbare verantwoording er in de tussentijd uit komt te zien. Welke handvatten, normen en indicatoren worden daarbij gebruikt?

Zij lezen dat er periodiek bestuurlijk overleg plaatsvindt tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), onder andere aan de hand van het Actieplan ambulancezorg dat in november 2018 is opgesteld door AZN, ZN en het Ministerie van VWS. Het Actieplan moet het mogelijk maken dat de ambulancesector nu en in de toekomst goede ambulancezorg kan blijven bieden en de kwaliteit van de zorg blijft verbeteren. Kan de regering toelichten wat de stand van zaken tot nu toe is met betrekking tot de doelstellingen die in het actieplan worden genoemd?

De leden van de **PVV-fractie** begrijpen dat er geen jaarlijkse benchmarking meer zal zijn maar dat er een vijfjaarlijkse visitatie zal plaatsvinden. Deze leden denken dat het toezicht op de kwaliteit daarmee onvoldoende is, zeker als in een regio opnieuw een SEH-post verdwijnt. In het kader van het veranderende zorglandschap zou er minimaal een jaarlijkse kwaliteitscontrole moeten plaatsvinden, aldus genoemde leden. Is de regering het daarmee eens? Zo nee, waarom niet? Het is deze leden ook niet duidelijk waar extra kwaliteitsinvesteringen, bijvoorbeeld in apparatuur, van betaald gaan worden. Zij krijgen hierop graag een uitgebreide toelichting.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de regering aangeeft aan dat kwaliteitskaders en richtlijnen de kaders bieden waarbinnen de kwaliteit van de ambulancezorg wordt geborgd en dat via periodieke visitaties voortdurende kwaliteitsverbetering bevorderd wordt. Deze leden hechten zeer aan het voortdurend verbeteren van kwaliteit en de inzet daartoe. Zij vragen daarom of de regering overweegt om een kwaliteitsregister op te zetten en deelname te verplichten bijvoorbeeld ten aanzien van het aantal stops (vergelijkbaar met het kwaliteitssysteem van de SEH: «Netherlands Emergency department Evaluation Database» (NEED)

De leden van de CDA-fractie vinden het tevens belangrijk om goed te blijven volgen of er daadwerkelijk voldoende sprake is van een continue lerende cultuur binnen de RAV's. Daarom stellen deze leden voor om een evaluatiebepaling in de wet op te nemen, waarbij met nadruk onderzocht moet worden of er daadwerkelijk voldoende (prikkel is voor) innovatie binnen de ambulancesector. Hierbij kan ook de werking van de «definitieve» normen die uiterlijk in 2023 worden vastgesteld, worden meegenomen. Deze leden vragen de regering om op dit voorstel te reageren. De leden van de CDA-fracties vragen welke andere meetbare kwaliteitsnormen de regering voornemens is om op te nemen in de ministeriële regeling, naast de huidige norm van tijdigheid.

De regering geeft aan dat wordt onderzocht of de triage beter kan en hoe processen kunnen worden verbeterd, zodat ambulances minder vaak ten onrechte voor spoed ingezet hoeven te worden. Genoemde leden vragen

door wie dit onderzocht wordt, aan welke oplossingen gedacht wordt en op welke termijn hier uitkomsten van bekend zullen zijn.

De leden van de **D66-fractie** vragen de regering voorts of zij een nader overzicht (bij voorkeur schematisch) kan geven van de precieze overeenkomsten en wijzigingen tussen de Tijdelijke wet ambulancezorg en de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen. Verder begrijpen de genoemde leden dat de regering voornemens is om naast de norm voor tijdigheid ook andere meetbare kwaliteitsnormen op te nemen in de ministeriële regeling of daar in de ministeriële regeling naar te verwijzen. Kan de regering reeds aangeven aan wat voor (soort) kwaliteitsnormen deze leden daarbij mogen denken? Waarom is er niet gekozen voor het opnemen van een evaluatiebepaling in het voorliggende voorstel?

De leden van de **SP-fractie** constateren dat met dit wetsvoorstel periodieke visitatie verplicht wordt gesteld om voortdurende kwaliteitsverbetering te bevorderen. Een goede kwaliteit en toezicht op die kwaliteit van de ambulancezorg is belangrijk. De leden van de SP-fractie vinden het belangrijk dat ook zorgverzekeraars aangesproken kunnen worden op het leveren van goede en tijdige zorg. Wel vragen genoemde leden of een visitatie per periode van vijf jaar wel voldoende is. Volgens deze leden is een voortdurende controle op kwalitatieve en kwantitatieve normen noodzakelijk. Ligt een periode van bijvoorbeeld drie jaar niet meer voor de hand?

Naast de norm voor tijdigheid is het voornemen om tevens andere meetbare kwaliteitsnormen op te nemen in de ministeriële regeling. Deze leden vragen aan wat voor normen zij moeten denken. Kan een aantal voorbeelden benoemd en uitgewerkt worden? Waarom wordt niet gekozen voor een algemene maatregel van bestuur bij deze cruciale onderwerpen?

De leden van de SP-fractie vragen waarom er geen evaluatiebepaling is opgenomen in de Wet ambulancevoorzieningen.

De leden van de **PvdA-fractie** constateren met betrekking tot de norm van tijdigheid dat de aanrijtijden volgens de NZa in momenteel 25 procent van de regio's de prestaties van ambulances ver onder de norm liggen en er structurele knelpunten zijn. De responstijden zijn bovendien sterk achteruit gegaan. Genoemde leden zijn van mening dat iedereen in Nederland er zeker van moet zijn dat een ambulance op tijd komt. Zij vragen zich welke impact voorliggende wet zal hebben op de tijdigheid/aanrijtijden. In hoeverre zal deze wet bijdragen aan (een verbetering van) het behalen van de normen met betrekking tot responstijden? Welke andere meetbare kwaliteitsnormen uit kwaliteitskaders is de regering voornemens op te nemen in de ministeriële regeling?

6. Eisen aan de ambulancevoorzieningen

De leden van de **VVD-fractie** vragen of de regering kan aangeven aan welke andere activiteiten wordt gedacht wanneer er gesproken wordt over RAV's die ook andere activiteiten uitvoeren dan het verlenen van ambulancezorg.

Deze leden lezen voorts dat op basis van artikel 19 nadere regels kunnen worden gesteld aan winstuitkering door RAV's of hun onderaannemers. Het gaat hier om een «kan-bepaling». Het is bij de inwerkingtreding van deze wet niet de intentie om gebruik te maken van dit artikel. Kan de regering aangeven onder welke omstandigheden dit artikel in werking zal treden? Kan de regering tevens toelichten tot hoever de beperkingen op winstuitkering kunnen reiken?

In de brief wordt aangegeven dat RAV's onderaannemers of leden van de coöperatie mogen inschakelen voor het leveren van ambulancezorg.

Gelden voor deze onderaannemers of leden van de coöperatie dezelfde eisen aan doelmatigheid en kwaliteit als bij de RAV's?

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat in tien van de 25 veiligheidsregio's een RAV actief is die de vorm van een gemeenschappelijke regeling van gemeenten heeft. De regering schrijft dat het streven is dat de governance van deze RAV's zoveel mogelijk gelijk is als die van de andere RAV's. Deze leden vragen hoe dit streven daadwerkelijk in werkelijkheid omgezet wordt. Welk orgaan wordt bij deze RAV's de interne toezichthouder?

Er kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels gesteld worden aan de winstuitkering door RAV's of hun onderaannemers. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de regering bij inwerking-treding van deze wet geen gebruik gemaakt zal worden van deze «kan-bepaling». Kan de regering aangeven op grond waarvan gesteld wordt dat het niet voor de hand zou liggen dat excessieve winsten worden gemaakt? Kan de regering onderbouwen waarom een RAV überhaupt aan winstuitkering zou moeten doen?

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering de Kamer jaarlijks kan informeren over hoe het staat met de winsten van RAV's en welke eisen daaraan zijn gesteld. Deze leden vragen tevens of jaarlijks de Kamer geïnformeerd kan worden over de stand van zaken met betrekking tot het interne en externe toezicht en welke kwaliteitseisen inmiddels gesteld worden.

De leden van de CDA-fractie vragen of het onder de huidige Twaz mogelijk is voor RAV's om te fuseren. Zo niet, waarom wordt die mogelijkheid nu wel voorgesteld?

De leden van de **GroenLinks-fractie** merken op dat op basis van artikel 19 nadere regels kunnen worden gesteld aan winstuitkering door RAV's of hun onderaannemers. Het gaat hier om een «kan-bepaling». De regering geeft aan dat het niet de intentie is om gebruik te maken van dit artikel. Waarom wordt deze mogelijkheid dan toch als «kan-bepaling» geboden? Hoe verhoudt het aanmerken van de ambulancezorg als niet-economische dienst zich tot het toestaan van winsten? Waarom heeft de regering er niet voor gekozen om een winstverbod op te leggen?

De leden van de **SP-fractie** constateren dat voor de RAV's en hun onderaannemers een «kan-bepaling» geldt. Aangegeven wordt dat het met de inwerking-treding van de wet niet de intentie is om van dit artikel gebruik te maken. Met het oog op de continuïteit van de aan de RAV's voorbehouden ambulancezorg en het handhaven van de aanwijzing voor de huidige RAV's, waarvan een deel vanwege de rechtsvorm winst mag uitkeren, bestaat op dit moment niet het voornemen om beperkingen te stellen aan die winstuitkering. Het mag bekend zijn dat de leden van de SP-fractie winstuitkering in de zorg of door aanbieders in de zorg zeer onwenselijk vinden. Dat het niet de intentie is om dit «kan-artikel» te gebruiken, gaat de leden dan ook lang niet ver genoeg, winstuitkering blijft immers mogelijk. Waarom wordt niet besloten om winstuitkering in het geheel niet mogelijk te maken? Vereenvoudigt dat ook niet het toezicht omdat als winstuitkering wel is toegestaan het moeilijk is vast te stellen wanneer deze ontoelaatbaar hoog is vanuit doelmatigheidsoogpunt?

7. Rol van de zorgverzekeraars

De leden van de **CDA-fractie** vragen of de regering de meest recente percentages per veiligheidsregio op een rij kan zetten van hoeveel ambulances daadwerkelijk de 15-minutennorm hebben behaald. Welke verbeterplannen hebben zorgverzekeraars om deze percentages naar het

vereiste percentage te krijgen en hebben die verbeterplannen de afgelopen jaren gewerkt?

De leden van de **SP-fractie** vinden het verstandig dat de RAV's niet met alle zorgverzekeraars apart afspraken hoeven te maken. Onderhandelingen vinden plaats via het representatiemodel. Maar de leden lezen tevens: «*Mochten zorgverzekeraars van mening zijn dat zij alle mogelijkheden hebben ingezet in het kader van hun zorgplicht en toch vinden dat de kwaliteit en tijdigheid van de ambulancezorg in de regio niet in orde zijn, dan kunnen zij een signaal afgeven aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) of, als dat niet heeft geleid tot noodzakelijke verbeteringen, de Minister verzoeken om te overwegen of intrekking van de aanwijzing aan de orde is*». Is dit wel eens gebeurd? In welke omstandigheden kan een zorgverzekeraar dit van mening zijn en is de regering het hiermee eens?

8. Bekostiging van de ambulancevoorzieningen

De leden van de **VVD-fractie** zijn benieuwd met betrekking tot de bekostiging van de ambulancevoorzieningen in hoeverre er met de nieuwe wet gestuurd kan worden op kostenbesparing in de ambulancezorg.

De leden van de **CDA-fractie** vragen of de regering inzichtelijk kan maken hoeveel geld er op dit moment jaarlijks aan ambulancezorg wordt uitgegeven.

De leden van de **SP-fractie** vinden het kwalificeren van de ambulancezorg als NEDAB zoals gezegd verstandig. Het financieel risico dat RAV's lopen is heel klein. Het vooraf tussen de RAV's en zorgverzekeraar afgesproken budget wordt nagenoeg altijd volledig betaald door de zorgverzekeraar. Wat wordt precies verstaan onder «nagenoeg»? Wat zijn redenen voor zorgverzekeraars om dit budget niet volledig te betalen? Is dit recent voorgekomen? Zo ja, wat was de reden hiervoor?

De leden van de **SP-fractie** lezen dat er gewerkt wordt met niet-onderhandelbare vaste tarieven. Zij vragen hoe deze tarieven precies tot stand komen. Hebben de RAV's hierin een belangrijke rol?

9. Toezicht en handhaving

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat als een RAV onvoldoende kwaliteit levert, de IGJ namens de Minister een RAV een schriftelijke aanwijzing kan geven, waarna een bevel, een verlenging van het bevel en eventueel een dwangsom kunnen volgen. Ook is het denkbaar dat de Minister een bewindvoerder aanstelt en in het uiterste geval de aanwijzing intrekt en een nieuwe zorgaanbieder aanwijst. De leden van de **CDA-fractie** vragen hoeveel tijd de Minister in een dergelijk geval de RAV geeft om orde op zaken te stellen. Wat is het tijdspad voor een verbeterplan? Wat is de totale termijn tussen de constatering dat iets niet goed gaat en de uiterste maatregel van het intrekken van de aanwijzing?

De leden van de **SP-fractie** vragen of de IGJ in de afgelopen jaren een of meerdere RAV's een aanwijzing of een verdergaande maatregel heeft gegeven. Wat heeft de Inspectie precies opgelegd en met welke reden?

10. Regeldruk

De leden van de **VVD-fractie** vragen of de regering kan toelichten wat de reden is dat het Adviescollege Toetsing Regeldruk de adviesaanvraag ambtelijk heeft afgedaan. Kan het advies alsnog naar de Kamer gestuurd worden?

11. Handhaafbaarheidstoets

De leden van de **CDA-fractie** vragen over welke artikel de IGJ het heeft wanneer zij stelt van mening te zijn dat er sprake is van overlap met enkele artikelen uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza). Deze leden vragen tevens waarom de regering er van overtuigd is dat er bij deze artikelen geen overlap is.

De leden van de **SP-fractie** constateren dat de IGJ aangeeft dat er sprake is van overlap met enkele artikelen uit de Wkkgz en de Wtza. In de memorie van toelichting wordt aangegeven dat er geen sprake is van tegenstrijdigheid tussen de bepalingen in het voorliggende wetsvoorstel en de Wkkgz en de Wtza. Wat is de reactie van de IGJ op deze toelichting? Is zij nu ook van mening dat er geen sprake van overlap is? De NZa adviseert uit oogpunt van doelmatigheid te verkennen hoe de bekostiging anders kan worden ingericht en in de brief wordt aangegeven dat hierover in gesprek wordt gegaan met de NZa. Wanneer vindt dit gesprek plaats? Wat wil de NZa precies aanpassen in de bekostiging van de ambulancezorg? Kan gegarandeerd worden dat de in het wetsvoorstel voorgestelde principe van een concessie voor onbepaalde tijd overeind blijft?

12. Advies Autoriteit Persoonsgegevens

De leden van de **CDA-fractie** vragen naar de stand van zaken van de gesprekken tussen Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en AZN om tot een gezamenlijk standpunt te komen over de vraag of de ambulanceverpleegkundige een centrale rol moet behouden. Hebben deze partijen een uiterlijke termijn gekregen waarvoor ze tot een gezamenlijk standpunt moeten komen? Als deze partijen er niet uit komen, wie bepaalt dan wat de uitkomst zal zijn?

13. Consultatie veldpartijen

De leden van de **CDA-fractie** lezen in deze paragraaf over de consultatie van de veldpartijen onder andere over het beheersbaar houden van de drukte op de SEH's. De leden van de CDA-fractie hebben eerder al gevraagd of er een overzicht kan worden gegeven van het aantal stops bij SEH's per ziekenhuis. Deze leden vragen nogmaals of deze informatie gegeven kan worden. Zij vragen tevens of alle ziekenhuizen dit gegeven op dezelfde wijze bijhouden.

De leden van de **SP-fractie** hebben een aantal vragen naar aanleiding van de consultatie. Kan worden toegelicht waarom het wetsvoorstel met zo'n grote snelheid moest worden behandeld dat een aangepaste consultatieperiode noodzakelijk was? Is zorgvuldigheid hier niet belangrijker dan snelheid?

Hebben andere partijen dan de specifiek geconsulteerde partijen de mogelijkheid gehad om te reageren op het conceptwetsvoorstel? Zo ja, welke partijen hebben gereageerd en wat was hun inbreng?

Er wordt gesteld dat «een gezamenlijk standpunt» van V&VN en AZN met betrekking tot de functiedifferentiatie behulpzaam zal zijn bij het tot stand

brengen van een ministeriële regeling op dit punt. Kan nader worden toegelicht waarom een gezamenlijk standpunt er niet is en wat de verschillen van mening precies inhouden? Ligt het niet voor de hand om bij een verdere invulling dit niet via een algemene maatregel van bestuur te doen? Kan de regering dit nader motiveren?

Er was in de consultatie aandacht voor het al dan niet vrijgeven van intraklinisch vervoer voor andere aanbieders dan RAV's. Zorginstellingen waaronder ziekenhuizen en ggz-instellingen moeten soms lang wachten op de ambulance als een patiënt overgebracht moet worden naar een andere locatie van de instelling. Om deze reden zou overwogen kunnen worden om deze ambulancezorg vrij te geven voor andere aanbieders dan RAV's. In het voorliggende wetsvoorstel staat dat er op dit moment geen plannen zijn om intraklinisch vervoer met zorg of andere vormen van ambulancezorg vrij te geven voor andere aanbieders, maar dat als een wijziging met betrekking tot de ambulancezorg die is voorbehouden aan de RAV's wordt overwogen, een zorgvuldige afweging van voor- en nadelen noodzakelijk is. Genoemde leden vinden het onwenselijk dat ziekenhuizen en ggz-instellingen lang moeten wachten op beschikbaarheid van een ambulance maar vinden het ook onwenselijk dat het aanbod voor intraklinische vervoer versnipperd raakt. Een secure weging van voordelen en nadelen is hierbij van groot belang aldus de leden van de SP-fractie. Zij gaan ervanuit dat een dergelijk voornemen aan de Kamer wordt voorgelegd.

De leden van de SP-fractie begrijpen dat de functie van overheidscommissaris in eerdere versie van het wetsvoorstel opgenomen was maar dat deze functie in het nu voorliggende wetsvoorstel is geschrapt. Kan duidelijk worden toegelicht waarom de functie van overheidscommissaris uit het voorstel is geschrapt?

II. Artikelsgewijze toelichting

Artikel 3

De leden van de **SP-fractie** benadrukken nogmaals het grote belang van het duurzaam veiligstellen van ambulancevoorzieningen.

Artikel 5

De leden van de **SP-fractie** begrijpen dat duidelijk moet zijn welke zorg wel en welke zorg niet onder ambulancezorg valt, welke professionals wel ambulancezorgprofessionals zijn of juist niet enzovoorts. Kan voor de volledigheid precies aangegeven worden of er verschillen in deze opsommingen zijn ten opzichte van de Twaz? Zo ja, op welke punten verschilt het voorliggende wetsvoorstel precies van de Twaz?

Artikel 6

De leden van de **SP-fractie** begrijpen dat het derde lid van artikel 6 een uitzondering biedt voor de situatie dat een RAV de ambulancezorg op contractbasis uitbesteedt. Kan duidelijk worden toegelicht om welke redenen een RAV deze functie zou uitbesteden? Welke redenen zijn precies toegestaan?

Artikel 7

De leden van de **SP-fractie** vragen of de positionering van de meldkamers nogmaals kan worden toegelicht, bijvoorbeeld als het gaat om beheer versus bestuur. Is deze positie voldoende wettelijk ingeregeld? Er zijn meer regio's dan meldkamers, waardoor binnen het werkgebied van een meldkamer meerdere RAV's aangewezen kunnen zijn. Graag

ontvangen deze leden een reflectie op deze situatie. Is het handig dat één meldkamer voor meerdere regio's werkzaam is?

Wanneer is de algemene maatregel van bestuur op grond van de Wijzigingswet meldkamers beschikbaar (waarin wordt bepaald in welke gemeente een meldkamer staat)?

Artikel 8

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de nadere eisen aan de RAV ten aanzien van het bestuur en de interne toezichthouder van de RAV, de inrichting van de afzonderlijke boekhouding of de eisen waaraan een RAV na een eventuele fusie moet voldoen, per regio kunnen verschillen. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering dit nader kan toelichten. De Gezondheidsraad onderzoekt momenteel of de 45-minutennorm voor de spreiding van spoedeisende hulpdiensten heroverwogen moet worden. Genoemde leden vragen wat hiervan momenteel de stand van zaken is.

Artikel 8

De leden van de **SP-fractie** vragen welke (zeer) regiospecifieke omstandigheden aanleiding kunnen zijn voor regiospecifieke eisen aan de RAV's. Zij vragen hierop een toelichting en een aantal concrete voorbeelden.

Artikel 10

De leden van de **VVD-fractie** lezen in de artikelsgewijze toelichting in artikel 10 dat het retourbericht onder andere bedoeld is voor het vaststellen van de bekwaamheid van het personeel. Dit betekent dat de medisch eindverantwoordelijke van de RAV een gedetailleerd inzicht krijgt in de «scores» van de ambulancezorgprofessionals op het punt van het stellen van correcte diagnoses. Kan de regering toelichten hoe deze scores worden berekend, en op welke punten professionals nog meer beoordeeld worden, behalve op correcte diagnosestelling?

Artikel 11

De leden van de **SP-fractie** zijn benieuwd of de regering de mening is toegedaan dat de ambulancezorg binnen het verpleegkundige domein valt. Als dit niet het geval is, dan ontvangen zij hierop graag een toelichting.

Artikel 13

De leden van de **SP-fractie** lezen dat andere zorgverlening dan aan de RAV voorbehouden ambulancezorg over het algemeen van relatief bescheiden omvang zal zijn, zo staat vermeld in de memorie van toelichting. Kan inzicht gegeven worden wat het aandeel van de andere taken dan ambulancezorg per RAV zijn? De leden van de SP-fractie ontvangen graag een helder en uitputtend overzicht van deze taken.

Artikelen 17 en 18

De leden van de **SP-fractie** constateren dat op dit moment onder de Twaz een fusie van een RAV met een andere RAV niet is toegestaan. Middels het nu voorliggende wetsvoorstel wordt een dergelijke fusie mogelijk gemaakt indien goedkeuring door de Minister is verleend. Waarom is dit precies veranderd? De leden van de SP-fractie vragen tevens specifiek om redenen waaronder de Minister goedkeuring hiervoor zal verlenen.

Artikel 19

De leden van de **VVD-fractie** constateren dat het eerste lid van artikel 19 bepaalt dat een RAV financieel gezond dient te zijn. Wanneer een RAV financiële problemen heeft, kan de continuïteit van de ambulancezorg in gevaar komen. Dit is bijzonder ongewenst aangezien ambulancezorg een belangrijk onderdeel is van de acute zorg. Kan de regering toelichten welke betrokken partijen welke verantwoordelijkheden hebben bij het onverhoopt in de financiële problemen komen van een RAV? Zijn de partijen op de hoogte van hun verantwoordelijkheden zodat zij adequaat en proactief in een dergelijke situatie kunnen reageren?

Artikel 19

De leden van de **SP-fractie** hebben onder het kopje «winstuitkering» al aangegeven dat zij de «kan-bepaling» (artikel 19, derde lid) onwenselijk vinden en van mening zijn dat winstuitkering in de ambulancezorg nooit mogelijk mag zijn.

Artikelen 21, 22, 23, 24 en 25

De leden van de **CDA-fractie** constateren dat de mogelijkheid die nu nog bestaat in de Twaz om tot strafrechtelijke handhaving over te gaan, in dit wetsvoorstel niet wordt opgenomen. Zij vragen of hiermee strafrechtelijke vervolging van individuele bestuurders in bepaalde gevallen nog wel mogelijk blijft.

Artikelen 21, 22, 23, 24 en 25

De leden van de **SP-fractie** vragen of aan de hand van voorbeelden kan worden geschetst wanneer er sprake is van ernstig verzuim waardoor de IGJ bevoegd is een bevel te geven en wanneer een bewindvoerder kan worden aangesteld door de Minister. Kan nog verder worden toegelicht waarom de strafrechtelijke handhaving die in de Twaz stond, niet in het voorliggend wetsvoorstel staat?

De voorzitter van de commissie,
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker