

6

Wet ambulancevoorzieningen

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen (Wet ambulancevoorzieningen) (35471)**.

De **voorzitter**:

Aan de orde is Wet ambulancevoorzieningen, Kamerstuk 35471.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

De **voorzitter**:

Ik geef de heer Hijink namens de SP het woord.



De heer **Hijink** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Het heeft een lange tijd geduurd en heel veel discussie gekost voordat wij vandaag eindelijk deze wet aan het bespreken zijn. We gaan eindelijk vandaag vastleggen hoe de ambulancezorg er voor langere tijd uit gaat zien. Ik moet zeggen dat ik het bijzonder vind om dat met deze minister te doen. Het is een minister die zich in een vorige rol natuurlijk al vaker heeft beziggehouden met de ambulancezorg, maar hij doet dat nu toch echt op een andere manier, als PvdA-minister in een kabinet waar de PvdA niet in zit. Voorzitter, u vroeg al waarom ik mij voor 30 minuten heb ingeschreven. Ik zie heel veel kansen om toch met, wat ik dan maar hoop, een linkse bondgenoot in een toch vrije rechtse regering vandaag hele leuke dingen te gaan doen, bijvoorbeeld als het gaat om het halen van de marktwerking uit de zorg, het schrappen van de winsten et cetera. Ik kom daar straks uitgebreid op terug.

Laat ik met het goede nieuws beginnen. De SP is heel blij dat na jaren van discussie er eindelijk een einde komt aan de discussie of marktwerking loslaten op de ambulancezorg nu wel zo'n goed idee is. Ik weet dat zeker in deze tijd mensen zich amper nog kunnen voorstellen dat er ooit mensen waren die voorstander waren van marktwerking in de ambulancezorg. Zij kunnen zich niet voorstellen dat wij bij een grote virusuitbraak, zoals wij die op dit moment meemaken, bedrijven zouden zien die zich zouden moeten inschrijven voor het laagste bedrag om patiënten te kunnen vervoeren van het ene ziekenhuis naar het andere ziekenhuis. Of dat directeurs van ambulancebedrijven tevreden vaststellen hoe de omzet aan het oplopen is tijdens de pandemie. Dat is toch eigenlijk iets waar niemand, geen enkel weldenkend mens, zich iets bij kan voorstellen.

Dat de ambulancezorg zich niet voor marktwerking leent, is in deze zaal al zo vaak gezegd. Ik citeer uit een debat in 2006. "Voor de ambulancezorg geldt hetzelfde als bij de spoedeisende hulp. Dat moet goed geregeld zijn. En dat betekent: geen aanbestedingsavonturen en geen marktwerking met concurrerende aanbieders." Ik denk dat men nu denkt: Hijink zal hier wel een van zijn beroemde voorgangers citeren, Agnes Kant of Renske Leijten. Maar nee, zulke ronkende teksten kwamen destijds uit de mond van VVD-Kamerlid Edith Schippers. Het kan verkeren, voorzitter!

Geen aanbestedingsavonturen, geen marktwerking, ze zei het echt. Zoekt het maar op in de Handelingen uit 2006.

Nu vraagt u zich af: als die aanbestedingen en die marktwerking dan zo verderfelijke effect hebben op de kwaliteit van de zorg, waarom heeft mevrouw Schippers dan in de tijd dat zij minister was, geen definitief einde daaraan gemaakt? Als u dat denkt, is dat een goede vraag. Want het is nog veel vreemder. Want juist toen in 2006 hier in deze zaal de verschillende scenario's voor de toekomst van de ambulancezorg werden onderzocht en besproken, wilde minister Schippers aanvankelijk juist kiezen uit twee vormen van aanbesteden: aanbesteden door de minister of aanbesteden door de zorgverzekeraars. Marktwerking of marktwerking, dat waren de opties die het kabinet-Rutte/Asscher ons destijds voorhield.

Voor een andere variant die ook onderzocht was, namelijk het in publieke handen brengen van de ambulancezorg, was volgens de regering destijds geen draagvlak. Vroeg je dan door, dan bleek dat dat draagvlak er niet was bij bestuurders. Want toen wij zelf de ambulanceverpleegkundigen vroegen wat zij zouden wilden, bleek dat drie kwart van de ambulanceverpleegkundigen, het ambulancepersoneel, juist voorstander was van de ambulancezorg als een publieke dienst. En zo zie je maar: het is maar net wie je het vraagt en het is maar net bij wie je op zoek gaat naar draagvlak.

Voorzitter. Ik zei al: het is bijzonder dat wij deze wet nu bespreken met deze tijdelijke minister, juist omdat hij in het kabinet-Rutte/Asscher vermoedelijk — ik ken het gebouw niet precies — één deurtje verder zat dan minister Schippers op dat ministerie van VWS. Ik weet het oprecht niet. Misschien heeft iedereen daar wel zijn eigen vleugel of zit de staatssecretaris een verdieping lager, maar ik stel me dan zo voor dat u één deurtje ...

Ik kom nooit in de achterkamers van het ministerie, mevrouw Agema. Ik weet niet wat u daar te zoeken heeft. Wie weet, er komen verkiezingen aan. Het zal niet zo heel lang duren voordat wij dat ministerie overnemen, schat ik zo in, voorzitter.

Waar ik wel benieuwd naar ben, is wat er destijds precies is gebeurd en hoe deze minister in die tijd heeft bijgedragen aan de discussie. Waarom duurde het toen al zo lang om definitief vast te stellen dat aanbestedingen niet thuishoren in de ambulancezorg? Heeft deze variant om de ambulancezorg in publieke handen te brengen, ooit wel een eerlijke kans gehad? Die vraag stel ik juist ook omdat onder zorgverleners deze variant, de publieke variant, zo erg de voorkeur heeft.

Voorzitter. Zouden wij op dit moment in ons land geen ambulancevoorziening hebben — dat kan natuurlijk niet, maar stel je voor dat we geen ambulancevoorziening zouden hebben — dan zou, denk ik, niemand een stelsel oprichten zoals wij dat nu hebben. Wij hebben 25 veiligheidsregio's. Iedere regio heeft zijn eigen Regionale Ambulance Voorziening, RAV. Tot zover klinkt dat nog heel erg logisch, maar vervolgens blijkt iedere Regionale Ambulance Voorziening er wel heel anders uit te zien. Op veel plekken hebben gemeenten een organisatie opgezet. Op andere plekken zijn er stichtingen. Coöperaties komen er voor. Bv's komen er voor. Wij kennen allemaal het voorbeeld van de firma Kijlstra in Friesland, waar de direc-

teur van het bedrijf dat de ambulance laat rijden, ook de bestuurder is van de Regionale Ambulance Voorziening. Iedereen begrijpt natuurlijk wel dat dit historisch zo gegroeid is, maar of het ook logisch is, is een tweede. Die vraag zou ik toch wel graag bij de minister willen neerleggen. Als hij nu de boel vanaf nul zou mogen opbouwen, zou hij dan ook kiezen voor het systeem dat wij nu hebben? Vindt hij het logisch dat in de ene regio de ambulancezorg helemaal in publieke handen is, terwijl in de andere regio commerciële partijen het werk doen? Zou het niet veel logischer zijn als de ambulancezorg gewoon in publieke handen zou zijn, waarbij iedere veiligheidsregio een eigen organisatie heeft die zonder winstoogmerk de ambulancezorg uitvoert?

De SP-fractie denkt dat een dergelijke publieke inrichting veel van de problemen kan helpen voorkomen die nu ontstaan door de spagaat tussen privaat en publiek. Ik ben wat dat betreft ook wel benieuwd wat de mogelijkheden bij deze minister zijn, de minister die lid is van de PvdA. Ondanks dat dat niet altijd een garantie is dat er tegen de marktwerking wordt opgetreden, zou het toch zomaar kunnen dat wij vandaag vergaande stappen gaan zetten om de markt nog verder uit de zorg te halen. Ik ben benieuwd of de minister daartoe bereid is.

Voorzitter. Het viel mij op dat het CDA en ook D66 in de schriftelijke inbreng een aantal bijzonder intelligente vragen hebben gesteld over de spagaat tussen markt en overheid die wij overal in de zorg zien, dus ook in de ambulancezorg. Een van die vragen was of de minister bijvoorbeeld heeft meegewogen dat een buitenlandse partij straks naar de rechter kan stappen, omdat zij misschien wel in Nederland met ambulances wil gaan rijden en dat straks niet meer kan voorkomen, omdat de uitvoering voor onbepaalde tijd gegund is aan de huidige aanbieders. Het idee is dat de gunning voor onbepaalde tijd is, maar omdat het stelsel zo in elkaar zit, bestaat er nog steeds de mogelijkheid dat een buitenlandse partij zich meldt om zich voor een deel of het geheel van het ambulancevervoer in te schrijven. Dat is toch wel een vreemde zaak. Ik zie het ook niet helemaal voor me dat een taxibedrijf in Griekenland op een ochtend denkt: "Ach, weet je wat, ik ga eens een poging doen om vanuit Griekenland de ambulancezorg in Flevoland op me te gaan nemen." Het zou wel kunnen onder deze wet en dat is heel erg vreemd. Ik vraag me ook af of wij dit bij andere hulpdiensten zouden accepteren. Dat de FBI op een bepaald moment zegt: "Nou, weet je wat, wij moesten maar eens een dependance openen in Eindhoven, een gezond stukje concurrentie voor de lokale recherche." Of dat je overal in het land de brandweer belt, behalve in Drenthe, omdat het daar is uitbesteed aan de Feuerwehr. Daar kunnen we ons toch niks bij voorstellen? Waarom hebben wij dat op deze manier georganiseerd?

Wij zien dat meer partijen worstelen met de private inrichting van ons zorgstelsel. Zie ook de discussie over winstuitkeringen bij ziekenhuizen die nu vakkundig geparkeerd is. De liberalen willen wel meer markt in de zorg, maar tegelijk voelen ze aan alle kanten dat dat natuurlijk van geen meter deugt. Ik zag de vragen voorbijkomen van D66 of de ambulancezorg nu wel of niet een economische dienst van algemeen belang is. En of de minister niet in de problemen komt omdat er vanuit Brussel weleens gezegd zou kunnen worden dat niet-spoedeisende ambulancezorg misschien wél een economische dienst is die aanbesteed zou moeten worden. Dat zou betekenen dat je dan misschien de ambu-

lancezorg moet opknippen, in spoed en niet-spoed. En dat daar verschillende bedrijven op zouden kunnen inschrijven. Ik kan u verzekeren: dat gaat een hele hoop ellende veroorzaken. Terecht drukt de minister dit soort flauwekul meteen de kop in.

Maar toch, zolang wij van de ambulancezorg niet een publieke dienst maken, zal de discussie over meer of minder marktwerking terug blijven komen. Sterker nog, de minister stelt zelf ook dat er een kans is dat buitenlandse aanbieders naar de rechter stappen om een stukje van deze zorgmarkt op te eisen. Mijn vraag aan de minister is: hoe reëel is nou die kans? Waarom laat hij dit gebeuren? Waarom niet, nu we na veertien jaar een fatsoenlijke wet proberen te maken, ook dit soort problemen oplossen?

De heer **Raemakers** (D66):

De heer Hijink verwijst een aantal keren naar onze vragen, die wij schriftelijk hierover hebben gesteld. Hij zegt dat de minister die flauwekul de kop indrukt. Nu hebben wij die vragen en die argumenten natuurlijk niet zelf bedacht. De Raad van State heeft daar een vrij kritisch advies over geschreven. Ik neem aan dat de SP dat ook heel goed heeft bestudeerd. Het gaat ons er niet om dat wij dat vinden, maar wij maken ons er zorgen over als D66 dat deze wet op punten onvoldoende goed gemotiveerd is en dat we later bij de Europese Commissie in de problemen komen.

De **voorzitter**:

En de vraag aan de heer Hijink?

De heer **Raemakers** (D66):

Ziet de heer Hijink dat risico ook, gelezen hebbende de zware kritiek van de Raad van State?

De heer **Hijink** (SP):

Ja, maar ik bedoelde dat ook zeker niet cynisch of zo. Ik vond het oprecht heel verstandig dat daar zo op werd doorgevraagd, omdat dat natuurlijk wel precies de spagaat is waar ik op probeer te wijzen die in deze wet zit. De minister wil eigenlijk, het kabinet wil eigenlijk die marktwerking eruit hebben; dat blijkt uit alles, maar ze durven niet de stap te zetten die daar eigenlijk voor nodig is. Dat is volgens mij het grote probleem waar we nu voor staan en waar D66 ook terecht op heeft gewezen. Kan het dan zo zijn dat er straks een partij opstaat, uit Frankrijk, Griekenland, of waar dan ook vandaan, die zegt: "Nou ja, een deel van dat vervoer vinden we eigenlijk gewoon een economische dienst, dat wil we eigenlijk ook wel gaan doen." Die gaan dan naar de rechter en krijgen dan misschien wel hun zin. Dat is foute boel, want dat wil je niet. Dan zouden wij gedwongen worden om de boel toch weer op te knippen. Dat is iets wat de SP zeker niet ziet zitten. Ik zou willen dat het kabinet ook in deze wet daarmee afrekent.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter, ik zal een bekentenis doen. De SP heeft het niet zo op marktwerking in de zorg. Of eigenlijk moeten wij daar

helemaal niks van hebben. Het idee dat mensen geld zouden willen verdienen aan andermans ellende staat ons helemaal niet aan. Ook het idee dat de zorg beter zou worden als allerlei taken worden opgeknipt — we hadden het er net over — en ondergebracht worden bij private organisaties, is toch in het verleden niet echt een succes gebleken. We weten toch allemaal inmiddels wel, na een jaar of twintig van marktdenken, dat dat de publieke sector geen goed heeft gedaan.

En zo ontspint zich ook rondom dit voorstel weer een hele discussie. Moet er dan toch niet aanbesteed worden? Kunnen er geen concessies worden afgegeven voor tien jaar? Dat heeft D66 gevraagd. Je proeft aan alles: is het nu echt nodig om die marktwerking uit de ambulancezorg te halen? Ja, het is echt nodig om dat te doen, en het liefst met nog verdergaande voorstellen dan die nu worden gedaan. Natuurlijk moet die marktwerking eruit.

Je wilt namelijk niet dat aanbieders om de zoveel jaar in onzekerheid zitten of ze de aanbesteding wel behouden. Want we weten wat dat betekent. Investerings worden niet gedaan, omdat het niet zeker is dat je ze terugverdient. De samenwerking met andere organisaties verslechtert, want je hebt steeds weer nieuwe aanbieders en je moet juist beter zijn dan je concurrenten. Werknemers veranderen om de zoveel jaar van werkgever, terwijl lonen en arbeidsvoorwaarden stukje bij beetje achteruitgaan. We hebben dat in het openbaar vervoer ook gezien.

Voorzitter, ik wil u nog een citaat voorhouden: "Om de vier jaar openbaar aanbesteden leidt ertoe dat een bedrijf over een zeer beperkte tijdshorizon beschikt voor het aanstellen van personeel, het investeren in materieel, het aangaan van samenwerkingsverbanden en het ontwikkelen van beleid en producten." Weet u van dit citaat was, voorzitter? Van uzelf! Hele wijze woorden, uit 2006.

De voorzitter:

Dat zei ik net tegen de griffier!

De heer Hijink (SP):

Ja. D66 sprak exact dezelfde woorden in het stenogram. Ik vond het een klein beetje zorgwekkend dat dat in hetzelfde debat letterlijk een-op-een hetzelfde werd uitgesproken, maar vooruit, ze dienden toen ook een gezamenlijk amendement in en zo. Dus ik snap wel dat er toen werd samengewerkt. Maar het waren hele wijze woorden. Het is dus heel goed dat de huidige aanbieders in de ambulancezorg die taak voor onbepaalde taak gaan krijgen.

Wat wel een probleem is, is dat de verschillende aanbieders erg verschillend zijn. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat de arbeidsvoorwaarden bij het ene bedrijf er heel anders uitzien dan bij het andere bedrijf, terwijl mensen hetzelfde werk doen, en soms zelfs hetzelfde werk doen in dezelfde stad. Ik ben benieuwd hoe de minister daartegen aankijkt, of hij dat een probleem vindt of dat hij dat geen probleem vindt. Natuurlijk is er één cao, maar erkent de minister wel dat het uitmaakt of je werkzaam bent bij een publieke aanbieder of bij een private aanbieder? Dat als er een belang van winst speelt of kan spelen, dat zou kunnen drukken op de arbeidsvoorwaarden, op de lonen of op de inzet van

personeel? Welke verschillen ziet de minister? Gaat hij daar dan ook wat aan doen?

De regering kiest er met deze wet nadrukkelijk voor om de huidige situatie zoveel mogelijk in de wet te bevriezen. De vraag is of dit een keuze is voor de beste oplossing of toch een keuze voor de gemakkelijkste route. Zo draagt de minister argumenten aan waarom ambulancezorg volgens hem geen publieke dienst zou moeten worden, maar ons overtuigen die argumenten nou niet direct. De minister spreekt van discontinuïteiten. Want ja, daar waar nu nog ambulancezorg verleend zou moeten worden vanuit een bv, zou een omslag naar een publieke instelling moeten worden gemaakt. Dat zou, zegt de minister, tot onrust kunnen leiden. Wat natuurlijk maar de vraag is. Het is maar net de vraag hoe je dat doet. Als de onderlinge samenwerking verbetert en de arbeidsvoorwaarden versterkt worden, dan zal het met die onrust nog weleens mee kunnen vallen.

Natuurlijk vergen dergelijke veranderingen overgangstermijnen. Het brengt — dat is de andere kant van het verhaal — juist rust en zekerheid voor de lange termijn. Er komt meer eenheid in de manier waarop de ambulancezorg is georganiseerd, in plaats van die lappendeken die we op dit moment hebben. Financiële afwegingen worden volledig ondergeschikt aan het leveren van de best mogelijke ambulancezorg. De samenwerking kan verder verbeteren door breed gedeelde gezamenlijke belangen en doelen. Ik vraag de minister hoe hij kijkt naar deze afwegingen. Ziet hij deze voordelen ook ten opzichte van het gemengde stelsel dat we nu hebben?

De regering spreekt in deze wet van sterke publieke waarborgen om de continuïteit van de ambulancezorg te garanderen. Dat maakt het des te vreemder dat de minister de deur naar de winstuitkering niet dicht doet in deze wet. Hoe ziet hij het feit dat de ene partij wel winst mag maken en uitkeren aan de eigenaren of aandeelhouders, en andere organisaties niet? Dat wringt toch, dat maar net afhankelijk van je rechtsvorm de ene ambulanceorganisatie wel winst mag uitkeren en de andere niet?

De minister wil in het geval van bepaalde risico's en excessen eisen kunnen stellen aan het uitkeren van winst in de ambulancesector. Maar mijn fractie, de SP, is van mening dat winstuitkering helemaal niet thuishoort in de zorg, laat staan in de acute zorg. Geld dat bedoeld is voor de zorg, moet ook naar zorg gaan, moet aan zorg worden uitgegeven. Kan de minister aangeven hoe het precies staat met het uitkeren van winst in de ambulancezorg? Want wij hebben daar de afgelopen weken flink naar gezocht en we kunnen daar bijster weinig informatie over vinden.

In de schriftelijke beantwoording verwijst de minister naar een onderzoek van SiRM naar winstuitkering in de zorg, maar juist de ambulancezorg is in dit rapport amper meegenomen, wegens de beperkte beschikbaarheid van jaarverslagen. Wij begrijpen dat een groot deel van de regionale ambulancevoorzieningen überhaupt geen jaarverslagen indient. En daar waar wel verslagen worden ingediend, zijn ze vaak helemaal niet goed te vergelijken. Hoe gaat de minister daarmee om? Het frappante is dat toen de discussie over het verlengen van de tijdelijke wet in 2017 hier werd gevoerd, wij exact hetzelfde gesprek hebben gehad over het gebrek aan informatie dat we hebben over de jaarverslaggeving van de RAV's en ook van de bedrijven die

daaronder actief zijn. Het is natuurlijk de vraag hoe de minister risico's en excessen wil voorkomen als het hele slimme onderzoekers — daar reken ik onszelf dan ook maar toe: hele slimme onderzoekers, en wijzelf — niet lukt om alle informatie op te diepen? Is de minister bereid om uit te zoeken hoe het precies met de winsten en de jaarverslagen ervoor staat en kan hij ons daarover informeren?

Voorzitter. De SP heeft een amendement ingediend om de winstuitkering onmogelijk te maken. Daar waar aan het einde van het jaar geld overblijft, moet dat geld ten goede komen aan de kwaliteit en de toegankelijkheid van de ambulancezorg. Het laatste wat je immers wilt, zeker in een tijd waarin de zorg voor onbepaalde tijd aan één aanbieder gegund wordt, is dat de winstuitkering mede gaat bepalen hoeveel er geïnvesteerd wordt in kwaliteit, personeel en materieel. Zeker nu, nu iedereen zich zorgen maakt over wat de coronacrisis gaat doen met de zorgpremie, is het niet uit te leggen dat wij in een sector als de ambulancezorg winstuitkeringen nog toelaten. We moeten daarvan af en we kunnen dat vandaag gaan regelen, zeker met een minister van de Partij van de Arbeid.

Zo'n 2.300 ambulanceverpleegkundigen staan elke dag voor ons klaar om hun belangrijke werk te doen. Zeker in de afgelopen weken hebben wij gezien hoe cruciaal hun rol is. En zeker, dat ga ik op geen enkele manier ontkennen: naast de verpleegkundigen zijn er duizenden anderen zonder wie de ambulancezorg niet zou kunnen functioneren, denk aan de chauffeurs en aan al die anderen met een medische achtergrond, bij de meldkamer en elders, die de ambulancezorg overeind houden.

De ambulanceverpleegkundigen hebben kritiek geuit toen dit wetsvoorstel uitkwam. Die kritiek kan de SP-fractie zich heel goed voorstellen, want het gevoel dat deze verpleegkundigen hebben is dat hun hele beroepsgroep met een pennenstreek uit de wet is gehaald. In feite hebben zij daar natuurlijk ook gewoon gelijk in. Als we kijken naar hoe de ambulancezorg op dit moment werkt, dan kun je prima stellen dat de ambulanceverpleegkundige de ruggengraat van de ambulancezorg is, zonder dat je daarmee anderen tekortdoet. Want zo'n 90% van het direct zorgverlenende personeel op de ambulance is ambulanceverpleegkundige. Dus zo gek is het niet dat wij deze ambulanceverpleegkundige ook een plek in de wet geven. De SP hecht eraan dat de ambulanceverpleegkundige met titel en al in de wet wordt benoemd. Niet boven anderen maar naast alle anderen die in de ambulancezorg werkzaam zijn.

Voorzitter. Wij hebben meerdere keren aan ons amendement gesleuteld om dit in de wet te kunnen vastleggen. In de laatste versie hebben we ook een goede balans gevonden hoe we wel recht doen aan de positie van de ambulanceverpleegkundige zonder dat we ook maar iemand tekort hoeven te doen. Ik ben ook blij dat dit amendement inmiddels door een breed deel van de Kamer, zowel coalitie als oppositie, wordt gesteund. Wat ons betreft blijft het beroep van ambulanceprofessional in de wet staan, zeker ook dat van ambulanceverpleegkundige, omdat het hun toekomt.

Mevrouw **Ploumen** (PvdA):

Ook mijn fractie heeft het amendement van de heer Hijink graag gesteund. Hij zei daar zelf net ook al iets over, maar ik ga hem nog één keer vragen om het in alle scherp te

zeggen. Er ontstond wat onrust over een aantal verwoordingen in het amendement. Als ik het goed heb begrepen zegt de heer Hijink in zijn amendement nu ook: "Er zijn verschillende functies die allemaal vitaal zijn in die ambulancezorg. Wij willen graag ook de focus leggen op de ambulanceverpleegkundige. Tegelijkertijd zien we dat de chauffeur, de rijder, alle mogelijke rollen die er zijn, ook van eminent belang zijn en dat daar met dit amendement niks aan verandert". Zo zou ik het mogen interpreteren, toch?

De heer **Hijink** (SP):

Ja. Ik denk dat mevrouw Ploumen dat prima samenvat. We hebben niet voor niks meerdere keren aan dat amendement zitten sleutelen, omdat het in eerste instantie net wat te ruig was opgeschreven. Het was zeker niet, op welke manier dan ook, de bedoeling om wie dan ook daarmee teniet te doen. Ik hoorde ook zeggen: dan moeten heel veel mensen van de ambulance af. Dat is zeker niet onze bedoeling. Onze bedoeling is nu juist om die backbone van de ambulancezorg een plek in de wet te geven, zonder dat daarmee ook maar iemand tekort wordt gedaan.

De **voorzitter**:

Gaat u verder.

De heer **Hijink** (SP):

Ik hoor dus graag of de minister bereid is om dit amendement te onderschrijven en te ondersteunen.

Tot slot heeft de SP nog een amendement ingediend. Dat voorstel is erop gericht om deze wet een andere naam te geven. Dat is misschien een beetje ongebruikelijk, maar wij vinden dat in dit geval wel nodig. De wet heet op dit moment "Wet ambulancevoorzieningen". Toen ik dat een paar keer las, deed het een beetje pijn aan mijn ogen. Maar ook een beetje aan m'n oren als je het beluistert. Want het klopt ergens niet. Geen enkele zorgverlener, geen enkele ambulanceverpleegkundige wil op een verjaardag zeggen: ik werk in de ambulancevoorziening. Je gaat ook niet in de huisartsvoorziening werken. Je gaat niet naar de broodvoorziening; je gaat naar de bakker. Het moet duidelijk zijn wat een wet doet en voor wie die bedoeld is. En het moet duidelijk zijn dat het over zorg gaat. We hebben het daarom belangrijk gevonden om daarover een amendement in te dienen. Mensen werken niet voor niks in de zorg; ze doen dat met hart en ziel. De campagne die nota bene de overheid nu zelf voert, heet "Ik zorg". Die heet niet "Ik voorzie", maar "Ik zorg". Wij zouden zeggen: dan moet dat ook in de wet terugkomen. Mijn laatste vraag is dan ook: is de minister bereid om deze wet aan te passen, zodat voor iedereen duidelijk is dat deze wet gaat over ambulancezorg en niet alleen over voorzieningen?

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Dank u wel, meneer Hijink. Fijn dat u de wetgeving van 2006 bestudeerd heeft. Dat is wel belangrijk, denk ik, bij de behandeling van wetten. Heel goed. Dank u wel. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.



Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ambulancezorg is van cruciaal belang voor de gehele acutezorgketen. Goede, snelle en adequate ambulancezorg is noodzakelijk om mensen in een spoedeisende situatie tijdig te kunnen helpen en van A naar B te vervoeren als zij om medische redenen zich niet zelf kunnen verplaatsen. Het CDA is blij dat we met dit wetsvoorstel eindelijk tot een definitieve ordening van de ambulancezorg kunnen komen. Het heeft immers veel te lang geduurd voordat de politiek hierover een knoop heeft doorgehakt. We vinden het een goede ontwikkeling dat er met deze wet ook rust en zekerheid komt voor werkgevers en werknemers in de ambulancesector en voor alle ketenpartners in de acute zorg.

Voorzitter. Met dit wetsvoorstel wordt continuïteit van ambulancezorg geboden door het bestendigen van de bestaande praktijk. Daardoor zal er niet veel veranderen voor werkgevers, medewerkers, patiënten en ketenpartners. Het CDA steunt ook expliciet de keuze om het ambulancevervoer niet aan te besteden, maar de huidige, vertrouwde aanbieders een aanwijzing voor onbepaalde termijn te geven. Dat voorkomt wat ons betreft onnodige bureaucratistische processen en mogelijke buitenlandse overnames.

Wat wel wordt veranderd ten opzichte van de huidige situatie, steunen wij. Zo wordt de minister expliciet verantwoordelijk voor de duurzame veiligstelling van de ambulancevoorzieningen en worden regels opgenomen waarmee er een meer systematische bewaking van de kwaliteit van ambulancevervoer komt. Voor het CDA is het van groot belang dat die kwaliteit in heel Nederland geborgd is, niet alleen in grote steden. Goede zorg in de regio is immers van levensbelang, ook voor de leefbaarheid van de regio. Tijdigheid is onderdeel van kwaliteit. De norm dat in een spoedgeval een ambulance bij 95% van de ritten binnen vijftien minuten bij een patiënt moet zijn, is ook voor de regio van belang. Afgelopen jaar hebben we als CDA regelmatig aandacht gevraagd voor het feit dat in diverse regio's die norm niet gehaald wordt. Uit het overzicht van de minister blijkt dat slechts 2 van de 25 veiligheidsregio's aan de normen voldoen. In een deel van de regio's is een verbetering te zien, maar in andere regio's neemt het percentage van ritten binnen de vijftien minuten zelfs af. Is er al zicht op verbetering? Zo niet, wat is er nu nog extra voor nodig om die te realiseren?

Voorzitter. Daarnaast geldt dat de norm voor de veiligheidsregio als geheel geldt, waarmee er dus een prikkel komt om vooral de inzet te richten op het behalen van de aanrijtijden in grotere steden binnen de regio. De minister geeft in de schriftelijke antwoorden op onze vragen hierover aan dat hij het toevoegen van een ondernorm per gemeente niet wenselijk vindt. Dat zou volgens hem een extra norm zijn, die niet wetenschappelijk is onderbouwd en die de kwaliteit niet ten goede zou komen. Maar elders schrijft hij expliciet dat tijdigheid onderdeel is van kwaliteit. Kan hij dat verschil nog een keer uitleggen?

Voorzitter. Ik heb vaker gezegd: je kunt het niet met een schaarje knippen. Maar er zijn ook voorbeelden, zoals Gennep in Limburg of Putten in Gelderland, waar je echt enorme verschillen ziet. Men komt dan gemiddeld wel op die 95%, maar je ziet dan toch echt grote verschillen. Ambulancezorg Nederland laat momenteel onderzoeken

of er meer differentiatie moet komen in de triage: niet meer alleen twee niveaus van spoedzorg, namelijk acuut en niet-acuut, maar zelfs zeven urgentieniveaus. Welke aanrijtijden horen in een dergelijk systeem bij de eerste drie spoedeisende urgentieniveaus? Welke normen gaan hiervoor aangehouden worden? Kan de minister garanderen en onderbouwen dat deze wijziging gericht is op het maximaliseren van kwaliteit en niet op het verlagen van normen? De impactanalyse van deze nieuwe urgentie-indeling zou voor de zomer klaar zijn. Kan die met de Kamer gedeeld worden? Hoe staat het met het voornemen om voor alle spoedeisende zorg eenzelfde spoednummer in te stellen? Het CDA heeft daar in de begrotingsbehandeling voor 2020 vragen over gesteld. Wat we ook meekrijgen uit de ambulancewereld is dat de administratieve lasten wel proportioneel zijn. Ten aanzien van deze zeven niveaus willen wij daar speciale aandacht voor vragen van de minister. Wij krijgen daar ook graag een reactie op.

Voorzitter. In de regio's waar de normen niet worden gehaald, maken de mensen zich zorgen of ze de acute zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben. Voor het CDA is dat niet acceptabel. Als de mensen niet dicht bij de zorg kunnen worden, kunnen we er dan voor zorgen dat de zorg dicht bij de mensen komt? Is de minister bereid om met de ambulancediensten te kijken of er daar waar de aanrijtijden structureel niet onder de norm vallen, een micu kan worden aangeschaft, een mobiele intensiverecare-unit? Als de zorg niet op tijd bij de mensen kan zijn, kun je er dan voor zorgen dat er gewoon altijd een stukje zorg bij de mensen in de buurt is.

Voorzitter. Tijdens de coronacrisis hebben we gezien hoe belangrijk samenwerken met het nabije buitenland is. Mede dankzij de hulp van de Duitse intensive care is voorkomen dat de Nederlandse zorg overspoeld is met te veel patiënten. Ook voor grensoverschrijdend ambulancevervoer is goede samenwerking cruciaal. Inwoners aan de grens moeten er zeker van zijn dat de samenwerking met de Duitse en Belgische aanbieders goed geregeld is. Het is goed om te lezen dat de minister schrijft dat er jarenlang een goede samenwerking is en dat er op regionaal niveau ook afspraken zijn gemaakt, protocollen zijn ondertekend en bekeken is wanneer welke ambulance wordt ingezet. Een aandachtspunt is nog wel de wederzijdse erkenning van de bevoegdheden van de ambulancemedewerkers. Dit voorjaar zou daarover een rondetafel plaatsvinden, maar vanwege het coronavirus is dat begrijpelijkerwijze uitgesteld. We zijn heel benieuwd of er alsnog een bijeenkomst wordt gehouden, misschien digitaal. Kan de minister aangeven wat de agenda voor die bijeenkomst zal zijn? Is het de doelstelling om alle onduidelijkheden weg te nemen en kan dit ook nog consequenties hebben voor wet- en regelgeving in Nederland? Is de minister bereid om de Kamer daarvan op de hoogte te houden?

Voorzitter. Zoals gezegd is het CDA er voorstander van dat er niet aanbesteed gaat worden en dat de huidige aanbieders een aanwijzing voor onbepaalde tijd krijgen. Dat geeft rust in de sector en zorgt er ook voor dat het makkelijker is om langjarige investeringen te doen. Maar we zijn nog wel bezorgd dat je het risico loopt dat de aanbieder achterover gaat leunen en te weinig gaat investeren in kwaliteit, innovatie en een lerende cultuur. De komende jaren worden er nog verdere stappen gezet in het verbeteren van de kwaliteit, onder andere door kwaliteitsnormen vast te leggen in ministeriële regelingen. Ik vind dat zowel de minister als

de Kamer de vinger aan de pols moet houden. Daarom heb ik samen met de VVD een amendement ingediend, waardoor er over een paar jaar een evaluatie uitgevoerd moet worden om precies te kijken naar de vraagstukken van lerende cultuur, innovatie en kwaliteitsborging. Ik verzoek de minister om een reactie op het amendement.

Hoe wordt geborgd dat er ook na 2023 gewerkt gaat worden aan nieuwe kwaliteitsnormen? Afgelopen december is het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 aangeboden. De sector werkt toe naar een kwaliteitskader 2.0 met definitieve normen, dus voor 2023. Het is goed dat gehele sector, de patiënten, de medewerkers, de werkgevers en de zorgverzekeraars hierin gezamenlijk stappen nemen. Wij vinden wel dat het erg lang heeft geduurd voordat het eerste kwaliteitskader er was. We zijn blij dat er nu beweging in zit, maar bij het opzetten van het kwaliteitsregister er nog steeds veel vertraging. Enkele jaren geleden is een kwartiermaker ingesteld. Die heeft inmiddels een conceptadvies opgesteld, waar na de zomer bestuurlijke afstemming over zal zijn. De minister schrijft dat als het rapport er eenmaal is, het de bedoeling is dat kwaliteitsregisters in de toekomst in aanmerking komen voor structurele financiering. Partijen in het veld zullen daarom gezamenlijk moeten bekijken welke nieuwe kwaliteitsregistraties er moeten komen. Kan dat proces niet versneld worden? Of kunnen we in ieder geval een uiterste datum vaststellen waarop dat kwaliteitsregister er moet zijn? De minister schrijft dat het niet aan hem is om een bepaald kwaliteitsregister te verplichten. Het is bekend dat wij als CDA veel meer kwaliteitsregisters wel graag zouden verplichten, maar kan de minister in ieder geval sturen in de snelheid van het proces? Graag een reactie.

Daarnaast vraag ik de minister of hij de Kamer jaarlijks op de hoogte kan stellen van de stappen die gezet zijn in het verder verbeteren van de kwaliteit van de ambulancevoorzieningen en het bevorderen van de lerende cultuur in de organisaties.

Bij de verlenging van de tijdelijke wet is de functiebenaming "ambulanceverpleegkundige" in de wet geschrapt. Het CDA heeft toen een amendement ingediend om deze functiebenaming te behouden, waarbij het mogelijk zou blijven om daarnaast te gaan werken met andere ambulancezorgprofessionals. Dat amendement heeft het destijds niet gehaald. Een ander amendement trouwens wel. Daar heb ik het vandaag nog met de heer Hijink over gehad. Kan de minister aangeven welke ervaringen er de afgelopen jaren zijn geweest en sinds wanneer landelijke kwaliteitskaders gehanteerd worden, waarin is vastgelegd op welk niveau welke zorgvraag als goede zorg geldt? Klopt het dat die kwaliteitskaders samen met het veld zijn opgesteld? De functie en de bijbehorende deskundigheid worden nu geregeld in een ministeriële regeling. Kan de minister aangeven waarom er niet voor een algemene maatregel van bestuur is gekozen, zodat wij als Kamer erover kunnen meebeslissen? Kan de minister op zijn minst toezeggen dat mogelijke toekomstige wijzigingen in de ministeriële regeling enkel en alleen gebeuren op basis van landelijke kwaliteitskaders die door werknemers en werkgevers gezamenlijk zijn opgesteld en kan hij toezeggen dat de Kamer hierover geïnformeerd zal worden?

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Voorzitter, dank u wel. Mevrouw Van den Berg vraagt aan de minister waarom er voor een ministeriële regeling is gekozen en niet voor een AMvB. Ik heb daarover toen een amendement ingediend, omdat ik net als mevrouw Van den Berg vind dat de Kamer maximale inbreng zou moeten hebben. Dat kan via een algemene maatregel van bestuur. Ik zou mevrouw Van den Berg willen uitnodigen om mijn amendement mee in te dienen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb deze vraag nu gesteld. Ik wil heel graag het antwoord van de minister vernemen. Misschien heeft hij er buitengewoon goede redenen voor die ik nu nog niet kan overzien. Daar wil ik dus even het antwoord op horen.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik kan mij niet voorstellen dat er een reden is die belangrijker is dan maximale invloed van de Tweede Kamer, maar we zullen het straks horen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik ga door. Het CDA vindt het belangrijk dat naast de "ambulanceprofessional" de functienaam "ambulanceverpleegkundige" in de wet staat. Daarom hebben wij het amendement van de SP medeondertekend. De minister geeft in de schriftelijke beantwoording aan dat het in de bekostigingssystematiek niet voor de hand ligt dat ambulancevervoerders excessieve winsten gaan maken en dat er weinig financieel risico is. Kan de minister dat nog eens toelichten? Want het CDA vindt dat geld voor de zorg echt in de zorg moet blijven.

Ik kom tot het einde. Het is goed dat er met deze wet eindelijk duidelijkheid komt voor de gehele ambulancesector. Het is een schril contrast tussen de lange tijd die de politiek erover heeft gedaan om een definitief besluit te nemen en de snelheid die wij vaak van de ambulancemedewerkers verwachten. Maar over de snelheid waarmee de ambtenaren van het ministerie de grote hoeveelheid vragen hebben beantwoord, willen wij toch even onze complimenten uitspreken. Bij dezen, voorzitter.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Ik geef in eerste instantie het woord aan de heer Raemakers en daarna de heer Hijink. De heer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Over aanbesteden. Minister Hugo de Jonge is al drie jaar bezig om ervoor te zorgen dat de aanbestedingen in de jeugdzorg niet meer nodig zijn. Tot nu toe heeft dat nog weinig resultaat opgeleverd. De lijn vanuit Europa is nog steeds dat er voor verschillende zorgvormen wel moet worden aanbesteed, tenzij er sprake is van NEDAB. Zo staat het in alle stukken, dat heeft mevrouw Van den Berg ongetwijfeld ook gelezen. De Raad van State is daar heel kritisch over en zegt dat het heel onzeker is of dit de toets van de

Europese Commissie kan doorstaan. Ik was dus heel benieuwd of het CDA de zorgen van D66 op dit terrein deelt.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

We hebben daar ook expliciete vragen over gesteld. We hebben onder andere gevraagd of de landsadvocaat hiernaar heeft gekeken. Dat is het geval. Wij willen in ieder geval de minister steunen in de keuze die nu is gemaakt.

De heer Raemakers (D66):

Wij hebben diezelfde vraag gesteld: wat heeft de landsadvocaat precies geadviseerd? Goed dat u die vraag in ieder geval deelt. Ik snap dat het CDA zegt dat het de lijn steunt. Mijn vraag is: als u de juridische risico's overziet, vindt u dan dat het voorstel op dit moment voldoende gemotiveerd is? Zegt u tegen de minister dat een aantal vragen die er liggen, bijvoorbeeld over de onlosmakelijkheid van de planbare ambulancezorg en de spoedeisende ambulancezorg, nu allemaal voldoende gemotiveerd zijn? Of vindt u dat het ministerie daar nog wat extra werk in kan verzetten? Dat is uiteindelijk alleen maar goed voor de ambulancezorg, want we willen niet dat over drie jaar blijkt dat het allemaal niet mag van de Europese Commissie en dat we alsnog moeten aanbesteden. Graag dus uw reactie hierop.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Terecht dat meneer Raemakers vraagt naar de scheiding tussen de planbare en de niet-planbare zorg. Daar is vanuit Nederlands oogpunt nog even extra naar gekeken. Ik vind dat Nederland dat nu goed kan uitleggen. Ik denk dat de minister op dit moment voldoende argumenten heeft, mocht men vanuit Europa met vragen komen.

De heer Hijink (SP):

Mevrouw Van den Berg zegt dat geld voor de zorg naar de zorg moet. Ik ben benieuwd of zij dan ook bereid is om ons amendement om de winstuitkering definitief uit de wet te halen, te ondersteunen. Als je dat niet doet, blijft dus de mogelijkheid bestaan dat bedrijven die in de ambulancezorg werken winst gaan uitkeren aan hun aandeelhouders of aan investeerders.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Twee punten daarover, voorzitter. Ten eerste: wij vinden het een sympathiek amendement, maar ik denk niet dat dit de plek is om het te behandelen. Ik zou deze discussie dus graag willen bewaren voor de contourennota die we nog van minister De Jonge krijgen. Ik kan me namelijk voorstellen dat we dit soort discussies daar meer ten fundamentele kunnen voeren.

Ten tweede: ik werd gerustgesteld door de beantwoording van de vragen door de minister over de kans dat een ambulancedienst hier echt nog vette winst kan maken. De tarieven zijn zeer strak gereguleerd en de NZa ziet daarop toe. Op het moment dat men ziet dat er blijkbaar heel veel geld over is, kan er ook weer wat met die tarieven gedaan worden. In deze specifieke situatie ben ik daar dus niet zo bevreesd voor. Vandaar dat ik aan de minister heb gevraagd om dat nog even nader toe te lichten. Wij hebben de indruk dat geld voor de zorg in de zorg moet blijven en dat dat

hiermee ook geborgd is. We willen dat graag nog van de minister toegelicht krijgen.

De heer Hijink (SP):

Ik vind het een heel rare redenering dat dit niet het moment zou zijn. Dit is natuurlijk wél het moment, want we maken vandaag de wet. Als er één moment is om dit definitief te regelen, dan is dat wel vandaag. Vandaag maken we deze wet. We maken geen wetten in contourennota's, houtskoolschetsen, of hoe we al dat soort moeilijke papieren ook noemen. Nee, we maken vandaag de wet. Als we van de winstuitkering af willen, moeten we dat dus vandaag regelen. Ik vind het ook ongepast. Het doet mij denken aan een redenering die we deze week hadden over het waarderen van zorgverleners: ja, dat willen we wel, maar dit is niet het goede moment en niet de goede plek. Dit is wél het goede moment. We hebben nu de wet. Er is een potentieel lijsttrekker van het CDA die zegt dat de marktwerking uit de zorg moet. Dan mag ik van het CDA verwachten dat het juist op dit moment zegt: we pakken die wet aan, nota bene met een PvdA-minister die dit voor ons gaat organiseren. Dit is toch hét moment om door te pakken en de winstuitkering eruit te halen?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Terecht zegt meneer Hijink wat minister De Jonge zegt: minder marktwerking en meer samenwerking. Daar staan wij als CDA meer dan honderd procent achter. Ik heb ook in mijn initiatiefnota betoogd dat er veel meer samenwerking moet zijn. Ik denk dat samenwerking juist bij de ambulancedienst zoals die nu wordt ingericht het complete uitgangspunt is. Nogmaals, daar mag meneer Hijink van vinden wat hij vindt, maar wij zijn er ten eerste dus niet zo bevreesd voor dat dit in deze situatie überhaupt kan gebeuren. Ten tweede willen wij de hele discussie over de vraag in hoeverre zorginstellingen winst kunnen maken en uitbetalen verder betrekken bij de contourennota.

De heer Hijink (SP):

Dit kan gewoon echt niet. We hebben een minister, Hugo de Jonge, die een jaarlijks interview geeft waarin hij zegt dat hij af wil van de marktwerking in de zorg. Hij wil lijsttrekker worden van het CDA. We trekken vaker met het CDA op als het gaat om de winsten in de zorg. Maar iedere keer als we hier een wet behandelen — bij de vorige wetten was dat ook zo — en we daadwerkelijk iets kunnen regelen, zegt het CDA: ja, maar nu niet, de volgende keer misschien, komt u later nog maar eens bij ons terug. Dat is toch geen manier van politiek bedrijven? Als je, ook als CDA zijnde, daadwerkelijk vindt dat de winsten uit de zorg moeten, dan moet je het regelen op het moment dat het kan en dat is vandaag, het moment waarop wij de wetgeving bepalen.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik kan nog een keer herhalen wat ik heb gezegd, maar volgens mij verval ik dan in herhaling.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik denk dat de heer Hijink wel echt een punt heeft. We kunnen het nu concreet maken. We kunnen in algemene termen spreken over het feit dat we geen marktwerking meer willen,

maar we kunnen het er nu uithalen en dus een winstverbod opleggen. De ambulancezorg is een belangrijk onderdeel van de hele acutezorgketen. Het toeval wil dat wij vorige week een advies hebben gekregen van de Raad voor de Volksgezondheid over de acute zorg. Daarin werd gezegd dat je eigenlijk op basis van beschikbaarheid zou moeten financieren. Is mevrouw Van den Berg het met GroenLinks eens dat dat een betere financieringsvorm voor de ambulancezorg zou zijn?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Op initiatief van het CDA is dit advies gevraagd aan de Raad voor de Volksgezondheid. Mevrouw Ellemeet en ook de heer Veldman hebben de vraagstelling mee helpen bepalen. Wij zien terdege dat er perverse prikkels kunnen zijn in de huidige manier van financiering en dat je zeker voor de acute keten, misschien helemaal of gedeeltelijk naar een beschikbaarheidsbijdrage zou moeten. We krijgen echter nog een houtskoolschets acute zorg. Wij vinden dat we er op dat moment verder over moeten spreken. Maar wij zien zeker dat er perverse prikkels in het systeem zitten en dat het misschien beter op een andere manier gefinancierd kan worden.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Het is toch wel interessant dat mevrouw Van den Berg aan de ene kant heel helder is en ziet dat er perverse prikkels zijn, en dat zij aan de andere kant, als er een moment is om daar wat aan te doen — we behandelen nu een wet — het doorschuift. Dat is toch een gemiste kans? Mevrouw Van den Berg ziet het risico niet zo, maar er wordt nu gefinancierd op basis van productie. In de ene regio zal dat betekenen dat het krap aan is, maar in een andere regio — neem Amsterdam of een andere stad waar veel ritten gereden worden — zal dat tot een ander resultaat kunnen leiden. Dan zou dit toch het moment moeten zijn om de winstuitkeringen te stoppen en de financiering aan te passen? En te zeggen: het is een heel goed advies van de Raad voor de Volksgezondheid, dus laten we nou ook in die ambulancezorg op basis van beschikbaarheid financieren.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik vind het een sympathiek amendement. Dat geldt voor de zorg in de zorg moet blijven, is ook voor het CDA het uitgangspunt. Maar ik wil hier ook zeggen dat het CDA vindt dat deze fundamentele discussie niet alleen geldt voor de ambulancedienst, maar voor meerdere zorginstellingen. Daarom moeten we er breed over praten. En dat gesprek hoort bij de contourennota.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Van den Berg. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

□

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil beginnen met steun te betuigen voor het voorstel van de heer Hijink, die de naam van de wet eigenlijk heel raar vindt. Ik had het nog niet zo bedacht, maar ik heb snel geprobeerd om — want afkortingen zijn ook zo erg — RAV, de Regionale Ambulance Voorziening,

te veranderen in Ambulance zorgorganisatie. Ik denk dat het voor alle mensen die daar werken best belangrijk is dat ze zich daar wat bij kunnen voorstellen en dat we niet een heel technocratische term gebruiken.

Voorzitter. We hebben de minister van VWS — de collega van deze minister dus — de laatste tijd vaak horen zeggen dat we van de doorgeslagen marktwerking af zouden moeten en dat er meer ruimte voor samenwerking moet komen. Deze wet is dan een heel interessante wet, want we zien daarin een aantal heel mooie stappen. Maar we kunnen ook nog wat extra stappen zetten om echt van die marktwerking af te komen. De ambulancezorg wordt aangeduid als een niet-economische dienst van algemeen belang. We hebben het er al over gehad. Daardoor is het mogelijk om in elke veiligheidsregio één aanbieder aan te wijzen die een monopolie krijgt op de ambulancezorg. In de Tijdelijke wet ambulancezorg was dit eigenlijk ook al op die manier geregeld, en dat wordt dan nu doorgezet. Dat geldt trouwens ook voor de manier waarop de zorg wordt gecontracteerd; de zorginkoop via het "representatiemodel" heet dat dan met een ingewikkeld woord. Ook dat blijft nu de praktijk.

GroenLinks is in principe blij met deze ontwikkeling, maar we zouden liever zien dat er nog een eenduidige wetgeving zou zijn voor de hele acutezorgketen. We hadden het er net al even over in het interruptiedebatje met mevrouw Van den Berg. De verschillende zorgaanbieders in de acutezorgketen zijn allemaal van elkaar afhankelijk en moeten in de regio ook met elkaar samenwerken. Daarvoor zijn dan die ROAZ'en, die Regionaal Overleggen Acute Zorgketen in het leven geroepen. Maar de verschillende partijen in dat overlegorgaan moeten nu met verschillende verzekeraars afspraken maken over de zorginhoud en over de financiering. Denkt de minister niet ook dat de samenwerking in dat overlegorgaan makkelijker wordt als er in de hele acutezorgketen eenduidig wordt ingekocht? In andere woorden: zou het niet beter zijn om de zorginkoop in de hele acutezorgketen per veiligheidsregio via het representatiemodel te doen, zodat alle aanbieders met dezelfde twee zorgverzekeraars contracten afsluiten? Sterker nog, als we toch op die gedachte zitten, zou het niet interessant zijn om voor de hele Zorgverzekeringswet dat representatiemodel in te voeren? Dat zou misschien nog wel wat winst opleveren qua kwaliteit van zorg. Wat zijn daarvoor de mogelijkheden? Ik overweeg een onderzoeksmotie op dit punt.

Voorzitter. Ook over de financiering heb ik nog een aantal vragen. Enerzijds zijn de ambulancezorgorganisaties aangeduid als een niet-economische dienst van algemeen belang. Maar toch worden ze nog — ik zei het daarnet al — betaald op basis van PxQ, dus op prijs keer volume en dus op omzet. De Raad voor de Volksgezondheid adviseerde recent dat het beter zou zijn om in de acutezorgketen op basis van beschikbaarheid te financieren. Dan kan een deel van het budget van de zorgverzekeraars worden besteed aan de beschikbaarheid en een deel aan de kwaliteit van zorg en de samenwerking. Nu moet alles weer uit hetzelfde tarief komen en dat zal verschillend uitpakken per regio. Hoe kijkt de minister hiertegen aan? Hoe evalueert de minister deze wet in het licht van het rapport Van deelbelangen naar gedeeld belang van de Raad voor de Volksgezondheid? Graag een reactie.

Doordat de financiering nu primair op productie gestuurd is, blijft het nog altijd mogelijk om winst te maken. De

minister heeft aangegeven winstuitkering nu nog niet te willen verbieden. Hij acht de kans op excessieve winsten klein, dus hij lijkt het niet nodig te vinden. Dat vind ik geen heel principiële uitspraak. Ik bedoel: dat de kans klein is, betekent niet dat je niet kan zeggen dat je het eigenlijk helemaal niet wilt. Graag daar ook een reactie op van de minister. Vindt hij niet, net als GroenLinks, dat winsten überhaupt niet horen bij een niet-economische dienst van algemeen belang? Dat is ook de reden waarom wij onder het amendement van de SP staan.

Daarnaast vraag ik me af of de kans op winstuitkeringen echt zo klein is. Voor alle ambulancevervoerders geldt hetzelfde tarief, namelijk €740 per rit plus €4 per kilometer. Ik kan mij voorstellen dat deze tarieven voor sommige ambulanceorganisaties in dunbevolkte gebieden erg krap zijn, maar aan de andere kant in dichtbevolkte gebieden heel ruim zijn. Een uniform tarief voor alle ambulanceorganisaties kan er daardoor toe leiden dat sommige organisaties winst gaan maken en andere heel krap bij kas zitten. Dus waarom nou wachten met het verbieden van winsten, als dat niet ook direct kan en we kunnen overstappen op een andere financiering? Voorkomen is toch beter dan genezen?

Ten slotte. Dat de tarieven krap zijn voor de ambulanceorganisaties in dunbevolkte gebieden, blijkt ook uit het feit dat de ambulanceorganisatie in Friesland nu al een beschikbaarheidsbijdrage krijgt. Daardoor is er nu een systeem op basis van productie, aangevuld met een beschikbaarheidsbijdrage. Is het dan niet beter om de hele ambulancezorg gewoon op beschikbaarheid te financieren? Dan is de financiering ten minste eenduidig en ook in lijn met het advies van de Raad voor de Volksgezondheid.

Voorzitter. Ik zou het ook willen hebben over de positie van de verpleegkundigen, en niet alleen het terechte punt dat collega's maken dat ze genoemd moeten worden in de wet. Dat is één en ook heel belangrijk. Maar het gaat natuurlijk vooral om de positie die ze in de praktijk hebben in de ambulancezorg. Binnen de ambulancezorg zouden ze een centrale rol moeten hebben, en die hebben ze ook, want zij zijn immers degenen die in de ambulance zitten en de meeste zorg verlenen. Toch zien we niet dat verpleegkundigen een centrale rol hebben: niet in de wet, maar ook nog niet binnen alle ambulanceorganisaties. GroenLinks pleit al langer in allerlei zorgdebatten voor meer zeggenschap van verpleegkundigen. Binnen deze organisaties zien we dat dat nog niet overal goed geregeld is. De structuur in de zorg is over het algemeen best wel top-down en we zien dat de verpleegkundigen nog te weinig in de top zitten. De verpleegkundigen moeten dus vaak doen wat ze wordt verteld. Maar ook binnen de ambulancezorg is de ervaring en kennis van verpleegkundigen van onschatbare waarde. Daarom zou ik graag zien dat de minister met de ambulanceorganisaties in gesprek gaat en zijn positie gebruikt om eisen te stellen aan het creëren van een stevige positie voor ambulanceverpleegkundigen. Graag een reactie daarop, want GroenLinks is van mening dat dat de kwaliteit van de zorg ten goede zou komen. Bovendien weten de ambulanceverpleegkundigen ook vaak hoe ze die veranderingen het beste kunnen doorvoeren. Die praktijkkennis kunnen we beter gebruiken dan we nu doen.

Verpleegkundigenzeggenschap zal ook een positieve invloed hebben op de arbeidsmarktproblematiek, want ook aan de ambulanceverpleegkundigen hebben we natuurlijk een

groot tekort. Door verpleegkundigen meer zeggenschap te geven, vergroten we het werkplezier van deze groep en zullen er ook minder mensen uitstromen.

Voorzitter. Verpleegkundigenzeggenschap kan binnen de ambulancezorg op verschillende manieren vorm worden gegeven. De minister kan met deze organisaties om tafel om te kijken welke vorm van zeggenschap het beste past binnen welke organisatie. Soms kan bijvoorbeeld een chieft nursing officer of een verpleegkundige in de raad van bestuur het beste werken. In andere situaties zal een verpleegkundigenadviesraad geschikter zijn. Ik overweeg ook op dit punt een motie, omdat ik het echt belangrijk vind dat we ze niet alleen een plek geven in de wet, maar vooral een plek en een positie in de praktijk.

Ten slotte zou ik het nog over verpleegkundigenleiderschap willen hebben. Zowel in de tijdelijke wet als in deze nieuwe wet staat beschreven dat de medisch manager ambulancezorg — dat is ook een aparte functie — per se een arts moet zijn. Toch zien we nu in de praktijk dat in 5 van de 25 ambulanceorganisaties deze taak geheel of gedeeltelijk al door verpleegkundig specialisten wordt gedaan. De nieuwe wet sluit daardoor nu al niet meer aan bij de huidige praktijk en is dus eigenlijk een stap terug. Hoe beoordeelt de minister deze vorm van verpleegkundig leiderschap? Vindt hij het in principe ook goed als de taak van medisch manager ambulancezorg door een verpleegkundig specialist wordt gedaan? Dat vind ik namelijk een vorm van de positie geven aan verpleegkundigen die ze in de praktijk al aan blijken te kunnen. Ik zou dat dus heel graag ook in deze nieuwe wet terugzien.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemet. Dan geef ik nu het woord aan de heer Raemakers namens D66.

□

De heer Raemakers (D66):

Dank u wel, voorzitter. We spreken elkaar vandaag over het wetsvoorstel Ambulancevoorzieningen. We spreken over de ambulancezorg. Eindelijk, zou ik willen zeggen. Gelukkig doen we dat niet meer met het woordje "tijdelijk" in de aanhef. De ambulancezorg vormt namelijk een cruciaal onderdeel van acute zorg en is gebaat bij continuïteit en stabiliteit, zodat de partijen in deze sector elkaar goed kennen en voor deze belangrijke levensreddende taak op elkaar zijn ingespeeld. Ook voor alle ruim 6.000 ambulancemedewerkers in ons land lijkt me dat prettig. Bij een van mijn werkbezoeken bij de ambulance Limburg-Noord heb ik gezien met hoeveel passie zij hun werk doen. Dat laatste blijkt ook wel uit de cijfers. Patiënten waarderen de ambulancezorg gemiddeld met een 9,1.

De ambulancemedewerkers verdienen hiervoor niet alleen de waardering, maar ook een goede wettelijke voorziening, die duidelijkheid schept over de toekomst van deze sector. Het voorliggende wetsvoorstel probeert die duidelijkheid te bieden. Over die duidelijkheid ben ik enthousiast, maar naast de vraag of een wetsvoorstel zijn beoogde doelen kan bereiken, is aan ons als Tweede Kamer ook altijd de taak om te kijken of een wetsvoorstel juridisch deugdelijk is. Dat is in het verleden weleens misgegaan. Ik moet

bekennen dat het wetsvoorstel en de aanpak van dit kabinet me op dit punt nog niet helemaal geruststellen. Ik wil daarom vandaag beginnen met vragen over de juridische houdbaarheid en risico's van het voorliggende voorstel. Vervolgens zal ik de doelen van het voorstel bespreken. Kan het bereiken wat het beoogt? Wat D66 betreft gaat het daarbij om de juiste balans tussen kwaliteit, innovatie en doelmatigheid enerzijds en stabiliteit en continuïteit anderzijds. Tot slot zal ik nog ingaan op de ambulanceverpleegkundigen en alle andere zorgverleners op en rondom de ambulance. Kortom, doet het wetsvoorstel recht aan alle medewerkers en de praktijk in de sector?

Allereerst wil ik het dus hebben over de juridische basis van dit voorstel. We mogen dan met z'n allen verheugd zijn over het feit dat dit wetsvoorstel een definitieve regeling beoogt, maar als de wet straks juridisch geen stand houdt, dan zal ze alsnog tijdelijk blijken. En dat moeten we écht zien te voorkomen, vanuit onze rol als medewetgevende macht en juist voor iedereen die werkt in de ambulancesector.

Voorzitter. Het voorliggende wetsvoorstel beoogt de ambulancezorg voor onbepaalde tijd van de markt te halen. Er wordt dus niet gekozen voor een concessiemodel met aanbesteding. Tegelijkertijd wordt de ambulancezorg ook niet publiek gemaakt, want dat zou voor te veel onrust en verandering zorgen, zo oordeelt het kabinet. Dit wetsvoorstel streeft er vooral naar alles te houden zoals het nu is. En in de praktijk betekent dit een model met één Regionale Ambulance Voorziening, een RAV als monopolist in de regio, een monopolist die zowel publiek als privaat kan zijn, van een coöperatie tot een bv. Die voorziening krijgt een monopolie over zowel de planbare als de spoedeisende ambulancezorg.

Een private aanbieder met een wettelijk monopolie! Ik hoor u misschien wel denken: mag dat zomaar? Hoe zit het met de Europese regels voor het vrije verkeer? Is dit mededingingsrechtelijk wel in de haak? Het antwoord is: nee, dat mag niet zomaar. Op deze regels mag slechts een uitzondering worden gemaakt als er sprake is van een NEDAB, een niet-economische dienst van algemeen belang. Alleen als de ambulancezorg als NEDAB kwalificeert, is dit wetsvoorstel in overeenstemming met het Europese recht. Hiervoor is vereist dat een economisch karakter ontbreekt en ten tweede dat er geen sprake is van een dienst in de zin van de regels over het vrije verkeer. Daarnaast moet de kwalificatie als NEDAB ook nog eens noodzakelijk een proportioneel middel zijn voor het beoogde maatschappelijke doel.

Zoals altijd heeft de Raad van State ook naar het voorliggende wetsvoorstel gekeken en de raad uit deze keer forse kritiek. De Raad van State acht het namelijk onzeker of het wetsvoorstel aan deze vereisten voldoet. Ten eerste spelen volgens de raad bij de planbare zorg niet noodzakelijkerwijze alleen zorgspecifieke afwegingen een rol. Er kan daarom sprake zijn van concurrentiedynamiek en een economisch karakter. Ten tweede geeft de Raad van State aan dat de voorgestelde inrichtingsvorm vooral ontoereikend is, omdat onzeker is of de ambulancezorg geen economische dienst vormt. De markt is nu weliswaar afgeschermd door de overheid, maar andere marktdeelnemers zouden de ambulancevoorzieningen mogelijk ook willen aanbieden, zeker gelet op de aanwezigheid van de commerciële aanbieders en de mogelijkheid voor de RAV's om de zorg uit te besteden aan winstgevende onderaannemers.

Vragen. Kan de minister reflecteren op de kritiek van de Raad van State? Kan hij aangeven hoe het nou zit met het economische karakter? Spelen criteria als kosten en prijs van de ambulancezorg geen rol bij de inkoop door zorgverzekeraars? Is er volgens de minister geen marktpotentie? Is de kwalificatie als NEDAB strikt noodzakelijk en proportioneel voor het maatschappelijke doel? Kortom, hoe zeker is de minister dat het voorstel in overeenstemming is met het Europese recht?

De heer Hijink (SP):

Ik denk dat heel veel mensen die dit debat volgen, zich afvragen waar deze discussie nou eigenlijk precies over gaat. We hebben nu dus de discussie of de ambulancezorg, het vervoer van mensen die ziek zijn, wel of niet een economische dienst is in de zin van een economische dienst waar geld mee verdiend moet kunnen worden. Ik ben wel benieuwd wat D66 nou eigenlijk zelf vindt. Vindt u nou dat de ambulancezorg in zijn totaliteit, dus niet alleen de spoedzorg maar ook de planbare zorg, een economische dienst is waar winst op gemaakt moet worden? Of zegt D66 net als de SP "nee, het is eigenlijk een beetje raar dat je daar winst op zou willen maken, dat dat aanbesteed zou moeten worden en dat Europese bedrijven daarop zouden kunnen inschrijven"? Waar staat D66 eigenlijk zelf?

De heer Raemakers (D66):

Een terechte vraag. Ik wil teruggaan naar de inleiding van mijn betoog. Daar gaf ik aan dat de ambulancezorg in Nederland van hoog niveau is en ook goed wordt gewaardeerd door de patiënten. Dat vind ik belangrijk. Ik vind het belangrijk dat we goede ambulancezorg hebben. Of we dat publiek of privaat doen is voor mij een middel en ondergeschikt, want het gaat erom dat we goede ambulancezorg leveren. Ik zie ik dat er goede ambulancezorg wordt geleverd in de 25 RAV-regio's. Dus ik snap heel goed het verlangen van dit kabinet om het voor de langere termijn vast te leggen; ik deel die wens. Ik zeg alleen dat de heer Hijink en ik best wel wat kunnen vinden van hoe het juridisch zit, en of dat zo zou moeten zijn, maar dat het een feit is dat dit de Europese regels zijn. Als die regels er zijn en er nog steeds zijn, laten we dan alsjeblieft met elkaar zorgen dat we deze wet zo goed mogelijk hebben dichtgetimmerd.

De heer Hijink (SP):

Ja, maar wat de heer Raemakers nu zegt, is wel heel erg makkelijk. Hij zegt: ik wil gewoon goede ambulancezorg. Tja, dat wil de SP ook. Ik wil ook graag mooi weer. Dat is het dan toevallig, maar tja ... Goede ambulancezorg willen we allemaal wel. De vraag die we hier hebben, is natuurlijk op welke manier we die gaan organiseren. Aan welke kant staat D66 dan? Ik vind het niet goed om alleen maar vragen op te roepen over hoe Brussel potentieel, mogelijk, hiernaar gaat kijken. Ik vind dat je je als partij ook zelf een idee moet vormen over hoe je vindt dat het eruit moet zien. Als Brussel namelijk zou zeggen dat een deel van de ambulancezorg potentieel economisch winstgevend is, zou dat kunnen betekenen dat wij de ambulancezorg moeten opknippen en dat de spoedzorg los moet worden gekoppeld van de niet-spoedzorg. Totaal onwenselijk; niemand wil dat. Als wij dat niet willen — het risico erop bestaat — moeten we er vandaag misschien voor gaan zorgen dat we dat niet gaan doen en dat de variant van de publieke dienst misschien maar weer eens beter onderzocht moet worden. Dan

is het wel van belang waar D66 staat. Je kunt niet alleen maar zeggen: we willen het gewoon onderzocht hebben en uiteindelijk moet het leiden tot goede zorg. Dat is te makkelijk. Als je moet kiezen tussen de publieke dienst, waarbij dit soort discussies niet aan bod komen, of de hele moeilijke route die straks via Brussel moet worden bewandeld, welke kant kiest D66 dan?

De heer Raemakers (D66):

De heer Hijink doet alsof er maar twee keuzes mogelijk zijn, maar dat is niet zo, denk ik. In de helft van de 25 regio's is er volgens mij een private constructie. Soms is dat een bv, soms een stichting, er zijn verschillende rechtsvormen. Als je zou doen wat de SP zegt, namelijk dat alles publiek moet worden, leidt dat tot heel veel onzekerheid bij vooral de medewerkers die nu op de ambulance werken. Het zal voor onzekerheid zorgen in de regio, bij de acute zorg, de ziekenhuizen. Het gaat voor onzekerheid zorgen voor de patiënten. En dat wil eigenlijk niemand. Je zou wel terecht kunnen zeggen: als je meer zekerheid wil bieden, kun je natuurlijk ook een concessie van tien jaar geven. Ik zie in de beantwoording dat de regering daar helemaal omheen gaat. De regering schetst het dilemma als: of een concessie van vijf jaar, of voor onbepaalde tijd. Maar daar zitten nog varianten tussen.

De heer Hijink (SP):

Dit gaat niet werken zo. De heer Raemakers kan wel zeggen dat er meer opties zijn, maar hij kiest zelf geen enkele optie. Hij werpt vragen op en dat is terecht, want dat is ons werk hier als Tweede Kamer. Maar als partij zul je toch ook zelf je positie moeten bepalen. Stel dat er een bedrijf komt dat vanuit Griekenland een zaak aanspant, naar de rechter gaat en zegt: wij willen een deel van de niet-acute zorg op ons nemen. Stel dat Brussel dan in gesprek gaat met de regering. Waar staat D66 dan? Zegt D66 op zo'n moment: beste regering, knip die ambulancezorg op en zorg dat een deel naar de buitenlandse partij gaat? Of zegt D66 op dat moment: ho, ho, dit willen wij niet, zorg ervoor dat het nu, linksom of rechtsom, in publieke handen komt zodat we ellende voorkomen?

De heer Raemakers (D66):

In dit specifieke geval zou ik zeggen: we hebben het nu in de regio's goed georganiseerd, dus laten we het vooral houden zoals het is. Maar als je zegt dat je een enkele buitenlandse investeerder wil werven, zou dat betekenen dat bv's in Nederland en stichtingen ook publiek moeten worden gemaakt. Maar dat wil ik juist niet. Het zou de consequentie zijn van het voorstel van de SP, de aanpak van de heer Hijink. Ik wil juist dat ze gewoon door kunnen gaan in die RAV's waar ze goed bezig zijn. Ik maak me er alleen zorgen over dat de argumentatie, de motivering van dit wetsvoorstel ontoereikend is.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

De heer Raemakers roept het wel een klein beetje over zichzelf af, want hij problematiseert het feit dat dit wetsvoorstel zegt niet meer te gaan aanbesteden. Dan kun je zeggen dat we een risico lopen vanwege Europa, maar je kunt ook zeggen: de lidstaten in Europa gaan zelf over de zorgen, wij laten met dit wetsvoorstel zien dat wij het op deze

manier interpreteren. Daar kun je voor kiezen; ik zou daar best voor willen kiezen. Als je dat niet wilt, kun je het probleem ook anders benaderen. De heer Raemakers zegt zelf dat winsten uitkeren niet in het beeld van een organisatie met een niet-economisch belang past. Als je het op die manier wilt oplossen, kun je ook zeggen: geen winsten meer. Hoe ziet de heer Raemakers dat?

De heer Raemakers (D66):

Op het punt van "geen winsten meer" wil ik me aansluiten bij wat mevrouw Van den Berg daarover heeft gezegd. Ik denk dat het echt belangrijk is dat we die discussie bij de contourennota breder gaan voeren, over de hele zorg. Maar ik wil wel ingaan op een ander element van wat mevrouw Ellemeet zegt. Het is echt een noviteit dat we op deze manier de ambulancezorg gaan organiseren. Dat zal ik zo meteen nog uitgebreider toelichten. Daarom is het ook zo belangrijk om daar nu vragen bij te stellen, nu het nog kan, en niet straks over drie jaar — ik denk dat we dat allebei heel vervelend zouden vinden — als de Europese Commissie Nederland op de vingers tikt omdat dit niet helemaal volgens de regels was. Dan hadden we de Europese Commissie veel beter aan de voorkant kunnen vragen: kan dit eigenlijk wel? Dat is ook een van de vragen die ik straks heb.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Het is toch wel heel jammer dat het er steeds meer op lijkt dat dit het grote doorschuifkabinet wordt, gesteund door de coalitiepartijen. Je hebt als Kamer juist wetten om daarmee de praktijk te veranderen. Met een contourennota veranderen we Nederland niet. Met wetten veranderen we Nederland. Wij kunnen daar als Kamer invloed op uitoefenen. Het is nu aan de heer Raemakers, net als aan ons, om daar sturing aan te geven. Het is toch jammer dat de heer Raemakers zegt dat dit niet het moment is en dat we het over winsten gaan hebben als we in de Kamer een beleidsnotitie gaan bespreken. Ik vind dat een gemiste kans. Dit kabinet zou stappen kunnen zetten. Deze Kamer zou daarbij kunnen helpen, maar de heer Raemakers kiest voor een pas op de plaats.

De heer Raemakers (D66):

Ik denk dat niemand wil dat er in de ambulancezorg grote winsten worden gemaakt. Als je kijkt naar de praktijk van de ambulancezorg, met vaste tarieven en budgetbekostiging, denk ik dat de marges om echt hele grote winsten te maken ook vrij klein zijn. Maar het zou in theorie kunnen — daar wijst de Raad van State ook op — dat door het helemaal uitsluiten van winstuitkeringen in bepaalde gevallen ook weer de investeringen, misschien ook investeringen in betere kwaliteit van ambulancezorg voor de patiënt, teniet worden gedaan. Het is een theoretische mogelijkheid. Ik kan me ook niet helemaal goed voorstellen hoe je precies winst kunt maken en die weer in innovatie kunt stoppen, maar goed, laten we dit niet uitsluiten. Laten we die discussie breder voeren. Maar D66 wil zeker niet dat er in de ambulancezorg over de rug van patiënten goud geld wordt verdiend. Dat willen wij echt niet.

De voorzitter:

Gaat u verder.

De heer **Raemakers** (D66):

Ik heb dus veel vragen over de juridische houdbaarheid; dat is u al duidelijk. Ik zou me daarover echt geen zorgen hebben gemaakt als er al andere landen waren met een vergelijkbaar model, maar de praktijk is anders. Uit een internationale vergelijking met zestien andere landen blijkt dat maar twee andere landen net als Nederland een monopolie hebben op de spoedeisende en de geplande zorg. Geen enkel ander land heeft de ambulancezorg aangemerkt als niet-economische dienst van algemeen belang zonder die publiek te maken.

Wij begeven ons met dit wetsvoorstel dus op onontgonnen terrein. Bij mij roept dat inhoudelijk deze vragen op. Zijn die planbare en die spoedeisende zorg in andere landen niet ook onlosmakelijk met elkaar verbonden? Is een monopolie op de spoedeisende én de geplande ambulancezorg kwalitatief nodig? Leveren wij door dit monopolie op beide aantoonbaar betere ambulancezorg dan die andere landen? Waaruit blijkt dat dan? Of heeft het kabinet niet meetbaar in kaart wat dit oplevert ten opzichte van andere varianten?

Voorzitter, los van allerlei inhoudelijke vragen probeer ik ook vooral even om het proces beter te begrijpen. Als ons hoogste staatsrechtelijke adviserende orgaan, de Raad van State, sterk twijfelt aan de houdbaarheid van een wetsvoorstel — een voorstel dat internationaal dus een noviteit vormt en uniek is maar dat wel onze ambulancezorg definitief moet gaan regelen — dan zou ik denken dat je bij de Europese Commissie aan de voorkant checkt of het volgens haar ook in overeenstemming is met het Europees recht. Maar in de nota naar aanleiding van het verslag lees ik dat dit gewoonweg niet is gebeurd. Nu kan mogelijk alsnog zo'n inbreukprocedure door diezelfde Commissie volgen. Dan zijn we met z'n allen dus echt veel verder van huis. Dat wil echt niemand. Daarom vraag ik de minister waarom het gesprek met de Commissie niet is aangegaan. Deze informele route staat toch altijd open? Lag het bijvoorbeeld aan tijdsgebrek?

Ook bestaat het risico dat een andere, uitgesloten aanbieder straks een rechtszaak start. Heeft de minister signalen ontvangen dat een partij een rechtszaak zal starten als dit wetsvoorstel door beide Kamers wordt aangenomen, bijvoorbeeld via een ontvangen brief of e-mail, een gesprek op het ministerie of een reactie op de consultatie et cetera?

Tot slot op dit punt. Ik las in de beantwoording dat bij de landsadvocaat advies is ingewonnen. Wat was nou precies het advies van de landsadvocaat en welke risico's werden door hem nog gesignaleerd?

Voorzitter. Dan wil ik gaan naar de alternatieven. Ik hoop van harte dat de minister mij meer juridische zekerheid kan bieden. Wij maken hier immers een belangrijke keuze, waarbij ik ook even de alternatieven in ogenschouw zou willen nemen die juridisch niet onzeker zijn, die meer zekerheid kunnen bieden. Allereerst het concessiemodel. Ik denk dat we het er Kamerbreed wel over eens zijn dat een aanbesteding elke vijf jaar opnieuw, zoals het kabinet voorstelt, niet tot de gewenste stabiliteit en continuïteit zou leiden. Zou de concessie niet gewoon voor een periode van tien jaar of langer worden verleend? Volgens de Raad van State kan dit. Ik zie in de schriftelijke beantwoording van de regering dat men eigenlijk steeds om die tien jaar heen

gaat en het steeds maar over vijf jaar heeft. Maar dat is natuurlijk niet de enige mogelijkheid, zoals ik net ook al aangaf.

Een ander alternatief is het publieke model. Hiervoor zouden de RAV's volgens de minister mogelijk uniform worden gemaakt. Is dat wel strikt noodzakelijk? Ziet de minister ook voordelen van een dergelijke uniformiteit en hoe weegt de minister in dezen het korte- versus het langetermijnbelang? Kan hij een vergelijking maken met het voorliggende model, waarin de ambulancezorg in iedere veiligheidsregio door een ander soort organisatie en entiteit wordt aangestuurd? Hoe groot zijn op dit moment de verschillen in onderlinge kwaliteit en het behalen van de normen tussen de RAV's? Dat publieke model heeft dus ook wel nadelen — daar heb ik net al op gewezen — maar het ontbreekt ons inziens aan een analyse van wat er nog meer allemaal mogelijk zou zijn, wat ook de voordelen daarvan zouden zijn, en een stukje argumentatie, waar ook de Raad van State naar vraagt en ook de Europese Commissie naar zal vragen, als ze zich over die zaak gaan buigen.

Samengevat op dit punt. In hoeverre heeft het kabinet al deze modellen vergeleken op een balans tussen kwaliteit, innovatie en doelmatigheid enerzijds en continuïteit en stabiliteit anderzijds? Dan bedoel ik ook een internationaal vergelijkend onderzoek en een meetbaar onderzoek, dus niet alleen maar een opsomming van argumenten voor en tegen. Het moet meer diepgang hebben.

Voorzitter. Dan wil ik het even hebben over de beoogde doelen van het wetsvoorstel specifiek. Kan de minister uiteenzetten hoe het wetsvoorstel naast die continuïteit ook bijdraagt aan kwaliteit en innovatie? Bestaat het risico dat een monopolie voor onbepaalde tijd de drang tot investeringen in kwaliteit en innovatie doet verslappen? Mevrouw Van den Berg wees daar ook al op. Kan de minister ingaan op de samenhang van het wetsvoorstel met het kwaliteitskader, het actieplan ambulancezorg en de kwaliteitsregistraties? Waarom is in het voorstel voor een vijfjaarlijkse visitatie gekozen en niet voor bijvoorbeeld voor een jaarlijkse of tweejaarlijkse? Vijf jaar is best een lange termijn als je het hebt over visitatie. Zou dat niet anders kunnen? Ik constateer ook dat de mogelijkheid blijft bestaan om de ambulancezorg uit te besteden aan onderaannemers. Hoeveel zicht hebben de RAV's op de kwaliteit van zorg die een onderaannemer levert?

Voorzitter. We hebben het in deze Kamer ook regelmatig over het belang van tijdigheid. D66 wil ook dat in dunnerbevolkte gebieden iedereen verzekerd kan zijn van tijdige, kwalitatief hoogwaardige ambulancezorg. Hoe stimuleert dit voorstel een verbetering van de tijdigheid? Welke impact kan het advies Heroverweging 45 minutenorm van de Gezondheidsraadscommissie volgens de minister hebben op de organisatie van de ambulancezorg? Hoe is daar rekening mee gehouden in dit wetsvoorstel?

Tot slot, mijn laatste punt. Dat gaat over de rol van de ambulanceverpleegkundige en al dat andere hardwerkende ambulancepersoneel. Enerzijds begrijp ik de ambulanceverpleegkundige heel goed. Zij hebben een intensieve opleiding genoten en zien daar graag erkenning voor terug. Anderzijds begrijp ik ook de wens die breed in de sector leeft om enige ruimte te houden bij het bepalen welke ambulancemedewerker bij welke zorg vaak precies nodig

is. Alleen zo kunnen we werken aan een toekomstbestendige ambulancezorg waarin we ook genoeg personeel hebben, en stellen we medewerkers van de ambulance niet voor onhaalbare wettelijke eisen. Ik denk dat het amendement van de heer Hijink, dat inmiddels door ons allemaal ondertekend wordt, een gouden middenweg schetst tussen deze twee zaken. Daarin wordt aangegeven dat er ambulanceverpleegkundigen maar ook ambulancezorgprofessionals zijn en wordt iedere medewerker in de ambulancezorg genoemd.

Ook ben ik van mening dat, als we straks verdere besluitvorming hebben over de vraag wie precies voor welke ambulancezorg vereist is en welke opleidingseisen wij aan welke medewerker stellen, daar democratische controle op moet zijn. Wij als Tweede Kamer moeten daar iets van kunnen vinden. Die betrokkenheid mogen ambulancebroeders en zusters ook van hun volksvertegenwoordiging verwachten. Daarom heb ik samen met de heer Veldman een amendement ingediend dat wettelijke voorhangprocedures regelt, zodat de Kamer betrokken blijft bij de uitwerking. Ik denk dat we op deze manier de medewerkers in de ambulancezorg, waarvan er velen een petitie hebben ondertekend, zo goed mogelijk kunnen helpen.

Voorzitter, dank voor het woord.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik ben het natuurlijk helemaal eens met die laatste woorden van de heer Raemakers dat het belangrijk is dat de Tweede Kamer maximale invloed en controle kan uitoefenen. Maar het is jammer dat het amendement dat hij samen met de heer Veldman heeft gemaakt, helemaal niet die maximale controle en toezicht geeft. Want dat gaat uit van een ministeriële regeling. Het zou veel beter zijn om de constructie van een algemene maatregel van bestuur te kiezen. Een zodanig amendement heb ik toevallig gemaakt. En ik zou de heer Raemakers, en trouwens ook de heer Veldman, van harte willen uitnodigen om zich aan te sluiten bij mijn amendement. Want daarmee borgen we de inspraak van de Tweede Kamer oprecht veel beter.

De heer Raemakers (D66):

Wij hebben zelf ook even gekeken hoe je die voorhang precies kunt doen: via AMvB of ministeriële regeling? De belangrijkste overweging is dat het bij een AMvB in de regel veel langer duurt. Het is nu al juni en deze wet moet op 1 januari 2021 ingaan. Dan willen we ook dat al die opleidingseisen et cetera duidelijk zijn. Dus dat was onze overweging om op safe te spelen en de voorhang via een ministeriële regeling te doen. Ik hoor graag van de minister hoe dat precies zit met de termijnen en hoe hij over uw amendement denkt.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Ik wil daar best wel gevoelig voor zijn. Daarom heb ik ook een tweede amendement gemaakt dat een lichte voorhang in plaats van een zware voorhang voorstelt. Daarmee zou dat bezwaar van de heer Raemakers wellicht ondervangen kunnen worden. Ik nodig hem dus van harte uit om dat amendement te steunen. Dat is echt beter voor de ambulancezorg.

De heer Raemakers (D66):

Dat tweede amendement heb ik nog niet bekeken. Dat zal ik inderdaad doen. Ik hoor graag de reactie van de minister. Dan zullen we ons oordeel daarover opmaken.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Raemakers. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Agema namens de PVV.



Mevrouw Agema (PVV):

Dank u wel, voorzitter. De stilte op straat tijdens de coronalockdown werd in bepaalde regio's regelmatig doorbroken door loeiende sirenes van ambulances die de toestroom van patiënten richting ziekenhuis amper aankonden. Het coronavirus heeft overduidelijk laten zien hoe kwetsbaar ons gezondheidssysteem is, maar ook hoe geweldig de inzet van de zorgverleners en zelfs militairen is geweest. Ik dank hen vanaf hier voor hun enorme inzet. Mede door hen was er op het nippertje geen sprake van een code zwart, en met het verspreiden van de patiënten over ziekenhuizen heeft iedere patiënt voor wie dat nodig was, een plekje kunnen krijgen.

Ik vind de timing van deze wetsbehandeling daarom niet zo goed. We hoorden het vanmiddag nog van meneer Van Akkeren, die via de informele weg een petitie aan ons aanbod. Er was te weinig tijd. Toch heeft hij ons nog op het hart kunnen drukken dat 1.064 van de ruim 2.000 ambulanceverpleegkundigen aangeven dat zij hun eigen definitie van ambulanceverpleegkundige willen behouden. Dit in tegenstelling tot de beroepsvereniging V&VN, die dacht dat ze met de wetswijziging wel konden leven. Daarom is het jammer dat er zoveel haast gemaakt wordt. Meneer Hijink van de SP heeft namens een groot deel van de Kamer een amendement opgesteld dat wij ook mochten meeteekenen. Ik dank hem daarvoor.

Het doel van deze wet kan op onze instemming rekenen. Toch vinden we dat er heel veel functiedefinities aan het ontstaan zijn naast ambulanceverpleegkundige. De afgelopen jaren zijn erbij gekomen: de physician assistant ambulancezorg, de verpleegkundig specialist ambulancezorg, de klinisch technolog, de bachelor medisch hulpverlener, de verzorgende individuele gezondheidszorg, en nu ook de ambulanceprofessional. Dit terwijl patiënten in de praktijk gewoon blijven praten in termen van "ambulancebroeder", "dokter" of "zuster". Ik vraag de minister te reflecteren op deze veelheid aan functiedefinities.

Onlangs sneuvelde nog een wetsvoorstel waarin de vorige minister zo nodig de functie van regieverpleegkundige wilde introduceren. Hoewel de beroepsvereniging V&VN ook hiermee instemde, was het de weerstand en het verzet van de verpleegkundigen zelf die ervoor zorgde dat dit wetsvoorstel gelukkig werd ingetrokken. We steunen het doel van deze wet die nu voorligt, waarmee de regering regelt dat de ambulancezorg wordt aangemerkt als een NEDAB, een niet-economische dienst van algemeen belang. Het is goed dat er per veiligheidsregio één aanbieder is die niet alleen het recht maar ook de plicht heeft om deze zorg te leveren. Ik vraag de minister welke onderdelen van de acutezorgketen hij nog meer zou kunnen aanmerken als NEDAB. Ik kan me toch voorstellen dat de spoedeisendehulpdiensten en de

afdelingen acute verloskunde zo'n zelfde status zouden moeten krijgen. Ik hoor graag de reflectie van de minister daarop.

Bij de behandeling van de tijdelijke ambulancewet werd ons amendement aangenomen waarmee we wilden waarborgen dat een BIG-geregistreerde ambulanceverpleegkundige aanwezig zou zijn op de spoedeisende en hoogcomplexe ritten. Dit amendement heeft de wet niet gered. Zoals ik al zei, worden er functies toegevoegd. De minister stelt dat deze functies van dezelfde kwaliteit zijn als die van ambulanceverpleegkundige. Dat is natuurlijk ook de bedoeling, maar hoe borgt hij dit, vraag ik hem. Hoeveel jaren opleiding, specialisatie en ervaring heeft bijvoorbeeld de gemiddelde ambulanceverpleegkundige ten opzichte van de bachelor medisch hulpverlener? Het experiment moet nog worden geëvalueerd. Is het dan niet te voorbarig om deze functiedefinitie alvast bevoegd te verklaren voor de ambulance?

Ik ben ook huiverig voor de zorgdifferentiatie als het gaat om risico-inschattingen die bijvoorbeeld worden gedaan door de verpleegkundig centralist in de meldkamer. Het is heel ingewikkeld. Het is heel ingewikkeld mensenwerk en het is zeer weerbarstig. Is het mogelijk dat er straks een ambulance uitrukt zonder BIG-geregistreerde ambulanceverpleegkundige aan boord, terwijl de zorg die de te vervoeren patiënt nodig heeft dat wel verlangt, maar dit onbedoeld via de triage niet naar voren is gekomen? Het doel van de herziening van de urgentie-indeling is om vanuit triage te komen tot de inzet van de juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip voor de patiënt, met een voor de patiënt zo optimaal mogelijke uitkomst. Dit is best wel ambtelijke geheimtaal. Natuurlijk proberen we hiermee zo goed mogelijke zorg te creëren, maar het heeft ook geldredenen. Ik wil benadrukken dat iedereen graag wil dat dingen beter, handiger of efficiënter geregeld worden, maar dat de praktijk veel weerbarstiger is, de triage op afstand plaatsvindt en situaties gewoon heel erg verschillen en heel erg moeilijk in te schatten zijn. Misschien moet je ook accepteren dat inschatting moeilijk is, en moet je voorkomen dat er om geldredenen straks onverantwoorde risico's worden genomen. In hoeverre is het uitvoerbaar wat de Taskforce Urgenties wil, namelijk een prioritering met zeven urgentieniveaus? Je moet dan eigenlijk wel heel precies weten wat er aan de hand is.

Laat ik het voorbeeld geven van mijn vader. Twee jaar geleden was hij pas geopereerd. Hij was thuis. Mijn moeder had verpleging nodig, want ze had een ammoniakvergiftiging. Ik sliep bij hen. Midden in de nacht stond mijn vader ineens naast zijn bed. Ik heb zo'n pijn in m'n rug, zei hij. Ik zei: "Papa, wat is er aan de hand? Zal ik de dokter bellen?" Hij zei: nee nee, ik moet naar het ziekenhuis. Nou had die man al wat operaties gehad en kon hij er dus wel een goede inschatting van maken. Ik zei dus: zal ik dan maar 112 bellen? Hij zei: ja, snel, snel! Ik belde 112. Dan krijg je de triagist aan de telefoon. Ze nam ook mijn vader aan de telefoon, want hij was niet buiten bewustzijn of zo. En de triagist besloot geen ambulance te sturen. Ik moest mijn vader zelf naar het ziekenhuis brengen, maar dat kon niet, want mijn moeder was verward door die ammoniakvergiftiging. Ik dacht: wat moet ik nou doen? Ik belde dus mijn broer op. Toen is mijn schoonzuster gekomen vanuit een andere plaats. Ze was er met twintig minuten. Mijn vader moest zelf naar beneden lopen en in de auto gaan zitten. Al met al lag mijn vader drie kwartier nadat ik het telefoontje met

112 had gepleegd, onder de scan in het ziekenhuis. Hij bleek een acuut aneurysma te hebben, dat op knappen stond. Hij had nooit met de auto daarnaartoe gebracht mogen worden! En toch had de triagist dat aan de telefoon bepaald. De situatie bleek in de praktijk veel weerbarstiger te zijn. Binnen drie kwartier lag hij dus in een ambulance op weg naar een gespecialiseerd ziekenhuis. Daar is hij binnen twee uur geopereerd, op een uitstekende, innovatieve manier. Het heeft hem gelukkig niet zijn leven gekost.

Wat ik hiermee wil aantonen, is dat het aan de telefoon heel erg moeilijk inschatten is wat de situatie is. Je kunt wel op papier uitdenken dat je met zeven urgentieniveaus kunt werken, maar in dit geval had er een prioritering van de hoogste orde moeten zijn, terwijl er helemaal geen ambulance werd gestuurd. Ik wil dit graag onder de aandacht van de minister brengen. Ik hoef niet speciaal een reactie op de situatie met mijn vader, maar wel op het idee dat je op papier kunt uitdokteren dat je zeven urgentieniveaus wilt, terwijl de praktijk heel weerbarstig is.

Voorzitter. Dan het onderzoek naar de kwaliteit van de ambulancezorg. Patiënten geven aan dat ze die waarden met een 9,1. Dat is een onwijs mooi cijfer. Patiënten geven als verbeterpunt aan dat ze meer betrokken willen worden bij de keuze van het ziekenhuis waarnaar ze worden gebracht. Kan de minister hierin iets betekenen?

De les die de minister uit de coronacrisis lijkt te trekken, is dat de mix van spoedeisende en niet-spoedeisende ritten in één hand moet blijven. Hij wijst daarbij op de verplaatsing van coronapatiënten naar anders ziekenhuizen. Hij noemt dat "de niet-spoedeisende vorm". Maar dat vind ik wel een beetje kort door de bocht. Natuurlijk was hier spoed bij en natuurlijk ging het om hoogcomplexe zorg. Het waren immers patiënten die van of naar de ic's vervoerd moesten worden, mensen die vochten voor hun leven, en ambulanceverpleegkundigen die hen daarbij in de ambulance hielden.

Ik kom op de onzekerheid die is ontstaan door de tijdelijke wetten en door het feit dat er minder is geïnvesteerd in ambulances, personeel en apparatuur. Hoe gaat de minister dat weer op peil brengen? Hoe groot is dit tekort? Kan de minister iets zeggen over wat er nu, op korte termijn nodig is aan investeringen?

Ten slotte, de vijftienminutennorm. Hier moeten we iets mee, want in sommige regio's gaat het ernstig mis met de aanrijtijden door de recente sluitingen van steeds meer spoedeisendehulpdiensten en afdelingen voor acute verloskunde. Kan de minister nog eens uitleggen waarom hij het niet nodig vindt om een verbeterplan op te nemen voor de bereikbaarheid van de acute zorg? Een vijfjaarlijkse visitatie schiet hier tekort, lijkt me. Jaarlijks toezicht, controle lijkt me beter, evenals een wettelijke verankering en een monitor. Wat vindt de minister hiervan? Zou hij dat een goed idee vinden?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Agema. Ook dank voor het delen van zo'n persoonlijk verhaal over uw vader. Dan gaan we naar de heer Veldman namens de VVD.



De heer **Veldman** (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Onder normale omstandigheden zullen er misschien maar weinig mensen zijn die met trots en bewondering naar een ambulance kijken. De meeste mensen zullen alleen met de ambulance van doen hebben als er een verkeersongeluk gebeurd is of als er een acute medisch ernstige situatie thuis is. In die gevallen is er bijna altijd heel snel een ambulance ter plaatse. Dat is niet zomaar een ziekenauto, zoals je in sommige andere landen nog wel ziet, maar meer een soort rijdend ziekenhuis met hoogopgeleide zorgprofessionals. En terecht: bij een cruciale zorgtaak als de ambulancezorg moet kwalitatief goede zorg voor de patiënt centraal staan, zorg die in lijn loopt met de meest recente ontwikkelingen in de acute zorg en waarbij ook de patiënt de voordelen mag genieten van de innovaties die in deze sector plaatsvinden.

Voorzitter. Dit wetsvoorstel merkt ambulancezorg aan als niet-economische dienst van algemeen belang en spreekt van één aanbieder per regio. We hebben hierover als Kamer eerder, in een algemeen overleg, gesproken met de voorganger van deze minister. De minister schetste toen een aantal voorwaarden voor de nieuwe ambulancewet: 1. het waarborgen van continuïteit door het aanwijzen van een monopolist in de regio, 2. inkoop via de twee grootste verzekeraars in de regio, en 3. het aanwijzen van de huidige aanbieder voor onbepaalde tijd.

Voorzitter. Deze uitgangspunten zien we nu terug in het wetsvoorstel dat voorligt. Het aanwijzen van één aanbieder beperkt weliswaar de vrije concurrentie, maar het voorkomt wat je bijvoorbeeld niet wil in de acute zorg en wat je bijvoorbeeld in de Verenigde Staten wel ziet, namelijk dat twee concurrerende ambulances bij dezelfde calamiteit komen aanrijden. Daarnaast is één vaste aanbieder in de spoedeisende, acute zorg juist ten behoeve van goede samenwerking in de keten te prefereren.

Voorzitter. Ik ben eerlijk: ik ben van nature geen fan van dit soort constructies met één aanbieder voor onbepaalde tijd. Maar in de ambulancezorg kan ik ermee leven. Ik wil de minister hierbij wel nog vragen of het instellen van een monopolie op de ambulancezorg niet in strijd is met de EU-regelgeving omtrent de interne markt en concurrentie. Kan de nieuwe wet hierop worden aangevochten? Als dat gebeurt, wat is dan zijn inschatting van het resultaat?

Voorzitter. De VVD vindt het wel van groot belang dat de kwaliteit van de ambulancezorg, ondanks het ontbreken van concurrentie, goed geborgd blijft en dat er innovatie plaatsvindt, waardoor de patiënt verzekerd is van de op dat moment beste acute zorg. Ook moet er gelet worden op kostenbesparing. Normaal gesproken zorgt goede competitie voor dit soort zaken. Goede competitie zorgt voor kwaliteitsverbetering. Graag hoor ik in een toelichting van de minister nog eens hoe deze zaken goed geborgd zijn met deze wet. Hoe gaat de periodieke visitatie controleren op kwaliteitsverbetering? Welke vervolgacties zullen er ingezet worden bij een slechte beoordeling? Hoe zal er bij de vaststelling van de tarieven en budgetten rekening gehouden worden met kostenbesparing waar dat kan?

De heer **Hijink** (SP):

Ik zat nog even door te denken over wat de heer Veldman net zei. Hij zei dat hij er niet zo'n fan van is dat een bepaalde taak voor langere tijd bij één aanbieder wordt neergelegd. Als we eens kijken naar de andere sectoren waarin acute dienstverlening, noodmeldingen en al dat soort dingen voorbijkomen, zoals brandweer en politie, dan zien we dat we daar toch eigenlijk nooit een discussie erover hebben dat een bepaalde taak voor langere tijd bij één organisatie wordt belegd. Waarom zou dat bij de acute zorg dan opeens wel een probleem zijn?

De heer **Veldman** (VVD):

De heer Hijink noemt voorbeelden. De politie is een nationaal georganiseerd instrument. Dat hebben we met elkaar. Het is in publieke handen. Dat is geen bedrijf dat we inhuren. Het zijn geen particuliere beveiligers die ons op straat ondersteunen of die op straat handhaven. Dat is precies het verschil. In de ambulancezorg opereren vanuit het verleden, waar we vandaan komen, een aantal private organisaties. We proberen nu met een wet te regelen dat die dat ook kunnen voortzetten. Ik ben geen fan van een monopolie, ook niet in de acute zorg. Maar ik kan me daar wel iets bij voorstellen, gezien de omstandigheden.

De **voorzitter**:

De heer Hijink tot slot.

De heer **Hijink** (SP):

Maar we hebben heel veel monopolies als het gaat om de acute zorg, bijvoorbeeld de brandweer en de politie. Ik hoor de VVD helemaal niet voorstellen om in de politie bijvoorbeeld ook maar ... Ja, wel als het om private beveiligers gaat. Maar ik hoor de VVD vooralsnog niet voorstellen dat de brandweer in de regio's met andere brandweerorganisaties moet gaan concurreren of dat politieagenten met agenten van een soort ander politiekorps moeten gaan concurreren. Op de een of andere manier is er blijkbaar ideologisch een soort kortsluiting ontstaan bij de VVD dat bij de acute zorg opeens wel concurrentie georganiseerd moet worden. Terwijl niemand zich iets daarbij kan voorstellen bij de brandweer en de politie, ligt de heer Veldman wakker van het feit dat wij straks de acute zorg voor langere tijd aan één organisatie gaan gunnen. Dat is toch een beetje raar?

De heer **Veldman** (VVD):

Ik vind het een moeilijke vraag, want de heer Hijink vraagt mij nu eigenlijk om te reageren op iets wat er door dit wetsvoorstel niet meer is. Dit wetsvoorstel zorgt er nu juist voor dat de concurrentie die er was of misschien zou kunnen zijn, er niet is. Dit wetsvoorstel zorgt er immers voor dat er één aanbieder is die het ook nog voor onbepaalde tijd krijgt. Daar ben ik van nature geen fan van, maar ik zeg erbij dat ik me in deze situatie wel iets daarbij kan voorstellen. Maar ik heb daar wel vraagtekens bij. Is het model juridisch houdbaar? Die vraag heb ik net aan de minister gesteld. Ook heb ik vragen over de kwaliteit en wat dat betreft zat ik midden in mijn verhaal.

De voorzitter:
Echt tot slot.

De heer Hijink (SP):

Het is frustrerend dat de heer Veldman de vraag niet beantwoordt. Maak nu eens de vergelijking met andere spoedsectoren, zoals de brandweer en de politie. Maak die vergelijking eens. Waarom zouden wij voor die sectoren geen concurrentie dulden — niemand kan zich dat voorstellen — en waarom moet de VVD zich in het debat over dit wetsvoorstel in allerlei bochten wringen om het bij de spoedzorg voor deze ene keer toch maar te accepteren, terwijl niemand zich dat kan voorstellen bij de brandweer en de politie? Ga eens in op die vraag, op de inhoud. Waarom zijn die sectoren zo anders dat concurrentie bij de spoedzorg in het diepste verlangen van de VVD eigenlijk wel de bedoeling zou moeten zijn?

De heer Veldman (VVD):

De eigenlijke vraag die de heer Hijink stelt, betreft de wens om alles in publieke handen te brengen en dus ook de gehele zorg. Dat is natuurlijk een bekend verhaal van de Socialistische Partij. Ik heb hem in zijn termijn maar even laten gaan in zijn razen over de markt. Ik hoorde hem voorbeelden noemen. Het zal toch niet zo zijn dat een Grieks bedrijf denkt: weet je wat, ik ga ambulancezorg in Nederland aanbieden? Laat ik de heer Hijink vertellen hoe het inmiddels in Nederland gewoon is en dat het kan. Het Witte Kruis biedt ambulancezorg in Haaglanden. Volgens mij staat het Witte Kruis bekend als een organisatie die in deze regio goed functioneert. Dat is een bedrijf. Dat bedrijf maakt onderdeel uit van Transdev, een Frans bedrijf met het hoofdkantoor in Parijs. Er is niks mis mee dat bedrijven delen van de zorg aanbieden en verzorgen. De vraag is hoe je het met elkaar voor langere tijd wilt organiseren. Daarvoor hebben we dit wetsvoorstel. Dat regelt dat er geen nieuwe concurrentie ontstaat, want we gaan in zee met één aanbieder voor onbepaalde tijd. Als liberaal zeg ik daarover: ik ben daar van nature geen fan van, want ik hou van competitie. Competitie maakt mensen beter. Competitie brengt vooruitgang. Competitie stimuleert innovatie. In dit geval zeg ik: ik kan mij voorstellen dat dit een verstandige keuze is, met een aantal restricties en vragen die ik aan de minister stel.

De voorzitter:

Goed. Ik stel voor dat u verder gaat.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter. Ik was gebleven bij de kwaliteitsverbetering. De VVD hecht groot belang aan goede controlevoering om de kwaliteit van de ambulancezorg te waarborgen. In de nota naar aanleiding van het verslag lezen we dat het aan de ambulancesector zelf is om de periodieke visitatie vorm te geven. Dat is ook gebruikelijk in andere delen van de zorg. Ik vraag de minister hoe de objectiviteit en de blik van buiten in deze aanpak wordt verzekerd. Hoe voorkomen we dat de slager z'n eigen vlees keurt en dat voor onbepaalde tijd mag doen?

Afrondend, voorzitter. Andere sprekers hebben het er voor mij al over gehad. Ook ik heb de afgelopen dagen veel sig-

nalen ontvangen op de wijziging van de term van "ambulanceverpleegkundige" naar "ambulancezorgprofessional". Dit roept bij ambulanceverpleegkundigen de zorg op dat hun functie komt te vervallen. Dat kan niet de bedoeling zijn. "Ambulancezorgprofessional" is geen nieuwe term, maar wordt ook gebruikt in de huidige tijdelijke wet, juist omdat er meer professionals werkzaam zijn in de ambulancezorg. We waarderen het dan ook dat de minister met de term "ambulancezorgprofessional" recht wil doen aan alle professionals. We vinden het wel belangrijk dat de ambulanceverpleegkundigen zich gewaardeerd weten, dat zij dat voelen en dat zij ook in deze wet hun titel kunnen behouden. De heer Hijink heeft een amendement erover ingediend, dat breed ondersteund is. Ik hoor graag van de minister of hij met dat amendement en die wijziging op de wet uit de voeten kan.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Veldman. Mevrouw Ellemeet.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Het was een beetje een trage reactie van mij. Ik had een vraag aan de heer Veldman. Hij geeft aan dat het belangrijk is dat ambulanceverpleegkundigen zich erkend voelen. Dat begint natuurlijk met het feit dat je genoemd wordt in de wet, maar daar eindigt het niet. Het gaat er vooral om hoe wij die ambulanceverpleegkundigen in de praktijk in positie brengen. Een van de dingen die ik noemde was dat je als medisch manager ook een verpleegkundig specialist in positie zou kunnen brengen. Hoe denkt de heer Veldman daarover?

De heer Veldman (VVD):

Het antwoord is heel eenvoudig. Ik ben het helemaal eens met mevrouw Ellemeet.

De voorzitter:

Kijk.

De heer Veldman (VVD):

Het verwijst precies naar iets waar mevrouw Ellemeet afgelopen jaar, samen met collega Hermans, aandacht voor gevraagd heeft: geef die verpleegkundige een stem, geef die een positie aan tafel. Ook hierin kan ik haar bevestigen: ja, dit lijkt mij iets wat gewoon moet kunnen.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik tot slot het woord aan mevrouw Ploumen namens de PvdA.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Net als veel andere mensen, denk ik, heb ik vaak gemengde gevoelens als ik de sirene van de ambulance hoor. Als je er zelf op zit te wachten, ben je blij dat dat geluid klinkt. Als je bezorgd bent dat iemand in je omgeving iets is overkomen, maak je je zorgen. De paar

keer dat ik met ambulancezorg te maken heb gehad, ben ik altijd heel erg onder de indruk geweest van de medische kennis en de professionaliteit van de mensen die werken op de ambulance, maar vooral van hun kalmerende invloed op welke situatie dan ook. Of het nu een verkeersongeluk is of een sportblessure van een kind op een zaterdagochtend; alleen al door hun aanwezigheid en hun wijze van handelen leek de situatie altijd meer onder controle.

Ik ben heel erg dankbaar dat we in Nederland zo'n goede ambulancezorg hebben. Ik wil iedereen die daaraan werkt van harte bedanken, en dan misschien speciaal de heer Jim van Akkeren. Anderen noemden zijn naam ook al. Hij heeft vanochtend een petitie aangeboden. Ik zeg erbij dat hij dat op 1,5 meter deed, heel creatief vormgegeven. Dat was voor mij maar weer eens een bewijs dat voor welke situatie ambulancezorgmedewerkers zich ook gesteld zien, zij altijd het goede doen en met oplossingen komen die passen bij de situatie.

Voorzitter. Ik denk dat heel veel ambulancemedewerkers in de coronacrisis van de afgelopen maanden overuren hebben gedraaid. Patiënten moesten vervoerd worden, soms zelfs naar het buitenland. We hebben allemaal kunnen lezen over de colonne aan ambulances die vanuit Brabant naar het noorden vertrokken. De solidariteit was niet alleen heel groot tussen ziekenhuizen en mensen, maar ook de ambulancemedewerkers waren daar onderdeel van. Ze stonden eigenlijk aan de frontlinie van de zorg. Ook dat verdient een groot dankjewel.

Goede ambulancezorg is vakkundige ambulancezorg. Collega's zeiden dat ook al. De kwaliteit van de mensen op die ambulance is van groot belang. Met collega's maken wij ons zorgen over het verdwijnen van de titel ambulanceverpleegkundige uit de wet. Ik heb me net als veel anderen van harte aangesloten bij het amendement van de heer Hijink dat die omissie moet corrigeren. Ik hoor heel graag van de minister of hij dat amendement gaat omarmen.

Ik heb zelf ook een amendement aan de Kamer aangeboden. Ik sprak daar al over. Ik heb dat overigens gewijzigd om de heer Raemakers en ik denk zomaar ook de heer Veldman mee te krijgen. Ik hoop van harte dat de collega's en de minister dat zullen omarmen, omdat we daarmee de invloed van de Kamer op deze belangrijke wet borgen; niet alleen vandaag, maar ook in de tijd die komen gaat.

Goede ambulancezorg is vakkundige ambulancezorg, maar ook tijdige ambulancezorg. In de afgelopen periode hebben we met de voorganger van deze minister regelmatig gesproken over de problemen die er zijn met tijdige ambulancezorg. De aanrijtijden zijn in sommige regio's te lang. Ik meen dat mevrouw Van den Berg daar ook al over sprak. Aan de normen die zijn afgesproken, wordt niet altijd voldaan. Wat betreft de Partij van de Arbeid is de oplossing dan niet om de normen op te rekken in een systeem dat wat ons betreft niet beantwoordt aan de zorgbehoefte die er in de acute zorg is.

In Krimpen aan den IJssel haalt de ambulance in 15% tot 20% van de gevallen de wettelijke aanrijtijd niet. Daar wil ik graag een reactie op van deze minister. In de gemeente Reusel-De Mierden kwam de ambulance vorig jaar in 75 van de 285 gevallen niet op tijd. Iedereen in Nederland moet, waar hij ook woont, er zeker van kunnen zijn dat de ambulance op tijd komt. Zeker in combinatie met de sluiting

van een aantal spoedeisende posten is dat des te prangerender. Graag een reactie van de minister op hoe hij dit ziet. En vooral ook: welke maatregelen gaat hij nemen om ervoor te zorgen dat de normen overal in Nederland worden gehaald?

Voorzitter. Ik sluit mij heel graag aan bij het pleidooi van mevrouw Ellemeet als het gaat over de versterking van de positie van de verpleegkundigen. Ik zou willen zeggen: in de hele acute zorg, maar we spreken nu over de ambulancezorg. Dat gaat niet alleen maar over waarden in een type functieomschrijving. Het gaat ook niet alleen maar over de waardering in salaris. Ik zou de Kamer nogmaals willen oproepen om er in gezamenlijkheid voor te zorgen dat zorgmedewerkers een betere beloning krijgen. Maar het gaat ook over de plek die je aan tafel krijgt; dus niet "een plek", maar "de plek" die je aan tafel krijgt. De versterking van zeggenschap van verpleegkundigen in de hele zorg, maar ook in de spoedzorg, is zeer aangelegen. Vandaar ook de steun voor de motie die mevrouw Ellemeet gaat indienen. Wij doen dat in ieder geval samen, maar wellicht sluiten anderen zich daar nog bij aan.

Tot slot, voorzitter. Er waren buitengewoon veel goede suggesties van de collega's in dit debat. Ik ben er een groot voorstander van dat iedereen begrijpt waar het over gaat, ook ikzelf, want de eerste keer dat ik mij hierin verdiepte, duizelde het mij van alle afkortingen, niveaus en normen. Als dat zo is, ben ik vast niet de enige. Ambulancezorgorganisaties gewoon ambulancezorgorganisaties noemen — het voorstel van de heer Hijink of van mevrouw Ellemeet — zou ik van harte willen ondersteunen. Soms doet helderheid het beste recht aan de inzet van al die professionals.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ploumen. Daarmee zijn we aan het einde gekomen van de eerste termijn van de zijde van de Kamer. Ik schors de vergadering vijftien minuten.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik hervat en schors de vergadering voor een halfuur.

De vergadering wordt van 18.04 uur tot 18.46 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef de minister het woord.

□

Minister Van Rijn:

Dank u, voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn. Sommigen hebben het al gezegd: het is fijn dat we zo snel met elkaar kunnen komen te spreken over het voorstel voor de Wet ambulancevoorzieningen, of hoe die straks ook zou kunnen heten. Ik ben er dankbaar voor dat u met mij de urgentie ziet om nu een nieuwe wet voor de ambulancezorg te maken. De huidige wet loopt immers op 1 januari af.

Ik vind het ook bijzonder om hier te staan; de heer Hijink memoreerde het al even. Ik moet toch elke keer weer wennen aan het idee dat ik hier nu, op deze plek, als tijdelijk minister een "linkse bondgenoot" wordt genoemd door de SP. Ik had de neiging om te zeggen "Versta ik u nu goed?", om het nog een keer te horen.

De voorzitter:

Dit is gewoon uitlokking! De heer Hijink.

De heer Hijink (SP):

De verleiding is nu natuurlijk om een heel relaas over de verzorgingshuizen te beginnen.

De voorzitter:

Nee, doe maar niet.

De heer Hijink (SP):

Dat ga ik nu niet doen. Ik zei nadrukkelijk "hopelijk".

Minister Van Rijn:

Die 2 miljard wil ik graag nog even noemen!

De heer Hijink (SP):

Ik zei daarbij: hopelijk. En ik reken er ook op dat we dat vanavond gaan zien. Wat dat betreft heb ik hele goede hoop. Ik hoop dat deze minister, als een soort paard van Troje, in het kabinet de goede dingen gaat doen.

Minister Van Rijn:

In ieder geval kan enige consistentie niet ontzegd worden, ook niet aan mijn inbreng. De heer Hijink heeft nog stukken nagezocht uit 2006 en de voorzitter heeft nog een aantal dingen gezegd, waarvoor zeer veel dank. Ik herinner me nog dat ik de Tijdelijke wet ambulancezorg mocht behandelen. Dat mocht ik toen doen, omdat mevrouw Schippers formateur was. Op 23 mei 2017 zei ik dat "veel publieke sturing nodig is, en dat zal ook zo blijven". Ik denk dat we nu een wetsvoorstel hebben dat in ieder geval consistent daarmee is.

De discussie over de structurele wetgeving voor ambulancezorg loopt inderdaad al vrij lang. In 2004 werd het voorstel voor de Wet ambulancezorg ingediend. Dat voorstel ging, zoals u weet, oorspronkelijk uit van periodieke aanbesteding, maar werd geamendeerd tot een wetsvoorstel waarin de continuïteit van zorg centraal kwam te staan. Dat voorstel is echter niet in werking getreden.

Toen is, vanaf 2010, gewerkt aan de Tijdelijke wet ambulancezorg. Die zou gelden van 2013 tot 2018, maar is verlengd tot 1 januari aanstaande. Het huidige kabinet is er, dankzij Bruno Bruins — ik wil hem daarvoor vanaf deze plek nog feliciteren en bedanken — in geslaagd een structureel wetsvoorstel te ontwikkelen, dat hopelijk op 1 januari aanstaande in werking kan treden.

Ik denk dat het goed is om deze discussie, linksom of rechtsom, nu ook af te handelen. Het laatste wat ik wil is dat onzekerheid en onduidelijkheid bij de ambulancemedewerkers,

de ambulancediensten en al hun partners nog langer zou duren doordat de nieuwe wetgeving niet tijdig gereed zou zijn. De sector verdient een structurele inbedding in de acute zorg.

Als je terugkijkt op de ambulancezorg in Nederland, dan zie je dat die grote ontwikkelingen heeft doorgemaakt. Ooit is die begonnen als veredeld taxivervoer. In de jaren zestig kregen ambulances een mobilfoon. In de jaren tachtig komen er landelijke opleidingen voor ambulanceverpleegkundigen en -chauffeurs. Inmiddels zijn ambulances rijdende ziekenhuisjes geworden. Tussen 2012 en 2018 is het aantal spoedritten gestegen van ruim 774.000 naar ruim 995.000, een jaarlijkse groei van 4,3%. Ondanks deze groei laat de sector door de jaren heen gelijkblijvende prestaties zien. Dat is gewoon heel knap.

Sommigen van u — eigenlijk iedereen — hebben het ook al gemeld: ambulancemedewerkers hebben het de afgelopen tijd extra zwaar gehad. Ondanks dat er nog veel onbekend is over hoe het coronavirus te werk gaat, hebben de medewerkers in de ambulancezorg zich immer flexibel opgesteld en voortdurende inzet getoond. Zij hebben een onmisbare rol gespeeld in de eerste spoedeisende zorg aan de mensen thuis, bij de spreiding van ic-patiënten over Nederlandse ziekenhuizen en in het bijspringen op de verschillende intensive cares. Ik ben hen daar zeer, zeer dankbaar voor. Wij mogen in Nederland blij zijn met zulke goede ambulancezorg.

Kwalitatief goede ambulancezorg valt of staat met goed opgeleide medewerkers. De heer Hijink noemde een getal van iets meer dan 2.000, maar in totaliteit zijn er ongeveer 6.200 ambulancemedewerkers in Nederland die zich dag en nacht inzetten om kwalitatief goede en tijdige ambulancezorg te verlenen. Dat wordt gewaardeerd door patiënten; mevrouw Agema verwoordde dat al. Ze waarderen de zorg met gemiddeld een 9,1. Ik kom straks nog verder op de kwaliteit terug.

Juist het behoud van goede ambulancezorg is voor mij het belangrijkste uitgangspunt van de nieuwe wet, het te allen tijde 7 keer 24 uur beschikbaar zijn. Daarom is het wetsvoorstel gebaseerd op continuïteit. De huidige 25 RAV's krijgen een aanwijzing voor onbepaalde tijd. Ja, dat biedt duidelijkheid, zekerheid en stabiliteit aan patiënten, medewerkers en ketenpartners in de acute zorg en de veiligheid. De 25 RAV's hebben in hun regio het alleenrecht en de plicht om ambulancezorg te leveren. De representerende zorgverzekeraars blijven zorg inkopen. De bekostiging blijft gebaseerd op budgetparameters. Doordat de zorgverzekeraars hun rol in de ambulancezorg behouden, kunnen zij verschillende vormen van acute zorg in de keten in samenhang inkopen. Het is ook heel belangrijk om ambulancezorg niet als apart onderdeel te zien, maar gewoon als volwaardig onderdeel van de hele acute keten — wat zeg ik — eigenlijk voor de hele zorg.

Er zijn een aantal vragen gesteld over dat punt van de continuïteit en om de RAV aan te merken als NEDAB, de ambulancezorg als niet-economische dienst van algemeen belang, waardoor deze continuïteit mogelijk is. Laten we wel zijn, we kunnen verschillende keuzes maken. We kunnen kiezen voor een aanbestedingsmodel, we kunnen kiezen voor een publieke voorziening en we kunnen kiezen voor de pragmatische keus die nu in dit wetsvoorstel zit, de

continuïteit. We hadden inderdaad kunnen kiezen voor aanbesteding, maar dan zou er periodiek onzekerheid zijn bij medewerkers, RAV's en ketenpartners over wie straks de aanbieder van de zorg is in de regio. We weten niet wat dat zou betekenen voor kwaliteit en innovatie. Wat zou het betekenen voor de bereidheid om te investeren op de wat lange termijn als niemand zeker is of er over een jaar nog profijt zou zijn van die investeringen? Welke risico's ontstaan er in de continuïteit van zorg als de aanbieder periodiek wisselt? Zouden we wel voldoende potentiële aanbieders hebben? Dat zijn aspecten die bij de aanbesteding horen.

We hadden ook kunnen kiezen voor een publieke voorziening. Dan zou in ieder geval rond de inwerkingtreding van de wet toch nogal wat discontinuïteit hebben gezeten, omdat er in ten minste 15 van de 25 regio's, waar nu private aanbieders zijn, heel ingrijpende beslissingen genomen zouden moeten worden. Misschien zou er zelfs ontgeld moeten worden. Een eventueel nadeel zou misschien gecompenseerd moeten worden. Indien er geen overeenkomst bereikt zou worden, hebben we de discussie over de schadelijkingheid en moeten er nieuwe publieke aanbieders gevonden worden.

Voorzitter. Het kabinet heeft dus gekozen voor continuïteit. Ik geef toe dat daar een element van pragmatisme in zit. Dat is pragmatisme in een bizarre crisistijd waarin het zo ongelooflijk belangrijk is om nu zekerheid te scheppen. Dat is een extra argument waarom de continuïteit een heel belangrijke afweging kan zijn van dit kabinet. Het is een mix van private en publieke diensten die ambulancezorg leveren onder stevige publieke randvoorwaarden. Laat ik die even met u doornemen. De ambulancezorg is een dienst van algemeen belang. Dat wordt al jaren uitgedragen. Bij de verlenging van de Tijdelijke wet ambulancezorg hebben we met elkaar vastgesteld dat het een dienst van algemeen economisch belang is. Sindsdien is gebleken dat bij de ambulancezorg geen sprake is van een markt. Er is geen concurrentie op de markt en er is geen concurrentie om de markt. Op basis van het Europees recht is het de vraag of een dienst kan worden aangemerkt als een NEDAB, afhankelijk van de aard van de dienst en de wetgeving van de lidstaat. Wat in de ene lidstaat als economisch wordt aangemerkt, kan in de andere lidstaat niet-economisch zijn. Mevrouw Ellemeet zei: uiteindelijk gaat het om de vraag wat je zelf kiest en waar je voor zou willen gaan.

In Nederland is de ambulancezorg strikt gereguleerd. Er zitten in de bestaande wetgeving al veel elementen die onderstrepen dat ambulancezorg een NEDAB is. Er is sprake van een monopolie voor de RAV's binnen hun eigen veiligheidsregio. Iedere vorm van concurrentie is uitgesloten. De tarieven worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit en er is sprake van budgetbekostiging. Zorgverzekeraars hebben zeer weinig ruimte voor onderhandeling met de RAV's. Daar komt dan bij dat alleen de twee grootste verzekeraars in de regio afspraken maken, die voor alle verzekeraars gelden. De minister van Justitie en Veiligheid kan de RAV ook een aanwijzing geven over de inzet van ambulances. Ook de burgemeester kan de RAV in zijn regio een aanwijzing geven in geval dit noodzakelijk is met het oog op de openbare orde.

In het huidige wetsvoorstel zijn naast de bestaande elementen extra maatregelen opgenomen om de status van de

ambulancezorg als NEDAB te verduidelijken en te verstevigen. Zo worden RAV's verplicht een gescheiden boekhouding te hanteren indien zij ook andere activiteiten ontplooiën. Fusies van de RAV en wijzigingen van de rechtsvorm moeten voor toestemming worden voorgelegd aan de minister. Rechtshandelingen die gevolgen hebben voor de zeggenschap over de RAV, moeten gemeld worden aan de minister. De minister kan bewindvoerders aanstellen en kan de aanwijzing intrekken. Daar komt nog bij dat de kwaliteitscriteria ook in de ministeriële regeling bij het wetsvoorstel worden meegenomen. Dat is anders dan in de rest van de zorg, waar er gevaren wordt op de kwaliteitscriteria die door de zorg zelf worden vastgesteld, en dan wanneer er wordt volstaan met de kwaliteitskaders van de sector zelf.

Ik zei net al: daarnaast spelen de wetgeving van de lidstaat en de aard van de activiteit een rol bij het beoordelen of deze in aanmerking komt voor een NEDAB. De overweging om een ambulance in te zetten is louter gebaseerd op zorgspecifieke overwegingen. Hier spelen geen economische motieven. De Afdeling advisering van de Raad van State — de heer Raemakers vroeg daarnaar — heeft in haar advies aangegeven dat bij niet-spoedeisende zorg andere overwegingen een rol zouden kunnen spelen dan alleen zorginhoudelijke. Maar als ik kijk naar wat er in de praktijk gebeurt, deel ik die visie niet. Ook bij niet-spoedeisende zorg zijn zorgspecifieke overwegingen het uitgangspunt. Er is altijd een medische indicatie nodig en er kan niet op andere gronden een ambulance worden ingezet. Het feit dat het niet spoedeisend is, wil niet zeggen dat het geen hoogcomplex zorg kan zijn. Ik weet niet zeker of het helemaal van toepassing is, maar het indringende voorbeeld van mevrouw Agema illustreert dat eigenlijk ook. Het is ook gewoon hartstikke moeilijk en soms hoogcomplex, ook als je niet meteen denkt dat het veel spoed heeft.

De Afdeling advisering van de Raad van State was ook van mening dat het niet gezegd is dat het geen economische dienst is vanwege het feit dat de financiering van de ambulancezorg via zorgverzekeraars loopt en RAV's mogelijk financieel risico lopen. De vaststelling dat een dienst als economisch moet worden aangemerkt, hangt niet af van de wijze van financiering. Het is van belang dat er sprake is van continuïteit en dat de zorgverzekeraar de samenhang waarborgt tussen de ambulancezorg en de rest. De bedrijfsmatige bedrijfsrisico's van een RAV zijn dus zeer beperkt. Ik zei het net al: de hoogte van het budget wordt bepaald door het aantal ritten en door de door de Zorgautoriteit vastgestelde landelijk gelijke budgetparameters. Er is sprake van opbrengstverrekening en daarmee wordt ook het afgesproken budget gefinancierd.

Voorzitter. Al met al denk ik dat we met dit wetsvoorstel zo veel mogelijk voldoen aan de eisen, gesteld op basis van het Europese recht. Ik ben dan ook van mening dat de ambulancezorg moet worden aangemerkt als een niet-economische dienst van algemeen belang. Ik heb in dit kader ook advies gevraagd aan de landsadvocaat en de landsadvocaat heeft geconcludeerd — mevrouw Van den Berg en de heer Raemakers vroegen daarnaar — dat het Unierecht niet aan een aanwijzing tot het verrichten van niet-economische activiteiten voor onbepaalde tijd in de weg staat.

Er is ook gevraagd welke risico's de landsadvocaat ziet. Een van de risico's is dat het misschien toch beschouwd zou kunnen worden als een economische dienst. Het zou bijvoorbeeld een economische dienst kunnen zijn, omdat er winst is. Maar het simpele feit dat er winst gemaakt wordt, wil niet zeggen dat het daardoor meteen economische activiteiten betreft. Een mooi voorbeeld is misschien dat een huisarts via het abonnementstarief vastgestelde tarieven heeft en soms ook omzet en een positieve plus maakt. Je zou kunnen zeggen dat er dan winst wordt gemaakt, die al dan niet aan hemzelf wordt uitgekeerd, maar toch bestempelen we een huisarts niet als een economische activiteit.

Voorzitter. Op dit punt zijn door de heer Raemakers ook nog een aantal nadere vragen gesteld. Waarom is niet het gesprek met de Commissie aangegaan? Die informele route staat toch altijd open? Het is zo dat de NEDAB op basis van artikel 2 van het protocol 26 bij het Verdrag van Lissabon niet onder de EU-verdragen valt. In het protocol staat dat de verdragen op generlei wijze afbreuk doen aan de bevoegdheid van lidstaten om niet-economische activiteiten van algemeen belang te doen verrichten of te organiseren. Een lidstaat heeft niet de verplichting om de Commissie te consulteren of om dergelijke maatregelen te notificeren. Daarbij komt dat de Europese Commissie geen nationale wetsvoorstellen van de lidstaten beoordeelt. Er was daarom ook geen reden om contact te zoeken met de Europese Commissie. En overigens, ingeval de Europese Commissie zich informeel zou kunnen vinden in een lijn van een lidstaat, wil dat niet zeggen dat er nooit een ingebrekestelling zou kunnen plaatsvinden, al was het maar op aangeven van de rechter die aldus zou worden geraadpleegd.

Voorzitter. Nogmaals, ik ben van mening dat de ambulancezorg kan worden aangemerkt als een niet-economische dienst van algemeen belang. Ik heb aangegeven dat in dit wetsvoorstel extra maatregelen zijn getroffen om dit te verduidelijken en te verstevigen. Naar mijn mening is dit wetsvoorstel in overeenstemming met het Europees recht. Het Hof van Justitie heeft nog geen oordeel geveld over een casus die dezelfde systematiek hanteert als in het wetsvoorstel. En laten we wel zijn: er bestaat altijd een risico dat de rechter wordt geraadpleegd door een partij. Dan zal moeten blijken hoe de rechter erover oordeelt.

Voorzitter. Om dit blokje te besluiten: ik meen dat met dit stelsel de weg geëffend kan worden voor een goede ambulancezorg, nu en in de toekomst. Ja, je kan een principiële discussie voeren over een ander model. Dat kan, dat ben ik met de heer Hijink eens. Je kan ook een praktische discussie voeren en je zegeningen tellen, namelijk dat er nu vrij brede steun lijkt te zijn voor een aanpak waarin continuïteit wordt gekozen en waarin wordt geborgd dat er kwaliteit en innovatie plaatsvindt en dat de weg vrij is voor een ambulancezorg met een kwaliteit die we tot nu toe hebben gerealiseerd en die alleen nog maar verbeterd zou kunnen worden.

De heer Hijink (SP):

Als ik de reactie van de Raad van State tussen de regels door lees, heb ik de indruk dat zij feitelijk vaststellen dat de keuzes die de regering nu maakt met een wet die over de ambulances gaat, een beetje breken met het stelsel dat wij verder in de zorg hebben, namelijk een stelsel dat markt-

, concurrentie- en winstgericht is. De Raad van State haalt het Hof van Justitie aan, het Europees Hof, dat stelt dat alleen een systeem waarbij de gezondheidszorg volledig publiek wordt gefinancierd en dat gestoeld is op solidariteit mogelijk zou kunnen worden gezien als niet-economisch van aard. Volgens mij zegt het Europees Hof dus feitelijk: je kunt wel zeggen dat een dienst niet-economisch van aard is, maar dat moet dan wel binnen een stelsel zijn dat publiek gefinancierd is en dat gericht is op solidariteit, iets wat in ons stelsel natuurlijk niet aan de orde is; wij hebben een veel marktgerichter zorgstelsel. Is niet het eigenlijke probleem dat nu met deze wet speelt dat het feitelijk breekt met de eisen die deze regering en voorgaande regeringen hebben gesteld aan ons zorgstelsel?

Minister Van Rijn:

Ik zie dat iets anders. Ik begrijp wel wat de heer Hijink bedoelt. Ik ben destijds nogal betrokken geweest bij de discussie, ook in Europa, over de aard en de omvang van het Nederlandse zorgstelsel en de vraag of dat publiek-priivaat of privaat-publiek is. Is het blauwachtig grijs of grijsachtig blauw ... Daar hebben we een hele discussie over kunnen voeren in Europa. Je ziet dat uiteindelijk ons zorgstelsel het mogelijk maakt dat de uitvoering door private partijen plaatsvindt onder scherpe publieke randvoorwaarden. Dat geldt eigenlijk ook voor de hele Zorgverzekeringswet.

We hebben natuurlijk een hele discussie met elkaar gevoerd, en die blijven we voeren, over de vraag of het marktwerking of geen marktwerking is. Ik heb me eerlijk gezegd zelf nooit zo thuis gevoeld bij die tegenstelling. Ik herinner me nog anekdotisch dat minister Hoogervorst, die toen verantwoordelijk was voor het indienen van de Zorgverzekeringswet, in deze Kamer verzuchtte dat hij de meest sociaaldemocratische wet had ingevoerd die hij ooit had gezien. Dat had ermee te maken dat de discussie ook daar ging over de vraag hoe we een combinatie maken van private uitvoering en publieke randvoorwaarden. Ik denk dat dit ook zo'n voorbeeld is, waarbij het mogelijk is om publieke en private organisaties onder publieke randvoorwaarden te laten functioneren en dat te bestempelen als een dienst van niet-economisch belang.

De heer Hijink (SP):

Mijn tweede vraag is dan of de minister bereid is om voor de zekerheid, voor het geval dat er procedures volgen en er een discussie komt of wat de Nederlandse Staat doet met de ambulancezorg eigenlijk wel mag, ervoor te zorgen dat er een plan B klaarligt. Als er zich dan buitenlandse partijen melden, als er procedures volgen vanuit Brussel om dit systeem ter discussie te stellen, hebben we een plan klaarliggen. Op die manier staan we niet toe dat we wél in de situatie komen waarin we de ambulancezorg moeten opknippen. Dat is namelijk iets wat wij volgens mij allebei niet willen. Ik zou er dan voor willen kiezen dat er een plan B klaarligt voor het geval er procedures worden aangespannen.

Minister Van Rijn:

Ik zou het een beetje ver vinden gaan om aan de vooravond van het aannemen van een wet te zeggen dat we ook nog even gaan spreken over welk plan B we hebben voor het

geval die wet weer veranderd moet worden. Dat vind ik een beetje ver gaan. Ten tweede vind ik ook ten principale dat we hier in deze Kamer met elkaar moeten discussiëren over de elementen die een rol spelen bij ons oordeel. Zoals mevrouw Ellemeet zei, moet je, gelet ook op de informatie, op een gegeven moment kiezen. Je kan allerlei afwegingen maken op grond waarvan je kiest. Daar ga je dan ook voor, om het zo maar te zeggen.

In mijn ogen hebben we dan geen plan B nodig. Het kan altijd zo zijn, bij elk wetsvoorstel dat wordt aangenomen, dat er een keer een toetsing door de rechter plaatsvindt doordat iemand een rechtszaak aanspant en je dus de consequenties moet nemen. Dat zullen we alsdan moeten doen. Maar ik zou nu geen onzekerheid willen toevoegen als we op de drempel staan van de komst van eindelijk een nieuwe wet.

De heer Raemakers (D66):

De minister zegt dat er geen plicht bestaat om van tevoren de Europese Commissie te consulteren en dat het in de praktijk ook lastig zou zijn om dat te doen, maar er zijn natuurlijk tal van manieren om andere Europese instellingen of Europese juristen te benaderen die hier heel veel verstand van hebben. Dus wat heeft het kabinet gedaan, behalve natuurlijk de Raad van State en de landsadvocaat raadplegen, om ook meer in Europees verband, bijvoorbeeld bij Europese juristen, te vragen of dit mededingingsrechtelijk wel in de haak is?

Minister Van Rijn:

We hebben de Raad van State geraadpleegd — die een uitstekend trackrecord heeft op het gebied van het beoordelen van wetgeving, ook ten aanzien van het Europees recht — en de landsadvocaat. Je kunt iedereen vragen wat die er precies van vindt, maar ik geloof dat de heer Hijink ook zei: het hangt er maar vanaf aan wie je welke vraag stelt. Wij hebben met dit wetsvoorstel gewoon de koninklijke weg doorlopen. We hebben zo goed mogelijk geanalyseerd wat het Europese recht van ons vraagt. Vervolgens hebben we daarover advies van de Raad van State gevraagd. Die heeft een aantal kritische kanttekeningen aangebracht. Die hebben we geprobeerd in het nieuwe wetsvoorstel zo goed mogelijk op te vangen. Daar kwam nog het advies van de landsadvocaat bij. Dat hebben wij voldoende gevonden.

De heer Raemakers (D66):

Laten we dan gaan naar die kritiek van de Raad van State. Die beschrijft bijvoorbeeld het volgende. Een belangrijk argument dat de regering in de toelichting geeft, is dat tussen RAV's feitelijk geen concurrentie plaatsvindt. Veel van de argumenten die de minister noemt, horen heel erg bij hoe wij het stelsel in Nederland hebben ingericht. Dat is dus een bewuste keuze van de wetgever geweest om de ambulancezorg in Nederland aan een aantal voorwaarden te laten voldoen. Als je vervolgens beargumenteert dat er geen concurrentie plaatsvindt, zegt de Raad van State: dat komt doordat je dat stelsel zelf op die manier hebt vormgegeven. Daarmee zou volgens de Raad van State de grond onder heel veel argumentatie van de regering wegvallen. Ziet de minister dat ook? En hoe beantwoordt hij dat kritiekpunt?

Minister Van Rijn:

Het feit dat we gedurende vele jaren met een stelsel te maken hebben gehad waarin we met activiteiten van niet-economisch belang hebben gewerkt en dat dat tot nu toe niet is aangevochten of aangetast, geeft ook al aan dat daar kennelijk een grond voor is. Dat is een. Twee is dat een aantal publieke randvoorwaarden ten opzichte van de oude situatie, de Tijdelijke wet ambulancezorg, nog verder zijn versterkt. Ik denk dat je de argumentatie ook niet moet omdraaien. Ja, we werken nu onder vrij veel publieke randvoorwaarden. U zegt nu: ja, maar u maakt een wetsvoorstel en verwijst terug naar het feit dat het zo geregeld is. Maar dat is dus ook zo! Het feit dat we al vele jaren op die manier werken, zegt ook iets over de gegroeide praktijk. Je kunt constateren dat er tot nu toe kennelijk geen concurrentie in de markt of op de markt heeft plaatsgevonden. De maatregelen die we nemen, versterken het publieke karakter alleen maar. Dat geeft ook enig vertrouwen dat dit niet tot een andere conclusie hoeft te leiden.

De heer Raemakers (D66):

Tot slot op dit punt. Dat is dus hoe we de markt nu hebben opgebouwd. De minister zegt: het gaat op deze manier al jaren goed. Maar wij hadden ook nadrukkelijk gevraagd of er signalen zijn van partijen, via e-mails, brieven of wat dan ook, van internationale of nationale partijen, die nu al aangekondigd hebben dat ze hier bezwaar tegen hebben.

Minister Van Rijn:

Nee. Even uit het hoofd: we zijn in gesprek geweest met een buitenlandse aanbieder die heeft gevraagd naar de ins en outs van het wetsvoorstel. Die informatie is verstrekt. Dat heeft geen aanleiding gegeven tot verdere vervolgacties.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Van Rijn:

Voorzitter. Het tweede onderwerp is de ambulancezorgprofessional en de ambulanceverpleegkundige. Daarover zijn veel vragen gesteld, met name ook over het feit dat we in deze wet spreken over de ambulancezorgprofessional, maar de ambulanceverpleegkundige niet als zodanig noemen in de wet. Zoals u weet is "ambulancezorgprofessional" geen nieuwe term. Die staat ook al in de huidige tijdelijke wet. Die term wordt in het wetsvoorstel gebruikt om recht te doen aan eigenlijk alle medewerkers die nu al werkzaam zijn in de ambulancezorg. Ik denk dat buiten kijf staat dat ambulanceverpleegkundigen een ongelofelijk belangrijke rol spelen in de ambulancezorg. Ik zou willen dat ambulanceverpleegkundigen zich geen zorgen zouden hoeven te maken over hun titel, die ze gewoon behouden. Ze blijven ook gewoon "ambulanceverpleegkundige" heten en blijven hun rol in de ambulancezorg ook de facto behouden. Er zijn echter ook andere collega's werkzaam in de ambulancezorg, die ook belangrijk werk doen: de verpleegkundig centralisten in de meldkamer, die wel verpleegkundigen zijn maar geen ambulanceverpleegkundigen, maar ook verzorgenden op de zorgambulance, de bachelors medische hulpverlening en bijvoorbeeld ook de chauffeurs.

Voorzitter. Wat ik dus zou willen, is dat we in het wetsvoorstel het respect en de waardering voor de ambulanceverpleegkundige behouden en benadrukken en daarnaast duidelijk maken dat ook andere zorgprofessionals, ambulancezorgprofessionals hun werk op die ambulancezorg doen. Ik heb gezien dat de Kamer daar ook ideeën over heeft en over heeft nagedacht. Dat heeft geleid tot een amendement waarin in ieder geval geprobeerd wordt om de waardering voor het vak aan de ene kant en waardering voor het feit dat ook andere zorgprofessionals in de ambulancezorg ongelofelijk belangrijk werk leveren aan de andere kant, tot uitdrukking te brengen. Ik kom nog op de duiding van de amendementen, maar ik geef nu alvast aan dat dit amendement voldoet aan de eisen die ik stel: waardering uitspreken en behouden voor het vak en ook laten zien dat er ook andere zorgprofessionals actief zijn. Ik heb al een beetje een voorsprong genomen op mijn duiding van het amendement, geloof ik.

De discussie over de ambulanceverpleegkundige brengt ook een andere discussie aan het licht, namelijk wat we eigenlijk vinden van de zorgdifferentiatie in de ambulancezorg in den brede. Ik denk dat die ongelofelijk belangrijk is voor de kwaliteit en de beschikbaarheid van de ambulancezorg, waarbij wat mij betreft die zorgdifferentiatie erop gericht is om de druk op de ambulancezorg en op de ambulanceverpleegkundige daar waar het kan ook enigszins te verlichten. We hebben te maken met een tekort aan ambulanceverpleegkundigen. De opleidingsopgave voor de komende jaren voor de RAV's is fors: iets van 310 ambulanceverpleegkundigen, inclusief de BMH's, per jaar. Ambulanceverpleegkundigen zijn schaars. Vanuit ic's en SEH's wordt ook flink aan de verpleegkundige deskundigheid getrokken. Dus ik wil met die zorgdifferentiatie absoluut niet bereiken dat die leidt tot een kwaliteitsverlaging of uitholling van het vak of dat we zeggen dat het wel een tandje minder kan met de kwaliteit van de ambulance. Wat mij betreft is die zorgdifferentiatie erop gericht om bij iedere zorgvraag passende zorg te verlenen door de juiste zorgverlener. Het lijkt mij dat die zorgdifferentiatie ook in het belang kan zijn van goed werkgeverschap door enerzijds de mogelijkheid te maken of meer mogelijkheden te maken om te groeien in de functie of soms ook door op een andere functie hetzelfde werk te kunnen doen, maar waarin het misschien ietsje rustiger is. Gezien de schaarste op de arbeidsmarkt lijkt me dat van groot belang en moeten de RAV's loopbaanperspectieven kunnen bieden en ontwikkelen om een aantrekkelijke werkgever te zijn.

Die hele zorgdifferentiatie en aangeven wie wat doet en wat bij welke functie hoort, wil ik doen via een ministeriële regeling. Ik loop ook hier even vooruit op het amendement dat de leden Raemakers en Veldman hebben ingediend. Die zeggen: we kunnen ons voorstellen dat je zo'n regeling maakt om flexibel te kunnen inspelen op ontwikkelingen in het vak, maar hoe is de Kamer dan daarbij betrokken? Het amendement van deze leden vraagt om een voorhang, omdat de rol van de Kamer daarbij benadrukt zou kunnen worden. Dat vind ik een goed idee. Ik denk dat het ook mogelijk maakt dat V&VN in de zomer de tijd kan nemen om dit nogmaals goed af te stemmen met de achterban. Via een internetconsultatie zullen we dan breed om inbrengen vragen. Vervolgens zal ik de ministeriële regeling opnieuw naar de Kamer sturen, zodat er ook tijd is voor de Kamer om vragen te stellen over onder andere de invulling van die zorgdifferentiatie. Wat mij betreft zullen we deze gang van zaken doorlopen bij elke voorgenomen toekomstige

stige wijziging van de ministeriële regeling. Dat betekent dat de Kamer dus altijd bij die wijzigingen betrokken zal zijn.

Voorzitter. Waarborgen voor kwaliteit en innovatie zijn door veel leden aan de orde gesteld, en misschien in het bijzonder door mevrouw Van den Berg. Ik denk inderdaad, misschien wel juist in de situatie van een lange concessie, dat continuïteit belangrijk is, maar dat ook continue bevordering van kwaliteit en innovatie geborgd moet zijn. Niet alleen bij de start, maar juist ook in de toekomst. Ik wijs erop dat de wet en de lagere regelgeving heel veel kwaliteitseisen en andere eisen stellen die voorwaarden scheppen voor die goede kwaliteit. Dat de kwaliteitseisen in de regeling worden opgenomen, zoals ik aangaf, is extra ten opzichte van wat we gewend zijn in de rest van de zorg. Net als in de rest van de zorg worden in de ambulancesector kwaliteitskaders opgesteld, en met het oog op de NEDAB leg ik een aantal eisen — en daarnaast ook andere eisen — die de kwaliteitskaders vastleggen op in lagere regelgeving.

Nieuw zijn bijvoorbeeld de eisen van een vijfjaarlijkse visitatie en het leren van de terugkoppelingsgegevens van de SEH. Ook hierbij verwijs ik naar het voorbeeld van mevrouw Agema dat het ontzettend moeilijk is om te triëren. Daarom is het zo belangrijk dat één onderdeel van de kwaliteitsaspecten is dat de ambulancediensten ook daarna horen wat er met de patiënt gebeurd is, zodat zij kunnen bekijken wat zij daar voor de volgende keer weer van kunnen leren. In de lagere regelgeving staat ook uitgelegd aan welke deskundigheidseisen de ambulancezorgprofessionals moeten voldoen om bepaalde niveaus van ambulancezorg te kunnen leveren. De wet stelt verder eisen aan het toezicht. Er wordt van de RAV's ook verwacht dat ze hun prestaties inzichtelijk maken. Dat komt op de website van AZN te staan. Dat stimuleert ook wel om te verbeteren. Doordat de RAV's nu meer zekerheid hebben over hun toekomst, loont het ook om verder te investeren in de verbeteringen.

De belangrijkste externe toezichthouder is de IGJ, met al het instrumentarium dat de IGJ ten dienste staat, dus ook de aanwijzing, het bevel, de boete, de last onder dwangsom en de bestuursdwang. Daarnaast ziet de Nederlandse Zorgautoriteit toe op de zorgplicht, de zorgverzekeraars en de financiële staat van de RAV's. De NZa heeft ook een breed sanctie-instrumentarium, zoals u weet. En als ultimum remedium, nadat dat allemaal is ingezet en niet zou hebben gewerkt, kan de minister een bewindvoerder instellen of zelfs de aanwijzing intrekken.

Voorzitter. Al met al denk ik dus dat in het nieuwe stelsel inderdaad de noodzakelijke waarborgen zitten om ervoor te zorgen dat voortdurend aan kwaliteitsverbetering wordt gewerkt, er aan benchmarking wordt gedaan, en dat er wordt gekeken hoe de best practices ook leading kunnen zijn voor de verdere ontwikkeling van de sector. Ik denk dat we juist door te kiezen voor continuïteit, met deze prikkels en toezicht erin, toegaan naar een systeem waarin kwaliteit en innovatie voor de toekomst gewaarborgd zijn.

Mevrouw Van den Berg heeft ...

De voorzitter:
Gaat u door, ik ben benieuwd.

Minister Van Rijn:

Mevrouw Van den Berg heeft op dit punt ook een suggestie gedaan voor een aanvulling van de evaluatiebepaling. Ik kom straks op de duiding van dat amendement terug, maar ook hierbij licht ik alvast het tipje van de sluier dat ik het belangrijk vind om in de evaluatie vast te leggen dat die voortdurende prikkel tot kwaliteit, innovatie en lerend vermogen ook voor de toekomst aanwezig blijft.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De minister wijst op de IGJ en de NZa, maar die kijken of de wet wordt uitgevoerd op dit moment. Ik ben blij dat de minister positief reageert op die evaluatiebepaling, maar uiteindelijk is dat eens in de vijf jaar. We praten nu over kwaliteitscriteria die pas in 2023 zouden ingaan, dus ik zou toch nog graag wat nader door de minister toegelicht willen krijgen hoe hij die continue kwaliteitsontwikkeling kan stimuleren. Want "volgens de wet" is wat anders dan dat je in een lerende cultuur zit.

Minister Van Rijn:

Met uw welnemen zal ik dat meenemen in de specifieke beantwoording van de vragen die ook door u zijn gesteld. Dat neem ik dus mee.

De voorzitter:

Prima, ja.

Minister Van Rijn:

Ik kom nu toe aan de vragen van de verschillende leden, voor zover die niet al beantwoord zijn in mijn algemene inleiding.

De voorzitter:

Was dit een algemene inleiding?

Minister Van Rijn:

Ik geloof niet dat ik uw vraag goed verstond.

De voorzitter:

Nee hoor. Gaat u verder. Typisch VWS, die algemene inleidingen.

Minister Van Rijn:

Voorzitter, ik dacht altijd dat u dat maar met één iemand van VWS deed, maar u doet dat met iedereen. Dit was mijn algemene inleiding en ik zal nu overgaan tot het beantwoorden van de gestelde vragen voor zover die niet al aan de orde zijn geweest.

Ik denk dat ik op een aantal vragen van de heer Hijink rondom de definitie van marktwerking, NEDAB en wat dies meer zij wel voldoende ben ingegaan. Ik heb hem ook ruiterlijk toegegeven dat het ook een keuze is. Het is een pragmatische keuze die we nu maken, gelet op de continuïteit. Ik denk dat het eerlijk is om dat op die manier ook te benadrukken.

Zijn vraag over de kans dat dit wordt aangevochten door buitenlandse aanbieders heb ik ook behandeld. Hij heeft ook gevraagd hoe ik ertegen aankijk dat er verschillende aanbieders en verschillende arbeidsvoorwaarden zijn. Hij heeft al gezegd dat alle medewerkers onder dezelfde cao vallen. Deze is algemeen verbindend verklaard, dus daar zitten geen verschillen. Ook zijn alle arbeidsvoorwaarden gelijk. Ik denk dat daar geen verschil in kan en mag zijn. Ik vind dat overigens een positieve ontwikkeling, want dat is wel eens anders geweest, zoals u ook weet. Ik duid dat maar als een heel positieve ontwikkeling.

Voorzitter. Hij had ook nog een aantal vragen over winst. Mevrouw Ellemeet had die ook. Dat was deels natuurlijk ook een beetje een uitdagende vraag. Ik denk dat je er discussie over zou kunnen voeren hoe je hiertegen aankijkt. Er zijn in het verleden natuurlijk een aantal keuzes gemaakt in de discussie over wel of geen winsten in de zorg. Ik denk dat die keuzes er ook nog aan zullen komen. Doordat wij hier kiezen voor continuïteit is er wat mij betreft geen aanleiding om op dit moment te zeggen: nu gaan we ook nog eens even een apart standpunt innemen over winsten in de ambulancezorg. Wat we met dit wetsontwerp proberen te doen, is continuïteit bieden en zorgen dat er kwaliteitsverbetering plaatsvindt en dat er enige rust en zekerheid wordt geboden voor werkgevers en werknemers in de ambulancezorg. Ik denk dat de discussie over winsten in de zorg nog niet stilstaat en dat die ook gevoerd zou moeten kunnen worden. Ik denk dat dat onderdeel is van de discussie die het kabinet zou moeten voeren. Ik zit daar dan niet meer bij. Dat heeft misschien ook wel zijn voordelen. Maar ik denk dat het niet goed is om die algemene principiële discussie over winsten of niet nu tot aan het randje te voeren aan de hand van dit wetsontwerp, waarin we juist kiezen voor continuïteit. Ik realiseer me dat het eigenlijk ook een beetje uitlokking is.

De voorzitter:

Ja. Maar heeft u hiermee alle vragen van de heer Hijink beantwoord?

Minister Van Rijn:

Dat denk ik eigenlijk wel, tenzij hij zelf vindt van niet, natuurlijk.

De heer Hijink (SP):

We gaan nu natuurlijk niet de hele discussie over winst in de volle breedte voeren. Dat gaan we hopelijk in het najaar nog met andere bewindspersonen doen. We hebben het nu over deze wet. Wat mij opvalt, is het volgende. Er is daarstraks ook gezegd dat voor onbepaalde tijd vastleggen dat iemand een bepaalde opdracht heeft, in het geval van een privaats-monopolie natuurlijk best wel een klein beetje link kan zijn. Als jij als privaats-monopolist weet dat jij tot het einde der tijden een bepaalde opdracht hebt en dat jij daar al die jaren ook winst op zou kunnen maken als je daarvoor kiest, dan bestaat natuurlijk het risico dat in die situaties waarin er een private uitvoerder is, die ervoor kiest om stukje bij beetje toch op dienstverlening, kwaliteit en inzet van materieel en personeel te gaan besparen om maar dat private voordeel, die winst, te kunnen opplussen.

Minister Van Rijn:

Daar zijn twee dingen tegen in te brengen. Er is een uitgebreid scala — ik heb ze net proberen te noemen — van eisen die we stellen aan het functioneren van de RAV's en van kwaliteitseisen die hieraan gesteld kunnen worden, de wettelijke eisen die vastgelegd worden en ook nog veranderd worden in de ministeriële regeling. Dat is dus niet alleen maar een idee van de sector; dat wordt ook nog bekeken en beoordeeld doordat er een ministeriële regeling komt. Ik hoor eigenlijk tussen de regels door dat de heer Hijink nu ook een pleidooi houdt voor financiering en bekostiging door de verzekeraars, die elk jaar bij hun contractonderhandeling met RAV ook zullen kijken hoe het met de financiële middelen zit en dus ook zullen blijven letten op kwaliteit en doelmatigheid. Het is dus niet zo dat er een eeuwigdurend monopolie komt en dat daarmee de kous af is. Nee, daar is de kous niet mee af, want er is toezicht, er zijn kwaliteitscriteria, er is een ministeriële regeling en er zijn verzekeraars, die inderdaad qua kwaliteit en doelmatigheid op die centen zullen blijven letten.

De heer Hijink (SP):

Nee, de SP kiest voor publieke financiering en publieke uitvoering van ons zorgstelsel. Dat is algemeen bekend. Het punt is dit. Wat ik vreemd vind aan de redenering van de regering, maar ook van verschillende coalitiepartijen, is dat er wordt gezegd: zorggeld moet besteed worden aan zorg. Dan begrijp ik gewoon oprecht niet waarom je ook niet het laatste achterdeurtje dat nog openstaat om geld te laten weglekken uit de zorg niet zou sluiten. Wat zou er nou op tegen zijn dat je de uitvoerders in de ambulancezorg gewoon vertelt: "Dit is het budget dat je krijgt. We willen dat het naar de zorg gaat. Het is prima als er aan het eind van het jaar wat overblijft. We hoeven geen rode cijfers te schrijven. Maar als dat gebeurt, dan moet dat geld terugvloeien in de zorg zelf, in het personeel, in de kwaliteit van zorg, in het materieel"? Wat zou er nou de reden van kunnen zijn dat je er nog geld aan over zou moeten houden? Dat geld is opgebracht met premies. We vrezen allemaal dat die premie weer enorm omhooggaat. Dat moeten we niet doen. Als je daar nou op kunt besparen door geen winst uit te keren, wat is daar dan op tegen?

Minister Van Rijn:

Ik denk dat er niks op tegen is. Maar het is een simpel feit dat er ook een voortdurende drang is om naar je eigen bedrijfsprocessen te blijven kijken, om te kijken of je die kwalitatief en efficiënt goed uitvoert. Dat zou ook tot kostenbesparing kunnen leiden, die je weer kan investeren in de zorg. Dat komt ook heel vaak voor. Er zijn vijf bv's, vijf coöperaties en vijf stichtingen bij, van de 25 RAV-regio's, die op een verschillende manier met een omzetplus omgaan. Dat kan ook wel leiden tot doelmatigheid en kwaliteitsverbetering. Uit de onderzoeken — u heeft er zelf ook een paar genoemd — blijkt, al geef ik toe dat die nog niet heel erg scherp zijn, dat er wat dat betreft niet een echt onderscheid is in organisatievorming. Het gaat om de prestaties die geleverd worden. Dat feit én het feit dat we nu kiezen voor continuïteit en niet voor weer een structuurwijziging van onderdelen van de RAV, die weer zou leiden tot discontinuïteit voor werkgevers en werknemers, brengen mij tot die keus. Dat wil niet zeggen dat je discussie over winst in de zorg niet ten principale kan en moet willen voeren. Dat klopt.

De voorzitter:

Ja, maar niet vanavond.

Minister Van Rijn:

Zei de voorzitter.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Van Rijn:

Mevrouw Van den Berg zei dat in een deel van de regio's een verbetering te zien is, maar dat in andere regio's het percentage van ritten dat binnen vijftien minuten ter plaatse is, is afgenomen, zoals mijn ambtsvoorganger schreef. Mevrouw Van den Berg vroeg of er zicht is op verbetering. De cijfers over 2019 komen pas in het najaar beschikbaar in het sectorkompas ambulancezorg van Ambulancezorg Nederland, dus ik heb er nog geen zicht op of de responstijden zijn verbeterd. Ik vind het wel van groot belang — ik heb dat partijen ook laten weten — dat zij zich gezamenlijk blijven inspannen om te komen tot verbeteringen. Ik heb het in de gesprekken met Ambulancezorg Nederland niet anders ervaren dan dat ook zij dat willen.

We hebben met de sector een actieplan afgesproken. Dat loopt tot eind 2021. Gezamenlijk gaan we dus nog minstens anderhalf jaar hard werken aan de daarin afgesproken acties, die gericht zijn op de structurele verbetering van de ambulancezorg in Nederland. Ik wijs op de pilots zorgcoördinatie, over het gezamenlijk organiseren en coördineren van de minder acute en niet-spoedeisende zorgvraag op regionale schaal. Tien RAV's hebben een voorstel ingediend, waarbij zeker honderd zorgaanbieders in uiteenlopende domeinen — huisartsenzorg, ggz, wijkverpleging — partner zijn om die pilots tot een goed einde te kunnen brengen. Ik merk dat die ook in de startblokken staan. Mijn indruk is dat er over de hele linie fors gedacht en gewerkt wordt aan het voortdurend verbeteren van de kwaliteit van zorg. Begin 2021 verwacht ik u te kunnen informeren over de verdere voortgang van het actieplan.

Mevrouw Van den Berg heeft ook gevraagd: waarom geen responstijdennorm per gemeente? Ik denk dat je in z'n algemeenheid kan zien dat de sector op zoek is naar normen die medisch en/of wetenschappelijk onderbouwd zijn. Daarom — dat vind ik echt een heel belangrijke zaak — worden in het kwaliteitskader de doorlooptijden gemeten, bijvoorbeeld bij een CVA of een hartinfarct, vanaf het begin van de melding tot behandeling in het ziekenhuis. Dan wordt er gekeken: wat leren we hier nou precies van? Voor de komende drie jaar worden alle doorlooptijden gemeten bij alle RAV's, waarbij de norm zal worden vastgesteld op basis van de vijf best presterende RAV's. Daarmee worden de tijdigheid van de ambulancezorg, bij tijdkritische aandoeeningen, en de samenwerking van de keten zeer inzichtelijk. Ik vind dat echt een hele mooie en goede ontwikkeling, waarin we kijken naar de zorginhoud. We kijken wat de kwaliteit van de ambulancezorg daarbij kan zijn. De ontwikkeling van algemene rijtijdennormen naar de combinatie van de rijtijdennormen en wat er voor een bepaalde triage nodig is, zal een hele belangrijke kwaliteitsverbetering van de ambulancezorg kunnen zijn.

Mevrouw Van den Berg heeft ook gevraagd hoe het staat met het voornemen om voor alle spoedeisende zorg eenzelfde spoednummer in te stellen. Binnenkort zal de houtskoolschets acute zorg u bereiken. Zo heet die nu eenmaal, zeg ik tegen meneer Hijink, die daar een paar keer naar verwees. Daarin zal worden ingegaan op het instellen van dat landelijke telefoonnummer voor niet-levensbedreigende acutezorgvragen. Daar krijgt u binnenkort dus het nodige over te horen.

De voorzitter:

Zijn hiermee alle vragen van mevrouw Van den Berg beantwoord?

Minister Van Rijn:

Nog niet allemaal, voorzitter.

De voorzitter:

Dan stel ik voor dat u die eerst beantwoordt. Dan krijgt mevrouw Van den Berg de gelegenheid om te interrumperen.

Minister Van Rijn:

Zij stelde de vraag of er niet meer micu's moeten worden aangeschaft. Een micu is niet bedoeld om ziekenhuiszorg te verlenen. Een micu is bedoeld om ic-patiënten mee te vervoeren. Dus het extra aanschaffen van micu's ten behoeve van ambulancediensten is, denk ik, niet de aangegeven weg. De discussie komt overigens wel terug wanneer het gaat over de opschaling van de ic's, die we nu met elkaar aan het onderzoeken zijn. Dan nemen we een eventuele uitbreiding van de micucapaciteit mee.

Zij heeft ook een vraag gesteld over de grensoverschrijdende samenwerking: welke vraagstukken zullen daar precies op tafel liggen en kan dat nog consequenties hebben? De rondetafelbijeenkomst daarover was dit voorjaar gepland, maar die heeft door de coronacrisis nog geen doorgang kunnen vinden. Er wordt naar gestreefd om de bijeenkomst nog dit jaar te plannen. Maar u kunt zich voorstellen dat de prioriteit van betrokken partijen voornamelijk bij de coronacrisis heeft gelegen. Het doel van die rondetafelbijeenkomst was om ervaringen uit te wisselen en oplossingen aan te dragen voor ervaren knelpunten, zodat de grensoverschrijdende samenwerking verder verbeterd kan worden. De samenwerking is vooral bedoeld om van elkaar te leren en het proces van grensoverschrijdende samenwerking nog verder te optimaliseren. Daar zal inderdaad ook worden gesproken over de wederzijdse erkenning van diploma's. Op dit moment wordt niet voorzien dat er aanpassingen nodig zijn voor de wet- en regelgeving in Nederland. Maar wanneer die bijeenkomst heeft plaatsgevonden, zal ik uiteraard de Kamer daarover informeren.

Voorzitter. Op haar vraag over de evaluatie kom ik straks, bij de duiding van de amendementen. Ze heeft ook nog gevraagd of ik de Kamer jaarlijks op de hoogte zou kunnen houden van de stappen die worden gezet om de kwaliteit te verbeteren. De RAV's moeten zich jaarlijks openbaar verantwoorden. Dat is nu nog geregeld in de WTZi en straks is dat geregeld in de Wet marktordening gezondheidszorg.

Ze gaan dan jaarlijks hun prestatiegegevens op de website van AZN presenteren en zullen daarbij ook de signalen van het kwaliteitskader betrekken. Daaraan voegen we dan nog toe, conform uw amendement, de vijfjaarlijkse evaluatie en de bijbehorende lerende cultuur. De evaluatie zal uiteraard door mijn opvolgster aan de Kamer worden gestuurd.

Ik geloof — ik kijk even naar haar — dat ik veel van de vragen van mevrouw Van den Berg heb beantwoord.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Ik heb even een paar aantekeningen gemaakt. Wat betreft de eerste vraag het volgende. Ik ben blij dat de minister aangeeft: wij kijken straks wat betreft medische aandoeningen wat de vijf best presterende regio's zijn, om dan ook een medische norm te stellen. Alleen, er is een reden waarom wij om een ondernorm hebben gevraagd. Nu wordt gezegd: 95% moet binnen die vijftien minuten zijn. Ik zeg altijd: je kan het niet met een schaartje knippen. We hebben destijds — begin vorig jaar, zeg ik uit mijn hoofd — schriftelijke vragen gesteld over bijvoorbeeld Gennep in Noord-Limburg. Daar zaten ze op een bepaald moment op gemiddeld iets van 67% van de ritten binnen die vijftien minuten. Het gaat mij er niet om dat het met een schaartje wordt geknipt, maar er is wel een erg groot verschil tussen gemiddeld 95% en bepaalde gemeentes die daar echt wel heel ver onder duiken. Dat was de reden voor die ondernorm. Dat was mijn eerste vraag.

Minister Van Rijn:

Mevrouw Van den Berg heeft natuurlijk gelijk. Je kunt zeggen dat de beweging naar de aandoeningen en de aandoeningsgerichtheid natuurlijk heel goed is. Maar dat neemt niet weg dat tijdigheid in zijn algemeenheid natuurlijk altijd onderdeel moet blijven van de urgenties. Dat ben ik zeer met mevrouw Van den Berg eens, want ook bij nieuwe urgenties dient de ambulance gewoon op tijd te zijn. Dat is overigens ook het streven van de sector zelf. Als wij straks gaan bekijken hoe het zit met de urgentieniveaus als we zo gaan werken, moet er gewoon een impactanalyse gemaakt worden. Wat betekent het bijvoorbeeld voor de verschillen in aanrijtijden als je zo gaat werken? Ik zal aan Ambulancezorg Nederland vragen om mij die impactanalyse toe te sturen als die gereed is en dan zal ik die ook terstond aan de Kamer toezenden.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het is natuurlijk fijn dat we een impactanalyse krijgen. Ik wil wel even aangeven dat er in eerdere debatten ook een leefbaarheidsanalyse motie van het CDA is aangenomen. Die kan daar misschien ook in worden meegenomen, maar dat even terzijde.

Dit brengt mij bij mijn tweede vraag. Die gaat over de micu's, de mobiele intensiverecare-units. De minister zegt terecht dat dat geen vervanging voor de ambulance is. Zo bedoelen wij dat ook niet. Maar wij zien dat sommige aanrijtijden van ambulances naar een ziekenhuis vrij lang zijn en vragen ons daarom af of het kan helpen, ook voor de geruststelling van de mensen, om op een bepaalde plek wel zo'n mobiele intensiverecare-unit te hebben staan. Ik heb begrepen dat dat in Noord-Nederland ook is gebeurd. Als de aanrijtijd lang is, kan men daar dus even naartoe rijden.

Minister Van Rijn:

Ik sluit niet uit dat het kan. Het is wel echt een andere auto, om het maar zo te zeggen, die op een andere manier niet zo gemakkelijk zomaar een patiënt kan oppikken, omdat daar natuurlijk veel meer apparatuur in zit. Het is misschien goed als ik dit gewoon meeneem bij de urgentiebepaling van de verschillende urgentieniveaus. We zullen kijken in hoeverre micu's daar een rol in kunnen spelen. Maar een waarschuwing vooraf van mij: je kunt het niet helemaal vergelijken met een reguliere ambulance.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Nee, dat begrijp ik. Het is echt heel wat anders.

Minister Van Rijn:

Praktisch.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Het kan een oplossing zijn om de zorg toch bereikbaar te houden. De derde vraag was ...

De voorzitter:

Hoeveel vragen heeft u?

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Dat is mijn laatste, voorzitter.

De voorzitter:

O, oké.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

De minister refereert aan de kwaliteitskaders. Het is mooi dat er jaarlijks verantwoord moet worden basis van de kwaliteitskaders, maar ik heb ook gesproken over het kwaliteitsregister. In de inbreng heb ik net ook aangegeven dat dit naar de mening van het CDA niet vrijblijvend en vrijwillig zou mogen zijn, maar dat er in iedere sector een kwaliteitsregister zou moeten zijn, juist ook om de lerende cultuur te stimuleren. Daar heb ik de minister nog niet over gehoord. Er wordt aan gewerkt, maar het is allemaal aan de sector. Wij zouden dat eigenlijk wat indringender en dwingender neergelegd willen zien.

Minister Van Rijn:

Er is een conceptrapport van de kwartiermaker governance van kwaliteitsregistraties in de maak. Er is mij gerapporteerd dat er wordt gestreefd om nog in juli bestuurlijke afstemming met partijen te laten plaatsvinden. Dat betekent dat het rapport daarna naar de Kamer zou kunnen.

Voorzitter. Dan kom ik nu toe aan de vragen van mevrouw Ellemeet. Zij borduurde eigenlijk een beetje voort op de vraag of je wat we hier doen, eigenlijk niet zou kunnen toepassen op de hele zorg. Dat is een interessante en sympathieke vraag. Dat lijkt me echt iets voor mijn ambtsopvolgster. Je ziet overigens in den brede en merkt ook in het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) dat we nu in een volgende fase komen, waarin

we specifiekere bekijken welke zorg op welk moment moet worden gecoördineerd. Het zou best zo kunnen zijn dat je voor delen van de acute zorg tot een ander systeem en zelfs een andere bekostiging komt dan voor andere delen van de zorg. Ik denk dat het advies van de RVS, de houtskool-schets acute zorg en straks ook ... Ik ben de naam kwijt van de grote notitie die meer gaat over het stelsel. Daarin wordt ook bekeken of je onderscheid moet maken tussen verschillende vormen van zorg. Dat heeft dan misschien ook weer consequenties voor de bekostiging. Ik beschouw de vraag van mevrouw Ellemeet dus maar als een aansporing voor het kabinet en mijn ambtsopvolgster om daar indringend over te spreken.

Voorzitter, dan de zeggenschap van verpleegkundigen. Ik denk dat dit inderdaad een heel belangrijk onderwerp is, omdat zeggenschap van verpleegkundigen zeer wezenlijk is bij het heel praktisch bekijken hoe de ambulancezorg in de toekomst moet zijn en wat de werkverhoudingen moeten zijn. De kennis en kunde van de verpleegkundigen moeten een heel belangrijke rol spelen bij de keuze die je maakt in de organisatie van de ambulancezorg. Ik wil haar toezeggen dat ik met AZN zal bespreken hoe de zeggenschap van medewerkers bij de RAV's kan worden verbeterd en dat de RAV's zich in hun jaarlijkse rapportages daarover verantwoordelijk maken. Dan hebben we gedurende de komende jaren zicht op hoe het zich verder ontwikkelt. Over het RVS-rapport heb ik al een opmerking gemaakt.

Dan de specifieke vragen op het punt van het medisch management. In de huidige wetten en richtlijnen is geregeld dat de verpleegkundig specialist niet alle bevoegdheden heeft om handelingen te verrichten die zelfstandig voorbehouden zijn aan een arts. Aangezien je bij het medisch management die bevoegdheden veronderstelt, kun je dat niet alleen maar beleggen bij de verpleegkundig specialist. Ik begreep haar zoektocht wel. Ze vroeg: kan het dan niet zo zijn dat je het toch meer samen doet? Ik zou willen kijken of we dit op een goede manier kunnen stimuleren. Over de beschikbaarheid en de financiering heb ik het voldoende gehad, denk ik.

Dan de resterende vragen van de heer Raemakers. Ik denk dat de vragen over het economisch karakter voldoende beantwoord zijn, namelijk de motivering waarom het een niet-economische dienst zou zijn. Hij heeft nog de specifieke vraag gesteld of kosten en prijs van de ambulancezorg geen rol speelt bij de inkoop door zorgverzekeraars. Nauwelijks. De kosten en prijs van ambulancezorg spelen bij de inkoop een heel andere rol dan in de rest van de zorg. De tarieven van de ambulancezorg zijn vastgesteld door de Zorgautoriteit. Daar mag niet van worden afgeweken. Twee zorgverzekeraars per regio maken de afspraken die voor alle zorgverzekeraars gelden. Het speelt dus veel minder een rol dan in de rest van de zorg.

Dan zijn vraag of spoedeisend en niet-spoedeisend niet onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en hoe dat in andere landen zit. Ik heb geen inzicht in hoe dat in andere landen zit. Er is wel degelijk een grote samenhang tussen de spoedeisende en de niet-spoedeisende zorg, want dankzij die koppeling worden hoog opgeleide professionals in beide vormen van ambulancezorg zo efficiënt mogelijk ingezet en kunnen zij van elkaar leren. Het is de laatste keer dat ik het doe, maar ik verwijs nogmaals naar het voorbeeld van mevrouw Agema, dat ook wel aanspreekt en raakt. Het

laat zien hoe belangrijk het is dat iets misschien geen spoed is, maar dat er wel veel deskundigheid nodig is, omdat kan blijken dat het toch wel spoed was. Misschien moet je dan toch op een andere manier vervoeren. Hoe dat in andere landen is, daar heb ik geen zicht op.

Hij vroeg een paar keer op verschillende manieren of het kabinet meetbaar in kaart heeft wat het koppelen van spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg oplevert ten opzichte van andere varianten. Ik denk dat hij gelijk heeft. Er is geen empirisch onderzoek gedaan naar de verschillende varianten voor de ordening. Er is niet geëxperimenteerd en ik zou niet weten hoe de splitsing van spoedeisende en niet-spoedeisende zorg zou kunnen. Wij kiezen er nu nadrukkelijk voor om die koppeling te handhaven.

De vijf of tien jaar. Bij concessieverlening is het gangbaar om de periode van afschrijvingsduur van de investeringen als uitgangspunt te nemen voor een concessietermijn. Dat is gebaseerd op artikel 18 van de richtlijn over het plaatsen van concessieovereenkomsten. Concessies die langer lopen dan vijf jaar moeten beperkt worden tot de periode dat de concessiehouder redelijkerwijs zijn investering zou kunnen terugverdienen. Aangezien de afschrijvingstermijn van ambulances vijf jaar is en uitgaande van een investeringsstermijn van vijf jaar, zou tien jaar juridisch kwetsbaar zijn als je zou kiezen voor dat model. Dat is denk ik de meest simpele uitleg voor de reden.

Ik kijk even naar de heer Raemakers om te zien of ik zijn vragen over het wetsvoorstel voldoende heb beantwoord.

De heer Raemakers (D66):

Ik heb in ieder geval nog twee punten die ik verduidelijkt wil hebben. Als eerste gaat het over het economisch karakter. De minister geeft aan dat criteria als kosten en prijs ook bij de planbare ambulancezorg maar een heel beperkte rol spelen. De vraag is of het een rol zou kunnen spelen. Dat is volgens mij Europeesrechtelijk de vraag. Als het gaat om de planbare ambulancezorg, dus 25% van de ambulancezorg, zou je je kunnen voorstellen dat je als zorgverzekeraar best kunt zeggen: deze ambulancevoorziening kan sneller ter plekke zijn, kan de patiënt sneller van A naar B verplaatsen en biedt een hogere mate van kwaliteit. Dat zou dus wel kunnen. Als ons voorstel in Europa op die manier wordt getoetst, hebben we dan voor wat betreft die planbare zorg niet nog wat uit te leggen?

Minister Van Rijn:

Ongetwijfeld heb je dan wat uit te leggen, maar ook hier is het een kwestie van wat je wilt. Je zou kunnen zeggen: door het te splitsen kun je de zorg waarin er minder sprake is van spoed en waarin je veel bedrijfseconomischer kunt bepalen wanneer je ritten uitvoert wat makkelijker uitvoeren dan de spoedeisende hulp, die bij nacht en ontij meteen moet klaarstaan. Dat geeft ook een ander bedrijfseconomisch model. Wat mij betreft zou het nadelen geven, ook in de bekostiging, als je het in de Nederlandse situatie uit elkaar haalt. Het zit nu bij elkaar, zodat er niet iemand kan komen die de krenten uit de pap van de ritten pakt. Dat kan niet, omdat je ook spoedeisende zaken moet doen. Bovendien is het bedrijfseconomisch waarschijnlijk beter om het te combineren, omdat je dan meer armslag hebt. Dat staat nog los van het punt dat ik net betoogd heb, namelijk dat

het ook voor medewerkers waarschijnlijk heel verstandig is om een beetje variatie in het werk te hebben en niet alleen maar voor de spoedeisende hulp of de niet-spoedeisende hulp te gaan.

De voorzitter:

U had nog een vraag, meneer Raemakers?

De heer Raemakers (D66):

Mijn andere vraag gaat over het internationaal vergelijkend onderzoek. Ik denk dan ook over manieren waarop we de Nederlandse ambulance qua kwaliteit en innovatie verder kunnen verbeteren. De minister gaf net in de beantwoording aan dat zo'n internationale vergelijking eigenlijk niet gemaakt is. Zou hij wel bereid zijn om die in de komende tijd te maken, of dat over te dragen aan zijn ambtsopvolger? Ik denk namelijk dat de Nederlandse ambulancezorg daar nog beter van kan worden.

Minister Van Rijn:

Ik draag dat natuurlijk graag over aan mijn ambtsopvolgster. Ik zal hier wel even naar kijken. Toen we er even naar keken, kwamen we al bij de definitie over het terrein waarop die ambulancezorg actief is. Allereerst is er een historische context bij hoe het gegroeid is. Is het een publieke dienst of een niet-publieke dienst? Dat maakt de vergelijking nogal ingewikkeld. Maar uiteraard is het best een goed idee om te kijken of we ook een internationale vergelijking rondom de kwaliteit kunnen maken. Ik zal dat met mijn ambtsopvolgster bespreken.

De voorzitter:

Tot slot, meneer Raemakers.

De heer Raemakers (D66):

Ja, tot slot. De minister vroeg of hij al mijn vragen beantwoord had.

De voorzitter:

En dat is niet het geval?

De heer Raemakers (D66):

In ieder geval niet de vragen over de beoogde doelen. Waar ik het meest benieuwd naar ben, is of het voorstel voor de vijfjaarlijkse visitatie niet bijvoorbeeld een tweejaarlijkse visitatie zou moeten zijn. Bij dat kopje hadden we ook nog enkele andere vragen.

Minister Van Rijn:

Er is gekozen voor een vijfjaarlijkse visitatie, omdat dat een soort gebruikelijke termijn is voor visitaties. Als elk jaar of elke twee jaar een grote visitatie met zich meebrengt, geeft dat aanleiding voor heel veel administratieve lasten. Voor andere terreinen in de zorg, bijvoorbeeld voor de Wet BIG, geldt ook een termijn van vijf jaar.

Overigens wijs ik erop dat we naast die vijfjaarlijkse visitatie natuurlijk ook de kwaliteitsrapportages krijgen. Daarin

kunnen we elke keer zien hoe het zich ontwikkelt. Ik denk dat de combinatie van die rapportage en om de vijf jaar een grote visitatie een goed systeem zou kunnen opleveren.

Voorzitter. Dan kom ik bij mevrouw Agema. Zij vroeg of er niet een veelheid aan functietitels en beroepen ontstaat. Dat is altijd een gevaar, maar ik denk eigenlijk dat nu sprake is van een overzichtelijk aantal. In de ministeriële regeling wordt precies gezegd wie voor welke taken aan de lat staan. Die verschillen maken mogelijk dat op iedere zorgvraag zo goed mogelijk de juiste zorgverlener wordt ingezet. Ze zijn gebaseerd op de kwaliteitskaders van de sector zelf, die gemaakt zijn door AZN, V&VN en de medisch managers. Het is dus een door de praktijk ontwikkelde functie-indeling.

Haar vraag was of investeringen in mensen en apparatuur door de lange onzekerheid met de tijdelijke wet te laag zijn geweest. Ik heb die indruk niet, maar zij heeft gelijk: een van de argumenten om langdurige zekerheid te bieden, is dat het in ieder geval makkelijker en overzichtelijker wordt om langetermijninvesteringen te doen. Opleidingsactiviteiten zijn doorgegaan en de benodigde apparatuur kon worden aangeschaft. Maar ik ben met haar blij — als ik het zo mag vertalen — dat die duidelijkheid er komt als we deze wet gaan aannemen, zodat ook voor langetermijninvesteringen er meer grond onder de voeten is.

Zij vraagt ook hoe het met de vijftienminutennorm en het verbeterplan zit. Ik heb net mevrouw Van den Berg daarover de nodige antwoorden gegeven. Jaarlijks geven de RAV's inzicht in hun prestaties. Visitaties vinden om de vijf jaar plaats, maar die vervangen niet het reguliere toezicht dat permanent plaatsvindt en niet wacht totdat de kwaliteitsrapportages er zijn. Dat vindt voortdurend plaats.

Dan heeft ze nog gevraagd of de patiënt meer betrokken zou kunnen worden bij de keuze voor de locatie waar de patiënt naartoe wordt vervoerd. Nu is het zo dat de patiënt wordt betrokken bij de locatie waar hij of zij naartoe wordt gebracht, maar dat is natuurlijk niet altijd mogelijk, zeker niet wanneer het gaat om levensbedreigende situaties. In zo'n geval moet er meteen worden getrieerd en weet de ambulanceverpleegkundige precies waar een patiënt met een specifieke aandoening het beste naartoe kan.

Voorzitter. Naar aanleiding van het voorbeeld dat zij gaf — ze koppelde haar vraag een beetje aan de zeven urgentieniveaus — denk ik dat mevrouw Agema gewoon gelijk heeft. Aan de ene kant probeer je de triage zo goed mogelijk te protocolleren door de niveaus te onderscheiden, zodat we ook precies kunnen zien hoe dat plaatsvindt, maar tegelijkertijd blijft het ook gewoon een heel zwaar en moeilijk vak, waarin je voortdurend weer moet leren. Ik denk dus dat de combinatie goed is: altijd zorgen voor goede aanrijtijden, maar ook op zoek gaan naar hoe je aandoeningsgericht de triage nog verder kan verbeteren en versterken, zodat de rit altijd op de goede plek en met de goede timing aankomt.

De voorzitter:

Dat waren alle vragen van mevrouw Agema? Of heeft u er nog meer?

Minister Van Rijn:

Dit waren ze.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik dank de minister voor zijn erkenning van dit ingewikkelde gebeuren. Maar wat gaat er nu gebeuren met die Taskforce Urgenties? Het heeft natuurlijk wel consequenties als je erkent dat het heel erg lastig is om triage toe te passen omdat de praktijk veel weerbarstiger is. Dan zou je eigenlijk ook iets moeten met die taskforce en die zeven urgenties.

Minister Van Rijn:

Je zou kunnen zeggen dat die urgenties zijn gemaakt op basis van wat er in de praktijk gebeurt, met medeneming van de opinies van de professionals. Dat heeft geleid tot de vraag of je met die zeven urgenties zou moeten gaan werken. Maar wat nog belangrijker is, is wat de impact daarvan is. Kun je een beetje inschatten of het wel of niet helpt? Dat is ook de reden waarom ik aan AZN zou willen vragen om die impactanalyse te maken en naar mij toe te sturen, zodat ik die naar de Kamer kan toesturen en wij met elkaar kunnen kijken of het een toegevoegde waarde heeft om op die manier te gaan werken.

Mevrouw Agema (PVV):

Maar wordt het dan eerst breed ingevoerd en geëvalueerd? Of wordt het eerst op kleine schaal ingevoerd en dan geëvalueerd? Ik werd op de gang aangesproken door iemand die hier in het gebouw werkt. Deze persoon was heel emotioneel en zei: mijn vader heeft het niet gered. Hij overleed de volgende ochtend thuis aan een aneurysma. Die inschatting is heel ingewikkeld te maken. Voordat je zoiets landelijk gaat invoeren, moet je wel precies weten of zoiets werkt.

Minister Van Rijn:

Ik zal nagaan of de impactanalyse met die invoeringstermijn en de wijze waarop je het wilt invoeren, rekening kan houden. Het gaat mij er ook om om heel goed te weten wat deze urgentiepunten betekenen, of ze leiden tot verbetering van de ambulancezorg en wat de impact ervan is voor de wat langere termijn. Ik zal haar vraag daar dus zeker bij betrekken.

De voorzitter:

Gaat u verder.

Minister Van Rijn:

Dan de heer ...

De voorzitter:

Veldman.

Minister Van Rijn:

Dan de heer Veldman, inderdaad. Hij vroeg, heel terecht, hoe we ervoor kunnen zorgen dat de kwaliteit en innovatie goed geborgd worden. Ik heb net al aangegeven dat heel wezenlijk is dat, als je dit model kiest, je extra oplet of er voldoende prikkels tot kwaliteit en innovatie in het systeem blijven zitten. Ik denk dat die kwaliteit en innovatie op een paar manieren goed geborgd kunnen worden. Ik zei net al: RAV's hoeven zich niet meer bezig te houden met de vraag

of zij over een paar jaar nog ambulancezorg mogen leveren, waardoor zij misschien terughoudender worden met investeringen in innovaties. Zorgverzekeraars behouden hun rol bij de zorginkoop van ambulancezorg en kunnen dan ook vanuit hun rol kwaliteit en innovatie stimuleren. Er is een vijfjaarlijkse visitatie en er is een terugkoppeling vanuit de SEH. De eisen aan de visitatie en de eindverantwoordelijke leg ik vast in de ministeriële regeling. Ik zei net al: ik kan een bewindvoerder aanstellen indien een RAV een aanwijzing of een bevel niet opvolgt en het verlenen van ambulancezorg in de regio in gevaar komt. Als uiterste maatregel kan ik de aanwijzing intrekken. Ik heb u verteld welke voorwaarden we allemaal stellen aan de bijdrage aan kwaliteit, bijvoorbeeld met die aparte boekhouding, het interne toezicht en de goedkeuring van de minister voor fusies. Al met al denk ik dus dat zijn terechte zorg over hoe we de kwaliteit niet alleen maar bij de start, maar structureel kunnen borgen, op deze wijze adequaat geborgd is.

Hoe de visitatiecommissie gaat controleren op kwaliteitsverbetering is uiteraard aan de visitatiecommissie. Maar ik stel mij zomaar voor dat getoetst zal worden aan de kwaliteitskaders, die eventueel vernieuwd worden en zich zullen doorontwikkelen.

Ik denk dat ik zijn vraag over wat er gebeurt bij een slechte beoordeling al een beetje heb beantwoord. Het normale toezicht wordt uitgeoefend, met al het toezichtinstrumentarium dat de IGJ daarvoor heeft. Als daartoe aanleiding is, kan de minister een bewindvoerder aanstellen of in het uiterste geval de aanwijzing intrekken.

Ik denk eigenlijk dat ik de andere vragen rondom die Europese zaken heb gedaan.

De heer Veldman (VVD):

Dank voor de toelichting. Ik denk dat we, ook met de toelichting die de minister daarop geeft, het erover eens zijn dat er voldoende waarborgen in de wet zitten voor als je op enig moment constateert dat het onder de maat is. Dan zou je uiteindelijk zelfs de aanwijzing kunnen intrekken. Het is goed om te horen dat er gewoon een grens aan zit. Maar mijn vraag richtte zich natuurlijk ook op hoe je kunt meten en stimuleren dat je niet alleen voldoet aan het minimum van wat we normaal vinden, maar dat je iedere keer dat stapje verdergaat, zoals een sporter elke keer probeert om nog weer iets sneller die 100 meter te rennen. Ik snap dat zich dat moeilijk in wet- en regelgeving laat vastleggen, maar dat is wel de uitdaging die je nodig hebt. Normaal gesproken heb je die als je weet dat er competitie is en als je weet dat het eindig is, omdat het maar een beperkt contract is en je daarna opnieuw moet laten zien dat je echt het beste jongetje van de klas bent. Hoe zorgen we dat we op een goede manier borgen dat je continu die prikkel hebt om het beste jongetje van de klas te zijn?

Minister Van Rijn:

Dat doen we op twee manieren. Enerzijds doen we dat door de verantwoordelijkheid van de sector zelf te bevorderen en te stimuleren. De sector maakt kwaliteitsplannen en de normen die daarin worden ontwikkeld, worden gebaseerd op de beste vijf. Je krijgt dan een voortdurend proces van kwaliteitswaarborg en -meting. Elke keer wordt niet naar

de algemene, gemiddelde norm gekeken, maar naar de best practices. Ik denk dat dat heel belangrijk is.

Twee is: de zorgverzekeraars. Doordat zij een rol blijven spelen in de bekostiging en financiering van de ambulancezorg, kunnen zij ook aan vergelijkingen doen tussen de verschillende RAV's. Op die manier kunnen zij door hun inkoopbeleid stimuleren dat er toch wat prikkels worden ingebouwd als je achterblijft, om ervoor te zorgen dat je die kwaliteitsverbetering wel nastreeft.

We zullen het uiteraard met elkaar moeten volgen, maar ik denk dat dit twee heel belangrijke spelregels zijn. Ik wil er nog wel bij zeggen dat ik in de korte tijd die ik hier zat, enkele overleggen heb gehad met de ambulancesector, de sector en de koepelorganisatie. Ik merkte daarbij heel erg dat zij zeer doortrokken en betrokken waren bij het beeld dat zij een grote verantwoordelijkheid hebben in dit nieuwe stelsel. Aan de ene kant worden in dit stelsel meer zekerheden gevraagd van de overheid. Maar er is voor hen dan ook een grotere verantwoordelijkheid om te presteren en voortdurende kwaliteitsverbetering na te streven. Ik heb daar vertrouwen in.

Voorzitter, ten slotte mevrouw Ploumen. Haar simpele vraag is: hoe kunnen we er nou voor zorgen dat de normen overal in Nederland worden gehaald? Dat is op zich van belang, omdat je natuurlijk overal in Nederland moet kunnen rekenen op goede ambulancezorg. Maar dat is eigenlijk ook de reden waarom ik zo veel eisen stel in de wet en in de lagere regelgeving, met alle sancties en het externe toezicht die daarvoor worden benut. Ik wijs erop dat we ook breder moeten kijken dan die vijftienminutennorm. Die is heel belangrijk, maar het moet niet alleen maar gaan over de aanrijtijd. Kwaliteit is natuurlijk een veel breder begrip. Het zegt iets over de tijdigheid van zorg, maar ik vind dat het moet worden gezien in een veel breder pakket aan kwaliteitseisen die gesteld gaan worden. In 2018 was de gemiddelde aanrijtijd bij spoedritten onder de tien minuten. Het betekent niet dat er geen verbetering mogelijk is, maar het aantal spoedritten dat binnen vijftien minuten aanwezig is, ligt zo'n beetje onder de 95%. Ik zei u al dat die verbeterplannen worden gemaakt. Daar wordt hard aan getrokken door een betere spreiding van ambulances. Er is structureel 10 miljoen meer voor het opleiden van personeel. Er zijn inmiddels al kwaliteitsimpulsen gegeven. Ik heb grote verwachtingen van het actieplan van de sector, dat ondanks alle drukte is aangepakt door de sector zelf en waarbij de norm van de vijf beste als norm voor de hele sector wordt benut.

Voorzitter. Dan haar steun voor de wet om de verpleegkundigen op een of andere wijze ook op te nemen in de wet. Ik heb daar al aan gememoreerd, denk ik.

Voorzitter. Dan kom ik nu bij duiding van de amendementen. Ik begin bij het amendement op stuk nr. 12. Dat is vervangen, zie ik.

De voorzitter:

Ja, door het amendement op stuk nr. 20.

Minister Van Rijn:

Ja, dat wordt het amendement op stuk nr. 20.

Dan ben ik bij het amendement op stuk nr. 13 over zorgdifferentiatie. Daar wordt voorgesteld dat de ministeriële regeling aan beide Kamers der Staten-Generaal wordt overlegd. Er wordt daar dus een voorhang voorgesteld. Ik kan me voorstellen dat de Kamer zou willen spreken over de zorgdifferentiatie en eventueel het vrijgeven van vormen van ambulancezorg, wat een belangrijk element in die ministeriële regeling is. Dat geeft ook extra mogelijkheden als gevolg van de internetconsultatie. Ik laat het oordeel aan de Kamer.

Dan hebben we het amendement op stuk nr. 14. Daarin wordt voorgesteld om "Wet ambulancevoorzieningen" in de wet te vervangen door "Wet ambulancezorg voorzieningen". Ik geloof dat de indieners een goed midden hebben gevonden tussen ambulancezorg aan de ene kant en voorzieningen aan de andere kant, waarin het publieke karakter nog eens tot uitdrukking wordt gebracht. Ik laat het oordeel dus aan de Kamer.

Dan het amendement op stuk nr. 15 over het verbod op winstuitkering. Ik heb in mijn inbreng betoogd dat dat onderdeel zou moeten uitmaken van een breder debat. Met de keuze die we nu voor continuïteit hebben gemaakt, lijkt het niet passend om deze discussie nu hier te voeren met alle gevolgen van dien. Om die reden zou ik het amendement willen ontraden.

Dan het amendement op stuk nr. 16, waarin wordt voorgesteld dat de RAV's niet alleen informatie moeten verstrekken ten aanzien van de ambulancezorg, maar ook over de kosten daarvan. Dat lijkt me een belangrijke toevoeging, ook gelet op het debat dat we hebben gevoerd over de permanente prikkel voor kwaliteit en innovatie. Ik laat het oordeel aan de Kamer.

Dan het amendement op stuk nr. 19. Dat is een voorstel om de ambulanceverpleegkundigen toch een plaats te geven in de wet. Ik beschouw dit amendement als een ondersteuning van de gedachte dat we aan de ene kant de waardering en de erkenning willen handhaven en aan de andere kant ook duidelijk moeten maken dat ook andere zorgprofessionals heel belangrijk werk leveren. Ik laat het oordeel over dit amendement aan de Kamer.

De voorzitter:

Dit is het amendement op stuk nr. 21 geworden.

Minister Van Rijn:

Excuus, voorzitter. Hij was gewijzigd inderdaad, waarvoor dank.

Dan ben ik nu bij het amendement op stuk nr. 20. Dat is eigenlijk een ander voorstel. Mevrouw Ploumen wil de zorgdifferentiatie per AMvB regelen. We hebben een uitwerking in de kwaliteitskaders voorzien. Toen ik het over de ministeriële regeling had, heb ik me net uitgesproken voor het andere amendement. Om die reden ontraad ik het amendement van mevrouw Ploumen.

Voorzitter. Ik ben nu aan het einde van mijn betoog gekomen. Ik denk dat we met deze wet een sluitstuk meemaken van een discussie die al jaren loopt. Laten we ook de zegeningen tellen bij alle uiteenlopende visies over hoe de zorg

georganiseerd moet worden, of dat met meer of minder marktwerking is of dat er marktprikkels moeten zijn. Ik denk dat we nu een duidelijke stap moeten zetten die zekerheid biedt aan de medewerkers in de ambulancezorg. We kiezen voor continuïteit, juist in deze moeilijke tijd van de coronacrisis. We kiezen voor een meer publiek karakter van de NEDAB, waarbij we kwaliteit, innovatie en prikkels voor doelmatigheid behouden. We bieden zekerheid aan werknemers en werkgevers. In deze moeilijke arbeidsmarkt en deze bijzondere crisistijd is het heel belangrijk om deze wet nu met elkaar vast te stellen.

De voorzitter:

Mevrouw Agema.

Minister Van Rijn:

Had ik net zulke mooie laatste woorden.

De voorzitter:

Ik dacht: wacht daarmee.

Mevrouw Agema (PVV):

Het afgelopen uur was ook de persconferentie van de premier en daardoor was ik even met twee dingen tegelijk bezig. Sorry daarvoor!

Minister Van Rijn:

Ik ken mijn plaats, voorzitter.

Mevrouw Agema (PVV):

Nou ja, u heeft er ook een hoop werk voor gedaan.

Ik vroeg me af of de minister nog in is gegaan op mijn vraag of spoedeisendehulpdiensten en afdelingen acute verloskunde niet ook aangemerkt zouden moeten worden als een niet-economische dienst van algemeen belang.

Minister Van Rijn:

Ik heb geprobeerd om daar even via een andere weg antwoord op te geven. Ik denk dat we over onderdelen van de acute zorg — misschien ligt het nog wel breder — moeten discussiëren aan de hand van de houtskoolschets en de contourennota. Uw Kamer heeft gevraagd om daarin de stand van het stelsel op te maken en te kijken of het ook consequenties heeft voor financiering en bekostiging van onderdelen van de zorg. Het kan dan de conclusie zijn dat je misschien ook in bekostiging en financiering onderscheid tussen delen van de zorg moet gaan maken. Laten we afwachten wat deze wet brengt. Hiermee is al enige ervaring opgedaan en we gaan er nu weer nieuwe ervaring mee opdoen. In de contourennota wordt in z'n algemeenheid ingegaan op wat we kunnen leren van de huidige fase van het stelsel. Daarbij zal dit onderwerp ongetwijfeld aan de orde komen.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik zie dat als de toezegging dat de opvolger van de minister op deze vraag terugkomt in de contourennota.

Minister Van Rijn:

Dan wel in de houtskoolschets, want daarin wordt onder andere gereageerd op de adviezen van de RVS over hoe je de acute zorg in Nederland zou moeten organiseren. In die adviezen wordt namelijk een aantal van dit soort vragen opgeworpen.

Mevrouw Agema (PVV):

Oké. Dan dien ik geen motie in. Ik ga er dan van uit dat in die contourennota teruggekomen wordt op de wenselijkheid om meer functies aan te merken als een NEDAB.

Minister Van Rijn:

Ik spring nu een beetje over Ik wou zeggen "mijn schaduw heen", maar dat moet "over mijn graf heen" zijn. Ik zal deze vraag bij mijn ambtsopvolger neerleggen, maar ik weet dat daaraan aandacht wordt besteed in die nota over de acute zorg en dat advies van de RVS.

De voorzitter:

Dat is dan een toezegging waardoor mevrouw Agema geen motie in hoeft te dienen, meneer Raemakers!

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Misschien heb ik niet snel genoeg gebladerd, maar ik dacht dat de minister nog geen appreciatie had gegeven van het amendement op stuk nr. 18.

Minister Van Rijn:

De evaluatie.

De voorzitter:

Het amendement over de evaluatie heeft volgens mij onderdeel Kamer gekregen.

We zijn nog niet klaar, want we hebben ook nog een tweede termijn. Ik dank de minister en geef de heer Hijink namens de SP het woord.



De heer Hijink (SP):

Dank, voorzitter. Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Lekker snel! Dat is weer eens wat anders. We zijn niet gewend dat dat altijd zo gaat.

Voorzitter. Ik denk dat het belangrijk is dat we met deze wet verdergaan. Het hinkt wel op twee gedachten en dat is problematisch. Ik hoop dat dat in de toekomst niet tot problemen gaat leiden. We hebben het er uitgebreid over gehad. Wij zouden voor de zekerheid wel iets willen organiseren voor het geval er wel procedures worden aangespannen en dat er druk komt voor het opknippen van de ambulancezorg. Daarvoor zou ik graag de volgende motie willen indienen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat het onwenselijk is als de ambulancezorg opgeknipt wordt;

constaterende dat het voorliggende wetsvoorstel over de ambulancezorg dit echter niet onmogelijk maakt;

constaterende dat indien de ambulancezorg als publieke voorziening wordt georganiseerd, een dergelijk opknippen van de ambulancezorg niet mogelijk is;

verzoekt de regering een plan klaar te hebben om van de ambulancezorg een publieke voorziening te maken op het moment dat er procedures in werking worden gesteld om de ambulancezorg op te knippen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 22 (35471).

De heer Hijink (SP):

Ik heb nog van alles te vertellen, maar ik zie dat ik nog maar een minuutje heb. Ik ga daarom snel door, want ik wil nog twee moties indienen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat er van de aanbieders van ambulancezorg niet altijd jaarverslagen beschikbaar zijn en voor de helft van de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) helemaal geen financiële informatie publiekelijk beschikbaar is;

van mening dat inzicht in deze gegevens belangrijk is, zeker als het gaat om inzicht in het al dan niet plaatsvinden van winstuitkering in de ambulancezorg;

verzoekt de regering ervoor te zorgen dat de RAV's vanaf heden jaarlijks een jaarverslag publiceren inclusief financiële informatie;

verzoekt de regering vervolgens inzicht te geven in alle informatie van alle RAV's met betrekking tot winstuitkering in de ambulancezorg over de afgelopen vijf jaar,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Hijink. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 23 (35471).

De heer **Hijink** (SP):

Voorzitter. De laatste motie is er ook eentje in het kader van het ijzer smeden als het heet is.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat zowel in de acute zorg als in alle andere zorgsectoren iedere euro voor de zorg ook naar de zorg moet gaan;

constaterende dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vraagtekens zet bij het betalen per verrichting en dat vele artsen nog niet in loondienst werken;

constaterende dat het CPB stelt dat we een half miljard euro per jaar kunnen besparen als alle medisch specialisten in loondienst komen, geld dat vervolgens op andere wijze voor de zorg kan worden ingezet;

verzoekt de regering een voorstel uit te werken om alle specialisten in loondienst te laten werken, en de Kamer hierover voor de begrotingsbehandeling 2021 te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Hijink, Ellemeet en Ploumen. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 24 (35471).

Dank u wel. Dan is nu het woord aan mevrouw Van den Berg namens het CDA.

Mevrouw Van den Berg (CDA):

Voorzitter, dank u wel. Dank ook aan de minister voor de beantwoording van alle vragen. Ik zeg altijd dat zorg beschikbaar, betaalbaar en bereikbaar moet zijn. Vandaag hebben we het met name over die bereikbaarheid gehad. Ik ben blij dat de minister in de houtskoolschets acute zorg gaat kijken of de mobiele intensiverecare-unit ook een plek kan krijgen dan wel nodig is om de zorg bereikbaar te houden, juist in de regio.

Het zal duidelijk zijn dat wij ons in het debat met name hebben gericht op de vraag hoe we de innovatieprikkel en de prikkel om constant te verbeteren in deze branche houden, nu wij voor onbepaalde tijd een vergunning gaan geven. Vandaar de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

van mening dat de ambulancezorg in heel Nederland van goede kwaliteit moet zijn en ook blijvend aan kwaliteitsverbetering en een lerende cultuur moet werken;

overwegende dat een gezamenlijk kwaliteitsregister hier een belangrijke rol in kan spelen;

overwegende dat veldpartijen verantwoordelijk zijn om gezamenlijk te bekijken welk kwaliteitsregister er moet komen;

verzoekt de regering om de sector aan te sporen zo spoedig mogelijk tot een gezamenlijk kwaliteitsregister te komen, en de Kamer te informeren op welke termijn dat mogelijk is,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Van den Berg, Agema en Veldman. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 25 (35471).

Ik ben nog steeds aan het nadenken over die houtskoolschets. Iemand heeft het verzonnen ...

Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ellemeet namens GroenLinks.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Dank u wel, voorzitter. Veel dank voor de beantwoording. Fijn, duidelijk, tot het point en inhoudelijk: hartstikke fijn.

Ik heb drie moties, dus ik ga snel beginnen.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat verpleegkundige zeggenschap in de regionale ambulancevoorzieningen nog niet overal is geborgd;

overwegende dat ook in de ambulancevoorziening de inbreng van verpleegkundige expertise een positieve invloed kan hebben op de kwaliteit van zorg en het werkplezier van de verpleegkundigen;

verzoekt de regering om in gesprek te gaan met de regionale ambulancevoorzieningen en af te spreken dat de regionale ambulancevoorzieningen in hun jaarlijkse verantwoording uiteenzetten hoe zij de zeggenschap van ambulanceverpleegkundigen en andere ambulancezorgprofessionals hebben geborgd,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Ellemeet en Ploumen. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 26 (35471).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat de medisch manager ambulancezorg in de Twaz en in het huidige wetsvoorstel alleen een arts kan zijn, ingeschreven in Wet BIG onder artikel 3;

constaterende dat de verpleegkundige specialist (Wet BIG, onder artikel 14) ondertussen in enkele regionale ambulancevoorzieningen al deze functie van medisch manager ambulancezorg vervult;

constaterende dat de taken die bij de medisch manager ambulancezorg horen, prima uitgevoerd kunnen worden door de verpleegkundig specialist met behoud van het huidige kwaliteitsniveau;

verzoekt de regering om de verpleegkundig specialist in de toelichting bij de ministeriële regeling samen met de arts een rol te geven in het medisch management van de regionale ambulancevoorzieningen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Ellemeet en Veldman. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 27 (35471).

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat inkoop via het representatiemodel in de ambulancezorg in de nieuwe Wet ambulancevoorzieningen wordt voortgezet;

overwegende dat inkoop via het representatiemodel ook in andere sectoren van de zorg zou kunnen leiden tot meer samenwerking;

verzoekt de regering te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om regionale zorginkoop via het representatiemodel binnen andere sectoren in de Zorgverzekeringswet in te voeren, en de Kamer daarover te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door het lid Ellemeet. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 28 (35471).

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Afrondend, voorzitter. Wat ik misschien wel het meest interessant vond aan dit debat, was de toelichting over wanneer iets een niet-economische dienst van algemeen belang is. De minister zegt inderdaad heel duidelijk dat we daar zelf over gaan. Als ik de minister goed heb begrepen, biedt dat heel veel kansen om nog eens te kijken waar we dat nog meer zouden willen en wat dat kan betekenen voor aanbestedingen in de zorg.

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ellemeet. Dan geef ik nu het woord aan de heer Raemakers namens D66.



De heer **Raemakers** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Vandaag hebben we het dan eindelijk over de nieuwe ambulancewet gehad. Zoals gezegd steunt D66 het voornemen om duidelijkheid te scheppen voor de sector. Alleen hebben we wel zorgen over de juridische onderbouwing. Die zorgen zijn deels weggenomen; soms hebben we echt nieuwe dingen van de minister gehoord. Maar deels houden we ook zorgen omdat het soms — of vaker — ook argumenten waren die we ook al in de schriftelijke beantwoording hadden gelezen. Het blijft op een aantal punten, zoals wel of geen NEDAB, wel of geen economisch karakter en wel of niet onlosmakelijk verbonden, juridisch onzeker. Het is jammer dat er geen advies is ingewonnen bij de economische commissie. Wij vragen ons af of dat niet mogelijk is. Is er geen andere mogelijkheid om toch Europees advies in te winnen? Als een nationale rechter twijfelt over de toepassing van het Unierecht, kan hij de prejudiciële procedure doen, zoals we dat in juridisch jargon noemen. Het zou toch wel heel goed zijn als een nationale lidstaat ook op Europees niveau contact kan zoeken daarover. Wellicht wordt die discussie in de Eerste Kamer nog voortgezet.

Wees gerust, voorzitter, ik ga geen moties indienen. Echt niet! Wel heb ik nog twee vragen die nog niet zijn beantwoord. De eerste vraag was hoeveel zicht de RAV's hebben op de kwaliteit van zorg die een onderaannemer levert. De tweede vraag was welke impact het advies van de Gezondheidsraadscommissie over de heroverweging van de 45 minuten norm volgens de minister kan hebben op de organisatie van de ambulancezorg.

Dan nog een punt over specialisten in loondienst, de motie van de heer Hijink. Misschien kunnen we daar een motie voorkomen. Dit is ook voor D66 een belangrijk punt. We hebben in het regeerakkoord de afspraak gemaakt dat we specialisten in loondienst of in het participatiemodel meer gaan stimuleren. Ik zou de minister eigenlijk willen vragen wat de voortgang is van die passage uit het regeerakkoord.

Dat was onze inbreng vandaag.

De voorzitter:

Dank u wel, meneer Raemakers. Dan is nu het woord aan de heer Veldman namens de VVD.

De heer Veldman (VVD):

Voorzitter. Dank aan de minister voor de beantwoording van de ook door mij gestelde vragen in eerste termijn. Het is goed om te horen hoe hij aankijkt tegen die kwaliteitsborging. Ik denk dat we elkaar wel kunnen vinden in hoe het nu geformuleerd is. Toch zou ik op een enkel punt nog een vraag willen stellen. Ook heb ik nog een aanscherping, waarvoor ik dan ook een motie heb.

De vraag is of de minister nog eens, iets explicieter dan hij net deed, kan benoemen hoe de blik van buiten naar binnen gehaald wordt. Hij verwees daarbij onder andere naar de zorgverzekeraars. Dat snap ik, maar die zijn soms ook wat terughoudend omdat ze niet het verwijt willen krijgen dat ze op de stoel van de professional gaan zitten. Hoe borgen we die blik van buiten naar binnen?

Als je innovatie goed wilt organiseren, vraagt dat ook om registratie van een aantal dingen. Daarom de volgende motie.

Motie

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat kwaliteitseisen en randvoorwaardelijke eisen zijn opgenomen in dit wetsvoorstel en in de ministeriële regeling en een uitgebreid instrumentarium voor de IGJ, de NZa en de minister om in te grijpen als de kwaliteit of de beschikbaarheid van de ambulancezorg in het geding is;

constaterende dat een aanwijzing voor onbepaalde tijd kan betekenen dat er door de RAV's minder prikkels worden gevoeld voor innovatie in de ambulancezorg;

verzoekt de regering om in de ministeriële regeling op te nemen dat alle RAV's in het jaarlijkse sectorkompas ambulancezorg de vooruitgang van hun resultaten op de kwaliteitseisen ten opzichte van het vorige jaar laten zien en dat zij informatie aanleveren ten behoeve van een innovatieparagraaf in dit sectorkompas;

verzoekt de regering tevens te borgen dat er in de ambulancezorgsector blijvende doorontwikkeling van het kwaliteitskader ambulancezorg plaatsvindt, waarin innovatie een zichtbare plek heeft, en de Kamer hier jaarlijks over te informeren,

en gaat over tot de orde van de dag.

De voorzitter:

Deze motie is voorgesteld door de leden Veldman en Van den Berg. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 29 (35471).

Dank u wel, meneer Veldman. Dan geef ik nu het woord aan mevrouw Ploumen namens de PvdA.

Mevrouw Ploumen (PvdA):

Dank u wel, voorzitter. Ik wil de minister danken voor zijn heldere woorden. Geen woord te weinig, maar zeker ook geen woord te veel. Ik ben blij dat we nu in deze fase zijn van de behandeling van deze wet en dat we van een tijdelijke wet overgaan naar stabiliteit. Ik denk dat juist in een tijd waarin we zo veel te danken hebben aan het ambulancepersoneel en het zorgpersoneel, aan ons de opdracht is om goede, stabiele, scherpe wettelijke kaders te bieden waarbinnen zij hun werk kunnen doen. Ik ben blij dat de ministers twijfels, mochten we die al gehad hebben, daarover heeft weggenomen.

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Ploumen. Opvallend hoe iedereen opgelucht is dat een debat over een belangrijk onderwerp ook kort kan zijn. Dat is heel goed. Dan kijk ik even naar de minister of hij kan antwoorden. De minister vraagt vijf minuten schorsing. Dan schors ik de vergadering.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

De voorzitter:

Ik geef de minister het woord.

Minister Van Rijn:

Voorzitter, dank. Een korte reactie op de ingediende moties en de vragen die nog gesteld zijn. Ik begin met de SP. De eerste motie, op stuk nr. 22, gaat over de vraag of wij voorzieningen maken als er een procedure wordt gevoerd om een en ander op te knippen. Ik denk dat als er een procedure aan de orde zou zijn, we na de uitspraak beslissen wat de analyse is en welke opties dan resteren. Ik vind het nu te vroeg om daarover te speculeren. Om die reden wil ik de motie dan ook ontraden.

Dan de motie op stuk nr. 23 van de heer Hijink over de jaarverslagen. De jaarrekening moet verplicht worden ingediend bij het CIBG. Die is openbaar op basis van de WTZi. Dat gebeurt ook. Ik geef toe dat dat wel enig zoekwerk vereist, dus we zullen kijken of we dat nog wat transparanter onder de aandacht zouden kunnen brengen. Voor een oordeel over zijn motie zou ik de heer Hijink een verzoek willen doen, namelijk over het dictum waarin staat dat wij vervolgens inzicht geven "in alle informatie van de afgelopen vijf jaar". De verplichting van die vijf jaar was er nog niet, en dit is ook wel weer heel veel informatie waar we misschien niet veel mee doen. Dus als hij die passage zou willen schrappen, wil ik het oordeel aan de Kamer laten. Anders zal ik de motie helaas moeten ontraden, en dat wil ik eigenlijk niet.

De heer **Hijink** (SP):

Dat komt dan omdat die informatie eigenlijk gewoon niet te vinden is?

Minister **Van Rijn**:

Ja.

De heer **Hijink** (SP):

Oké. Dan moeten we dat doen en dan blijft het andere stuk staan.

Minister **Van Rijn**:

Dan laat ik het oordeel aan de Kamer. Dan de motie op stuk nr. 24 onder de titel "handgranaat". O nee, onder de titel "loondienst". Dit is nog eens een duidelijke uiting van de mening van de SP. Ik denk dat er de komende tijd echt wel weer over gesproken zal worden, maar ik denk niet dat het goed is om deze motie in dit debat aan te nemen. Ik wil haar dus ontraden.

De motie op stuk nr. 25 is van het CDA. Daarin worden wij verzocht de sector tot een kwaliteitsregister aan te sporen. Ik ga mevrouw Van den Berg toezeggen dat ik hierover in gesprek ga met AZN. In het kader van het beperken van de administratieve lasten wil ik wel bespreken hoe dat een beetje lean-and-mean zou kunnen, bijvoorbeeld in het al bestaande sectorkompas ambulancezorg. Als ik die motie zo mag lezen, laat ik het oordeel aan de Kamer.

Dan de motie op stuk nr. 26 van GroenLinks over afspraken met de RAV's dat ze in hun jaarlijkse verantwoording uiteenzetten hoe ze de zeggenschap van de ambulanceprofessionals en verpleegkundigen hebben geborgd. Ik heb al in het debat aangegeven dat ik het met mevrouw Ellemeet eens ben dat dit een zeer belangrijk element is. Het lijkt me ook goed om hierover met AZN in gesprek te gaan. Ik laat het oordeel aan de Kamer.

Dan de motie van GroenLinks op stuk nr. 27. Daarin worden wij verzocht bij de toelichting in de regeling aan te geven dat de verpleegkundig specialist samen met de arts een rol kan spelen in het medisch management van de RAV. Ik heb al aangegeven dat in de ministeriële regeling wordt opgenomen wie er medisch eindverantwoordelijke mag zijn. Ik denk inderdaad dat die verpleegkundig specialist een goede rol kan spelen. U heeft ook zelf gezegd dat het een arts is, maar in sommige situaties kan het ook al. Haar suggestie om dat in de toelichting op te nemen vind ik een goede en ik laat het oordeel aan de Kamer.

Dan de motie op stuk nr. 28 of er bij de acute zorg ook andere modellen van representatieve zorginkoop denkbaar zijn; misschien wel in de hele zorg, zei zij. Ik denk dat het goed is dat ik hier toch nog de laatste keer verwijs naar de houtskoolschets en de contourennota die eraan komen en waarin dit type discussies worden gevoerd. Ik wijs haar er overigens op dat die beschikbaarheidsbekostiging er ook al is bij de huisartsenposten, de acute ggz en ook de ambulancezorg. Deze discussie wordt dan verder gevoerd, maar op dit moment zou ik de motie willen ontraden.

Dan de vraag van de heer Raemakers over de gelijkgerichtheid. Hij vroeg of daar voortgang in zit. Zoals u weet is er

een regeling voor gemaakt om de gelijkgerichtheid te bevorderen in andere vormen dan de maatschap. Daar is niet al te veel gebruik van gemaakt, zei hij met een understatement. Dat betekent — ik verwijs naar de heer Hijink — dat deze discussie uiteraard gevoerd zou kunnen worden, maar het lijkt mij niet naar aanleiding van deze ambulancewet.

Dan zijn vraag of de RAV's zicht hebben op de kwaliteit van de onderaannemers. Jaarlijks moeten de RAV's hun prestaties zichtbaar maken op de website van Ambulancezorg Nederland. Dat zijn de prestaties van de RAV's als geheel, dus inclusief de prestaties van de onderaannemers. Dus de RAV's dienen daar ook zicht op te hebben. Dat wordt op die manier transparant.

Dan zijn vraag of het advies van de Gezondheidsraadcommissie leidt tot heroverweging van die 45 minuten, of dat ook nog invloed heeft. Ik verwacht het advies van de Gezondheidsraad in september. Daar zou ik nu dus niet op vooruit willen lopen. Het is uiteraard denkbaar dat dat advies gevolgen heeft. Dat betekent dat het dan gevolgen zou moeten hebben voor de ministeriële regeling. In dat geval zal die moeten worden aangepast, uiteraard nadat de Kamer daar ook haar zegje over heeft kunnen doen.

Voorzitter. Dan de vraag van de heer Veldman over de blik van buiten. Er zijn vele blikken van buiten. Ik heb geprobeerd aan te geven dat het én de zorgverzekeraars zijn én de Inspectie voor de Gezondheidszorg én de NZa, en bij de visitatie ook de andere RAV's, die dan vanuit die discipline kijken. En dan zijn er ook de ziekenhuizen en de huisartsen, met een terugkoppeling van de SEH. Volgens mij hebben we dus genoeg blikken van buiten georganiseerd. Maar laten we met elkaar kijken hoe zich dat in de loop van de tijd verder ontwikkelt.

In dat verband heeft de heer Veldman nog een motie ingediend over de kwaliteitseisen. Daarin wordt gevraagd om te borgen dat in de ambulancesector blijvende doorontwikkeling plaatsvindt, waarin innovatie een zichtbare plek heeft, en de Kamer daarover jaarlijks te informeren. Ik denk dat dat aansluit bij ons gemeenschappelijk doel. We moeten er juist nu voor zorgen dat kwaliteit en innovatie ook naar de toekomst toe worden geborgd. Ik laat het oordeel aan de Kamer.

De voorzitter:

Dan wil ik de minister ontzettend bedanken voor zijn antwoorden. Er zijn veel complimenten gemaakt over de helderheid en het concreet ingaan op de vragen. Ik hoop dat we dat kunnen vasthouden, vooral bij VWS. Wij hopen u nog eens te zien voordat u definitief iets anders gaat doen. Ja, we hebben nog twee weken. Ik dank de minister.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

Over het wetsvoorstel, maar ook over de amendementen en de moties, zullen we volgende week dinsdag stemmen.

De vergadering wordt van 20.31 uur tot 20.38 uur geschorst.