

ZN is blij dat met de komst van de nieuwe Wet op de ambulancezorgvoorzieningen er duidelijkheid komt over de wijze waarop de ambulancezorg wordt ingericht. De conceptregeling draagt bij een aan nadere uitwerking van de ambulancezorg op het vlak van kwaliteit en beschikbaarheid. Hieronder de reactie van ZN op de concept regeling ambulancezorg – 15 september 2020

Vraag 1 van 5

Acht u de kwaliteit en beschikbaarheid van de ambulancezorg met deze regeling en de kwaliteitskaders van de sector voldoende geborgd? Zo nee, welke suggesties heeft u ter verbetering?

De regeling borgt de kwaliteit en beschikbaarheid van ambulancezorg. De wijze waarop het kwaliteitskader is ontwikkeld en de manier waarop binnen de sector wordt gewerkt aan doorontwikkeling hiervan biedt vertrouwen. Paragraaf 2 (spreiding en beschikbaarheid) maakt in de ogen van zorgverzekeraars op de juiste wijze onderscheid tussen de spreiding en beschikbaarheid. Tevens maakt het duidelijk dat zorgverzekeraars en regionale ambulancevoorzieningen een taak uit te voeren hebben om beschikbaarheid van ambulancezorg te realiseren. Zorgverzekeraars zien nog verdere aanknopingspunten voor verdere borging van kwaliteit en beschikbaarheid.

Suggestie 1

Het betreft artikel 5, lid 2: *De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat er over de wachttijden voor niet spoedeisende ambulancezorg afspraken zijn met de zorginstellingen in de regio.*

Het heeft de voorkeur van zorgverzekeraars dat het afspraken betreft over wachttijden van beide kanten: zowel de tijd die het duurt voordat een ambulance ter plaatse is als de tijd die zorginstellingen willen hebben om de overdracht vorm te geven. Door hier afspraken over te maken zorg je dat ambulances zo snel mogelijk weer kunnen vertrekken. Dit zorgt voor doelmatige inzet van schaarse ambulancezorg.

Suggestie 2

Ambulancezorg is voor de beschikbaarheid voor een deel afhankelijk van de beschikbaarheid van andere onderdelen van de spoedzorg. In paragraaf 4 wordt daarom aandacht besteed aan de samenwerking.

Voor de ambulancezorg is het van belang dat ziekenhuizen en ggz ook transparant zijn over hun beschikbaarheid. Onderdeel van de afspraken die de RAV geacht wordt te maken, zou daarom ook een afspraak moeten zijn met ziekenhuizen over de capaciteit/beschikbaarheid van de SEH's in de regio en over gegevensuitwisseling. Dit naast de reeds in de regeling beschreven opnamecapaciteit.

Artikel 8, lid d: ten aanzien van de acute ggz, wordt de regeling duidelijker als hier in ieder geval de politie en regiovoerder acute ggz (cf. module acute ggz) genoemd worden. In de toelichting is het handig als beschreven wordt dat er, naast afspraken over de triagist acute ggz, ook afspraken gemaakt moeten worden over de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de beoordelingslocatie van de GGZ. Ambulances moeten nu vaak langere ritten maken omdat beoordelingslocaties gesloten zijn.

Suggestie 3

In de inleiding van de toelichting staat terecht dat tijdigheid een aspect is van de zorgplicht van zorgverzekeraars. Het is vooral een zaak van zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen om te zorgen dat er voldoende goede ambulancezorg beschikbaar is. Als zij er in onderling overleg niet uitkomen, kunnen zij of kan één van de partijen dat signaleren richting de IJG en/of de NZa. Zorgverzekeraars vinden het logisch dat zij ook kunnen signaleren richting VWS als vergunningsverlener en zien dit graag in de toelichting opgenomen.

Vraag 2 van 5

Acht u met de in artikel 7 beschreven zorgdifferentiatie en de kwaliteitskaders van de sector de kwaliteit en beschikbaarheid van ambulancezorg voldoende geborgd? Zo nee, welke suggesties heeft u ter verbetering?

Zorgverzekeraars zijn blij dat de regeling ruimte geeft voor zorgdifferentiatie en daarmee voor functiedifferentiatie. Doordat er meerdere beroepen ingezet kunnen worden voor spoedeisende ambulancezorg, hebben RAV's en zorgverzekeraars middelen in handen om in te kunnen spelen op tekorten in de arbeidsmarkt. Dit is hard nodig om voldoende beschikbaarheid te kunnen realiseren.

Suggestie 1

Per 1 januari 2021 eindigen de pilots voor vervoer voor personen met verward gedrag en valt deze vorm van vervoer, voor zover er sprake is van psychiatrische problematiek, onder de Zvw-aanspraak voor ambulancezorg. In de pilots is gebleken patiënten het prettig vinden om vervoerd te worden onder begeleiding van een ggz-professional. Door de wijze waarop dit artikel is geformuleerd lijkt het niet mogelijk deze werkwijze te continueren. Zorgverzekeraars verzoeken daarom VWS, op basis van overleg met RAV's, de GGZ en zorgverzekeraars, te zorgen voor een beschrijving die borgt dat ambulancezorg met psychiatrische hulpverlening verleend kan worden door een ggz-professional, al dan niet onder verwijzing naar het kwaliteitskader "Mobiele zorg met psychiatrische hulpverlening".

Suggestie 2

In de memorie van toelichting wordt bij artikel 7, lid 6 gesproken over 'zo groot mogelijke spreiding'. Het heeft de voorkeur van zorgverzekeraars te spreken over 'adequate spreiding'.

Vraag 3 van 5

Zitten er voldoende stimulansen in de regeling en de kwaliteitskaders van de sector voor innovatie en doelmatigheid? Zo nee, welke suggesties heeft u ter verbetering?

De regeling moet vooral stimulansen beschrijven voor kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Innovatie is een onderdeel van kwaliteit. In de ogen van zorgverzekeraars is innovatie overigens een onderdeel van kwaliteit en geen doel op zich. De regeling biedt hiervoor voldoende stimulansen, maar kan nog wat nadere scherpere gebruiken.

Suggestie 1

In artikel 9 wordt een verplichting neergelegd voor de RAV om te organiseren dat er voldoende personeel is dat voldoende deskundig is. Hoe de deskundigheid geregeld moet worden is beschreven in lid 2. Maar hoe de hoeveelheid personeel wordt geregeld staat niet geformuleerd. Zorgverzekeraars vinden het van toegevoegde waarde als er ook een plan wordt gemaakt dat beschrijft hoe RAV's ook in voldoende personeel (kwantiteit) willen gaan voorzien.

Suggestie 2

Zorgverzekeraars vinden artikel 14 van toegevoegde waarde. Het behoeft in onze ogen echter nog enige aanpassingen om in de praktijk ook toegevoegde waarde te hebben. Wij zijn er daarom voorstander van als in dit artikel wordt opgenomen dat het visitatierapport wordt gedeeld met IGJ, NZa en zorgverzekeraars. In de huidige situatie en de wens om de wet te evalueren lijkt ons op dit moment een termijn van 3 jaar voor visitatie meer passend. Dit kan later wellicht verlengd worden naar vijf jaar.

De regeling biedt op sommige onderdelen onvoldoende houvast doordat definities ontbreken. Zo lijkt niet duidelijk wat van ambulancezorgaanbieders verwacht wordt en vervolgens waar toezichthouders en zorgverzekeraars op moeten toetsen.

Er wordt bijvoorbeeld niet verwezen naar andere bronnen waarin deze begrippen al een basis hebben of de begrippen niet zijn opgenomen in artikel 2. Voorbeelden hiervan zijn: A2-urgentie, Bekwaamheidsverklaring (artikel 10, lid 4 en 5), Onbesproken gedrag (artikel 9, lid 5)

Artikel 11, lid 1

Zorgverzekeraars zouden het fijn vinden als in artikel 11, lid 1 wordt verwezen naar de Wkkgz, zodat duidelijk is wat verstaan wordt onder goede zorg. Wellicht kan dan zelfs volstaan worden met 'goede zorg', aangezien in de Wkkgz beschreven staat dat goede zorg o.a. doelmatig en tijdig is.

Artikel 16, lid 1

Zorgverzekeraars hechten er waarde aan dat voor de inzet van ambulances bij evenementen dit alleen mogelijk is als de algemene paraatheid hierdoor niet in het gedrang komt en dat duidelijk is wanneer de kosten hiervoor gedragen worden door de veiligheidsregio en wanneer hiervoor middelen uit de Zvw mogen worden aangesproken.

In de praktijk zien wij namelijk dat ambulances naast een voetbalstadion¹ op last van de veiligheidsregio, in de ene stad wel door de betreffende club worden betaald, maar in de andere stad op last van de DPG door de RAV betaald worden en daardoor ten laste komen van de Zvw. In deze regeling moet duidelijk gemaakt worden welke regels gelden voor de RAV en de DPG voor de inzet van paraatheid voor evenementen met financiering vanuit de Zvw en waar financiering vanuit andere publieke middelen aan de orde is.

Artikel 16, lid 2

De RAV wordt voor heel veel afspraken verantwoordelijk gemaakt, terwijl de directeur van de veiligheidsregio hiervoor het primaat heeft. Het zou prettig zijn als dit artikel wat dat betreft meer in balans komt en ook de rol van de ROAZ beschrijft.

Paragraaf 2 buitenlandvervoer

Vervoer (ambulancezorg) in het kader van repatriëring van en naar het buitenland valt al jaren niet meer onder het monopolie van de RAV en hoeft al jaren niet meer bij de MKA gemeld te worden. Graag hier duidelijk maken of het repatriëring betreft of 'grensoverschrijdende ambulancezorg'.

Artikel 6, eerste en tweede lid.

Hier wordt gesproken over streefwaarden, maar in de toelichting bij artikel 6 wordt gesproken over normen. Dat lijkt onjuist, afgaande op de tekst van artikel 6.

¹ Dit natuurlijk voor maart 2020

Vraag 5 van 5

Heeft u overige opmerkingen naar aanleiding van de regeling?

Artikel 14

Kennis in de ambulancezorg is beperkt en verdeeld in kwaliteit (IGJ) en spreiding, beschikbaarheid (RIVM) en doelmatigheid (NZa, zorgverzekeraars). De kennis over ambulancezorg wordt ook begrensd door het beperkte aantal mensen die veelal voor de sector werken. Hoe denkt VWS dat er een onafhankelijk oordeel geveld kan worden, zoals we dat bijvoorbeeld kennen bij HKZ?

Artikel 15

In dit artikel worden de verantwoordelijkheden geschetst ten aanzien van de samenwerking van de MKA met de LMS/veiligheidsregio. In veel gevallen werken meerdere RAV's samen in één meldkamer. Dit artikel maakt onvoldoende duidelijk hoe dit vorm moet krijgen in het licht van de te maken afspraken op grond van dit artikel. Het impliceert ook dat iedere RAV zijn eigen hoofd meldkamer heeft die hiervoor zelf afspraken maakt met de veiligheidsregio. Wat is hierbij het beeld van VWS?