

Actieplan ambulancezorg

12 november 2018

Voor u ligt het actieplan ambulancezorg. De ambulancezorg staat onder druk en er moet iets gebeuren om deze druk het hoofd te bieden. De minister voor Medische Zorg en Sport heeft in april 2018 aangekondigd met een actieplan ambulancezorg te komen. Overleg tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Ambulancezorg Nederland (AZN) heeft geresulteerd in dit actieplan ambulancezorg.

INLEIDING

Ambulancezorg is een belangrijke speler in de acute zorg. De ambulancezorg trieert vele acute zorgvragen, geeft hierbij adviezen, verwijst door naar andere zorgaanbieders en zorgt bovenal voor snelle en levensreddende zorg ter plaatse en de overdracht van patiënten naar zorginstellingen. Dit alles wordt gedaan door bekwame en op het werk toegeruste ambulancezorgprofessionals. De regionale ambulancevoorziening (RAV) vervult een belangrijke rol in het regionale acute zorgnetwerk.

De druk op de acute zorg neemt toe. Dit blijkt onder andere uit de Marktscan acute zorg van de NZa. De acute zorg heeft te maken met een toenemende vraag en het is steeds moeilijker om die vraag op het juiste moment door de juiste zorgverlener te beantwoorden. De NZa constateert dat samenwerking en coördinatie noodzakelijk zijn om toegankelijkheid op de lange termijn garanderen.

Ook binnen de ambulancezorg wordt deze druk zichtbaar¹. Sinds 2016 is in veel regio's sprake van langere responstijden. De oorzaken zijn velerlei; burgers doen makkelijker een beroep op spoedzorg en ook triagesystemen kunnen van invloed zijn op het aantal spoedinzetten. Ook kunnen veranderingen in het zorglandschap, waaronder in het aanbod van SEH's, leiden tot langere aanrijtijden wat een extra beslag legt op de capaciteit van ambulancezorg. Tenslotte dragen demografische ontwikkelingen, de krapte op de arbeidsmarkt en toename van complexere zorgvragen van kwetsbare patiëntengroepen zoals ouderen er toe bij dat de druk op de ambulancezorg verder toeneemt.

De toenemende druk op de ambulancezorg en het zichtbare effect op de prestaties van RAV's vragen om actie. In de eerste plaats door en binnen de ambulancesector zelf. De sector kan zelf invloed uitoefenen op de eigen bedrijfsvoering en op landelijk niveau verbeteringen doorvoeren. De ambulancesector ziet de noodzaak om actie te ondernemen en neemt hiertoe het initiatief.

Acute zorg is ketenzorg. De prestaties van de ambulancezorg zijn deels afhankelijk van het functioneren van de gehele keten van acute zorg. De NZa heeft in de Marktscan acute zorg een aantal verbeterpunten geformuleerd voor een effectievere en efficiëntere werking van het acute zorgnetwerk. Deze verbeterpunten hebben betrekking op het verminderen van de instroom in de acute zorg en het

¹ Zo blijkt onder andere uit de enquête naar mogelijke oorzaken (AZN, 2016), de Marktscan acute zorg (NZa, september 2017), het referentiekader 2016 en 2017 (RIVM)

bevorderen van de door- en uitstroom. De ambulancesector neemt het initiatief om samen met ketenpartners verbeterpunten op te pakken. Dit alles met als doel niet alleen de druk op de ambulancezorg te verlichten, maar ook een bijdrage te leveren aan de vermindering van de druk op de acute zorg in de breedte en opdat de patiënt met een acute zorgvraag, meer dan nu, de juiste zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener op het juiste moment krijgt.

Doelstellingen actieplan

Dit actieplan moet mogelijk maken dat de ambulancesector nu en in de toekomst goede ambulancezorg kan blijven bieden. De doelstellingen van dit actieplan zijn:

- Verbeteren van de responstijden voor spoedeisende ambulancezorg.
- Zorg dragen voor een efficiëntere inzet van spoedeisende en planbare ambulancezorg: alleen een ambulance waar het echt moet, andere zorg waar het kan. Met als uitgangspunt dat de patiënt minimaal even goede of zelfs betere zorg ontvangt.
- Het expliciteren van de kwaliteitseisen waaraan de ambulancezorg moet voldoen.
- Zorg dragen voor voldoende ambulancezorgprofessionals, die zijn toegerust voor het belangrijke werk dat zij doen.

Daarnaast willen partijen met dit actieplan een bijdrage leveren aan het oplossen van de druk op de acute zorg, door binnen de acute zorg de samenwerking te intensiveren en werkwijzen te uniformeren.

Indeling actieplan

Het actieplan ambulancezorg kent de volgende inhoudelijke onderdelen:

a. Optimale inzet ambulancezorg

Doel van het actieplan is optimalisering van inzet van ambulancezorg. Dit begint met het optimaliseren van het triageproces en de werkwijze op de meldkamer ambulancezorg. Ook wordt gekeken naar meer samenhang van werkwijzen binnen de keten van acute zorg. Vanzelfsprekend worden ook interne processen binnen de RAV bekeken en geoptimaliseerd.

b. Samenwerking binnen de keten

Voor optimale inzet van de ambulancezorg is goede samenwerking binnen de keten van groot belang. Daarnaast draagt goede ketensamenwerking bij aan het verbeteren van de in-, door- en uitstroom in de acute zorg in de breedte, zodat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek ontvangt. Zorgcoördinatie en goede informatiedeling zijn hierbij belangrijke thema's waar de ambulancesector mee aan de slag gaat.

c. Kwaliteit

Inzicht in kwaliteit op basis van een objectief en meetbaar kwaliteitskader draagt bij aan het verder ontwikkelen en verbeteren van de kwaliteit van de ambulancezorg. De verbinding met de acute zorgketen is hierbij ook van belang.

d. Arbeidsmarkt

Naast de landelijke en regionale actieplannen op het gebied van arbeidsmarktknelpunten en human resource management, initieert de ambulancezorg ook sectorspecifieke acties die moeten bijdragen aan het oplossen van personele schaarste.

e. Randvoorwaarden

Bestaande instrumenten zoals spreiding, capaciteit en bekostiging (van vervoer én meldkamer ambulancezorg) moeten zorg dragen voor een gelijke uitgangspositie voor iedere RAV.

BESTUURLIJKE POSITIONERING ACTIEPLAN

Betrokken partijen

Over dit actieplan ambulancezorg is overeenstemming bereikt tussen het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Ambulancezorg Nederland (AZN). Voor de uitvoering van de acties is samenwerking met (brancheorganisaties van) ziekenhuizen, huisartsen(posten), wijkverpleegkundigen, ggz-instellingen en Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ) noodzakelijk. Deze samenwerking wordt actief opgezocht. Dat geldt ook voor samenwerking met het RIVM, NZa, Nictiz en CZO.

Looptijd actieplan

Het actieplan ambulancezorg heeft een looptijd van ruim drie jaar tot en met het jaar 2021.

Uitgangspunten actieplan

De drie partijen - ministerie van VWS, ZN en AZN – zijn van mening dat:

- a. de ambulancezorg onder druk staat;
- b. tijdige en kwalitatief goede ambulancezorg van groot belang is;
- c. de oorzaken van de problemen in de ambulancezorg divers zijn;
- d. de specifieke regionale problematiek sterk kan verschillen. Dit maakt een meervoudige aanpak noodzakelijk, waarbij goed gekeken wordt naar de regiospecifieke uitdagingen;
- e. de urgentie van de problemen in de ambulancezorg hoog is;
- f. partijen zich maximaal inspanssen om de problemen in de ambulancezorg op te lossen;
- g. partijen een bijdrage kunnen en willen leveren aan het oplossen van de knelpunten in de acute zorgketen, in het volle besef dat ze dit niet alleen kunnen;
- h. de noodzakelijke veranderingen niet van de ene op de andere dag plaatsvinden. Voldoende tijd en een meerjarenperspectief op zowel landelijk als regionaal niveau zijn randvoorwaardelijk om de noodzakelijke aanpassingen onderdeel te laten worden van de veranderingen;
- i. de uitvoering van het actieplan moet passen binnen het macrokader ambulancezorg, daar waar de acties direct gerelateerd zijn aan zorgverlening. Zorgverzekeraars benutten de geboden ruimte in het macrokader ambulancezorg op basis van goede en gedragen plannen van RAV's die aansluiten bij de doelstellingen van dit actieplan. Het moet mogelijk zijn om deze acties te bekostigen;
- j. samenwerking en samenhang voorwaarden zijn voor het oplossen van de problemen.

Uitvoering actieplan

Met dit actieplan wordt op nationaal niveau afgesproken dat de acties worden uitgevoerd binnen de aangegeven termijn en ieder zijn bijdrage levert. Hoe dit gebeurt en wat wordt afgesproken, wordt hoofdzakelijk decentraal bepaald (via contractering tussen RAV en zorgverzekeraars).

Via onder meer de bestaande bestuurlijke overleggen wordt de voortgang besproken, geleerd van opgedane ervaringen en aangejaagd en ondersteund als daar aanleiding voor is. Dit leidt echter niet tot een centrale regie of centrale systemen van monitoring of verantwoording.

Wanneer de afspraken in het actieplan onvoldoende van de grond komen en implicaties hebben voor de uitvoering van het actieplan, treden partijen gezamenlijk in overleg in het bestuurlijk overleg ambulancezorg tussen het ministerie van VWS, AZN en ZN dat tweemaal per jaar plaatsvindt.

A OPTIMALE INZET VAN AMBULANCEZORG

Optimale inzet van ambulancezorg is een doelstelling van het actieplan. De sleutel voor optimalisatie ligt in goede triage: welke zorg heeft de patiënt nodig, met welke urgentie en wie kan deze zorg het beste leveren. Hier is allereerst de ambulancezorg zelf aan zet. Daarnaast is ambulancezorg een onderdeel van de acute keten en is het van belang dat de ambulancezorg aansluit op de werkwijze binnen de keten. Tot slot is van belang dat de ambulancesector interne processen blijft optimaliseren om zo te komen tot een optimale inzet van beschikbare capaciteit van middelen, passend bij de zorgvraag.

Actiepunten

1. De RAV's en zorgverzekeraars blijven zich inspannen om de **verbetermogelijkheden van het primaire proces van ambulancezorg** in de huidige lokale praktijk te onderzoeken en verbetermaatregelen door te voeren. Hierbij wordt ook gekeken naar ICT innovaties. Dit doen RAV's en zorgverzekeraars door continue evaluatie van de afgesproken verbeterplannen en door te blijven zoeken naar aanvullende verbetermaatregelen zoals ook is terug te lezen in het zorgplichtonderzoek van de NZa. Indien uitvoering van de verbeterplannen onvoldoende leidt tot verbetering van de responstijden, maken RAV's en zorgverzekeraars aanvullende afspraken om te komen tot extra initiatieven. De ambulancesector en zorgverzekeraars **leggen best practices vast en delen deze met elkaar**.
2. Het doel van triage en urgentie-indeling is te komen tot inzet van de juiste zorgverlener op het juiste moment bij de patiënt, met een voor de patiënt zo optimaal mogelijke uitkomst. Binnen de ambulancezorg geeft de urgentie de mate van spoedeisendheid van een inzet aan. Er is een onderscheid tussen A1, A2, en B-urgentie. Er is behoefte aan verder gedifferentieerde urgenties om de acute zorgvraag van patiënten gerichter te kunnen classificeren en daarmee de ambulancezorg verder te optimaliseren.
 - 2.1 Op basis van onderzoek naar (medische) onderbouwing bij de gehanteerde urgentieclassificatie in en buiten Nederland ontwikkelt de ambulancesector een landelijk **eenduidige en optimale urgentieclassificatie** op basis waarvan de vraag naar en inzet van ambulancezorg op een meer genuanceerde wijze worden beoordeeld en toegekend. Hierbij wordt rekening gehouden met de urgentieclassificaties die elders binnen de acute en eerstelijnszorg worden gebruikt.
 - 2.2 Wanneer deze nieuwe urgentieclassificatie voor de voor de ambulancezorg is vastgesteld door AZN, VWS en ZN, neemt AZN de implementatie ter hand. Hiervoor ontwikkelt AZN **een protocol voor eenduidige triage**, zodat de verschillende zorgaanbieders op dezelfde manier zorg kunnen toewijzen en daarbij ook dezelfde taal kunnen spreken.
3. Het gebruik van digitale triagesystemen op de meldkamer ambulancezorg lijkt één van de redenen te zijn voor de toename van het aantal spoedinzetten. Het is niet duidelijk in welke mate de triagesystemen bijdragen aan de toename van het aantal spoedinzetten ten opzichte van andere ontwikkelingen in de acute zorg. AZN doet **onderzoek naar de rol van triagesystemen** om hier inzicht in te krijgen. Ook wordt onderzocht in hoeverre er mogelijk sprake is van onnodige

ondertriage (te weinig zorg) of onnodige overtriage (te veel zorg). Het doel is om de triage te optimaliseren. De inzichten uit het onderzoek kunnen worden toegepast bij de implementatie van het nog te ontwikkelen protocol voor triage (actiepunt 2.2). Naast het gebruik van digitale triagesystemen wordt ook gekeken naar de geëigendheid van de verzoeken om inzet van ambulances die vanuit huisartsen(posten) worden aangevraagd.

4. Burgers kunnen beter geïnformeerd worden over de acute zorg en de eigen zelfredzaamheid kan worden bevorderd. VWS start daarom een **(publieks)campagne** met als doel dat burgers weten met welke vraag zij op welk moment bij welke zorgverlener terecht kunnen. Ter ondersteuning van de publiekscampagnes realiseert AZN een **acute zorg app**. Deze is bedoeld om patiënten richting de juiste acute zorgverlener te geleiden. Daarnaast kan de app de triage binnen onder andere de meldkamer ambulancezorg ondersteunen middels visuele informatiebronnen. Hierbij wordt aangesloten op bestaande initiatieven, zoals 'moet ik naar de dokter'.

B SAMENWERKING BINNEN DE KETEN

Ambulancezorg maakt onderdeel uit van de acute zorgketen. De gehele acute keten heeft invloed op het functioneren van de ambulancezorg, bijvoorbeeld de afstanden tot en openingstijden van SEH's en de bereikbaarheid van huisartsenposten ten opzichte van 112. Anderzijds heeft goede ambulancezorg invloed op de acute zorgketen.

Het is door de toegenomen en complexere zorgvraag steeds lastiger passende zorg voor patiënten met een acute zorgbehoefte te organiseren. Samenwerking en informatiedeling tussen zorgaanbieders in de acute zorg zijn van groot belang zijn voor de patiënt. Door goede afspraken te maken met SEH's, huisartsenposten, de acute ggz en de wijkverpleging kunnen de prestaties van de ambulancezorg verbeteren, want een ambulance is niet altijd het beste antwoord op een acute zorgvraag. En betere samenwerking kan ook leiden tot een verbeterde organisatie van de acute zorg op regionaal niveau, waarmee ook in-, door- en uitstroom beter gereguleerd kunnen worden.

Zorgcoördinatie; juiste zorg op de juiste plaats

In het rapport van de Taskforce 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' wordt gesteld dat het voor patiënten die acute zorg nodig hebben, belangrijk is om de zorgvraag van de patiënt gezamenlijk beter te organiseren en coördineren, zodat deze patiënten snel bij de juiste schakel in de zorgketen terecht komen. AZN neemt het initiatief om dit samen met de partners in de acute keten (SEH's huisartsenposten, acute ggz en wijkverpleging) uit te werken. Dit wil de sector doen door op regionale schaal alle activiteiten gericht op het triëren, afstemmen, regisseren en bewaken van de uitvoering van de zorgverlening aan de patiënt met een acute zorgvraag gezamenlijk te organiseren.

Deze zorgcoördinatie vraagt een nieuwe manier van werken van alle zorgpartners die betrokken zijn in de acute zorgketen. Voor de patiënt vertaalt zich dit in één gezamenlijk loket waar de patiënt met een acute zorgvraag terecht kan en waardoor de acute zorgverleners probleemloos samenwerken. Voor de zorgverleners vertaalt dit zich in een centraal punt waar altijd actuele informatie beschikbaar is, zowel over de patiënt als over de beschikbare capaciteiten in het verzorgingsgebied. Partijen zien zorgcoördinatie als een mogelijke oplossing die bij kan dragen aan het verlichten van de druk op de acute zorg. Door middel van de pilots die in dit actieplan worden opgesteld zal dit concept zorgcoördinatie in de praktijk worden getest.

Informatiedeling

Om de keten van acute zorg goed te kunnen organiseren is informatiedeling tussen de ambulancezorg en de zorgpartners van essentieel belang voor het bieden van goede ambulancezorg, maar ook voor de continuïteit van zorg binnen de acute zorgketen. Het betreft de uitwisseling van informatie gedurende het zorgverleningsproces, maar ook informatie over beschikbare capaciteit. In het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (HLA-MSZ) zijn afspraken gemaakt met betrekking tot informatiedeling tussen de verschillende zorgverleners. AZN onderschrijft deze afspraken. Daarnaast is het voor de ambulancesector van belang dat zij over feedbackinformatie kan beschikken, omdat dit noodzakelijk is voor de optimalisering van de inzet van ambulancezorg.

Actiepunten

5. **Informatiedeling** is van essentieel belang voor verbetering van de ambulancezorg en voor de samenwerking tussen de ambulancezorg en de verschillende acute zorgaanbieders. AZN inventariseert:
 - 5.1 welke afspraken door partijen van het HLA-MSZ zijn gemaakt over **wanneer welke data wordt gedeeld en teruggekoppeld** (onder andere patiëntgegevens) en wie welke data mag inzien;
 - 5.2 welke **feedbackinformatie** kan worden gedeeld over de diagnose, behandeling en overdracht van patiënten en over capaciteit en beschikbaarheid van partners in de acute zorgketen;
 - 5.3 **de benodigde informatiestandaarden en koppelvlakken ten behoeve van de informatiedeling** die reeds beschikbaar zijn. Indien niet beschikbaar worden deze gezamenlijk met zorgpartners en Nictiz (door)ontwikkeld. Uitgangspunt is dat zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van reeds ontwikkelde standaarden en informatiebouwstenen.
 - 5.4 Daar waar een RAV moeilijkheden ervaart om tot **afspraken te komen met een ziekenhuis inzake informatiedeling**, bespreekt de RAV dit in eerste instantie in het ROAZ en zo nodig vervolgens met de representerende zorgverzekeraar. Indien na bespreking in het ROAZ onvoldoende resultaten worden bereikt, bemiddelt de zorgverzekeraar, waar mogelijk, tussen RAV en ziekenhuis.

6. AZN spant zich in om, naast de ontwikkeling van standaarden om informatiedeling mogelijk te maken, met ketenpartners afspraken te maken over de **beschikbaarheid van informatie** over bijvoorbeeld capaciteit.
 - 6.1 AZN neemt het initiatief om met NVZ/NFU en LNAZ afspraken te maken over het **stop- en welkombeleid van ziekenhuizen** (SEH en Eerste Hart Hulp), zodat de ambulancezorg de patiënt zo direct mogelijk naar het juiste ziekenhuis kan brengen.
 - 6.2 AZN neemt het initiatief om met InEen, respectievelijk Actiz en GGZ Nederland afspraken maken over het beschikbaar stellen van **informatie over de beschikbaarheid** van ambulancezorg, huisartsen, respectievelijk wijkverpleegkundigen en acute ggz.
 - 6.3 Zorgverzekeraars spreken met zorgaanbieders in de regio af om **voorgenomen wijzigingen in de eigen capaciteit** die van invloed kunnen zijn op de prestaties van de ambulancezorg zo spoedig mogelijk te delen binnen het ROAZ en daardoor ook met de RAV.
 - 6.4 AZN neemt het initiatief om met GGDGHOR Nederland **afspraken te maken over capaciteit in opgeschaalde situaties**.

7. **Inrichten van (minimaal) drie pilots** om het concept **zorgcoördinatie** in de praktijk te beproeven, geïnitieerd door leden van AZN. Het betreft een integraal concept met gebruik van de ervaringen uit de zogenaamde Springplankprojecten, die zijn gefaciliteerd door AZN en InEen. De resultaten van de pilots dienen als lessen voor verbetering van de acute keten in de toekomst. Uitgangspunten voor de inrichting van de pilots zijn:

- a. in de pilots wordt de bijdrage van zorgcoördinatie aan optimalisatie van de instroom in de acute zorg onderzocht;
- b. de basis van de pilot is samenwerking tussen ambulancezorg en huisartsenpost(en), aangevuld met minimaal één partner (VVT/wijkverpleging of acute ggz) én goede afstemming met de regionale ziekenhuizen;
- c. de deelnemende zorgorganisaties stellen per pilot een plan op, formuleren doelstellingen en monitoren de voortgang. Dit gebeurt op lokaal niveau;
- d. de deelnemende zorgorganisaties stemmen dit plan af met de zorgverzekeraars, waarbij geldt dat zorgverzekeraars, op basis van wettelijke kaders, binnen de acute keten voor de ambulancezorg en huisartsenposten wel en voor de wijkverpleging niet onderling afspraken mogen maken;
- e. de deelnemers maken, zodra een en ander beschikbaar is, gebruik van de nieuwe urgentieclassificaties (actiepunt 2.1) en het protocol voor eenduidige triage (2.2);
- f. deelnemers kiezen of ontwikkelen zelf hun (eindgebruikers)systemen voor informatiedeling, waarbij de standaarden en koppelvlakken (actiepunt 5.3) worden toegepast om de gegevensuitwisseling mogelijk te maken;
- g. ervaringen en lessons learned van de Springplankprojecten worden benut;
- h. de deelnemende zorgorganisaties zorgen voor agendering van de pilot binnen het ROAZ, zodat de voortgang regionaal gevolgd wordt;
- i. de deelnemende zorgorganisaties werken mee aan het verzamelen van opgedane kennis ten behoeve van de evaluatie van het concept zorgcoördinatie en de beoogde optimalisering van de in-, door- en uitstroom in de ambulancezorg en acute zorg;
- j. in de contractering van de pilots zorgen zorgverzekeraars en de overige deelnemende zorgorganisaties dat hun aandeel van de inzet van zorgmedewerkers in de pilots wordt gefinancierd^{2 3}.

² In de bekostiging van de Huisartsen Dienstenstructuren (HDS'en) is hier al een mogelijkheid voor gecreëerd.

³ Voor zover vanwege de pilots kosten van personeel en faciliteiten van RAV's of andere zorgverleners/hulpdiensten anders worden gealloceerd dan voorheen, worden tussen en met deze partijen afspraken gemaakt om dubbele bekostiging te voorkomen.

C KWALITEIT

Het is wenselijk dat de ambulancezorg beschikt over een objectief en meetbaar kwaliteitskader. Dit kader beschrijft wat goede ambulancezorg is en levert zo een bijdrage aan het borgen en verbeteren van de kwaliteit van de ambulancezorg. Tevens biedt het kader inzicht in de kwaliteit van de ambulancezorg. Ten slotte levert het kader ook aanknopingspunten op voor verdere verbetering binnen de acute zorgketen.

Actiepunten

8. AZN ontwikkelt op basis van de uitgangspunten van goede zorg een **objectief meetbaar kwaliteitskader**. Het kwaliteitskader is een instrument voor de ambulancesector en biedt handvatten voor het verbeteren van de kwaliteit van ambulancezorg. Het kwaliteitskader ambulancezorg bevat onder andere een set (inhoudelijke en procesmatige) kwaliteitsindicatoren en normen voor de spoedeisende en planbare ambulancezorg. Onderdeel van het kwaliteitskader zijn een implementatie- en een onderhoudsplan. Oplevering van versie 1.0 van het kwaliteitskader vindt plaats in het voorjaar van 2019. Het kwaliteitskader komt tot stand in samenwerking met ZN, V&VN Ambulancezorg, NVMMA, LNAZ en de Patiëntenfederatie en wordt **door partijen gezamenlijk** aangeboden voor het register van het Zorginstituut.
9. AZN voert een **sectorbrede registratie in van de tijdsgerelateerde aandoeningen** circulatiestilstand, CVA en multitrauma. Het gaat om aandoeningen waar de factor tijd van groot belang is voor de gezondheidsuitkomsten van de patiënt. De rol van de ambulancezorg, veelal als eerste zorgverlener ter plaatse, speelt hierin een belangrijke rol. Inzicht in de prestaties van de ambulancezorg met betrekking tot deze aandoeningen levert belangrijke input voor procesoptimalisering van de ambulancezorg voor deze specifieke groepen. Deze registratie is onderdeel van het te ontwikkelen kwaliteitskader (actiepunt 8). Het streven is om uiteindelijk tot ketenbrede registratie van deze aandoeningen te komen.
10. AZN onderzoekt de consequenties van de vernieuwde toekomstige kwaliteitseisen, de optimalisering van de uitgifte van ambulances en de intensievere samenwerking binnen de keten als het gaat om andere eisen aan de **beschikbare kennis en competenties** binnen de staf van de RAV en op de meldkamer ambulancezorg. Dit geldt met name voor het medisch management (inclusief de verantwoordelijkheid voor de meldkamer), informatiemanagement, kwaliteitsbeleid, human resource management, (nieuwe) logistieke en coördinatiefuncties op de meldkamer ambulancezorg en bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek. De RAV's geven hier vervolgens vorm en inhoud aan, wat per RAV kan en zal verschillen.

D. ARBEIDSMARKT

Het arbeidsmarktprobleem is een van de belangrijkste uitdagingen voor iedereen die nu iets met zorg en welzijn te maken heeft. Ook in de ambulancezorg zijn deze problemen zichtbaar. De ambulancesector heeft te maken met een toenemende én een steeds complexere vraag naar ambulancezorg. Om adequaat te kunnen reageren op de veranderingen in het zorglandschap, ontwikkelt de sector steeds meer vormen van zorgdifferentiatie die mogelijk de druk op de ambulancezorg kunnen verlichten. Dit biedt nieuwe mogelijkheden voor medewerkers om, in het kader van duurzame inzetbaarheid, actief loopbaanbeleid te voeren. Om het tekort aan verpleegkundig personeel niet verder op te laten lopen is het ook van cruciaal belang dat de ambulancemedewerkers en verpleegkundig centralisten die nu actief zijn behouden blijven voor de sector.

Om samen een slag te maken naar meer toekomstgericht personeelsbeleid, zijn verdere investeringen in de competenties en vaardigheden van medewerkers nodig. Ongezonde concurrentie op de arbeidsmarkt moet ingeperkt en waar mogelijk voorkomen worden. Ook hier staat samenwerking met ketenpartners centraal. Voor (toekomstige) medewerkers is het van belang dat de ervaren werkdruk niet te hoog is, dat het werk aantrekkelijk is en blijft en dat er sprake is van een ambitieuze werkomgeving die professionals uitnodigt te excelleren. Medewerkers moeten worden opgeleid voor nu én voor de toekomst. Het is een gezamenlijke uitdaging om huidige en toekomstige zorgverleners een duurzaam aantrekkelijk beroepsperspectief te bieden.

Met als leidend adagium 'zorgbreed waar het kan, branchespecifiek waar het moet', committeren partijen zich aan de doelstellingen en ambities van het zorg- en welzijnsbrede Actieprogramma Werken in de Zorg. Daarnaast committeren partijen zich aan de ambities en de doelstellingen van de Arbeidsmarktagenda MSZ die zij eind 2017 mede hebben opgesteld. Zo nodig maken partijen afspraken die specifieke knelpunten voor de arbeidsmarkt van de ambulancesector oplossen. AZN is partner van ketenbrede actieplannen. De RAV's sluiten waar mogelijk aan bij regionale ketenbrede actieplannen.

Actiepunten

11. De RAV's en ketenpartners maken **regionale afspraken in de FZO-regio's** over aantallen opleidingsplaatsen en de verdeling ervan en over de uitwisseling van personeel in het kader van loopbaanontwikkeling. Het doel hiervan is vraag en aanbod op regionaal niveau en ook in de ambulancezorg in evenwicht te brengen.
12. Het ministerie van VWS zorgt dat de **ambulanceverpleegkundige** vanaf 2019 wordt meegenomen **in de capaciteitsraming** van het Capaciteitsorgaan.
13. AZN gaat werken aan het **verbeteren van opleiding en inzetbaarheid van verpleegkundigen** op de ambulance (en binnen de acute zorg) door:
 - 13.1 te stimuleren dat maximale jaarlijkse opleiding volgens de raming van het Capaciteitsorgaan mogelijk is. Zorgverzekeraars zorgen dat deze opleidingsplaatsen worden vergoed uit de beschikbaar gestelde opleidingsgelden binnen het BKZ ambulancezorg;

- 13.2 aan te sluiten bij het NVZ/NFU-project rondom modulair onderwijs en een eventuele brede opleiding acute zorg;
- 13.3 samen met CZO de mogelijkheid te onderzoeken om de zelfstandige inzetbaarheid van de ambulanceverpleegkundige tijdens de opleiding op individuele basis te vervroegen.
14. Binnen de ambulancesector zijn verpleegkundig specialisten en physician assistants in dienst. De sector ontwikkelt **beleid om verpleegkundig specialisten en physician assistants** op meer passende wijze binnen de organisatie RAV in te zetten zodat hun kwaliteiten optimaal benut worden.
15. De ambulancesector geeft, in samenhang met ketenpartners, **zorgdifferentiatie** verder vorm en inhoud. Competenties zijn hierin maatgevend. Daar waar nodig vinden pilots plaats. Wanneer pilots de kwaliteit van zorg vergroten – of gelijk laat waarbij het werk wel meer aansluit bij wensen van medewerkers – worden pilots gefaciliteerd en zoeken partijen maximale ruimte in de wet- en regelgeving én bekostiging en financiering.
16. AZN intensificeert de **landelijke arbeidsmarktcommunicatie** door middel van een landelijke campagne vanaf 2018. De campagne is op 13 september 2018 gestart met de Ambulance Challenge. De arbeidsmarktcampagne ambulancezorg is erop gericht het ambulancevak, en de aantrekkelijkheid daarvan, voor het voetlicht te brengen.

E. RANDVOORWAARDEN

Om tot optimale en doelmatige ambulancezorg te komen, is het noodzakelijk dat de randvoorwaarden op orde zijn. Hierbij is het van belang dat voor iedere RAV gelijke uitgangspunten worden gecreëerd om de vereiste prestaties te kunnen halen. De verschillen tussen regio's zijn groot. Regio's verschillen in onder andere stedelijkheid, inwoneraantal, zorglandschap en infrastructuur. Dat brengt met zich mee dat ook de problematiek per regio aanzienlijk kan verschillen, zowel als het gaat om de aard van de problematiek als om de omvang van de problematiek. Optimalisatie van de bestaande instrumenten, die in de ambulancezorg worden gebruikt om onder andere bekostiging, capaciteit en spreiding in te regelen, moeten beter op de regionale verschillen afgestemd worden zodat er gelijke uitgangspunten voor iedere RAV geboden kunnen worden om aan de prestatienormen te kunnen voldoen.

Actiepunten

17. Het huidige **Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid Ambulancezorg** kan worden verbeterd om alle RAV's eenzelfde (verbeterde) uitgangspunten te geven om de vereiste prestaties te kunnen halen. VWS vraagt het RIVM om in kaart te brengen wat de mogelijkheden zijn om de berekening van de benodigde ambulancecapaciteit aan te passen, zodat RAV's beter in staat worden gesteld goede en tijdige ambulancezorg aan te bieden. Hierbij zal onder andere en in samenhang gekeken worden naar:
 - a. het standplaatsenmodel;
 - b. modelmatige knelpunten met betrekking tot burenhulp, dubbele dekking en de bezettingsgraad (het aantal inzetten per dienst);
 - c. de vraag of het model middels indexatie toekomstgericht gemaakt kan worden.
18. De NZa gaat samen met AZN en ZN **de ervaren knelpunten in de bekostiging van de meldkamer ambulancezorg in beeld brengen**. Zo nodig wordt dit opgevolgd door een kostenonderzoek.
19. De NZa publiceert iedere twee jaar de '**Monitor acute zorg**'. De eerstvolgende monitor komt uit voor het einde van 2018 en bevat een nieuwe analyse over de acute zorg in zijn geheel. In toekomstige analyses zal meer aandacht zijn voor de toekomstige ontwikkelingen in de acute zorg. Deze analyses moeten leiden tot aanbevelingen om de toegang tot acute zorg en ambulancezorg ook in de toekomst te kunnen waarborgen. VWS vraagt de NZa om in de **toekomstige analyses** voor de ambulancezorg de demografische ontwikkelingen, de groei in stedelijkheid en de wijzigingen in het zorglandschap mee te nemen.
20. De NZa zorgt vanaf 2019 voor **meer flexibiliteit** in de bekostiging van de ambulancezorg, ten behoeve van innovatie, kwaliteit en extra spreiding en beschikbaarheid. Daarnaast zal er vanaf 2019 in de beleidsregels een mogelijkheid worden gecreëerd om de pilots zorgcoördinatie (actiepunt 7) te bekostigen. Meer flexibiliteit gaat hand in hand met meer verantwoordelijkheid bij RAV en zorgverzekeraar voor de onderlinge afstemming over (gerealiseerde) productie. In dat kader wordt het bestaande nacalculatieproces nader onderzocht.

21. Het **macrokader voor de ambulancesector** is naar verwachting in de komende drie jaar voldoende om de verwachte volumegroei op te vangen en om goede ambulancezorg te kunnen blijven leveren onder (parlementair) voorbehoud van eventuele technische mutaties. Het ministerie van VWS draagt voor €1.575.000 bij aan de uitvoering van het actieplan.
22. De ambulancezorg ervaart fricties in de afstemming tussen de ambulancezorg en de overige zorgvormen in de acute keten. Zorgverzekeraars hebben en voelen de opdracht om **samenhang en cohesie in de regio** te organiseren. Zorgverzekeraars hebben de plicht om voldoende goede, tijdige en bereikbare spoedeisende zorg in te kopen en daar de regie op te nemen. Om aan hun zorgplicht te voldoen en om de inkoop van acute zorg optimaal te realiseren hebben zorgverzekeraars nodig dat zij actuele informatie over datgene dat zorgaanbieders inbrengen in het ROAZ krijgen. Bijvoorbeeld over wijzigingen in het zorglandschap die van invloed zijn op de inzet van ambulancezorg. Zorgverzekeraars spannen zich hiervoor in.
23. Het ministerie van VWS zorgt voor **versterking van de positie van het ROAZ** in wetgeving, waarbij het streven is dat dit vóór de inwerkingtreding van de nieuwe ambulancewet is gerealiseerd. Versterking van de positie van het ROAZ is van belang om de gewenste intensivering van de samenwerking binnen de acute zorg een goede basis te geven.
24. Het ministerie van VWS maakt een **keuze met betrekking tot de toekomstige ordening** van de ambulancesector.

BIJLAGE: BUDGETTAIR KADER AMBULANCEZORG

Onderstaande tabel geeft het budgettair kader ambulancezorg weer volgens de laatste begroting van VWS (macrokader). Dit kader geeft aan hoeveel geld beschikbaar is voor de ambulancezorg.

Ambulancevervoer (bedragen x € 1 miljoen)							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Stand ontwerpbegroting 2018	592,2	611,2	609,4	609,9	611,4	612,9	612,9
Bijstellingen jaarverslag 2017	- 32,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bijstellingen 1 ^e suppletoire begroting 2018	0,0	20,6	20,5	20,6	20,6	20,7	20,7
Bijstellingen ontwerpbegroting 2019	- 7,1	0,0	17,8	2,8	- 1,7	- 1,7	- 1,7
<i>Totaal bijstellingen</i>	<i>- 39,4</i>	<i>20,6</i>	<i>38,4</i>	<i>23,4</i>	<i>18,9</i>	<i>19,0</i>	<i>19,0</i>
Stand ontwerpbegroting 2019	552,7	631,8	647,8	633,3	630,3	631,9	631,9

De ambulancezorg kent twee kerntaken: spoedvervoer en besteld vervoer. Daarnaast staan ambulances ook paraat voor geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen. Op deze sector worden tevens de uitgaven Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA) verantwoord.

Toelichting bijstellingen ontwerpbegroting 2019

Autonoom

Actualisering zorguitgaven - 7,1

Toedeling volumegroei 2019 17,8 17,8 17,8 17,8 17,8

Dit betreft de uitdeling van de groeiruimte tranche 2019.

Technisch

Uitwerkingskader meldkamers - 15,0 - 15,0 - 15,0 - 15,0

In het kader van het Transitieakkoord «Meldkamer van de toekomst» is besloten te komen tot één landelijke meldkamerorganisatie (LMO), in beheer bij de politie, met tien meldkamers die werken volgens een gestandaardiseerde werkwijze. Daarbij is ook een verdeelsleutel voor de kosten van de meldkamers afgesproken. Met het oog daarop wordt een structureel bedrag van € 15 miljoen overgeheveld naar de VWS-begroting om van daaruit te worden overgeheveld naar de begroting van J&V.