sirm
strategies in
regulated markets

Definitief

Ordening ambulancezorg

Dr. Jan-Peter Heida

Jori Hoendervanger, MSc.

Lydia van 't Veer, MSc.

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.
Nieuwe Uitleg 24
2514 BR Den Haag

Den Haag, 29 september 2015

Inhoudsopgave

1 Managementsamenvatting 3

2 Inleiding 3

3 De huidige situatie 8

4 Scenario 1: De minister bepaalt via een aanbesteding wie de ambulancezorg aanbiedt 12

4.1 Voordelen 12

4.2 Aandachtspunten 17

5 Scenario 2: Zorgverzekeraars bepalen via contractering wie de ambulancezorg aanbiedt. 24

5.1 Voordelen 24

5.2 Aandachtspunten 28

6 Conclusie 32

6.1 Scenario 1: De minister bepaalt via een aanbesteding 33

6.2 Scenario 2: Zorgverzekeraars bepalen via contractering 34

6.3 Discussie 35

7 Analyse bij rapportage ordering ambulancezorg 36

7.1 Inhoudelijke argumenten 36

7.2 Praktische argumenten 41

7.3 Belang 42

8 Geïnterviewde personen 43

1 Managementsamenvatting

In 2013 is de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) van kracht geworden. Per 2018 wordt deze tijdelijke wet vervangen door structurele wetgeving. Voor de invoering van de Twaz heeft er discussie plaatsgevonden over de ordening van de ambulancezorg. Het destijds gekozen ordeningsmodel, waarin de minister voor onbepaalde tijd bepaalt wie ambulancezorg aanbiedt, bleek kwetsbaar voor Europese regelgeving.

SiRM heeft de voordelen en de aandachtspunten van twee mogelijke toekomstige scenario's in kaart gebracht. Deze twee scenario's zijn:

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

Beide scenario's vormen een uitgangspunt om kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare ambulancezorg te leveren in Nederland. Elk scenario heeft voordelen en aandachtpunten waarop gelet moet worden bij de invoering. Op basis van inhoudelijke argumenten heeft het scenario dat zorgverzekeraars via contractering bepalen een lichte voorkeur ten opzichte van het scenario dat de minister bepaalt via een aanbesteding wie de ambulancezorg aanbiedt. Inhoudelijke argumenten zijn van belang voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ambulancezorg. Het verschil tussen beide scenario's is echter minimaal.

Een van de grootste voordelen als de minister bepaalt wie de ambulancezorg aanbiedt, is dat door een aanbesteding de efficiency van de ambulancezorg verhoogd kan worden. Dit wordt versterkt door innovatieve projecten. Daarnaast kan een regionaal sluitend budget vastgesteld worden. Ook kan de minister beter dan zorgverzekeraars optreden als schakel tussen de zorgketen en de openbare orde keten. Hierdoor blijft de ambulancezorg ingebed in beide werelden. Echter, een aanbesteding betekent ook dat er een partij zonder diepgaande kennis van het Nederlandse zorgstelsel en de cultuur van samenwerken als uitvoerende partij aangewezen kan worden.

Een van de grootste voordelen als zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancezorg regelt, is dat er een partij gekozen kan worden die de regio goed kent, goed met de ketenpartners kan samenwerken en bovendien kunnen administratieve lasten van een

aanbesteding worden vermeden. Er hoeft dan namelijk waarschijnlijk geen Europese aanbesteding plaats te vinden. De contracten kunnen onderhands aangeboden worden. Daarnaast kan eenvoudiger ingespeeld worden op tussentijdse veranderingen in het veld Ook is het in lijn met de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraars kunnen er overigens altijd nog voor kiezen om aan te besteden. Daarnaast moet er nagedacht worden over een aangepaste manier van contracteren, bijvoorbeeld middels representatie. Het is niet haalbaar dat alle RAV's met alle zorgverzekeraars in alle regio's aparte afspraken maken.

Het is uiteindelijk aan belanghebbende veldpartijen om aan te geven aan welk model zij de voorkeur geven. Wij hebben met dit rapport geprobeerd zo helder mogelijk de voordelen en aandachtspunten van beide scenario's in kaart te brengen, om zo een keuze te faciliteren. Wij gaan ervan uit dat beide scenario's ervoor zullen zorgen dat de ambulancezorg in Nederland goed geleverd kan worden en van hoogstaande kwaliteit kan blijven.

Het merendeel van de geïnterviewden is tevreden met de huidige manier van werken in de ambulancezorg. Men vindt de ambulancezorg van hoge kwaliteit en ervaart weinig problemen. Bijna alle partijen hebben aangegeven het liefste door te gaan met het huidige beleid. Echter, door Europese wetgeving is dit waarschijnlijk niet mogelijk en moet er een keuze gemaakt worden wie bepaalt wie de ambulancezorg aanbiedt.

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn de belangrijkste pijlers waar het toekomstige systeem op gebaseerd dient te zijn. Deze pijlers moeten ongeacht het gekozen scenario gewaarborgd worden onder normale omstandigheden, maar ook ten tijde van rampen en crises. Het is belangrijk dat ambulancezorg "zorg" blijft en niet enkel "vervoer". Hierdoor blijft het mogelijk om patiënten bijvoorbeeld op locatie te behandelen. Ook de ontwikkelingen in het veld moeten meegenomen worden in het nieuwe beleid. Ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld concentratie van ziekenhuiszorg, het steeds meer samengaan van SEH's en HAP's, samenwerking van RAV's met andere mobiele acute zorgverleners, het opschalen van de meldkamer en technologische ontwikkelingen. Bij het opschalen van de meldkamer moet goed nagedacht worden wie er verantwoordelijk is. Geïnterviewden geven aan dat de verantwoordelijkheid van de meldkamer na opschaling het beste onder de RAV kan blijven vallen.

2 Inleiding

In 2013 is de Tijdelijke wet ambulancezorg (Twaz) van kracht geworden[1]. Per 2018 wordt deze tijdelijke wet vervangen door structurele wetgeving. Voor de invoering van de Twaz heeft er een langdurige discussie plaatsgevonden over de ordening van de ambulancezorg. Het destijds gekozen ordeningsmodel, waarin de minister voor onbepaalde tijd bepaalt wie ambulancezorg aanbiedt, bleek kwetsbaar voor Europese regelgeving.

Bij de overgang naar de Twaz zijn meerdere veranderingen doorgevoerd die de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg hebben verbeterd. Zo zijn er niet langer meerdere partijen in een provincie die ambulancevervoer aanbieden. Dit is beperkt tot één regionale ambulancevoorziening (RAV) in elk van de 25 veiligheidsregio's in plaats van meerdere vergunningen per provincie. De RAV is verantwoordelijk voor de uitvoering van de ambulancezorg. Hieronder vallen het ambulancevervoer en de inhoudelijke taken van de meldkamer ambulancezorg (onderdeel van de gemeenschappelijke meldkamer van politie, brandweer en ambulancezorg). Al deze veranderingen hebben bijgedragen aan een betere samenhang in de witte kolom (zorg).

Het ministerie van VWS, Ambulancezorg Nederland (AZN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben gezamenlijk vier globale scenario's besproken voor de toekomstige ordening van de ambulancezorg[2]. Twee scenario's worden niet gedragen door de partijen:

- Een overheidspartij is verantwoordelijk voor de ambulancezorg als publieke dienst.

- Het Regionale Overleg Acute Zorg (ROAZ) is verantwoordelijk voor de ambulancezorg.

In dit rapport bespreken we de voordelen en de aandachtspunten van de overige twee scenario's. Deze twee scenario's zijn:

[1] Wet van 26 april 2012, houdende tijdelijke bepalingen over de ambulancezorg (Tijdelijke wet ambulancezorg). Geldend op 07-08-2015

[2] Commissiebrief Tweede Kamer inzake rappel verzoek om toezeggingen ambulancevervoer nav AO 9 april 2014, Ministerie van VWS 17 juni 2015.

- De minister bepaalt via een aanbesteding.

- Zorgverzekeraars bepalen via contractering.

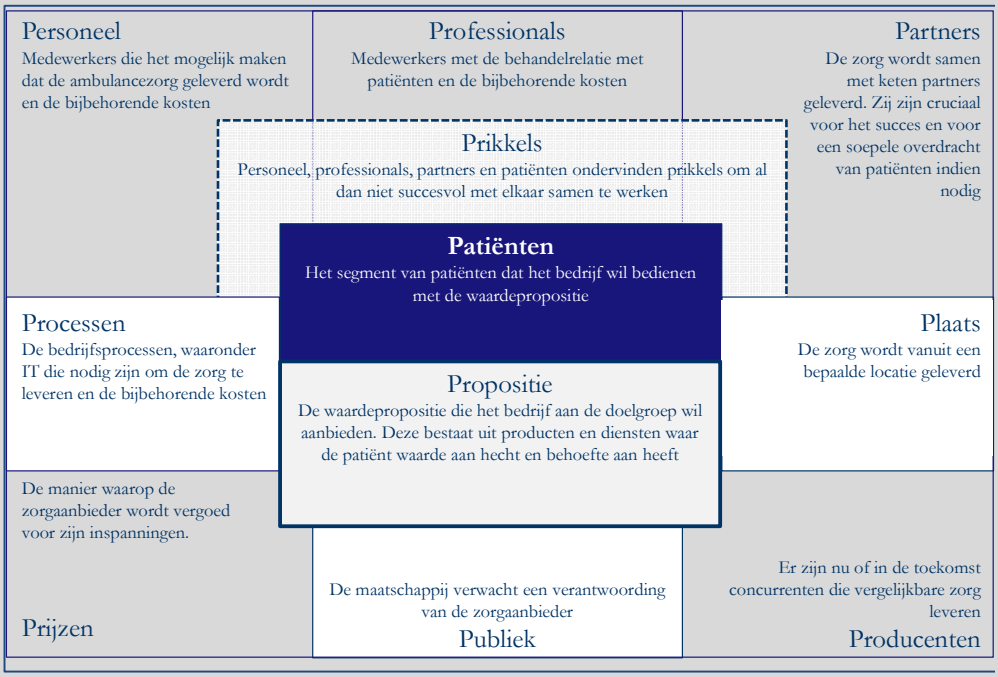
Per scenario hebben we de relevante aspecten voor de ambulancezorg in kaart gebracht. Dit hebben we gedaan op basis van het zorg brede 11P model, waarin alle factoren uit de zorg worden meegewogen. Met dit model kan systematisch in kaart gebracht worden wat de voordelen en aandachtspunten van een scenario zijn. Tijdens de gesprekken zijn er ook punten aan de orde gekomen die voor beide scenario's en in het algemeen gelden, die hebben we niet opgenomen. In deze rapportage bespreken we enkel de specifieke voordelen en aandachtspunten per scenario.

Gedurende de periode van juli tot september heeft SiRM met alle betrokken veldpartijen uit de acute zorgketen interviews gehouden (zie hoofdstuk 8 voor een lijst van de geïnterviewde personen).

Op 15 september heeft er een bijeenkomst met het ministerie van VWS en de koepelorganisaties plaatsgevonden. In deze bijeenkomst zijn de voordelen en aandachtspunten van de twee ordeningsscenario's besproken. Vervolgens is de definitieve rapportage opgesteld door SiRM.

Aan de hand van de discussie in de bijeenkomst en de opgestelde rapportage zal een keuze gemaakt worden voor een van de twee scenario's. De keuze zal daarna uitgewerkt worden in de nieuwe Wet ambulancezorg.

Box 1. Het 11P model



***P**atiënten* ontvangen zorg van een zorgaanbieder die ambulancezorg levert. Deze zorgaanbieder biedt een ***P**ropositie* van producten en diensten waar de patiënt behoefte aan heeft en waarde aan hecht. Beschikbaarheid en bereikbaarheid vormen hierbij een belangrijk onderdeel.

De zorgaanbieder levert de zorg met haar ***P**rofessionals, **P**ersoneel* (de ambulancehulpverleners, waaronder de ambulanceverpleegkundige en de verpleegkundig centralist) en ***P**artners*. Deze partijen, waaronder ook de patiënt werken samen op basis van hun eigen autonomie in combinatie met economische ***P**rikkels* die onder andere kunnen volgen uit het gekozen ordeningsmodel voor bijvoorbeeld de kwaliteit en innovatie van ambulancezorg.

De zorg wordt geleverd op een bepaalde ***P**laats*. 'Plaats' is daarbij een abstract begrip. Bij ambulancezorg wordt de zorg geleverd vanaf het moment van de melding, onderweg, ter plaatse en tijdens het vervoer.

Voor de propositie wordt een ***P**rijs* gerekend om de benodigde ***P**rocessen* en middelen waarmee de zorg geleverd wordt, te kunnen bekostigen en de continuïteit van de zorgaanbieder te borgen. Andere ***P**roducenten* kunnen substituten of concurrerende proposities leveren aan de patiënten. Dit kunnen bijvoorbeeld nieuwe buitenlandse toetreders zijn.

Het ***P**ubliek* verwacht verantwoording over de geleverde zorg. De acute zorg is samen met het Kwaliteitsinstituut indicatoren aan het ontwikkelen om de manier waarop de zorg is geleverd nog beter te kunnen verantwoorden. Daarnaast ziet de overheid toe op de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg.

3 De huidige situatie

Met de invoer van de Twaz heeft de ambulancezorg in Nederland meer een zorgfunctie gekregen dan alleen een vervoersfunctie. Dit is goed te zien aan de nieuwe naam van de wet. Voorheen spraken we over de Wet ambulancevervoer, nu over de (tijdelijke) Wet ambulancezorg.[3] Ook is de definitie van ambulancezorg verbreed. Ambulancezorg wordt in de wet gedefinieerd als:

Zorg, erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel:

- *hulp te verlenen en per ambulance te vervoeren, of*
- *hulp te verlenen via een ambulanceverpleegkundige met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar motorvoertuig.*[4]

Hieruit blijkt dat ambulancezorg niet altijd het vervoer van een patiënt hoeft te omvatten. Het kan voorkomen dat op een melding wordt gereageerd door de inzet van een motor- of solo-ambulance (niet geschikt voor het vervoer van patiënten), waarin slechts één (solo) ambulanceverpleegkundige zit. Afhankelijk van de situatie, kan na de inzet van een motor- of solo-ambulance ook nog een 'echte' ambulance ingezet worden, maar dit is niet per definitie het geval. Soms is hulpverlening ter plaatse voldoende en hoeft de patiënt niet verplaatst te worden naar een SEH of traumacentrum.

In Nederland zijn er 25 Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV) regio's. Deze komen overeen met de veiligheidsregio's van Nederland. De RAV is verantwoordelijk voor het leveren van de ambulancezorg in de betreffende regio en het in stand houden van de meldkamer. Alleen de RAV mag deze zorg leveren en alleen in opdracht van de meldkamer.

In 2013 waren er 215 standplaatsen en 744 ambulances in Nederland.[5] De locatie van de standplaatsen wordt in beginsel vastgesteld met het referentiekader van het RIVM. In de regio mag de ambulancedienst in overleg met de zorgverzekeraar besluiten om af

[3] Memorie van toelichting 32 854 nr 3. Tijdelijke bepalingen over de ambulancezorg, 2011.
[4] Tijdelijke wet ambulancezorg, Geldend op 25-08-2015.
[5] Ambulances in-zicht 2013, AZN.

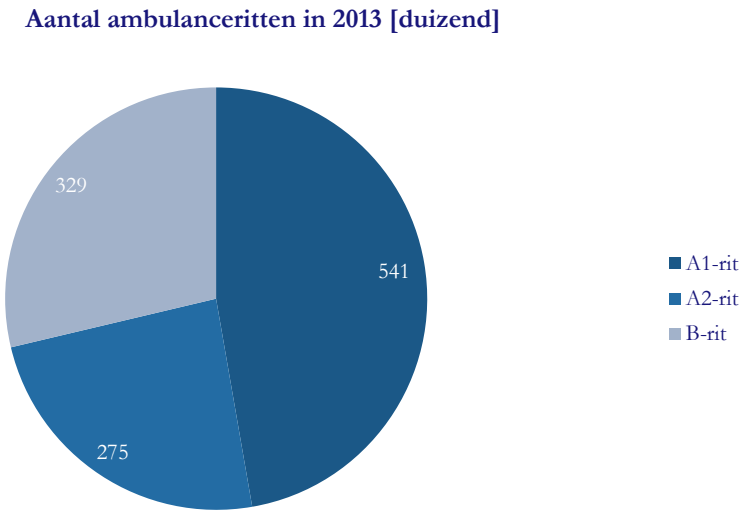
te wijken van het referentiekader, mits minimaal 97% van de inwoners in de regio binnen 15 minuten bereikt kan worden[6].

Tabel 1. Aantal ambulances en standplaatsen in Nederland

Aantal	2011	2012	2013
Ambulances	711	725	744
Standplaatsen	206	207	215

Er zijn twee soorten ambulanceritten in Nederland: acuut en besteld vervoer. Bijna driekwart van de ritten zijn acute ritten (in 2013 waren er in totaal ruim 816 duizend ritten). Het acute vervoer bestaat uit A1 urgentie, waarbij er gevaar voor leven of blijvende invaliditeit van een patiënt dreigt, en A2 urgentie, wanneer er geen direct levensgevaar is voor de patiënt. Het besteld vervoer is planbare ambulancezorg, het gaat hier bijvoorbeeld om interklinisch vervoer van patiënten of vervoer van patiënten van hun huis naar het ziekenhuis. In 2013 waren er bijna 330 duizend bestelde ritten in Nederland.

Figuur 1. Aantal A en B ritten in Nederland



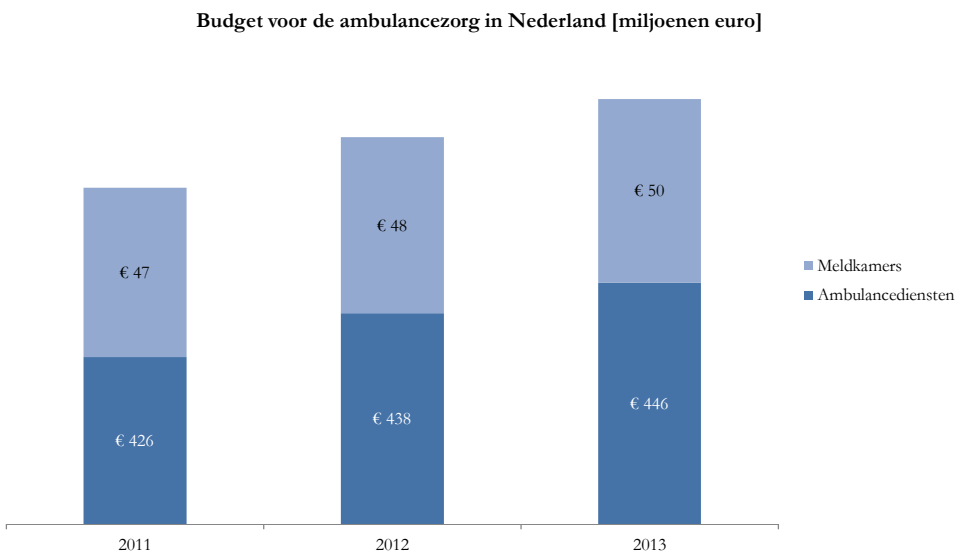
In 2013 was het budget voor de ambulancezorg bijna €500 miljoen. Hiervan was bijna €450 miljoen voor de ambulancediensten beschikbaar en €50 miljoen voor de

[6] RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg 2013. Bilthoven,2013b.

meldkamer.[7] Het budget voor de ambulancezorg wordt per regio vastgesteld op basis van de beschikbaarheid (80% van het budget) en op de geleverde productie (kilometers en ritten; 8%). De overige 12% wordt onder andere besteed aan individuele prestatieafspraken en huisvesting.[8]

Het budget voor de meldkamer wordt vastgesteld op basis van het aantal meldingen, het type locatie en het aantal centralistenwerkplekken. Er zijn nu 21 meldkamers. In 2017 worden dat 10 meldkamers[9].

Figuur 2. Budget ambulancezorg in Nederland tussen 2011 en 2013 in miljoenen euro



In de regio zijn twee verzekeraars verantwoordelijk voor het contract met de RAV. De grootste verzekeraar in de regio zit aan tafel namens zichzelf en een tweede verzekeraar (meestal de een na grootste) namens de andere verzekeraars. In alle RAV's gelden dezelfde tarieven voor de ambulancezorg.[10] Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen een stedelijk of landelijk gebied. Hierdoor zijn zorgverzekeraars die veel verzekerden hebben in een landelijk gebied, meestal slechter uit dan zorgverzekeraars die veel verzekerden hebben in een stedelijk gebied. Deze tarieven zijn nodig om het budget

[7] Marktscan en beleidsbrief Ambulancezorg Weergave van de markt 2010-2013, NZa december 2013

[8] Bekostiging en financiering ambulancezorg 2014. Achtergrond bij de beleidsregel BR/CU-7089, NZa 2013.
[9] Deze komen op de locaties: Drachten, Apeldoorn, Soest, Haarlem, Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Bergen op Zoom, Den Bosch en Maastricht.
[10] Beleidsregel BR/CU-7143, Regionale Ambulancevoorziening 2015, NZa

voor de geleverde productie te vullen. Het grootste deel van het budget wordt vastgesteld op basis van het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid.[11] In het representatiemodel van verzekeraars zal dit bedrag worden verdeeld over de verschillende betrokken verzekeraars aan de hand van de marktaandelen van de verzekeraars in de betreffende regio.[12]

Tabel 2. Huidige tarieven per rit in Nederland

Prestatiebeschrijving	Tarief 2015
I001 Per beladen vervoerskilometer	€ 3,81
I002 Besteld vervoer (B-rit) per rit	€ 296,24
I003 Stand-by per uur	€ 121,84
I006 MICU-vervoer[13] per rit	€ 2.129,34
I010 Spoedvervoer (A1-/A2-rit) per rit	€ 667,74
I005 Grensoverschrijdende inzet min. p/u	Tussen € 777,99 en € 1.253,91

[11] Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg 2013, RIVM 2013.
[12] Vragen voorhang bekostiging ambulancezorg 2014, Ministerie van VWS 3 juli 2013
[13] Mobiele intensive care unit: een ambulance die specifiek is ontworpen voor het vervoer van intensive care-patiënten. De patiënt krijgt in deze ambulance dezelfde behandeling en monitoring als op een intensive care.

4 Scenario 1: De minister bepaalt via een aanbesteding wie de ambulancezorg aanbiedt

In het eerste scenario is de minister verantwoordelijk voor wie de ambulancezorg aanbiedt. De minister verleent per veiligheidsregio één vergunning aan een publieke of private partij. Ambulancediensten moeten aan een aantal kwaliteits- en bereikbaarheidseisen voldoen.

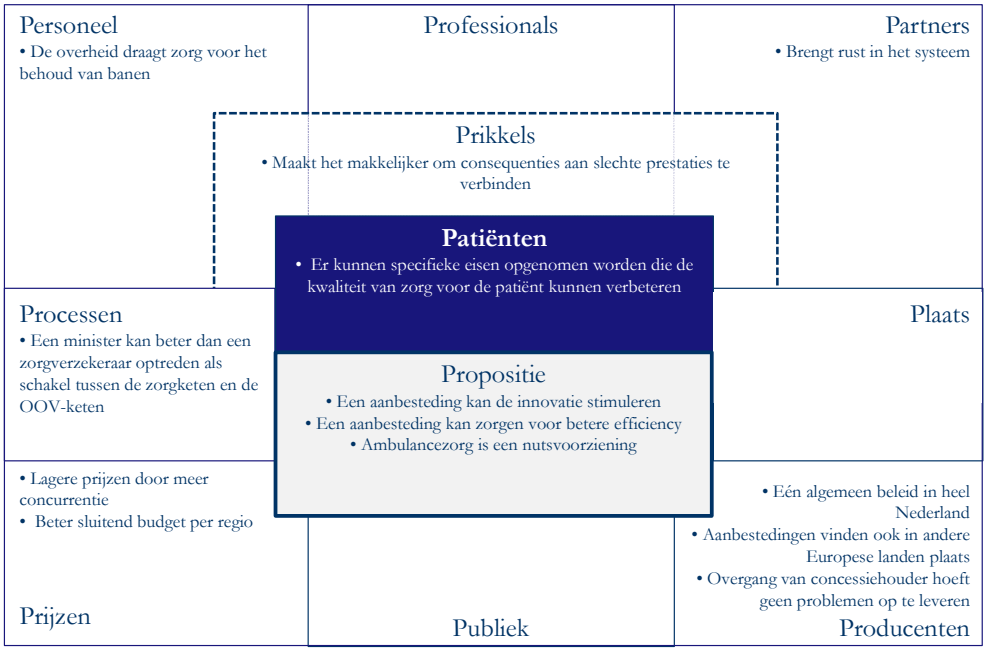
Deze vergunning zal worden verleend door middel van een periodieke (Europese) aanbesteding.

4.1 Voordelen

Er zijn 13 voordelen als de minister bepaalt wie de ambulancezorg aanbiedt. De belangrijkste vijf daarvan zijn dat:

1) de efficiency van de ambulancezorg waarschijnlijk verhoogd wordt (*propositie*),
2) de minister beter kan optreden als schakel tussen de zorgketen en de openbare orde keten (*processen*),
3) het leidt tot een sluitend budget per regio (*prijzen*),
4) het rust in het systeem brengt (*partners*), en
5) het innovatie stimuleert (*propositie*).

Figuur 3 Voordelen van het scenario dat de minister bepaalt wie de ambulancedienst aanbiedt door middel van een aanbesteding



4.1.1 Patiënten

In de aanbesteding kunnen specifieke eisen worden opgenomen die de kwaliteit van zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Zo kan een partij die een snellere aanrijtijd kan garanderen hoger scoren dan een andere partij. Met een snellere aanrijtijd is de ambulance eerder bij de patiënt, die dan sneller geholpen kan worden. Dit kan bijvoorbeeld gemonitord worden aan de hand van kwaliteitsindicatoren of een CQI.

De ambulancezorg is bezig met het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor de ambulancezorg. In 2013 is reeds de ervaringen van patiënten met spoedeisende ambulancezorg in kaart gebracht door middel van een Consumer Quality index (CQI). CQI-vragenlijsten zijn wetenschappelijk gefundeerd en meten ervaringen van consumenten met de zorg. De resultaten laten onder andere zien dat patiënten de Nederlandse ambulancezorg uniform vinden (weinig verschil tussen verschillende RAV's) en van hoge kwaliteit.[14] Daarnaast is een van de onderzoeksthema's van de AZN van de Landelijke Onderzoeksagenda 2014-2018 'kwaliteit van zorg meten'. Met dit

[14] CQI Spoedeisende Ambulancezorg. Actualisatie en bepaling van het discriminerend vermogen. Nivel, 2013.

onderdeel wil het AZN met behulp van kwaliteitsindicatoren de zorginhoudelijke kwaliteit van ambulancezorg meten en verbeteringen zichtbaar maken.[15]

4.1.2 Propositie

Een aanbesteding kan de innovatie stimuleren. Een partij die een nieuw innovatieve optie heeft, kan hiermee scoren in de aanbesteding. Wanneer een partij niet innoveert, zal deze bij een (volgende) aanbesteding mogelijk minder kans maken om de aanbesteding te winnen.

Een aanbesteding kan zorgen voor betere efficiency. Door betere efficiency is er een betere kwaliteit/prijs verhouding mogelijk, waardoor de partij een hogere kans heeft op het winnen van de aanbesteding.

De meeste geïnterviewden beschouwen ambulancezorg als een nutsvoorziening (publieke functie). Ze zijn van mening dat dit onder de invloed van een ministerie moet blijven.

4.1.3 Personeel

Baangarantie van het personeel. Geïnterviewden geven aan dat ze verwachten dat de Nederlandse overheid zorg draagt voor het behoud van banen. In de aanbesteding moet dan opgenomen worden dat het personeel mee gaat naar de nieuwe concessiehouder. Bij de aanbesteding van het openbaar vervoer is dit bijvoorbeeld meegenomen. Bij de aanbesteding van de Wmo en Jeugdwet echter niet:

- Bij de openbare aanbesteding van het openbaar vervoer geldt de Wet personenvervoer 2000. Hierin staat opgenomen dat de nieuwe concessiehouder verplicht is het oude personeel over te nemen van de oude concessiehouder onder bepaalde condities.[16]

[15] Kennis maakt het verschik. Onderzoek in de lift. Ontwikkeling van de Landelijke Onderzoeksagenda Ambulancezorg 2014-2018. AZN & Hogeschool Arnhem en Nijmegen, 2014.
[16] Wet personenvervoer 2000, artikel 39. Geldend op 24-08-2015

- Bij de aanbesteding van de Wmo en Jeugdzorg geldt slechts een zogeheten overlegplicht. De overlegplicht houdt in dat zorgaanbieders in geval van een contractwissel overleg moeten voeren over de (eventuele) overname van het personeel. Gemeenten zijn niet echter verplicht om personeel over te nemen.[17]

4.1.4 (Keten)partners

Een aanbesteding brengt rust in het systeem. Het is duidelijk wanneer de aanbesteding zal plaatsvinden en voor welke tijd een partij de concessie in een regio heeft.

4.1.5 Processen

Ambulancezorg is ingebed in twee werelden. Enerzijds is het een volwaardig en integraal onderdeel van de acute zorg. Anderzijds is het betrokken bij de openbare orde en veiligheid (OOV). De minister van VWS moet kunnen blijven sturen op een goede inbedding van de ambulancezorg in de OOV-keten. Een minister kan beter dan een zorgverzekeraar optreden als schakel tussen beide werelden. Een zorgverzekeraar heeft alleen directe invloed op de wereld van de acute zorg en is minder betrokken bij de OOV-keten.

4.1.6 Producenten

Doordat één partij (de minister) verantwoordelijk is, komt er een algemeen beleid voor de ambulancezorg in Nederland. Dit schept duidelijkheid doordat in heel Nederland hetzelfde beleid gevolgd wordt. Als verschillende zorgverzekeraars ambulancediensten contracteren, zou het voor kunnen komen dat in verschillende regio's een verschillend beleid wordt gevolgd. Zorgverzekeraars hoeven immers niet dezelfde visie over de ambulancezorg te hebben.

In veel andere landen in Europa wordt de ambulancezorg ook aanbesteed. In Europa gebeurt dit onder andere in België, Denemarken, Duitsland, Spanje en Zweden. Er moet wel rekening mee gehouden worden dat in Nederland de ambulancedienst ambulancezorg moet leveren en niet alleen ambulancevervoer. Dit laatste,

[17] Wmo 2015, artikel 2.6.5., eerste lid Wmo 2015 & Jeugdwet, artikel 2.13. Geldend op 24-08-2015

ambulancevervoer, is vaker de functie van een ambulancedienst in het buitenland. Veldpartijen zijn er zelf van overtuigd dat de ambulancezorg in Nederland beter geregeld en van hogere kwaliteit is dan in andere Europese landen. De ambulancediensten in deze landen zijn overigens ook van goede kwaliteit.

Overgang van concessiehouder hoeft geen problemen op te leveren. In Zeeland is bijvoorbeeld de RAV na faillissement overgenomen door de ambulance aanbieder het Witte Kuis (onderdeel van Connexxion). In de periode voorafgaand aan de transitie zijn afspraken gemaakt met vakbonden, zorgverzekeraars, de provincie Zeeland en het ministerie van VWS. Het overgangsproces was na 6 maanden afgerond. Externe audits tonen aan dat de meldkamer al binnen enkele maanden na de overgang kwalitatief goed geborgd was, terwijl deze voor de transitie nog onder verscherpt toezicht stond. Ook heeft het Witte Kruis de overschrijding in responstijd van spoedritten van 18% naar 9% teruggedrongen, onder andere door een structurele verbetering van processen en competenties. De norm voor de responstijd is dat 95% van de inzetten de ambulance (onder normale omstandigheden) binnen 15 minuten bij de patiënt arriveert. Dit houdt een overschrijding van 5% in. In 2013 werd deze norm bij 8 van de 25 RAV's gehaald, gemiddeld was in 92,6% van de A1-inzetten de ambulance binnen 15 minuten na het begin van de melding bij de patiënt gearriveerd.[18]

4.1.7 Prikkels

Een aanbesteding maakt het makkelijker om consequenties aan slechte prestaties te verbinden. Doordat er periodiek een aanbesteding is, moeten partijen optimaal blijven presteren. Slechte resultaten in een regio kunnen ertoe leiden dat de partij de volgende aanbesteding in de regio (of een andere regio) niet wint. Nu moeten zorgverzekeraars zorg dragen voor het presteren van de RAV's. Zij kunnen er echter niet voor kiezen om niet door te gaan met de desbetreffende partij of de partij te korten in het budget (tenzij de slechte prestatie leidt tot een faillissement).

[18] Ambulances in-zicht 2013, AZN.

4.1.8 Prijzen

Een aanbesteding zorgt waarschijnlijk voor lagere prijzen door meer concurrentie. Een deel van de score van de aanbesteding zal immers liggen bij de laagste prijs. Ambulancediensten zullen onnodige kosten uit de begroting houden, om zo de kans tot het winnen van de aanbesteding te verhogen.

Een aanbesteding kan leiden tot een beter sluitend budget per regio. Doordat de aanbesteding zal plaatsvinden op regionaal gebied, zal het budget beter passen bij wat werkelijk nodig is. Nu gelden in alle RAV's dezelfde tarieven voor de ambulancezorg.[19] Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen een stedelijk of landelijk gebied. Hierdoor zijn zorgverzekeraars die veel verzekerden hebben in een landelijk gebied, meestal slechter uit dan zorgverzekeraars die veel verzekerden hebben in een stedelijk gebied. . Bij de bekostiging van de HAP's wordt bijvoorbeeld gebruikt gemaakt van een ophoging voor landelijk gebied. Het beschikbare bedrag per persoon (€ 10,92) wordt met de module platteland opgehoogd met € 2,73. Bij de ambulancezorg is dit onderscheid nog niet aanwezig Bij de ambulancezorg maakt het ook uit hoeveel SEH's er in een regio zijn. Met hetzelfde aantal inwoners, maar met meer SEH's kunnen patiënten mogelijk met minder ambulances geholpen worden. Deze kunnen immers naar meer SEH locaties uitwijken, waardoor de gemiddelde rittijd lager is.

4.2 Aandachtspunten

Als de minister bepaalt wie de ambulancezorg aanbiedt, is het belangrijk om rekening te houden met onderstaande 20 punten. De belangrijkste vijf daarvan zijn te zorgen dat:

1) de samenwerking met de ketenpartners gewaarborgd blijft (*partners*),

2) de zorgfunctie van de ambulancezorg behouden blijft (*producenten*),

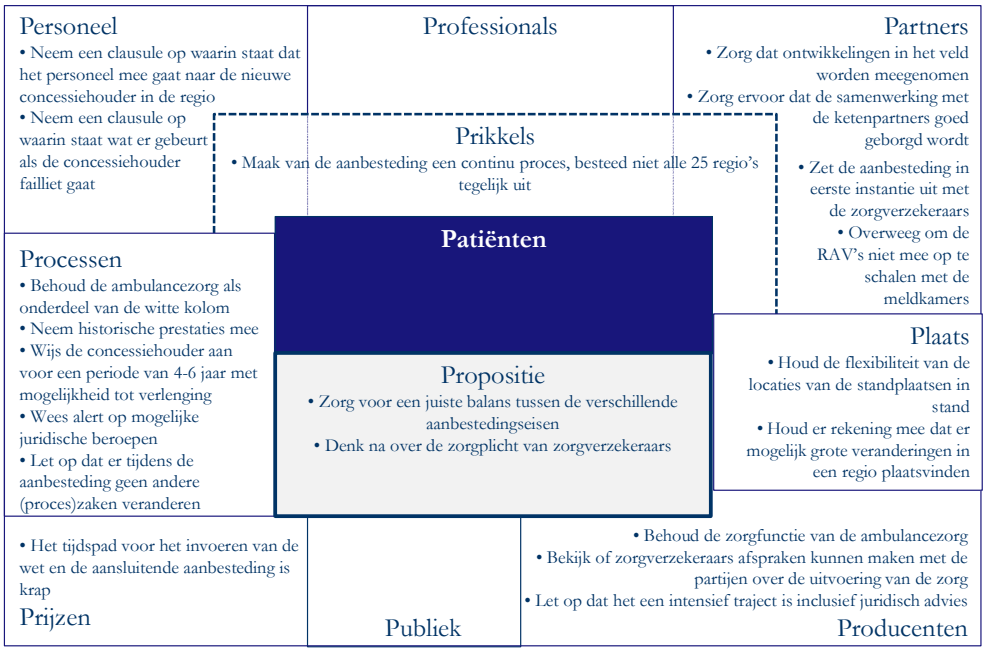
3) nagedacht wordt over de zorgplicht van de zorgverzekeraar (*propositie*),

4) de aanbestedingen een continu proces worden (*prikkels*) en

[19] Beleidsregel BR/CU-7143, Regionale Ambulancevoorziening 2015, NZa

5) een clausule wordt opgenomen waarin staat wat er gebeurt als de concessiehouder failliet gaat (*personeel*).

Figuur 4 Aandachtspunten van het scenario dat de minister bepaalt wie de ambulancedienst aanbiedt door middel van een aanbesteding



4.2.1 Propositie

Denk na over de verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraar met betrekking tot de zorgplicht. Als een concessiehouder niet meer in staat is om de ambulancezorg te leveren, dan is de zorgverzekeraar verplicht om dit op te lossen vanwege de zorgplicht.

Zorg voor een juiste balans tussen de verschillende aanbestedingseisen. Let niet alleen op prijs, maar bijvoorbeeld ook op kwaliteit, innovatie en historie (in verband met de samenwerking met ketenpartners). Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden met het EFQM (RADAR) systeem. Dit is een internationaal erkend, gestandaardiseerd raamwerk ontwikkelt door de European Foundation for Quality Management. Het raamwerk wordt onder andere al ingezet in Engeland en Zweden bij de beoordeling van openbaar vervoerscontracten. Het raamwerk gaat uit van de zogenaamde 'RADAR-aanpak': Results, Approach, Deployment, Assess en Refine. Door gebruik te maken van de RADAR-aanpak in aanbestedingen worden de trends bijvoorbeeld op het gebied van

kwaliteit en prestaties meegenomen in de selectie. Eerst stelt de overheid de te behalen resultaten vast (Results), waarna gekeken wordt wel aanbod (Approach) het beste past. Elke partij moet zijn aanbod onderbouwen met prestaties uit het verleden. Dit gebeurt op basis van meetbare feiten, zoals het binnen het budget blijven bij eerdere opdrachten en het behalen van bepaalde kwaliteitseisen. Hierdoor krijgt de overheid met enige mate zekerheid dat de partij daadwerkelijk kan leveren wat aangeboden wordt. Onderdeel van het aanbod is een uitgewerkt projectplan voor de eerste jaren (Deployment). Daarnaast wordt een beheerplan opgesteld (Assess en Refine), gebaseerd op het monitoren en analyseren van de behaalde resultaten. Doordat deze methode redelijk objectief is, worden mogelijk juridische disputen voorkomen.[20]

4.2.2 Personeel

Neem in de aanbesteding een clausule op waarin staat dat het personeel mee gaat naar de nieuwe concessiehouder in de regio. Dit is beter voor de continuïteit van zorg. Een voorbeeld van een dergelijke clausule is te vinden in artikel 39 van de Wet personenvervoer 2000.

Neem in de aanbesteding een clausule op waarin staat wat er gebeurt als de concessiehouder failliet gaat. Bij een faillissement van de uitvoerende partij gaat dan de zorg voor de patiënt voor. Eventuele schuldeisers zouden daarna pas komen. Dit is bijvoorbeeld ook zo bij Elektriciteit en Gas. In de faillissementswet is opgenomen dat voor nutsleveranciers geldt dat deze hun leveranties niet kunnen opschorten bij een eventueel faillissement.[21] Hierdoor komen inwoners van Nederland nooit zonder deze nutsvoorzieningen te zitten. Ambulancezorg zou in de faillissementswet ook aangeduid kunnen worden als een nutsvoorziening, om zo de ambulancezorg te kunnen blijven garanderen.

4.2.3 (Keten)partners

Zorg dat de ontwikkelingen in het veld meegenomen worden in het nieuwe beleid. Ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld het steeds meer samengaan van SEH's en HAP's,

[20] http://www.efqm.org/efqm-model/radar-logic
[21] Artikel 37b Faillissementswet

samenwerking van RAV's met andere mobiele acute zorgverleners (HAP's, acute GGZ, acute thuiszorg), het opschalen van de meldkamers (van 25 naar 10) en technologische ontwikkelingen.

Zorg ervoor dat de samenwerking met de ketenpartners, met name de huisarts, huisartsenpost en spoedeisende hulp, goed wordt geborgd. Dit zijn belangrijke schakels in de ambulancezorg. De samenwerking met deze partners moet in stand blijven. Een onderdeel van de aanbesteding kan de vraag zijn hoe de partij zal omgaan met de ketenpartners. Een historische goede samenwerking kan als pluspunt meegenomen worden.

Zet de aanbesteding (in eerste instantie) uit in samenwerking met de zorgverzekeraars. Doordat zorgverzekeraars in de huidige situatie het overleg met de ambulancediensten voeren, hebben zij inzicht in de wijze waarop de ambulancezorg in een regio moet worden geleverd. Ook hebben zij meer inzicht in de optimale inzet van de ambulancezorg in de acute zorg keten.

Overweeg om de RAV's niet mee op te schalen met de meldkamers. Met 25 regio's is het financieel nog haalbaar om een aanbesteding van een regio te verliezen. Als er slechts 10 regio's zijn, dan worden de financiële belangen mogelijk te groot. Dit zou kunnen leiden tot prijsduikers (om de winst te garanderen) of het omvallen van (kleine) aanbieders. Als er teveel aanbieders (dreigen) om te vallen, kan dit de concurrentie in het veld beperken.

4.2.4 Processen

Behoud de ambulancezorg als onderdeel van de witte kolom. Het is belangrijk voor de afstemming met de SEH en de HAP dat de ambulancezorg deel van de zorg uit blijft maken.

Neem historische prestaties mee in de aanbesteding. Slechte resultaten in een regio kunnen ertoe leiden dat de partij de volgende aanbesteding in de regio (of een andere regio) niet wint. Goede prestaties (en innovaties) kunnen juist als bewijs aangeleverd worden van de kwaliteit van de partij (zie ook 4.2.1).

Wijs de concessiehouder in eerste instantie aan voor een periode van 4-6 jaar, met daarna de mogelijkheid om (jaarlijks) de concessie te verlengen tot 10 jaar. De eerste periode van 4-6 jaar kan de investeringskosten van de partij dekken. Als de partij het goed doet, dan kan de concessie verlengd worden. In deze periode wordt het voor de concessiehouder echt winstgevend. Dit stimuleert een hoge kwaliteit van zorg voor een langere tijd.

Wees alert op mogelijke juridische beroepen die partijen die de aanbesteding niet gewonnen hebben, kunnen indienen.

Let op dat er ten tijde van de aanbestedingsperiode geen andere (proces)zaken veranderen. Een aanbesteding kost tijd en aandacht van een partij, dit is lastig te combineren met allerlei andere ontwikkelingen. Ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld het steeds meer samengaan van SEH's en HAP's, samenwerking van RAV's met andere mobiele acute zorgverleners (HAP's, acute GGZ, acute thuiszorg), het opschalen van de meldkamer en technologische ontwikkelingen.

4.2.5 Producenten

Behoud de zorgfunctie van de ambulancezorg. In Nederland heeft de ambulancezorg een zorgfunctie, niet alleen een vervoersfunctie. Dit wordt door alle geïnterviewde partijen als een voordeel beschouwd en moet niet verloren gaan bij toetreding van een nieuwe partij.

Bekijk de mogelijkheid dat zorgverzekeraars in de regio afspraken maken over hoe de uitvoerende partij (die de aanbesteding heeft gewonnen) het beste aan de gestelde kwaliteits- en bereikbaarheidseisen kan voldoen. Geïnterviewde zorgverzekeraars geven echter aan dat zij dan wel meer invloed willen uitoefenen op de wijze waarop de ambulancezorg is geregeld. In de huidige situatie kunnen zorgverzekeraars weinig eisen stellen aan de ambulancedienst en hebben weinig maatregelen om consequenties aan slecht presterende partijen te verbinden. Zij worden hier echter wel verantwoordelijk voor gehouden. Wanneer zorgverzekeraars in de toekomst ook afspraken moeten maken met de uitvoerende partij, moet goed bekeken worden hoe de zorgverzekeraars meer invloed uit kunnen oefenen op het behalen van bijvoorbeeld de gestelde kwaliteitseisen.

Let op dat een aanbesteding een intensief traject is waar veel mensuren (inclusief juridisch advies) in gaan zitten.

4.2.6 Plaats

Houd de flexibiliteit van de locaties van de standplaatsen in stand. Geef de concessiehouder de ruimte om de locaties van de standplaatsen te bepalen, zolang er maar een bepaald percentage (in de huidige wetgeving is dit 95%) patiënten binnen 15 minuten bereikt wordt.

Houd er rekening mee dat er mogelijk grote veranderingen in een regio plaatsvinden zoals het sluiten van een SEH of ziekenhuis. De situatie moet aangepast kunnen worden om bijvoorbeeld extra ambulanceposten te kunnen plaatsen. Hiervoor is dan budget nodig zodat de 95% bereikbaarheid geborgd kan worden. In 2013, na het faillissement van het Ruwaard van Putten ziekenhuis en de doorstart van het Spijkenisse Medisch Centrum met een beperkte SEH, is een extra ambulance ingezet in de regio. Dit is gebeurd na overleg tussen de RAV en de zorgverzekeraar om zo de continuïteit van zorg te blijven garanderen.[22] Naar ons weten is hier echter geen extra budget voor de zorgverzekeraars voor vrijgemaakt.

4.2.7 Prikkels

Maak van de aanbesteding een continu proces, besteed niet alle 25 regio's tegelijk uit. Hierdoor kan er geleerd worden van eventuele ontwerpfouten in de aanbesteding en kan ingespeeld worden op ontwikkelingen in het veld. Ook vervalt hiermee de prikkel voor zorgaanbieders om na het winnen van de aanbesteding minder alert te zijn op de efficiëntie en kwaliteit. Immers, er volgt al snel weer een aanbesteding waar de partij moet laten zien dat deze efficiënte en kwalitatief hoogstaande zorg kan leveren.

4.2.8 Prijzen

Een bijkomend aandachtspunt van dit scenario is het tijdspad voor het invoeren van de wet en de aansluitende aanbesteding. Het opstellen van de opdracht kost minimaal 4

[22] Kamerbrief 31 016, Ministerie van VWS 27 september 2013.

maanden en proces van aanbesteding minimaal 1 jaar en 1 maand (Tabel 3). Hiervoor moet echter ook de wet vormgegeven worden.

Tabel 3. Illustratief proces van aanbesteden.

Fase		Minimaal benodigde tijd	Datum	Minimaal benodigd voor fase
Proces van aanbesteding	**Uitvoer ambulance zorg**		**1-1-2018**	1 jaar en 1 maand
	Verwachte ingangsdatum overeenkomst	6 maanden	1-6-2017	
	Gunning overeenkomst	2 weken	15-5-2017	
	Beroep overige partijen	6 weken	1-4-2017	
	Verificatie eigen verklaring	1 week	24-3-2017	
	Bekendmaking voornemen tot gunning	2 maanden	24-1-2017	
	Indienen inschrijving	2 maanden	24-11-2016	
	Publiceren Nota van Inlichtingen	2 weken	10-11-2016	
	Indienen vragen en melden tegenstrijdigheden in en/of bezwaren tegen aanbestedingsdocumenten	2 weken	28-10-2016	
Opstellen opdracht	Openbaar maken opdracht	1 maand	28-9-2016	4 maanden
	Toetsten opdracht bij veldpartijen	1 maand	28-8-2016	
	Opstellen opdracht	2 maanden	28-6-2016	
Ontwerpen van de wet	Bekrachtiging en publicatie van de wet	1 week	21-6-2016	8 maanden
	Behandeling in Eerste Kamer	2 maanden	21-4-2016	
	Behandeling in Tweede Kamer	2 maanden	21-2-2016	
	Advisering Raad van State	2 maanden	21-12-2016	
	Ontwerpen van het wetsvoorstel	2 maanden	21-10-2015	

5 Scenario 2: Zorgverzekeraars bepalen via contractering wie de ambulancezorg aanbiedt.

In het tweede scenario bepalen zorgverzekeraars via contractering wie de ambulancezorg in de regio aanbiedt. De minister stelt een aantal eisen aan de vormgeving van de ambulancezorg in de regio, zoals deze nu ook onder de Twaz geformuleerd zijn (één aanbieder per regio, kwaliteit- en beschikbaarheid eisen, en dergelijke). De zorgverzekeraars bepalen vervolgens welke aanbieder zij in de regio contracteren. Zorgverzekeraars zijn waarschijnlijk niet verplicht om ambulancezorg aan te besteden.[23] Zij zouden dan de contracten onderhands kunnen gunnen.

5.1 Voordelen

Er zijn 12 voordelen als zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancezorg aanbiedt. De grootste vijf voordelen van het scenario dat zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancedienst aanbiedt zijn dat:

1) het in lijn is met de Zorgverzekeringswet (*propositie*),

2) zorgverzekeraars beter dan de overheid kunnen inspelen op lokale omstandigheden en behoeftes (*plaats*),

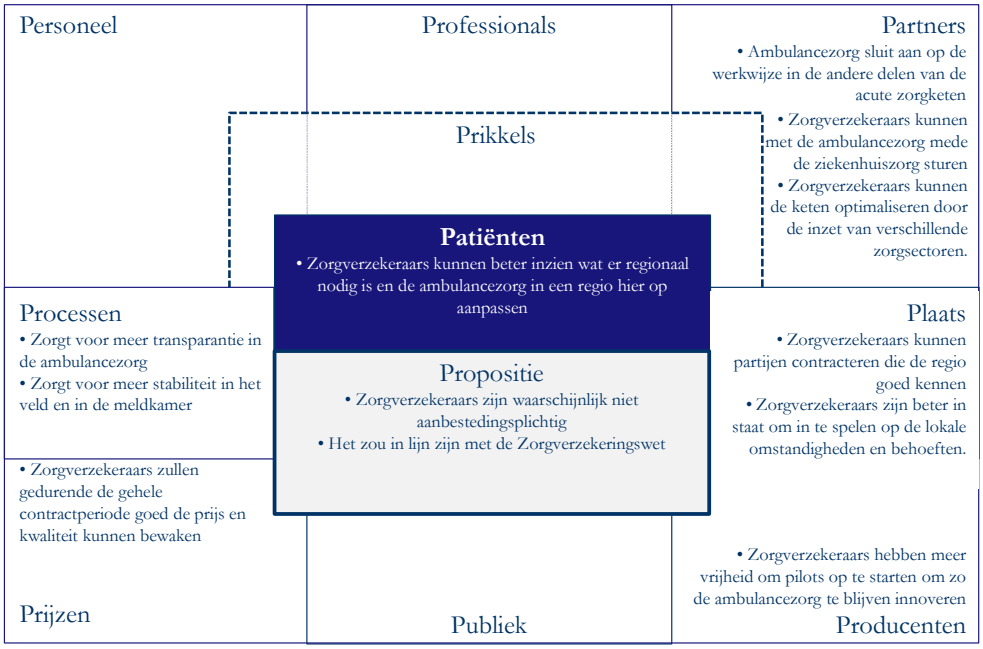
3) zorgverzekeraars de samenwerking tussen ketenpartners kunnen stimuleren (*partners*),

4) zorgverzekeraars partijen kunnen contracteren die de regio goed kennen (*plaats*),

5) zorgverzekeraars waarschijnlijk niet aanbestedingsplichtig zijn (*propositie*).

[23] Naar de wettelijke verplichting van zorgverzekeraars loopt een apart onderzoek.

Figuur 5 Voordelen van het scenario dat de zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancedienst aanbiedt



5.1.1 Patiënten

Zorgverzekeraars kunnen beter inzien wat er regionaal nodig is en de ambulancezorg in een regio hier op aanpassen. Hierdoor kan de best passende zorg aan de patiënt geleverd worden, wat kan leiden tot hogere kwaliteit van de zorg.

5.1.2 Propositie

Zorgverzekeraars zijn waarschijnlijk niet aanbestedingsplichtig. Recent heeft het gerechtshof 's-Hertogenbosch in een hoger beroep over de levering van stomamateriaal uitgesproken dat zorgverzekeraars niet aanbestedingsplichtig zijn.[24] Het is echter niet bekend of dit ook geldt voor de ambulancezorg. In een apart juridisch traject wordt uitgezocht wat de verplichtingen zijn van zorgverzekeraars wanneer zij verantwoordelijk zijn voor de ambulancezorg. Daarnaast geven geïnterviewden aan dat zorgverzekeraars mogelijk ook de ambulancezorg gaan aanbesteden om zo de laagste prijs te realiseren. Zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld het zittend ziekenvervoer ook aanbesteed.

[24] Uitspraak Gerechtshof 's-Hertogenbosch in zaaknummer HD 200.151.805/01, , 12 mei 2015.

Ambulancezorg is zorg. Het zou in lijn zijn met de Zorgverzekeringswet als de ambulancezorg onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars zou vallen.

5.1.3 (Keten)partners

Ambulancezorg is een 'normaal' onderdeel van de acute keten en sluit aan op de werkwijze in de andere delen van de acute zorgketen. Er zijn onderlinge afspraken nodig tussen de zorgverleners in de acute zorgketen om 'de juiste zorg op het juiste moment' te realiseren voor de patiënt. Een aanzet hiervoor wordt gedaan door de handboeken van InEen over de samenwerking tussen de HAP en RAV's en de HAP en SEH's.[25] In het handboek over de samenwerking tussen de HAP en RAV staat beschreven dat er voornamelijk samenwerking is ter plaatse van de patiënt. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat de diensten voor elkaar rijden. Ook worden er afspraken gemaakt over hoe de overdracht van een patiënt gebeurt wanneer deze niet meegenomen wordt door een ambulance. Een zorgverzekeraar kan deze samenwerking stimuleren, doordat deze invloed heeft op beide soorten zorg. Zorgverzekeraars kunnen een aanbieder contracteren op basis van overwegingen ten aanzien van de bijdrage die de RAV kan leveren in de gehele (acute) zorgketen in de regio.

Zorgverzekeraars kunnen door middel van de ambulancezorg mede de ziekenhuiszorg sturen. Zo kan bijvoorbeeld besloten worden om een ambulance niet meer naar een ziekenhuis te laten rijden waar volgens hun normen te weinig traumapatiënten per jaar komen.

Zorgverzekeraars kunnen de keten optimaliseren door de inzet van verschillende zorgsectoren. Het kan nu bijvoorbeeld voorkomen dat de thuiszorg te weinig personeel heeft. Dit leidt mogelijk tot het sneller inschakelen van een ambulance. De zorgverzekeraar kan dan mogelijk meer of minder budget toewijzen waar nodig.

5.1.4 Processen

Zorgverzekeraars zullen waarschijnlijk zorgen voor meer transparantie in de ambulancezorg. Nu zijn er wel gegevens bekend over de aanrijtijden van de RAV's,

[25] Handboek samenwerking HAP+RAV & Handboek samenwerking HAP + SEH, InEEn 2012.

maar er zijn nog weinig gegevens bekend over de medische uitkomsten. Zorgverzekeraars kunnen de gegevens van de gehele acute zorgketen koppelen.

Contractering door zorgverzekeraars zorgt waarschijnlijk voor meer stabiliteit in het veld en in de meldkamer. Zorgverzekeraars kunnen aanbieders contracteren die al langer met de ketenpartners samenwerken. Daarnaast blijven aanbieders mogelijk langer in een regio en in de meldkamer actief. Wanneer een zorgverzekeraar tevreden is met de aanbieder, zal er minder snel gewisseld worden van aanbieder.

5.1.5 Producenten

Zorgverzekeraars hebben meer vrijheid om pilots op te starten om zo de ambulancezorg te blijven innoveren. In het contract kunnen zorgverzekeraars de ambulancezorg de ruimte geven om een deel van het budget aan innovatie te besteden. Wanneer blijkt dat een innovatie de kwaliteit van zorg of bijvoorbeeld efficiëntie verbeterd, kan in het budget zo geschoven worden dat de innovatie toegepast kan worden in de regio.

5.1.6 Plaats

Zorgverzekeraars kunnen partijen contracteren die de regio goed kennen. Partijen die de regio goed kennen kunnen de locaties van de standplaatsen en het aantal ambulances zo optimaal mogelijk berekenen. Het RIVM maakt in de huidige situatie een bereikbaarheidsanalyse op basis van een viercijferige postcode als leidraad voor de locaties van de ambulancestandplaatsen. RAV's maken zelf vaak nog een verdiepende analyse op basis van een zescijferige postcode. Daarnaast hebben deze partijen vaak goede geografische kennis van de omgeving (praktijkkennis).

Zorgverzekeraars zijn beter dan de centrale overheid in staat om in te spelen op de lokale omstandigheden en behoeften. Per regio kunnen specifieke afspraken gemaakt worden over de beschikbaarheid in de regio en over kwaliteit- en innovatie eisen.

5.1.7 Prijzen

Zorgverzekeraars zullen gedurende de gehele contractperiode goed de prijs en kwaliteit kunnen bewaken. Bij een aanbesteding is er alleen het moment van aanbesteden wanneer er goed inzicht is in de begroting. Daarna heeft de partij meerdere jaren ruimte om zelf invulling te geven aan hoe het budget besteed wordt. Een zorgverzekeraar kan door (jaarlijkse) contracten een beter inzicht hebben in de prijs/kwaliteit verhouding, direct kunnen sturen daar waar nodig en rekening houden met de veranderingen in de omgeving (zoals het sluiten van een SEH).

5.2 Aandachtspunten

Als zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancezorg aanbiedt, is het belangrijk om rekening te houden met onderstaande 7 punten. De belangrijkste vijf daarvan zijn te zorgen dat:

1) zorgverzekeraars de ruimte krijgen om voldoende invloed uit te oefenen op de ambulancezorg (*propositie*),

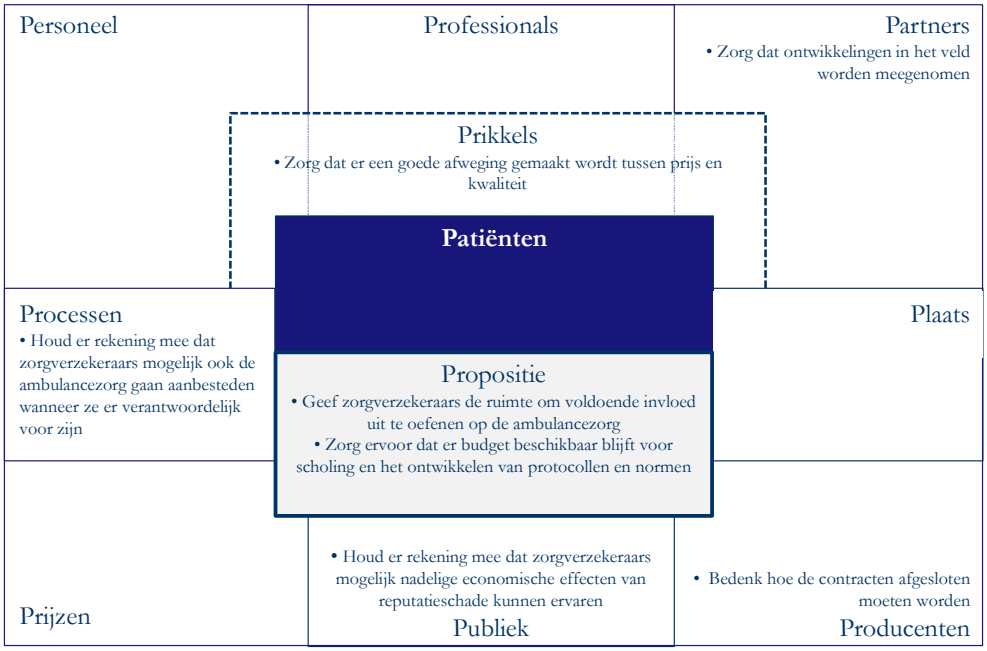
2) bedacht wordt hoe de contracten afgesloten moeten worden (*producenten*),

3) zorgverzekeraars mogelijk ook gaan aanbesteden (*processen*),

4) zorgverzekeraars mogelijk nadelige economische effecten hebben van reputatieschade (*publiek*) en

5) een goede afweging gemaakt wordt tussen prijs en kwaliteit (*prijzen*).

Figuur 6 Aandachtspunten van het scenario dat de zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancedienst aanbiedt



5.2.1 Propositie

Geef zorgverzekeraars de ruimte om voldoende invloed uit te oefenen op de ambulancezorg. In de huidige situatie zijn de zorgverzekeraars wel risicodragend, maar kunnen nauwelijks eisen stellen aan de uitvoerende partij. De ambulancezorg is een sterk gereguleerde markt. Hierdoor zijn er nu maar beperkte aanvullende mogelijkheden om de prestaties en samenwerking van de partijen te verbeteren. In de huidige situatie is de vrije marge, bedoeld voor kwaliteit en innovatie, ten hoogste 2,75% van de beschikbaarheidsvergoeding.[26] Aan de inzet van de vrije marge worden door verzekeraars in samenspraak met RAV's prestatieafspraken verbonden. Voorbeelden van projecten zijn[27]:

- Verbetering afspraken met ketenpartners.

[26] Beleidsregel BR/CU-7143, Regionale Ambulancevoorziening 2015, NZa
[27] Marktscan en beleidsbrief Ambulancezorg Weergave van de markt 2010-2013, NZa december 2013

- Verhoging kwaliteit van zorg door bijvoorbeeld uitbreiden van reanimatiemogelijkheden en projecten met betrekking tot Automatische Externe Defibrillator (AED).

- Investering in nieuwe applicaties zoals patiëntveiligheid managementsysteem.

- Verbetering van ambulanceprocessen.

- Incidentele knelpunten zoals onderbezetting van de meldkamer of het verbeteren van aanrijtijden.

Zorg ervoor dat er budget beschikbaar blijft voor scholing en het ontwikkelen van protocollen en normen. Er zou bijvoorbeeld een vast percentage van het (macro)budget naar deze zaken kunnen gaan. In de huidige situatie gaat er maximaal 3,89% van de beschikbaarheidsvergoeding naar de opleiding van het personeel.[28]

5.2.2 (Keten)partners

Zorg dat de ontwikkelingen in het veld meegenomen worden in het nieuwe beleid. Ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld het steeds meer samengaan van SEH's en HAP's, samenwerking van RAV's met andere mobiele acute zorgverleners (HAP's, acute GGZ, acute thuiszorg), het opschalen van de meldkamers (van 25 naar 10) en technologische ontwikkelingen.

5.2.3 Processen

Houd rekening mee dat zorgverzekeraars mogelijk ook de ambulancezorg gaan aanbesteden wanneer ze er verantwoordelijk voor zijn. Dit is bijvoorbeeld ook gebeurd bij het zittend ziekenvervoer. De aandachtspunten benoemd bij scenario 1 moeten in dat geval ook meegenomen worden in dit scenario.

[28] Beleidsregel BR/CU-7143, Regionale Ambulancevoorziening 2015, NZa

5.2.4 Producenten

Bedenk hoe de contracten afgesloten moeten worden. Het is niet haalbaar om voor alle 25 regio's met alle zorgverzekeraars aparte contracten af te sluiten. Een mogelijkheid is om de huidige lijn door te trekken en een representatiemodel te gebruiken. Net zoals bij de HAP's maken twee zorgverzekeraars per regio de afspraken met de RAV. Aandachtspunt is het mogelijk in strijd zijn met de Mededingingswet, waardoor zorgverzekeraars mogelijk niet gezamenlijk mogen optreden in een regio richting de zorgaanbieders. Zorgverzekeraars zijn hier bijvoorbeeld door de ACM op gewezen omtrent het onderling overleg met zorgaanbieders over de uitwerking van een kwaliteitsvisie op (complexe) acute zorg. Een andere mogelijkheid is bijvoorbeeld unanimiteit onder alle zorgverzekeraars of een meerderheid van de verzekeraars in termen van marktaandeel in de regio.

5.2.5 Publiek

Houd er rekening mee dat zorgverzekeraars mogelijk nadelige economische effecten van reputatieschade kunnen ervaren als er iets mis gaat bij de ambulancezorg. Het gaat hier bijvoorbeeld om het overlijden van een patiënt tijdens de rit of bij onrust door het staken van het ambulancepersoneel. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor klanten verliezen.

5.2.6 Prikkels

Zorg dat er een goede afweging wordt gemaakt tussen prijs en kwaliteit. Het is belangrijk dat er niet alleen op basis van de laagste prijs wordt gecontracteerd. Dit kan gewaarborgd worden door duidelijke kwaliteitseisen te stellen aan de ambulancezorg en deze door middel van een (landelijke) monitor te volgen.

6 Conclusie

Het merendeel van de geïnterviewden is tevreden met de huidige manier van werken in de ambulancezorg. Men vindt de ambulancezorg van hoge kwaliteit en ervaart weinig problemen. Bijna alle partijen hebben aangegeven het liefste door te gaan met het huidige beleid. Echter, door Europese wetgeving is dit waarschijnlijk niet mogelijk en moet er een keuze gemaakt worden welke partij bepaalt wie de ambulancezorg aanbiedt.[29]

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn de belangrijkste pijlers waar het toekomstige systeem op gebaseerd dient te zijn. Deze pijlers moeten ongeacht het gekozen scenario gewaarborgd worden onder normale omstandigheden, maar ook ten tijde van rampen en crises. Het is belangrijk dat ambulancezorg "zorg" blijft en niet enkel "vervoer". Hierdoor blijft het mogelijk om patiënten bijvoorbeeld op locatie te behandelen. Ook de ontwikkelingen in het veld moeten meegenomen worden in het nieuwe beleid. Ontwikkelingen zijn bijvoorbeeld concentratie van ziekenhuiszorg, het steeds meer samengaan van SEH's en HAP's, samenwerking van RAV's met andere mobiele acute zorgverleners (HAP's, acute GGZ, acute thuiszorg), het opschalen van de meldkamer en technologische ontwikkelingen.

Bij invoer van de scenario's moet goed nagedacht worden over de toekomst van de meldkamer. Wie wordt er verantwoordelijk als er straks maar 10 meldkamers zijn in plaats van de huidige 25? Geïnterviewden geven aan dat de verantwoordelijkheid van de meldkamer het beste onder de RAV kan blijven vallen. De eerste intake kan door een centralist (vanuit de gezamenlijke meldkamer) gedaan worden. Hij of zij kan door middel van enkele vragen de A1-urgentie gevallen identificeren. De verdere intake van de niet-A1 gevallen zou door een verpleegkundige gedaan moeten worden. Deze heeft meer inzicht in wat voor soort ambulance er echt nodig is. Dit voorkomt onnodige ritten.

Beide scenario's zijn mogelijk om de ambulancezorg in Nederland te organiseren. Elk scenario heeft voordelen en aandachtpunten waarop gelet moet worden bij de invoer. Op basis van inhoudelijke argumenten heeft het scenario dat zorgverzekeraars besluiten

[29] Dit is nu nog niet zeker. Er wordt een parallel aan dit onderzoek een juridisch advies uitgewerkt.

wie de ambulancezorg aanbiedt via contractering een lichte voorkeur ten opzichte van het scenario dat de minister bepaalt via een aanbesteding wie de ambulancezorg aanbiedt. Inhoudelijke argumenten zijn van belang voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ambulancezorg. Het verschil tussen beide scenario's is echter minimaal. Beide scenario's vormen een uitgangspunt om kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare ambulancezorg te leveren in Nederland.

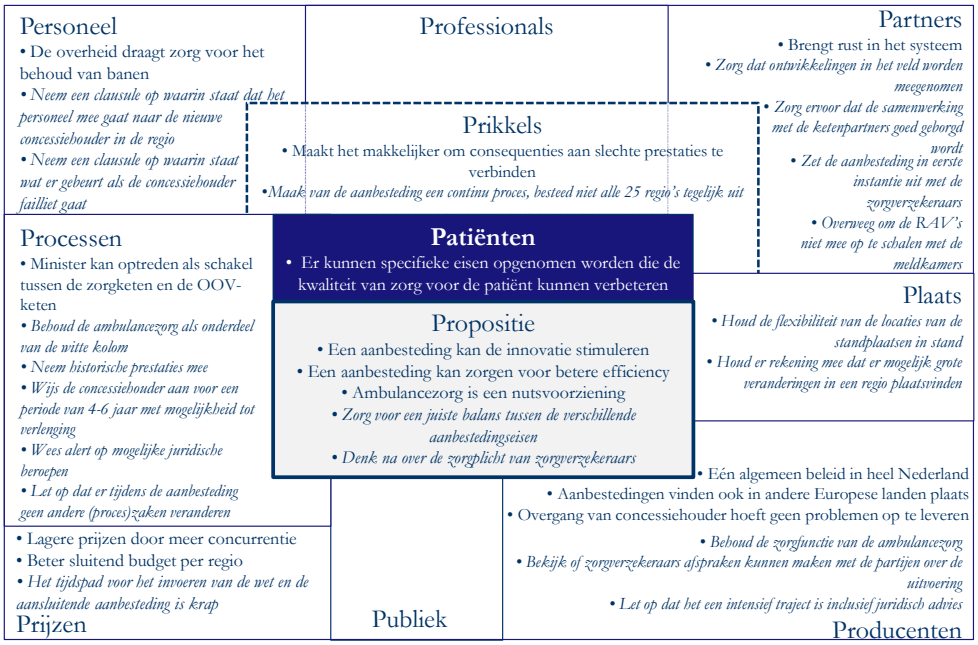
6.1 Scenario 1: De minister bepaalt via een aanbesteding wie de ambulancezorg aanbiedt

Een van de grootste voordelen als de minister bepaalt wie de ambulancezorg regelt, is dat door een aanbesteding de efficiency van de ambulancezorg verhoogd kan worden. De partij met de beste kwaliteit/prijs verhouding heeft de grote kans op het winnen van de aanbesteding. Dit wordt versterkt door innovatieve projecten. Daarnaast kan doordat de aanbesteding per regio plaatsvindt een regionaal sluitend budget worden vastgesteld Omdat de duur van het contract vast staat, brengt de aanbesteding rust in het systeem. Verder kan de minister beter dan zorgverzekeraars optreden als schakel tussen de zorgketen en de openbare orde keten. Hierdoor blijft de ambulancezorg ingebed in beide werelden.

Echter, een aanbesteding betekent ook dat er een partij zonder diepgaande kennis van het Nederlandse zorgstelsel en de cultuur van samenwerken als uitvoerende partij aangewezen kan worden. Dit wordt door bijna alle partijen uit het veld als niet gewenst gezien. Ook is het onduidelijk wat de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar is met betrekking tot de zorgplicht.

Het lijkt verstandig om van de aanbesteding een continu proces te maken. Wanneer niet alle 25 regio's tegelijk worden aanbesteed, kan er geleerd worden van eventuele ontwerpfouten in de aanbesteding en kan er ingespeeld worden op ontwikkelingen in het veld. Daarnaast moet bij de aanbesteding niet alleen de prijs doorslaggevend zijn. Kwaliteit, innovatie en historie (in verband met de samenwerking met ketenpartners) zijn ook belangrijke criteria.

Figuur 7 Voordelen en aandachtspunten *(schuin gedrukt)* van het scenario dat de minister bepaalt wie de ambulancezorg aanbiedt door middel van een aanbesteding

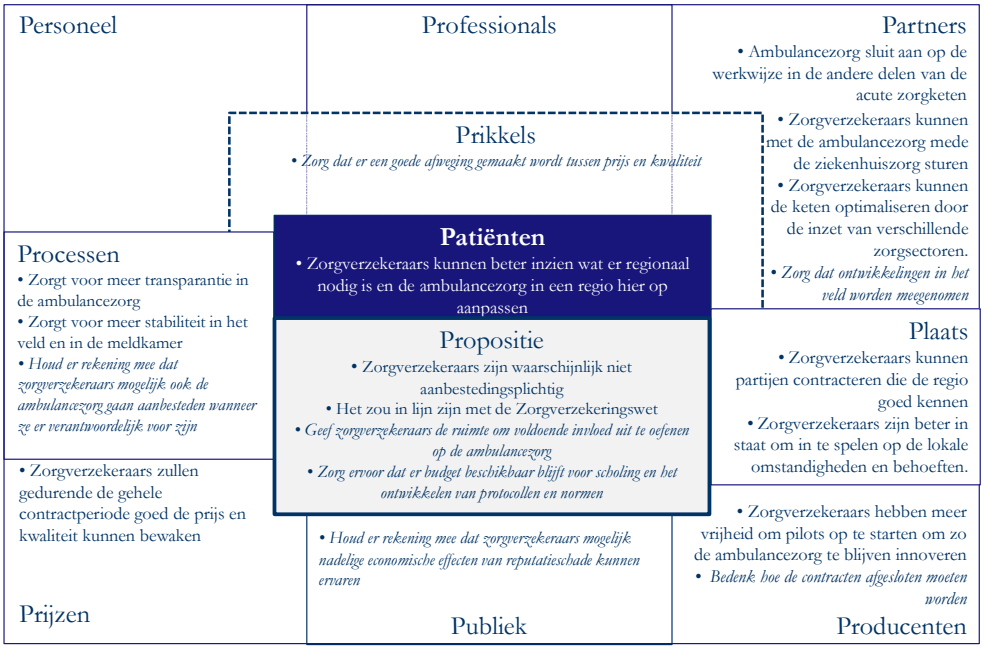


6.2 Scenario 2: Zorgverzekeraars bepalen via contractering wie de ambulancezorg aanbiedt

Een van de grootste voordelen als zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancezorg regelt, is dat er een partij gekozen kan worden die de regio goed kent, goed met de ketenpartners kan samenwerken en bovendien kunnen administratieve lasten van een aanbesteding worden vermeden. Er hoeft dan namelijk waarschijnlijk geen Europese aanbesteding plaats te vinden. De contracten kunnen onderhands worden aangeboden. Ook is het in lijn met de Zorgverzekeringswet.

Zorgverzekeraars kunnen er overigens altijd nog voor kiezen om aan te besteden. Daarnaast moet er worden nagedacht over een aangepaste manier van contracteren, bijvoorbeeld middels representatie. Het is niet haalbaar dat alle RAV's met alle zorgverzekeraars in alle regio's aparte afspraken maken.

Figuur 8 Voordelen en aandachtspunten *(schuin gedrukt)* van het scenario dat de zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancezorg aanbiedt



6.3 Discussie

Het is uiteindelijk aan belanghebbende veldpartijen om aan te geven aan welk model zij de voorkeur geven. Wij hebben met deze analyse geprobeerd zo helder mogelijk de voordelen en aandachtspunten van beide scenario's in kaart te brengen, om zo de beslissing van het veld te faciliteren. Wij gaan er van uit dat beide scenario's ervoor zullen zorgen dat de ambulancezorg in Nederland goed geregeld kan worden en van hoogstaande kwaliteit kan blijven.

7 Analyse bij rapportage ordering ambulancezorg

In aanvulling op het inzichtelijk maken van de voor- en nadelen voor de verschillende scenario's hebben we in deze analyse de argumenten ingedeeld en gewogen De ordening en weging van de argumenten is door SiRM uitgevoerd en geeft inzicht in een mogelijke onderlinge verhouding van de argumenten.

Op basis van de gevoerde gesprekken met de veldpartijen hebben we de voordelen en aandachtspunten van beide scenario's verdeeld naar drie type argumenten:

- Inhoudelijke argumenten die van belang zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ambulancezorg.

- Praktische argumenten die, hoofdzakelijk door wet- en regelgeving, oplosbaar zijn.

- Argumenten die inzicht geven in het belang van een specifieke partij.

Voor de patiënt spelen voornamelijk inhoudelijke argumenten een rol. Argumenten die inzicht geven in het belang van een specifieke partij dragen niet direct bij aan de kwaliteit van zorg die een patiënt ontvangt. Praktische argumenten kunnen meestal worden gevat in wet- en regelgeving. We stellen daarom voor om de beoordeling van de twee scenario's te baseren op inhoudelijke argumenten.

Op basis van inhoudelijke argumenten heeft het scenario dat zorgverzekeraars besluiten wie de ambulancezorg aanbiedt via contractering een lichte voorkeur ten opzichte van het scenario dat de minister bepaalt via een aanbesteding wie de ambulancezorg aanbiedt. Het verschil tussen beide scenario's is echter minimaal. Beide scenario's vormen een uitgangspunt om kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare ambulancezorg te leveren in Nederland.

7.1 Inhoudelijke argumenten

De inhoudelijk argumenten hebben we onderverdeeld in drie categorieën:

- kwaliteit,

- toegankelijkheid en
- betaalbaarheid van de ambulancezorg.

Onder toegankelijkheid verstaan we hier de aansluiting van ambulancezorg met de acute en OOV keten en de continuïteit van de ambulancezorg. Deze aspecten wegen even zwaar als de kwaliteit van de ambulancezorg. De 'klassieke' aspecten van toegankelijkheid, tijdigheid en beschikbaarheid, kunnen in beide scenario's geborgd worden in wet- en regelgeving.

Wij vinden dat de argumenten met betrekking tot de kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulancezorg het zwaarste moeten wegen in de keuze voor een scenario. Betaalbaarheid is uiteraard ook belangrijk, maar mag niet ten koste gaan van toegankelijkheid en kwaliteit. In de analyse komt dit terug in de weging die we de categorieën geven (kwaliteit heeft weging 1,5, toegankelijkheid weging 1,5 en betaalbaarheid weging 1).

Kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid kunnen opgedeeld worden in subcategorieën die te maken hebben met de specifieke onderliggende doelstelling van de ambulancezorg. Al deze subcategorieën hebben ook een weging ten opzichte van elkaar.

Onder kwaliteit valt:

- Aansluiten van ambulancezorg op de regionale situatie (40%)
- Bevorderen kwaliteit van zorg (40%)
- Bevorderen van innovatie (20%)

Onder de toegankelijkheid valt:

- Meenemen van ontwikkelingen in de zorg (35%)
- Waarborgen van continuïteit van zorg (35%)
- Aansluiten van ambulancezorg op de veiligheidsregio (20%)

- Behouden van stabiele ambulancezorg (10%)

Onder betaalbaarheid valt:

- Behouden van betaalbaarheid van de ambulancezorg (90%)
- Bevorderen van doelmatigheid van het proces (10%)

Aan de hand van de argumenten en subcategorieën hebben we de punten aan de twee scenario's toebedeeld. Een scenario krijgt:

- 1 punt toebedeeld als het weinig bijdraagt aan de doelstelling.
- 2 punten toebedeeld als het een gemiddelde invloed heeft.
- 3 punten als het scenario een sterke positieve invloed heeft op de subcategorie.

In Tabel 4 is in de kolommen 'Verdeling tussen de scenario's' de puntentelling per subcategorie weergegeven.

De totale score van een scenario bestaat uit alle bovenstaand beschreven argumenten en subcategorieën. De score wordt berekend met het gewicht van de hoofdcategorie vermenigvuldigd met de verdeling binnen de subcategorieën en de verdeling tussen de scenario's.

Uit de totaalscore blijkt een minimaal verschil tussen de twee scenario's. Het scenario dat zorgverzekeraars via contractering bepalen wie de ambulancezorg aanbiedt in een regio heeft een lichte voorkeur. Dat scenario heeft een score van 9,8 ten opzichte van een score van 8,4 voor het scenario dat de minister via een aanbesteding bepaalt wie de ambulancezorg aanbiedt.

Het scenario dat de zorgverzekeraars bepalen wie de ambulancezorg aanbiedt, scoort hoger op het argument van kwaliteit (een score van 2,7 voor scenario 1 en een score van 3,6 voor scenario 2) en op de toegankelijkheid van zorg (een score van 2,8 voor scenario 1 en een score van 4,1 voor scenario 2). De betaalbaarheid van de ambulancezorg wordt beter geborgd bij scenario 1 (een score van 2,9 ten opzichte van een score van 2,1 voor scenario 2).

Tabel 4. Scoring van de inhoudelijke argumenten voor de twee scenario's

Soort argument (gewicht)		Verdeling tussen scenario's		Score (gewicht * verdeling binnen argument * verdeling tussen scenario's)	
Kwaliteit (1,5)		Aanbesteding door minister	Contractering door zorgverzekeraars	Aanbesteding door minister	Contractering door zorgverzekeraars
40%	Aansluiting van ambulancezorg op de regionale situatie	1	3	0,6	1,8
40%	Bevorderen kwaliteit van zorg	2	2	1,2	1,2
20%	Bevorderen van innovatie	3	2	0,9	0,6
	Subtotaal	**6**	**7**	**2,7**	**3,6**
Toegankelijkheid (1,5)					
35%	Meenemen van ontwikkelingen in het veld	1	3	0,5	1,6
35%	Waarborgen van continuïteit van zorg	2	3	1,1	1,6
20%	Aansluiten van ambulancezorg op de veiligheidsregio	3	2	0,9	0,6
10%	Behouden van stabiele ambulancezorg	2	2	0,3	0,3
	Subtotaal	**8**	**10**	**2,8**	**4,1**
Betaalbaarheid (1)					
90%	Behouden van betaalbaarheid van de ambulancezorg	3	2	2,7	1,8
10%	Bevorderen van doelmatigheid van het proces	2	3	0,2	0,3
	Subtotaal	**5**	**5**	**2,9**	**2,1**
	Totaal			**8,4**	**9,8**

De subcategorieën zijn opgebouwd uit de voordelen en aandachtspunten die in de rapportage beschreven staan. Voor een uitgebreide toelichting verwijzen wij u naar deze rapportage.

De kwaliteit van de ambulancezorg wordt opgebouwd uit voordelen en aandachtspunten met betrekking tot de regionale situatie, kwaliteit van zorg en innovatie (Tabel 5).

Tabel 5. Voordelen en aandachtspunten die vallen onder het argument kwaliteit.

Kwaliteit		Scenario	P	Voordeel/ aandachtspunt
Sluit goed aan op de regionale situatie	• Zorgverzekeraars kunnen beter de regionale behoefte beoordelen en de ambulancezorg in een regio hierop aanpassen.	• Zorg-verzekeraars	• Plaats / patiënten	• Voordeel
Kwaliteit van zorg	• In een aanbesteding bestaat de mogelijkheid om specifieke eisen op te nemen die de kwaliteit van zorg voor de patiënt kunnen verbeteren.	• Minister	• Patiënten	• Voordeel
	• Een aanbesteding maakt het eenvoudiger om consequenties aan slechte prestaties te verbinden.	• Minister	• Prikkels	• Voordeel
	• Zorgverzekeraars hebben een directe prikkel om transparantie in de ambulancezorg te bevorderen.	• Zorg-verzekeraars	• Processen	• Voordeel
Innovatie	• Een aanbesteding kan innovatie stimuleren.	• Minister	• Propositie	• Voordeel
	• Zorgverzekeraars hebben meer vrijheid om pilots op te starten om zo de ambulancezorg te blijven innoveren.	• Zorg-verzekeraars	• Producenten	• Voordeel

De toegankelijkheid wordt mede bepaald door de connectie met de zorg- en OOV-keten (Tabel 6).

Tabel 6. Voordelen en aandachtspunten die vallen onder het argument toegankelijkheid.

Toegankelijkheid		Scenario	P	Voordeel/ aandachtspunt
Ontwikkelingen in het veld worden meegenomen	• In een aanbesteding is het lastiger om rekening te houden met mogelijk grote (toekomstige) veranderingen in een regio.	• Minister	• Plaats	• Aandachts-punt
	• Het is belangrijk dat ontwikkelingen in het veld worden meegenomen (geldt voor beide scenario's).	• Minister /Zorg-verzekeraars	• Partners	• Aandachts-punt
Continuïteit van zorg	• De overheid draagt bij aan de continuïteit van zorg door het behouden van personeel.	• Minister	• Personeel	• Voordeel
	• Een aanbesteding maakt het mogelijk lastiger om de ambulancezorg als onderdeel van de witte kolom te behouden.	• Minister	• Processen	• Aandachts-punt
	• Zorgverzekeraars kunnen de keten optimaliseren door de inzet van verschillende zorgsectoren.	• Zorg-verzekeraars	• Partners	• Voordeel
Sluit goed aan op de veiligheidsregio	• Een minister kan beter dan een zorgverzekeraar optreden als schakel tussen de zorg en de OOV-keten	• Minister	• Processen	• Voordeel
Stabiele ambulancezorg	• Een aanbesteding brengt rust in het systeem.	• Minister	• Partners	• Voordeel
	• Een aanbesteding zorgt voor één algemeen beleid in heel Nederland.	• Minister	• Producenten	• Voordeel
	• Ambulancezorg is een nutsvoorziening en hoort daarom onder de verantwoordelijkheid van de minister te vallen.	• Minister	• Propositie	• Voordeel
	• Contractering zorgt voor meer stabiliteit in het veld en de meldkamer doordat partijen voor een langere tijdsperiode kunnen blijven werken in een regio.	• Zorg-verzekeraars	• Processen	• Voordeel
	• Contractering is in lijn met de Zvw.	• Zorg-verzekeraars	• Propositie	• Voordeel

De betaalbaarheid wordt opgebouwd uit voordelen en aandachtspunten met betrekking tot de betaalbaarheid van de ambulancezorg en het proces (Tabel 7).

Tabel 7. Voordelen en aandachtspunten die vallen onder het argument betaalbaarheid.

Betaalbaarheid		Scenario	P	Voordeel/ aandachtspunt
Betaalbaarheid ambulancezorg	• Een aanbesteding zorgt voor lagere prijzen door meer concurrentie.	• Minister	• Prijzen	• Voordeel
	• Een aanbesteding zorgt voor een beter sluitend budget per regio.	• Minister	• Prijzen	• Voordeel
	• Zorgverzekeraars bewaken gedurende de gehele contractperiode de prijs en kwaliteit.	• Zorg-verzekeraars	• Prijzen	• Voordeel
Doelmatigheid van het proces	• Een aanbesteding is een intensief traject inclusief juridisch advies.	• Minister	• Producenten	• Aandachts-punt
	• Een aanbesteding kan zorgen voor betere efficiency.	• Minister	• Propositie	• Voordeel
	• Zorgverzekeraars kunnen met de ambulancezorg mede de ziekenhuiszorg sturen.	• Zorg-verzekeraars	• Partners	• Voordeel

7.2 Praktische argumenten

Naast de inhoudelijke argumenten zijn er ook praktische argumenten. Dit betreft vooral gesignaleerde aandachtspunten die op te lossen zijn, meestal door deze mee te nemen in de wet- en regelgeving waarbinnen ambulancevervoer moet werken, of die nu wordt aanbesteed door VWS, of wordt gecontracteerd door zorgverzekeraars. Praktische argumenten komen dus bij beide scenario's voor (Tabel 8).

Tabel 8. Voordelen en aandachtspunten met betrekking tot praktische argumenten

Praktisch	Scenario	P	Voordeel/ aandachtspunt
• De samenwerking met de ketenpartners moet goed worden geborgd.		• Partners	
• De aanbesteding moet in eerste instantie uit gezet worden in samenwerking met de zorgverzekeraars.		• Partners	
• De RAV's moeten niet mee opgeschaald worden met de meldkamer.		• Partners	
• In de aanbesteding moet een clausule opgenomen worden waarin staat dat het personeel mee gaat naar de nieuwe concessiehouder.		• Personeel	
• In de aanbesteding moet een clausule opgenomen worden waarin staat wat er gebeurt als de concessiehouder failliet gaat.		• Personeel	
• De flexibiliteit van de locaties van de standplaatsen moeten behouden blijven.		• Plaats	
• Maak van de aanbesteding een continu proces, besteed niet alle 25 regio's tegelijk uit.		• Prikkels	
• Neem historische prestaties mee.	• Minister	• Processen	• Aandachts-punten
• Wijs de concessiehouder voor een periode van 4-6 jaar aan met mogelijkheid tot verlenging.		• Processen	
• Er komen mogelijk juridische beroepen naar aanleiding van een aanbesteding.		• Processen	
• Er moeten tijdens de aanbesteding geen andere (proces)zaken veranderen.		• Processen	
• Dat een juiste balans tussen de verschillende aanbestedingseisen gevonden wordt.		• Propositie	
• Nagedacht wordt over de zorgplicht van zorgverzekeraars als de ambulancezorg wordt aanbesteed.		• Propositie	
• De zorgfunctie van de ambulancezorg moet behouden blijven.		• Producenten	
• Bekijk of zorgverzekeraars afspraken kunnen maken met de partijen over de uitvoering van de zorg.		• Producenten	
• Aanbesteding vindt ook in andere Europese landen plaats.		• Producenten	• Voordeel
• Overgang van concessiehouder hoeft geen problemen op te leveren.		• Producenten	• Voordeel
• Er een goede afweging gemaakt moet worden tussen prijs en kwaliteit.		• Prikkels	
• Bedacht moet worden hoe de contracten afgesloten moeten worden.		• Producenten	
• Zorgverzekeraars de ruimte krijgen om voldoende invloed uit te oefenen op de ambulancezorg.	• Zorg-verzekeraars	• Propositie	• Aandachts-punten
• Er budget beschikbaar blijft voor scholing en het ontwikkelen van protocollen en normen.		• Propositie	

7.3 Belang

Als laatste zijn er argumenten die inzicht geven in het belang van een specifieke partij voor de invoering van een scenario. Deze hebben we niet meegenomen in de score voor een scenario, maar dienen om deze reden niet achterwege gehouden te worden bij de keuze voor een scenario. Argumenten die inzicht geven in het belang van een specifieke partij komen voor bij de zorgverzekeraars (Tabel 9).

Tabel 9. Voordelen en aandachtspunten met betrekking tot het belang voor een specifieke partij

Belang	Scenario	P	Voordeel/ aandachtspunt
• Zorgverzekeraars gaan mogelijk ook de ambulancezorg aanbesteden wanneer ze er verantwoordelijk voor zijn.	• Zorg-verzekeraars	• Processen	• Aandachts-punt
• Zorgverzekeraars zijn waarschijnlijk niet aanbestedingsplichtig.		• Propositie	• Voordeel
• Zorgverzekeraar kunnen mogelijk nadelige economische effecten van reputatieschade ervaren.		• Publiek	• Aandachts-punt

8 Geïnterviewde personen

- Peter Bos, Veiligheidsregio Utrecht
- Stef Hesselink, RAV Rotterdam/BIOS groep
- Nico Heyne, CZ
- Renske Kok, DSW
- Nathalie Koopman, Zorgbelang Gelderland
- Paul Martina, Zilveren Kruis
- Jan Willem Mulder, NPCF
- Kor Noorlag, NVZ
- Rien Pijnenburg, CZ
- Anneke Prenger, ZN
- Arnold Reuskens, LNAZ
- Hans Simons, AZN
- Rene Ton, RAV Gooi en Vechtstreken
- Christel van Vught, InEen
- Michiel Wilschut, Witte Kruis

De Inspectie van Gezondheidszorg (IGZ) heeft aangegeven niet mee te willen werken met een project over de ontwikkeling van een wet waar zij later toezicht op zullen houden.