



> Ordening ambulancezorg_

Op weg naar structurele
wetgeving in 2020

Den Haag, juni 2017
Ir. Saskia van der Erf
Jori Hoendervanger, MSc
Dr. Jan-Peter Heida

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

Inhoud.....	2
Management samenvatting	4
Van ambulancevervoer naar mobiele zorg.....	4
Definitie ambulancezorg en afbakening.....	4
Aanpak onderzoek	4
Orderingsvragen en toetsingscriteria	5
Negen orderingsvarianten	5
Conclusies.....	6
Aanbevelingen.....	8
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Onderzoeksvraag.....	12
1.3 Leeswijzer	13
2 Van ambulancevervoer naar mobiele zorg	14
2.1 Ambulancevervoer van 1962 tot 2013	14
2.2 Ambulancezorg in 2017	15
2.3 Toekomst van de ambulancezorg	18
3 Definitie ambulancezorg en afbakening	20
3.1 Definitie ambulancezorg.....	20
3.2 Afbakening ambulancezorg	22
4 Aanpak onderzoek.....	23
4.1 Begeleidingsgroep.....	23
4.2 Fase 1 – Inventarisatie mogelijke varianten	24
4.3 Fase 2 – Uitwerking 9 varianten	26
5 Orderingsvragen en toetsingscriteria	28
5.1 Orderingsvragen	28
5.2 Toetsingscriteria.....	32
6 Negen orderingsvarianten.....	37
6.1 VWS is regisseur	38

6.2	Zorgverzekeraar is regisseur.....	42
6.3	ROAZ is regisseur.....	45
6.4	GGD/GHOR is regisseur	48
7	Selecteren en contracteren per ordeningsvariant.....	51
7.1	Selecteren van aanbieders ambulancezorg	52
7.2	Contracteren van ambulancezorg	60
8	Vergelijking negen ordeningsvarianten	63
8.1	Operationele criteria.....	64
8.2	Bestuurlijke criteria	70
8.3	Transitiecriteriã.....	75
9	Impact keuzes overige ordeningsvragen.....	80
9.1	Waar?: gebiedsindeling	80
9.2	Wat?: inhoud van ambulancezorg.....	87
10	Conclusies.....	91
10.1	Door EU aangewezen manier van selecteren en contracteren	91
10.2	Meest passende ordeningsvarianten	93
10.3	Meest geschikte gebiedsindeling en reikwijdte monopolie.....	97
11	Aanbevelingen	99
11.1	Waarborgen continuïteit van zorg en veiligheid.....	99
11.2	Meest geschikte regisseurs en aanbieders	101
11.3	Meest geschikte gebiedsindeling en reikwijdte monopolie.....	104
11.4	Overige aanbevelingen	105
	Literatuurverwijzingen	107

Management samenvatting

In 2020 moet de nieuwe Wet ambulancezorg (Waz) ingaan. De Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) is in 2013 van kracht geworden. De minister van VWS heeft in februari 2016 voorgesteld de tijdelijke wet met twee jaar te verlengen omdat veldpartijen aangaven dat de ambulancezorg en de ketens waarbinnen ambulancezorg opereert (nog) volop in beweging zijn. Een nieuw kabinet dient snel een keuze te maken over de inrichting van de ambulancezorg per 2020. Er is namelijk nog veel voorbereidend werk nodig. Het ministerie van VWS heeft SiRM – Strategies in Regulated Markets – gevraagd een vergelijkende analyse uit te voeren van verschillende varianten voor ordening en financiering van de ambulancezorg vanaf 2020.

Van ambulancevervoer naar mobiele zorg

De ambulancezorg heeft zich ontwikkeld van een vervoersvoorziening in de jaren zestig tot een zorgvoorziening vandaag de dag. Begin jaren zeventig markeerde de Wet ambulancevervoer (Wav) de start van de ambulancezorg zoals we deze nu kennen. In de huidige situatie wordt ambulancezorg op grond van de Twaz aangeboden door RAV's. Hoewel de Eerste Kamer in 2008 de Waz aannam, is deze nooit in werking getreden. De vraag naar ambulancezorg neemt door meerdere ontwikkelingen toe en de aard ervan verandert. Een stevige inbedding van ambulancezorg in de acute zorgketen is daarmee van steeds groter belang.

Definitie ambulancezorg en afbakening

Ambulancezorg is de (mobiele) zorg die beroepsmatig wordt verleend aan een patiënt met een aandoening of letsel. Het gaat om spoedeisende of geplande ambulancezorg. In dit rapport bakenen wij de definitie van ambulancezorg af omdat wij ons alleen richten op de ambulancezorg die in aanmerking zou kunnen komen voor een monopolie. Wij hanteren de volgende definitie: Ambulancezorg is mobiele zorg waarbij een vervoersbeweging nodig kan zijn en verpleegkundige vaardigheden en/of medische faciliteiten in het voertuig nodig zijn. Een – vooralsnog onbekend – deel van het huidige vervoer door zorgambulances valt daarmee buiten onze definitie.

Aanpak onderzoek

Het rapport betreft een expert advies van SiRM aan het ministerie van VWS. We hebben het onderzoek in twee fases uitgevoerd:

- De eerste fase stond in het teken van de inventarisatie van mogelijke orderingsvarianten en een voorlopige score van de varianten op 11 toetsingscriteria van het ministerie van VWS.

- De tweede fase betrof het uitwerken van de negen door het ministerie van VWS gekozen ordeningsvarianten en een concretisering van de scores en onderbouwing ervan op de toetsingscriteria. De scores en onderbouwing zijn gebaseerd op ‘expert opinions’ – opgehaald uit expertbijeenkomsten en interviews – en desk research. De weging van mogelijk tegengestelde ‘expert opinions’ lag bij SiRM.

Tijdens het onderzoek heeft SiRM een begeleidingsgroep, waarin belanghebbende partijen deelnamen, gevraagd om kennis en kunde te leveren om feitelijke onjuistheden en omissies te voorkomen.

Ordeningsvragen en toetsingscriteria

Aan de hand van vier ordeningsvragen heeft SiRM de mogelijke ordening van de ambulancezorg in 2020 in kaart gebracht:

- Wie is de regisseur?
- Welk soort aanbieders komen in aanmerking?
- Waar, binnen welke regio-indeling, wordt de ambulancezorg geleverd?
- Wat is de reikwijdte van het monopolie?

De vier ordeningsvragen leiden tot mogelijke ordeningsvarianten die wij in dit rapport met elkaar vergelijken aan de hand van elf toetsingscriteria van het ministerie van VWS die wij hebben ingedeeld naar operationele, bestuurlijke en transitiecriteria.

Negen ordeningsvarianten

Het ministerie van VWS heeft SiRM, op basis van de analyses in fase 1, gevraagd om negen ordeningsvarianten te vergelijken aan de hand van de toetsingscriteria. Het gaat bij deze varianten om een combinatie van de regisseur en het soort aanbieder (zie **Figuur 1**).

Per variant heeft SiRM de meest voor de hand liggende financiering van de ambulancezorg uitgewerkt. Bij varianten 1, 8 en 9 vindt financiering vanuit overheidsopbrengsten plaats, de overige varianten vallen binnen het Zvw premiekader. Dit levert ook verschillen op in de manier waarop de burger betaalt voor de ambulancezorg en of deze een aanspraak heeft op de ambulancezorg (Zvw-zorg) of dat het gaat om een voorziening. De betaling verloopt bij varianten 2 en 3 weliswaar via de zorgverzekeraar, maar deze wordt ontheven van de zorgplicht en financiële risico's omdat VWS de regisseur is.

Aanbieder	Overheidsdienst	Publieke / private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering	Private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering
Regisseur			
Ministerie van VWS	Variante 1. Financiering vanuit overheids-opbrengsten	Variante 2. Financiering vanuit de Zvw	Variante 3. Financiering vanuit de Zvw
Zorgverzekeraar		Variante 4. Financiering vanuit de Zvw	Variante 5. Financiering vanuit de Zvw
ROAZ		Variante 6. Financiering vanuit de Zvw	Variante 7. Financiering vanuit de Zvw
GGD/GHOR		Variante 8. Financiering vanuit overheids-opbrengsten	Variante 9. Financiering vanuit overheids-opbrengsten

Figuur 1. Negen ordeningsvarianten (o.b.v. combinatie regisseur en aanbieder) en financiering

Conclusies

Het ministerie van VWS, het ROAZ en de GGD/GHOR zijn op basis van EU-wetgeving verplicht om ambulancezorg aan te besteden, indien ook private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering ambulancezorg mogen leveren (varianten 3, 7 en 9). Het gaat om aanbesteden binnen een licht regime, volledige aanbesteding is niet nodig^a.

Hoewel aanbesteding voor de varianten met aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering niet nodig is (varianten 2, 6 en 8), is bij deze varianten wel een transparante selectieprocedure verplicht (zie **Figuur 2**). Een transparante selectieprocedure lijkt op het lichte aanbestedingsregime. Het EU-recht schrijft aanbesteden of een transparante selectieprocedure voor om ook nieuwe aanbieders de kans te bieden om ambulancezorg te leveren.

Een concessie of contract voor onbepaalde tijd lijkt niet mogelijk in het kader van het EU-recht, behalve bij variant 1 waar de ambulancezorg geleverd wordt door een overheidsdienst.

Als zorgverzekeraars regisseur zijn, zijn zij bij de selectie van aanbieders van ambulancezorg vooralsnog niet verplicht om aan te besteden (varianten 4 en 5).

^a Ten opzichte van volledig aanbesteden zorgt een verlicht regime voor een snellere procedure, minder verplichte handelingen en een beknopte toegang tot de Voorzieningenrechter in kort geding met het oog op het treffen van rechtsmaatregelen.

	Overheidsdienst	Publieke / private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering	Private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering
Ministerie van VWS	1. Deel van overheid; zorgverlening voor onbepaalde tijd	2. Transparante selectieprocedure; concessie/contract voor bepaalde tijd	3. Aanbestedingsplicht licht regime; concessie/contract voor bepaalde tijd
Zorgverzekeraar		4. Private selectie; contract (waarschijnlijk) voor bepaalde tijd	5. Private selectie; contract (waarschijnlijk) voor bepaalde tijd
ROAZ		6. Transparante selectieprocedure; contract voor bepaalde tijd	7. Aanbestedingsplicht licht regime; contract voor bepaalde tijd
GGD/GHOR		8. Transparante selectieprocedure; contract voor bepaalde tijd	9. Aanbestedingsplicht licht regime; contract voor bepaalde tijd

Figuur 2. Overzicht (verplichte) manier van selecteren en concessie-/contractduur per variant

Op basis van desk research en de door SiRM gewogen 'expert opinions' concludeert SiRM dat:

- Vooral de ordeningsvarianten waar het ministerie van VWS of de zorgverzekeraar de regisseur is, goed scoren op de toetsingscriteria.
- VWS in combinatie met een overheidsdienst iets minder goed (variant 1) scoort. Deze variant leidt tot een schot in de bekostiging, hogere bestuurlijke complexiteit en bovendien zijn de kosten voor de maatschappij en de transitiekosten waarschijnlijk hoger.
- Ook het ROAZ relatief goed scoort als regisseur, vooral op de operationele criteria. Echter, de governance van het ROAZ is (nog) onvoldoende toegerust om regisseur te zijn.
- Er minder draagvlak bestaat voor een ordening met private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering. Deze varianten scoren daarentegen beter op de transitiekosten.

Alhoewel er geen hard bewijs is, neigt de analyse van SiRM naar een voorkeur voor een gebiedsindeling voor het ambulancezorgmonopolie naar de 10 meldkamerregio's:

- Deze regio-indeling scoort het beste op patiëntveiligheid (door eenduidige verantwoordelijkheden), zorg op de juiste plek en leidt tot een betere schaal voor innovatie.
- Op de samenwerking in de veiligheids- en acute zorgketen scoort deze regio-indeling eveneens goed.
- Het behouden van de huidige 25 ambulancezorg regio's bespaart op transitiekosten. Van de andere drie gebiedsindelingen zijn de transitiekosten het laagst voor de indeling naar 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's.

Wat betreft de reikwijdte scoort een ambulancezorg monopolie dat zowel spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg bevat, beter dan het scheiden van het monopolie. Dit heeft vooral de voorkeur vanuit arbeidsmarkt-aspecten en draagvlak. Wel is van belang om helder in wet- en regelgeving op te nemen dat alleen een medische noodzaak bestaat voor het inzetten van geplande ambulancezorg als verpleegkundige vaardigheden en/of medische faciliteiten nodig zijn.

Aanbevelingen

Bij de (verplichte) periodieke selectie door middel van een transparante selectieprocedure of aanbesteding, is het van groot belang dat de continuïteit van zorg en veiligheid niet in het geding komt. SiRM beveelt daarom aan dat de selecterende partij de continuïteit van zorg en veiligheid waarborgt door:

- Een geschikte contractduur overeen te komen die ruimte biedt om de terugverdientijd voor gedane investeringen te garanderen, en tijd biedt om afspraken met ketenpartners in de acute zorg- en veiligheidsketen te maken en uit te voeren.
- Expliciete aandacht te besteden aan de continuïteit van zorg en veiligheid bij de selectie van de aanbieder, door:
 - Uitgebreid aandacht te besteden aan de kwaliteit van de ambulancezorg in het aanbestedingsdocument door bijvoorbeeld betekenisvolle kwaliteitsindicatoren op te nemen en te eisen om te werken volgens het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) of een vergelijkbaar uniform instrument.
 - Expliciet vast te leggen in het aanbestedingsdocument dat aanbieders van ambulancezorg zich conformeren aan bestaande samenwerkingsafspraken in de acute zorg- en veiligheidsketen.
 - Overname van het personeel te verplichten als een andere aanbieder van ambulancezorg het contract verkrijgt.
 - Een marktconsultatie uit te zetten om te zorgen dat de technische specificaties, eisen en normen die de aanbestedende partij stelt in het aanbestedingsdocument goed aansluiten bij de praktijk.
- Het monitoren van kwaliteit van de ambulancezorg op basis van indicatoren: Om het effect te meten van de overgang naar een nieuwe ordening op de kwaliteit van de ambulancezorg en ten behoeve van de periodieke selectie van aanbieders.

Wat betreft de ordeningsvarianten beveelt SiRM aan:

- De zorgverzekeraars of het ministerie van VWS aan te wijzen als regisseur van de ambulancezorg omdat deze varianten goed scoren op de toetsingscriteria. Beide regisseurs hebben nadelen die grotendeels ondervangen kunnen worden door het ROAZ een niet-vrijblijvende adviserende rol te geven^b. Deze rol kan in de wet worden opgenomen.^c VWS of de zorgverzekeraar consulteert het ROAZ als het gaat om de selectie van een ambulancezorg aanbieder. Daarnaast vindt er gedurende de contractperiode regelmatig bestuurlijk overleg plaats. Tijdens dit overleg komen bijvoorbeeld de gevolgen van veranderingen in de organisatie van acute zorg voor de ambulancezorg aan de orde. De eventuele financiële consequenties daarvan bespreken partijen gezamenlijk.
- Om de regierol niet toe te bedelen aan het ROAZ omdat het de vraag is of het mogelijk is de governance van het ROAZ in te richten voor het selecteren en contracteren van ambulancezorg.
- Om de ambulancezorg niet onder te brengen in een overheidsdienst, maar om zowel publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering de ambulancezorg te laten leveren.

SiRM beveelt aan om de mogelijkheid van het terugbrengen van het aantal ambulancezorg regio's naar de 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's serieus te overwegen. Wat betreft de reikwijdte van het monopolie, is nader onderzoek nodig of het behoud van het monopolie op spoedeisende en geplande ambulancezorg leidt tot een suboptimaal aanbod van gepland vervoer.

Naast de aanbevelingen die direct gerelateerd zijn aan de ordeningsvragen kwamen tijdens de interviews, de bijeenkomsten met de begeleidingsgroep en experts en de desk research steeds drie belangrijke onderwerpen aan de orde:

- Hoewel de Eerste Kamer in 2008 de Wet ambulancezorg (Waz) aannam, is deze nooit in werking getreden. Dit heeft de afgelopen jaren tot onzekerheid geleid in de ambulancezorgsector. Het is van belang dat een dergelijke situatie niet wederom ontstaat. SiRM adviseert de nieuwe minister van VWS om snel een keuze te maken voor de ordening in 2020 zodat de voorbereidingen kunnen starten. VWS dient goed te monitoren en eventueel te stimuleren dat in de periode tot de selectie en contractering van (nieuwe) aanbieders, benodigde investeringen op peil blijven. Om het implementatieproces constructief in te kunnen zetten dient er een implementatieplan opgesteld te worden dat beschrijft hoe alle betrokken partijen van de huidige situatie naar de toekomstige situatie zullen moeten gaan.

^b Ook de GHOR is vertegenwoordigd in het ROAZ. Op deze manier is ook de rol van de ambulancezorg in de regionale geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing geborgd in het advies van het ROAZ.

^c Bij het opstellen van het advies dient de op dat moment leverende aanbieder van ambulancezorg zich te onthouden van inbreng. Als het traumacentrum (mede)eigenaar is van de ambulancezorg aanbieder dient opgenomen te worden dat er een onafhankelijke zetel in het ROAZ is voor het traumacentrum en een onafhankelijke zetel voor de ambulancezorg aanbieder. Het traumacentrum levert in dit geval een inbreng die onafhankelijk is van de aanbieder van de ambulancezorg.

- Er dient meer transparantie te komen op het gebied van governance, kwaliteit en financiën van de ambulancezorgsector. Het is anders niet mogelijk om de kwaliteit en de kosten te benchmarken of om de efficiëntie van de sector te berekenen. Ook is niet duidelijk welk deel van de kosten wordt gemaakt voor A of B ritten. Dit is wel van belang voor een gedegen en transparant selectieproces.
- Partijen dienen zich in te zetten om het (dreigende) tekort aan ambulanceverpleegkundigen op te lossen. Er zijn reeds verschillende partijen die zich buigen over deze problematiek. Het tekort lijkt te zijn veroorzaakt door de toegenomen zorgvraag, een opleidingsstop voor verpleegkundigen en een afgenomen salarisvoordeel in de ambulancezorg ten opzichte van de ziekenhuiszorg. Dit probleem vraagt om snelle actie van veldpartijen en de overheid.

I Inleiding

In 2020 moet de nieuwe Wet ambulancezorg (Waz) ingaan. De Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) is in 2013 van kracht geworden. De minister van VWS heeft in februari 2016 voorgesteld de tijdelijke wet met twee jaar te verlengen omdat veldpartijen aangaven dat de ambulancezorg en de ketens waarbinnen ambulancezorg opereert (nog) volop in beweging zijn. Een nieuw kabinet dient snel een keuze te maken over de inrichting van de ambulancezorg per 2020. Er is namelijk nog veel voorbereidend werk nodig. Het ministerie van VWS heeft SiRM gevraagd een vergelijkende analyse uit te voeren van verschillende varianten voor ordening en financiering van de ambulancezorg vanaf 2020.

In dit hoofdstuk komen de aanleiding van het onderzoek en de onderzoeksvraag die het ministerie van VWS aan SiRM gesteld heeft aan bod. Tevens bevat het een leeswijzer voor het rapport.

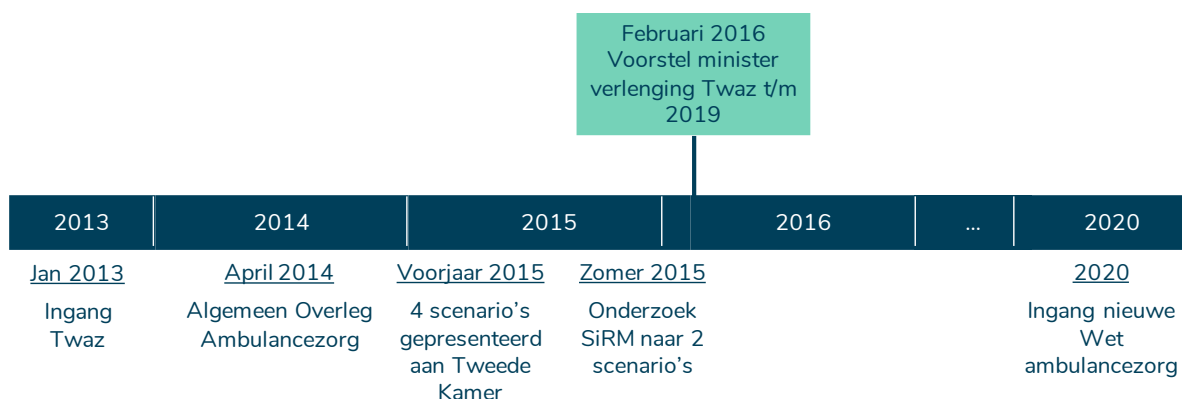
1.1 Aanleiding

In 2013 is de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) van kracht geworden. De Twaz is een tijdelijke wet (voor de duur van vijf jaar) omdat de beperking voor nieuwkomers, gelet op de rechtvaardiging ervan in de context van het EU recht, niet langer mag duren dan strikt noodzakelijk is. Per 2018 zou deze tijdelijke wet vervangen worden door structurele wetgeving die de belemmering van het vrij verkeer van vestiging en diensten op de markt van ambulancezorg wegneemt.

De minister van VWS heeft in februari 2016 voorgesteld om de tijdelijke wet met twee jaar te verlengen (zie **Figuur 3**)^d. Er waren op dat moment nog veel onzekerheden over de inrichting van de keten van acute zorg en de rol die zorgverzekeraars daarbij kunnen vervullen. Daarnaast waren (en zijn) de multidisciplinaire samenwerking en taakuitvoering op de meldkamer en het 'Kwaliteitskader spoedzorg' volop in ontwikkeling. De verwachting bestond dat op deze thema's in de loop van 2017 voldoende duidelijkheid zou zijn om de ambulancezorg vanaf 2020 definitief in te kunnen richten.

Partijen geven aan dat ze over het algemeen tevreden zijn over de kwaliteit van de ambulancezorg, hoewel deze nog niet eenduidig meetbaar is. Er liggen geen kwaliteitsredenen ten grondslag om te komen tot een verandering van de ordening en het opstellen van dit rapport. De grondslag van dit advies is een juridische.

^d De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft op 30 mei 2017 een amendement aangenomen dat de tijdelijke wet verlengt met maximaal 3 jaar.



Figuur 3. Tijdslijn Tijdelijke wet ambulancezorg

In de zomer van 2015 heeft SiRM in opdracht van het ministerie van VWS een onderzoek gedaan naar de voor- en nadelen van twee varianten voor de ordening van de ambulancezorg. Deze twee varianten waren:

- De minister bepaalt via een aanbesteding wie de ambulancezorg aanbiedt.
- Zorgverzekeraars bepalen via contractering wie de ambulancezorg aanbiedt.

Uit deze analyse kwam geen duidelijke voorkeursvariant naar voren. Beide varianten vormen een goed uitgangspunt om kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare ambulancezorg te leveren in Nederland.

In 2020 dient de nieuwe Wet ambulancezorg (Waz) in te gaan. Voor de invoering van structurele ordeningswetgeving van de ambulancezorg moet nog veel werk verzet worden. Het is noodzaak voor een nieuw kabinet om snel een keuze te maken met betrekking tot de inrichting van de ambulancezorg per 2020.

1.2 Onderzoeksvraag

Het ministerie van VWS, directie curatieve zorg, heeft SiRM gevraagd een vergelijkende analyse uit te voeren van verschillende varianten voor de ordening en financiering van de ambulancezorg vanaf 2020^e. Het uitgangspunt is toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit. VWS heeft aangegeven dat de varianten dienen te voldoen aan de volgende randvoorwaarden:

- De ambulancezorg voldoet tenminste aan bestaande kwaliteitskaders, kwaliteitskaders in ontwikkeling en normen voor aanrijtijden.
- De doelmatigheid van de ambulancezorg blijft minimaal gelijk of wordt groter.
- Het monopolie voor één aanbieder van ambulancezorg in de regio op de regiefunctie blijft behouden. Onder de regiefunctie vallen het inrichten en doen functioneren van het operationeel centrum ambulancezorg op de meldkamer, het doen verlenen van (acute) ambulancezorg en het zijn van de gesprekspartner voor de veiligheidsregio.
- De varianten voldoen aan wet- en regelgeving met betrekking tot mededinging en aanbesteding.

^ePartijen in de ambulancezorg zijn niet betrokken bij de formulering van de onderzoeksopdracht.

- Spoedeisende ambulancezorg wordt uitsluitend verleend na een opdracht van de meldkamer, ongeacht de exacte vormgeving van de meldkamer.

Het ministerie van VWS heeft aangegeven dat de bestaande indeling naar 25 regio's voor ambulancezorg niet bij voorbaat vastligt. Het ministerie heeft daarnaast gevraagd om zowel de variant te onderzoeken waarin gepland vervoer met zorg uitsluitend via de meldkamer en door aanbieders van ambulancezorg verloopt als de variant waarin gepland vervoer vrij wordt gelaten.

1.3 Leeswijzer

Met dit rapport werkt SiRM een vergelijkende analyse van de verschillende varianten voor de ordening en financiering van de ambulancezorg vanaf 2020 uit:

- We schetsen in hoofdstuk 2 eerst de context van de ambulancezorg in Nederland aan de hand van de historie, de huidige ordening en de verwachting voor de toekomst.
- In hoofdstuk 3 beschrijven we vervolgens wat ambulancezorg is en welke definitie van ambulancezorg we in dit rapport gebruiken.
- Hoofdstuk 4 beschrijft de aanpak van het onderzoek in twee fasen.
- In hoofdstuk 5 gaan we in op de vier ordeningsvragen en de toetsingscriteria.
- De combinatie van de ordeningsvragen 'wie' en 'welke' leiden tot 9 ordeningsvarianten, die we uitwerken in hoofdstuk 6.
- De mogelijke manieren om in deze negen ordeningsvarianten aanbieders van ambulancezorg te selecteren en te contracteren komen aan bod in hoofdstuk 7.
- In hoofdstuk 8 vergelijken we de negen ordeningsvarianten op de operationele, bestuurlijke en transitiecriteria.
- In hoofdstuk 9 brengen we de impact van de overige ordeningsvragen 'waar' en 'welke' in kaart.
- In hoofdstuk 10 presenteren we de conclusies en in hoofdstuk 11 de aanbevelingen.

2 Van ambulancevervoer naar mobiele zorg

De ambulancezorg heeft zich ontwikkeld van een vervoersvoorziening in de jaren zestig tot een zorgvoorziening vandaag de dag. Begin jaren zeventig markeerde de Wet ambulancevervoer (Wav) de start van de ambulancezorg zoals we deze nu kennen. In de huidige situatie wordt ambulancezorg op grond van de Twaz aangeboden door RAV's. Hoewel de Eerste Kamer in 2008 de Waz aannam, is deze nooit in werking getreden. De vraag naar ambulancezorg neemt door meerdere ontwikkelingen toe en de aard ervan verandert. Een stevige inbedding van ambulancezorg in de acute zorgketen is daarmee van steeds groter belang.

In dit hoofdstuk brengen we kort de historie van de ambulancezorg in kaart. Vervolgens beschrijven we de huidige organisatie en ordening. We sluiten af met een blik op de ambulancezorg in de toekomst.

2.1 Ambulancevervoer van 1962 tot 2013

De ambulancezorg heeft zich ontwikkeld van een vervoersvoorziening in de jaren zestig van de vorige eeuw tot een zorgvoorziening vandaag de dag.

De oorsprong van de huidige organisatie van de ambulancezorg in Nederland ligt in 1962. In dat jaar vond de treinramp in Harmelen plaats. Tijdens de hulpverlening na de treinramp blijkt dat het ambulancevervoer niet goed georganiseerd is. De alarmering verloopt ongestructureerd en de brancards passen niet in alle ambulances.¹ Dit leidt uiteindelijk tot de 'Wet Ambulancevervoer' (Wav) die in 1971 in werking treedt. 40 Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA's) worden opgericht die de zorg moeten coördineren. De CPA is verbonden aan de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) of de meldkamer brandweer. De provincies worden verantwoordelijk voor het aantal ambulances en de spreiding en beschikbaarheid ervan om binnen 15 minuten hulp te bieden. In de wet zijn daarnaast eisen opgenomen aan personeel – gespecialiseerde verpleegkundigen – en materieel.

In 1997 presenteren de minister van VWS en de minister van BZK de nota 'Met zorg verbonden' over de spoedeisende medische hulpverlening bij ongevallen en rampen en in het bijzonder de ambulancezorg en de traumazorg. Zij introduceren in de nota onder andere de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV's) als gewenste organisatiestructuur voor de ambulancezorg^f. De

^f Op dit moment zijn er 25 rechtspersonen in 25 RAV-regio's. We spreken over RAV's als we het over de huidige aanbieders van ambulancezorg hebben. Als we het hebben over de nieuwe ordening spreken we over ambulancediensten.

RAV is verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de ambulancezorg. De RAV is in dit kader verantwoordelijk voor de instandhouding van de meldkamer ambulancezorg en voor het doen verlenen van ambulancezorg. Het wetsvoorstel Waz dat de minister van VWS in 2004 aan de Tweede Kamer stuurt betreft een uitwerking van de nota. In maart 2006 behandelt de Tweede Kamer het wetsvoorstel Waz en neemt de Waz aan. Op 2 december 2008 neemt de Eerste Kamer de Waz aan. De Waz treedt echter nooit in werking.

In plaats daarvan dient de minister van VWS in augustus 2011 een nieuw wetsvoorstel in bij de Tweede Kamer: de Twaz. De minister spreekt eerder dat jaar het voornemen uit de Waz niet in werking te laten treden. Zij vindt het feit dat aanbieders van ambulancezorg in het kader van de Waz een vergunning voor onbepaalde tijd krijgen onwenselijk. Ook vraagt zij zich af of dit houdbaar is binnen de EU wet- en regelgeving. De Twaz is een wet met een looptijd van vijf jaar met als belangrijkste wijziging dat aanbieders van ambulancezorg geen vergunning krijgen, maar een aanwijzing van de minister van VWS voor een periode van vijf jaar. Deze vijf jaar wil de minister besteden aan het voorbereiden van een structurele oplossing. De Tijdelijke wet ambulancezorg is op 27 maart 2012 door de Tweede Kamer aangenomen. Op 24 april 2012 heeft de Eerste Kamer de Twaz aangenomen. Op het moment dat de Twaz in werking treedt worden de geldende Wav en de nooit in werking getreden Waz ingetrokken.

Op 1 januari 2013 treedt de Twaz in werking met een beoogde looptijd tot 1 januari 2018. Vanaf 1 januari 2018 dient er nieuwe structurele wetgeving voor de ambulancesector te zijn. Met de inwerkingtreding van de Twaz zijn RAV's als enige rechtspersoon verantwoordelijk voor de ambulancezorg in hun regio. De RAV is verantwoordelijk voor de instandhouding van een meldkamer en het verlenen van ambulancezorg. De RAV is een zorginstelling conform de 'Wet toelating zorginstellingen' (Wtzi) en daarmee aanspreekbaar op:

- beschikbaarheid en bereikbaarheid van ambulancezorg,
- professionele, kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg,
- patiëntenparticipatie en
- goed bestuur.

In februari 2016 stelt de minister van VWS aan de Tweede Kamer voor om de Twaz met een periode van twee jaar te verlengen.

2.2 Ambulancezorg in 2017

In deze paragraaf bespreken we zowel de huidige organisatie van de ambulancezorg als de ordening die op dit moment aangebracht is. De definitie van ambulancezorg komt aan bod in hoofdstuk 3.

2.2.1 Organisatie van de ambulancezorg

In Nederland zijn ongeveer 750 ambulances beschikbaar, 24 uur per dag, 7 dagen per week.² Circa 5.700 ambulancemedewerkers (ambulancezorgprofessionals, -verpleegkundigen en -chauffeurs) bieden spoedeisende en geplande ambulancezorg. De meldkamer ambulancezorg (MKA) geeft

jaarlijks ruim 1,2 miljoen ritten uit⁹. Circa 68% van de ritten (740.000) betreft spoedeisende medische hulpverlening en bijna 32% (350.000) betreft ritten voor geplande ambulancezorg. Een klein deel – circa 1% – van de hulpverleningssituaties valt onder de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Geïnterviewden en deelnemers aan de expertgroepen geven aan dat in circa 10% van de ritten de ambulance samen met de politie of brandweer rijdt.

De MKA bepaalt of inzet van ambulancezorg plaatsvindt. De MKA is verantwoordelijk voor het proces van intake van de melding, indicatiestelling, triage, zorgtoewijzing, zorgcoördinatie en zorginstructie aan de melder. Het is de verantwoordelijkheid van de MKA om de juiste (ambulance)zorg op het juiste moment en op de juiste plaats in te zetten. De MKA is verantwoordelijk voor de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg zodat in een levensbedreigende situatie een ambulance binnen 15 minuten na melding ter plaatse kan zijn. Daarnaast is de MKA verantwoordelijk voor het coördineren van de inzet van andere zorgverleners en voor een soepele overdracht van de patiënt aan andere zorg- of hulpverleners.

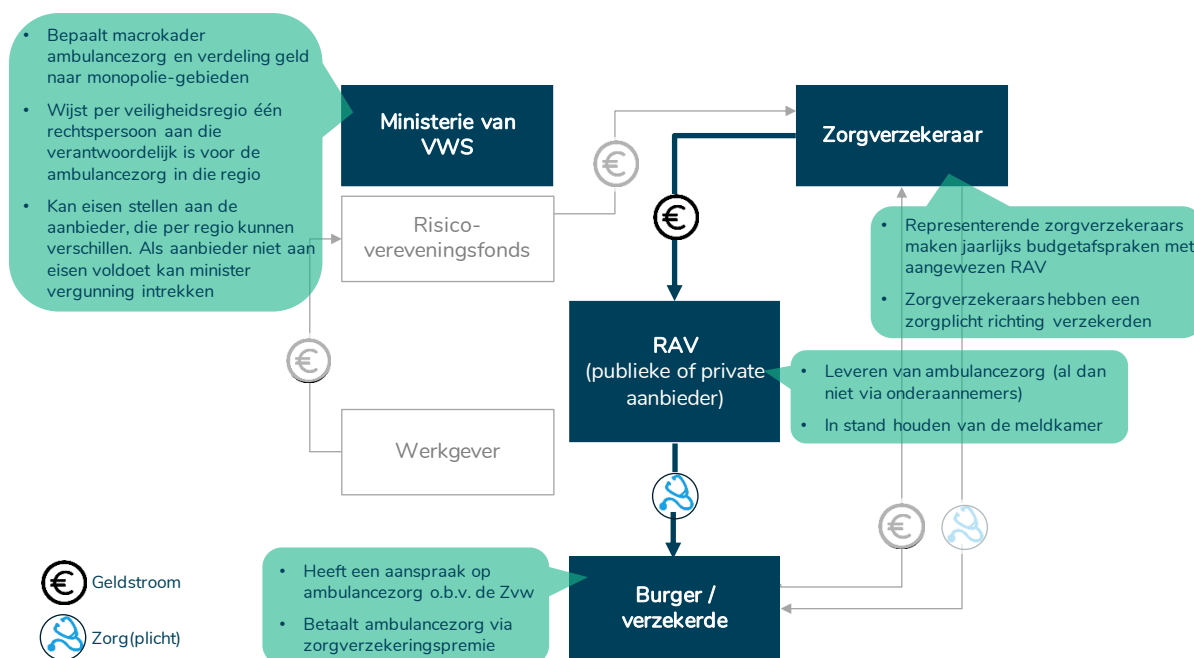
De afgelopen jaren is een grote verandering in de organisatie van de meldkamers in Nederland in gang gezet. Het ministerie van V&J heeft in februari 2012 haar visie op de 'Meldkamer van de Toekomst' in een brief aan de Tweede Kamer uiteengezet. Hierin staat dat er één landelijke meldkamerorganisatie komt met maximaal tien locaties. Er zijn inmiddels meerdere bovenregionale meldkamers. Op deze bovenregionale meldkamers werken MKA-centralisten van verschillende RAV's samen.

De ambulancezorg in Nederland is geprotocolleerd. Het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) legt voor de ambulancezorgverleners van alle RAV's in Nederland vast welke ambulancezorg een patiënt dient te ontvangen. Ambulancezorgverleners kunnen op basis van de toestand van de patiënt en de omstandigheden afwijken van het protocol. RAV's hanteren ook regelmatig regionale protocollen in het kader van regionale (samenwerkings)afspraken, bijvoorbeeld bij de uitvoering van pilots of als er nieuwe medische inzichten zijn.

2.2.2 Ordening ambulancezorg

In 2017 leveren 22 RAV's (publieke of privaat, met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering) de ambulancezorg in 25 regio's (zie **Figuur 4**). In de huidige ordening is sprake van een regierol voor het ministerie van VWS. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een bepaalde mate van regie vanuit de inkooprol die zij richting hun verzekerden hebben om aan hun zorgplicht te kunnen voldoen.³ Voor een toelichting op de financiering vanuit de Zvw en de zorgplicht van verzekeraars zie Bijlage 4.

⁹ Ambulances in zicht 2014, Ambulancezorg Nederland 2014.



Figuur 4. Huidige ordening ambulancezorg

Het ministerie van VWS bepaalt het macrokader ambulancezorg en in grote lijnen de verdeling van het geld naar de 25 monopolie-gebieden via het Referentiekader Spreidings- en Beschikbaarheid. Het RIVM berekent per regio de benodigde beschikbaarheid van spoedeisende ambulancezorg en gepland vervoer met zorg^h. De minister van VWS stelt het kader vast. Het ministerie van VWS wijst per veiligheidsregio één rechtspersoon aan die verantwoordelijk is voor de ambulancezorg in die regio. Het ministerie kan vanuit die hoedanigheid eisen stellen aan de aanbieder, die per regio kunnen verschillen. Mocht een aanbieder niet aan de eisen voldoen, dan kan de minister de aanwijzing intrekken.

Ambulancezorg is onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Representerende zorgverzekeraars maken in de huidige ordening jaarlijks budgetafspraken met de door de minister aangewezen RAVⁱ. Er is sprake van non-concurrentiële zorginkoop. De zorgverzekeraars kunnen als gevolg van de aanwijzing van de minister niet selectief inkopen, noch wijzigen van zorgaanbieder tijdens de in de Twaz aangewezen periode van vijf jaar. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht richting hun verzekerden en zijn vanuit die hoedanigheid verantwoordelijk voor het inkopen van toegankelijke ambulancezorg van goede kwaliteit.

^h Niet zijnde A1 of A2 ritten.

ⁱ Het representatiemodel houdt in dat de twee representerende zorgverzekeraars, die marktleiders zijn in de betreffende regio, budgetafspraken maken met desbetreffende RAV's en dat de overige zorgverzekeraars dit beleid volgen.

De ambulancezorg in de 25 ambulancegebieden in Nederland wordt geleverd door publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering of een combinatie daarvan. Dit is als volgt verdeeld over de regio's:

- In 9 regio's is een gemeenschappelijke regeling (samenwerkingsverband tussen gemeentes) de enige aanbieder van ambulancezorg. De ambulancezorg wordt daar uitgevoerd door de GGD.
- In 6 regio's wordt de ambulancezorg aangeboden door een stichting met als doel het aanbieden van ambulancezorg.
- In 3 regio's bieden private partijen (in dit geval B.V.'s) die volledig in eigendom zijn van een UMC (dat zijn zelf weer stichtingen) de ambulancezorg.
- Er zijn 2 regio's waar de ambulancezorg volledig geleverd wordt door een private partij met mogelijkheid tot winstuitkering.
- In 5 regio's vormen private partijen met mogelijkheid tot winstuitkering samen met GGD's een coöperatie die de ambulancezorg uitvoert.

In 2015 zijn 54% van de ambulanceritten uitgevoerd door aanbieders met een private rechtsvorm.

De burger of verzekerde heeft in de huidige ordening een aanspraak op de ambulancezorg op basis van de Zvw. De verzekerde betaalt de ambulancezorg via de zorgverzekeringspremie.

2.3 Toekomst van de ambulancezorg

Het aantal inzetten van ambulances neemt ieder jaar toe. Het gaat om een gemiddelde toename van ongeveer 7% voor de jaren 2009 – 2012 en een gemiddelde toename van 12,5% voor de jaren 2012 – 2015. De ambulancesector geeft drie hoofdoorzaken voor de toename: ⁴

- Veranderingen in het zorglandschap.
- Maatschappelijke ontwikkelingen.
- Proces van de ambulancezorg zelf.

Veranderingen in het zorglandschap betreffen:

- De specialisatie en (de)centralisatie van medisch specialistische zorg. Fusies en sluitingen van ziekenhuizen en spoedeisende hulpdiensten (SEH's) leiden tot andere vervoersbewegingen. Dit resulteert in meer en langdurigere inzetten.
- De extramuralisering. Ouderen blijven langer thuis wonen en patiënten worden sneller ontslagen uit het ziekenhuis. Kwetsbare ouderen die langer thuis wonen en patiënten die sneller ontslagen zijn uit het ziekenhuis hebben relatief vaak thuis zorg nodig. Dit zorgt voor een stijgende vraag naar ambulancezorg en ook voor een veranderende aard van de ambulancezorgvraag.
- Een toenemende vraag van verwijzers. Zowel zorginstellingen als de huisarts verwijzen vaker naar de ambulancezorg. Zo rijdt in sommige regio's de ambulance bijvoorbeeld in de avond, nacht en weekend-uren voor de huisarts.

Maatschappelijke ontwikkelingen zijn:

- De bevolkingsgroei en vergrijzing. De Nederlandse bevolking groeide sinds 2012 met meer dan een kwart miljoen mensen en er is sprake van een vergrijzing van de bevolking. Tegelijkertijd zijn er steeds meer regio's met een bevolkingsdaling, zoals Zuid-Limburg, Noord-Oost Groningen en Zeeuws-Vlaanderen.
- Ambulancezorg voor bezoekers. Naast bieden van ambulancezorg aan de inwoners van de regio, bieden RAV's ook ambulancezorg aan mensen die tijdelijk in Nederland verblijven voor werk, studie, vakantie, etc. De stijging hiervan speelt voornamelijk in toeristische regio's en regio's met veel buitenlandse studenten.
- Mondige burger. Burgers bellen makkelijker (met hun mobiele telefoon) 112 en weten vaker welke antwoorden zij moeten geven om de inzet van ambulancezorg kansrijker te maken.

Veranderingen in het proces van de ambulancezorg zijn:

- De invoering van de Directe Inzet Ambulance (DIA). De DIA is ingevoerd om sneller ter plaatse te kunnen zijn. De DIA gaat al rijden voordat het triageproces voltooid is, waardoor de ambulance sneller ter plaatse is. De DIA leidt tot een toename van het aantal afgebroken inzetten.
- Invoering protocollen voor triage. Meldkamercentralisten vragen de melder volgens een semigestructureerd (NTS) of volledig gestructureerd (ProQA) protocol uit. Op basis van het protocol beslist de centralist over de inzet van een ambulance. De toepassing van de protocollen zou het aantal spoedinzetten kunnen verhogen.
- Inspelen op veranderende zorgvraag. Ambulancezorg is steeds meer onderdeel van de acute zorgketen en zet zich in op de veranderende zorgvraag door mobiele zorg te leveren. Veel RAV's vergroten de zorgcapaciteit en ontwikkelen een gedifferentieerd zorgaanbod, van hoogcomplexiteit tot laagcomplexiteit. Voorbeelden hiervan zijn de Mobile Intensive Care Unit (MICU), de rapid responder en de zorgambulance.

De beschreven ontwikkelingen verschillen per regio. Ze zullen zich in de komende jaren voortzetten. Dit zorgt ervoor dat de vraag naar ambulancezorg in de komende jaren waarschijnlijk blijft toenemen. Daarnaast betekent dit dat een stevige inbedding van ambulancezorg in de acute zorgketen van groot belang is om toegankelijke, doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit te kunnen bieden.

3 Definitie ambulancezorg en afbakening

Ambulancezorg is de (mobiele) zorg die beroepsmatig wordt verleend aan een patiënt met een aandoening of letsel. Het gaat om spoedeisende of geplande ambulancezorg. In dit rapport bakenen wij de definitie van ambulancezorg af omdat wij ons alleen richten op de ambulancezorg die in aanmerking zou kunnen komen voor een monopolie. Wij hanteren de volgende definitie: Ambulancezorg is mobiele zorg waarbij een vervoersbeweging nodig kan zijn en verpleegkundige vaardigheden en/of medische faciliteiten in het voertuig nodig zijn. Een – vooralsnog onbekend – deel van het huidige vervoer door zorgambulances valt daarmee buiten onze definitie.

In dit hoofdstuk komt eerst de definitie van ambulancezorg aan bod, zoals deze door de wet en de sector gehanteerd wordt. Vervolgens bespreken we de afbakening van ambulancezorg zoals we die in dit rapport gebruiken.

3.1 Definitie ambulancezorg

Volgens de Twaz (artikel 1d) is de definitie van ambulancezorg: Ambulancezorg is zorg, die erop gericht is een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel:^j

- hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren;
- hulp te verlenen via een ambulanceverpleegkundige met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar motorvoertuig^k.

Ambulancezorg Nederland (AZN) geeft in haar 'Nota verantwoorde ambulancezorg'^l aan dat ambulancezorg de (mobiele) zorg is die beroepsmatig wordt verleend aan een patiënt met een aandoening of letsel.² Een ambulanceverpleegkundige met adequate medische en verpleegkundige kennis verleent de zorg, vervoert de patiënt indien nodig, of verwijst de patiënt naar een andere

^j De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft op 30 mei 2017 een amendement aangenomen dat definitie van ambulancezorg in de Tijdelijke wet ambulancezorg wijzigt. In het amendement is 'hulp te verlenen' vervangen door 'hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige'

^k In het amendement is 'motorvoertuig' vervangen door 'voertuig'.

^l In 2017 wordt de Nota Goede Zorg vastgesteld, dit is de geactualiseerde versie van de Nota Verantwoorde Ambulancezorg.

zorgverlener. Het hoofddoel van ambulancezorg is het voorkomen of beperken van gezondheidsschade op basis van de zorgbehoefte van de patiënt. AZN geeft aan dat voor de inzet van ambulancezorg sprake dient te zijn van een medische indicatie^m en van een behandeling, observatie, verpleging en/of verzorging ter plaatse en/of tijdens het vervoer van de patiënt. De indicatiestelling en inzet van zorg vindt plaats via de MKA. Ambulancezorg bestaat uit spoedeisende en planbare (niet-spoedeisende) zorg. Daarnaast is er de afgelopen jaren zorgdifferentiatie ontstaan bij de ambulancezorgaanbieders.

3.1.1 Spoedeisende ambulancezorg

Bij spoedeisende zorgvragen dient de ambulancezorg zo spoedig mogelijk ter plaatse te zijn. De verpleegkundig centralist MKA bepaalt de riturgentie. Er zijn twee spoedeisende riturgenties:

- A1-urgentie (A1-inzet): Een spoedeisende inzet bij acute bedreiging van de vitale functies van de patiënt, of in het geval dat dit gevaar pas na beoordeling door de ambulance-eenheid ter plaatse kan worden uitgesloten. De ambulance-eenheid dient zo snel mogelijk ter plaatse te zijn en maakt altijd gebruik van optische en geluidssignalen.
- A2-urgentie (A2-inzet): Een rit naar aanleiding van een zorgvraag waaruit blijkt dat er geen sprake is van direct levensgevaar, maar waarbij er wel sprake kan zijn van (ernstige) gezondheidsschade en de ambulance zo snel mogelijk ter plaatse dient te zijn. De ambulance mag gebruik maken van optische en geluidssignalen.

3.1.2 Planbare ambulancezorg

Planbare ambulancezorg betreft zorg en vervoer van patiënten tussen het woon- of verblijfadres en zorginstellingen voor diagnostiek, therapie of opname. Planbare ambulancezorg heeft een B-urgentie (B-inzet). Het betreft een rit naar aanleiding van een zorgvraag zonder A1- of A2-urgentie, waarbij een tijdstip of tijdsinterval is afgesproken voor het halen of brengen. Aanbieders van ambulancezorg leveren zowel laag complexe (vitale functies zullen tijdens of door het vervoer niet bedreigd raken) als hoog complexe geplande ambulancezorg (er kan sprake zijn van niet-stabiele vitale functies en/of er moet rekening mee gehouden worden dat deze functies tijdens of door het vervoer bedreigd kunnen raken).

3.1.3 Zorgdifferentiatie

Aanbieders van ambulancezorg hebben hun zorgaanbod de afgelopen jaren gedifferentieerd. Met het gedifferentieerde aanbod kunnen ambulancediensten passend zorgaanbod inzetten.

^m Medische indicatie: synoniem voor medische noodzaak. Er is een medische reden waardoor iemand in aanmerking komt voor (een bepaalde vorm van) zorg, behandeling of geneesmiddel.

Naast reguliere ambulancezorg zetten RAV's nu ook zorgambulances, rapid responders en specialistisch vervoer in:

- Zorgambulance. De MKA zet een zorgambulance in voor patiënten met een laagcomplexere zorgvraag. Bij laagcomplexere ambulancezorg volstaat het werken volgens routines en standaardprocedures. Medisch of verpleegkundig toezicht en/of behandeling is niet noodzakelijk. Het gaat bij de zorgambulance om het aanbieden van enkele verzorgende handelingen en psychosociale ondersteuning.
- Rapid responder. Een rapid responder is een ambulanceverpleegkundige die ter plaatse zelfstandig handelt, al dan niet in afwachting van een ambulance of andere zorgverlener. Een rapid responder levert reguliere ambulancezorg op Advanced Life Support (ALS)-niveau, maar treedt op als solo-eenheid en kan niet vervoeren. De rapid responder kan zich met verschillende voertuigen verplaatsen, zoals een motor, auto of fiets.
- Specialistisch vervoer. Specialistisch vervoer is gericht op transport van een IC-patiënt. Bij specialistisch vervoer gaat het om vervoer van de patiënt tussen twee ziekenhuizen (locaties). Een specialistisch team voert de begeleiding uit in een daarvoor speciaal ingericht voertuig.ⁿ

3.2 Afbakening ambulancezorg

In dit rapport bakenen we de definitie van ambulancezorg iets verder af dan in de voorgaande paragraaf beschreven. Wij richten ons alleen op de ambulancezorg die in aanmerking kan komen voor een monopolie: Ambulancezorg, waarvoor de gecontracteerde aanbieder in een betreffende regio het alleenrecht heeft om dit aan te bieden. Het is raadzaam om alleen een monopolie te creëren voor ambulancezorg wanneer dit voor goede kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid nodig is. Een aanbieder van ambulancezorg kan naast het bieden van de ambulancezorg, waarvoor hij het alleenrecht heeft, ook andere mobiele zorg bieden. Voor die andere mobiele zorg concurreert hij in dat geval met andere aanbieders.

We hanteren de volgende definitie van ambulancezorg in dit rapport:

Ambulancezorg is mobiele zorg waarbij een vervoersbeweging nodig kan zijn en verpleegkundige vaardigheden en/of medische faciliteiten in het voertuig nodig zijn.

Bij spoedeisende ambulancezorg wordt de medische noodzaak bepaald op basis van de melding, bij geplande zorg op basis van de toestand van de patiënt. Een deel van het huidige vervoer door zorgambulances valt buiten onze definitie. Het is echter niet mogelijk gebleken om dit deel te kwantificeren.

ⁿ In de meeste gevallen zal er sprake zijn van electief IC-transport, dat planbaar is en uitgevoerd wordt met een Mobile Intensive Care Unit (MICU). Spoed-IC-transport wordt uitgevoerd met een reguliere ambulance. Het betreft in het algemeen instabiele patiënten voor wie snelle behandeling elders cruciaal is. Uitstel van transport, in afwachting van de komst van de MICU, is onverantwoord. Bij de Pediatrische Intensive Care Unit (PICU) is sprake van interklinisch intensive-care-vervoer van een patiënt in de leeftijd jonger dan 18 jaar. Bij de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) is sprake van interklinisch vervoer van een (pasgeboren) baby.

4 Aanpak onderzoek

Het rapport betreft een expert advies van SiRM aan het ministerie van VWS. We hebben het onderzoek in twee fases uitgevoerd. De eerste fase stond in het teken van de inventarisatie van mogelijke ordeningsvarianten en een voorlopige score van de varianten op de toetsingscriteria. De tweede fase betrof het uitwerken van de 9 door het ministerie van VWS gekozen ordeningsvarianten en een concretisering van de scores en onderbouwing ervan op de toetsingscriteria. De scores en onderbouwing zijn gebaseerd op ‘expert opinions’ – opgehaald uit expertbijeenkomsten en interviews – en desk research. De weging van mogelijk tegengestelde ‘expert opinions’ lag bij SiRM. Tijdens het onderzoek heeft SiRM een begeleidingsgroep, waarin belanghebbende partijen deelnamen, gevraagd om kennis en kunde te leveren om feitelijke onjuistheden en omissies te voorkomen.

SiRM heeft het onderzoek naar de toekomstige ordening van de ambulancezorg in twee fases uitgevoerd, die wij in dit hoofdstuk bespreken. Tijdens het onderzoek heeft SiRM drie keer een begeleidingsgroep gevraagd om bijeen te komen. De taken en samenstelling van de begeleidingsgroep komen in de eerste paragraaf aan de orde.

4.1 Begeleidingsgroep

Het ministerie van VWS heeft SiRM gevraagd om een expert advies uit te brengen over de toekomstige ordening van de ambulancezorg. Consensus bereiken onder alle belanghebbende partijen vormde geen onderdeel van de opdracht. Tegelijkertijd is het onderzoek naar de toekomstige ordening van de ambulancezorg inhoudelijk complex en spelen er grote belangen. Daarom hebben we voorgesteld om een begeleidingsgroep bestaande uit belanghebbende partijen samen te stellen. We hebben de begeleidingsgroep gevraagd om kennis en kunde te leveren om feitelijke onjuistheden te voorkomen en zodat wij geen inzichten missen die relevant zijn voor het advies.

SiRM heeft drie keer bevindingen uit interviews, desk research en expertbijeenkomsten getoetst bij de begeleidingsgroep. De leden van de begeleidingsgroep zijn daarnaast geïnterviewd door SiRM en hebben experts aangeleverd voor de expertbijeenkomsten (zie volgende paragrafen).

De volgende (vertegenwoordigers van) belanghebbende partijen hebben deelgenomen in de begeleidingsgroep:

- Ambulancezorg Nederland (AZN)
- CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief
- GHOR GGD Nederland
- InEen, vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg
- Koninklijk Nederlands Vervoer (KNV)
- Het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)

- Het Landelijk Platform van Ondernemingsraden in de AmbulanceZorg (LPOAZ)
- De Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)
- Patiëntenfederatie Nederland
- De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (als waarnemer)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Twee organisaties hebben daarnaast één vergadering van de begeleidingscommissie bijgewoond: De Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV) (alleen tweede bijeenkomst^o) en de Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA) (alleen derde bijeenkomst).

Voor een overzicht van de deelnemende personen zie Bijlage 2.

4.2 Fase 1 – Inventarisatie mogelijke varianten

De eerste fase van het onderzoek bestond uit drie subfases:

- Het definiëren van varianten.
- Het operationaliseren van de toetsingscriteria.
- Het scoren van de varianten en de selectie van 9 varianten door het ministerie van VWS.

De eerste fase van het onderzoek liep in de maanden januari en februari van 2017.

4.2.1 Definiëren van varianten

We hebben aan de hand van vier ordeningsvragen een uitputtende lijst van mogelijke varianten voor de ordening van de ambulancezorg opgesteld. Het betrof de volgende ordeningsvragen (zie Hoofdstuk 5 voor verdere uitwerking van de ordeningsvragen):

1. Wie is de regisseur van de ambulancezorg?
2. Welke aanbieders mogen ambulancezorg aanbieden?
3. Waar wordt de ambulancezorg geleverd, dat wil zeggen wat is de regio-indeling?
4. Wat is de inhoud van de ambulancezorg, met andere woorden de reikwijdte van het monopolie?

Dit leverde een lijst van 96 mogelijke varianten op. Vervolgens hebben we de varianten die onlogisch waren laten vervallen, wat resulteerde in 44 logische varianten (zie Bijlage 5 voor een gedetailleerde onderbouwing van de vervallen varianten).

We hebben daarnaast tijdens deze subfase interviews gevoerd met de leden van de begeleidingsgroep over de belangen en ambities van hun organisaties ten aanzien van de ordening van de ambulancezorg.

^o De FNV heeft begin april besloten niet meer deel te nemen aan de begeleidingsgroep omdat ze zich niet kunnen vinden in de methodiek van het onderzoek.

4.2.2 Operationaliseren toetsingscriteria

In de tweede subfase hebben we de toetsingscriteria die volgden uit de opdracht van VWS geoperationaliseerd. We zijn gestart met het indelen van de elf toetsingscriteria in drie categorieën: operationele criteria, bestuurlijke criteria en transitiecriteria (zie Hoofdstuk 5 voor verdere uitwerking van de toetsingscriteria):

- Operationele criteria: patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid, toegankelijkheid van ambulancezorg, kwaliteit van ambulancezorg, samenwerking in de keten en overdracht van gegevens.
- Bestuurlijke criteria: arbeidsmarkt-aspecten, governance, bestuurlijke complexiteit en kosten voor de maatschappij.
- Transitiecriteria: transitiekosten en draagvlak.

We hebben vervolgens de 11 toetsingscriteria vertaald in twee tot vier betekenisvolle subcriteria per toetsingscriterium om de ordeningsvarianten op te kunnen toetsen. We hebben voor het scoren van de ordeningsvarianten op de subcriteria gekozen voor een vijfpuntsschaal: onvoldoende, matig, gemiddeld, goed en uitstekend. Het betreft relatieve scores, dat wil zeggen een variant scoort beter of minder goed op een subcriterium dan een andere variant.

We hebben de lijst met mogelijke ordeningsvarianten en de operationalisatie van de toetsingscriteria besproken met de begeleidingsgroep. Op basis van de discussies hebben we aanpassingen doorgevoerd.

4.2.3 Scoren van varianten en selectie 9 varianten door VWS

Om de 44 logische varianten op een overzichtelijke manier te scoren op de subcriteria hebben we eerst in kaart gebracht welke ordeningsvraag impact heeft op het toetsingscriterium. Bijvoorbeeld: heeft de keuze voor de regisseur impact op de kwaliteit van de ambulancezorg. Daar waar er impact is hebben we vervolgens de ordeningsvarianten (combinatie van ordeningsvragen wie? welke? waar? en wat?) gescoord op de subcriteria. Bij het scoren van de varianten hebben we inzichten uit het buitenland gebruikt die wij hebben opgedaan uit een quick scan over ambulancezorg in het buitenland (zie Bijlage 8).

De scores en onderbouwing op de criteria zijn gebaseerd op 'expert opinions' – opgehaald uit expertbijeenkomsten en interviews – en desk research. SiRM heeft eerste voorlopige scores van de ordeningsvarianten op de subcriteria opgesteld. Deze hebben wij getoetst tijdens een expertbijeenkomst met experts aangedragen door de deelnemende organisaties in de begeleidingsgroep (zie Bijlage 3 voor de deelnemers van de expertbijeenkomsten). We hebben de aangepaste scores en de onderbouwing ervan op de 11 toetsingscriteria vervolgens besproken in de begeleidingsgroep. Dit heeft wederom geleid tot aanpassingen. De weging van mogelijk tegengestelde 'expert opinions' lag bij SiRM.

Het ministerie van VWS heeft SiRM gevraagd om in de tweede fase 9 varianten uit te werken, die gekozen zijn op basis van de discussies tijdens de begeleidingsgroep bijeenkomsten en de expertbijeenkomst. Het betreft alle mogelijke combinaties van de ordeningsvragen wie? en welke? Het ministerie verzoekt SiRM de vragen waar? en wat? separaat uit te werken.

4.3 Fase 2 – Uitwerking 9 varianten

De tweede fase van het onderzoek bestond eveneens uit drie subfases:

- Het nader definiëren van de 9 varianten.
- Het concretiseren van de scores op de toetsingscriteria.
- Het afronden van het onderzoek.

De tweede fase van het onderzoek liep in de maanden maart en april van 2017.

4.3.1 Nader definiëren van de 9 varianten

We zijn de tweede fase van het onderzoek gestart met het nader definiëren van de 9 ordeningsvarianten. Dit hebben we gedaan door de rollen en verantwoordelijkheden van de regisseur en de aanbieders te concretiseren. Ook de geldstromen tussen regisseur, aanbieder en burger/verzekerde hebben we hierbij in kaart gebracht. Tenslotte hebben we de zorgverlening en zorgplicht richting de burger en de verzekerde expliciet gemaakt per ordeningsvariant. We hebben deze nadere definitie van de varianten besproken tijdens een expertbijeenkomst. Dit heeft geleid tot aanpassing van de nadere definitie.

Parallel hieraan hebben we in de tweede fase de manier van selecteren en contracteren van ambulancezorg voor de 9 gekozen ordeningsvarianten in kaart gebracht. De manier van selecteren, oftewel of een regisseur verplicht is de ambulancezorg aan te besteden, is sterk bepaald door de juridische houdbaarheid op het niveau van EU wetgeving. Om dit nader uit te zoeken hebben wij juridische expertise aangetrokken in de persoon van Arthur de Groot van Coupriy. De manier van contracteren was onderdeel van de expertbijeenkomst waar ook de nadere definitie van de varianten werd besproken.

4.3.2 Concretiseren scores op criteria

De volgende subfase stond in het teken van het concretiseren van de scores op de subcriteria van de 9 gekozen ordeningsvarianten. We hebben dit gedaan op basis van ‘expert opinions’ – opgehaald uit expertbijeenkomsten en interviews – en desk research. De expertbijeenkomsten en interviews hebben iedere keer tot aanpassing van de scores en onderbouwing geleid. De weging van mogelijk tegengestelde ‘expert opinions’ lag bij SiRM.

We hebben drie expertbijeenkomsten georganiseerd om de scores en onderbouwing van de varianten op de volgende 4 toetsingscriteria te concretiseren, waarbij het tweede en derde criterium in één bijeenkomst zijn besproken:

- Kwaliteit van ambulancezorg.
- Samenwerking in de keten
- Overdracht van gegevens.
- Arbeidsmarkt-aspecten.

De scores van de varianten op de overige toetsingscriteria zijn tot stand gekomen op basis van interviews en desk research:

- We hebben de leden van de begeleidingsgroep geïnterviewd over het draagvlak bij hun achterban voor de verschillende varianten en over de bestuurlijke complexiteit per variant.
- We hebben een interview gevoerd met een expert over de governance per variant, met de Patiëntenfederatie over de positie van de patiënt en met de 'breng' en 'haal' locaties van de ambulancezorg (de ziekenhuizen) over de toegankelijkheid van de ambulancezorg.
- We hebben desk research uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in de kosten voor de maatschappij en de transitiekosten per variant.

4.3.3 Afronden onderzoek

Op basis van de geconcretiseerde scores en de overige relevante informatie en inzichten opgehaald tijdens bijeenkomsten, interviews en uit desk research, heeft SiRM in de derde subfase het concept advies geschreven. Dit concept rapport heeft SiRM tijdens een derde bijeenkomst van de begeleidingsgroep op 26 april getoetst. Op basis van de derde bijeenkomst van de begeleidingsgroep en het commentaar van de leden van de begeleidingsgroep van hun achterban heeft SiRM het concept rapport aangepast.

5 Ordeningsvragen en toetsingscriteria

Aan de hand van vier ordeningsvragen heeft SiRM de mogelijke ordening van de ambulancezorg in 2020 in kaart gebracht: Wie is de regisseur? Welk soort aanbieders komen in aanmerking? Waar, binnen welke regio-indeling, wordt de ambulancezorg geleverd? en Wat is de reikwijdte van het monopolie? Deze ordeningsvragen leiden tot mogelijke ordeningsvarianten die wij in dit rapport met elkaar vergelijken aan de hand van 11 toetsingscriteria die wij hebben ingedeeld naar operationele, bestuurlijke en transitiecriteria.

In dit hoofdstuk komen eerst de vier ordeningsvragen aan bod. Vervolgens bespreken we de toetsingscriteria en de vertaling van de criteria naar subcriteria.

5.1 Ordeningsvragen

De ordeningsvarianten die we in dit onderzoek vergelijken aan de hand van toetsingscriteria zijn tot stand gekomen door het stellen van vier ordeningsvragen:

1. **Wie** is de regisseur van de ambulancezorg?
2. **Welke** aanbieders mogen ambulancezorg aanbieden?
3. **Waar** wordt de ambulancezorg geleverd, dat wil zeggen wat is de regio-indeling?
4. **Wat** is de inhoud van de ambulancezorg, met andere woorden de reikwijdte van het monopolie?

De combinaties van de antwoorden op deze vragen leiden tot de verschillende ordeningsvarianten die we in dit rapport beschrijven en tegen elkaar afwegen.

5.1.1 Wie?: Regisseur

De regisseur is de entiteit die bepaalt welke aanbieder(s) in een bepaald gebied de ambulancezorg mag/mogen leveren. De regisseur is verantwoordelijk voor het *selecteren* van aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren.

De regisseur is ook degene die de aanbieder van ambulancezorg aanspreekt als de aanbieder onvoldoende in staat blijkt goede kwaliteit ambulancezorg te leveren of onvoldoende de toegankelijkheid en/of doelmatigheid kan waarborgen:

- De regisseur dient in dat licht een onderhandelingspositie te hebben ten opzichte van de aanbieder, dat wil zeggen dat de regisseur moet kunnen bepalen of een aanbieder zijn concessie^p of contract verliest mocht hij zich niet aan de afspraken houden.
- Het betekent daarnaast dat de regisseur een bepaalde mate van vrijheid dient te hebben wat betreft het te besteden (regionale) budget aan ambulancezorg.
- Om te kunnen sturen op toegankelijkheid en kwaliteit van de ambulancezorg dient de regisseur te beschikken over gegevens over toegankelijkheid en kwaliteit, bijvoorbeeld door de scores te ontvangen op toegankelijkheids- en kwaliteitsindicatoren.

We onderscheiden in het onderzoek vier mogelijke regisseurs van de ambulancezorg: de GGD/GHOR, het ROAZ, de zorgverzekeraar en het ministerie van VWS^q.

Ministerie van VWS

De eerste regisseur die we in dit onderzoek onderscheiden, is het ministerie van VWS. Het kan zowel het ministerie zelf betreffen, dienst(en), agentschap(pen) of één of meerdere zelfstandige bestuursorganen (ZBO). In de varianten die wij uitgewerkt hebben, contracteert het ministerie de aanbieders van ambulancezorg niet zelf, maar selecteert zij de aanbieders door het verlenen van een concessie (voor verdere uitwerking zie paragraaf 6.1).

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er zijn 9 zorgverzekeraars in Nederland. We gaan er in onze analyse van uit dat zorgverzekeraars als regisseur de ambulancezorg niet-concurrentieel selecteren en contracteren. Spoedeisende ambulancezorg vraagt om één aanbieder per regio (monopoliepositie) die onder andere een beschikbaarheidsfunctie vervult. We gaan uit van selectie en contracteren van ambulancezorg via het representatiemodel. Binnen dit model selecteren twee representerende zorgverzekeraars de ambulancezorgaanbieder voor een bepaalde regio en maken zij afspraken over kwaliteit, toegankelijkheid en het budget. Het gaat om de grootste zorgverzekeraar in de betreffende regio en de op een na grootste zorgverzekeraar. Deze tweede zorgverzekeraar vertegenwoordigt ook de overige zorgverzekeraars. De contractering van de ambulancezorg vindt plaats door alle zorgverzekeraars individueel op basis van de afspraken die de representerende zorgverzekeraars hebben gemaakt.

ROAZ

In het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) zijn de ziekenhuizen, de ambulancezorg, huisartsen(posten), verloskundigen, geestelijke gezondheidszorg (GGz), GHOR en GGD uit de regio

^p Met het verlenen van een concessie bepaalt de regisseur welke aanbieder het monopolie heeft op het leveren van ambulancezorg in een regio. De betaling voor het leveren van ambulancezorg verloopt via een andere partij.

^q Het ministerie van VWS valt onder de minister van VWS die als bestuursorgaan (of als entiteit van de Staat der Nederlanden als rechtspersoon) besluiten kan nemen.

vertegenwoordigd. In een aantal ROAZ regio's nemen ook de representerende zorgverzekeraars structureel deel aan het overleg. Er zijn 11 Regionaal Overleg Acute Zorgketens in Nederland. De taken van het ROAZ zijn:

- brengt het acute zorgaanbod in de regio in kaart;
- lost witte vlekken in het zorgaanbod en/of de bereikbaarheid op;
- stemt activiteiten af tussen aanbieders en zorg; en
- stemt af over voorbereiding op geneeskundige hulpverlening bij rampen en crises.

Het ROAZ is een bestuurlijk overlegorgaan, het is geen juridische entiteit. Daar waar we in dit rapport spreken over het ROAZ als regisseur gaan wij uit van een ROAZ dat ambulancezorgaanbieders kan selecteren en contracteren. Daarvoor zijn aanpassingen in de juridische structuur en de bevoegdheden van het ROAZ nodig.

GGD/GHOR

De GHOR is de geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing. GHOR zorgt voor de coördinatie van de witte kolom bij grote ongevallen en rampen. De GHOR staat onder leiding van de directeur publieke gezondheid (DPG). De DPG zorgt voor de inhoudelijke aansturing en geeft daarnaast leiding aan de GGD (zie Bijlage 7 voor een meer gedetailleerde beschrijving van de GGD/GHOR). Er zijn 25 GGD/GHOR organisaties in Nederland.

5.1.2 Welke?: Soort aanbieders

De tweede ordeningsvraag betreft het soort aanbieders dat in aanmerking komt om de ambulancezorg te leveren. We onderscheiden in het onderzoek 3 categorieën: overheidsdienst(en), combinatie van publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering en private aanbieders met de mogelijkheid tot winstuitkering.^f

Overheidsdienst

In het geval van een overheidsdienst of overheidsdiensten als aanbieder van ambulancezorg wordt de ambulancezorg binnen de overheid geleverd. In de huidige ordening komt dit niet voor.^g Mogelijke uitwerkingen zouden kunnen zijn:

- Het opnemen in de wet dat GGD-en vanuit de centrale overheid de wettelijke taak krijgen om ambulancezorg te bieden.

^f In de categorie met publieke en private aanbieders zonder de mogelijkheid tot winstuitkering kunnen ook B.V.'s deelnemen, mits ze geen mogelijkheid hebben om winst uit te keren (bijvoorbeeld omdat de aandeelhouders stichtingen zijn).

^g De regio's waar de GGD de ambulancezorg levert vallen binnen categorie 2 'publieke of private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering'. Het gaat immers niet om een wettelijke taak die door de GGD wordt uitgevoerd zoals het vaccinatie-programma.

- Het oprichten van een ZBO voor de uitvoering van de ambulancezorg. Dat kan met eigen rechtspersoonlijkheid, maar een ZBO is in de instellingswet ook als entiteit van de Staat in te richten.[†]

Publieke of private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

De tweede categorie bestaat uit publieke of private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering. Het gaat in dit geval om publieke aanbieders die kunnen concurreren om het leveren van ambulancezorg met private aanbieders. In de huidige ordening is de aanbieder van ambulancezorg in 18 regio's een organisatie zonder mogelijkheid tot winstuitkering. Het betreft:

- 3 regio's waar de ambulancezorg wordt uitgevoerd door BV's die voor 100% in eigendom van een UMC zijn.
- 9 regio's waar een GGD de aanbieder is.
- 6 regio's waar een stichting de ambulancezorg aanbiedt.

Er zijn daarnaast nog 5 regio's waar ambulancezorg geleverd wordt door een mix van publieke aanbieders en private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering.

Private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

We onderscheiden tenslotte private aanbieders mét de mogelijkheid tot winstuitkering. In de huidige ordening zijn er 7 regio's waar ambulancezorg geleverd door partijen met de mogelijkheid tot winstuitkering. Het betreft:

- 2 regio's waar een private aanbieder met mogelijkheid tot winstuitkering de enige aanbieder van ambulancezorg is.
- 5 regio's waar de private aanbieder met mogelijkheid tot winstuitkering samen in een coöperatie met een andere partij zonder winstoogmerk de ambulance leveren.

5.1.3 Waar?: Gebiedsindeling

De derde ordeningsvraag die een rol speelt in het onderzoek is de gebiedsindeling voor het monopolie op (spoedeisende) ambulancezorg. We onderscheiden 4 mogelijke bestaande regio-indelingen (zie ook Bijlage 6):

- De 25 veiligheidsregio's. Dit zijn de huidige monopolie-regio's voor de ambulancezorg die samenvallen met de 25 GGD/GHOR regio's.
- De 11 ROAZ-regio's. Initiators van het ROAZ zijn de elf ziekenhuizen met een traumacentrum functie: de 8 Universitair Medisch Centra (UMC's) en 3 STZ ziekenhuizen (te Zwolle, Enschede en Tilburg).

[†] Een zelfstandig bestuursorgaan is de drager van publiekrechtelijke taken en bevoegdheden (openbaar gezag). Dat kan zonder en met rechtspersoonlijkheid. In het laatste geval neemt het zelf aan het rechtsverkeer deel. In bepaalde gevallen kan het voor een goede taakvervulling van belang zijn dat de organisatie waarvan een zelfstandig bestuursorgaan deel uitmaakt, op eigen titel - dat wil zeggen los van de rechtspersoon Staat der Nederlanden - aan het civielrechtelijke rechtsverkeer kan deelnemen. Voorbeelden in de zorg zijn de NZa, het CIZ, het Zorginstituut Nederland.

- De 10 (toekomstige) gemeenschappelijke meldkamerregio's. De 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's, waar ook de MKA gesitueerd zal zijn, komen overeen met de tien regionale eenheden van de politie (oftewel politieregio's). Deze zijn gebaseerd op de arrondissementsparketten van het Openbaar Ministerie.
- Eén landelijke regio. De ambulancezorg wordt in één landelijke organisatie samengebracht.

5.1.4 Wat?: Inhoud van ambulancezorg

De laatste ordeningsvraag die we hanteren in dit onderzoek is de inhoud van de ambulancezorg, dat wil zeggen de reikwijdte van het monopolie. We onderscheiden 2 mogelijkheden wat betreft het monopolie:

- Een monopolie op spoedeisende én geplande ambulancezorg. Dit komt overeen met het huidige monopolie van RAV's, zonder ritten waar verpleegkundige vaardigheden en/of medische faciliteiten niet nodig zijn. In een veiligheidsregio komt slechts één aanbieder in aanmerking voor het leveren van spoedeisende én geplande ambulancezorg^u.
- Een monopolie op enkel de spoedeisende ambulancezorg^v. In dit geval geldt het monopolie alleen voor spoedeisende ritten, die per regio slechts door één aanbieder geleverd worden. Het geplande vervoer met zorg wordt aan de markt gelaten. Ziekenhuizen kunnen in dit geval bijvoorbeeld zelf interklinisch vervoer organiseren. Uitzondering is de hoog complexe geplande ambulancezorg met de MICU, die onder het monopolie blijft vallen. Dit betreft slechts een zeer klein gedeelte van de huidige geplande ambulancezorg ritten.

5.2 Toetsingscriteria

Uit de vier ordeningsvragen volgen verschillende ordeningsvarianten. Deze vergelijken we met elkaar aan de hand van de 11 toetsingscriteria uit de opdracht van VWS. Eerst delen we de 11 toetsingscriteria in naar drie categorieën:

- Operationele criteria gaan over de dagelijkse levering van de ambulancezorg in de (nieuwe) ordening.
- Bestuurlijke criteria gaan over de bestuurlijke organisatie van de ambulancezorg in de (nieuwe) ordening.
- Transitiecriteria, gaan over de overgang van de huidige ordening naar de nieuwe ordening in 2020.

^u Wij gaan wel uit van een nauwere afbakening van vooral het geplande vervoer met zorg (zie paragraaf 3.2).

^v En de hoog complexe geplande ambulancezorg.

5.2.1 Operationele criteria

We vergelijken de ordeningsvarianten met elkaar aan de hand van 5 operationele criteria, aspecten die bij de levering van ambulancezorg van belang zijn. Het gaat om een vergelijking van de ordeningsvarianten wanneer zij geïmplementeerd en operationeel zijn. Het gaat niet om de overgang van de huidige ordening naar een nieuwe ordening. Dit komt aan de orde bij de derde categorie toetsingscriteria: de transitiecriteria.

Patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid

Het eerste toetsingscriterium 'Patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid' vertalen we naar twee subcriteria:

- De ervaringen van patiënten die ambulancezorg hebben ontvangen.
- De financiële toegankelijkheid van de ambulancezorg voor patiënten.

Naast patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid voor de patiënt, zijn voor de patiënt de toegankelijkheid en de kwaliteit van ambulancezorg van groot belang. Deze twee criteria komen hieronder separaat aan bod.

Toegankelijkheid van de ambulancezorg

Het tweede toetsingscriterium 'Toegankelijkheid van de ambulancezorg' vervatten we eveneens in twee subcriteria:

- Het behalen van normaanrijtijden voor levensbedreigende situaties.
- De tijdige beschikbaarheid van gepland vervoer met zorg.

Kwaliteit van de ambulancezorg

Het derde operationele toetsingscriterium is 'Kwaliteit van de ambulancezorg' dat SiRM heeft vertaald naar vier subcriteria:

- Patiëntveiligheid.
- Minimalisatie van gezondheidsverlies vanaf het moment van de melding tot overdracht van patiënt aan andere acute zorgverlener.
- Medisch-inhoudelijke innovatie door de ambulancezorg aanbieder.
- Zorg leveren op de juiste plek. Dit kan de plaats van het incident zijn, zoals Eerste Hulp Zonder Vervoer (EHZV), maar gaat vooral ook over het brengen naar de juiste acute zorgaanbieder.

Samenwerking in de keten

Het vierde operationele criterium 'Samenwerking in de keten' bekijken we op drie subaspecten:

- Samenwerking in de acute zorgketen. Het gaat om samenwerking van de ambulancezorg-aanbieders met de andere partners in de acute zorgketen.
- Samenwerking met andere aanbieders van ambulancezorg tussen regio's. Het betreft bijvoorbeeld afspraken over grensgebieden.
- Samenwerking in de veiligheidsketen. Dit subcriterium gaat in op de samenwerking van de ambulancezorg aanbieders met de 'blauwe' (politie) en 'rode' (brandweer) kolom.

Overdracht van gegevens

Het vijfde en laatste operationele criterium 'Overdracht van gegevens' hebben we vertaald naar de volgende drie subcriteria:

- Overdracht van patiëntgegevens van verwijzer aan ambulanceverpleegkundige.
- Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan (acute) hulpverlener.
- Terugkoppeling van patiëntgegevens aan aanbieder ambulancezorg.

5.2.2 Bestuurlijke criteria

Naast de operationele criteria, vergelijken we de ordeningsvarianten ook met elkaar aan de hand van 4 zogeheten bestuurlijke criteria. De bestuurlijke criteria gaan in op arbeidsmarktaspecten, bestuurlijke complexiteit, governance en kosten voor de maatschappij. Het gaat ook hier om een vergelijking van de ordeningsvarianten in de eindsituatie, wanneer zij geïmplementeerd en operationeel zijn.

Arbeidsmarkt-aspecten

We brengen eerst de impact van de ordeningsvarianten op de arbeidsmarkt-aspecten in kaart. We richten ons in de analyse vooral op de ambulanceverpleegkundige. Er is op dit moment (in een aantal regio's) een tekort aan ambulanceverpleegkundigen, dat de komende jaren waarschijnlijk toeneemt. Naast de ambulanceverpleegkundigen bestaat het personeel in de ambulancezorg vooral uit verpleegkundig centralisten MKA en ambulancechauffeurs. We beschrijven de impact op arbeidsmarktaspecten aan de hand van drie perspectieven:

- Het perspectief van het personeel. Het gaat hierbij om werkzekerheid, werkinhoud en medewerkerstevredenheid.
- Het perspectief van de aanbieders van ambulancezorg. Dit subcriterium draait vooral om de beschikbaarheid van personeel. Duurzame inzetbaarheid speelt daarbij een rol. Dit subcriterium is sterk gelieerd aan het eerste.
- Het perspectief van de regisseur. Hier zijn vooral aspecten als betaalbaarheid van het personeel en opleidings- en functie-eisen voor het personeel van belang.

Bestuurlijke complexiteit

Het tweede bestuurlijke criterium waaraan wij de ordeningsvarianten toetsen, is bestuurlijke complexiteit. We gaan na bij welke varianten er sprake is van grotere of juist minder grote bestuurlijke complexiteit. Dit doen we door twee aspecten te bekijken:

- De mate van afstand van de landelijke of lokale politiek. Een ordeningsvariant die dicht op de landelijke of lokale politiek zit kan politisering van de ambulancezorg veroorzaken en daarmee leiden tot hogere bestuurlijke complexiteit.
- De mate waarin de organisatie van de ambulancezorg tot (lokale of landelijke) bestuurlijke drukte leidt.

Governance

We vergelijken de ordeningsvarianten daarnaast met elkaar op het gebied van governance. We brengen de governance op twee niveaus in kaart:

- De governance op het niveau van de regisseur van de ambulancezorg.
- De governance op het niveau van de aanbieder van ambulancezorg.

Kosten voor de maatschappij

Het vierde en laatste bestuurlijke criterium is kosten voor de maatschappij. We vergelijken de verschillende ordeningsvarianten ten opzichte van elkaar op drie kostensoorten:

- De directe kosten van ambulancezorg.
- De kosten om de ambulancezorg te organiseren.
- De vervolgcosten elders in de keten, met name bij de medisch specialistische zorg (MSZ).

5.2.3 Transitiecriteria

Naast het vergelijken van de ordeningsvarianten voor een nieuwe permanente situatie, is het ook van belang om te kijken naar de transitiefase. We toetsen de impact van deze transitiefase door de varianten te scoren op 2 transitiecriteria.

Draagvlak

We kijken eerst naar het draagvlak dat er is voor een bepaalde ordeningsvariant. Voldoende draagvlak is van belang voor het aannemen van de wet in de Tweede en Eerste kamer en voor het implementeren van een nieuwe ordening. Het draagt bij aan het sneller in werking treden van een wet als deze is aangenomen. We hebben het draagvlak voor de ordeningsvarianten in kaart gebracht voor de volgende belanghebbende partijen:

- patiënten;
- personeel;
- huidige aanbieders;
- potentiële nieuwe aanbieders;
- aanbieders in de acute zorgketen;
- partners in de veiligheidsketen; en
- zorgverzekeraars.

Transitiekosten

Het tweede criterium dat we analyseren in het licht van de transitie zijn de transitiekosten van de overgang van de huidige ordening naar een nieuwe ordening. We hebben de subcriteria gebaseerd op een conceptueel model dat SiRM eerder in opdracht van het ministerie van VWS heeft gemaakt om transitiekosten bij een stelselwijziging in de zorg in kaart te brengen.^w

De transitie van het ene naar het andere stelsel bestaat uit drie fases, waarvan het begin en het einde niet altijd even scherp zijn te onderscheiden. Eerst treedt er verstoring van het evenwicht op, vervolgens vindt de transitie plaats en uiteindelijk ontstaat er een nieuw evenwicht. We bevinden ons nu in de eerste fase waarbij is aangekondigd dat de inrichting van de ambulancezorg verandert. Als vaststaat hoe de nieuwe inrichting er uitziet, gaat de volgende fase in. We onderscheiden drie partijen om de transitiekosten voor in kaart te brengen: de Rijksoverheid, de zorgverzekeraar of inkoper van zorg en de zorgaanbieder. In dit onderzoek zijn we bij de zorgaanbieder ook ingegaan op de transitiekosten voor het personeel.

^w Model is onderdeel van project 'Zorgkeuzes in kaart' waarmee het Centraal Planbureau beleidsvoorstellen heeft doorgerekend.

Het transitieproces gaat gepaard met verschillende typen transitiekosten voor de drie betrokken partijen. Niet alle typen kosten zijn in alle drie fases van het transitieproces relevant. We onderscheiden de volgende typen transitiekosten:

- lopende kosten bijvoorbeeld voor verandermanagement, aanpassen van personeelsbestand, juridische kosten, maken van wet- en regelgeving, ;
- waardeoverdracht en –verandering, bijvoorbeeld omdat vergunning moet worden beëindigd;
- Onzekerheid waardoor mogelijk investeringen en opleidingen worden uitgesteld;
- Gedragseffecten die anticiperen op veranderingen.

6 Negen ordeningsvarianten

Het ministerie van VWS heeft SiRM, op basis van de analyses in fase 1, gevraagd om 9 ordeningsvarianten te vergelijken aan de hand van de toetsingscriteria. Het gaat bij deze varianten om een combinatie van de regisseur en het soort aanbieder. Per variant heeft SiRM de meest voor de hand liggende financiering van de ambulancezorg uitgewerkt. Bij varianten 1, 8 en 9 vindt financiering vanuit overheidsopbrengsten plaats, de overige varianten vallen binnen het Zvw premiekader. Dit levert ook verschillen op in de manier waarop de burger betaalt voor de ambulancezorg en of deze een aanspraak heeft op de ambulancezorg (Zvw-zorg) of dat het gaat om een voorziening. De betaling verloopt bij varianten 2 en 3 weliswaar via de zorgverzekeraar, maar deze wordt ontheven van de zorgplicht en financiële risico's omdat het ministerie van VWS de regisseur is.

In dit hoofdstuk beschrijven we de negen ordeningsvarianten die we vergelijken in dit rapport (zie **Figuur 5**). De varianten zijn een combinatie van de ordeningsvragen Wie is regisseur? en Welke aanbieder? Uit de analyse van fase 1 bleek dat dit de ordeningsvragen zijn die in combinatie gezien moeten worden en veel impact hebben op de toetsingscriteria. Per variant heeft SiRM de meest voor de hand liggende financiering van de ambulancezorg uitgewerkt. De ordeningsvragen Waar wordt de ambulancezorg geleverd? (gebiedsindeling) en Wat is de inhoud van ambulancezorg?, toetsen we apart aan de criteria (zie Hoofdstuk 9).

		Aanbieder		
		Overheidsdienst	Publieke / private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering	Private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering
Regisseur	Ministerie van VWS	Variant 1. Financiering vanuit overheidsopbrengsten	Variant 2. Financiering vanuit de Zvw	Variant 3. Financiering vanuit de Zvw
	Zorgverzekeraar		Variant 4. Financiering vanuit de Zvw	Variant 5. Financiering vanuit de Zvw
	ROAZ		Variant 6. Financiering vanuit de Zvw	Variant 7. Financiering vanuit de Zvw
	GGD/GHOR		Variant 8. Financiering vanuit overheidsopbrengsten	Variant 9. Financiering vanuit overheidsopbrengsten

Figuur 5. Negen ordeningsvarianten (o.b.v. combinatie regisseur en aanbieder) en financiering

6.1 VWS is regisseur

In deze paragraaf beschrijven we de varianten waar VWS de regisseur is. Het kan zowel het ministerie zelf betreffen als één of meerdere zelfstandige bestuursorganen (ZBO).

6.1.1 1. VWS & overheidsdienst(en) aanbieder

Het Ministerie van VWS bepaalt welke overheidsdienst(en) toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. Dit wordt opgenomen in wet- en regelgeving, net zoals de minimale kwaliteitseisen waaraan de ambulancezorg dient te voldoen.

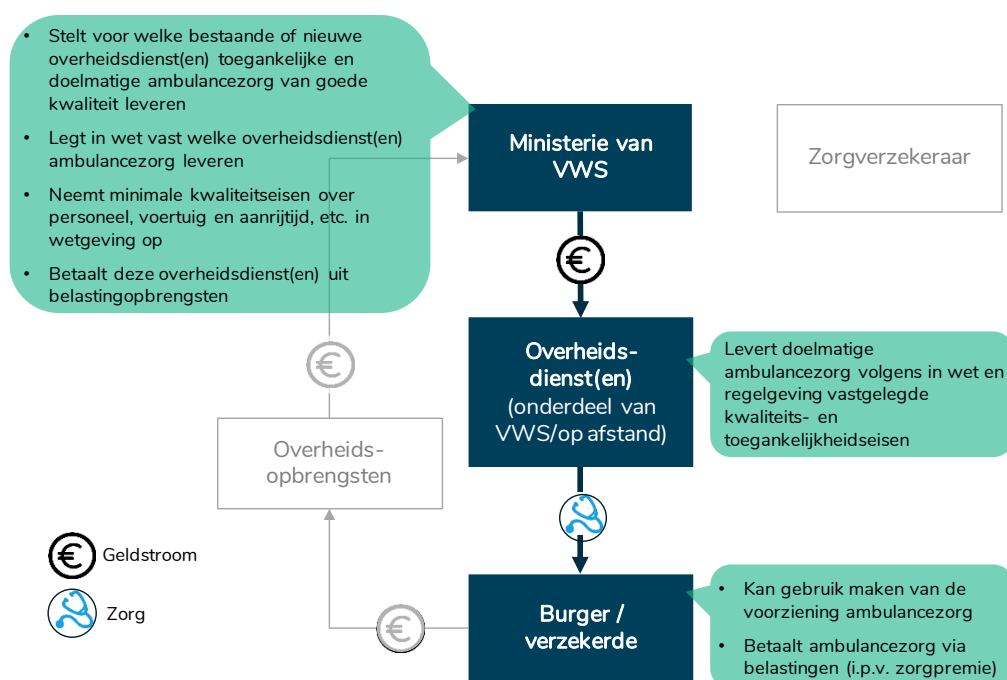
Overheidsdiensten die de uitvoering van de ambulancezorg op zich kunnen nemen zijn:

- bestaande aanbieders zoals gemeenschappelijke regelingen of
- op te richten overheidsdiensten of
- via een ZBO als uitvoerend orgaan.^x

De overheidsdiensten vallen als aanbieder niet onder de Zvw, maar worden betaald uit belastingopbrengsten. Ze vallen dan in de regel rechtstreeks onder de begroting van VWS. De overheidsdiensten zijn een zelfstandig publiekrechtelijk rechtspersoon (zoals een gemeente), onderdeel van VWS, of staan op afstand (zoals een ZBO). Zij leveren de ambulancezorg conform wettelijk vastgelegde kwaliteits- en toegankelijkheids-eisen. De zorgverzekeraars hebben geen contractrelatie met de ambulancezorgvoorziening.

De burger kan gebruik maken van de ambulancezorgvoorziening. Er is mogelijk een eigen bijdrage, maar geen eigen risico zoals gebruikelijk in de Zvw. De voorziening wordt niet betaald uit zorgpremies, maar uit belasting (zie **Figuur 6**).

^x ZBO's zijn niet hiërarchisch ondergeschikt aan de minister en geen onderdeel van een ministerie. Zij hebben zelfstandige taken en bevoegdheden die door de wet direct aan hen zijn toebedeeld. Daarbij kan de keuze worden gemaakt een ZBO ook een eigen rechtspersoonlijkheid te geven en daarmee niet als onderdeel van de Staat in te richten.



Figuur 6. Variant 1 met het Ministerie van VWS als regisseur & overheidsdienst(en) als aanbieder

Deze variant is te vergelijken met de ordening in de staat New South Wales (NSW) in Australië of in Singapore. In NSW wordt de spoedeisende ambulancezorg verzorgd door de NSW-ambulancedienst, een uitvoerende dienst van het ministerie voor volksgezondheid. In Singapore wordt de spoedeisende ambulancezorg aangeboden door de burgerlijke beschermingsdienst.

6.1.2 2. VWS & publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

Er zijn meerdere manieren om deze variant in te vullen. We hebben gekozen voor de meest voor de hand liggende. Uitgangspunt daarbij is dat de ambulancezorg onder de Zvw valt en de betaling dus via zorgverzekeraars verloopt.

Het Ministerie van VWS bepaalt het macrokader ambulancezorg en de verdeling van geld naar de monopolie-gebieden. De ordening van ambulancezorg wordt wettelijk vastgelegd met onder andere de afbakening van de monopolie-gebieden en een verbod op uitkeren van winst door aanbieders van ambulancezorg.^Y In de wet- en regelgeving worden daarnaast de minimale kwaliteitseisen opgenomen over uitrusting van de voertuigen, opleidings- en ervaringseisen van het personeel, minimale aanrijtijden et cetera. Als regisseur selecteert VWS de aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. De aanbieders zijn publieke organisaties (zoals GGD-en) of private organisaties zonder mogelijkheid tot winstuitkering (stichtingen).

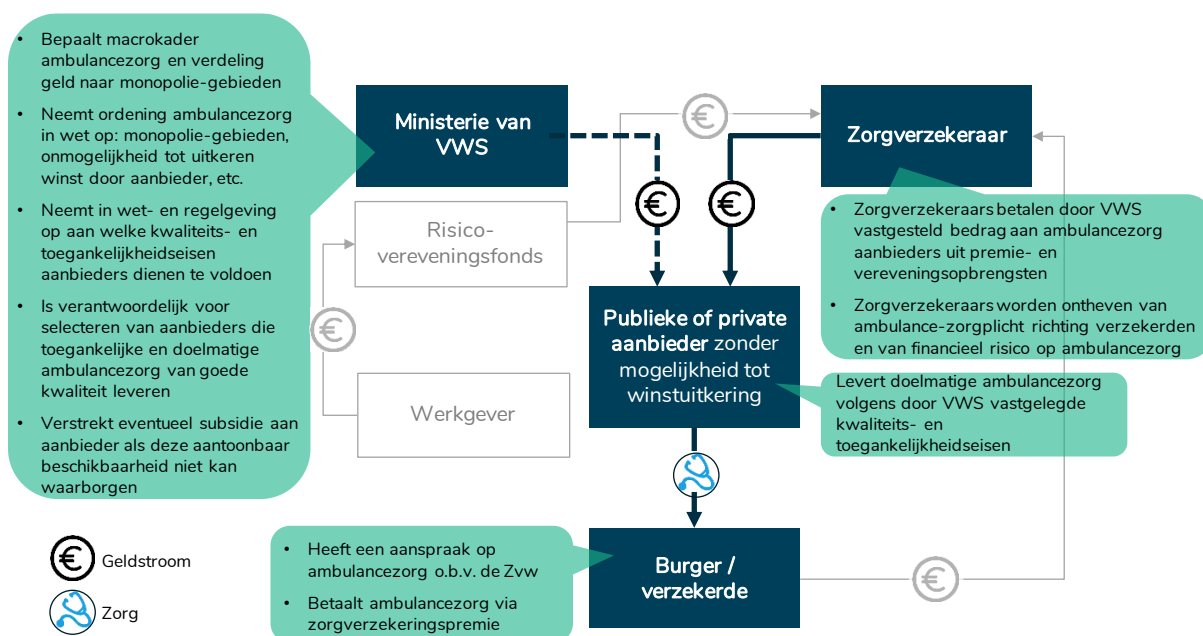
De ambulancezorg wordt betaald uit de Zvw premie- en vereveningsinkomsten. Zorgverzekeraars verzorgen de administratieve afhandeling. Aangezien de regiefunctie in deze variant geheel bij VWS

^Y De onmogelijkheid tot winstuitkering geldt ook voor onderaannemers.

ligt, hebben zorgverzekeraars geen middelen om in te grijpen als de kwaliteit of toegankelijkheid van ambulancezorg tekort zou komen. VWS is daarvoor als regisseur verantwoordelijk. Zorgverzekeraars worden ontheven van de zorgplicht voor ambulancezorg richting verzekerden en van financieel risico op ambulancezorg.²

Mogelijk schiet de standaard vergoeding in een bepaald gebied tekort, bijvoorbeeld omdat het dunbevolkt is, of omdat er een SEH sluit. In dat geval verstrekt VWS als regisseur subsidie aan een aanbieder als deze aantoonbaar de beschikbaarheid en inzetbaarheid niet kan waarborgen. Deze aanpak is vergelijkbaar met de huidige aanpak om ziekenhuizen in 'kritische' gebieden te compenseren voor het openhouden van de SEH.

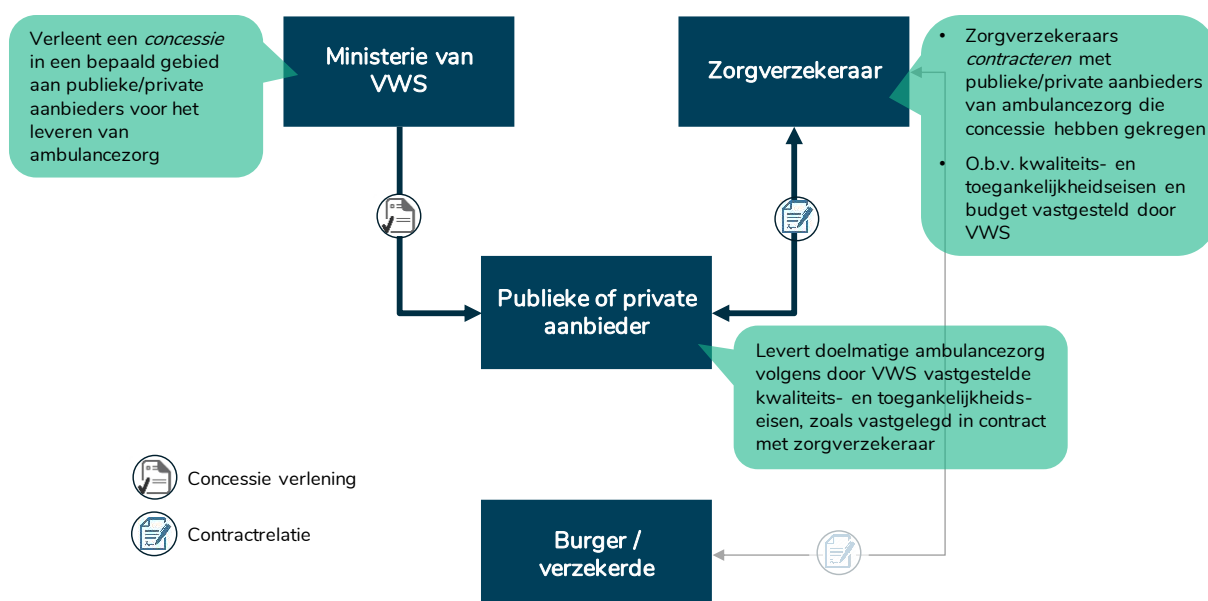
De burger heeft aanspraak op ambulancezorg als onderdeel van het basispakket van de Zvw en betaalt dus via de zorgverzekeringspremie (zie **Figuur 7**). Voor een toelichting op de Zvw-financiering – de lichtgrijze vakken en pijlen in de figuur – zie Bijlage 4.



Figuur 7. Variant 2 met het Ministerie van VWS als regisseur & publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

In deze variant contracteert het ministerie de aanbieders van ambulancezorg niet zelf, maar selecteert zij de aanbieders door het verlenen van een concessie. Het ministerie betaalt de aanbieders van ambulancezorg immers niet direct. Zorgverzekeraars contracteren vervolgens de aanbieders van de ambulancezorg die de concessie hebben gekregen (zie **Figuur 8**).

² Dit verschilt van de huidige situatie waar de zorgverzekeraars aangesproken kunnen worden op hun zorgplicht in de ambulancezorg.



Figuur 8. Selecteren en contracteren wanneer VWS regisseur is

6.1.3 3. VWS & private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

Er zijn meerdere manieren om deze variant in te vullen. We hebben gekozen voor de meest voor de hand liggende. Uitgangspunt daarbij is dat de ambulancezorg onder de Zvw valt en de betaling dus via zorgverzekeraars verloopt.

Het Ministerie van VWS bepaalt het macrokader ambulancezorg en de verdeling van geld naar de monopolie-gebieden. De ordening van ambulancezorg wordt wettelijk vastgelegd met onder andere de afbakening van de monopolie-gebieden en het soort organisaties, dus inclusief organisaties met mogelijkheid tot winstuitkering, die in aanmerking komen om ambulancezorg aan te bieden. Eventuele financiële resultaten van ambulancezorg mogen dus worden uitgekeerd aan de eigenaren. In de wet- en regelgeving worden daarnaast de minimale kwaliteitseisen opgenomen over uitrusting van de voertuigen, opleidings- en ervaringseisen van het personeel, minimale aanrijtijden et cetera.

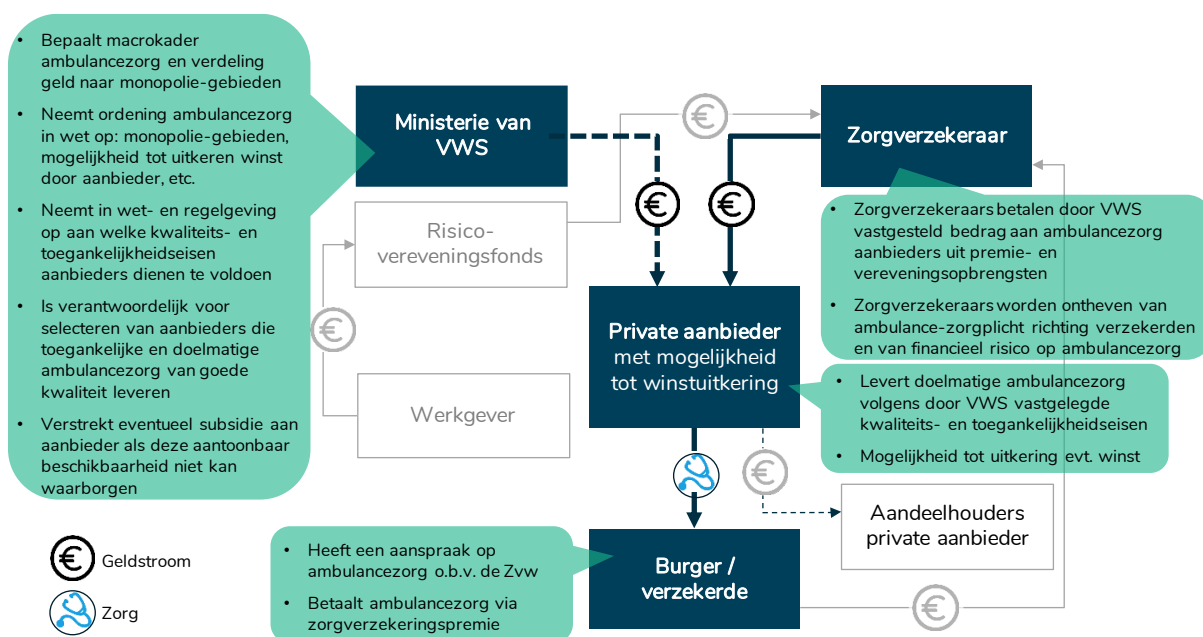
Als regisseur selecteert VWS de aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. De aanbieders zijn private organisaties zonder mogelijkheid tot winstuitkering (stichtingen), private organisaties met mogelijkheid tot winstuitkering (bedrijven) of samenwerkingsverbanden daarvan.

De ambulancezorg wordt betaald uit de Zvw premie- en vereveningsinkomsten. Zorgverzekeraars verzorgen de administratieve afhandeling. Aangezien de regiefunctie in deze variant geheel bij VWS ligt, hebben zorgverzekeraars geen middelen om in te grijpen als de kwaliteit of toegankelijkheid van ambulancezorg tekort zou komen. VWS is daarvoor als regisseur verantwoordelijk. Zorgverzekeraars

worden ontheven van de zorgplicht voor ambulancezorg richting verzekerden en van financieel risico op ambulancezorg.^{aa}

Mogelijk schiet de standaard vergoeding in een bepaald gebied tekort, bijvoorbeeld omdat het dunbevolkt is, of omdat er een SEH sluit. In dat geval verstrekt VWS als regisseur subsidie aan een aanbieder als deze aantoonbaar de beschikbaarheid en inzetbaarheid niet kan waarborgen. Deze aanpak is vergelijkbaar met de huidige aanpak om ziekenhuizen in 'kritische' gebieden te compenseren voor het openhouden van de SEH.

De burger heeft aanspraak op ambulancezorg als onderdeel van het basispakket van de Zvw en betaalt dus via de zorgverzekeringspremie (zie **Figuur 9**).



Figuur 9. Variant 3 met het Ministerie van VWS als regisseur & private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

Net als in variant 2, contracteert het ministerie de aanbieders van ambulancezorg niet zelf, maar selecteert zij de aanbieders door het verlenen van een concessie (zie **Figuur 8**).

6.2 Zorgverzekeraar is regisseur

In deze paragraaf beschrijven we de varianten waar de zorgverzekeraar regisseur is. We gaan er in onze analyse van uit dat zorgverzekeraars als regisseur de ambulancezorg niet-concurrentieel inkopen. We gaan uit van inkoop van ambulancezorg via het representatiemodel.

^{aa} Dit verschilt van de huidige situatie waar de zorgverzekeraars aangesproken kunnen worden op hun zorgplicht in de ambulancezorg.

6.2.1 4. Zorgverzekeraar & publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

VWS bepaalt het macrokader ambulancezorg en de verdeling van geld naar de monopolie-gebieden. De ordening van ambulancezorg wordt wettelijk vastgelegd met onder andere de afbakening van de monopolie-gebieden, de rol van (representerende) zorgverzekeraars, en een verbod op uitkeren van winst door aanbieders van ambulancezorg.^{bb} In de wet- en regelgeving worden ook de minimale kwaliteitseisen opgenomen over uitrusting van de voertuigen, opleidings- en ervaringseisen van het personeel, minimale aanrijtijden et cetera. VWS heeft geen operationele taken en er lopen geen directe geldstromen van VWS naar de aanbieders van ambulancezorg.

De twee representerende zorgverzekeraars selecteren aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. Beide zorgverzekeraars selecteren namens alle zorgverzekeraars. De representerende zorgverzekeraars zijn de grootste en de tweede grootste zorgverzekeraar in een gebied. De laatste stemt af met de andere zorgverzekeraars. Deze manier van werken is vergelijkbaar met het contracteren van het segment 1 huisartsenzorg en van ambulancezorg nu, alleen is daar nu in beide gevallen geen sprake van selectie maar enkel van contracteren.

Alle zorgverzekeraars contracteren de publieke of private aanbieders van ambulancezorg die door de representerende zorgverzekeraars namens hen zijn geselecteerd. De aanbieders zijn publieke organisaties (zoals GGD-en) of private organisaties zonder mogelijkheid tot winstuitkering (stichtingen).

De zorgverzekeraars betalen de aanbieders van ambulancezorg uit hun premie- en vereveningsinkomsten. De aanbieders leveren de zorg conform de minimumeisen in wet- en regelgeving en eventuele extra afspraken die tijdens het selecteren zijn gemaakt.

De burger betaalt de ambulancezorg middels zorgpremies en heeft aanspraak op ambulancezorg omdat het is opgenomen in het basispakket van de Zvw. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden en kunnen er dus op worden aangesproken als de ambulancezorg niet goed is geregeld (zie **Figuur 10**).

^{bb} De onmogelijkheid tot winstuitkering geldt ook voor onderaannemers.



Figuur 10. Variant 4 met de zorgverzekeraar als regisseur & publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

6.2.2 5. Zorgverzekeraar & private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

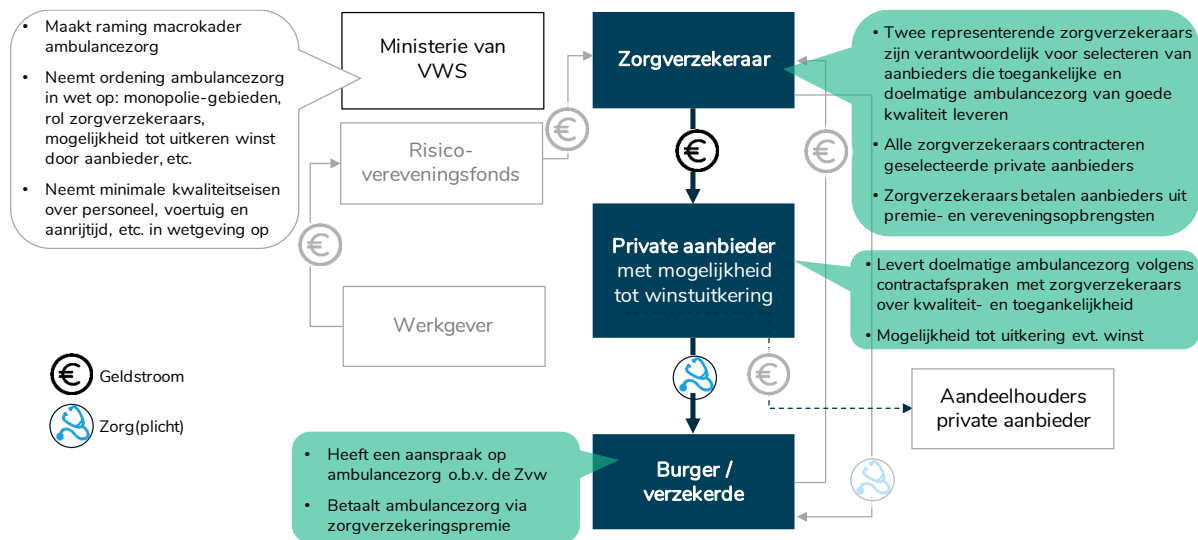
VWS bepaalt het macrokader ambulancezorg en de verdeling van geld naar de monopolie-gebieden. De ordening van ambulancezorg wordt wettelijk vastgelegd met onder andere de afbakening van de monopolie-gebieden, de rol van (reprenterende) zorgverzekeraars, en het soort organisaties, dus inclusief organisaties met mogelijkheid tot winstuitkering, die in aanmerking komen om ambulancezorg aan te bieden. In de wet- en regelgeving worden ook de minimale kwaliteitseisen opgenomen over uitrusting van de voertuigen, opleidings- en ervaringseisen van het personeel, minimale aanrijtijden et cetera. VWS heeft geen operationele taken en er lopen geen directe geldstromen van VWS naar de aanbieders van ambulancezorg.

De twee representerende zorgverzekeraars selecteren aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. Beide zorgverzekeraars selecteren namens alle zorgverzekeraars. De representerende zorgverzekeraars zijn de grootste en de tweede grootste zorgverzekeraar in een gebied. De laatste stemt af met de andere zorgverzekeraars. Deze manier van werken is vergelijkbaar met het contracteren van het segment 1 huisartsenzorg en van ambulancezorg nu, alleen is daar nu in beide gevallen geen sprake van selectie maar enkel van contracteren.

Alle zorgverzekeraars contracteren de private aanbieders van ambulancezorg die door de representerende zorgverzekeraars namens hen zijn geselecteerd. De aanbieders zijn private organisaties zonder mogelijkheid tot winstuitkering (stichtingen), private organisaties met mogelijkheid tot winstuitkering (bedrijven) of samenwerkingsverbanden daarvan.

De zorgverzekeraars betalen de aanbieders van ambulancezorg uit hun premie- en vereveningsinkomsten. De aanbieders leveren de zorg conform de minimumeisen in wet- en regelgeving en eventuele extra afspraken die tijdens het selecteren zijn gemaakt.

De burger betaalt de ambulancezorg middels zorgpremies en heeft aanspraak op ambulancezorg omdat het is opgenomen in het basispakket van de Zvw. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden en kunnen er dus op worden aangesproken als de ambulancezorg niet goed is geregeld (zie **Figuur 11**).



Figuur 11. Variant 5 met de zorgverzekeraar als regisseur & private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

6.3 ROAZ is regisseur

In deze paragraaf beschrijven we de varianten waar het ROAZ regisseur is. Er zijn 11 ROAZ-en in Nederland. Het ROAZ is een bestuurlijk overlegorgaan, het is geen juridische entiteit. Daar waar we in dit rapport spreken over het ROAZ als regisseur gaan wij uit van een ROAZ dat ambulancezorg-aanbieders kan selecteren en contracteren. Daarvoor zijn aanpassingen in de juridische structuur en de bevoegdheden van het ROAZ nodig.^{cc}

6.3.1 6. ROAZ & publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

Er zijn meerdere manieren om deze variant in te vullen. We hebben gekozen voor de meest voor de hand liggende. Uitgangspunt daarbij is dat de ambulancezorg onder de Zvw valt en de betaling dus via zorgverzekeraars verloopt.

VWS bepaalt het macrokader ambulancezorg en de verdeling van geld naar de monopolie-gebieden. De ordening van ambulancezorg wordt wettelijk vastgelegd met onder andere de afbakening van de monopolie-gebieden, rol van de (representerende) zorgverzekeraars, rol van de ROAZ, en een verbod op uitkeren van winst door aanbieders van ambulancezorg.^{dd} In de wet- en regelgeving worden ook

^{cc} Het ROAZ heeft dan ook een mandaat om besluiten voor deelnemende zorginstellingen te nemen en handhaving van besluiten af te dwingen.

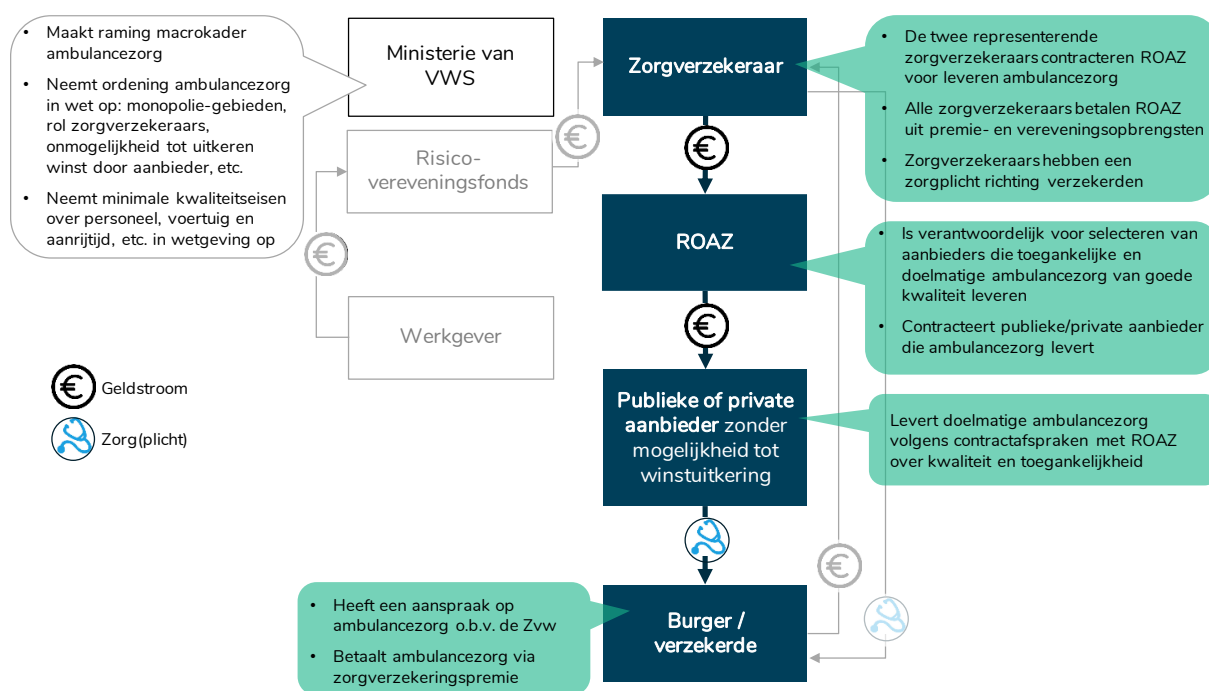
^{dd} De onmogelijkheid tot winstuitkering geldt ook voor onderaannemers.

de minimale kwaliteitseisen opgenomen over uitrusting van de voertuigen, opleidings- en ervaringseisen van het personeel, minimale aanrijtijden et cetera. VWS heeft geen operationele taken en er lopen geen directe geldstromen van VWS naar de aanbieders van ambulancezorg.

Er wordt een nieuwe rechtspersoon opgericht met in het bestuur de huidige deelnemers aan het ROAZ. Hierna noemen we die rechtspersoon voor het gemak 'ROAZ'. De twee representerende zorgverzekeraars contracteren, namens alle zorgverzekeraars, het ROAZ voor het leveren van ambulancezorg.

Het ROAZ selecteert aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. Het ROAZ contracteert de geselecteerde publieke aanbieder of private aanbieder zonder mogelijkheid tot winstuitkering. De aanbieders leveren de zorg conform de selectiecriteria en contractafspraken die het ROAZ met hen heeft gemaakt. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden. Als die in het geding komt, overleggen de zorgverzekeraars met het ROAZ.

De burger betaalt de ambulancezorg via de zorgpremies (zie **Figuur 12**).



Figuur 12. Variant 6 met het ROAZ als regisseur & publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

6.3.2 7. ROAZ & private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

Er zijn meerdere manieren om deze variant in te vullen. We hebben gekozen voor de meest voor de hand liggende. Uitgangspunt daarbij is dat de ambulancezorg onder de Zvw valt en de betaling dus via zorgverzekeraars verloopt.

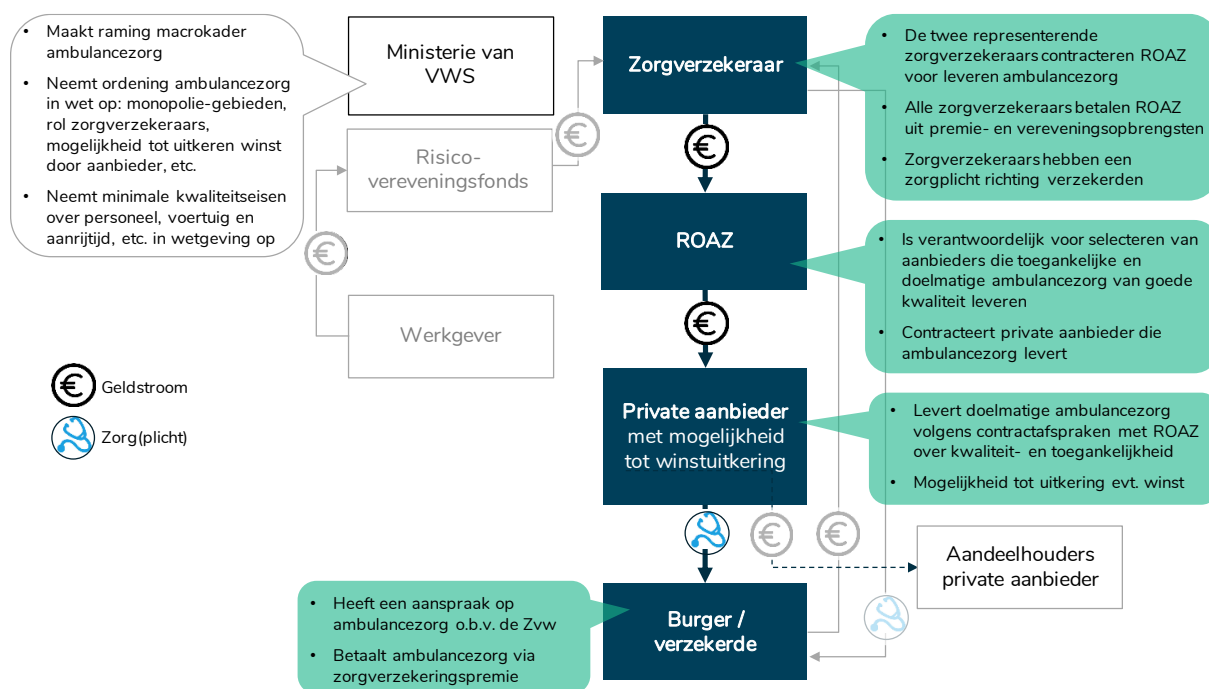
VWS bepaalt het macrokader ambulancezorg en de verdeling van geld naar de monopolie-gebieden. De ordening van ambulancezorg wordt wettelijk vastgelegd met onder andere de afbakening van de monopolie-gebieden, rol van de (representerende) zorgverzekeraars, rol van de ROAZ en het soort

organisaties, dus inclusief organisaties met mogelijkheid tot winstuitkering, die in aanmerking komen om ambulancezorg te mogen aanbieden. In de wet- en regelgeving worden ook de minimale kwaliteitseisen opgenomen over uitrusting van de voertuigen, opleidings- en ervaringseisen van het personeel, minimale aanrijtijden et cetera. VWS heeft geen operationele taken en er lopen geen directe geldstromen van VWS naar de aanbieders van ambulancezorg.

Er wordt een nieuwe rechtspersoon opgericht met in het bestuur de huidige deelnemers aan het ROAZ. Hierna noemen we die rechtspersoon voor het gemak 'ROAZ'. De twee representerende zorgverzekeraars contracteren, namens alle zorgverzekeraars, het ROAZ voor het leveren van ambulancezorg.

Het ROAZ selecteert aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. Het ROAZ contracteert de geselecteerde private aanbieder met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering. De aanbieders leveren de zorg conform de selectiecriteria en contractafspraken die het ROAZ met hen heeft gemaakt. De zorgverzekeraars hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden. Als die in het geding komt, overleggen de zorgverzekeraars met het ROAZ.

De burger betaalt de ambulancezorg via de zorgpremies (zie **Figuur 13**).



Figuur 13. Variant 7 met het ROAZ als regisseur & private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

6.4 GGD/GHOR is regisseur

In deze paragraaf beschrijven we de varianten waar de GGD/GHOR regisseur is.^{ee} De GHOR zorgt voor de coördinatie van de witte kolom bij grote ongevallen en rampen. Er zijn 25 GGD/GHOR organisaties in Nederland.

6.4.1 8. GGD/GHOR & private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

Er zijn meerdere manieren om deze variant in te vullen. We hebben gekozen voor de meest voor de hand liggende. Uitgangspunt daarbij is dat de ambulancezorg niet onder de Zvw valt, maar uit overheidsopbrengsten wordt gefinancierd. De betaling verloopt daarmee via het Gemeentefonds en niet via de zorgverzekeraars.

Het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) bepaalt in samenwerking met VWS het macrokader ambulancezorg en de verdeling van geld naar de monopolie-gebieden. De ordening van ambulancezorg wordt wettelijk vastgelegd met onder andere de afbakening van de monopolie-gebieden, rol van de GGD/GHOR en een verbod op uitkeren van winst door aanbieders van ambulancezorg^{ff}. In de wet- en regelgeving worden ook de minimale kwaliteitseisen opgenomen over uitrusting van de voertuigen, opleidings- en ervaringseisen van het personeel, minimale aanrijtijden et cetera.

Gemeentes betalen de GGD/GHOR zodat die hun regiefunctie kunnen uitvoeren. Betaling gebeurt met middelen uit belastingopbrengsten zoals de GGD/GHOR nu ook uit het Gemeentefonds wordt gefinancierd.

De GGD/GHOR selecteert aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. De GGD/GHOR contracteert de geselecteerde private aanbieder zonder mogelijkheid tot winstuitkering. De GGD/GHOR kan zelf geen ambulancezorg aanbieden omdat dan de functie van regisseur niet goed kan worden uitgevoerd. De regisseur moet ingrijpen en bijsturen als de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de ambulancezorg in het geding komen. De aanbieders leveren de zorg conform de wettelijke minimumeisen en de selectiecriteria en contractafspraken die GGD/GHOR met hen heeft gemaakt.

Burgers hebben recht op de voorziening ambulancezorg die via belastingen wordt betaald (zie **Figuur 14**).

^{ee} Binnen variant kan de GGD ook als uitvoerende partij aangewezen worden door de minister van VWS.

^{ff} De onmogelijkheid tot winstuitkering geldt ook voor onderaannemers.



Figuur 14. Variant 8 met de GGD/GHOR als regisseur & private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering

6.4.2 9. GGD/GHOR & private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

Er zijn meerdere manieren om deze variant in te vullen. We hebben gekozen voor de meest voor de hand liggende. Uitgangspunt daarbij is dat de ambulancezorg niet onder de Zvw valt, maar uit overheidsopbrengsten wordt gefinancierd. De betaling verloopt daarmee via het Gemeentefonds en niet via de zorgverzekeraars.

Binnenlandse Zaken (BZK) bepaalt in samenwerking met VWS het macrokader ambulancezorg en de verdeling van geld naar de monopolie-gebieden. De ordening van ambulancezorg wordt wettelijk vastgelegd met onder andere de afbakening van de monopolie-gebieden, rol van de GGD/GHOR en het soort organisaties, dus inclusief organisaties met mogelijkheid tot winstuitkering, die in aanmerking komen om ambulancezorg te mogen aanbieden. In de wet- en regelgeving worden ook de minimale kwaliteitseisen opgenomen over uitrusting van de voertuigen, opleidings- en ervaringseisen van het personeel, minimale aanrijtijden et cetera.

Gemeentes betalen de GGD/GHOR zodat die hun regiefunctie kunnen uitvoeren. Betaling gebeurt met middelen uit belastingopbrengsten zoals de GGD/GHOR nu ook uit het Gemeentefonds wordt gefinancierd.

De GGD/GHOR selecteert aanbieders die toegankelijke en doelmatige ambulancezorg van goede kwaliteit leveren. De GGD/GHOR contracteert de geselecteerde private aanbieder met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering. De GGD/GHOR kan zelf geen ambulancezorg aanbieden omdat dan de functie van regisseur niet goed kan worden uitgevoerd. De regisseur moet ingrijpen en bijsturen

als de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de ambulancezorg in het geding komen. De aanbieders leveren de zorg conform de wettelijke minimumeisen en de selectiecriteria en contractafspraken die GGD/GHOR met hen heeft gemaakt.

Burgers hebben recht op de voorziening ambulancezorg die via belastingen wordt betaald (zie **Figuur 15**).



Figuur 15. Variant 9 met de GGD/GHOR als regisseur & private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering

7 Selecteren en contracteren per ordeningsvariant

Het ministerie van VWS, het ROAZ en de GGD/GHOR zijn op basis van EU-wetgeving verplicht om ambulancezorg aan te besteden, indien ook private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering ambulancezorg mogen leveren (varianten 3, 7 en 9). Het gaat om aanbesteden binnen een licht regime, volledige aanbesteding is niet nodig. Hoewel aanbesteding voor de varianten met aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering niet nodig is (varianten 2, 6 en 8), is bij deze varianten wel een transparante selectieprocedure verplicht.⁹⁹ Een transparante selectieprocedure lijkt op het lichte aanbestedingsregime. Het EU-recht schrijft aanbesteden of een transparante selectieprocedure voor om ook nieuwe aanbieders de kans te bieden om ambulancezorg te leveren. Een concessie^{hh} of contract voor onbepaalde tijd lijkt niet mogelijk in het kader van het EU-recht, behalve bij variant 1 waar de ambulancezorg geleverd wordt door een overheidsdienst. Als zorgverzekeraars regisseur zijn, zijn zij bij de selectie van aanbieders van ambulancezorg vooralsnog niet verplicht om aan te besteden (varianten 4 en 5).

In **Figuur 16** geven we een overzicht van de manier van selecteren die minimaal gekozen dient te worden in het kader van (EU) recht. In paragraaf 7.1 zetten we uiteen hoe onderstaand schema tot stand is gekomen.

⁹⁹ Voor deze varianten zou aanbesteden met een licht regime de voorkeur kunnen hebben omdat het duidelijker is aan welke eisen dit dient te voldoen. Dit maakt het aantal mogelijke rechtsvragen bij een geschil kleiner.

^{hh} In ieder geval bij varianten 2 en 3 zal er sprake zijn van het verlenen van een concessie. De minister bepaalt door het verlenen van een concessie welke aanbieder het monopolie krijgt. De betaling voor het leveren van ambulancezorg verloopt via de zorgverzekeraars.

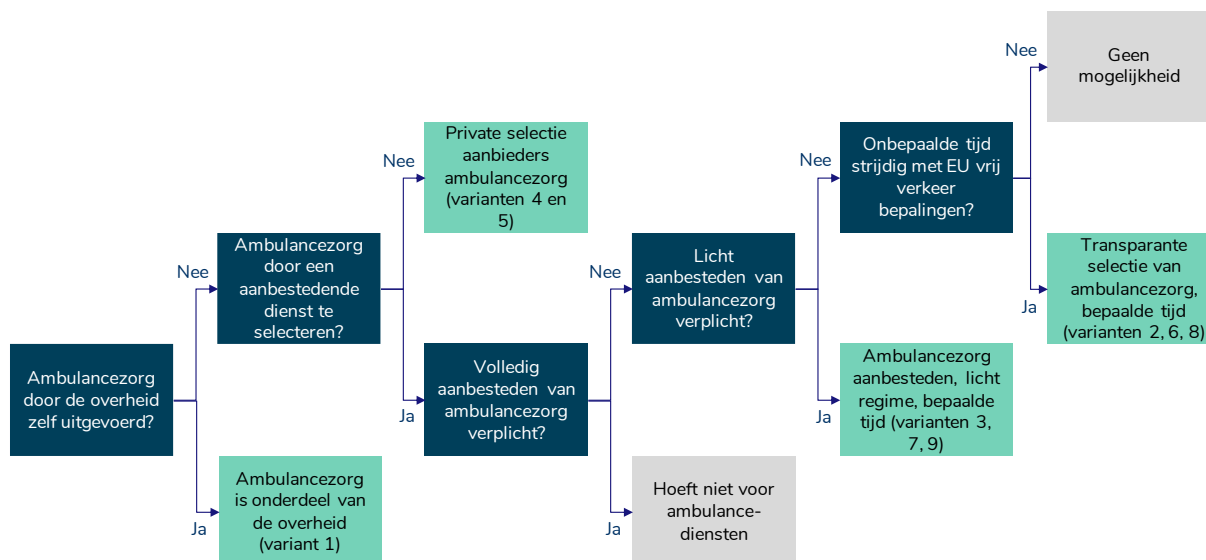
	Overheidsdienst	Publieke / private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering	Private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering
Ministerie van VWS	1. Deel van overheid; zorgverlening voor onbepaalde tijd	2. Transparante selectieprocedure; concessie/contract voor bepaalde tijd	3. Aanbestedingsplicht licht regime; concessie/contract voor bepaalde tijd
Zorgverzekeraar		4. Private selectie; contract (waarschijnlijk) voor bepaalde tijd	5. Private selectie; contract (waarschijnlijk) voor bepaalde tijd
ROAZ		6. Transparante selectieprocedure; contract voor bepaalde tijd	7. Aanbestedingsplicht licht regime; contract voor bepaalde tijd
GGD/GHOR		8. Transparante selectieprocedure; contract voor bepaalde tijd	9. Aanbestedingsplicht licht regime; contract voor bepaalde tijd

Figuur 16. Overzicht (verplichte) manier van selecteren en concessie-/contractduur per variant

In dit hoofdstuk komt naast de manier van selecteren, het contracteren van de ambulancezorg aan de orde in paragraaf 7.2.

7.1 Selecteren van aanbieders ambulancezorg

Het juridische kader leidt per combinatie van regisseur en aanbieder van de ordeningsvarianten tot een bepaalde manier van selecteren (zie beslisboom in **Figuur 17**).



Figuur 17. Manier van selecteren van ambulancezorg ingegeven door het juridische kader

De belangrijkste conclusies uit de beslisboomⁱⁱ zijn als volgt:

- Alleen bij **variant 1** wordt ambulancezorg voor onbepaalde tijd geleverd als onderdeel van de overheid. Medewerkers van de ambulancezorg zijn in dit geval in dienst van de overheid.
- Bij **varianten 2, 6 en 8** – de varianten waar aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering ambulancezorg leveren – is, bij een juiste invulling, geen sprake van verplichte aanbesteding door de regisseur, maar wel een passende mate van openbaarheid. Ook moet de markt opengesteld worden voor nieuwe partijen. Voor deze varianten zou echter aanbesteden met een licht regime (zie varianten 3, 7 en 9) de voorkeur kunnen hebben omdat het duidelijker is aan welke eisen dit dient te voldoen.^{jj} Een onbepaalde termijn moet als uitgesloten worden gezien.
- Bij **varianten 3, 7 en 9** – de varianten waarbij de ambulancezorg geleverd kan worden door aanbieders mét een mogelijkheid tot winstuitkering – is sprake van een verlicht regime van aanbestedingsverplichtingen, voor bepaalde tijd. Het gaat om een licht regime van aanbesteden dat qua administratieve lasten waarschijnlijk vergelijkbaar is met de transparante selectieprocedure voor aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering (zie varianten 2, 6 en 8).
- In geval van **varianten 4 en 5** is er sprake van private selectie door zorgverzekeraars. Zij zijn – voornamelijk – niet aanbestedingsplichtig omdat zij niet gezien worden als een publiekrechtelijke instelling. Zorgverzekeraars zouden er als regisseur wel voor kunnen kiezen om ambulancezorg aan te besteden. Het is niet voor de hand liggend dat een private partij zoals een zorgverzekeraar voor onbepaalde tijd zal selecteren en contracteren, ook omdat selectie op grond van objectieve criteria zal moeten plaatsvinden met gelijke behandeling van gegadigden.

Het juridisch kader is in Bijlage 10 beschreven. Vanwege de meer complexe juridisch-technische invulling zijn vormen van publiek-publieke samenwerking, gecontroleerde rechtspersoon en horizontale samenwerking van algemeen belang als uitzonderingen op het toepassingsbereik van het aanbestedingsrecht niet besproken. Zij zijn in de beslisboom te plaatsen in het ‘nee’ antwoord op de vraag of licht aanbesteden verplicht is. Ook vragen rond (onrechtmatige) staatssteun blijven onbesproken. Dat is in het algemeen een aandachtspunt, maar in de meeste varianten niet onderscheidend. Er is geen nieuwe EU wetgeving in zicht die keuzes in stelselinrichting van ambulancezorg raakt. Dat geldt ook voor handelsverdragen waar de EU over onderhandelt met derde

ⁱⁱ De beslisboom geeft een gesimplificeerde weergave van de juridische werkelijkheid. Vanuit juridisch perspectief zijn de vragen ‘Aanbesteden van ambulancezorg’ als overheidsopdracht en ‘Onbepaalde tijd strijdig met EU vrij verkeer bepalingen?’ niet tijd volgorde- en bovendien is aanbestedingswetgeving secundaire wetgeving ten opzichten van de EU-wetgeving die primaire wetgeving betreft. Om deze twee belangrijkste vragen die spelen voor het selecteren op heldere wijze te kunnen beantwoorden kiezen wij voor deze versimpelde weergave.

^{jj} Dit maakt het aantal mogelijke rechtsvragen bij een geschil kleiner.

landen, zoals het dienstverleningsverdrag TiSA, gelet op de nu bekende voorbehouden over Zorg en de regulering ervan.

Hieronder geven we de onderbouwing van de gepresenteerde conclusies. We doorlopen eerst de donkerblauwe vragen uit de beslisboom en vervolgens de lichtgroene uitkomsten.

7.1.1 Juridische vragen en toetsen

Door overheid zelf uitgevoerd?

- De pijl 'ja' geeft aan dat de overheid ambulancezorg geheel zelf gaat uitvoeren in een ambtelijke organisatievorm met publieke taken en met publieke middelen. In een instellingswet zal de positionering van een nieuwe dienst kunnen worden vormgegeven met de wijze van sturing en verantwoording en de borging van ministeriële bevoegdheden. In de instellingswet moet de rol van een eventuele ZBO als uitvoerende dienst duidelijk worden uitgeschreven.
- De pijl 'nee' geeft aan dat de overheid niet zelf de ambulancezorg geheel gaat uitvoeren, maar dit als overheidsopdracht wettelijk zal toedelen. Het aanbestedingsrecht doet dan zijn intrede. Scharnierpunt wordt dan of een aanbestedende dienst een partij voor een overheidsopdracht selecteert of een niet-aanbestedende dienst een partij selecteert. Een aanbestedende dienst is de Staat, een provincie, een gemeente of een publiekrechtelijke instelling (of een samenwerkingsverband van overheden en publiekrechtelijke instellingen).

Selectie door aanbestedende dienst?

- De pijl 'ja' geeft aan dat sprake is van een aanbestedende dienst^{kk} en dat daarmee het aanbestedingsrecht de selectie regelt. Uitgangspunt is dan aanbesteden onder een volledig regime, tenzij andere uitzonderingen op of vrijstellingen van de aanbestedingsplicht bestaan omdat de wetgeving niet van toepassing is op specifieke overheidsopdrachten. Dit komt in de volgende vraag aan de orde.

^{kk} Waarbij we de aanname voor indeling doen dat in de nieuwe Ambulancewet ROAZ of GGD/GHOR als publiekrechtelijke rechtspersoon wordt of blijft ingericht.

- De pijl 'nee' geeft aan dat als geen sprake is van een aanbestedende dienst er dus sprake is van een private selectie. De vraag of zorgverzekeraars in variant 4 en 5 een aanbestedende dienst zijn onder de huidige wetgeving is niet definitief beantwoord; de tussenstand is dat zij niet als publiekrechtelijke instelling worden gezien. In wetgeving is dat nog verder in te vullen.^{lmm} Wij hanteren dat als aannahme en plaatsen variant 4 en 5 daarmee buiten het toepassingsbereik van het aanbestedingsrecht. Zou dat anders zijn, dan vervat de mogelijkheid van het antwoord 'nee' in de beslisboom

Volledig aanbesteden verplicht?

- De pijl 'ja' duidt op de situatie dat er geen uitzonderingen op of vrijstellingen van de aanbestedingsplicht zouden bestaan voor ambulancezorg. Mogelijk ligt het element winstuitkering en dus een (vol) commerciële exploitatie niet in lijn met de soms onduidelijke interpretatie van de definitie(s) van Ambulancediensten, in dit geval in het kader van sociale en andere specifieke diensten. Als dat zo is, dan zou voor de varianten 3, 7 en 9 een volledig regime kunnen gelden. Wij nemen echter aan dat die varianten buiten een volledig regime vallen. Volledig aanbesteden is daarmee niet verplicht (grijze vakje in **Figuur 17**).
- De pijl 'nee' duidt op het alternatief van aanbesteden in een verlicht regime. Die keuze is opgenomen omdat de EU richtlijnen voor sociale en andere specifieke diensten een licht regime regelen voor Ambulancevervoer.

Licht aanbesteden verplicht?

- De pijl 'ja' wijst op de situatie dat sprake is van een regeling voor sociale en andere diensten in de uitleg van de twee bijlagen bij de EU richtlijnen (IV richtlijn 2014/23/EU en XIV richtlijn 2014/24/EU). Ambulancediensten vallen daaronder en dan is een licht regime voorgeschreven. Dit geldt voor varianten 3, 7 en 9ⁿⁿ. Een licht regime houdt in een (voor)aankondiging, een toets aan door de aanbestedende dienst te bepalen specificaties, eisen en normen, het vastleggen, en de aankondiging na contracteren.

^l Bijvoorbeeld art. 61d Woningwet, waarin is vastgelegd dat een aanwijzing van de minister geen betrekking heeft op het plaatsen van opdrachten.

^m Uitgangspunt in de wet zou moeten zijn dat de keuze wordt bepaald door de zorginkoop van de zorgverzekeraars gericht op civielrechtelijke overeenkomsten tussen geselecteerde aanbieders en zorgverzekeraars. De rechtsbescherming is daarmee civielrechtelijk. Aandachtspunt is dat de wijze van vormgeving van de opdracht van de wetgever aan de zorgverzekeraar kan meebrengen dat sprake is van een appellabel besluit (een rechtsgang bij de bestuursrechter). Dat is in wetgeving ook verder vorm te geven door afbakening, maar ook andersom: juist wél uitdrukkelijk voor het besluitkarakter en de publiekrechtelijke basis kiezen in wetgeving, waarbij het de voorkeur kan hebben de rechtsgang te beknotten tot rechtstreeks beroep met toepassing van een snel regime (zoals art. 8:52 Awb, bijvoorbeeld toegepast bij het al dan niet toelaten van woningcorporaties tot het bestel van toegelaten instellingen). Er is rechtspraak dat het sluiten van een overeenkomst of juist de weigering dat te doen, niet de uitoefening van een publiekrechtelijke bevoegdheid is (ABRvS 20 juni 2007, ECLI:NL:RVS:2007:BA7617, JB 2007, 148).

ⁿ En als "terugvaloptie" voor 2, 6 en 8 indien die niet onder de pijl 'nee' kunnen worden geschaard.

- De pijl 'nee' duidt op de uitzondering die kan gelden voor non-profit organisaties. Ambulancediensten zijn aangeduid als specifieke categorie van nooddiensten die buiten de reikwijdte van het aanbestedingsrecht kunnen vallen, tenzij het ambulancediensten betreft die alleen bestaan uit 'gewoon ziekenvervoer'^{oo}. Bij die uitzondering staat nadrukkelijk in de richtlijnen beschreven dat voor gemengde ambulancediensten (spoedeisende en niet-spoedeisende ambulancezorg) kan gelden dat het "mindere" bij het "meerdere" kan worden opgeteld als de waarde van de ambulancediensten voor niet-spoedeisende ambulancezorg groter is dan de waarde van spoedeisende ambulancezorg. Die verhouding van gemengde ambulancediensten zal zich in Nederland de praktijk niet snel voordoen: huidig is de verhouding spoedeisend – niet-spoedeisend circa 80% respectievelijk 20% van de omzet. Deze omgekeerde situatie is specifiek voor ambulancediensten niet in de richtlijnen beschreven, maar zou meebrengen dat indien de waarde van de non-profit nooddiensten (spoedeisend) groter is dan de waarde van het non-profit gewoon ziekenvervoer (niet spoedeisend), de uitzondering voor de gemengde dienst (met het primaat van nooddienst) ook opgaat.

Indien aanbestedingsregelgeving niet van toepassing is of het aanbestedingsrecht een rechtsvraag openlaat, geldt dat de beginselen van het Verdrag betreffende de werking van de EU ook buiten het regime van het aanbestedingsrecht van toepassing kunnen zijn. In dat geval moeten nog vervolgvragen gesteld worden. De meest onderscheidende vraag is of onbepaalde tijd mogelijk is.

Onbepaalde tijd strijdig met EU vrij verkeersbepalingen?

- De pijl 'ja' duidt op bepaalde tijd. De Europese rechter heeft zich nog niet expliciet over dit punt uitgelaten. Vertrekpunt is dat de keuze voor een lange tijd als een zelfstandige beperking van het vrij verkeer van diensten afzonderlijk moet worden gerechtvaardigd.^{pp} Rechtvaardiging kan worden gevonden in terugverdiencapaciteit van investeringen die een bepaalde tijd vragen. Zo is ook in de recente EU wetgeving gemotiveerd waarom van een vijf jaarstermijn voor een concessie kan worden afgeweken.^{qq}

^{oo} Het begrip "gewoon ziekenvervoer" is een term uit de richtlijnen, de Aanbestedingswet spreekt van "ziekenvervoer per ambulance". Op basis van amendering is in de richtlijnen tegenover "gewoon ziekenvervoer" het gekwalificeerd ziekenvervoer (het vervoer van spoedgevallen) buiten de toepassing van de richtlijnen geplaatst indien sprake is van non-profit organisaties die de gekwalificeerde ambulancezorg als diensten verlenen. De toepassing van primairrechtelijke beginselen zou daar moeten volstaan, zo volgt uit de totstandkomingsgeschiedenis. Met name de Duitstalige teksten bieden inzicht in het bedoelde onderscheid tussen "Notfallrettung" of "ambulante Rettungsdienste" en "(ambulanten) Krankentransport" inclusief de notie dat daarmee de bestaande structuur in Duitsland goeddeels overeind blijft, ook tegen de achtergrond van de rechtspraak van het HvJEU. De Nederlandse tekst spreekt als gezegd alleen van "gewoon ziekenvervoer" als onderscheidende term.

^{pp} Dat volgt uit rechtspraak: ECLI:EU:C:2006:159; ECLI:EU:C:2010:506.

^{qq} De looptijd van concessies wordt beperkt en wordt door de aanbestedende dienst geraamd op basis van de gevraagde dienst. Voor concessies die langer duren dan vijf jaar, wordt de maximale looptijd van de concessie beperkt tot de periode waarin van een concessiehouder redelijkerwijs verwacht mag worden de investeringen die hij heeft gemaakt voor de exploitatie van de werken en diensten, samen met een rendement op geïnvesteerd vermogen terug te verdienen, rekening houdend met

Het is vrijwel uitgesloten dat de verlening van een schaars recht voor onbepaalde tijd toelaatbaar zal zijn.^{rr} Vervolgens dwingen de vrij verkeer bepalingen nog na te denken over een passende mate van openbaarheid bij de selectie. Het uitsluiten van een transparantieplichting bij selectie lijkt niet goed te realiseren. Ook vanuit de mededingingsbepalingen is niet direct verdedigbaar dat een uitvoerder wordt belast met ook gewoon ziekenvervoer, zonder dat marktwerking wordt gewaarborgd.^{ss}

- De pijl 'nee' strandt bij de conclusie dat het vrijwel uitgesloten is dat de verlening van een schaars recht voor onbepaalde tijd toelaatbaar zal zijn.

7.1.2 Manier van selecteren per variant

Ambulancezorg is onderdeel van de overheid (variant 1)

Het huidige regeringsstandpunt is dat in het algemeen publieke taken onder volledige ministeriële verantwoordelijkheid worden uitgevoerd, in een direct hiërarchische lijn, bij een ambtelijke dienst. Een agentschap lijkt het meest op een dienst, maar heeft een eigen sturingsmodel en financiële administratie, soms een eigen baten-lasten stelsel. De minister kan aanwijzingen geven. Verder op afstand is het ZBO in de variant zonder eigen rechtspersoonlijkheid de meest gangbare vorm, vaak in de eerste jaren met ondersteuning van een ambtelijke dienst uit de direct hiërarchische lijn. Een ZBO kan ook met rechtspersoonlijkheid worden ingericht, het kan dan zelfstandig aan het rechtsverkeer deelnemen.

De selectie kan in veel vormen plaatsvinden. De overheid kan een nieuwe organisatie opbouwen, maar ook een transitie van bestaande organisaties (zoals gemeenschappelijke regelingen) realiseren^{tt}. Het gaat dan om een transitie naar een publiekrechtelijke rechtsvorm, waarbij onder meer vennootschapsrechtelijke, arbeidsrechtelijke aspecten (rechtspositie), fiscale positie en publiekrechtelijke aspecten aandacht vragen. De selectie op inhoud en uitvoering is vrij, natuurlijk naar eisen van goede en efficiënte dienstverlening.

Transparante selectie (varianten 2, 6 en 8)

Voor een transparante selectie gelden geen strak omliggende eisen, maar een passende mate van openbaarheid vraagt wel om het van tevoren laten weten dat wordt geselecteerd, hoe de selectie procedure wordt ingericht en welke (objectieve) criteria bij de selectie worden gebruikt. Voor de looptijd zal gelden dat een lange duur minder snel verdedigbaar is als een gerechtvaardigde

de investeringen die nodig zijn om de specifieke contractuele doelstellingen te halen. Voor de berekening worden zowel de initiële investeringen als de investeringen tijdens de looptijd van de concessie in aanmerking genomen.

^{rr} ECLI:NL:RVS:2016:1421, randnummer 3.10, waarbij A-G Widdershoven concludeert geen rechtvaardiging voor een dergelijke onbepaalde duur te kunnen bedenken.

^{ss} Al kan de uitbreiding van een uitsluitend recht naar de sector van niet-urgent ziekenvervoer op zich de aanbieder in staat stellen de taak van algemeen belang van het vervoer van spoedgevallen te verzekeren in economisch evenwichtige omstandigheden. Dat zou het geval zijn indien de combinatie van economische uitvoerbaarheid en de kwaliteit en betrouwbaarheid van spoedritten wordt aangetast.

^{tt} Voorbeelden als de omvorming van de NIWO van een privaatrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan naar een publiekrechtelijk ingesteld ZBO en ProRail (voornemen) van B.V. naar een publiekrechtelijke rechtsvorm.

beperking. In de eerste plaats zal het een keuze zijn op economische gronden (terugverdien capaciteit investering). De duur van een overeenkomst mag de mededinging op de markt in ieder geval niet verder beperken dan nodig is, om te voorkomen dat het vrij verrichten van diensten wordt belemmerd. Onbepaalde tijd moet tegen die achtergrond als uitgesloten worden gezien.

Licht aanbesteden of concessie (varianten 3, 7 en 9)

De selectie volgt hierbij de wettelijke bepalingen van ofwel aanbesteding ofwel concessieverlening in een licht regime. De aanbestedende dienst die de bijzondere voorschriften voor het plaatsen van overheidsopdrachten voor sociale en andere specifieke diensten toepast, doorloopt de volgende stappen. De aanbestedende dienst:

- a. maakt een vooraankondiging of een aankondiging van de overheidsopdracht bekend;
- b. toetst of de inschrijvingen voldoen aan de door de aanbestedende dienst gestelde technische specificaties, eisen en normen;
- c. maakt een proces-verbaal van de opdrachtverlening;
- d. kan de overeenkomst sluiten;
- e. maakt de aankondiging van de gegunde overheidsopdracht bekend.

De Aanbestedingswet biedt een aantal regels omtrent de uitvoering van punten a. t/m e.^{uu} Naast deze regels die een mate van transparante en gelijke behandeling waarborgen, geldt ook dat de *looptijd* van een te sluiten overeenkomst van belang is. Als nationale regels ontbreken, geldt dat een lange duur niet snel verdedigbaar is als een gerechtvaardigde beperking. In de eerste plaats zal het een keuze zijn op economische gronden (terugverdien capaciteit investering). De duur van een overeenkomst mag de mededinging op de markt in ieder geval niet verder beperken dan nodig is, om te voorkomen dat het vrij verrichten van diensten wordt belemmerd. Onbepaalde tijd moet tegen die achtergrond als uitgesloten worden gezien.

Ten opzichte van volledig aanbesteden:

- Zorgt een verlicht regime voor een snellere procedure. De paragraaf die gaat over termijnen is bijvoorbeeld niet van toepassing en de overeenkomst is sneller te sluiten.
- Zorgt een verlicht regime voor minder verplichte handelingen, zo zijn bepalingen over geschiktheidseisen en selectiecriteria, de controle van bewijsstukken en over gunningscriteria (waaronder de economisch meest voordelige inschrijving) niet van toepassing.
- Brengt het verlichte regime met zich mee dat de toegang tot de Voorzieningenrechter in kort geding met het oog op het treffen van rechtsmaatregelen feitelijk beknot is omdat de aanbestedende dienst meer ruimte is gegeven de procedure in te richten en de aankondiging van de gegunde overheidsopdracht ná de gunning van die overheidsopdracht volgt.

^{uu} Bij toepassing van de procedure voor sociale en andere specifieke diensten zijn uitsluitend de paragrafen 2.3.1.2, 2.3.2.1, 2.3.2.2 en 2.3.3.1, afdeling 2.3.4 en paragraaf 2.3.8.9 van hoofdstuk 2.3 Aanbestedingswet van toepassing.

Voor het verlichte regime bij concessies geldt een iets andere leest, met enkele aanvullende procedurele handelingen^{vv} in vergelijking met het verlichte regime bij aanbestedingen. Het gaat om aanvullende procedurele handelingen omtrent:

- regels inzake aankondiging,
- elektronische communicatie,
- uitsluiting, gunningscriteria en selectie,
- de gunningsbeslissing en over vernietigbaarheid van de overeenkomst,
- de rechtsbescherming van gegadigden met de 20-dagen termijn om te reageren bij de aanbestedende dienst of de Voorzieningenrechter.

Nog steeds brengt een verlicht regime bij concessies mee dat de aanbestedende dienst veel meer vrijheid heeft en meer vaart kan boeken, al zal de doorlooptijd bij het verlichte regime voor concessie langer zijn dan bij het verlichte regime voor aanbestedingen. De aanbestedende dienst heeft dat voor een groot deel zelf in de hand.

Belangrijk is dat inschrijvingen op grond van objectieve criteria (gunningscriteria) worden beoordeeld. Deze gunningscriteria kunnen de economisch meest voordelige inschrijving zijn, maar uitdrukkelijk zijn andere gunningscriteria ook toegestaan. Dat maakt het mogelijk de kwaliteit in een maatwerk uitvraag goed te organiseren. De criteria zijn dus goed te plooiën. Anders dan bij volledige aanbestedingen, hoeven de wegingsfactoren van de gunningscriteria niet vooraf bekend te worden gemaakt bij een licht regime. Bij de aanbesteding van concessieopdrachten kan worden volstaan met een afnemende volgorde van belangrijkheid. De achterliggende methode waarmee de gunningscriteria worden toegepast hoeft niet bekend te worden gemaakt.

De inschrijvingen moeten voldoen aan de technische specificaties, eisen en normen, maar niet aan bepalingen over uitsluiting, geschiktheid, selectie en gunningscriteria. De aanbestedende dienst kan er eigen maatwerk van maken. De aanbestedende dienst moet over de gunning van een overheidsopdracht wel een proces-verbaal opstellen met de naam van de uitgekozen inschrijver en de motivering voor die keuze. Alleen als de Europese Commissie er om vraagt, moet het proces-verbaal worden ingezonden.

Private selectie van aanbieders (varianten 4 en 5)

Private selectie duidt op contractsvrijheid, natuurlijk binnen de kaders van het burgerlijk recht en de eisen opgenomen in nieuwe ambulance wetgeving^{www}. Zorgverzekeraars zouden er als regisseur nog steeds voor kunnen kiezen om ambulancezorg aan te besteden. Het ligt niet voor de hand dat een

^{vv} Art. 2a.29 Aanbestedingswet implementeert art. 19 van richtlijn 2014/23/EU en noemt de beperkte reeks verplichtingen in een opsomming van verwijzingen naar zeven bepalingen die op hun beurt weer enkele paragrafen uit de Aanbestedingswet van toepassing kunnen verklaren. Het gaat onder meer over de regels inzake aankondiging, elektronische communicatie, uitsluiting en selectie, over de gunningsbeslissing en over vernietigbaarheid van de overeenkomst en de rechtsbescherming van gegadigden. De wettekst spreekt van: uitsluitend onderworpen aan de verplichtingen die voortvloeien uit de artikelen 2a.30, derde lid (dat ontbreekt), 2a.31, 2a.49, 2a.50, 2a.51, 4.15 en 4.16 Aanbestedingswet.

^{www} De wetgever zal daarbij voorkomen dat de overheid afstemming van marktgedrag oplegt, aanmoedigt of bekrachtigt, terwijl bij zorginkoop alertheid zal bestaan op het voorkomen van mededingingsbeperkend handelen en het tegengaan van een belemmering van vrij verkeer.

private partij voor onbepaalde tijd zal selecteren en contracten omdat de selectie op grond van objectieve criteria moet plaatsvinden en gegadigden gelijk moeten worden behandeld.

7.2 Contracteren van ambulancezorg

De manier van contracteren en de manier om de omvang van het te contracteren budget te bepalen, hangt voornamelijk af van de manier van selecteren, namelijk wel of niet aanbesteden.

7.2.1 Aanbesteden

Voor varianten 3, 7 en 9 – de varianten waarbij de ambulancezorg geleverd kan worden door private aanbieders met een mogelijkheid tot winstuitkering – geldt dat de regisseur de ambulancezorg aan dient te besteden. Omdat in de EU aanbestedingswetgeving een uitzondering is gemaakt voor ‘ambulancevervoer’ gaat het om een lichte versie van aanbesteden, een zogenaamd licht regime (zie paragraaf 7.1). Zorgverzekeraars (varianten 4 en 5) zijn vrij om al dan niet te kiezen voor aanbesteding.

Continuïteit van zorg en veiligheid

Het is bij aanbesteden van groot belang dat de continuïteit van zorg en veiligheid gewaarborgd is. De regisseur zorgt hiervoor door bij de selectie uitgebreid aandacht te besteden aan de rol van de kwaliteit van de ambulancezorg in het aanbestedingsdocument. Dit kan bijvoorbeeld door betekenisvolle kwaliteitsindicatoren op te nemen en deze gedurende de looptijd van het contract te monitoren (zie als voorbeeld de kwaliteitsindicatoren in Engeland in Bijlage 9). De aanbestedende partij vraagt potentiële aanbieders daarnaast te werken volgens het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) of een vergelijkbaar uniform instrument. Ook is het van belang om expliciet vast te leggen in het aanbestedingsdocument dat aanbieders van ambulancezorg samenwerkingsafspraken in de acute zorg en veiligheidsketen maken en werken aan medisch-inhoudelijke innovaties. Om de continuïteit van zorg en veiligheid te borgen is het – mede in het licht van het tekort aan ambulanceverpleegkundigen – van belang om overname van het personeel te verplichten, als een andere aanbieder van ambulancezorg het contract verkrijgt. Dit is vanuit juridisch oogpunt waarschijnlijk ook nodig omdat het niet overnemen van personeel als disproportioneel wordt gezien.^{xx}

Om te zorgen dat de technische specificaties, eisen en normen die de aanbestedende partij stelt in het aanbestedingsdocument goed aansluiten bij de praktijk, is van belang dat de aanbestedende partij de betrokken partijen in de ambulancezorg consulteert. Het is aan te bevelen om de consultatie breed uit te zetten: onder huidige en potentiële aanbieders, maar bijvoorbeeld ook onder partijen die afnemer

^{xx} Om de rechtszekerheid van werknemers te borgen is het voorgeschreven de overname van personeel te regelen. Dat is ook elementair voor de soliditeit van een nieuwe organisatie en de continuïteit van de dienst. De overname van personeel kan ook als speciale wettelijke verplichting in een nieuwe wet worden opgenomen. Deze wettelijke verplichting zal dan gelden naast algemene regels zoals het behoud van werknemersrechten bij overgang van onderneming in het Burgerlijk Wetboek. Een concreet voorbeeld is artikel 37 van de Wet personenvervoer 2000, die onderdeel uitmaakt van de paragraaf over de overgang, beëindiging en overdracht van een vervoersconcessie.

zijn van ambulancezorg zoals het ROAZ en de GHOR. De consultatie kan verschillende vormen aannemen:⁵

- Gesloten of open marktconsultatie:
 - Bij een gesloten marktconsultatie wordt een beperkt aantal, vooraf geselecteerde, partijen gevraagd om een reactie te geven.
 - Bij een open marktconsultatie worden alle geïnteresseerde deelnemers uitgenodigd om een reactie te geven op het consultatiedocument. De consultatie vindt vaak plaats na een algemene oproep op bijvoorbeeld de Aanbestedingskalender.
- Schriftelijke of mondelinge consultatie (1 op 1 of onderlinge interactie):
 - Bij een schriftelijke consultatie stelt de opdrachtgever vragen op, die door de marktpartijen schriftelijk beantwoord worden. Hierdoor is er geen interactie mogelijk tussen de verschillende marktpartijen.
 - Bij een mondelinge consultatie kan de opdrachtgever kiezen voor wel of geen onderlinge interactie tussen marktpartijen. Als de opdrachtgever geen onderlinge interactie wil, kan hij kiezen voor bilaterale (1 op 1) gesprekken. Om transparantie te garanderen is een goede verslaglegging van deze gesprekken van belang. Als er concurrentiegevoelige informatie besproken wordt, kunnen er twee verslagen gemaakt worden. Een intern en een extern verslag, waarbij alle concurrentiegevoelige informatie uit het externe verslag wordt weggelaten.
 - Als onderlinge interactie gewenst is, kan de opdrachtgever bijvoorbeeld kiezen voor plenaire groepsbijeenkomsten. De partijen kunnen direct op elkaar reageren, waardoor de opdrachtgever meerdere inzichten over hetzelfde thema tegenover elkaar kan zetten. Een nadeel is dat een marktpartij in aanwezigheid van concurrenten wellicht minder informatie prijsgeeft dan in een bilateraal gesprek.

Vaak kiest de aanbestedende partij voor een combinatie van de verschillende vormen van consultatie.

Budgetbepaling

De aanbesteding kan grofweg op twee manieren plaatsvinden:

1. De regisseur geeft kwaliteits- en toegankelijkheidseisen voor de ambulancezorg aan en vraagt aanbieders van ambulancezorg voor welk bedrag zij deze kwaliteits- en toegankelijkheidseisen kunnen garanderen.
2. De regisseur vraagt aanbieders van ambulancezorg in te schrijven op een aanbesteding in een regio met een min of meer vast bedrag. Aanbieders wordt gevraagd om aan te geven wat zij voor dit bedrag kunnen leveren: welke beschikbaarheid en welk aantal geplande ritten en welk niveau van kwaliteit en innovatie. De aanbestedende partij kan een inschatting maken van het benodigde budget voor de contractering van ambulancezorg door te kijken naar historische kosten of door bijvoorbeeld een kostenonderzoek uit te laten voeren. De regisseur kan hiertoe zelf een landelijk of regionaal spreiding- en beschikbaarheidsmodel gebruiken of hij kan de spreiding en beschikbaarheid aan de aanbieder overlaten op basis van de kwaliteits- en toegankelijkheidseisen voor de ambulancezorg.

Bekostiging ambulancezorg

Voor beide gevallen van aanbesteden kan de regisseur in het aanbestedingsdocument opnemen hoe de bekostiging van de ambulancezorg plaatsvindt. SiRM adviseert om een combinatie van een

beschikbaarheidsbudget en kosten per rit te hanteren, om een prikkel tot (zinnige) productiviteit te creëren. Daarnaast kan de regisseur een bonus opnemen voor goed scorende aanbieders op afgesproken, betekenisvolle, kwaliteitsindicatoren, zogenaamde 'pay for performance'. Aandachtspunt is dat er ruimte moet blijven in de bekostiging om (medisch inhoudelijke) innovatie mogelijk te maken. Vaak is hiervoor een initiële investering nodig.

7.2.2 Niet aanbesteden

Voor varianten 1, 2, 6 en 8 is aanbesteden niet nodig. Dit zijn de varianten waarbij de ambulancezorg uitsluitend geleverd wordt door aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering. Voor variant 1 leveren de aangewezen overheidsdienst(en) de ambulancezorg voor onbepaalde tijd. We beschrijven variant 1 niet verder omdat er hier in feite geen sprake is van contractering maar van bepalen van de begrotingsruimte voor ambulancediensten van de overheid. Voor varianten 2, 6 en 8 dient wel sprake te zijn van een transparante selectieprocedure en het openstellen van de markt en een concessie^{yy} / contract voor onbepaalde tijd lijkt juridisch niet mogelijk. Zorgverzekeraars (varianten 4 en 5) zijn vrij om al dan niet te kiezen voor aanbesteding.

Continuïteit van zorg en veiligheid

Ook als aanbesteden niet nodig is, is het van belang dat de regisseur aandacht heeft voor de continuïteit van zorg en veiligheid. Er is immers voor varianten 2, 6 en 8 ook geen mogelijkheid voor een concessie / contract met onbepaalde tijd. Ook de transparante selectieprocedure beoogt de markt open te stellen voor nieuwe partijen.

Budgetbepaling

Als niet wordt aanbesteed, kan het te contracteren budget worden geschat op basis van historische kosten, eventueel aangevuld met een kostenonderzoek. Het niet gebruiken van een aanbestedingsinstrument kan leiden tot lagere efficiency-prikkel voor aanbieders. De regisseur zou dit kunnen ondervangen met maatstafconcurrentie. Bij maatstafconcurrentie vergelijkt de regisseur de prestaties – op het gebied van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid – van verschillende aanbieders van ambulancezorg. Deze informatie gebruikt de regisseur om de tarieven tijdens de de concessie of contractperiode bij te stellen conform vooraf bepaalde regels en voor een volgend selectiemoment.

Bekostiging ambulancezorg

SiRM adviseert ook voor de varianten waarvoor geen aanbesteding nodig is om een combinatie van een beschikbaarheidsbudget en kosten per rit te hanteren voor de bekostiging met een mogelijkheid voor 'pay for performance'.

^{yy} In ieder geval bij varianten 2 en 3 zal er sprake zijn van het verlenen van een concessie. Het ministerie bepaalt door het verlenen van een concessie welke aanbieder het monopolie krijgt. De betaling voor het leveren van ambulancezorg verloopt via de zorgverzekeraars.

8 Vergelijking negen ordeningsvarianten

Op basis van desk research en de door SiRM gewogen 'expert opinions' concludeert SiRM dat Vooral de ordeningsvarianten waar het ministerie van VWS of de zorgverzekeraar de regisseur is, goed scoren op de toetsingscriteria. VWS in combinatie met een overheidsdienst scoort iets minder goed (variant 1). Deze variant leidt tot een schot in de bekostiging, hogere bestuurlijke complexiteit en bovendien zijn de kosten voor de maatschappij en de transitiekosten waarschijnlijk hoger. Ook het ROAZ scoort relatief goed als regisseur, vooral op de operationele criteria. Echter, de governance van het ROAZ is (nog) onvoldoende toegerust om regisseur te zijn. Het is de vraag of het mogelijk is de governance van het ROAZ in te richten voor het selecteren en contracteren van ambulancezorg. Er bestaat minder draagvlak voor een ordening met private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering. Deze varianten scoren daarentegen beter op de transitiekosten.

Figuur 18 geeft een samenvattend overzicht van de argumentatie per toetsingscriterium in dit hoofdstuk. Per ordeningsvariant hebben we weergegeven of de variant beter scoort of juist minder goed op het toetsingscriterium dan de andere varianten. We doen dit per categorie: operationele criteria, bestuurlijke criteria en transitiecriteria. **Figuur 18** is een samenvatting van **Figuur 19** (operationele criteria), **Figuur 20** (bestuurlijke criteria) en **Figuur 21** (transitiecriteria) die in de paragrafen hieronder aan de orde komen.

	Variant scoort minder goed	Variant scoort gemiddeld	Variant scoort beter								
	Patiëntervaringen en financiële toegankelijkh.	Toegankelijkheid	Kwaliteit	Samenwerking in de keten	Overdracht van gegevens	Arbeidsmarkt -aspecten	Bestuurlijke complexiteit	Governance	Kosten voor de maatschappij	Draagvlak	Transitie-kosten
	Operationele criteria					Bestuurlijke criteria				Transitiecriteria	
1. VWS - overheidsdienst											
2. VWS - publiek/privaat											
3. VWS - privaat											
4. Verzekeraar - publiek/privaat											
5. Verzekeraar - privaat											
6. ROAZ - publiek/privaat											
7. ROAZ - privaat											
8. GGD/GHOR - privaat zonder mog.h. winstuitk.											
9. GGD/GHOR - privaat met mog.h. winstuitk.											

Figuur 18. Samenvattend overzicht relatieve scores van ordeningsvarianten op toetsingscriteria

8.1 Operationele criteria

In deze paragraaf beschrijven we de vergelijking van de 9 ordeningsvarianten aan de hand van de 5 operationele criteria. **Figuur 19** geeft een globaal overzicht van de resultaten. In de paragraaf komt een beknopte beschrijving per subcriterium aan de orde. Voor een meer gedetailleerde beschrijving per ordeningsvariant zie Bijlage 14.

	Variant scoort minder goed	Variant scoort gemiddeld	Variant scoort beter		
	Patiënten-ervaringen en financiële toegankelijkheid	Toegankelijkheid van ambulancezorg	Kwaliteit van ambulancezorg	Samenwerking in de keten	Overdracht van gegevens
1. VWS - overheidsdienst	Geen heffing eigen risico door overheidsdienst	Niet onderscheidend	Overheidsdienst zorgt voor schot in bekostiging	VWS staat op enige afstand van acute zorgaanbieders	VWS invloed op wet en beleid, maar ver af van implementatie
2. VWS - publiek/privaat	Niet onderscheidend	Niet onderscheidend	VWS invloed op indicatoren, weinig ervaring selecteren	VWS staat op enige afstand van acute zorgaanbieders	VWS invloed op wet en beleid, maar ver af van implementatie
3. VWS - privaat	Niet onderscheidend	Niet onderscheidend	VWS invloed op indicatoren, weinig ervaring selecteren	VWS staat op enige afstand van acute zorgaanbieders	VWS invloed op wet en beleid, maar ver af van implementatie
4. Verzekeraar - publiek/privaat	Niet onderscheidend	Niet onderscheidend	Zorgverzekeraar is gericht op zorg op juiste plek	Verzekeraar op afstand veiligheidsketen, dichtbij zorg	Verzekeraar kan invloed uitoefenen via contractering
5. Verzekeraar - privaat	Niet onderscheidend	Niet onderscheidend	Zorgverzekeraar is gericht op zorg op juiste plek	Verzekeraar op afstand veiligheidsketen, dichtbij zorg	Verzekeraar kan invloed uitoefenen via contractering
6. ROAZ - publiek/privaat	Niet onderscheidend	ROAZ ook nadrukkelijk gericht op gepland vervoer	ROAZ gericht op prehospitalische zorg en zorg op juiste plek	ROAZ bestaat uit aanbieders acute zorgketen	Deelnemers in ROAZ zijn verwijzers en acute zorgaanbieders
7. ROAZ - privaat	Niet onderscheidend	ROAZ ook nadrukkelijk gericht op gepland vervoer	ROAZ gericht op prehospitalische zorg en zorg op juiste plek	ROAZ bestaat uit aanbieders acute zorgketen	Deelnemers in ROAZ zijn verwijzers en acute zorgaanbieders
8. GGD/GHOR - privaat zonder mog.h. winstuitk.	Niet onderscheidend	GGD/GHOR vooral gericht op spoedeisend	GGD/GHOR minst gericht op 'reguliere' zorg op juiste plek	GGD/GHOR minst ingebed in 'reguliere' acute zorgketen	GGD/GHOR staat verder af van (acute) zorgaanbieders
9. GGD/GHOR - privaat met mog.h. winstuitk.	Niet onderscheidend	GGD/GHOR vooral gericht op spoedeisend	GGD/GHOR minst gericht op 'reguliere' zorg op juiste plek	GGD/GHOR minst ingebed in 'reguliere' acute zorgketen	GGD/GHOR staat verder af van (acute) zorgaanbieders

Figuur 19. Vergelijking van 9 varianten aan de hand van operationele toetsingscriteria

8.1.1 Patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid

Geïnterviewden en deelnemers aan expertgroepen geven aan dat de ordening van ambulancezorg weinig impact heeft op patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid van ambulancezorg voor patiënten. Binnen iedere ordeningsvariant kan de aanbieder de ambulancezorg zo organiseren dat er een hoge patiënttevredenheid is. **Variante 1** scoort iets beter op dit toetsingscriterium omdat het heffen van eigen risico door een overheidsdienst niet voor de hand liggend is. Het ontbreken van een eigen risico zou zorgmijding kunnen voorkomen. Een patiënt die naar de SEH gebracht wordt is echter (een deel van) zijn eigen risico sowieso kwijt.

Naast patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid voor de patiënt, zijn voor de patiënt de toegankelijkheid en de kwaliteit van ambulancezorg van groot belang. De scores op deze twee criteria komen hieronder separaat aan bod.

8.1.2 Toegankelijkheid van de ambulancezorg

We toetsen de varianten zowel op het behalen van normaanrijtijden voor levensbedreigende situaties als op de tijdige beschikbaarheid van gepland vervoer met zorg. Beide aspecten zijn van belang voor patiënten. Wat betreft de aanrijtijden voor levensbedreigende situaties verwachten geïnterviewden en deelnemers aan expertgroepen dat de varianten niet onderscheidend zijn. Binnen iedere ordeningsvariant zal de aanbieder erop gericht zijn om de ambulancezorg zo te organiseren dat de normaanrijtijden voor levensbedreigende situaties gehaald worden. Uit de analyse van SiRM op basis

van gegevens uit jaarverslagen bleek geen significant verschil in resultaat tussen aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering en aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering (zie bijlage 11).

Geïnterviewden en deelnemers aan expertgroepen denken dat de ordening meer impact heeft op het geplande vervoer met zorg. **Varianten 6 en 7** met het ROAZ als regisseur scoren hier beter op. Het ROAZ bestaat immers uit partijen die er belang bij hebben dat óók de tijdige beschikbaarheid van gepland vervoer met zorg goed georganiseerd is. **Varianten 8 en 9** scoren daarentegen minder goed dan de andere varianten op dit subcriterium. De GGD/GHOR is vooral gericht op toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg vanuit hun wettelijke taken. Gepland vervoer met zorg staat verder van hen af. Het soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit subcriterium.

8.1.3 Kwaliteit van de ambulancezorg

We vergelijken welke impact de varianten hebben op de kwaliteit van ambulancezorg aan de hand van vier subcriteria:

- patiëntveiligheid;
- minimalisatie van gezondheidsverlies;
- medisch-inhoudelijke innovatie en
- zorg op de juiste plek.

Patiëntveiligheid

Geïnterviewden en deelnemers aan expertgroepen verwachten over het algemeen niet dat de ordening van ambulancezorg impact heeft op de patiëntveiligheid van ambulancezorg. De patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Aanbieders van ambulancezorg dienen zich te houden aan de wettelijke minimale eisen.

Minimalisatie van gezondheidsverlies

De ordening van ambulancezorg – wie de regisseur is – heeft wel impact op de minimalisatie van het gezondheidsverlies. Op basis van de interviews en discussies in de expertgroepen concludeert SiRM dat **varianten 1, 2 en 3** beter scoren op dit subcriterium, gevolgd door **varianten 4 en 5**. De regisseur kan via de concessie^{zz} die hij verleent en/of het contract dat hij sluit, sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. De kwaliteitsindicatoren worden bij voorkeur opgesteld door het veld. Het ministerie van VWS kan - o.a. via het ZIN - druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren. Dit geldt in mindere mate ook voor zorgverzekeraars. Het ministerie van VWS heeft daarentegen nauwelijks ervaring met het contracteren van aanbieders en de opname van kwaliteitsindicatoren in een contract, terwijl zorgverzekeraars hier ruime ervaring mee hebben. AZN ontwikkelt op dit moment indicatoren die betekenisvoller zijn dan de huidige 'kwaliteitsnorm' van 15 minuten. Op basis van de interviews en

^{zz} Alleen bij varianten 2 en 3 is er sprake van het verlenen van een concessie. Het ministerie bepaalt door het verlenen van een concessie welke aanbieder het monopolie krijgt. De betaling voor het leveren van ambulancezorg verloopt via de zorgverzekeraars.

discussies in de expertgroepen concludeert SiRM dat het soort aanbieder niet onderscheidend is voor dit subcriterium.

Medisch-inhoudelijke innovatie

SiRM concludeert op basis van de interviews met experts en belanghebbenden dat de ordeningsvarianten allemaal gelijk scoren op het subcriterium medisch-inhoudelijke innovatie. Zowel de regisseur als het soort aanbieder zijn niet onderscheidend voor dit subcriterium:

- De regisseur dient via de concessie^{aaa}/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteits-indicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. De regisseur kan het werken aan medisch-inhoudelijke innovatie zelfs expliciet in het contract opnemen. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven.
- Zowel huidige publieke aanbieders van ambulancezorg als huidige private aanbieders (met mogelijkheid tot winstuitkering) hebben medisch-inhoudelijke innovaties gecreëerd.

Zorg op de juiste plek

De geïnterviewden en deelnemers aan de expertgroepen geven aan dat de ordening impact heeft op het leveren van de juiste zorg op de juiste plek. Over de manier waarop variëren de meningen. SiRM heeft de argumenten gewogen en concludeert het volgende hierover:

- **Variant 1** scoort minder goed op dit subcriterium omdat overheidsdienst(en) niet onder het premiekader Zvw vallen. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, kan dit schot in de zorg (andere wetgeving en bekostiging) een belemmering opwerpen.
- **Varianten 4, 5, 6 en 7** waar de zorgverzekeraar of het ROAZ de regisseur is scoren beter dan de overige varianten op dit subcriterium. Zorgverzekeraars voeren de Zvw uit en richten zich in dat kader op zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Zorgverzekeraars staan wel verder af van de medisch inhoudelijke praktijk dan het ROAZ en kunnen daarom minder invloed uitoefenen op zorg op juiste plek. Het ROAZ overleg is gericht op de acute zorgketen: op het leveren van pre-hospitale zorg en op zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Er ontstaat mogelijk wel discussie over de 'juiste plek' doordat deelnemende organisaties binnen het ROAZ verschillende en mogelijk tegengestelde belangen hebben.
- Of de aanbieder van ambulancezorg wel of geen mogelijkheid heeft tot het uitkeren van winst is niet onderscheidend voor dit subcriterium.

8.1.4 Samenwerking in de keten

We bespreken de impact van de ordeningsvarianten op de samenwerking in de keten aan de hand van drie subcriteria:

- samenwerking in de acute zorgketen;
- samenwerking met andere aanbieders van ambulancezorg tussen regio's en

^{aaa} In ieder geval bij varianten 2 en 3 zal er sprake zijn van het verlenen van een concessie. Het ministerie bepaalt door het verlenen van een concessie welke aanbieder het monopolie krijgt. De betaling voor het leveren van ambulancezorg verloopt via de zorgverzekeraars.

- samenwerking in de veiligheidsketen.

Samenwerking in de acute zorgketen

Geïnterviewden en deelnemers aan de expertgroepen zijn het erover eens dat zowel de keuze voor de regisseur als de keuze voor de aanbieder van ambulancezorg impact hebben op het subcriterium samenwerking in de acute zorgketen. De meningen variëren over de manier waarop. SiRM concludeert het volgende na weging van de argumenten:

- **Varianten 4, 5, 6 en 7** waar de zorgverzekeraar of het ROAZ de regisseur is, scoren beter op dit subcriterium. Met zorgverzekeraars als regisseur is de samenwerking in de acute zorgketen vrij goed geborgd. Zorgverzekeraars zijn nauw betrokken bij de acute zorgketen en contracteren de aanbieders van acute zorg. Zorgverzekeraars nemen soms deel aan het ROAZ, maar worden niet altijd uitgenodigd om bij de ROAZ-overleggen aanwezig te zijn. Zij staan daardoor op (iets) meer afstand. Met het ROAZ als regisseur is de samenwerking in de acute zorgketen goed geborgd. Het ROAZ bestaat uit de zorgaanbieders uit de acute zorgketen. Bij het ROAZ als regisseur kan echter wel sprake zijn van lastige samenwerking tussen acute zorgaanbieders binnen de regio, omdat in het ROAZ overleg verschillende partners zitten met uiteenlopende belangen t.a.v. ambulancezorg.
- **Varianten 8 en 9** waar de GGD/GHOR regisseur is scoren minder goed op dit subcriterium omdat de GGD/GHOR met name gericht is op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Deze regisseur is minder gericht op 'reguliere' acute zorg en daarmee minder stevig ingebed in de acute zorgketen.
- **Variant 1** scoort minder goed op dit subcriterium omdat partijen in de acute zorgketen over het algemeen zorgaanbieders zijn die werken in het kader van de Zvw. Samenwerking met een overheidsdienst vergt wellicht meer afstemming omdat zij niet binnen hetzelfde wettelijk kader acteren.
- Publieke of private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering zijn niet onderscheidend op dit subcriterium. Als in de concessie^{bbb}/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de acute zorgketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.

Samenwerking met andere aanbieders van ambulancezorg

Op basis van de interviews en discussies in de expertgroepen concludeert SiRM dat de ordening van ambulancezorg nauwelijks tot geen impact heeft op de samenwerking met andere aanbieders van ambulancezorg tussen regio's. Als de regisseur in de concessie/het contract opneemt dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg over bijvoorbeeld grensoverschrijdende ambulancezorg dan kan dit binnen iedere ordeningsvariant leiden tot goede samenwerking.

^{bbb} In ieder geval bij varianten 2 en 3 zal er sprake zijn van het verlenen van een concessie. Het ministerie bepaalt door het verlenen van een concessie welke aanbieder het monopolie krijgt. De betaling voor het leveren van ambulancezorg verloopt via de zorgverzekeraars.

Samenwerking in de veiligheidsketen

Geïnterviewden en deelnemers aan de expertgroepen geven aan dat de keuze voor de regisseur impact heeft op het subcriterium samenwerking in de veiligheidsketen. Zij kunnen zich grotendeels vinden in de volgende verdeling van de scores:

- **Varianten 1, 2, 3, 8 en 9** met VWS en de GGD/GHOR als regisseur, scoren beter op samenwerking in de veiligheidsketen. Met het ministerie van VWS als regisseur is de samenwerking in de veiligheidsketen vrij goed geborgd. Het ministerie van VWS is geen onderdeel van de veiligheidsketen. GGD-en en GHOR's vallen wel onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Onder andere vanuit die hoedanigheid werkt het ministerie van VWS samen met andere partijen in de veiligheidsketen (politie en brandweer). Met de GGD/GHOR als regisseur is de samenwerking in de veiligheidsketen erg goed geborgd. De veiligheidsketen bestaat uit de blauwe (politie), de rode (brandweer) en de witte kolom (ambulance, ziekenhuizen etc.). De GHOR zorgt voor de coördinatie van de witte kolom bij grote ongevallen en rampen. De GHOR staat onder leiding van de directeur publieke gezondheid (DPG). De DPG zorgt voor de inhoudelijke aansturing en geeft daarnaast leiding aan de GGD.
- **Varianten 4 en 5** met de zorgverzekeraar als regisseur scoren juist minder goed op samenwerking in de veiligheidsketen. Zorgverzekeraars zijn geen onderdeel van de veiligheidsketen. Acute zorgaanbieders die binnen de Zvw acteren vervullen wel taken in de rampenbestrijding. Zorgverzekeraars zijn over het algemeen slechts zijdelings betrokken bij de veiligheidsketen: zij zijn nauwelijks gesprekspartner voor de partijen in de veiligheidsketen.

Het is van belang om aan te geven dat samenwerking in de veiligheidsketen voor een kleiner deel van de ambulancezorg relevant is dan samenwerking in de acute zorgketen: circa 1% van de hulpverleningssituaties valt onder de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. In circa 10% van de ritten rijdt de ambulance samen met de politie of brandweer.

8.1.5 Overdracht van gegevens

We vergelijken de impact van de ordeningsvarianten op het toetsingscriterium overdracht van gegevens door te kijken naar de overdracht van gegevens op drie momenten in het proces:

- de overdracht van patiëntgegevens van verwijzer aan ambulanceverpleegkundige;
- de overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan de (acute) hulpverlener en
- de terugkoppeling van patiëntgegevens aan de aanbieder van ambulancezorg.

Overdracht van verwijzer aan ambulanceverpleegkundige

Op basis van de interviews en discussies in de expertgroepen concludeert SiRM dat de keuze voor de regisseur impact heeft op de overdracht van patiëntgegevens van verwijzer aan ambulanceverpleegkundige:

- **Varianten 6 en 7** met het ROAZ als regisseur scoren beter op dit subcriterium omdat de deelnemende organisaties in het ROAZ de verwijzers aan de ambulancezorg zijn. Het ROAZ kan daarmee als regisseur druk uitoefenen op de verwijzers om gegevens – binnen de wettelijke kaders – over te dragen aan de ambulanceverpleegkundige.

- **Varianten 8 en 9** met de GGD/GHOR als regisseur scoren minder goed op dit subcriterium. De GGD/GHOR staat verder af van het overgrote deel van de verwijzers aan de ambulancezorg. Daarmee kan de regisseur mogelijk minder invloed uitoefenen op het uitwisselen van informatie tussen verwijzer en ambulancezorg.

Geïnterviewden en deelnemers aan expertgroepen geven over het algemeen aan dat het soort aanbieder van ambulancezorg niet onderscheidend is voor dit subcriterium.

Overdracht van ambulanceverpleegkundige aan de (acute) hulpverlener

Uit de interviews en discussies tijdens de expertgroepen blijkt dat de ordening nauwelijks tot geen impact heeft op de overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan de (acute) hulpverlener. De overdracht van gegevens van de ambulanceverpleegkundige aan de acute hulpverlener dient onderdeel te vormen van de concessie^{ccc}/het contract.

Terugkoppeling aan de aanbieder van ambulancezorg

Op basis van de interviews en discussies in de expertgroepen concludeert SiRM dat de keuze voor de regisseur impact heeft op de terugkoppeling van patiëntgegevens aan de aanbieder van ambulancezorg:

- **Varianten 6 en 7** met het ROAZ als regisseur scoren beter. De deelnemende organisaties in het ROAZ zijn de acute hulpverleners. Het ROAZ kan als regisseur druk uitoefenen op acute hulpverleners om gegevens – binnen de wettelijke kaders – terug te koppelen. De wettelijke kaders kunnen voor deze informatiestroom een probleem opleveren. Er is immers geen sprake meer van een behandelrelatie als de ambulanceverpleegkundige de patiënt aan de acute hulpverlener heeft overgedragen. Een terugkoppeling van gegevens over de medische uitkomst kan in dit geval alleen als de patiënt hiervoor toestemming geeft.
- Ook op dit subcriterium scoren **varianten 8 en 9** met de GGD/GHOR als regisseur minder goed.

Geïnterviewden en deelnemers aan expertgroepen geven over het algemeen aan dat het soort aanbieder van ambulancezorg niet onderscheidend is voor dit subcriterium.

We hebben het criterium overdracht van gegevens gericht op de overdracht van gegevens binnen de 'witte kolom'. We hebben de ordeningsvarianten niet getoetst aan de informatieoverdracht vanuit de 'blauwe kolom' aan de 'witte kolom'. Deze overdracht van informatie kan ook van belang zijn als het gaat om of een situatie veilig is of niet.

8.2 Bestuurlijke criteria

In deze paragraaf beschrijven we de vergelijking van de 9 ordeningsvarianten aan de hand van de 4 bestuurlijke criteria. **Figuur 20** geeft een globaal overzicht van de resultaten. In de paragraaf komt een

^{ccc} In ieder geval bij varianten 2 en 3 zal er sprake zijn van het verlenen van een concessie. Het ministerie bepaalt door het verlenen van een concessie welke aanbieder het monopolie krijgt. De betaling voor het leveren van ambulancezorg verloopt via de zorgverzekeraars.

beknopte beschrijving per subcriterium aan de orde. Voor een meer gedetailleerde beschrijving per ordeningsvariant zie Bijlage 14.

	Variant scoort minder goed	Variant scoort gemiddeld	Variant scoort beter	
	Arbeidsmarkt-aspecten	Bestuurlijke complexiteit	Governance	Kosten voor de maatschappij
1. VWS - overheidsdienst	Personeel ervaart waarschijnlijk grotere werkzekerheid	Politisering door regisseur en aanbieder overheid	Sterke controlerende functie van Tweede Kamer	Niet Zvw geen eigen risico, afstand lokale acute zorgketen
2. VWS - publiek/privaat	Personeel voorkeur geen winst, maar niet minder tevreden bij privaat	Politisering door regisseur, en door publieke aanbieders, weinig best. drukte	Sterke controlerende functie van Tweede Kamer	Afstand tot lokale acute zorgketen
3. VWS - privaat	Personeel voorkeur geen winst, maar niet minder tevreden bij privaat	Politisering door regisseur, niet door private aanbieder, wel bestuurlijke drukte	Sterke controlerende functie van Tweede Kamer	Als 2 met efficiëntieprikkel aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering
4. Verzekeraar - publiek/privaat	Personeel voorkeur geen winst, maar niet minder tevreden bij privaat	Geen politisering door regisseur, wel door publieke aanbieders, weinig best. drukte	Goed intern en extern toezicht bij zorgverzekeraar	Contracteert veel, belang optimalisatie lokale acute zorgketens
5. Verzekeraar - privaat	Personeel voorkeur geen winst, maar niet minder tevreden bij privaat	Geen politisering door regisseur of private aanbieders, wel bestuurlijke drukte	Goed intern en extern toezicht bij zorgverzekeraar	Als 4 met efficiëntieprikkel aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering
6. ROAZ - publiek/privaat	Personeel voorkeur geen winst, maar niet minder tevreden bij privaat	Geen politisering door regisseur, wel door publieke aanbieders, weinig best. drukte	Nog geen intern toezicht; ambulancezorg onderdeel ROAZ	Goede aansluiting bij acute keten
7. ROAZ - privaat	Personeel voorkeur geen winst, maar niet minder tevreden bij privaat	Geen politisering door regisseur of private aanbieders, wel bestuurlijke drukte	Nog geen intern toezicht; ambulancezorg onderdeel ROAZ	Als 6 met efficiëntieprikkel aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering
8. GGD/GHOR - privaat zonder mog.h. winstuitk.	Personeel voorkeur geen winst, maar niet minder tevreden bij privaat	Politisering door regisseur, niet door aanbieder, geen bestuurlijke drukte	Gemeenteraden meer op afstand door deelname meerdere gemeentes	Minder aansluiting met andere acute zorgaanbieders
9. GGD/GHOR - privaat met mog.h. winstuitk.	Personeel voorkeur geen winst, maar niet minder tevreden bij privaat	Politisering door regisseur, niet door aanbieder, wel bestuurlijke drukte	Gemeenteraden meer op afstand door deelname meerdere gemeentes	Als 8 met efficiëntieprikkel aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering

Figuur 20. Vergelijking van 9 varianten aan de hand van bestuurlijke toetsingscriteria

8.2.1 Arbeidsmarkt-aspecten

We vergelijken de impact van de ordeningsvarianten op de arbeidsmarkt-aspecten aan de hand van drie subcriteria:

- het perspectief van het personeel (werkzekerheid, werkinhoud en medewerkers-tevredenheid);
- het perspectief van de aanbieders (beschikbaarheid en duurzame inzet van personeel) en
- het perspectief van de regisseur (betaalbaarheid personeel, opleidings- en functie-eisen).

Perspectief personeel

Het overgrote deel van de geïnterviewden en deelnemers aan expertgroepen geven aan dat de regisseur nauwelijks onderscheidend is voor het perspectief van het personeel. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op het bieden van een aantrekkelijke loopbaan voor ambulancepersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS daar invloed op uitoefenen met beleid en geld. Het

beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur.

Uit de interviews en discussies in expertgroepen blijkt dat het soort aanbieder voor dit subcriterium wel onderscheidend is. Over de manier waarop variëren de meningen. SiRM heeft de argumenten gewogen en scoort de varianten als volgt:

- **Variante 1** scoort beter op het subcriterium perspectief personeel omdat het ambulancepersoneel (volgens de vertegenwoordiging van het personeel) bij een overheidsdienst een grotere werkzekerheid ervaart.
- **Varianten 2, 4, 6 en 8** – met een aanbieder zonder mogelijkheid tot winstuitkering – scoren ongeveer gelijk aan **varianten 3, 5, 7 en 9**. De vertegenwoordiging van het personeel geeft aan dat het personeel een werkgever prefereert die niet gericht is op het uitkeren van winst aan aandeelhouders. Aan de andere kant blijkt dit niet uit medewerkerstevredenheids-onderzoeken. Daaruit blijkt dat publieke en private aanbieders gelijk scoren op medewerkerstevredenheid. Overigens gaven geïnterviewden en deelnemers aan expertgroepen aan dat de huidige private aanbieders onderling sterk van elkaar verschillen en dat het (in het licht van de arbeidsmarktaspecten) lastig is om te spreken van ‘de’ private aanbieder.

Perspectief aanbieders

Het perspectief van het personeel werkt door in het perspectief van de aanbieders. Als ambulanceverpleegkundigen immers een voorkeur hebben voor een overheidsdienst, dan zal het voor die aanbieder wellicht minder lastig zijn om personeel aan te trekken.

Perspectief regisseur

Het perspectief van de regisseur is gericht op de betaalbaarheid van het personeel en de opleidings- en functie-eisen. Uit de interviews en discussies in de expertgroepen blijkt dat de ordeningsvarianten nauwelijks of geen impact hebben op dit subcriterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de betaalbaarheid van ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS daar invloed op uitoefenen met beleid en geld. Het soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit subcriterium omdat voor het ambulancepersoneel dezelfde cao geldt.

8.2.2 Bestuurlijke complexiteit

Om de impact van de ordening op de bestuurlijke complexiteit te bepalen, brengen we in kaart op welke afstand zij staan van de landelijke of lokale politiek en in welke mate de variant leidt tot (lokale of landelijke) bestuurlijke drukte.

Afstand tot politiek

Op basis van de interviews en discussies in expertgroepen concludeert SiRM dat **varianten 1 en 2** minder goed scoren op het subcriterium afstand tot de politiek. Het ministerie van VWS staat onder leiding van de minister, dit kan leiden tot enige politisering van de ambulancezorg. Ook het soort aanbieder – publieke aanbieders (met wethouders en/of burgemeesters van gemeentes in het bestuur) – leidt in deze twee varianten tot een hogere kans op politisering van de ambulancezorg.

Andere varianten met publieke aanbieders van ambulancezorg scoren daarom ook iets minder goed op dit subcriterium (**varianten 4, 6 en 8**). Dit is bij private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering niet het geval. Daarom scoren de varianten met private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering beter (**varianten 3, 5, 7 en 9**) op dit subcriterium. Het beste scoren **varianten 5 en 7**. Hier geldt dat naast een private aanbieder, de regisseur (zorgverzekeraar, ROAZ) ook op afstand staat van de lokale en landelijke politiek. Dit verkleint het risico op politisering van de ambulancezorg.

Bestuurlijke drukte

Uit de interviews en de discussies tijdens de expertgroepen blijkt dat het soort aanbieder kan leiden tot meer of minder bestuurlijke drukte. Dit is minder het geval bij het soort regisseur. Dit speelt met name op landelijk niveau voor de private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering (**varianten 3, 5, 7 en 9**). De mogelijkheid tot winstuitkering in de zorg is politiek gezien een gevoelig onderwerp en leidt met enige regelmaat tot vragen aan de minister van VWS vanuit de Tweede Kamer. Deze varianten heeft SiRM daarom op dit subcriterium lager gescoord dan de varianten waar geen sprake is van de mogelijkheid tot winstuitkering.

8.2.3 Governance

We onderscheiden bij de vergelijking van ordeningsvarianten twee niveaus van governance: op het niveau van de regisseur en op het niveau van de aanbieder.

Governance regisseur

Op basis van interviews met experts concludeert SiRM dat **varianten 1, 2, 3, 4 en 5** beter scoren op het niveau van governance van de regisseur. Het gaat om varianten met VWS of de zorgverzekeraar als regisseur:

- De governance van het ministerie van VWS is goed georganiseerd doordat de minister van VWS als onderdeel van het kabinet gecontroleerd wordt door de tweede kamer. Tweede kamerleden kunnen vragen stellen over de kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulancezorg in de verschillende regio's.
- De governance van zorgverzekeraars is eveneens goed georganiseerd met zowel intern toezicht als extern toezicht. Het interne toezicht van een zorgverzekeraar bestaat uit de Raad van Toezicht, extern vindt toezicht plaats door de NZa en door reputatie-effecten bij verzekerden.

We scoren de overige **varianten 6, 7, 8 en 9** op basis van de expert interviews minder goed:

- Het ROAZ is op dit moment (nog) een bestuurlijk overleg zonder toezicht structuur. Bij het eventueel creëren van een juridische entiteit dient bij de invulling van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht aandacht te zijn voor het aantrekken van personen die geen 'conflict of interest' hebben bij het leveren van ambulancezorg. Daarnaast is de ambulancezorg een deelnemende partij aan het ROAZ. Als het ROAZ de regiefunctie op zich neemt verandert de positie van de ambulancezorg. De ambulancezorg wordt in dat geval in feite toeleverancier aan het ROAZ.

- De governance van de GGD/GHOR bestaat in de regel uit een algemeen bestuur dat bestaat uit burgemeesters en/of wethouders uit de deelnemende gemeentes en een dagelijks bestuur dat eveneens bestaat uit burgemeesters en/of wethouders uit de deelnemende gemeentes. Het gemeentebestuur wordt gecontroleerd door de gemeenteraad. Omdat het hier echter meerdere gemeentes betreft treedt er een verdunningseffect op, gemeenteraden komen meer op afstand te staan. De belangen van de deelnemende burgemeesters en wethouders in het dagelijks bestuur komen wellicht niet volledig overeen met die van andere deelnemende gemeentes.

Governance aanbieders

Uit expert interviews blijkt het volgende op het niveau van de governance van de aanbieders:

- **Varianten 3, 5, 7 en 9** met private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering scoren minder goed. Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering kunnen in principe voldoen aan de governance code zorg. Zij kunnen de patiënt een rol geven in de governance en duidelijk onderscheid maken in rollen en verantwoordelijkheden tussen de Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht (RvT). Het is voor aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering echter lastiger te waarborgen dat de RvB en de RvT besturen en toezicht houden vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie omdat er ook een doelstelling is tot het maken van winst.
- Varianten waar gemeenschappelijke regelingen de ambulancezorg kunnen uitvoeren (**varianten 2, 4 en 6**) scoren eveneens minder goed. Gemeenschappelijke regelingen voldoen niet aan de eisen van de WTZi waar het gaat om onafhankelijk bestuur en toezicht (zie argumentatie hierboven).

8.2.4 Kosten voor de maatschappij

De kosten voor de maatschappij hebben we gescoord op drie onderdelen:

- de directe kosten van ambulancezorg;
- de kosten om de ambulancezorg te organiseren en
- de vervolgcosten elders in de keten, met name bij de medisch specialistische zorg (MSZ).

Uit desk research blijkt dat vooral de impact van de ordening van de ambulancezorg op de vervolgcosten zwaar weegt. Er kan sprake zijn van een 'hefboomeffect'. Ongeveer 40% van de omzet van MSZ komt via de SEH⁶. Dat is ruim €6 miljard ofwel meer dan 10 maal de omzet van ambulancezorg. De ambulancezorg organiseren tegen bijvoorbeeld 10% hogere directe kosten weegt mogelijk op tegen 1% lagere kosten in de MSZ acute zorg. Bijvoorbeeld door patiënten direct in het juiste ziekenhuis af te leveren of pre-hospitale zorg of diagnostiek in de ambulance te leveren. Daar is bovendien de kwaliteit van zorg mee gebaat. Dergelijke extra inzet van ambulances leidt echter tot gemiddeld langere ritten en dus meer benodigde auto's en personeel. Varianten met een prikkel om de gehele keten te optimaliseren scoren daarom hoog.

We schatten in dat de **varianten 4 en 5** in potentie het meest efficiënt zijn. De zorgverzekeraar heeft immers een prikkel om de allocatie tussen inzet van ambulances en acute zorg in het ziekenhuis te optimaliseren. De ambulancezorg geleverd door publiek/private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering valt net als de MSZ onder de Zvw. Ook de overheadkosten voor het

contracteren van ambulancezorg zijn waarschijnlijk het laagst aangezien zorgverzekeraars al toegerust zijn om zorg te contracteren en de systemen en mensen gedeeld kunnen worden met andere contracteertaken.

SiRM schat in dat **variant 1** waarbij VWS de regie heeft en de ambulancezorg wordt geleverd door een overheidsdienst, waarschijnlijk tot de hoogste kosten voor de maatschappij leidt. VWS is gericht op zorgkosten in totaal en heeft daarmee ook een prikkel om de ambulancezorg te optimaliseren gegeven de impact op de MSZ vervolggkosten van medisch specialistische zorg. Echter:

- VWS staat op meer afstand van de acute zorgketen en kan daarmee minder directe invloed uitoefenen dan zorgverzekeraars.
- VWS zal minder inzichten uit de praktijk krijgen en kan daar bovendien minder effectief naar handelen.
- De budgetten van een overheidsdienst zijn waarschijnlijk minder snel bij te sturen dan die van private aanbieders. Over het algemeen zijn de directe kosten voor een overheidsaanbieder op termijn ook hoger.

8.3 Transitiecriteria

In deze paragraaf komt de vergelijking van varianten aan de hand van 2 transitiecriteria, draagvlak en transitiekosten, aan de orde. **Figuur 21** geeft op hoofdlijnen de resultaten weer. We geven in deze paragraaf een beknopte beschrijving per subcriterium. Voor een meer gedetailleerde uitwerking per ordeningsvariant zie Bijlage 14.

	Variant scoort minder goed	Variant scoort gemiddeld	Variant scoort beter
	Draagvlak		Transitiekosten
1. VWS - overheidsdienst	Meeste belanghebbenden voorkeur VWS	Kosten onteigening afhankelijk van vergunningsvrwrdrn	
2. VWS - publiek/privaat	Meeste belanghebbenden voorkeur VWS	Regiefunctie als huidig. Mogelijk onteigening	
3. VWS - privaat	Meeste belanghebbenden voorkeur VWS	Komt het meest overeen met huidige situatie	
4. Verzekeraar - publiek/privaat	Regisseur minder voorkeur dan VWS, maar geen winst	Regiefunctie past bij taak Zvkr, mogelijk onteigening	
5. Verzekeraar - privaat	Maatschappelijk sentiment tegen winstuitkering in zorg	Komt vrijwel overeen met huidige situatie	
6. ROAZ – publiek/privaat	Regisseur minder voorkeur dan VWS, maar geen winst	ROAZ nu geen rechtspersoon, weinig ervaring met inkoop	
7. ROAZ - privaat	Maatschappelijk sentiment tegen winstuitkering in zorg	Als 6 – maar geen verandering aanbieders	
8. GGD/GHOR – privaat zonder mog.h. winstuitk.	Regisseur minder voorkeur dan VWS, maar geen winst	GGD/GHOR minder betrokken in acute zorgketen	
9. GGD/GHOR – privaat met mog.h. winstuitk.	Maatschappelijk sentiment tegen winstuitkering in zorg	Als 8 maar geen verandering aanbieders	

Figuur 21. Vergelijking van 9 varianten aan de hand van transitiecriteria

8.3.1 Draagvlak

We hebben het draagvlak voor de ordeningsvarianten in kaart gebracht voor de volgende belanghebbende partijen:

- patiënten;
- personeel;
- huidige aanbieders;
- potentiële nieuwe aanbieders;
- aanbieders in de acute zorgketen;
- partners in de veiligheidsketen en
- zorgverzekeraars.

In **Figuur 21** hebben we aangegeven welk draagvlak er overall is per ordeningsvariant. Het draagvlak voor een bepaalde ordeningsvariant verschilt echter sterk per groep belanghebbende (zie Bijlage 14).

Patiënten en personeel

Op basis van interviews met patiënt- en personeelsvertegenwoordigers concludeert SiRM dat de mate van draagvlak voor de ordeningsvarianten sterk overeen komt voor de patiënten en het personeel. Vertegenwoordigers geven aan dat de **varianten 1, 2 en 3** met het ministerie van VWS als regisseur, kunnen rekenen op het meeste draagvlak vanuit deze groepen. Patiënten en personeel hebben waarschijnlijk een voorkeur voor een publieke regisseur, met name het ministerie van VWS. Er

bestaat een maatschappelijk sentiment tegen een private regisseur van ambulancezorg, zoals de zorgverzekeraar. Daarnaast bestaat er eveneens een maatschappelijk sentiment tegen aanbesteding en mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg. **Varianten 4, 6 en 8** scoren met publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering daarom gemiddeld.

Huidige aanbieders

De huidige aanbieders zijn deels publiek en deels privaat, waarvan een gedeelte met de mogelijkheid tot winstuitkering. Uit interviews en discussies tijdens expertgroepen blijkt dat huidige aanbieders over het algemeen het meeste lijken te zien in **varianten 2 en 3** waar het ministerie van VWS de regisseur is. Ook zijn er aanbieders die aangeven dat zij zorgverzekeraars als regisseur prefereren omdat dit meer lijkt op de huidige situatie waar de contractafspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraars. De huidige aanbieders kunnen zich het minst vinden in **varianten 8 en 9** waar de GGD/GHOR de regisseur is. Circa de helft van de huidige aanbieders behoort tot de GGD/GHOR. Als de GGD/GHOR regisseur van de ambulancezorg wordt kunnen deze ambulancediensten waarschijnlijk geen ambulancezorg meer aanbieden (de slager keurt anders zijn eigen vlees). Huidige aanbieders zien de regisseursrol daarom waarschijnlijk niet weggelegd voor de GGD/GHOR. Dit geldt overigens eveneens voor aanbieders die geen onderdeel van de GGD/GHOR zijn.

Potentiële nieuwe aanbieders

Uit interviews maakt SiRM op dat potentiële nieuwe aanbieders waarschijnlijk een voorkeur hebben voor zorgverzekeraars als regisseur in verband met een transparanter selectieproces door een partij die gewend is zorgaanbieders te selecteren. Ze kunnen zich waarschijnlijk ook goed vinden in VWS als regisseur omdat VWS een partij is die geëquipeerd is voor selectieprocessen en op landelijk niveau expertise kan verzamelen voor de selectie (zoals kwaliteitscriteria). Potentiële nieuwe aanbieders hebben vooral een voorkeur voor het soort aanbieder, namelijk private aanbieders met de mogelijkheid tot winstuitkering. Dit geeft private aanbieders van ambulancezorg met doelstelling van winstuitkering de mogelijkheid om mee te dingen om ambulancezorg te leveren. Dit leidt tot een voorkeur voor **varianten 3 en 5**.

Aanbieders in acute zorgketen

Uit de interviews en discussies tijdens de expertgroepen maakt SiRM op dat aanbieders in de acute zorgketen geen duidelijke voorkeur hebben voor een variant:

- Zij zijn verdeeld over het ministerie van VWS als regisseur (**varianten 1, 2 en 3**). Enerzijds denken zij dat VWS zich meer zal richten op de kwaliteit van de ambulancezorg dan de zorgverzekeraar. Anderzijds geven zij aan dat een regionale benadering zeer van belang is en twijfelen zij of VWS dit kan organiseren.
- Acute zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars weliswaar een ketenverantwoordelijkheid hebben, maar deze niet altijd waarmaken (**varianten 4 en 5**). Zij geven aan dat zorgverzekeraars veelal inkopen op betaalbaarheid, kwaliteit is minder in beeld. Daarnaast geven zij aan dat zorgverzekeraars zich de afgelopen jaren hebben teruggetrokken uit de acute zorg. Vanuit deze optiek zijn zij gemiddeld voorstander van de zorgverzekeraar als regisseur.

- Acute zorgaanbieders zijn niet automatisch voorstander van het ROAZ als regisseur (**varianten 6 en 7**). Het ROAZ functioneert niet in alle regio's evengoed en is (nog) niet (juridisch) geëquipeerd als contractpartner. Zij zijn over het algemeen geen voorstander van de GGD/GHOR als regisseur (**varianten 8 en 9**).
- Aanbieders van acute zorg geven aan dat overheidsdienst(en) (**variant 1**) mogelijk verder af staan van de acute zorgketen. Zij acteren niet binnen de Zvw en kunnen daarom andere prikkels ervaren. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.

Partners in de veiligheidsketen

Partners in de veiligheidsketen hebben er belang bij om niet verder op afstand te komen te staan van de ambulancezorg dan op dit moment het geval is. Zij willen immers verzekerd zijn van goede ambulancezorg bij grote ongevallen en rampen en als ambulancezorg nodig is bij uitrukken van politie of brandweer. Dit leidt tot een voorkeur voor **variant 1** waar het ministerie van VWS de regie heeft en ambulancezorg een overheidsdienst is en in mindere mate voor **varianten 2, 3, 8 en 9** waar VWS of de GGD/GHOR de regisseur is.

Zorgverzekeraars

Uit interviews met zorgverzekeraars concludeert SiRM dat zij geen voorkeur lijken te hebben voor één van de 9 ordeningsvarianten:

- Zorgverzekeraars zijn over het algemeen niet tegen een regierol voor VWS (**varianten 1, 2 en 3**), mits VWS in dat geval verantwoordelijk is voor het selecteren van doelmatige aanbieders van toegankelijke en goede kwaliteit ambulancezorg. Tegelijkertijd geven ze aan dat een regierol van VWS niet aansluit bij de rollen binnen de gereguleerde marktwerking.
- Een aantal zorgverzekeraars geven aan dat zij regie zouden willen nemen, mits de verantwoordelijkheden helder zijn tussen VWS en de zorgverzekeraars (**varianten 4 en 5**). Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat er in dat geval eerst duidelijkheid moet zijn over het huidige aantal regio's (25) in relatie tot de Landelijke Meldkamer Organisatie-regio's (10) en de verantwoordelijkheden van de directeurs van aanbieders van ambulancezorg daaromtrent. Ook geven zorgverzekeraars aan dat een nieuw model antwoord dient te geven op de zorgvraag zoals die zich de laatste jaren heeft ontwikkeld.
- Verzekeraars vragen zich af of het ROAZ regie kan nemen (**varianten 6 en 7**), omdat het ROAZ op dit moment nog geen contracterende partij kan zijn en de verschillende belangen binnen het ROAZ de slagvaardigheid van het ROAZ verminderen. Ook vinden zorgverzekeraars het feit dat zij – in de uitwerking van deze variant – het ROAZ moeten contracteren voor ambulancezorg lastig. Zorgverzekeraars blijven in dit geval een zorgplicht houden, terwijl ze geen regisseur zijn.
- Zorgverzekeraars zijn van mening dat ambulancezorg deel uit zou moeten maken van de Zvw en kunnen zich vanuit dat perspectief niet vinden in de GGD/GHOR als regisseur (**varianten 8 en 9**). Bovendien komen zorgverzekeraars met de GGD/GHOR als regisseur verder van de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie.

8.3.2 Transitiekosten

Logischerwijs zijn de verwachte transitiekosten het laagst voor de variant die het meest lijkt op de huidige manier van werken, **variant 3** (VWS regisseur met private aanbieders met mogelijkheid winst uit te keren). **Variant 5** waarbij de zorgverzekeraar regisseur is, scoort even hoog. Enerzijds is dan waarschijnlijk iets meer aanpassing van wet- en regelgeving nodig, anderzijds heeft de zorgverzekeraar ervaring met inkopen van zorg. De GGD/GHOR kopen nu geen zorg in, bovendien moet wet- en regelgeving ook worden aangepast vanwege de rol van het ministerie van Binnenlandse Zaken bij de financiering van de GGD/GHOR via gemeenten. Ook het ROAZ heeft geen ervaring met zorginkoop en is nu bovendien geen rechtspersoon.

Variant 1 (VWS als regisseur waarbij ambulancevervoer wordt geleverd als overheidsdienst) kent de hoogste transitiekosten. Er moet dan een nieuwe organisatie (dienst/afdeling/ZBO/agentschap van VWS) opgetuigd worden met de juiste bezetting en competenties. Dat leidt tot verhoudingsgewijs hoge lopende kosten bovenop de kosten voor waardeoverdracht.

In de varianten waarbij de private aanbieders de mogelijkheid hebben winst uit te keren (**varianten 3, 5, 7 en 9**), hoeven zij niet onteigend te worden. Dan is zeker dat daarvoor geen kosten gemaakt hoeven te worden. Kosten voor onteigening kunnen bovendien opgedreven worden door gedragseffecten zoals aanpassen van kostentoekening naar de verschillende onderdelen van een RAV.

Overigens zijn transitiekosten voor onteigening mogelijk laag. De ondernemingen hebben immers een vergunning waarvan bekend is dat deze ingetrokken kan worden als er nieuwe wetgeving voor ambulancezorg komt. Bovendien is bekend dat er inderdaad nieuwe wetgeving komt. De sector werkt nu onder de tijdelijke wet ambulancezorg die per 2018 afloopt. Dit kan een reden zijn om niet te compenseren^{ddd}. Als de vergunning automatisch verloopt, is de goodwill van een RAV lager. Waarschijnlijk moeten nieuwe publieke of private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering dan wel activa en personeel overnemen om in de capaciteit te voorzien.

Een negatief effect van onzekerheid kan zijn dat de RAV benodigde investeringen in mensen en materieel uitstelt omdat de RAV niet weet of die terugverdiend kunnen worden. Om dit te voorkomen is snel duidelijkheid nodig en zijn naarmate het einde van de vergunning dichterbij komt wellicht extra middelen nodig die zijn geormerkt voor investeringen die anders niet meer gedaan worden.

^{ddd} Zie bijvoorbeeld: Teulings, C.N., Bovenberg, A.L. & an Dalen, H.P. (2003). De calculus van het publieke belang (Ministerie van Economische Zaken, Kenniscentrum voor Ordeningsvraagstukken).

9 Impact keuzes overige ordeningsvragen

Alhoewel er geen hard bewijs is, neigt de analyse van SiRM naar een voorkeur voor een gebiedsindeling voor het ambulancezorgmonopolie naar de 10 meldkamerregio's. Deze regio-indeling scoort het beste op patiëntveiligheid (door eenduidige verantwoordelijkheden), zorg op de juiste plek en leidt tot een betere schaal voor innovatie. Op de samenwerking in de veiligheids- en acute zorgketen scoort deze regio-indeling eveneens goed. Het behouden van de huidige 25 ambulancezorg regio's bespaart op transitiekosten. Van de andere drie gebiedsindelingen zijn de transitiekosten het laagst voor de indeling naar 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's. Wat betreft de reikwijdte scoort een ambulancezorg monopolie dat zowel spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg bevat, beter dan het scheiden van het monopolie. Dit heeft vooral de voorkeur vanuit arbeidsmarkt-aspecten en draagvlak. Wel is van belang om helder in wet- en regelgeving op te nemen dat alleen een medische noodzaak bestaat voor het inzetten van geplande ambulancezorg als verpleegkundige vaardigheden en/of medische faciliteiten nodig zijn.

In hoofdstuk 8 hebben we de 9 ordeningsvarianten vergeleken aan de hand van de 11 toetsingscriteria. Deze 9 varianten zijn gebaseerd op de eerste twee ordeningsvragen: Wie is de regisseur? en Welk soort aanbieders kunnen ambulancezorg leveren? In dit hoofdstuk vergelijken we de mogelijke antwoorden op de overige twee ordeningsvragen aan de hand van voor die vraag relevante toetsingscriteria. Het gaat om de ordeningsvragen Waar wordt de ambulancezorg geleverd (gebiedsindeling)? En Wat is de inhoud van de ambulancezorg, de reikwijdte van het monopolie?

9.1 Waar?: gebiedsindeling

De huidige gebiedsindeling bestaat uit 25 ambulanceregio's. Zij werken als aparte entiteiten met eigen verantwoordelijkheid in de meldkamers. Er is op dit moment een ontwikkeling gaande naar 10 geïntegreerde meldkamers in Nederland die ieder een eigen gebied bestrijken (zie Bijlage 12). Deze gebiedsindeling is gelijk aan de 10 politieregio's. In de meldkamers zullen daarmee meerdere ambulancediensten actief zijn. Andere mogelijkheden voor gebiedsindeling die we bespreken zijn de 11 ROAZ regio's en een landelijke organisatie.

Alhoewel er geen hard bewijs is, neigt de analyse van SiRM naar een voorkeur voor een gebiedsindeling naar de 10 meldkamerregio's (Figuur 22):

- Deze regio-indeling scoort het beste op kwaliteit van de ambulancezorg. De indeling scoort hoog op patiëntveiligheid door eenduidige verantwoordelijkheden, zorg op de juiste plek (zeker gegeven de trend van concentratie van zorg) en leidt tot een goede schaal voor innovatie.
- Op de samenwerking in de keten scoort deze regio-indeling eveneens goed. Een indeling naar 10 meldkamers of 25 veiligheidsregio's leidt tot de beste afstemming in de veiligheidsketen. Daarnaast is met 10 meldkamerregio's de overlap met de ROAZ-en sterker dan met 25 en hebben ze bovendien ongeveer gelijke schaal.
- Op de kosten voor de maatschappij scoren de indeling in 10 meldkamerregio's en de gebiedsindeling naar 11 ROAZ-regio's goed door de balans tussen schaal en lokale kennis met minder vervolgcosten in de acute zorgketen.
- De transitiekosten zijn het laagst bij 25 regio's. Bij een gebiedsindeling naar 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's zullen de transitiekosten hoger zijn. Bij landelijk of naar 11 ROAZ regio's organiseren zijn de transitiekosten het hoogst.

	Variant scoort minder goed	Variant scoort gemiddeld	Variant scoort beter	
	Kwaliteit van ambulancezorg	Samenwerking in de keten	Kosten voor de maatschappij	Transitiekosten
25 veiligheids-regio's	Zorg op juiste plek lastig – vaker brenglocatie buiten gebied Schaal klein voor innovatie.	Meer gebieden dan politieregio's maar wel eenduidig. Acute keten werkbaar maar wel schaalverschil	Relatief hoge overhead, schaal in sommige regio's relatief klein	Geen transitiekosten, werken met huidige regio's
11 ROAZ-regio's	Zorg op juiste plek; brenglocaties in gebied. Schaal voor innovatie	Overlap met regio's acute zorg, niet met politie, brandweer of GHOR regio's. Gelijke aan acute zorg regio's	Balans tussen schaal en lokale kennis met minder vervolgcosten in keten	Vergelijkbaar met 10 meldkamerregio's, met extra kosten omdat huidige regio's maar deels overlappen
10 meldkamer-regio's	Zorg op juiste plek; brenglocaties in gebied. Schaal voor innovatie Verantwoordelijkheid eenduidig belegd	Minder gebieden dan brandweer, GHOR. Wel eenduidig. Operationeel bij politie. Gelijke schaal en veel overlap met ROAZ.	Balans tussen schaal en lokale kennis met minder vervolgcosten in keten	Voorname fusies van 2 RAVs, duidelijk welke
Landelijk	Zorg altijd in gebied – eventueel subregio's mogelijk. Innovatie mogelijk gedempt	Afspraken nodig met veel andere organisaties, afstemming op lokale situatie moeilijker	Landelijke optimalisatie inzet en spreiding, maar maken lokale afspraken met impact vervolgcosten lastiger	Omvormen van meer dan 25 huidige organisaties naar een geheel

Figuur 22. Vergelijking van 4 gebiedsindelingen aan de hand van 3 toetsingscriteria

Onze conclusie hangt niet zozeer af van efficiëntievoordelen door schaal. Die kunnen ambulancevoorzieningen behalen door hun diensten te leveren over meerdere gebieden, of kan per gebied worden gerealiseerd. We richten ons hier voornamelijk op de effectiviteit van de ambulancezorg. Overigens is opschalen naar 10 ambulancezorgregio's niet mogelijk als de GGD/GHOR de gids is in verband met democratische legitimatie.

We bespreken de onderbouwing van de figuur in de paragraaf hieronder. Voor een meer gedetailleerde beschrijving zie Bijlage 15.

9.1.1 Kwaliteit van de ambulancezorg

We verwachten geen verschillen op het subcriterium minimalisatie van gezondheidsverlies. Op basis van interviews verwacht SiRM dat verschillen op kunnen treden op het gebied van patiëntveiligheid, medisch-inhoudelijke innovatie en zorg op de juiste plek.

Patiëntveiligheid

De aanbieder van ambulancezorg is verantwoordelijk voor de meldkamerfunctie en de ambulancezorg en is een zorginstelling in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De kwaliteitswet en andere relevante zorgwetgeving (WGBO, Wet BIG) zijn daarom onverkort van toepassing op de aanbieder, inclusief de meldkamerzorg. De activiteiten op de meldkamer vallen daarmee onder het wettelijk kader van de gezondheidszorg. Het gaat om het aannemen van de melding, het geven van eerste medische adviezen, het stellen van de indicatie en het wel of niet inzetten van een ambulance, of een andere voorziening van de aanbieder of van een ketenzorginstelling. Deze activiteiten zijn onlosmakelijk verbonden met het ambulancezorgproces.

Aansluiting van de meldkamerregio's bij de ambulancezorgregio's is daarmee wenselijk, ook om de eigen verantwoordelijkheid goed te borgen:

- De varianten waarbij de ambulancezorg regio's samenvallen met de 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's hebben daarom de voorkeur vanuit dit subcriterium. De verantwoordelijkheid voor binnenkomende meldingen is dan eenduidig.
- Vijfentwintig regio's die ieder binnen een specifieke meldkamerregio vallen is ook werkzaam, maar er is een iets hogere kans op onduidelijkheid aangaande de medisch-inhoudelijke verantwoordelijkheid van de individuele aanbieders binnen één meldkamer.

Medisch-inhoudelijke innovatie

Voor innovatie zijn schaal en een innoverende cultuur nodig. We verwachten dat die iets beter te bereiken is bij 10 tot 11 regio's dan bij 25 regio's (kleinere schaal) en 1 regio (minder uitdaging van andere ambulancediensten).

Zorg op de juiste plek

Om de zorg op de juiste plek te leveren, dus in het juiste ziekenhuis, kan schaal een bijdrage leveren. Acute behandelingen (bijvoorbeeld bij CVA en AAA) worden steeds verder geconcentreerd. Het verdient de voorkeur om brenglocaties zoveel mogelijk binnen de ambulanceregio te hebben. De kans daarop is groter bij 10 of 11 regio's dan bij 25.

9.1.2 Samenwerking in de keten

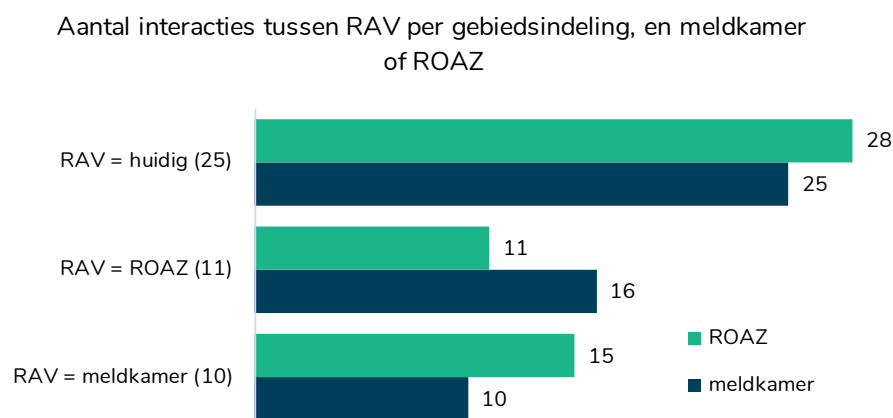
De samenwerking beschouwen we voor de veiligheidsketen, acute zorg keten en afstemming met naburige ambulancediensten. De regio's van de 10 gemeenschappelijke meldkamers, tevens politieregio's, de 25 veiligheidsregio's en 11 ROAZ regio's overlappen niet volledig (zie **Tabel 1**).

RAV	Meldkamer	ROAZ
Groningen	Noord Nederland	Noord Nederland
Friesland		
Drenthe		
IJsselland	Oost Nederland	Zwolle
Noord en Oost Gelderland		Euregio
Twente		Oost
Noord en Oost Gelderland*		
Midden Gelderland		
Gelderland Zuid		Midden Nederland
Midden Gelderland		
Utrecht	Midden Nederland	AMC
Flevoland		
Gooi en Vechtstreek		
Amsterdam/Amstelland		Amsterdam
Zaanstreek/Waterland	Noord Holland	Noordwest (VU)
Kennemerland		
Noord-Holland Noord	Den Haag	West
Haaglanden		
Hollands Midden		
Rotterdam-Rijnmond	Rotterdam	Zuid West Nederland
Zuid-Holland Zuid		
Zeeland	Zeeland/West-Brabant	Brabant
Midden- en West Brabant		
Brabant-Noord	Oost Brabant	Limburg
Brabant Zuidoost		
Noord- en Midden Limburg	Limburg	
Zuid Limburg		

* RAV overlapt met 3 ROAZ regio's

Tabel 1. Vergelijking regio's RAV, meldkamer en ROAZ.

Bij een ordening naar 10 ambulancezorg regio's die overlappen met de gemeenschappelijke meldkamer regio's zijn de minste afstemmingen nodig met de meldkamer en het ROAZ (**Figuur 23**).



Figuur 23. Aantal interacties tussen RAV per gebiedsindeling, en meldkamer of ROAZ

Veiligheidsketen

Uit interviews blijkt dat in de dagelijkse praktijk de afstemming in de veiligheidsketen vooral belangrijk is voor politie of brandweerondersteuning bij reguliere inzet en gedeelde kennis van de verkeerssituatie ter plekke zoals stremmingen en onderhoud van bruggen. Daarnaast moet uiteraard ook de afstemming bij incidenten en rampen goed georganiseerd worden. Een indeling naar 10 meldkamers of 25 veiligheidsregio's leidt tot de beste afstemming in de veiligheidsketen. De ambulanceregio's komen dan of overeen met de politieregio's of met de brandweer-/ GHOR-regio's. Afstemming vindt op relevante schaal plaats:

- Bij één landelijke regio, is hiervoor afstemming met meerdere partijen nodig. Als de ambulancezorg georganiseerd is vanuit subregio's (bijvoorbeeld meerdere ZBO's), dan is 1:1 afstemming met de gemeenschappelijke meldkamer mogelijk.
- De 10 meldkamerregio's zorgen voor goede afstemming in de gemeenschappelijke meldkamer (1:1 afstemming).
- De 11 ROAZ regio's overlappen niet met politie- of brandweer/GHOR-regio's. Dit maakt de afstemming lastiger doordat er afspraken gemaakt moeten worden met meerdere ambulancezorg aanbieders in meerdere gemeenschappelijke meldkamers.
- Bij een regio-indeling naar 25 veiligheidsregio's worden er afspraken gemaakt met meerdere ambulancediensten in één gemeenschappelijke meldkamer.

Acute zorgketen

Voor samenwerking in de acute zorgketen is aansluiten bij de 11 ROAZ regio's het meest voor de hand liggend. Overigens wijst de huidige praktijk uit dat overleg van RAV's met ROAZ regio's nu ook goed te organiseren is. Met 10 meldkamerregio's is de samenhang met de ROAZ-en sterker dan met 25 regio's en hebben ze bovendien ongeveer gelijke schaal. Een landelijke indeling staat het verst af van de lokale situatie op ROAZ niveau.

Het is waarschijnlijk praktischer om per meldkamer eventueel in meerdere ROAZ-en te functioneren dan de ambulancezorg te organiseren per ROAZ en dan met meerdere meldkamers te moeten samenwerken. De afstemming met het ROAZ is beleidsmatig en periodiek op het gebied van protocollen en werkafspraken om er voor te zorgen dat de dekking voor acute zorg overal adequaat is. Dat leidt tot afspraken met specifieke zorgaanbieders in de ambulanceregio. De afstemming in de meldkamer is operationeel en dagelijks (zie ook kwaliteit van ambulancezorg).

Samenwerking met ambulancediensten

Samenwerking met andere ambulancediensten is niet nodig bij een landelijke organisatie. Met minder regio's is minder interregionale afstemming nodig. Daarom liggen 10 of 11 regio's voor dit subcriterium meer voor de hand.

9.1.3 Kosten voor de maatschappij

De kosten voor de maatschappij beschouwen we voor:

- De directe kosten van ambulancezorg waarbij het vooral gaat om schaalearde effecten;
- De kosten om de ambulancezorg te organiseren (overheadkosten).

De vervolgcosten elders in de keten, met name bij de medisch specialistische zorg (MSZ) bespreken we hier niet omdat we er vanuit gaan dat die veel sterker wordt beïnvloed door de regisseur dan door de gebiedsindeling.

Het is niet op voorhand duidelijk wat de optimale schaal is voor ambulanceregio's. Ook uit het buitenland vinden we geen duidelijke norm, al zijn de Nederlandse ambulanceregio's relatief klein.

Directe kosten - mogelijke schaalecten

Mogelijke economische redenen voor schaalvergroting zijn:

- Schaalvoordelen van ambulance inzet
 - Er zijn een aantal veiligheidsregio's die gelet op hun ligging niet handig zijn ingedeeld. Dit zorgt soms voor lange afstanden naar en terug van een melding waardoor het niet altijd lukt tijdig in geval van een andere melding 'terug' te zijn bij de standplaats of bij de volgende melding. Meerdere partijen gaven aan dat dit kan leiden tot relatief lange(re) responstijden³.
 - De informatie over kosten van ambulancezorg is erg summier. Dat wat er beschikbaar is, is bovendien niet systematisch op dezelfde manier verzameld. Het is nu niet mogelijk om een uitspraak te doen over de impact van de schaal van de regio op efficiëntie.
 - Ook de informatie over resultaten is summier. We hebben geen bewijs gevonden dat het halen van de norm afhangt van de schaal van de RAV^{eee}.
 - Inklinken van 25 naar 10 regio's leidt tot meer vergelijkbare aantallen inwoners per regio. Van gemiddeld bijna 700.000 inwoners nu naar gemiddeld 1,7 miljoen inwoners per regio. De kleinste regio bestaat dan uit iets minder dan 1 miljoen inwoners. Nu hebben 20 van de 25 regio's minder dan 1 miljoen inwoners. Er zijn dan meer vergelijkbare regio's om de prestaties, zowel financieel als kwalitatief, te benchmarken
 - Een nadeel van werken in 10 regio's is dat de schaal wellicht te groot is om goede kennis te hebben van de lokale afspraken in de acute keten. De ambulancedienst kan dan zelf beslissen om de aansturing op te delen in subregio's.
- Minder grenseffecten
 - Doordat gewerkt wordt met 'open grenzen' waardoor een naburige MKA een ambulance uit een ander gebied kan inroepen als die dichterbij is, vallen de grenseffecten voor de patiënt mee. De ambulancediensten moeten daar natuurlijk wel rekening mee houden. Hoe groter de regio's zijn, hoe minder relevant grenseffecten tussen regio's zijn.
- Afstemming met de politie en brandweer
 - Bij 10 ambulanceregio's, maakt iedere meldkamer afspraken met één ambulancedienst. Daar zijn dan lagere afstemmingskosten mee gemoeid. De meldkamer maakt wel nog afspraken met 25 brandweer en GHOR regio's.

^{eee} Een logistische regressie van het behalen van de norm (95% A1 ritten binnen 15 minuten) met dichtheid en grootte leidde in geen enkel onderzocht jaar (2011 -2015) tot een significante coëfficiënt voor de grootte (steeds $p > 0.2$). Zes gebieden zijn daarbij als groot aangemerkt. Zij hebben meer dan 22.000 ritten per jaar in 2015.

- Schaalvoordelen op de meldkamer
 - Mogelijk kan er efficiënter gewerkt worden als de diensten van de ambulancemedewerkers op een meldkamer die meerdere ambulanceregio's bedient, worden gecombineerd.
 - Als meerdere regio's vanuit dezelfde meldkamer worden aangestuurd en de ambulancediensten gaan samenwerken op de meldkamer, kan de aansturing van een ambulancedienst door een medewerker van een andere ambulancedienst worden gedaan. In dat geval moet de aansprakelijkheid goed geregeld worden.

De kosten om ambulancezorg te organiseren (overheadkosten):

De kosten die de regisseur moet maken om de ambulancezorg te regisseren zijn lager bij minder ambulancezorg regio's. Het selecteren en contracteren vergt dan minder werk. Dat leidt tot minder overhead kosten bij de regisseur en bij de aanbieders van ambulancezorg.

We hebben de Nederlandse ambulanceregio's vergeleken met enkele landen waarvoor gegevens beschikbaar waren (zie **Tabel 2**). Nederland kent na Duitsland qua oppervlakte de kleinste ambulanceregio's (Singapore niet meegenomen). Het gemiddelde aantal inwoners per Nederlandse veiligheidsregio is vergelijkbaar met de departementen in Frankrijk die wel een 4 maal groter oppervlak hebben. In Duitsland wonen ongeveer 200.000 mensen per gebied (Kreise) waarop de ambulancezorg is georganiseerd. In de andere landen is het aantal inwoners per gebied fors hoger.

Land	Regio's	Aantal regio's	Inwoners / regio (schatting gemiddelde, miljoen)	Oppervlakte (gemiddelde, 1000 km ²)
Duitsland	Districten*	402	0,2	0,9
Nederland	Veiligheidsregio's	25	0,7	1,7
Frankrijk	Departementen**	96	0,7	6,7
Denemarken	Regio's ambulancezorg	5	1,1	8,6
Spanje	Autonome gemeenschappen	17	2,7	29,7
Australië	Staten	6	3,8	1.282,0
Singapore	Landelijk	1	5,4	0,7
Engeland	NHS Trusts acute care	11	5,6	22,3

* in NRW en Nedersaksen, aannahme in alle landen (Statistisches Bundesamt: 402 Landkreise und Kreisfreie Städte)

** SAMU Service Mobile d'Urgence et Reanimation , wikipedia

Tabel 2. Vergelijking ambulanceregio's in andere landen

Inklinken naar 10 tot 11 regio's leidt tot meer vergelijkbare schaal met andere landen met gemiddeld 1,7 miljoen inwoners per regio van gemiddeld 4.200 km². Alhoewel we ons realiseren dat ook de indelingen in het buitenland niet per definitie zijn geoptimaliseerd voor de ambulancezorg.

9.1.4 Transitiekosten

Met betrekking tot de regio-indeling, zijn de transitiekosten uiteraard het laagst bij behoud van de bestaande 25 ambulancezorg regio's. Er zijn dan geen lopende kosten voor reorganisatie, minder onzekerheid en minder gedragseffecten. We nemen hier transitiekosten vanwege eventuele

waardeoverdracht niet mee. Mogelijk zijn die kosten niet relevant (zie paragraaf 8.3.2) en de relevantie ervan zal voornamelijk bepaald worden door andere keuzes.

De transitiekosten zullen het hoogst zijn bij organiseren van de ambulancezorg naar 11 ROAZ-regio's of op landelijke schaal. De transitiekosten voor het organiseren naar 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's liggen daar waarschijnlijk tussenin:

- De transitie naar 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's, dus inklinken van 25 naar 10 ambulancezorg regio's is mogelijk omdat de huidige 25 ambulancezorg regio's precies in de 10 meldkamerregio's passen. Een aantal huidige aanbieders is al werkzaam in meerdere ambulancezorg regio's die onder dezelfde meldkamer vallen. Ook zijn er regio's waar samenwerkende partijen in coöperaties de ambulancezorg leveren. In 7 regio's zouden dan 2 huidige RAV's samengaan, in 6 regio's 3 en in een regio 5. Bestaande afspraken in ROAZ- en GHOR-regio's, waar de afgelopen jaren veel in is geïnvesteerd, kunnen worden geconsolideerd van 25 naar 10 ambulancezorg regio's.
- De lopende kosten voor transitie naar 11 ROAZ regio's zal iets hoger zijn omdat de ROAZ-regio's niet helemaal overlappen met de meldkamerregio's. Hierdoor zal de impact van transitie op bijvoorbeeld personeel iets groter zijn.
- Organiseren naar landelijke schaal houdt in dat de 25 ambulancezorg regio's moeten worden gefuseerd tot een geheel. Dat betreft meer organisaties omdat sommige RAV's bestaan uit twee samenwerkende partijen. Dat zal gepaard gaan met hogere transitiekosten dan de andere ordeningsvragen.

Overigens merken we op dat de transitiekosten als gevolg van herindeling waarschijnlijk verhoudingsgewijs hoger zijn als er verder geen veranderingen worden doorgevoerd. Als de wet- en regelgeving toch verandert, worden een deel van de transitiekosten sowieso genomen.

9.2 Wat?: inhoud van ambulancezorg

We hebben de impact van de keuze voor de reikwijdte van het monopolie getoetst aan vier criteria: 1 operationeel criterium, 2 bestuurlijke criteria en 1 transitiecriterium. We onderscheiden twee mogelijkheden wat betreft de reikwijdte van het monopolie:

- Een monopolie op spoedeisende én geplande ambulancezorg.
- Een monopolie op enkel de spoedeisende ambulancezorg.^{fff}

Op basis van de afweging weergegeven in **Figuur 24** adviseert SiRM om het monopolie (voorlopig) zowel spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg te laten bevatten. We bespreken de onderbouwing van de figuur hieronder. Voor een meer gedetailleerde beschrijving zie Bijlage 15. Wel van belang is om helder op te nemen in wet- en regelgeving wanneer er een medische noodzaak bestaat voor het inzetten van geplande ambulancezorg: alleen als verpleegkundige vaardigheden en/of medische faciliteiten nodig zijn. Verwijzers bepalen dat. Een deel van het huidige vervoer door

^{fff} En de hoog complexe geplande ambulancezorg.

zorgambulances valt buiten deze definitie van geplande ambulancezorg. Het is echter niet mogelijk gebleken om dit deel te kwantificeren.

	Variant scoort minder goed	Variant scoort gemiddeld	Variant scoort beter	
	Toegankelijkheid van ambulancezorg	Arbeidsmarkt-aspecten	Kosten voor de maatschappij	Draagvlak
Spoeisend én gepland vervoer met zorg	Planbare voorzieningen kunnen ook ingezet worden voor spoedeisend	Meer afwisseling in werk; Langere carrière planning mogelijk	Mogelijk synergievoordeel (vooral in dunner bevolkte gebieden)	Vooraf voorkeur bij personeel, huidige aanbieders en partners veiligheidsketen
Enkel spoedeisende ambulancezorg	Meerdere aanbieders leidt tot betere toegankelijkheid gepland vervoer met zorg	Ofwel te intensief werk, ofwel te rustig werk; Weinig mogelijkheden voor oudere medewerkers	Verlies van mogelijk synergievoordeel	Geen duidelijke voorkeur van een partij

Figuur 24. Vergelijking van 2 reikwijdtes van het monopolie aan de hand van 4 toetsingscriteria

9.2.1 Toegankelijkheid van ambulancezorg

Uit de interviews en de discussies tijdens de expertgroepen concludeert SiRM dat op het criterium toegankelijkheid beide reikwijdtes van het monopolie ongeveer gelijk scoren omdat we zowel het behalen van de normaanrijtijden voor levensbedreigende situaties bekijken als de tijdige beschikbaarheid van planbare ambulancezorg:

- Als het monopolie spoedeisend en planbare ambulancezorg bevat, kunnen de planbare voorzieningen ook ingezet worden voor de spoedeisende ambulancezorg. Dit speelt voornamelijk in dunbevolkte regio's.
- Het inzetten van planbare voorzieningen voor de spoedeisende ambulancezorg kan echter leiden tot lagere beschikbaarheid van planbare ambulancezorg. In dichtbevolkte gebieden waar differentiatie mogelijk is, speelt dit minder. In deze gebieden zetten aanbieders voor laag-complexe geplande ambulancezorg minder gespecialiseerd personeel en materieel in.

9.2.2 Arbeidsmarkt-aspecten

Geïnterviewden en deelnemers aan de expertgroepen geven aan dat een monopolie met een combinatie tussen het spoedeisende en geplande vervoer met zorg beter scoort op het criterium arbeidsmarktaspecten. We onderscheiden het perspectief van het personeel, van de aanbieder en van de regisseur:

- Medewerkers kunnen zowel voor de spoedeisende als de geplande ambulancezorg ingezet worden. Betrokkenen geven aan dat de meeste medewerkers dit op prijs stellen. Bovendien kunnen medewerkers naarmate zij ouder worden minder spoedeisende ritten gaan rijden. Al zijn er ook (jongere) medewerkers die een uitgesproken voorkeur hebben voor spoedeisend danwel gepland.

- Aanbieders kunnen verticale functiedifferentiatie vormgeven en meerdere functieniveaus met een ander verantwoordelijkheidsniveau creëren (zorgambulancebegeleider, verpleegkundig specialist acute zorg; uitgiftcentralist MKA). Dit is voor de meeste ambulanceverpleegkundigen aantrekkelijk. Voor het aantrekken van ambulancezorgprofessionals voor de laag-complexe ambulancezorg is het minder van belang dat het monopolie beiden bevat.
- Voor de regisseur is het beeld gemengder: Het bijeen houden van het monopolie kan eraan bijdragen dat de schaarste van ambulanceverpleegkundigen niet verder oploopt. Echter, in dit geval blijven vooral (hoger opgeleide) ambulanceverpleegkundigen ingezet worden in plaats van lager opgeleid personeel voor laag-complex gepland vervoer met zorg. Dit kan op de lange termijn voor slechtere betaalbaarheid van personeel zorgen.

9.2.3 Kosten voor de maatschappij

Op basis van desk research scoren we de beide reikwijdtes van het monopolie voorlopig ongeveer gelijk op het criterium kosten voor de maatschappij. We onderscheiden de directe kosten van de ambulancezorg, de overhead kosten en de vervolgcosten medisch specialistische zorg:

- Directe kosten. Er zijn eventuele synergievoordelen bij monopolie op spoedeisend en gepland in een gebied. Dit geldt vooral in dunnerbevolkte gebieden omdat er minder geplande laag-complexe ritten zijn om personeel en materieel te differentiëren. Dergelijke voordelen worden verdeeld over spoed en gepland vervoer. Omdat er onvoldoende transparantie is over de kosten en de kwaliteit van de ambulancezorg is niet duidelijk hoe groot deze synergievoordelen daadwerkelijk zijn. Indien er inderdaad synergie is tussen spoedeisend en gepland vervoer, kan dat mogelijk ook zonder monopolie worden gerealiseerd. Aanbieders van spoedeisende ambulancezorg kunnen in dat geval op de vrije markt meedingen met het leveren van gepland vervoer met zorg. Dan werkt de synergie ook door in de kostprijs voor spoedeisende ambulancezorg.
- Overhead kosten. Er is eventueel synergievoordeel bij monopolie op spoedeisend en gepland in een gebied. Dit kan zorgen voor relatieve lagere overhead.
- Vervolgkosten MSZ. De beschikbaarheid van het geplande vervoer is mogelijk lager vanwege het gecombineerde monopolie en de voorrang die de spoedeisende ambulancezorg daarbinnen krijgt. Het optimale volume aan transportbewegingen wordt mogelijk niet gehaald. Er is nader onderzoek nodig of het behoud van het monopolie leidt tot een suboptimaal aanbod van gepland vervoer. Omdat toetreding door andere aanbieders niet mogelijk is, bestaat er mogelijk een tekort aan gepland vervoer.

In bijlage 12 beschrijven we de ontwikkeling van spoedeisend en gepland vervoer over de afgelopen jaren. We concluderen daaruit dat het beeld over de daadwerkelijke synergie en de relevantie daarvan niet duidelijk is en dat meer inzicht nodig is.

9.2.4 Draagvlak

Uit de interviews en discussies tijdens expertgroepen blijkt dat een monopolie waarin zowel het spoedeisende als het geplande vervoer met zorg zijn opgenomen, vooral op draagvlak kan rekenen bij het personeel, de huidige aanbieders en de partners in de veiligheidsketen:

- Het overgrote deel van de geïnterviewden geeft aan dat de meeste medewerkers het op prijs stellen om zowel voor de spoedeisende als de geplande ambulancezorg ingezet te worden (zie ook arbeidsmarkt-aspecten).
- De huidige aanbieders behouden graag de situatie zoals hij is: spoedeisende ambulancezorg en gepland vervoer met zorg samen in het monopolie.
- Het is voor de partners van de veiligheidsketen vooral van belang dat er genoeg ambulances beschikbaar zijn voor rampenbestrijding. De beschikbaarheid van ambulances is waarschijnlijk beter te organiseren als er een monopolie op spoedeisend en gepland vervoer met zorg is.
- Patiënten, potentiële nieuwe aanbieders, aanbieders in de acute zorgketen en zorgverzekeraars hebben geen duidelijke voorkeur voor de reikwijdte van het monopolie.

10 Conclusies

Volgens het (door EU gestelde) juridische kader is transparante selectie⁹⁹⁹ van monopolisten die ambulancezorg leveren met een contractduur voor bepaalde tijd, verplicht voor 6 van de 9 ordeningsvarianten. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om aan te besteden, maar kiezen daar mogelijk wel voor, waarbij een contractduur van onbepaalde tijd niet voor de hand liggend is (varianten 4 en 5). Als ambulancezorg als publieke dienst wordt geleverd, hoeft niet periodiek geselecteerd te worden en is levering voor onbepaalde mogelijk (variant 1). Op basis van desk research en de door SiRM gewogen ‘expert opinions’ concludeert SiRM dat vooral de varianten waar het ministerie van VWS of de zorgverzekeraar de regisseur is, goed scoren op de toetsingscriteria (behalve variant 1). Vertegenwoordigers van het personeel en in mindere mate van de patiënten geven aan dat er minder draagvlak bestaat voor private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering. Deze varianten leiden daarentegen tot lagere transitiekosten. Alhoewel er geen hard bewijs is, neigt de analyse van SiRM naar een voorkeur voor een gebiedsindeling naar de 10 meldkamerregio’s. Een ambulancezorg monopolie dat zowel spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg bevat, scoort beter dan het scheiden van het monopolie.

In dit hoofdstuk presenteren we de conclusies die volgen uit de voorgaande hoofdstukken. We gaan achtereenvolgens in op:

- Door EU aangewezen manier van selecteren en contracteren.
- Meest passende ordeningsvarianten.
- Meest geschikte gebiedsindeling en reikwijdte van het monopolie.

10.1 Door EU aangewezen manier van selecteren en contracteren

Centraal in dit rapport staan 9 ordeningsvarianten die ieder een combinatie van een regisseur en een soort aanbieder zijn (zie Hoofdstuk 6 voor een uitgebreide beschrijving). Per ordeningsvariant geldt binnen het (door EU) gestelde juridische kader een maximale contractduur en een aangewezen manier van selecteren. Een contract voor bepaalde tijd voor het leveren van ambulancezorg kan risico’s opleveren voor de continuïteit van zorg. Het is van belang dat de regisseur deze risico’s ondervangt (zie Hoofdstuk 11).

⁹⁹⁹ Door middel van aanbesteden volgens een lichte aanbestedingsregime of een transparante selectieprocedure (die lijkt op het lichte aanbestedingsregime).

In **Figuur 25** geven we een overzicht van de juridisch houdbare manier van selecteren per variant. We geven naast de contractduur aan of aanbesteding verplicht is.

	Overheidsdienst	Publieke / private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering	Private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering
Ministerie van VWS	1. Deel van overheid; zorgverlening voor onbepaalde tijd	2. Transparante selectieprocedure; concessie/contract voor bepaalde tijd	3. Aanbestedingsplicht licht regime; concessie/contract voor bepaalde tijd
Zorgverzekeraar		4. Private selectie; contract (waarschijnlijk) voor bepaalde tijd	5. Private selectie; contract (waarschijnlijk) voor bepaalde tijd
ROAZ		6. Transparante selectieprocedure; contract voor bepaalde tijd	7. Aanbestedingsplicht licht regime; contract voor bepaalde tijd
GGD/GHOR		8. Transparante selectieprocedure; contract voor bepaalde tijd	9. Aanbestedingsplicht licht regime; contract voor bepaalde tijd

Figuur 25. Overzicht (verplichte) manier van selecteren en concessie-/contractduur per variant

10.1.1 Verplichte manier van selecteren

Het (door EU gestelde) juridische kader zorgt ervoor dat periodieke selectie van aanbieders van ambulancezorg verplicht is voor 6 van de 9 ordeningsvarianten. De belangrijkste conclusies ten aanzien van de verplichte manier van selecteren zijn (zie Hoofdstuk 7 voor meer detail):

- Het ministerie van VWS, het ROAZ en de GGD/GHOR zijn verplicht om ambulancezorg aan te besteden indien ook private aanbieders mét mogelijkheid tot winstuitkering ambulancezorg mogen leveren (**varianten 3, 7 en 9**). Het gaat om aanbesteden met een licht regime; volledige aanbesteding is niet nodig.
- Aanbesteding is niet nodig voor de varianten waar aanbieders van ambulancezorg geen mogelijkheid tot winstuitkering hebben (**varianten 2, 6 en 8**), maar ook bij deze varianten is een transparante selectieprocedure die lijkt op het lichte aanbestedingsregime verplicht. Voor deze varianten zou aanbesteden met een licht regime de voorkeur kunnen hebben omdat het duidelijker is aan welke eisen een aanbesteding dient te voldoen met een licht regime dan met een transparante selectieprocedure. Dit maakt het aantal mogelijke rechtsvragen bij een geschil kleiner. Het EU recht schrijft de transparante selectieprocedure voor om ook nieuwe aanbieders in staat te stellen om mee te dingen naar het leveren van ambulancezorg.
- Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om aan te besteden, maar kiezen daar mogelijk wel voor om de economisch meest voordelige en kwalitatief beste ambulancezorg in te kopen (**varianten 4 en 5**).
- Als ambulancezorg als publieke dienst wordt geleverd (**variant 1**), hoeft niet periodiek geselecteerd of aanbesteed te worden.

10.1.2 Maximale contractduur

Het (door EU gestelde) juridische kader zorgt ervoor dat voor 6 van de 9 varianten de contractduur van bepaalde tijd is. Voor nog 2 varianten is het voor de hand liggend dat dit ook het geval is:

- Voor **varianten 2, 3, 6, 7, 8 en 9** is het niet juridisch houdbaar om de ambulancezorg in een regio voor onbepaalde tijd door dezelfde aanbieder te laten leveren. De te verlenen concessie^{hhh} en/of het te sluiten contract kan langer zijn dan 5 jaar, als de terugverdiencapaciteit van investeringen dat vergt.
- De variant waarbij de ambulancezorg geleverd wordt door een overheidsdienst (**variant 1**) vormt een uitzondering. In dit geval is levering voor onbepaalde tijd mogelijk.
- Zorgverzekeraars (**varianten 4 en 5**) zijn (vooralsnog) als niet-publiekrechtelijke instelling niet verplicht om zich aan een bepaalde contractduur te houden, maar zullen waarschijnlijk niet kiezen voor een contractduur van onbepaalde tijd.

10.2 Meest passende ordeningsvarianten

SiRM heeft in dit onderzoek 9 ordeningsvarianten vergeleken aan de hand van 11 toetsingscriteria van het ministerie van VWS. Op basis van desk research en de door SiRM gewogen 'expert opinions' trekt SiRM conclusies over de te kiezen regisseur van de ambulancezorg en over het soort aanbieders dat de ambulancezorg mogen leveren.

Figuur 26 geeft een samenvattend overzicht van de scores van de 9 ordeningsvarianten op de 11 toetsingscriteria. Per ordeningsvariant hebben we weergegeven of de variant beter scoort of juist minder goed op het toetsingscriterium dan de andere varianten. We doen dit per categorie: operationele criteria, bestuurlijke criteria en transitiecriteria (zie Hoofdstuk 8 voor meer detail).

^{hhh} In ieder geval bij varianten 2 en 3 zal er sprake zijn van het verlenen van een concessie. Het ministerie bepaalt door het verlenen van een concessie welke aanbieder het monopolie krijgt. De betaling voor het leveren van ambulancezorg verloopt via de zorgverzekeraars.

	Variant scoort minder goed	Variant scoort gemiddeld	Variant scoort beter								
	Patiëntver- ringen en financiële toegankelijkh.	Toeganke- lijkheid	Kwaliteit	Samen- werking in de keten	Overdracht van gegevens	Arbeidsmarkt -aspecten	Bestuurlijke complexiteit	Governance	Kosten voor de maatschappij	Draagvlak	Transitie- kosten
	Operationele criteria					Bestuurlijke criteria				Transitiecriteriën	
1. VWS - overheidsdienst											
2. VWS - publiek/privaat											
3. VWS - privaat											
4. Verzekeraar - publiek/privaat											
5. Verzekeraar - privaat											
6. ROAZ - publiek/privaat											
7. ROAZ - privaat											
8. GGD/GHOR - privaat zonder mog.h. winstuitk.											
9. GGD/GHOR - privaat met mog.h. winstuitk.											

Figuur 26. Samenvattend overzicht relatieve scores van ordeningsvarianten op toetsingscriteria

Voor het trekken van de conclusies kunnen we niet volstaan met het optellen van de scores. **Figuur 26** vormt de basis, maar het slechter scoren op specifieke criteria zoals governance kan betekenen dat een variant niet geschikt is als (nieuwe) ordening. De belangrijkste conclusies zijn:

- Vooral de ordeningsvarianten waar het ministerie van VWS of de zorgverzekeraar de regisseur is, scoren goed op de toetsingscriteria (**varianten 2 t/m 5**).
- Ook het ROAZ scoort relatief goed als regisseur, vooral op de operationele criteria (**varianten 6 en 7**). Echter, de governance van het ROAZ is (nog) onvoldoende toegerust om regisseur te zijn. Het is de vraag of het mogelijk is de governance van het ROAZ in te richten voor het selecteren en contracteren van ambulancezorg.
- De variant van VWS in combinatie met een overheidsdienst scoort iets minder goed (**variant 1**) dan andere varianten met VWS als regisseur. Deze variant leidt tot een schot in de bekostiging, hogere bestuurlijke complexiteit en bovendien zijn de kosten voor de maatschappij en de transitiekosten van een dergelijke variant waarschijnlijk hoger.
- Er bestaat minder draagvlak voor de varianten waar private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering ambulancezorg mogen leveren. Deze varianten scoren daarentegen beter op de transitiekosten.

10.2.1 Ministerie van VWS als regisseur

Uit de interviews, de discussies tijdens expertgroepen en desk research concludeert SiRM dat **varianten 2 en 3** met het ministerie van VWS als regisseur goed op governance, draagvlak en transitiekosten scoren:

- De governance van het ministerie van VWS is goed georganiseerd doordat de minister van VWS gecontroleerd wordt door de Tweede Kamer. Tweede Kamerleden kunnen vragen stellen over de kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulancezorg in de verschillende regio's als zij signalen ontvangen dat de kwaliteit tekort zou schieten.
- Het draagvlak voor het ministerie van VWS als regisseur is over het algemeen groot:
 - Er bestaat een maatschappelijk sentiment tegen een private regisseur van de ambulancezorg, zoals zorgverzekeraars. Vooral de vertegenwoordigers van het personeel zien meer in een publieke regisseur zoals het Ministerie.
 - Het overgrote deel van de huidige aanbieders is over het algemeen tevreden over de huidige regierol door VWS, al is er nu geen sprake van periodieke selectie.
 - Ook potentiële aanbieders kunnen zich waarschijnlijk goed vinden in VWS als regisseur omdat die geëquipeerd is voor selectieprocessen en op landelijk niveau informatie kan verzamelen voor de selectie (zoals kwaliteitscriteria).
 - Acute zorgaanbieders zijn verdeeld over het ministerie van VWS als regisseur. Enerzijds denken zij dat VWS zich meer zal richten op de kwaliteit van de ambulancezorg dan de zorgverzekeraar. Anderzijds geven zij aan dat een regionale benadering zeer van belang is en twijfelen zij of VWS dit kan organiseren.
 - Zorgverzekeraars zijn over het algemeen niet tegen een regierol voor VWS, mits VWS in dat geval verantwoordelijk is voor het selecteren van doelmatige aanbieders van toegankelijke en goede kwaliteit ambulancezorg. Tegelijkertijd geven ze aan dat een regierol van VWS niet aansluit bij de rollen binnen de gereguleerde marktwerking.
- De transitiekosten van de implementatie van vooral variant 3, waarbij ook private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering de ambulancezorg leveren, zijn laag. Die variant lijkt immers veel op de huidige situatie.

10.2.2 Zorgverzekeraar als regisseur

Op basis van 'expert opinion' – gewogen door SiRM – en desk research concludeert SiRM dat de zorgverzekeraar als regisseur goed scoort op de toetsingscriteria kwaliteit, bestuurlijke complexiteit, governance, kosten voor de maatschappij en transitiekosten (**varianten 4 en 5**):

- Kwaliteit. De zorgverzekeraar is vanuit zijn doelstelling om toegankelijke, doelmatige zorg van goede kwaliteit te leveren gericht op de zorg op de juiste plek. Hij kan vanuit zijn positie in het zorgsysteem daar ook invloed op uitoefenen. Meerdere experts en belanghebbende partijen geven echter aan dat zorgverzekeraars deze rol nog niet altijd voldoende vervullen. Zij zouden vooral inkopen op betaalbare zorg en richten zich volgens sommigen onvoldoende op de kwaliteit. Het ROAZ heeft de rol van afstemming en coördinatie van de acute zorg op zich genomen en zorgverzekeraars houden zich op dat dossier op enige afstand.
- Op bestuurlijke complexiteit is de score hoog omdat zorgverzekeraars op afstand staan van de lokale en landelijke politiek. Dit verkleint het risico op politisering van de ambulancezorg.
- De governance van zorgverzekeraars is goed georganiseerd met zowel intern als extern toezicht. Het interne toezicht van een zorgverzekeraar bestaat uit de Raad van Toezicht (en ledenraden), extern vindt toezicht plaats door de NZa. Daarnaast worden zorgverzekeraars jaarlijks gedisciplineerd door reputatie-effecten bij verzekerden die over kunnen stappen.

- De kosten voor de maatschappij van deze varianten zijn lager doordat zorgverzekeraars veel ervaring hebben met het contracteren van zorg en doordat zorgverzekeraars al lokaal/regionaal inkopen. Bovendien zijn zij regisseur voor het zorglandschap.
- De transitiekosten van de implementatie van vooral **variant 5**, waarbij ook private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering de ambulancezorg leveren, zijn waarschijnlijk het laagst. Die variant lijkt immers veel op de huidige situatie.

10.2.3 ROAZ als regisseur

Hoewel uit de interviews en de discussies tijdens expertgroepen blijkt dat de varianten met het ROAZ als regisseur erg goed scoren op de operationele criteria, geven geïnterviewden aan dat het ROAZ niet goed scoort op het criterium governance:

- Het ROAZ is op dit moment een bestuurlijk overleg zonder toezicht structuur. Bij het creëren van een juridische entiteit dienen in de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht personen deel te nemen die geen daadwerkelijke of vermeende belangenverstremgeling hebben bij het leveren van ambulancezorg. Dit is lastig gezien het financiële belang dat speelt rond de levering van ambulancezorg bij de organisaties die deelnemen in het ROAZ. Mogelijk kan een onafhankelijke voorzitter van het ROAZ een rol spelen.
- De ambulancezorg neemt deel aan het ROAZ. Als het ROAZ de regiefunctie op zich neemt, verandert de onafhankelijke positie van de ambulancezorg in het ROAZ. De ambulancezorg wordt in dat geval een toeleverancier aan het ROAZ. Experts en belanghebbenden geven aan dat het van belang is dat de ambulancezorg haar onafhankelijke positie als gelijkwaardige partner in het ROAZ behoudt.
- SiRM is er bij de uitwerking van varianten 6 en 7 (zie Hoofdstuk 6) vanuit gegaan dat de financiering van de ambulancezorg verloopt via de Zvw. Dit betekent dat zorgverzekeraars het ROAZ contracteren voor de levering van ambulancezorg en het ROAZ op haar beurt de aanbieders van ambulancezorg contracteert. De zorgverzekeraar behoudt de zorgplicht richting haar verzekerden. Experts en belanghebbenden gaven aan deze contracteursituatie niet optimaal te vinden. De regierol blijft dan immers deels bij de zorgverzekeraar liggen.

10.2.4 Overheidsdienst als aanbieder

Op basis van 'expert opinion' – gewogen door SiRM – en desk research concludeert SiRM dat een overheidsdienst als aanbieder (**variant 1**) minder goed scoort op de criteria kwaliteit, bestuurlijke complexiteit, kosten voor de maatschappij en transitiekosten:

- Kwaliteit. Overheidsdienst(en) vallen niet onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, kan dit schot in de zorg (andere wetgeving en bekostiging) een belemmering opwerpen.
- Bestuurlijke complexiteit. De overheidsdienst staat (al dan niet op afstand) onder leiding van de minister van VWS, dit kan leiden tot politisering van de ambulancezorg.
- Kosten voor de maatschappij. Budgetten van een overheidsdienst zijn waarschijnlijk minder snel bij te sturen dan die van private aanbieders. Over het algemeen zijn de kosten voor een overheidsaanbieder op termijn hoger.

- Transitiekosten. Er dient een nieuwe organisatie (dienst/afdeling/ZBO/agentschap van VWS) opgezet te worden met de juiste bezetting en competenties. Dat leidt tot verhoudingsgewijs hoge transitiekosten bovenop de kosten voor waardeoverdracht.

10.2.5 Publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering

De vertegenwoordigers het personeel en in mindere mate van de patiënten en geven tijdens interviews en expertgroepen aan dat er onder personeel en patiënten minder draagvlak bestaat voor private aanbieders met de mogelijkheid tot winstuitkering. Er bestaat een maatschappelijk sentiment tegen aanbesteding en mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg. Potentiële aanbieders hebben juist een voorkeur voor private aanbieders met de mogelijkheid tot winstuitkering.

De varianten met mogelijkheid tot winstuitkering scoren daarentegen beter op de transitiekosten, omdat het wat betreft aanbieders het meest overeen komt met de huidige situatie. Bij deze varianten is de kans dat geen kosten gemaakt hoeven te worden voor onteigening groter.

10.3 Meest geschikte gebiedsindeling en reikwijdte monopolie

Naast advies over de meest passende regisseur en soort aanbieder, heeft SiRM in dit onderzoek de meeste geschikte gebiedsindeling voor de ambulancezorg onderzocht en de reikwijdte van het monopolie.

10.3.1 Gebiedsindeling

Alhoewel er geen hard bewijs is, neigt de analyse van SiRM op basis van desk research naar een voorkeur voor een gebiedsindeling voor het ambulancezorgmonopolie naar de 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's:

- Deze regio-indeling scoort het beste op kwaliteit van de ambulancezorg. De indeling scoort hoog op patiëntveiligheid door eenduidige verantwoordelijkheden, zorg op de juiste plek (zeker gegeven de trend van concentratie van zorg) en leidt tot een goede schaal voor innovatie.
- Op de samenwerking in de keten scoort deze regio-indeling eveneens goed. Een indeling naar 10 meldkamers of 25 veiligheidsregio's leidt tot de beste afstemming met de veiligheidsketen. Daarnaast is met 10 meldkamerregio's de overlap met de ROAZ-en sterker dan met 25 en hebben ze bovendien ongeveer gelijke schaal.
- Op de kosten voor de maatschappij scoren de indeling in 10 meldkamerregio's en de gebiedsindeling naar 11 ROAZ-regio's goed door de balans tussen schaal en lokale kennis met minder vervolggkosten in de acute zorgketen.

- De transitiekosten zijn het laagst bij 25 regio's. Bij een gebiedsindeling naar 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's zullen de transitiekosten hoger zijn. Bij landelijk of naar 11 ROAZ regio's organiseren zijn de transitiekosten het hoogst.ⁱⁱⁱ

10.3.2 Reikwijdte monopolie

Op basis van interviews, discussies tijdens de expertgroepen en desk research concludeert SiRM dat het de voorkeur verdient om het ambulancezorgmonopolie zowel spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg te laten bevatten. Dit heeft vooral de voorkeur vanuit arbeidsmarkt-aspecten en draagvlak. Wel is het van belang om helder in wet- en regelgeving op te nemen dat alleen een medische noodzaak bestaat voor het inzetten van geplande ambulancezorg als verpleegkundige vaardigheden en/of medische faciliteiten nodig zijn. Is dat niet het geval, dan vallen zorg en vervoer niet onder het monopolie.

ⁱⁱⁱ Overigens merken we op dat de transitiekosten als gevolg van herindeling waarschijnlijk verhoudingsgewijs hoger zijn als er verder geen veranderingen worden doorgevoerd. Als de wet- en regelgeving toch verandert, worden een deel van de transitiekosten sowieso genomen.

II Aanbevelingen

Bij de (verplichte) periodieke selectie door middel van een transparante selectieprocedure of aanbesteding is het van groot belang dat de continuïteit van zorg en veiligheid niet in het geding komt. SiRM beveelt aan dat selecterende partijen de continuïteit waarborgen door een geschikte contractduur overeen te komen, door expliciete aandacht voor de continuïteit van zorg en veiligheid bij de selectie van de aanbieder en door het monitoren van kwaliteit op basis van indicatoren. SiRM adviseert daarnaast om de zorgverzekeraars of het ministerie van VWS aan te wijzen als regisseur en om zowel publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering de ambulancezorg te laten leveren. SiRM beveelt aan om de mogelijkheid van het terugbrengen van het aantal ambulancezorg regio's naar de 10 meldkamerregio's serieus te overwegen. Wat betreft de reikwijdte van het monopolie, is nader onderzoek aanbevolen. Voor een constructieve implementatie is snel een besluit van de minister gewenst en dient een implementatieplan opgesteld te worden. De ambulancezorgsector dient daarnaast te werken aan meer transparantie.

In dit hoofdstuk geeft SiRM aanbevelingen voor de ordening van ambulancezorg in 2020 op basis van de conclusies in hoofdstuk 10. We gaan achtereenvolgens in op:

- Waarborgen continuïteit van zorg en veiligheid.
- Meest geschikte regisseurs en aanbieders.
- Meest geschikte gebiedsindeling en reikwijdte monopolie.
- Overige aanbevelingen.

11.1 Waarborgen continuïteit van zorg en veiligheid

Bij periodieke selectie door middel van een transparante selectieprocedure of aanbesteding is het van groot belang dat de continuïteit van zorg en veiligheid niet in het geding komt. Het waarborgen van de continuïteit van zorg en veiligheid kan door een geschikte contractduur overeen te komen, door expliciete aandacht voor de continuïteit van zorg en veiligheid bij de selectie van de aanbieder en door het monitoren van kwaliteit van de ambulancezorg op basis van indicatoren.

11.1.1 Bepalen geschikte contractduur

De toekomstige regisseur of regisseurs dienen verder uit te werken wat een geschikte contractduur is voor de ambulancezorg. Uit gesprekken met experts lijkt een contractduur van meer dan 5 jaar nodig. Een langere contractduur is nodig om een terugverdientijd voor gedane investeringen te garanderen. Daarnaast draagt een langere contractduur bij aan het maken van afspraken met ketenpartners in de acute zorg en veiligheidsketen en er uitvoering aan te geven. Voor de juridische houdbaarheid is het

van belang dat de duur van het contract economisch te beargumenteren is, zoals dat deze tijd benodigd is om investeringen terug te verdienen.

11.1.2 Aandacht voor continuïteit van zorg en veiligheid bij selectie

Het is bij periodiek selecteren en met name aanbesteden van groot belang dat de continuïteit van zorg en veiligheid gewaarborgd is. Hiervoor dient voldoende aandacht te zijn bij de selectieprocedure. De regisseur kan hier als volgt invulling aan geven:

- Bij de selectie besteedt de regisseur in het aanbestedingsdocument uitgebreid aandacht aan de rol van de kwaliteit van de ambulancezorg. Dit kan bijvoorbeeld door betekenisvolle kwaliteitsindicatoren op te nemen en deze gedurende de looptijd van het contract te monitoren. De aanbestedende partij vraagt potentiële aanbieders daarnaast te werken volgens het Landelijk Protocol Ambulancezorg (LPA) of een vergelijkbaar uniform instrument. Ook kan de regisseur het werken aan medisch-inhoudelijke innovaties expliciet als eis in het aanbestedingsdocument opnemen.
- De regisseur legt expliciet in het aanbestedingsdocument vast dat aanbieders van ambulancezorg zich conformeren aan bestaande samenwerkingsafspraken in de acute zorg en veiligheidsketen. Op onderwerpen waar dit nodig blijkt kan de regisseur opnemen dat nieuwe afspraken gemaakt dienen te worden met de acute zorg en veiligheidspartners.
- De regisseur verplicht overname van het personeel als een andere aanbieder van ambulancezorg het contract verkrijgt. Dit is vanuit juridisch oogpunt waarschijnlijk ook nodig omdat het niet overnemen van personeel als disproportioneel wordt gezien.ⁱⁱⁱ
- De regisseur kan een marktconsultatie uitzetten om te zorgen dat de technische specificaties, eisen en normen die de aanbestedende partij stelt in het aanbestedingsdocument goed aansluiten bij de praktijk (zie paragraaf 7.2.1 voor meer detail).

11.1.3 Monitoren van kwaliteit op basis van indicatoren

Het monitoren van de kwaliteit van de ambulancezorg is essentieel om het effect van de overgang naar een nieuwe ordening te meten en voor de periodieke selectie van aanbieders. De huidige RAV's werken onder begeleiding van Ambulancezorg Nederland (AZN) al enige tijd aan het opstellen van betekenisvolle kwaliteitsindicatoren. De enige huidige 'kwaliteitsnorm' – de aanrijtijd van 15 minuten voor A1-ritten – zegt in feite weinig over de kwaliteit van de ambulancezorg. Het is van belang dat het veld binnen afzienbare tijd kwaliteitsindicatoren oplevert die gebruikt kunnen worden voor monitoring van kwaliteit. In Engeland worden dergelijke indicatoren – waaronder klinische uitkomstindicatoren – maandelijks gepubliceerd per NHS Trust die de spoedeisende ambulancezorg uitvoert. Mocht het veld niet in staat zijn om binnen korte termijn de kwaliteitsindicatoren vast te stellen, dan zou het Zorginstituut (ZiN) haar doorzettingsmacht kunnen gebruiken om te waarborgen

ⁱⁱⁱ Om de rechtszekerheid van werknemers te borgen is het voorgeschreven de overname van personeel te regelen. Dat is ook elementair voor de soliditeit van een nieuwe organisatie en de continuïteit van de dienst. De overname van personeel kan ook als speciale wettelijke verplichting in een nieuwe wet worden opgenomen. Deze wettelijke verplichting zal dan gelden naast algemene regels zoals het behoud van werknemersrechten bij overgang van onderneming in het Burgerlijk Wetboek. Een concreet voorbeeld is artikel 37 van de Wet personenvervoer 2000, die onderdeel uitmaakt van de paragraaf over de overgang, beëindiging en overdracht van een vervoersconcessie.

dat het effect op de kwaliteit van de overgang naar een nieuwe ordening adequaat gemeten kan worden.

11.2 Meest geschikte regisseurs en aanbieders

SiRM beveelt aan om de zorgverzekeraars of het ministerie van VWS aan te wijzen als regisseur van de ambulancezorg omdat deze varianten goed scoren op de toetsingscriteria. Beide regisseurs hebben nadelen die ondervangen kunnen worden. SiRM adviseert om de regierol niet toe te bedelen aan het ROAZ omdat het de vraag is of het mogelijk is de governance van het ROAZ in te richten voor het selecteren en contracteren van ambulancezorg. SiRM adviseert om de ambulancezorg niet onder te brengen in een overheidsdienst, maar om zowel publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering de ambulancezorg te laten leveren.

11.2.1 Zorgverzekeraar als regisseur

Hoofdstuk 2 laat zien hoe het ambulancevervoer van begin jaren zeventig in de vorige eeuw zich ontwikkeld heeft tot ambulancezorg, of zelfs mobiele zorg in 2017. We spreken dus met recht over ambulancezorg. Als we spreken over ambulancezorg, valt deze zorg logischerwijs onder de Zvw. Binnen het Nederlandse zorgstelsel zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Zvw. Zij zijn in dat licht de aangewezen regisseur voor de ambulancezorg (**varianten 4 en 5**).

Op de toetsingscriteria kwaliteit, bestuurlijke complexiteit, governance, kosten voor de maatschappij en transitiekosten scoort de zorgverzekeraar als regisseur goed (zie paragraaf 10.2.2). De varianten waarbij de zorgverzekeraar regisseur is – met name de variant waar private aanbieders met de mogelijkheid tot winstuitkering ambulancezorg mogen leveren (**variant 5**) – scoren minder goed op draagvlak:

- Vanuit patiënten bestaat er mogelijk een negatief sentiment jegens de zorgverzekeraar als regisseur van ambulancezorg.
- De vertegenwoordiging van het personeel is tegenstander van de zorgverzekeraars als regisseur van ambulancezorg.
- Huidige aanbieders geven aan dat zij zich kunnen voorstellen dat zorgverzekeraars regisseur zijn, maar zijn nog onzeker over hoe de contractafspraken zonder regie van VWS goed gemaakt kunnen worden. In sommige regio's is de samenwerking met de zorgverzekeraar erg goed, in andere regio's houdt de zorgverzekeraar zich enigszins op afstand van acute zorg en ambulancezorg.
- Potentiële aanbieders hebben waarschijnlijk een voorkeur voor zorgverzekeraars als regisseur in verband met een transparanter selectieproces door een partij die gewend is zorgaanbieders te selecteren.
- Acute zorgaanbieders geven aan dat zorgverzekeraars weliswaar een ketenverantwoordelijkheid hebben, maar deze niet altijd waarmaken. Zij geven aan dat zorgverzekeraars veelal inkopen op betaalbaarheid; kwaliteit is minder in beeld. Daarnaast geven zij aan dat zorgverzekeraars zich de afgelopen jaren hebben teruggetrokken uit de acute zorg. Vanuit deze optiek zijn zij gemiddeld voorstander van de zorgverzekeraar als regisseur.

Zorgverzekeraars zelf nemen op dit moment geen duidelijke positie in. Zij publiceren mogelijk nog een position paper. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan dat zij de regisseursrol op zouden willen pakken, mits de verantwoordelijkheden van VWS en de zorgverzekeraars helder zijn. Daarnaast dienen er een aantal randvoorwaarden vervuld te worden, waaronder de beschikbaarheid van kwaliteitsindicatoren en een heldere koppeling met de meldkamer.

Draagvlak voor de zorgverzekeraar als regisseur valt niet voor alle belanghebbenden te vergroten. Om de twijfel die bestaat over de wil/het vermogen van zorgverzekeraars om de regierol te nemen in de ambulancezorg te mitigeren, adviseert SiRM om het ROAZ een niet-vrijblijvende adviserende rol te geven^{kkk}. Deze rol kan in de wet worden opgenomen.^{lll} De zorgverzekeraar consulteert het ROAZ als het gaat om de selectie van een ambulancezorg aanbieder. Daarnaast vindt er gedurende de contractperiode regelmatig bestuurlijk overleg plaats tussen de zorgverzekeraar en het ROAZ. Tijdens dit overleg komen bijvoorbeeld de gevolgen van veranderingen in de organisatie van acute zorg voor de ambulancezorg aan de orde. De eventuele financiële consequenties daarvan bespreken partijen gezamenlijk.

11.2.2 Ministerie van VWS als regisseur

Het ministerie van VWS is in de huidige situatie degene die de concessies voor het aanbieden van ambulancezorg in de 25 monopolie-gebieden verleent. Belanghebbenden zijn hierover in het algemeen tevreden. In de huidige ordening is de rol van regisseur echter onvoldoende duidelijk belegd: zowel VWS als zorgverzekeraars hebben regietaken. Dit zorgt voor onhelderheid als het gaat om het aanspreken van aanbieders als zij bijvoorbeeld de normaanrijtijd niet halen.

De **varianten 2 en 3** met het ministerie van VWS scoren goed op de toetsingscriteria. **Variant 1** scoort minder goed (zie paragraaf 10.2.1). Bij **varianten 2 en 3** ligt de regie volledig bij het ministerie van VWS. VWS selecteert de monopolist per ambulancezorgregio en verleent een concessie. De betaling verloopt weliswaar via de zorgverzekeraar, maar deze wordt ontheven van de zorgplicht en financiële risico's omdat het ministerie van VWS de regisseur is. VWS spreekt de aanbieders van ambulancezorg aan als zij zich niet aan de contractafspraken houden. Als budgetten voor ambulancezorg ontoereikend zijn, bespreken aanbieders dit met VWS.

Varianten met het ministerie van VWS als regisseur scoren goed op governance, draagvlak en transitiekosten. **Varianten 2 en 3** scoren gemiddeld op de operationele criteria zoals kwaliteit, samenwerking in de keten en overdracht van gegevens.

^{kkk} Ook de GHOR is vertegenwoordigd in het ROAZ. Op deze manier is ook de rol van de ambulancezorg in de regionale geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing geborgd in het advies van het ROAZ.

^{lll} Bij het opstellen van het advies dient de op dat moment leverende aanbieder van ambulancezorg zich te onthouden van inbreng. Als het traumacentrum (mede)eigenaar is van de ambulancezorg aanbieder dient opgenomen te worden dat er een onafhankelijke zetel in het ROAZ is voor het traumacentrum en een onafhankelijke zetel voor de ambulancezorg aanbieder. Het traumacentrum levert in dit geval een inbreng die onafhankelijk is van de aanbieder van de ambulancezorg.

Ook op de bestuurlijke criteria bestuurlijke complexiteit en kosten voor de maatschappij scoren de varianten gemiddeld:

- Paragraaf 2.3 beschrijft dat de vraag naar ambulancezorg de afgelopen jaren is toegenomen door uiteenlopende ontwikkelingen en dat de aard van de vraag is veranderd. De verwachting is dat deze trend zich voortzet. Het zorgt ervoor dat een stevige inbedding van ambulancezorg in de acute zorgketen van steeds groter belang is. Om deze reden scoren **varianten 2 en 3** gemiddeld op de operationele criteria. VWS mist als regisseur de regionale inbedding. Zij kan op landelijk niveau weliswaar invloed uitoefenen op kwaliteit, samenwerking in de keten en overdracht van gegevens door beleid te ontwikkelen en budget vrij te maken. De daadwerkelijke implementatie vindt plaats in de regio. Dit zorgt er ook voor dat de varianten gemiddeld scoren op kosten voor de maatschappij.
- De bestuurlijke complexiteit is gemiddeld voor varianten met het ministerie van VWS als regisseur. Het ministerie van VWS staat onder leiding van de minister, dit kan leiden tot enige politisering van de ambulancezorg. Publieke aanbieders kunnen leiden tot lokale politisering, private aanbieders met de mogelijkheid tot winstuitkering leiden juist weer tot grotere bestuurlijke drukte.

Om de nadelen – weinig regionale inbedding en mogelijke politisering van de ambulancezorg – zoveel mogelijk te ondervangen, adviseert SiRM ook voor deze varianten om het ROAZ een adviserende rol te geven^{mmm}. Deze rol kan in de wet worden opgenomen.ⁿⁿⁿ Het ROAZ adviseert het ministerie over de selectie van ambulancezorg aanbieders. Daarnaast vindt er gedurende de contractperiode regelmatig bestuurlijk overleg plaats tussen het ministerie en het LNAZ. Tijdens dit overleg komen bijvoorbeeld de gevolgen van veranderingen in de organisatie van acute zorg voor de ambulancezorg aan de orde. De eventuele financiële consequenties daarvan bespreken partijen gezamenlijk. Om de balans tussen controle door de Tweede Kamer en bestuurlijke complexiteit te vinden, zou het ministerie met de Tweede Kamer af kunnen spreken dat de mate waarin de aanbieders kwaliteit en toegankelijkheid van ambulancezorg borgen, periodiek wordt besproken. Ook zou VWS de regie op de ambulancezorg onder kunnen brengen bij een ZBO. Het risico op politisering is daarmee ook kleiner.^{ooo}

^{mmm} Ook de GHOR is vertegenwoordigd in het ROAZ. Op deze manier is ook de rol van de ambulancezorg in de regionale geneeskundige hulpverlening in het kader van de rampenbestrijding en de crisisbeheersing geborgd in het advies van het ROAZ.

ⁿⁿⁿ Bij het opstellen van het advies dient de op dat moment leverende aanbieder van ambulancezorg zich te onthouden van inbreng. Als het traumacentrum (mede)eigenaar is van de ambulancezorg aanbieder dient opgenomen te worden dat er een onafhankelijke zetel in het ROAZ is voor het traumacentrum en een onafhankelijke zetel voor de ambulancezorg aanbieder. Het traumacentrum levert in dit geval een inbreng die onafhankelijk is van de aanbieder van de ambulancezorg.

^{ooo} Omdat een ZBO op afstand van de minister staat is de ministeriële verantwoordelijkheid weliswaar van toepassing, maar is de minister niet voor alle details in het doen en laten van een ZBO verantwoordelijk. Om verwarring over de reikwijdte van de ministeriële verantwoordelijkheid te voorkomen is het vormgeven van een wettelijk toezichts- en sturingsinstrumentarium belangrijk. Dat instrumentarium regelt in hoeverre de minister nu wel of niet kan ingrijpen bij een ZBO (en zo ja, hoe) en waarin de benoeming en het ontslag van ZBO-bestuurders geregeld is.

11.2.3 ROAZ minder geschikt als regisseur

Hoewel de varianten met het ROAZ als regisseur goed scoren op de operationele criteria, adviseert SiRM om de daadwerkelijke regierol niet toe te bedelen aan het ROAZ omdat de governance onvoldoende toegerust is voor de regisseursrol (zie paragraaf 10.2.3):

- Het ROAZ is op dit moment een bestuurlijk overleg zonder toezicht structuur.
- De ambulancezorg neemt zelf deel aan het ROAZ.
- Zorgverzekeraars zouden in deze variant het ROAZ contracteren voor de levering van ambulancezorg, en het ROAZ zou op haar beurt de aanbieders van ambulancezorg contracteren. Omdat de zorgverzekeraar de zorgplicht richting haar verzekerden behoudt blijft de regierol zo deels bij de zorgverzekeraar liggen.

11.2.4 Overheidsdienst als aanbieder

SiRM adviseert om de ambulancezorg niet onder te brengen in een overheidsdienst. Een overheidsdienst als aanbieder (**variant 1**) scoort minder goed op de criteria kwaliteit, bestuurlijke complexiteit, kosten voor de maatschappij en transitiekosten (zie paragraaf 10.2.4).

11.2.5 Publieke of private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering

SiRM adviseert om zowel publieke en private aanbieders zónder mogelijkheid tot winstuitkering, als aanbieders mét de mogelijkheid tot winstuitkering in de gelegenheid te stellen om ambulancezorg te leveren. De vertegenwoordigers van de patiënten en het personeel geven aan dat er minder draagvlak bestaat voor de varianten waar private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering ambulancezorg mogen leveren (paragraaf 10.2.5). Deze varianten scoren daarentegen beter op de transitiekosten, omdat het wat betreft aanbieders het meest overeen komt met de huidige situatie. Voor de andere toetsingscriteria is het al dan niet de mogelijkheid hebben tot winstuitkering nauwelijks onderscheidend.

11.3 Meest geschikte gebiedsindeling en reikwijdte monopolie

SiRM beveelt aan om de mogelijkheid van het terugbrengen van het aantal ambulancezorg regio's naar de 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's serieus te onderzoeken. Er is daarnaast nader onderzoek nodig of het behoud van het monopolie op spoedeisend en gepland leidt tot een suboptimaal aanbod van gepland vervoer.

11.3.1 Gebiedsindeling

SiRM beveelt aan om de mogelijkheid van het terugbrengen van het aantal ambulancezorg regio's naar de 10 gemeenschappelijke meldkamerregio's serieus te onderzoeken. Een belangrijk onderzoeksonderwerp in dit kader is het analyseren van de gebiedsgrootte die benodigd is om het overgrote deel van ritten binnen het monopolie gebied te blijven. Dat wil zeggen dat zowel de haal- als de brenglocaties zich zoveel mogelijk in één gebied bevinden. We merken op dat veranderen van gebiedsindeling waarschijnlijk lagere transitiekosten met zich mee brengt als dit gelijktijdig met andere veranderingen wordt gedaan.

11.3.2 Reikwijdte monopolie

SiRM adviseert om (voorlopig) het ambulancezorgmonopolie zowel spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg te laten bevatten. Er is nader onderzoek nodig of het behoud van het monopolie leidt tot een suboptimaal aanbod van gepland vervoer. Omdat toetreding door andere aanbieders niet mogelijk is voor de periode van contract of concessie, bestaat er mogelijk een tekort aan gepland vervoer. Indien er synergie is tussen spoedeisend en gepland vervoer, kan dat mogelijk ook zonder monopolie worden gerealiseerd. Aanbieders van spoedeisende ambulancezorg kunnen op de vrije markt meedingen met het aanbieden van gepland vervoer met zorg en zo de synergievoordelen alsnog behalen. Bij periodiek aanbesteden zou in een latere ronde de reikwijdte van het monopolie kunnen worden aangepast. Daar dient in de wet rekening mee gehouden te worden.

11.4 Overige aanbevelingen

Naast de aanbevelingen die direct gerelateerd zijn aan de ordeningsvragen kwamen tijdens de interviews, de bijeenkomsten met de begeleidingsgroep en experts en de desk research steeds drie belangrijke onderwerpen aan de orde:

- Voor een constructieve implementatie is snel een besluit van de minister gewenst en dient een implementatieplan opgesteld te worden.
- De ambulancezorgsector dient transparanter te worden.
- Partijen dienen zich in te zetten om het (dreigende) tekort aan ambulanceverpleegkundigen op te lossen.

11.4.1 Implementatie van nieuwe ordening

Hoewel de Eerste Kamer in 2008 de Wet ambulancezorg (Waz) aannam, is deze nooit in werking getreden. Dit heeft de afgelopen jaren tot onzekerheid geleid in de ambulancezorgsector. Het is van belang dat een dergelijke situatie niet wederom ontstaat. SiRM adviseert de nieuwe minister van VWS om snel een keuze te maken voor de ordening in 2020 zodat de voorbereidingen binnen afzienbare tijd kunnen starten. VWS dient goed te monitoren en eventueel te stimuleren dat in de periode tot de selectie en contractering van (nieuwe) aanbieders, de benodigde investeringen op peil blijven. Met deze stip op de horizon dient een implementatieproces ingezet te worden met alle belanghebbenden.

Om het implementatieproces constructief in te kunnen zetten dient er een implementatieplan opgesteld te worden dat beschrijft hoe alle betrokken partijen van de huidige situatie naar de geadviseerde toekomstige situatie zullen moeten gaan. Inzicht in deze route is noodzakelijk om tot een zachte landing én vooral draagvlak te komen.

11.4.2 Ontbreken van transparantie

Op basis van interviews, discussies in expertgroepen en desk research concludeert SiRM dat de transparantie over de kwaliteit, governance en financiën in de ambulancezorg te wensen overlaat:

- Het is niet voor alle huidige RAV's helder op welke manier de governance georganiseerd is. Daarnaast is het niet altijd duidelijk welke plek de juridische entiteit, waaronder de ambulancezorg valt, heeft binnen een eventuele overkoepelende juridische entiteit zoals die van een ziekenhuis.
- Er zijn geen vergelijkbare jaarverslagen beschikbaar. Sommige RAV's publiceren nauwelijks financiële informatie.
- De enige kwaliteitsindicator is het aandeel van de A1 ritten waarvoor de aanrijdtijd gehaald wordt binnen 15 minuten^{PPP}. Ambulancezorg omvat veel meer dan alleen het tijdig verschijnen bij A1-ritten. De overige aspecten van de prestatie worden nu helemaal niet gemeten.
- Het aantal ritten per huidige RAV is niet eenduidig toegankelijk. Experts en belanghebbenden geven aan dat het regelmatig voorkomt dat ritten anders geregistreerd worden. A1 ritten zouden soms als A2 ritten geregistreerd worden als de ambulancedienst vreest dat ze de tijd niet gaan halen. Andersom, zou vanuit de SEH soms een B rit als een A2 rit worden aangevraagd, omdat anders de ambulance niet snel genoeg komt.
- Regionale afspraken met acute zorg- of veiligheidspartners zijn niet eenduidig publiek toegankelijk.

Er dient meer transparantie te komen op het gebied van de governance^{qqq}, kwaliteit en financiën in de ambulancezorgsector. Het is anders niet mogelijk om de kosten te benchmarken of om de efficiëntie van de sector te berekenen. Ook is niet duidelijk welk deel van de kosten wordt gemaakt voor A of B ritten. Bovendien is de geleverde kwaliteit niet helder. Dit is wel van belang voor een gedegen en transparant selectieproces (zie ook Bijlage 13). De regisseur kan een database over meldingen en ritten beschikbaar maken zodat bieders inzicht krijgen in de inzet van ambulancezorg in een regio. Daardoor weten zij beter waar ze op bieden en kunnen hun biedingen gepaard gaan met een lagere opslag voor onzekerheid.

11.4.3 Tekort aan ambulanceverpleegkundigen

Er is in een aantal regio's een tekort aan ambulanceverpleegkundigen. Het gaat om een tekort in de acute zorg in bredere zin en het tekort zal toenemen de komende jaren. Het beroep van ambulanceverpleegkundige vraagt om een relatief lange vooropleiding. Naast een verpleegkundig diploma is een specialistische vervolgopleiding SEH, IC of Anesthesie vereist. Er zijn reeds verschillende partijen die zich buigen over deze problematiek. Het tekort lijkt te zijn veroorzaakt door de toegenomen zorgvraag, een opleidingsstop voor verpleegkundigen en een afgenomen salarisvoordeel in de ambulancezorg ten opzichte van de ziekenhuiszorg. Dit probleem vraagt om snelle actie van veldpartijen en de overheid.

^{PPP} De norm gaat officieel over de responsetijd van de ambulance. De responsetijd bestaat uit de telefonische aanname en uitgifte, de uitruktijd en de aanrijdtijd. In de volksmond gebruikt men echter vaak de term 'aanrijdtijd'. Gestreefd wordt naar een maximale aanrijdtijd van twaalf minuten en een maximale uitruktijd van 3 minuten

^{qqq} RAV Brabant en RAV Hollands Midden zijn door de vertegenwoordiging van het personeel aangedragen als goede voorbeelden voor transparante governance.

Literatuurverwijzingen

¹ Geschiedenis wet- en regelgeving ambulancesector, AZN, 2017.

² Nota verantwoorde ambulancezorg, AZN, 2013.

³ Normoverschrijdingen responstijden ambulances. De zorgplicht van zorgverzekeraars voor ambulancezorg. NZa, 2016.

⁴ Inzicht in de toename van het aantal ambulance-inzetten, AZN, 2016.

⁵ Handreiking marktconsultatie: praten met de markt voorafgaand aan een aanbesteding, PIANOo, Expertisecentrum Aanbesteden, juni 2016.

⁶ De brede betekenis van acute zorg, TG (mmv SiRM) voor NVZ, 2013.