

Vergaderjaar 2019–2020

35 471

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

Nr. 33

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 juni 2020

De afgelopen maanden zijn voor alle zorgverleners in Nederland zwaar geweest. Er is (wederom) veel van hen gevraagd en de verwachting is dat dit de komende periode zal voortduren. De zorgverleners op de ambulance zijn daar geen uitzondering op. Zij staan als geen ander in de eerste linie van zorgverlening. Ook in deze coronacrisis zetten zij zich maximaal in. Zij hebben een onmisbare rol gespeeld in de eerste spoedeisende zorg aan mensen thuis, bij de spreiding van IC-patiënten – op aangeven van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding – over de Nederlandse ziekenhuizen en in het bijspringen op de verschillende IC's. Ik ben hen daar zeer dankbaar voor.

In het Algemeen Overleg Acute zorg en Ambulancezorg van 3 oktober 2019 heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer toegezegd u voor de zomer te informeren over de uitvoering van het actieplan ambulancezorg (Kamerstuk 29 247, nr. 294). Dit actieplan is in november 2018 door VWS, Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) overeengekomen en bevat maatregelen die onder andere moeten leiden tot het verbeteren van de responstijden voor spoedeisende ambulancezorg, het efficiënter inzetten van ambulancezorg (alleen een ambulance waar het echt moet, andere zorg waar het kan), het expliciteren van de kwaliteitseisen waaraan de ambulancezorg moet voldoen, het zorg dragen voor voldoende zorgverleners en een bijdrage leveren aan het oplossen van de druk op de acute zorg door het intensiveren van de samenwerking in de hele keten van de acute zorg en de werkwijzen te uniformeren. Zoals u zal begrijpen hebben sommige trajecten uit het actieplan vertraging opgelopen door de coronacrisis. Hieronder geef ik voor een aantal acties uit het actieplan waar aanzienlijke stappen zijn gezet en mijlpalen zijn behaald de voortgang weer.

Kwaliteit van de ambulancezorg.

Kwalitatief goede ambulancezorg valt of staat met goed opgeleide zorgverleners. De ongeveer 6.300 ambulancemedewerkers in Nederland zetten zich dag en nacht in om kwalitatief goede en tijdige ambulancezorg te verlenen. Dat wordt gewaardeerd door de patiënten. Het tweede landelijk onderzoek van het Nivel naar ervaringen van patiënten met ambulancezorg¹ laat een onveranderd zeer positief beeld zien van de kwaliteit van ambulancezorg. Patiënten aan wie spoedeisende- en/of niet spoedeisende ambulancezorg is verleend, waarderen deze zorg gemiddeld met een 9,1. Ervaringen van patiënten helpen de RAV om de zorg beter te richten op de verwachtingen die er zijn. Uit het onderzoek kwamen dan ook kleine verbeterpunten naar voren. Bij de niet spoedeisende ambulancezorg geven patiënten bijvoorbeeld aan dat zij nog beter geïnformeerd kunnen worden over het tijdstip waarop zij vervoerd zullen worden. Daarnaast kan de afronding van de zorg bij de patiënt thuis nog beter. Als laatste gaven patiënten aan dat zij in spoedeisende situaties meer betrokken willen worden bij de keuze naar welk ziekenhuis zij worden gebracht. Ik heb aan AZN gevraagd deze aanbevelingen ter hand te nemen.

Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0

In december 2019 heeft AZN, samen met ZN, Patiëntenfederatie Nederland, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA), het Kwaliteitskader Ambulancezorg 1.0 aangeboden bij het Zorginstituut Nederland (ZiN). Op 17 maart heeft het ZiN het kwaliteitskader vervolgens opgenomen in het Register. In bijlage 1 treft u ter informatie het kwaliteitskader aan². Het kwaliteitskader is een instrument voor de sector en biedt handvatten voor het verbeteren van de kwaliteit van de ambulancezorg. Het bevat 26 (inhoudelijke en procesmatige) signalen voor wat goede spoedeisende en niet spoedeisende ambulancezorg is, en levert daarmee een bijdrage aan het borgen en verbeteren van de kwaliteit. De eerste set van 13 signalen is uitgewerkt en meetbaar, waardoor ze in 2021 voor alle 25 Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) inzichtelijk zijn en er een breed en samenhangend beeld ontstaat van de door de RAV's geleverde kwaliteit. De implementatie en doorontwikkeling van het kwaliteitskader 1.0 zal in 2023 leiden tot definitieve meetbare normen, een volledige set van signalen en een nieuw implementatieplan voor de daarop volgende jaren. In alle fasen van de ontwikkeling van het kwaliteitskader zijn de ambulancezorgverleners betrokken. Het is van groot belang dat zij ook goed worden betrokken bij de vervolgstappen. Het kwaliteitskader vormt de basis voor de kwaliteitseisen die in de ministeriële regeling op basis van het voorstel voor de Wet ambulancevoorzieningen aan ambulancezorg zullen worden gesteld indien dit wetsvoorstel wordt aanvaard.

Verbeterde urgentie-indeling

In het actieplan is afgesproken dat de sector gaat inzetten op het optimaliseren van de ambulancezorg. Een van de grote thema's hierbij is de herinrichting van de urgentie-indeling in de ambulancezorg. Het doel van het herzien van de urgentie-indeling is om vanuit triage te komen tot

¹ Rolink, M., Zuurmond, M., Boer, D. de, Bos, N. **Kwaliteit van ambulancezorg vanuit het perspectief van patiënten (2019). Een onderzoek naar de ervaringen van patiënten met de ambulancezorg gemeten met de CO-indexen planbare en spoedeisende ambulancezorg.** Utrecht: Nivel, 2020.

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

de inzet van de juiste zorg door de juiste zorgverlener op het juiste tijdstip bij de patiënt, met een voor de patiënt zo optimaal mogelijke uitkomst. Nauwe samenwerking met ketenpartners binnen de acute zorg is noodzakelijk en een meer gemeenschappelijke taal helpt daarbij. Daar waar er nu sprake is van een A1-, A2- of B-urgentie, moet de ambulance-sector met ketenpartners komen tot een breed gedragen en verbeterde urgentie-indeling. Hiermee wordt ook bereikt dat er een verfijning plaats vindt van de huidige drie categorieën; alleen nog de werkelijk levensbedreigende spoedmeldingen komen in de hoogste urgentie categorie. Uitonderzoek van het Nivel³ naar onder andere de wetenschappelijke onderbouwing van de huidige urgentie-indeling in de ambulancezorg in Nederland, is gebleken dat een aanpassing in de urgentie-indeling op basis van aspecten als gezondheidswinst en kwaliteit van zorg zinvol en wenselijk is. Dit om recht te doen aan het streven om voor de patiënt een zo optimaal mogelijke uitkomst bij de gestelde zorgvraag te realiseren. De Taskforce Urgenties van AZN heeft in december 2019 een voorstel gedaan voor een verbeterde urgentie-indeling in de ambulancezorg, die uitgaat van medisch-logisch redeneren. Dat betekent dat patiënten die om medische redenen het snelst ambulancezorg nodig hebben, zodat daarmee gezondheidsschade wordt beperkt, deze zorg ook zo snel mogelijk krijgen. Juist de selecte groep patiënten met tijd-kritische aandoeningen heeft baat bij een zo snel mogelijke inzet van ambulancezorg, waarbij iedere minuut telt. De Taskforce stelt een prioritering met zeven urgentieniveaus voor: van urgentie P0 tot en met urgentie P6. Voor de hoogste urgentie P0 geldt dat iedere minuut ertoe doet en bij de laagste urgenties P5 en P6 heeft de verpleegkundig centralist van de meldkamer ambulancezorg (MKA) veel tijd om bijvoorbeeld zelfzorgadvies te geven en door te verwijzen naar andere zorgverleners in de eerste lijn.

Momenteel voert SiRM in opdracht van AZN een impact-analyse uit. Deze analyse is naar verwachting voor de zomer 2020 gereed, waarna in de herfst het implementatieplan volgt met een onderbouwd tijdspad om de overgang naar de verbeterde urgentie-indeling zo vlot mogelijk te laten verlopen. De implementatie zal, inclusief alle voorbereidende processen, nog ten minste anderhalf jaar in beslag nemen tot eind 2021. Ketenpartners in de acute eerstelijns zorgketen, worden hier uiteraard bij betrokken. De implementatie van de nieuwe urgentie indeling zal waarschijnlijk te zijner tijd gevolgen hebben voor de ministeriële regeling op basis van het voorstel voor de Wet ambulancevoorzieningen, indien dit wetsvoorstel wordt aanvaard. De nieuwe urgentie-indeling wordt bij invoering immers onderdeel van het kwaliteitskader ambulancezorg en vervangt dan de huidige urgentie-indeling.

Pilots zorgcoördinatie

In het actieplan Ambulancezorg is afgesproken dat door middel van regionale pilots verschillende varianten van intensieve samenwerking van zorgverleners in de acute keten op een zorgcoördinatie centrum (ZCC) in de praktijk wordt getest. Zorgcoördinatie is het gezamenlijk organiseren en coördineren van de minder acute en niet spoedeisende zorgvraag van patiënten op regionale schaal. De pilots leveren tevens informatie op waarmee invulling kan worden gegeven aan een van de prioriteiten uit de agenda acute zorg⁴.

³ Rolink, M., Bos, N., Boer, D. de. Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling. Utrecht: Nivel, 2019

⁴ Kamerstuk 29 247, nr. 295

Burgers en professionals met een noodhulpvraag voor ambulancezorg zoeken via 112 contact met de MKA. Deze meldkamerfunctie wordt uitgevoerd op een gezamenlijke meldkamer met politie en brandweer op één van de tien landelijke meldkamerlocaties. Wordt gevraagd om de acute inzet van een ambulance dan verandert er niks ten opzichte van nu en wordt het organiseren van het hulpaanbod door de MKA op de betreffende meldkamerlocatie uitgevoerd. In geval van een minder acute vraag dan kan deze binnen de pilots worden behandeld en afgehandeld door het ZCC.

Tien RAV's hebben een pilotvoorstel voor zorgcoördinatie ingediend bij AZN en ZN. De basis van ieder initiatief is een samenwerking tussen een RAV en een huisartsenpost, waaraan een derde en/of vierde samenwerkingspartner is toegevoegd. De voorbereidingen voor de tien initiatieven zijn lopen. De volgende stap in de voorbereiding is dat de voorgenomen pilots in overleg gaan met de Landelijke Meldkamer Samenwerking (LMS) om te bezien wat er precies nodig is om de pilots van start te kunnen laten gaan. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het aantrekken en opleiden van personeel, de implementatie van technische ondersteuning (ICT) en het inrichten van geschikte ruimtes en locaties. De LMS voert op basis daarvan een impactanalyse uit ten behoeve van de taken in het meldkamerdomein en de crisisbeheersing. Naar aanleiding daarvan wordt er binnen de multi-governance voor de meldkamers verder overlegd over financiering en planning.

Zorgdifferentiatie in de ambulancezorg.

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 en op ambulanceverpleegkundigen kunnen verlichten. Zorgdifferentiatie is eveneens van belang in het kader van goed werkgeverschap: het biedt nieuwe groeimogelijkheden voor medewerkers om, in het kader van duurzame inzetbaarheid, actief loopbaanbeleid te voeren en is het een belangrijk middel om de krapte op de arbeidsmarkt te adresseren.

AZN, V&VN Ambulancezorg en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) hebben deze functie- en zorgdifferentiatie vastgelegd in het raamwerk zorgdifferentiatie ambulancezorg⁵. Het raamwerk geeft inzicht in de niveaus en urgentie van de zorgvragen van patiënten die ambulancezorg nodig hebben en het daarop aansluitende niveau van ambulancezorgprofessional.

- Spoedeisende ambulancezorg en hoogcomplexere niet spoedeisende ambulancezorg mogen worden verleend door een ambulanceverpleegkundige, een bachelor medisch hulpverlener ambulancezorg, een verpleegkundig specialist ambulancezorg en een physician assistant ambulancezorg. Indien vervoer van de patiënt nodig is dan verlenen bovengenoemde ambulancezorgprofessionals de ambulancezorg in samenwerking met een ambulancechauffeur.
- Middencomplexere niet spoedeisende ambulancezorg mag, behalve door de hierboven genoemde ambulancezorgprofessionals, ook worden verleend door een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor middencomplexere ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en

⁵ Aan uw Kamer toegestuurd als bijlage bij de nota naar aanleiding van het verslag inzake de Regels inzake de organisatie, beschikbaarheid en kwaliteit van ambulancevoorzieningen, Kamerstuk 35 471, nr. 9

laagcomplexe zorg. Dit doen zij in samenwerking met een chauffeur middencomplex ambulancezorg.

- Laagcomplexe niet spoedeisende ambulancezorg mag worden verleend door alle bovengenoemde ambulancezorgprofessionals en door een verzorgende individuele gezondheidszorg, die voldoet aan de deskundigheidseisen voor laagcomplex ambulancezorg volgens het kwaliteitskader midden- en laagcomplex ambulancezorg. Dit doen zij in samenwerking met een chauffeur laagcomplex ambulancezorg.
- De triage in het kader van de meldkamerfunctie ten behoeve van de ambulancezorg wordt uitgevoerd door een verpleegkundige, bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

De in te zetten ambulancezorgprofessional wordt in het individuele geval bepaald door de verpleegkundig centralist MKA op basis van bovenstaande differentiatie. De verschillende vormen van differentiatie binnen de ambulancezorg worden geborgd door sectorale kaders met inzet- en uitsluitcriteria en opleidings- en scholingseisen. Het voorstel voor de Wet ambulancevoorzieningen maakt deze zorgdifferentiatie mogelijk door in het wetsvoorstel de overkoepelende term ambulancezorgprofessional te gebruiken en deze in de ministeriële regeling volgens het raamwerk nader in te vullen. Voor kwalitatief goede ambulancezorg zijn alle ambulancemedewerkers van belang: de ambulanceverpleegkundigen, de ambulancechauffeurs, de medewerkers op de meldkamer, op de ambulances voor midden- en laagcomplex niet spoedeisende zorg, verpleegkundig specialisten, physician assistants en de medisch managers ambulancezorg. Aan al deze professionals wil ik recht doen door hen allemaal apart te benoemen in de ministeriële regeling behorende bij het voorstel voor de Wet ambulancevoorzieningen.

Naast zorgdifferentiatie zetten AZN en de RAV's maximaal in op het extra opleiden van personeel om het arbeidsmarkttekort – waar ook de ambulancesector mee kampt – weg te werken. AZN heeft in 2018 de Landelijke arbeidsmarktcampagne ambulancezorg gelanceerd en er zijn landelijke initiatieven ontwikkeld om het opleidingsaanbod te vergroten, zodat meer geïnteresseerden kunnen instromen in de opleiding tot ambulanceverpleegkundigen. Waar voorheen alleen Spoedeisende Hulp (SEH) verpleegkundigen, Intensive Care (IC) verpleegkundigen en anesthesiemedewerkers konden instromen in de opleiding tot ambulanceverpleegkundige, is er inmiddels ook een opleidingstraject beschikbaar voor Cardiac Care verpleegkundigen. Ook is er een opleidingstraject van anderhalf jaar gerealiseerd voor verpleegkundigen zonder specialisatie. Daarnaast loopt sinds mei 2017 de pilot Bachelor Medische Hulpverlener (BMH) in de ambulancezorg. Eind november komt naar verwachting het eindrapport van het onderzoek beschikbaar dat het experiment met de BMH in het kader van artikel 36a wet BIG evalueert. Mijn verwachting is dat de uitkomst laat zien dat de inzet van de BMH'er op de ambulance kwalitatief verantwoord is en positief bijdraagt aan goede ambulancezorg. Dit zijn allemaal welkomte ontwikkelingen, omdat de ambulanceverpleegkundigen schaars zijn en voor een belangrijk deel aangetrokken worden uit de groep IC- en SEH-verpleegkundigen die hard nodig zijn in de ziekenhuizen. Zeker ook gezien de gewenste uitbreiding van het aantal IC-bedden.

Doorontwikkeling referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg.

In het actieplan ambulancezorg is overeengekomen dat het huidige Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid Ambulancezorg (hierna: referentiekader) kan worden verbeterd om alle RAV's eenzelfde (verbeterde) uitgangspositie te geven om de vereiste prestaties te kunnen halen. VWS heeft daarop het RIVM in het voorjaar van 2019 gevraagd om

in kaart te brengen wat de mogelijkheden zijn om de berekening van de benodigde ambulancecapaciteit aan te passen. Hierbij heeft het RIVM onder andere en in samenhang gekeken naar het standplaatsenmodel, de modelmatige knelpunten met betrekking tot burenhulp, dubbele dekking en de bezettingsgraad (het aantal inzetten per dienst) en de vraag of het model middels indexatie toekomstgericht gemaakt kan worden. In bijlage 2 treft u het onderzoeksrapport aan van het RIVM⁶. De uitkomsten van het onderzoek heb ik besproken met AZN en ZN. Zij hebben mij geadviseerd over het gebruik van het referentiekader en de meerwaarde van de verschillende doorontwikkelde modellen.

Het referentiekader beschrijft het minimumniveau van de capaciteit van de ambulancezorg, zodat kan worden voorzien in goede ambulancezorg. In het lokaal overleg tussen zorgverzekeraars en RAV's worden de uitkomsten van het referentiekader – de capaciteit van de ambulancezorg uitgedrukt in het aantal diensten – besproken en wordt regionaal invulling gegeven aan de behoefte aan ambulancezorg. Hierbij wordt het referentiekader niet gebruikt als blauwdruk, maar als handreiking bij het bepalen van de benodigde capaciteit.

AZN en ZN geven aan meerwaarde te zien in een verbetering van het referentiekader op de volgende onderdelen.

- Om alle RAV's een verbeterde uitgangspositie te geven om de prestaties te kunnen halen, wordt in het model de dubbele dekking verhoogd tot minimaal 70%. Dit wordt gedaan door in het standplaatsenmodel standplaatsen toe te voegen bij die RAV's die een lagere dubbele dekking hebben dan 70%. Een extra standplaats gaat gepaard met 24/7 extra ambulancecapaciteit. Belangrijk is dat met het ophogen van de dubbele dekking de ambulancecapaciteit op een modelmatig solide manier wordt verhoogd. Het is aan het lokaal overleg tussen zorgverzekeraars en RAV's om regionaal invulling te geven aan de hieruit voortvloeiende extra ambulances, waarbij het voornamelijk gaat om het goed plaatsen van de extra capaciteit in de regio met behulp van Dynamisch Ambulance Management (DAM).
- Vanuit AZN en ZN is aangegeven dat bij bepaalde RAV's, voornamelijk in stedelijke gebieden, er sprake is van een hoge werkdruk. Dit vertaalt zich in een groot aantal ritten per dienst van 8 uur, waardoor geen tot weinig rustmomenten tussendoor kunnen worden gepakt. Aan het RIVM is gevraagd te onderzoeken of de werkdruk op een modelmatige manier kon worden berekend en weergegeven. Het onderzoek van het RIVM laat zien dat een modelmatig berekende bezettingsgraad⁷ per standplaats een goede benadering is van de werkelijke bezettingsgraad per standplaats en daarmee inzicht geeft in de werkdruk per RAV. Door een norm van maximaal 60% toe te voegen aan het referentiemodel wordt tegemoet gekomen aan het streven van meer gelijke uitgangspunten voor RAV's, in de zin dat (extreem) hoge waarden van de bezettingsgraad niet worden toegestaan. Het hanteren van een norm voor de bezettingsgraad betekent dat standplaatsen met een bezettingsgraad die hoger is dan de 60% in het model extra ambulancecapaciteit toegevoegd krijgen.
- Het huidige referentiemodel berekent de minimaal benodigde capaciteit op basis van de vraag naar ambulancezorg zoals die zich twee jaar eerder voordeed. Het is wenselijk dat er zicht is op de benodigde capaciteit in het aankomende jaar, afgestemd op de verwachte vraag naar ambulancezorg. Het RIVM heeft onderzocht of de trends van de afgelopen jaren gebruikt kunnen worden in het

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁷ De bezettingsgraad is het aantal in een jaar *gereden uren* ambulancezorg gedeeld door het aantal in een jaar *beschikbare uren* ambulancezorg.

referentiemodel als voorspeller voor de benodigde capaciteit in het aankomende jaar. Dat blijkt goed te kunnen. Het RIVM laat in zijn onderzoek zien dat er een robuuste methode – die niet gevoelig voor uitschieters – kan worden toegepast waarmee de uitkomsten van het capaciteitsmodel van het referentiekader kunnen worden geïndexeerd. Omdat de trend is gebaseerd op een gewogen groei over de afgelopen vier jaar worden ontwikkelingen uit één jaar, groei of daling in productie of ritduur, op een afgevlakte manier meegenomen.

Ik zal het RIVM vragen om het huidige referentiemodel aan te passen, door toevoeging van een minimale dubbele dekkingsgraad van 70% en een norm voor maximale bezettingsgraad per standplaats van 60%. Met dit nieuwe model worden de ritstatistieken van 2019 doorgerekend, waarna ik in het najaar het Referentiekader 2020 kan vaststellen. De door het RIVM onderzochte methode van indexatie wordt toegepast op het nieuwe model en ter informatie aangeboden aan de RAV's en zorgverzekeraars. Zij kunnen het inzicht in de geïndexeerde capaciteit meenemen in hun jaarlijkse contractonderhandelingen, waarbij bijvoorbeeld afspraken worden gemaakt over benodigde opleidingscapaciteit en groei van het wagenpark.

Wetsvoorstel ambulancevoorziening

In het actieplan ambulancezorg is met AZN en ZN afgesproken dat het Ministerie van VWS een keuze maakt met betrekking tot de toekomstige ordening van de ambulancesector. Zoals bekend, is dat gelukt en is het Wetsvoorstel Ambulancevoorzieningen op 26 mei jongstleden en de nota naar aanleiding van het verslag op 16 juni jongstleden aan uw Kamer aangeboden⁸. Het doel van de wet is om zekerheid te bieden over ambulancezorg in de toekomst en zet dan ook in op continuïteit en kwaliteit. Ik hoop de wet spoedig met uw Kamer te kunnen bespreken, zodat deze per 1 januari 2021 in werking kan treden.

Concluderend

Bij het opstellen van het actieplan ambulancezorg is overeengekomen dat er geen centrale regie of centrale systemen van monitoring of verantwoording worden gekoppeld aan de acties. De effecten van de acties uit het actieplan op het behalen van de gestelde doelen zijn dan ook niet direct meetbaar. Dit geldt niet voor het verbeteren van de responstijden voor spoedeisende ambulancezorg. De responstijden van alle 25 RAV's worden namelijk jaarlijks gemeten en inzichtelijk gemaakt door AZN. In het najaar komen de gegevens over 2019 beschikbaar in het Sectorkompas Ambulancezorg. Er zal ongetwijfeld veel aandacht zijn voor de responstijden die onder de wettelijke norm zijn. Ik hoop echter dat er minstens zoveel aandacht zal zijn voor de hernieuwde energie in de sector als gevolg van het actieplan ambulancezorg, de grote stappen die worden gezet in taaie discussies over een nieuwe urgentie-indeling en zorgdifferentiatie, het kwaliteitskader ambulancezorg 1.0 dat kwaliteit – breder dan alleen tijdigheid – vanaf 2021 inzichtelijk gaat maken en voor de voortrekkersrol van de RAV's bij de pilots zorgcoördinatie waarmee een visie op samenwerking wordt neergezet die inspireert en waar veel zorgaanbieders in de keten van de acute zorg aan willen meedoen. Uiteraard vind ik het van groot belang dat partijen zich gezamenlijk blijven inspannen om te komen tot blijvende verbeteringen. Ik zal hen daar ook op blijven aanspreken en hen daartoe blijven stimuleren. De acties uit het actieplan zullen niet morgen leiden tot verbetering van de responstijden,

⁸ Kamerstuk 35 471, nr. 9

maar zorgen mijns inziens wel voor een structurele verbetering van de ambulancezorg in heel Nederland. Begin 2021 verwacht ik u te kunnen informeren over de verdere voortgang van het actieplan ambulancezorg.

De Minister voor Medische Zorg,
M.J. van Rijn