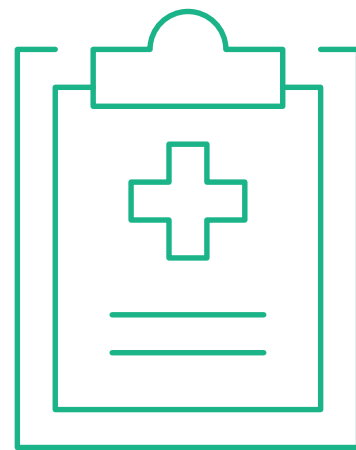


Bijlagen



> 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
1 Afkortingen	4
2 Deelnemers aan begeleidingsgroep	6
3 Deelnemers aan expertgroepen	7
4 Financiering en zorgplicht zorgverzekeringswet	9
5 Van 96 mogelijke varianten naar 44 varianten voor vergelijking	11
6 Gebiedsindeling	13
6.1 25 veiligheidsregio's	13
6.2 11 ROAZ-regio's.....	13
6.3 10 meldkamerregio's	14
7 GGD/ GHOR.....	15
8 Ambulancezorg in het buitenland.....	17
8.1 Ambulancezorg in Duitsland.....	18
8.2 Ambulancezorg in Denemarken	19
8.3 Ambulancezorg in Engeland	19
8.4 Ambulancezorg in Australië (New South Wales)	21
8.5 Ambulancezorg in Singapore.....	22
9 Kwaliteitsindicatoren Engeland	24
10 Juridisch kader aanbieden ambulancezorg	25
10.1 Harmonisatie: aanbestedingsrichtlijn	25
10.2 Geen harmonisatie: aanbesteding niet verplicht gesteld	25
11 Verschil tussen aanbieders met en zonder mogelijkheid tot uitkeren van winst	28
12 Spoedeisende en planbare ambulancezorg – weinig inzicht in ontwikkeling	30
13 Ambulancezorg niet transparant	32
14 Scores en onderbouwing per ordeningsvariant	33
14.1 Operationele criteria.....	33
14.2 Bestuurlijke criteria.....	44
14.3 Transitie criteria.....	53
15 Scores en onderbouwing per ordeningsvraag waar? en wat?	64

15.1	Gebiedsindeling (“waar”)	64
15.2	Reikwijdte monopolie (“wat”)	67
16	Literatuurverwijzingen bijlagen	70

I Afkortingen

We hanteren verschillende afkortingen in het rapport:

ALS	Advanced Life Support
AZN	Ambulancezorg Nederland
BO	Bestuurlijk Overleg
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg
B&W	Burgemeester en wethouders
BZK	Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CNV	Christelijk Nationaal Vakverbond
CPA	Centrale posten ambulancevervoer
DIA	Directe Inzet Ambulance
DPG	Directeur publieke gezondheid
EHGV	Eerste Hulp Geen Vervoer
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
GGD	Gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio
IC	Intensive Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
KNV	Koninklijk Nederlands Vervoer
LNAZ	Landelijk Netwerk Acute Zorg
LPA	Landelijk Protocol Ambulancezorg
LPOAZ	Landelijk Platform van Ondernemingsraden in de AmbulanceZorg
MICU	Mobiele Intensive Care Unit
MKA	Meldkamer ambulancezorg
MMT	Mobiel Medisch Team
MSZ	Medisch specialistische zorg
NTS	Nederlandse Triage Standaard
NVMMA	Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg
NVSHA	Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
RAV	Regionale ambulancevoorziening
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROAZ	Regionaal Overleg Acute Zorg
SEH	Spoedeisende hulpposten
Twaz	Tijdelijke wet ambulancezorg
UMC	Universitair Medisch Centra
V&J	Veiligheid en Justitie
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wav	Wet ambulancevervoer
Waz	Wet ambulancezorg
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WPG	Wet Publieke Gezondheid
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
WVR	Wet Veiligheidsregio's
ZBO	Zelfstandig bestuursorgaan
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

2 Deelnemers aan begeleidingsgroep

Organisatie	Vertegenwoordiger
Ambulancezorg Nederland (AZN)	Koos Reumer
CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief	Marco Dons
Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV)	Fred Seifert (enkel 2 ^e begeleidingsgroep)
GGD GHOR Nederland	Joost Bernsen
InEen, vereniging van organisaties voor eerstelijnszorg	Ella Benedictus
Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ)	Arold Reusken
Landelijk Platform van Ondernemingsraden in de AmbulanceZorg (LPOAZ)	Peter van der Vloet
Nederlandse Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg (NVMMA)	Pol Stuart (enkel 3 ^e begeleidingsgroep)
Nederlandse Vereniging van Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)	David Baden
Patiëntenfederatie Nederland	Jan Benedictus
Koninklijk Nederlands Vervoer (KNV)	Eva Verhagen-Bouma
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)	Jan Bosch
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)	Nicolette Piekaar
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Anne-Marie Vervae/ Sophie van Dierendonck (als waarnemer)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN).	Anneke Prenger

3 Deelnemers aan expertgroepen

SiRM heeft 5 bijeenkomsten met experts gehouden. De deelnemers waren afhankelijk van de te bespreken onderwerpen:

- Expertgroep 1 om de eerste scores varianten op de criteria te toetsen
- Expertgroep 2 over de mogelijke manieren om de ambulancezorg te contracteren
- Expertgroep 3 om de scores en onderbouwing van de varianten op het criterium kwaliteit van de ambulancezorg te toetsen
- Expertgroep 4 om de scores en onderbouwing van de varianten op het criterium samenwerking in de keten en overdracht van gegevens te toetsen
- Expertgroep 5 om de scores en onderbouwing van de varianten op het criterium arbeidsmarktaspecten te toetsen

Deelnemer	Organisatie	Aangedragen door	
Expertgroep 1 - Voorlopige scores varianten op criteria			
1	Albert van Eldik	Ambulance Oost	V&VN
2	Anneke Prenger	ZN	ZN
3	Arie Wijten	AZRR	AZN
4	Bert Benthem	Ambulancezorg Groningen	AZN
5	Frank de Groot	AMC	LNAZ
6	Herman Post	LPOAZ	LPOAZ
7	Jan Woldman	GGD GHOR Amsterdam-Amstelland	GGD GHOR Nederland
8	Jan-Willem Mulder	Patiëntenfederatie	Patiëntenfederatie
9	Peter van der Vloet	LPOAZ	LPOAZ
10	Robin Alma	Witte Kruis	AZN
Expertgroep 2 – Contracteren van de ambulancezorg			
1	Arie Wijten	AZRR	AZN
2	Arold Reuskens	LNAZ	LNAZ
3	Bert Benthem	Ambulancezorg Groningen	AZN
4	Geertjan Kommer	RIVM	SiRM
5	Gert-Jan van Nuland	VRNHN	LPOAZ
6	Kees van Schelven	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief
7	Marc Pomp	Zelfstandig gezondheidseconoom	SiRM
8	Marien Gramser	VGZ	ZN
9	Mariska Zwiggelaar	Nza	SiRM
10	Peter van der Vloet	LPOAZ	LPOAZ
11	Pieter Haasbeek	RAV Hollands Midden	GGD GHOR Nederland
12	Robin Alma	Witte Kruis	AZN
13	Sara Josse	Nza	SiRM

14	Thijs Gras	Ambulance Amsterdam	V&VN
Expertgroep 3 - Kwaliteit van ambulancezorg			
1	Albert van Eldik	Ambulance Oost	V&VN
2	Arie Wijten	AZRR	AZN
3	Bert Benthem	Ambulancezorg Groningen	AZN
4	Edwin Goverts	Ambulance Oost	LPOAZ
5	Jan-Willem Mulder	Patiëntenfederatie	Patiëntenfederatie
6	Joost Clijsen	Directeur Dutch Medical Group	KNV
7	Marco Dons	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief
8	Marjolein Booy	ZiN	SiRM
9	Marthe Sniijders	RAV Hollands Midden	GGD GHOR Nederland
10	Peter van den Nouland	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief
11	Peter van der Vloet	LPOAZ	LPOAZ
12	Pol Stuart	ASZ	NVSHA/ NVMMA
13	Robin Alma	Witte Kruis	AZN
14	Vivian Eijzenbach	IGZ	SiRM
Expertgroep 4 – Samenwerking in de keten en overdracht van gegevens			
1	Arie Wijten	AZRR	AZN
2	Bert Benthem	Ambulancezorg Groningen	AZN
3	Erna Vreeke	V&VN	V&VN
4	Gert Koelewijn	Nictiz	SiRM
5	Harm-Jan Horstra	GGD GHOR Drenthe	GGD GHOR Nederland
6	Joost Clijsen	Directeur Dutch Medical Group	KNV
7	Katja Damen	LNAZ	LNAZ
8	Klauws Wendt	UMCG	LNAZ
9	Marcel Heldoorn	Patiëntenfederatie	Patiëntenfederatie
10	Marco Dons	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief
11	Peter van der Vloet	LPOAZ	LPOAZ
12	Pol Stuart	ASZ	NVSHA/ NVMMA
13	Roger Knarren	GGD BZO	LPOAZ
14	Vivian Eijzenbach	IGZ	SiRM
15	Wianne Hazenberg	GGD GHOR Drenthe	GGD GHOR Nederland
Expertgroep 5 - Arbeidsmarkt-aspecten			
1	Bert Benthem	Ambulancezorg Groningen	AZN
2	Gert-Jan van Nuland	Veiligheidsregio NHN	LPOAZ
3	Marco Dons	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief	CNV Zorg & Welzijn, onderdeel van CNV Connectief
4	Menoës Geraerts	V&VN	V&VN
5	Pieter Haasbeek	RAV Hollands Midden	GGD GHOR Nederland
6	Sietze Kijlstra	Kijlstra Ambulancegroep Fryslân	AZN
7	Xander van Wirdum	LPOAZ	LPOAZ

4 Financiering en zorgplicht zorgverzekeringswet

In Nederland geldt de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onderdeel van de zorgverzekeringswet is de financiering van zorgverzekeraars en de zorgplicht voor zorgverzekeraars.

Het grootste deel van de zorguitgaven in de Zvw loopt via de zorgverzekeraars^a. Zorgverzekeraars betalen zorgaanbieders voor de zorg die is geleverd is aan hun verzekerden. Dit betalen ze vanuit de zorgpremie van haar verzekerden en uit het risicovereveningsfonds (zorgverzekeringsfonds).

Burgers zijn verplicht een zorgverzekering af te sluiten^b, waarvoor ze een zorgpremie aan de zorgverzekeraars betalen. Deze premie is gelijk voor alle verzekerden van één zorgverzekeraar. De hoogte van de premie kan wel verschillen tussen verzekeraars.

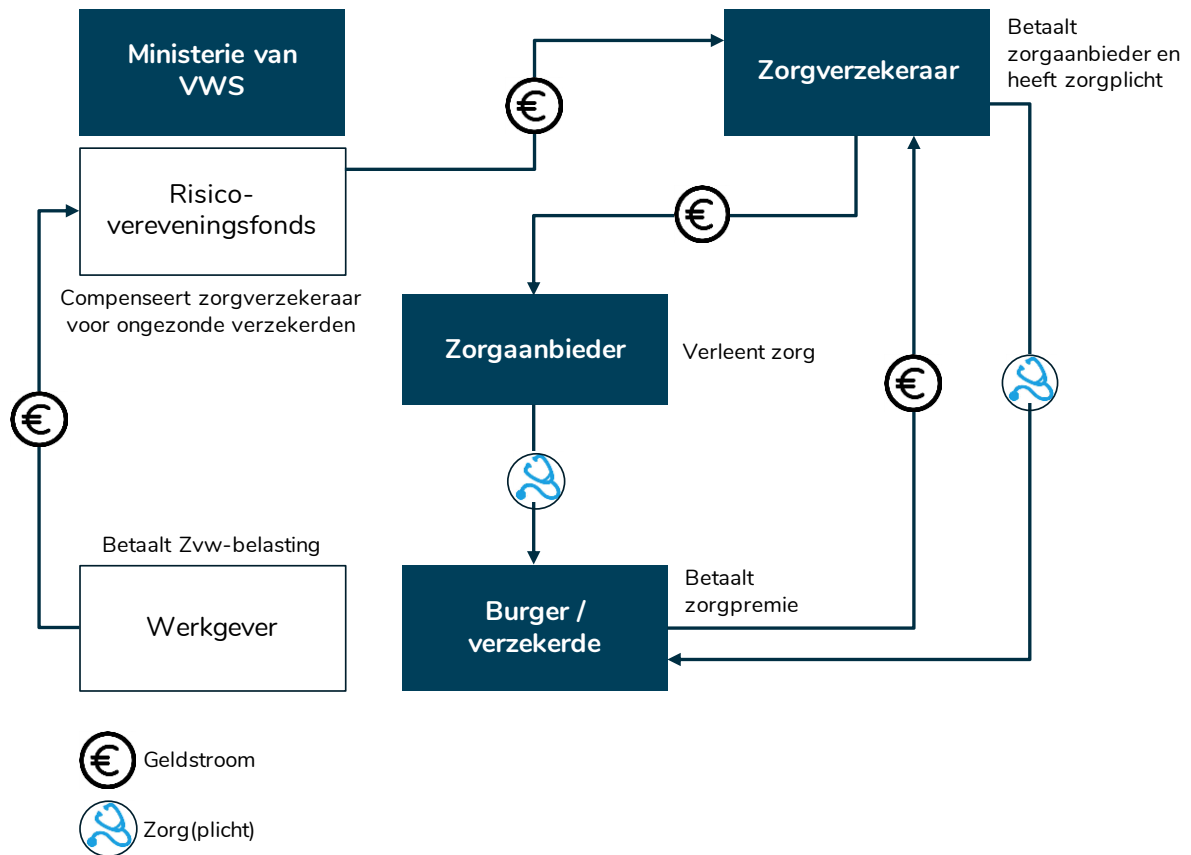
Om te voorkomen dat deze zorgverzekeraars aan risicoselectie doen en premieverschillen vanwege verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid invoeren, is het risicovereveningssysteem ingevoerd. Jaarlijks ontvangen de zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds (risicovereveningsfonds), berekend door het Zorginstituut. De hoogte van de bijdrage is afhankelijk van de verzekerdenpopulatie (bijvoorbeeld van leeftijd, diagnose, gebruik van bepaalde geneesmiddelen, enz.). Dit staat los van de premie die verzekerden zelf aan de verzekeraar betalen. Dit fonds wordt gevuld vanuit de Zvw-belasting die werkgevers betalen voor hun werknemers (zie Figuur 1).

Zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden toegang hebben tot kwalitatief goede zorg die binnen hun bereik af te nemen is en tijdig wordt geleverd. Deze zorgplicht geeft verzekerden recht op zorg of overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft of een vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten (zorgbemiddeling).

Verzekeraars zijn vrij om zorgaanbieders wel of niet te contracteren, daarmee schenden ze de zorgplicht niet. Wel moeten ze ervoor zorgen dat hun verzekerden op tijd de zorg krijgen waar ze recht op hebben. Daarnaast moeten verzekeraars transparant zijn over welke zorgaanbieders zij wel en niet hebben gecontracteerd.

^a Een klein deel van de Zvw wordt betaald door het zorgverzekeringsfonds (ZVF). Dit betreft voornamelijk de beschikbaarheidsbijdrage voor zorgprestaties waarvoor niet mogelijk of wenselijk is om de kosten aan (individuele) verzekerden toe te rekenen.

^b Uitgezonderd van de verzekeringplicht zijn militairen in dienst of aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend en personen die op grond van de Wet financiering sociale verzekeringen zijn ontheven van de verplichtingen, opgelegd op grond van de Wet langdurige zorg.




Figuur 1. Financiering en zorgplicht in de huidige situatie

5 Van 96 mogelijke varianten naar 44 varianten voor vergelijking

Er zijn meerdere varianten voor de ordening van de ambulancezorg in Nederland in 2020 mogelijk. Door systematisch de vier orderingsvragen te beantwoorden komen we op 96 verschillende varianten voor de ordening van de ambulancezorg (4x4x3x2). Deze lijken niet allemaal logisch. Door onlogische varianten uit te sluiten komen we tot 44 subvarianten (zie Figuur 2).

Wie: regisseur	Welke: soort aanbieders	Wat: inhoud	Overheidsdienst(en)		Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.		Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	
			Monopolie spoedeisend én gepland	Monopolie enkel spoedeisend (gepland meerdere aanbieders)	Monopolie spoedeisend én gepland	Monopolie enkel spoedeisend (gepland meerdere aanbieders)	Monopolie spoedeisend én gepland	Monopolie enkel spoedeisend (gepland meerdere aanbieders)
GGD/GHOR	25 veiligheidsregio's 11 ROAZ-regio's 10 meldkamerregio's Landelijk				1	2	3	4
ROAZ	25 veiligheidsregio's 11 ROAZ-regio's 10 meldkamerregio's Landelijk				5	6	7	8
Zorgverzekeraars	25 veiligheidsregio's 11 ROAZ-regio's 10 meldkamerregio's Landelijk				9	10	11	12
					13	14	15	16
					17	18	19	20
Ministerie van VWS	25 veiligheidsregio's 11 ROAZ-regio's 10 meldkamerregio's Landelijk		21	22	23	24	25	26
			27	28	29	30	31	32
			33	34	35	36	37	38
			39	40	41	42	43	44



Figuur 2. Mogelijke varianten voor ordening ambulancezorg op basis van de vragen wat, waar, wie en welke

Enkele varianten lijken niet logisch en werken we niet verder uit in het onderzoek. Deze zijn in de figuur donkergrijs weergegeven:

- De varianten met de **GGD/ GHOR** als regisseur nemen we alleen mee in combinatie met de 25 veiligheidsregio's als gebiedsindeling. Een andere gebiedsindeling is niet logisch, omdat de schaal van de regisseur dan kleiner is dan de gebieden. Daarnaast is het niet mogelijk als de regisseur de GGD/GHOR is, dat zij zelf de ambulancedienst levert. De contracterende en leverende dienst zijn dan namelijk dezelfde partij, wat problemen met de governance oplevert.

- De ambulancezorg in de varianten met de **ROAZ** als regisseur kan niet geleverd worden door overheidsdienst(en). We gaan ervan uit dat private partijen geen overheidsdienst(en) contracteren. Wat betreft de gebiedsindeling lijkt alleen de indeling naar 11 ROAZ regio's logisch wanneer de ROAZ regisseur is. De gebiedsindeling naar de veiligheidsregio's of meldkamerregio's lijkt niet logisch, omdat de indeling van deze regio's niet aansluit op de indeling van de ROAZ regio's. Bij één landelijk gebied geldt dat de schaal van de regisseur kleiner is dan het gebied. Daarnaast is het niet mogelijk als de regisseur de ROAZ is, dat zij zelf de ambulancedienst levert. De contracterende en leverende dienst zijn dan namelijk dezelfde partij, wat problemen met de governance oplevert.
- De ambulancezorg in de varianten met de **zorgverzekeraars** als regisseur kan niet geleverd worden door overheidsdienst(en). We gaan ervan uit dat private partijen geen overheidsdienst(en) contracteren. Bij één landelijk gebied geldt bovendien dat de schaal van de regisseur kleiner is dan het gebied. Het is dan niet eenduidig welke zorgverzekeraar(s) de regie zouden moeten nemen.

6 Gebiedsindeling

We onderscheiden 4 categorieën voor de gebiedsindeling voor het monopolie op ambulancezorg:

- 25 veiligheidsregio's
- 11 ROAZ regio's
- 10 toekomstige meldkamerregio's
- Landelijk

25 veiligheidsregio's



11 ROAZ regio's



10 toekomstige meldkamerregio's



6.1 25 veiligheidsregio's

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Groningen | 14. Gooi en Vechtstreek |
| 2. Friesland | 15. Haaglanden |
| 3. Drenthe | 16. Hollands Midden |
| 4. IJsselland | 17. Rotterdam-Rijnmond |
| 5. Twente | 18. Zuid-Holland-Zuid |
| 6. Noord- en Oost-Gelderland | 19. Zeeland |
| 7. Gelderland Midden | 20. Midden- en West-Brabant |
| 8. Gelderland-Zuid | 21. Brabant-Noord |
| 9. Utrecht | 22. Brabant-Zuidoost |
| 10. Noord-Holland-Noord | 23. Limburg-Noord |
| 11. Zaanstreek-Waterland | 24. Zuid-Limburg |
| 12. Kennemerland | 25. Flevoland |
| 13. Amsterdam-Amstelland | |

6.2 11 ROAZ-regio's

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Oost (Radboudumc) | 3. Euroregio (Medisch Spectrum Twente) |
| 2. Brabant (St. Elisabeth ziekenhuis) | 4. Limburg (MUMC+) |

5. Midden Nederland (UMCU)
6. Noord Nederland (UMCG)
7. Noordwest (VUmc)
8. West (LUMC)
9. Zuid West Nederland (Erasmus MC)
10. Zwolle (Isala)
11. Traumanet AMC (AMC)

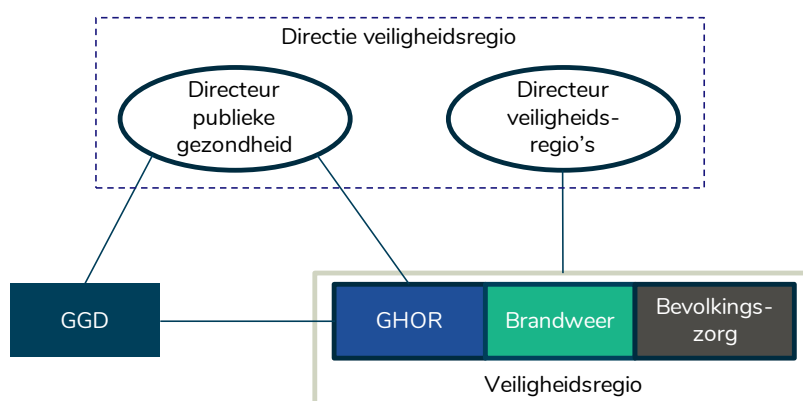
6.3 10 meldkamerregio's

1. Noord-Nederland - Drachten
2. Oost Nederland - Apeldoorn
3. Midden Nederland – Hilversum
4. Noord Holland - Haarlem
5. Amsterdam - Amsterdam
6. Den Haag - Den Haag
7. Rotterdam - Rotterdam
8. Zeeland/ West Brabant - Bergen op Zoom
9. Oost Brabant - Den Bosch
10. Limburg – Maastricht

7 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 (Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst).

De DPG is lid van de directie van de veiligheidsregio's. De directie wordt verder gevormd door de commandant brandweer, de coördinerend gemeentesecretaris, de politiechef en de directeur veiligheidsregio's. Het bestuur van de veiligheidsregio's bestaat uit de burgemeesters uit de regio (zie Figuur 3). De DPG beschikt in de dagelijkse en in de opgeschaalde situatie (d.w.z. tijdens rampen en crises), namens beide besturen over formele bevoegdheden binnen beide wettelijke stelsels.⁶ De DPG maakt tevens afspraken met ziekenhuizen over een rampen-opvangplan.



Figuur 3. GGD, GHOR, DPG en Veiligheidsregio ten opzichte van elkaar.

De GHOR vindt haar wettelijke basis in de wet veiligheidsregio's (WVR). De taak van de GHOR is het coördineren van de gezondheidszorg bij rampen en crises en de voorbereiding daarop, met als doel dat slachtoffers onder alle omstandigheden verantwoorde zorg kan worden geboden door een samenhangende zorgketen, in nauwe samenwerking met andere hulpdiensten. In de voorbereidingsfase bewaakt de GHOR de mate van voorbereiding van de zorginstellingen, vervult een adviesrol en zorgt voor een crisisplan (planvorming). Bij een ramp geeft de GHOR leiding aan en zorgt voor de coördinatie van de geneeskundige keten en het informatiemanagement binnen deze keten (op basis van het besluit veiligheidsregio's).

⁶ De Wet Publieke Gezondheid (WPG), waarin de verantwoordelijkheden van het bestuur van de GGD zijn vastgelegd, en de Wet Veiligheidsregio's (WVR), waarin de verantwoordelijkheden van het bestuur van de veiligheidsregio zijn vastgelegd

De veiligheidsregio is tevens verantwoordelijk voor de coördinatie van en de voorbereiding op de bestrijding van A-infectieziekten.^d De GGD is verantwoordelijk voor de feitelijke uitvoering van de bestrijdingsmaatregelen (net als bij andere infectieziekten).

Op basis van de Wet publieke gezondheid (WPG) bevordert de GGD de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

De GGD regio's en Veiligheidsregio's zijn qua gebieden congruent aan elkaar. Er zijn 25 GGD/GHOR organisaties in Nederland. In Nederland zijn er 5 regio's waar de GGD en de Veiligheidsregio in één gemeenschappelijke regeling zijn onder gebracht al dan niet met een aparte bestuurscommissie voor de GGD. De overige GGD-en hebben een afzonderlijke gemeenschappelijke regeling voor de GGD met een bestuur van portefeuillehouders zorg van de colleges B&W.

De GHOR is juridisch altijd onderdeel van de gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio, maar kan organisatorisch ondergebracht zijn bij de GGD.

Organisatorisch zijn de GHOR als volgt in te delen:

- GHOR bij GGD en veiligheidsregio (één gemeenschappelijke regio): Friesland, Gelderland Midden, Kennemerland, Limburg-Noord, Zaanstreek-Waterland
- GHOR bij GGD: Amsterdam-Amstelland, Brabant-Noord, Drenthe, Flevoland, Groningen, Gooi en Vechtstreek, IJsselland, Limburg-Zuid
- GHOR bij veiligheidsregio: Brabant-Zuidoost, Gelderland-Zuid, Haaglanden, Hollands Midden, Midden- en West-Brabant, Noord- en Oost-Gelderland, Noord-Holland-Noord, Rotterdam-Rijnmond, Twente, Utrecht, Zeeland, Zuid-Holland-Zuid

Op basis van de WPG bevordert de GGD de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen.

^d Onder de A-infectieziekten vallen: polio, pokken, SARS, MERS, virale hemorrhagische koorts

8 Ambulancezorg in het buitenland

Voor het opstellen van de mogelijke varianten voor de ordening van de ambulancezorg heeft SiRM deskresearch gedaan naar ambulancezorg in het buitenland.

In de meeste landen wordt de ambulancezorg geleverd door een mix van publieke en private aanbieders. In 6 van de 17 onderzochte landen wordt de ambulancezorg enkel door publieke aanbieders geleverd.

In de meeste landen is er enkel een monopolie op spoedeisende ambulancezorg (en zijn er meerdere aanbieders voor geplande ambulancezorg). Alleen in Kroatië, Denemarken en Nederland is er een monopolie op spoedeisende én geplande ambulancezorg.²

Land	Soort aanbieders	Organisatie van de spoedeisende ambulancezorg	Organisatie van de geplande ambulancezorg
Australia (NSW)	Publiek	Monopolie	Meerdere aanbieders
België	Publiek en privaat	Monopolie	Meerdere aanbieders
Denemarken	Publiek en privaat	Monopolie	Monopolie
Duitsland	Publiek en privaat	Monopolie	Meerdere aanbieders
Engeland	Publiek	Monopolie	Meerdere aanbieders
Estland	Publiek en privaat	Monopolie	Meerdere aanbieders
Hongarije	Publiek en privaat	Monopolie	Meerdere aanbieders
Ierland	Publiek, privaat en vrijwilligers	Monopolie	Meerdere aanbieders
Kroatië	Publiek	Monopolie	Monopolie
Letland	Publiek	Monopolie	Meerdere aanbieders
Litouwen	Privaat	Monopolie	Meerdere aanbieders
Nederland	Publiek en privaat	Monopolie	Monopolie
Noorwegen	Privaat	Monopolie	Meerdere aanbieders
Singapore	Publiek	Monopolie	Meerdere aanbieders
Spanje	Publiek en privaat	Monopolie	Meerdere aanbieders
Tsjechië	Publiek	Monopolie	Meerdere aanbieders
Turkije	Publiek en privaat	Monopolie	Meerdere aanbieders

We beschrijven de organisatie van de ambulancezorg in vijf landen in meer detail:

- Duitsland
- Denemarken
- Engeland
- Australië (New South Wales)
- Singapore

Per land beantwoorden we de vier ordeningsvragen: wie is de regisseur, welke soort aanbieders leveren de ambulancezorg, hoe is de gebiedsindeling en wat is de inhoud van de ambulancezorg?

8.1 Ambulancezorg in Duitsland

Wie?: regisseur	<ul style="list-style-type: none"> • Wettelijke verantwoordelijkheid ligt bij de deelstaten (16) • Praktische uitvoering is ondergebracht bij districten
Welke?: soort aanbieders	<ul style="list-style-type: none"> • Districten kunnen of: <ul style="list-style-type: none"> • een eigen ambulancedienst opzetten • of een publieke inschrijving organiseren waarbij de uitvoering van de dienst wordt uitbesteed. • De precieze invulling hiervan is aan de districtsbesturen.
Waar?: gebieds- indeling	<ul style="list-style-type: none"> • In de verschillende districten
Wat?: inhoud	<ul style="list-style-type: none"> • Monopolie spoedeisende ambulancezorg (meerdere aanbieders gepland)

De ambulancezorg in Duitsland is de wettelijke verantwoordelijkheid van de deelstaten, die de praktische uitvoering ervan hebben ondergebracht bij districten (Kreis of kreisfreie Stadt).

De districtsbesturen zijn verantwoordelijk voor de organisatie van spoedeisend ambulancevervoer in het district. Dit kan door middel van het opzetten van een eigen ambulancedienst, of het organiseren van een publieke inschrijving waarbij de uitvoering van de dienst wordt uitbesteed aan één aanbieder. De precieze invulling hiervan is aan de districtsbesturen. Het gunnen van aanbiddingen is niet toegestaan na de uitspraak van Europees hof (C-274/09).

In het verleden werd de organisatie van ambulances vooral geregeld via publieke medische organisaties zoals het Rode Kruis. Deze organisaties zijn nog steeds de belangrijkste aanbieders. Echter, ook private ambulanceorganisaties hebben altijd bestaan in Duitsland en bedrijven als Falck hebben in het recente verleden meerdere contracten gewonnen.

De manier van financiering hangt af van de deelstaat en het district. De Duitse ziekenfondsen dekken over het algemeen de kosten voor de patiënt als er een medische noodzaak is voor het ambulancevervoer.³⁻²²

8.2 Ambulancezorg in Denemarken

Wie?: regisseur	<ul style="list-style-type: none"> Georganiseerd via de 5 verschillende regio's, die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de gezondheidszorg.
Welke?: soort aanbieders	<ul style="list-style-type: none"> Spoedeisende ambulancezorg in Denemarken wordt door de regio's aanbesteed De ambulancezorg wordt geleverd door private partijen met mogelijkheid tot winstuitkering en publieke partijen
Waar?: gebieds- indeling	<ul style="list-style-type: none"> In 5 regio's
Wat?: inhoud	<ul style="list-style-type: none"> Monopolie op spoedeisende én geplande ambulancezorg

De ambulancezorg in Denemarken is georganiseerd via de 5 regio's, die verantwoordelijk zijn voor het organiseren van de gezondheidszorg. De meldkamer wordt apart aanbesteed (vaak door een overheidspartij).

Ambulancezorg in Denemarken wordt door de regio's aanbesteed. Private dienstverlener Falck heeft een groot deel van deze aanbestedingen gewonnen, maar ook andere private dienstverleners (b.v. Bios, Responce, Ærø en Samsø Redningskorps) hebben aanbestedingen gewonnen, al is Bios snel na het winnen van de aanbestedingen failliet gegaan. Ook publieke organisaties hebben aanbestedingen gewonnen (zoals brandweerkorpsen in Kopenhagen, Roskilde en Frederiksberg).²³⁻²⁵

8.3 Ambulancezorg in Engeland

Wie?: regisseur	<ul style="list-style-type: none"> De spoedeisende ambulancezorg wordt gefinancierd en gecontracteerd door zogenaamde klinische aanbestedingsgroepen (Clinical Commissioning Groups). Het niet-spoedeisend vervoer wordt ook georganiseerd door de CCG's, maar moet aanbesteed worden
Welke?: soort aanbieders	<ul style="list-style-type: none"> Spoedeisende ambulancezorg wordt aangeboden door 11 publieke organisaties (NHS ambulance trusts en NHS foundation trusts) Niet-spoedeisend vervoer wordt aangeboden door zowel private als publieke organisaties
Waar?: gebieds- indeling	<ul style="list-style-type: none"> In 11 regio's
Wat?: inhoud	<ul style="list-style-type: none"> Monopolie spoedeisende ambulancezorg (meerdere aanbieders gepland) Niet-spoedeisend vervoer omvat verschillende vormen van vervoer, die al dan niet een ambulance vereisen. Andere vormen van niet-spoedeisend vervoer zonder ambulance zijn b.v. taxi's voor personeel of patiënten, en koeriersdiensten. De CCG's kunnen de markt voor niet-spoedeisend vervoer zelf verder opdelen, al dan niet verschillende aanbieders toelaten en de duur van de contracten bepalen

De ambulancezorg in Engeland is verdeeld in twee verschillende markten, een markt voor spoedeisend vervoer en een markt voor niet-spoedeisend vervoer.

Spoeisend vervoer

Spoeisend vervoer wordt aangeboden door 11 publieke organisaties (NHS ambulance trusts en NHS foundation trusts) die ieder een eigen regio bedienen. Binnen deze regio's kunnen zich meerdere meldkamers bevinden die ambulances aansturen. De organisaties worden gereguleerd op kwaliteit door de Care Quality Commission.

Het spoedisende vervoer wordt gefinancierd en gecontracteerd door zogenaamde klinische aanbestedingsgroepen (Clinical Commissioning Groups, CCG's). Er bestaan ongeveer 250 van deze CCG's in Engeland, die verantwoordelijk zijn voor de organisatie en aanbesteding van zorg binnen de CCG-regio. Deze zorg omvat onder andere geplande ziekenhuiszorg, spoedisende hulp en wijkzorg.

De aanbesteding voor spoedisend vervoer kan alleen gedaan worden bij de NHS ambulancedienst in de regio, waardoor er sprake is van onderhandelingen tussen 1 aanbieder en 1 afnemer. In de praktijk wijzen alle CCG's binnen dezelfde ambulance-regio 1 CCG aan als onderhandelaar voor de gehele ambulance-regio.

De 11 ambulancediensten bieden in principe de diensten aan door gebruik te maken van eigen materiaal en personeel. Het kan echter voorkomen dat de ambulancediensten gebruik maken van andere private ambulancediensten om tijdelijke tekorten op te vangen.

Niet-spoedisend vervoer

De organisatie en aanbesteding van niet-spoedisend vervoer is ook de verantwoordelijkheid van CCG's. Niet-spoedisend vervoer omvat verschillende vormen van vervoer, die al dan niet een ambulance vereisen. Vormen van niet-spoedisend vervoer zonder ambulance zijn bijvoorbeeld taxi's voor personeel of patiënten en koeriersdiensten.

De CCG is verplicht niet-spoedisend vervoer met een waarde boven de 100,000 Britse pond aan te besteden en alle aanbieders die voldoen aan de minimumeisen opgelegd door de Care Quality Commission mee te nemen in de aanbesteding. CCG's hebben echter vrijheid in hoe zij de aanbesteding verrichten. Zo kunnen zij de markt voor niet-spoedisende hulp verder opdelen, al dan niet verschillende aanbieders toelaten en de duur van de contracten bepalen. In deze contracten wordt ook de samenwerking gespecificeerd met andere aanbieders van zorg gecontracteerd door de CCG, zoals ziekenhuizen. NHS Engeland ondersteunt de CCG's met standaardcontracten.

De 11 spoedisende ambulancediensten mogen deelnemen in de aanbesteding voor niet-spoedisend vervoer. Andere partijen kunnen zowel private als publieke organisaties zijn.

In het Verenigd Koninkrijk is de organisatie van de gezondheidszorg gedelegeerd naar de landen. De organisatie van ambulancezorg in Schotland, Wales en Noord-Ierland kan daarom verschillen van de hierboven omschreven Engelse organisatie.²⁶⁻³²

8.4 Ambulancezorg in Australië (New South Wales)

Wie?: regisseur	<ul style="list-style-type: none"> Ambulancezorg in Australië is de verantwoordelijkheid van de verschillende Australische staten. De organisatie voor de staat New South Wales wordt hieronder beschreven
Welke?: soort aanbieders	<ul style="list-style-type: none"> Spoedeisende ambulancezorg in NSW wordt verzorgd door de NSW-ambulancedienst, een uitvoerende dienst van het ministerie voor volksgezondheid van NSW. Niet-spoedeisend vervoer wordt geleverd door publieke lokale aanbieders
Waar?: gebieds- indeling	<ul style="list-style-type: none"> In 6 staten
Wat?: inhoud	<ul style="list-style-type: none"> Monopolie spoedeisende ambulancezorg (meerdere aanbieders gepland)

Ambulancezorg in Australië is de verantwoordelijkheid van de verschillende Australische staten. De organisatie voor de staat New South Wales wordt hieronder beschreven.

Spoedeisend vervoer

Spoedeisend vervoer in NSW wordt verzorgd door de NSW-ambulancedienst, een uitvoerende dienst van het ministerie voor volksgezondheid van NSW.

Voor andere partijen is het is bij wet verboden om tegen betaling zieken of gewonden te vervoeren of diensten uit te voeren vergelijkbaar met de NSW-ambulancedienst. De wet maakt duidelijk dat dit niet geldt voor een aantal private organisaties zonder mogelijkheid tot winstuitkering zoals St John Ambulance Australia, de Royal Flying Doctor Service en mijn-reddingsdiensten.

Patiënten betalen 51% van de kosten voor het vervoer en behandeling door een ambulance, de overige kosten worden gedragen door de overheid. Voor een aantal groepen patiënten worden de kosten geheel gedragen door de overheid en verzekeringen dekken in principe ook de gehele ambulancekosten.

Niet-spoedeisend vervoer

De overheid van NSW heeft in 2012 ingezet op sterkere scheiding van spoedeisend en niet-spoedeisend vervoer binnen de NSW-ambulancedienst. Omdat het primaire doel van spoedeisende ambulances is om snel ter plekke te zijn, werd de inzet hiervan voor niet-spoedeisend vervoer als negatief en onwenselijk beschouwd. Een centrale coördinatie tussen de ambulancedienst en (private) lokale aanbieders van transport voor niet-spoedeisend vervoer werd voorgesteld om het systeem van niet-spoedeisend vervoer effectiever te maken. In 2016 werden de transportvlotten van verschillende aanbieders samengevoegd.

Niet-spoedeisend transport is gratis voor patiënten, mits zij aan een aantal voorwaarden voldoen en al in de gezondheidsketen zitten. ³³⁻⁴³

8.5 Ambulancezorg in Singapore

Wie?: regisseur	<ul style="list-style-type: none"> Het Ministerie van Binnenlandse zaken.
Welke?: soort aanbieders	<ul style="list-style-type: none"> De spoedeisende ambulancezorg wordt in Singapore aangeboden door de burgerlijke beschermingsdienst (Singapore Civil Defense Force, SCDF). De SCDF organiseert ook brandweer- en reddingsdiensten in Singapore. Het is de primaire taak van de SCDF om op noodgevallen te reageren die binnenkomen via een alarmnummer. Niet-spoedeisend vervoer wordt geleverd door zowel private als publieke organisaties. De tarieven verschillen per organisatie
Waar?: gebieds- indeling	<ul style="list-style-type: none"> Landelijk
Wat?: inhoud	<ul style="list-style-type: none"> Monopolie spoedeisende ambulancezorg (meerdere aanbieders gepland)

In Singapore is er een duidelijk onderscheid tussen spoedeisend vervoer en niet-spoedeisend vervoer.

Spoedeisend vervoer

Het spoedeisend vervoer wordt in Singapore aangeboden door de burgerlijke beschermingsdienst (Singapore Civil Defense Force, SCDF). De SCDF is een organisatie aangestuurd door het Ministerie van Binnenlandse zaken. De SCDF organiseert ook brandweer- en reddingsdiensten in Singapore. Het is de primaire taak van de SCDF om op noodgevallen te reageren, die binnenkomen via een alarmnummer.

De SCDF brengt patiënten naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. In het geval spoedeisend vervoer noodzakelijk blijkt te zijn, zijn er voor de patiënt geen kosten. Blijkt echter dat het om niet-spoedeisend vervoer gaat (vastgesteld door de arts in het ziekenhuis), dan moet de patiënt de prijs zelf betalen, waarbij die prijs relatief hoog is ten opzichte van de andere alternatieven (zie hieronder).

Niet-spoedeisend vervoer

Niet-spoedeisend vervoer kan direct geboekt worden via een centraal nummer van aanbieders (niet het alarmnummer), waarbij eerst de eisen van de patiënt beoordeeld worden om daarna de patiënt door te schakelen naar de verschillende ambulancediensten. Het centrale nummer is opgezet om het voor burgers makkelijker te maken om niet-spoedeisend vervoer te organiseren zonder de SCDF. De primaire taak van de SCDF is immers om op noodgevallen te reageren.

Na doorschakeling via het centrale nummer (of na direct contact) moeten ambulancediensten duidelijk zijn over de tarieven die zij vragen voordat zij een ambulance sturen. De tarieven verschillen per organisatie. Gemiddelde tarieven en tariefoverzichten zijn online beschikbaar en geven patiënten inzicht in de kosten.

De aanbieders van ambulancediensten kunnen zowel private als publieke organisaties zijn. In tegenstelling tot de SCDF zijn andere organisaties niet verplicht patiënten naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis te brengen, en bieden zij de patiënt dus meer keuzevrijheid.

Het ministerie voor volksgezondheid heeft voor zowel spoedeisend als niet-spoedeisend vervoer minimumcriteria opgesteld. Organisaties die aan de minimum criteria voldoen mogen ambulancediensten aanbieden. Deze criteria zijn verschillend voor spoedeisend en niet-spoedeisend, al mogen organisaties ambulances voor spoedeisend vervoer ook inzetten voor niet-spoedeisend vervoer.⁴⁴⁻⁵²

9 Kwaliteitsindicatoren Engeland

In Engeland worden maandelijks klinische uitkomst en structuur indicatoren gepubliceerd voor de elf ambulancegebieden (NHS Trusts). De scores op de indicatoren zijn openbaar en te vinden op: www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/.

Quality indicator	Indicator
Clinical outcomes	Return of Spontaneous Circulation (ROSC) from cardiac arrest
	Outcomes from Acute ST-elevation myocardial infarction
	Outcomes from stroke
	Survival to discharge following a cardiac arrest
System Indicators	Monthly performance for Category A calls
	Monthly calls abandoned
	Re-contact following discharge
	Frequent caller procedure for Ambulance Trusts in England
	Time to answer call and time to arrival
	Calls closed without transport
	Monthly counts of incidents where a patient was transported
	Monthly performance for Category A calls: comparison without Dispatch on Disposition (DoD).

10 Juridisch kader aanbieden ambulancezorg

10.1 Harmonisatie: aanbestedingsrichtlijn

Startpunt van het juridisch kader voor het aanbieden van ambulancezorg in de toekomst vormen de Europese richtlijnen betreffende de aanbesteding van overheidsopdrachten voor werken, levering, diensten en concessieovereenkomsten. Die regelgeving harmoniseert immers uitdrukkelijk dat deze opdrachten worden opengesteld voor mededinging, tenzij sprake is van een uitzondering. Die uitzondering kan zien op gevallen van (i) inbesteding, waarin de aanbestedende dienst de dienst zelf uitvoert, of (ii) quasi-inbesteding, waarin de activiteit wordt verricht door een dienst waarop de aanbestedende dienst toezicht houdt zoals op haar eigen diensten, of (iii) een lichter aanbestedingsregime.

10.2 Geen harmonisatie: aanbesteding niet verplicht gesteld

De aanbestedingsregels zijn niet verplicht gesteld voor het verlenen van overheidsopdrachten voor enkele bijzondere gevallen van ambulancezorg. Kort gezegd gaat het dan om nooddiensten. In die situatie – bij gebreke derhalve van harmonisatie – zal het aanwijzen/selecteren van een of enkele uitvoerders in/op de markt moeten worden getoetst aan de verenigbaarheid met andere EU-verdragsrechtelijke-verplichtingen, in het bijzonder die betreffende het vrij verkeer.

De verdeling van een schaars (publiek) recht, zoals in casu het aanwijzen/selecteren van een of enkele uitvoerders voor de betrokken diensten, dwingt in beginsel een reële mededinging voor gegadigden te waarborgen op grond van het EU-Werkingsverdrag (primair EU-recht). Ook dus als deze waarborgen niet rechtstreeks voortvloeien uit (secundaire) EU-regelgeving (aangebesteding van overheidsopdrachten en concessieovereenkomsten).

EU-Werkingsverdrag

Steeds nadrukkelijker wordt aangenomen dat de verdeling van een schaars recht dient plaats te vinden op basis van een voorafgaande mate van daadwerkelijke mededinging. Daarbij dienen met name de beginselen van gelijke behandeling en transparantie in acht te worden genomen. Dit om toegang tot de markt voor potentieel gegadigden en geïnteresseerden niet te belemmeren.

Het uitgangspunt dat aan potentiële gegadigden een zogeheten passende mate van openbaarheid moet worden geboden om zich bij de verdeler van het schaarse recht kenbaar te maken, betekent dat een schaars recht niet zonder 'enige oproep tot mededinging' kan worden verleend óf verlengd, omdat dit anders gegadigden belet gebruik te maken van het vrij verkeer (van diensten). Uit de Europese rechtspraak volgt dat het voor lange tijd verlenen van een schaars recht als een zelfstandige beperking van het vrij verkeer van diensten wordt gezien, die afzonderlijk moet worden

gerechtvaardigd. Van een rechtvaardiging kan sprake zijn wanneer er voldoende tijd moet zijn om de noodzakelijke investeringen terug te verdienen. Die reden lijkt niet op te gaan voor de onderhavige diensten, althans niet om deze voor onbepaalde tijd te verlenen.

Het belemmeren van 'toegang tot de markt', in de zin van het belemmeren van het vrij verkeer, speelt ook een rol vanuit het perspectief van het mededingingsrecht. Het verdelen van een schaars recht zonder een voorafgaande mate van mededinging om dat schaarse recht, sluit immers ook concurrentie op de markt uit. Daarenboven leidt het aanwijzen/selecteren van een of enkele uitvoerders tot machtsposities op de markt waarvan die uitvoerders misbruik zouden kunnen maken wanneer zij afnemers (i.c. verzekeraars) zouden 'uitbuiten'. Dit laatste lijkt echter op voorhand niet zeer waarschijnlijk en is bovendien lastig in de praktijk te bewijzen.

Uitzonderingen om te selecteren zonder waarborging mededing vooraf

In de EU-rechtspraak worden vooralsnog twee specifieke uitzonderingen genoemd op de plicht om bij de verdeling van een schaars recht reële mededinging te garanderen en aan potentiële gegadigden een passende mate van openbaarheid te waarborgen.

In de eerste plaats is dat – aldus het Hof in de zaak *Betfair* – mogelijk indien de betrokken lidstaat de vergunning zou verlenen aan of verlengen voor: "[...] een openbare exploitant wiens beheer onder rechtstreeks toezicht staat van de Staat of om een particuliere exploitant op wiens activiteiten de overheid een strenge controle kan uitoefenen." In dat geval kwalificeert de uitzondering als een gerechtvaardigde beperking van vrij dienstenverkeer (artikel 56 VWEU) en is de verlening van een exclusief recht voor de exploitatie van kansspelen, zonder oproep tot mededinging, niet onevenredig gelet op de doelstellingen die de nationale regeling nastreeft (consumentenbescherming en de bestrijding van criminaliteit en gokverslaving). Deze uitzondering lijkt te zijn geïnspireerd door de in het gereguleerde aanbestedingsrecht onder voorwaarden geaccepteerde uitzondering op een openbare aanbesteding van diensten in geval van 'inbesteding', waarin de aanbestedende dienst de dienst zelf uitvoert, of van 'quasi-inbesteding', waarin de activiteit wordt verricht door een dienst waarop de aanbestedende dienst toezicht houdt zoals op haar eigen diensten.

In de tweede plaats formuleert het Hof in de zaak *CASTA* een uitzondering op de uit artikel 49 en 56 VWEU voortvloeiende mededingings- en transparantieplichting. Deze komt erop neer dat de genoemde verdragsvrijheden zich niet verzetten tegen een nationale regeling, die de lokale overheden toestaat "[...] een opdracht voor het verrichten van medische vervoersdiensten rechtstreeks en zonder enige vorm van bekendmaking te gunnen aan vrijwilligersorganisaties, mits het wettelijk en contractuele kader waarbinnen die organisaties werken, daadwerkelijk bijdraagt aan het sociaal doel en aan de doelstellingen van solidariteit en kostenefficiëntie". Het Unierecht verlangt in dat geval evenmin dat de overheidsinstantie die met dergelijke organisaties wil contracteren, de aanbiedingen van verschillende organisaties van tevoren vergelijkt.

Nuttig effect leer

Uit de EU-rechtspraak volgt dat overheden geen maatregelen mogen nemen (van wetgevende of bestuurlijke aard) waardoor ondernemingen zich kunnen onttrekken aan de dwingende

mededingingsbepalingen (betreffende het kartelverbod, misbruik economische machtspositie en verboden staatssteun). In jargon wordt verwezen naar de zogeheten 'nuttig effect'-leer.

Het is niet waarschijnlijk dat de overheid langs deze weg in strijd handelt met het mededingingsrecht. De aanwijzing/selectie bewerkstelligt immers niet dat een uitvoerder zich onttrekt aan het kartelverbod. Verondersteld wordt immers ten eerste dat de aanwijzing niet plaatsvindt op verzoek van gegadigden die vooraf hierover onderling afstemming hebben kunnen bereiken. En ná de aanwijzing gedraagt (gedragen) de uitvoerder(s) zich unilateraal, waarover al is opgemerkt dat het niet waarschijnlijk is dat zij hun machtspositie kunnen misbruiken ten opzichte van verzekeraars.

II Verschil tussen aanbieders met en zonder mogelijkheid tot winstuitkering

In 7 RAV gebieden werken aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering^e. BV's die volledig in eigendom zijn van een stichting zonder mogelijkheid tot winstuitkering zoals een UMC, rekenen we voor deze analyse niet tot ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering. In 5 van deze gebieden werken deze aanbieders in een coöperatie samen met andere lokale aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering. Van de aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering werkt 57% in een gebied met lage bevolkingsdichtheid. Voor aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering is dat 65%.

Verdeling ambulanceregio's waarin aanbieders met en zonder mogelijkheid tot winstuitkering actief zijn:

	Bevolkingsdichtheid		
	Laag	Hoog	Totaal
Met mogelijkheid tot winstuitkering	4	3	7
Zonder mogelijkheid tot winstuitkering	11	7	18
Totaal	15	9	25

We vonden geen bewijs dat RAV's met aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering minder vaak de norm haalden (95% van de A1 ritten binnen 15 minuten). Voor zover er in het verleden verschil was, is dat recent verminderd en in 2015 niet meer significant.

- De impact van mogelijkheid tot winstuitkering hebben we geanalyseerd met een OLS regressie van het aandeel A1 ritten dat binnen de normtijd wordt gehaald (hierna: normscore). De verklarende variabelen zijn dummies voor mogelijkheid tot winstuitkering en landelijk gebied. Hieruit blijkt dat of het werkgebied landelijk is of niet, significant is voor de normscore met uitzondering van 2013. Of (een deel van) het aanbod in een ambulanceregio met mogelijkheid tot winstuitkering is, is voor 2011, 2012 en 2014 ook significant. De coëfficiënt, dus de mate waarin aanbod met mogelijkheid tot winstuitkering impact heeft, is in de loop der jaren afgenomen. Bovendien is die voor 2015 niet significant. Voor zover de mogelijkheid tot winstuitkering voorheen de normscore mede bepaalde, is dat in de loop der jaren minder geworden en in 2015 heeft het geen significante voorspellende waarde meer. Met een OLS regressie probeer je de waarde van de normscore te voorspellen.

^e Noordoost Gelderland, Zeeland, Noord-Holland Noord, Kennemerland, Haaglanden, Rotterdam-Rijnmond en Friesland.

- Met een logistische regressie hebben we geanalyseerd in welke mate de landelijkheid van het gebied en de mogelijkheid tot winstuitkering, de kans bepalen dat een RAV de norm haalt (normscore boven 95%). We vinden dat wel of geen mogelijkheid tot winstuitkering in geen enkel jaar een significante voorspeller is ($p > 0.1$). Of het een landelijk gebied betreft, bleek voorspelkracht te hebben ($p < 0.1$) in 2011, 2013 en 2014. Net als bij de OLS regressie, vinden we dat beide factoren niet significant zijn in 2015.

OLS regressie van aandeel A1 ritten binnen 15 minuten					
	2011	2012	2013	2014	2015
gemiddelde	95,4%	95,1%	94,1%	95,1%	94,7%
mogelijkheid tot winstuitkering (0/1)	-2,5%	-3,0%	-1,0%	-1,7%	-0,9%
landelijk gebied (0/1)	-2,5%	-1,9%	-1,4%	-1,7%	-1,2%
p mogelijkheid tot winstuitkering	0,012	0,004	0,326	0,013	0,130
p landelijk gebied	0,008	0,040	0,136	0,008	0,030
R2	0,419	0,409	0,132	0,416	0,261
Logistische regressie norm behaald (1=ja,0=nee)					
	2011	2012	2013	2014	2015
intercept	0,305	0,469	0,393	0,305	-0,401
mogelijkheid tot winstuitkering (0/1)	-0,244	-0,724	-0,503	-0,244	-1,001
landelijk gebied (0/1)	-2,116	-1,312	-1,660	-2,116	-0,776
p intercept	0,692	0,541	0,608	0,692	0,609
p mogelijkheid tot winstuitkering	0,827	0,482	0,636	0,827	0,414
p landelijk gebied	0,038	0,150	0,079	0,038	0,429

We vinden dus geen significant verband tussen mogelijkheid tot winstuitkering en of de norm wel of niet behaald wordt. Dit houdt niet in dat er per definitie geen verband is. Er zijn meer kwaliteitsindicatoren nodig voor een goed oordeel van kwaliteit. Daarnaast is ons in interviews herhaaldelijk verteld dat er ruimte is in de definitie van A1 en A2 ritten zodat de toekenning van de urgentiegraad niet overal gelijk is. Dat kan invloed hebben op de score.

12 Spoedeisende en planbare ambulancezorg – weinig inzicht in ontwikkeling

In 2015 waren bijna 27% van de 1,25 miljoen ambulanceritten, B-ritten. Het aandeel B-ritten hangt mede af van de bevolkingsdichtheid in een gebied:

- Het aandeel B-ritten varieert van 19% in Flevoland tot 34% in de Gooi- en Vechtstreek.
- In de grote steden Utrecht, Den Haag, Rotterdam en Amsterdam met gemiddeld 1.500 inwoners/km² is het aandeel B-ritten ongeveer 31%.
- In dunbevolkte gebieden met ongeveer een vijfde van de inwonerdichtheid, is dat maar 23%. Daaronder zijn ook enkele RAV's met 28% B-ritten. Het betreft dan wel gebieden met grote kernen zoals Groningen en Nijmegen.

Een aantal geïnterviewden claimen dat er synergie is in het aanbieden van A- en B-ritten door dezelfde ambulancedienst. Dit is uit de bekende informatie niet te achterhalen of controleren. Op basis van de NZa tarieven die zijn gebaseerd op kostenonderzoek, schatten we in dat ongeveer 82 tot 87% van de kosten wordt gemaakt voor A-ritten en het restant voor B-ritten.

Aangezien RAV's niet worden aangesproken op het aantal besteld vervoersritten, kan het zijn dat het volume aan gepland vervoer lager is dan het maatschappelijk optimum. Het valt op dat de ontwikkeling van het aantal B-ritten niet samen blijkt te hangen met andere ontwikkelingen:

- Tussen 2011 en 2015 groeide het aantal A-ritten ieder jaar met gemiddeld 5,5% per jaar, terwijl het aantal B-ritten kromp met 2,1% per jaar tussen 2011 en 2014. In 2015 groeide het aantal B-ritten met 3,5%.
- We vonden bovendien geen correlatie tussen de ontwikkeling in het aantal A- en B-ritten. Ook vonden we geen correlatie die aantoont dat RAV's die de norm in jaar t niet haalden, in jaar t+1 minder B-ritten uitvoerden omdat er meer op A-ritten werd ingezet.
- In dezelfde periode is het aantal opnamen in ziekenhuizen ongeveer gelijk gebleven terwijl het aantal eerste polikliniekbezoeken (gecorrigeerd voor een administratieve wijziging) met 1 tot 3% per jaar kromp.
- Tussen 2011 en 2015 groeide de Nederlandse bevolking met gemiddeld 0,4% per jaar. Voor mensen ouder dan 80 die wellicht vaker van ambulancezorg gebruik maken, was dat 2,2% per jaar.

Er is nader onderzoek nodig of behoud van het monopolie leidt tot een suboptimaal aanbod van gepland vervoer omdat toetreding door andere aanbieders niet mogelijk is. Indien er synergie is tussen spoedeisende ambulancezorg en gepland vervoer met zorg, kan dat ook zonder monopolie worden gerealiseerd. Aanbieders van spoedeisende ambulancezorg kunnen dan immers op de vrije

markt meedingen met het aanbieden van gepland vervoer met zorg. Zij zouden daar ook al in een eventuele aanbesteding rekening mee kunnen houden. Dan werkt die synergie ook door in de kostprijs voor spoedeisende ambulancezorg.

13 Ambulancezorg niet transparant

De transparantie van de ambulancezorg laat te wensen over. Er zijn geen vergelijkbare jaarverslagen beschikbaar. Dit geldt voor alle soorten aanbieders in de ambulancezorg. Het is dus bijvoorbeeld 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 worden gemaakt voor A of B ritten. Enkele observaties aangaande de transparantie:

Voor meer dan 10 ambulancezorgaanbieders is helemaal geen financiële informatie beschikbaar. Aanbieders die wel financiële informatie geven, beperken dat meestal tot de inkomsten. In minstens drie gevallen waar wel informatie over kosten is opgenomen, is dat niet bruikbaar omdat kosten niet goed zijn gesegmenteerd. De kosten bevatten dan bijvoorbeeld ook kosten voor brandweer en GHOR. Alleen de RAV's in Brabant (- Midden/West, -Noord en -Zuidoost) en Hollands Midden, geven uitvoerig verslag.

Op basis van de jaarverslagen van 8 van de 25 RAV's schatten we dat ongeveer 70 tot 75% van de kosten bestaan uit personeelskosten. Dit verschilt niet veel per RAV. De kapitaallasten zijn gemiddeld 18%, met forse verschillen tussen RAV's omdat die allen de kosten op een andere manier categoriseren.

14 Scores en onderbouwing per ordeningsvariant

14.1 Operationele criteria

14.1.1 Patiënten ervaring en financiële toegankelijkheid

Patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid			Patiëntervaringen met ambulancezorg	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.

Patiëntervaringen en financiële toegankelijkheid			Financiële toegankelijkheid voor de patiënt	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Heffen eigen risico door overheidsdienst is niet voor de hand liggend. Het ontbreken van een eigen risico zou zorgmijding kunnen voorkomen. Een patiënt die naar de SEH gebracht wordt is echter zijn eigen risico sowieso kwijt in het ziekenhuis.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder heeft geen invloed op al dan geen eigen risico heffen onder Zvw.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder heeft geen invloed op al dan geen eigen risico heffen onder Zvw.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder heeft geen invloed op al dan geen eigen risico heffen onder Zvw.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder heeft geen invloed op al dan geen eigen risico heffen onder Zvw.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder heeft geen invloed op al dan geen eigen risico heffen onder Zvw.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder heeft geen invloed op al dan geen eigen risico heffen onder Zvw.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder heeft geen invloed op al dan geen eigen risico heffen onder Zvw.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Soort regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder heeft geen invloed op al dan geen eigen risico heffen onder Zvw.

14.1.2 Toegankelijkheid van ambulancezorg

Toegankelijkheid van ambulancezorg			Behalen van normaanrijtijden voor levensbedreigende situaties	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.

Toegankelijkheid van ambulancezorg			Tijdige beschikbaarheid van planbare ambulancezorg	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	0	Het ministerie van VWS is zowel gericht op de toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg, vanuit hun verantwoordelijkheid voor de Nederlandse gezondheidszorg. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Het ministerie van VWS is zowel gericht op de toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg, vanuit hun verantwoordelijkheid voor de Nederlandse gezondheidszorg. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Het ministerie van VWS is zowel gericht op de toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg, vanuit hun verantwoordelijkheid voor de Nederlandse gezondheidszorg. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Zorgverzekeraars zijn zowel gericht op de toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg, vanuit hun zorgplicht en hun verantwoordelijkheid voor de hele keten. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Zorgverzekeraars zijn zowel gericht op de toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg als gepland vervoer met zorg, vanuit hun zorgplicht en hun verantwoordelijkheid voor de hele keten. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Het ROAZ is naast de toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg ook nadrukkelijk gericht op gepland vervoer met zorg omdat de 'haallocaties' deelnemers zijn in het ROAZ. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Het ROAZ is naast de toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg ook nadrukkelijk gericht op gepland vervoer met zorg omdat de 'haallocaties' deelnemers zijn in het ROAZ. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	De GGD/GHOR is vooral gericht op toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg vanuit hun wettelijke taken. Gepland vervoer met zorg staat verder van hen af. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	De GGD/GHOR is vooral gericht op toegankelijkheid van spoedeisende ambulancezorg vanuit hun wettelijke taken. Gepland vervoer met zorg staat verder van hen af. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.

14.1.3 Kwaliteit van ambulancezorg

Kwaliteit van ambulancezorg			Patiëntveiligheid	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke regisseur ook gekozen wordt. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Patiëntveiligheid wordt o.a. geborgd door wettelijke minimale kwaliteitseisen. Deze zijn gelijk welke aanbieder de ambulancezorg ook levert.

Kwaliteit van ambulancezorg			Minimalisatie gezondheidsverlies	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het ministerie van VWS heeft nauwelijks ervaring met het selecteren van (zorg)aanbieders. Het ministerie van VWS kan wel - o.a. via het ZIN - druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het ministerie van VWS heeft nauwelijks ervaring met het selecteren van (zorg)aanbieders. Het ministerie van VWS kan wel - o.a. via het ZIN - druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het ministerie van VWS heeft nauwelijks ervaring met het selecteren van (zorg)aanbieders. Het ministerie van VWS kan wel - o.a. via het ZIN - druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Verzekeraars hebben ruime ervaring met het selecteren van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars/ZN kunnen minder druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren dan bijvoorbeeld het ministerie van VWS. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Verzekeraars hebben ruime ervaring met het selecteren van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars/ZN kunnen minder druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren dan bijvoorbeeld het ministerie van VWS. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het ROAZ als orgaan heeft geen ervaring met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders, deelnemende ziekenhuizen wel. Het LNAZ kan minder druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren dan bijvoorbeeld het ministerie van VWS. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het ROAZ als orgaan heeft geen ervaring met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders, deelnemende ziekenhuizen wel. Het LNAZ kan minder druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren dan bijvoorbeeld het ministerie van VWS. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. De GGD/GHOR heeft minder ervaring met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders. GGD GHOR Nederland kan minder druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren dan bijvoorbeeld het ministerie van VWS. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De regisseur kan via de concessie/het contract sturen op kwaliteitsindicatoren - opgesteld door het veld - die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. De GGD/GHOR heeft minder ervaring met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders. GGD GHOR Nederland kan minder druk op het veld uitoefenen voor de totstandkoming van kwaliteitsindicatoren dan bijvoorbeeld het ministerie van VWS. De regisseur zal via de concessie/het contract met de aanbieder sturen op kwaliteitsindicatoren die minimalisatie van gezondheidsverlies meten. Het soort aanbieder is daarmee niet onderscheidend.

Kwaliteit van ambulancezorg			Medisch-inhoudelijke innovatie	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. De regisseur dient via de concessie/het contract te sturen op betekenisvolle kwaliteitsindicatoren om zo medisch-inhoudelijke innovatie te stimuleren. Ook in de bekostiging dient de regisseur rekening te houden met flexibiliteit om medisch-inhoudelijke innovatie een kans te geven. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Er zijn zowel voorbeelden van huidige private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering die medisch-inhoudelijke innovaties hebben gecreëerd, als voorbeelden van publieke aanbieders.

Kwaliteit van ambulancezorg			Zorg op de juiste plek (op plaats incident of juiste acute zorgaanbieder)	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	VWS richt zich op doelmatige, toegankelijke (Zvw-)zorg van goede kwaliteit. Dit houdt ook in zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken gemaakt worden (dan ROAZ en zorgverzekeraar). 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.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	VWS richt zich op doelmatige, toegankelijke (Zvw-)zorg van goede kwaliteit. Dit houdt ook in zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken gemaakt worden (dan ROAZ en zorgverzekeraar). Aanbieders vallen onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, helpt het dat de aanbieder van ambulancezorg onder dezelfde wetgeving valt als de ziekenhuizen.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	VWS richt zich op doelmatige, toegankelijke (Zvw-)zorg van goede kwaliteit. Dit houdt ook in zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken gemaakt worden (dan ROAZ en zorgverzekeraar). Aanbieders vallen onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, helpt het dat de aanbieder van ambulancezorg onder dezelfde wetgeving valt als de ziekenhuizen.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Zorgverzekeraars voeren de Zvw uit en richten zich in dat kader op zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Zorgverzekeraars staan echter verder af van de medisch inhoudelijke praktijk (dan het ROAZ) en kunnen minder invloed uitoefenen op zorg op juiste plek. Aanbieders vallen onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, helpt het dat de aanbieder van ambulancezorg onder dezelfde wetgeving valt als de ziekenhuizen.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Zorgverzekeraars voeren de Zvw uit en richten zich in dat kader op zorg op de juiste plek door de juiste zorgverlener. Zorgverzekeraars staan echter verder af van de medisch inhoudelijke praktijk (dan het ROAZ) en kunnen minder invloed uitoefenen op zorg op juiste plek. Aanbieders vallen onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, helpt het dat de aanbieder van ambulancezorg onder dezelfde wetgeving valt als de ziekenhuizen.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	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 ontstaan mogelijk wel discussie over de 'juiste plek' doordat deelnemende organisaties binnen het ROAZ verschillende en mogelijk tegengestelde belangen hebben. Aanbieders vallen onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, helpt het dat de aanbieder van ambulancezorg onder dezelfde wetgeving valt als de ziekenhuizen.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	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 ontstaan mogelijk wel discussie over de 'juiste plek' doordat deelnemende organisaties binnen het ROAZ verschillende en mogelijk tegengestelde belangen hebben. Aanbieders vallen onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, helpt het dat de aanbieder van ambulancezorg onder dezelfde wetgeving valt als de ziekenhuizen.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De GGD/GHOR is met name gericht op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, minder gericht op 'reguliere' acute zorg en de zorg op de juiste plek. Aanbieders vallen onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, helpt het dat de aanbieder van ambulancezorg onder dezelfde wetgeving valt als de ziekenhuizen.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De GGD/GHOR is met name gericht op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, minder gericht op 'reguliere' acute zorg en de zorg op de juiste plek. Aanbieders vallen onder het premiekader Zvw. Als zorg leveren op de juiste plek tot hogere kosten leidt voor de ambulancezorg, helpt het dat de aanbieder van ambulancezorg onder dezelfde wetgeving valt als de ziekenhuizen.

14.1.4 Samenwerking in de keten

Samenwerking in de keten			Samenwerking met partijen in de veiligheidsketen	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	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). Het maken van afspraken met partijen in de veiligheidsketen is makkelijker als de aanbieder een overheidsdienst is.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	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). Als in de concessie/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de veiligheidsketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	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). Als in de concessie/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de veiligheidsketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Met zorgverzekeraars als regisseur is de samenwerking in de veiligheidsketen minder automatisch geborgd. 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. Als in de concessie/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de veiligheidsketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Met zorgverzekeraars als regisseur is de samenwerking in de veiligheidsketen minder automatisch geborgd. 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. Als in de concessie/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de veiligheidsketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Met het ROAZ als regisseur is de samenwerking in de veiligheidsketen gemiddeld geborgd. Het ROAZ is als zodanig geen onderdeel van de veiligheidsketen, maar de deelnemende organisaties aan het ROAZ vervullen wel taken in de rampenbestrijding. Zij vormen de 'witte kolom' in de veiligheidsketen. Als in de concessie/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de veiligheidsketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Met het ROAZ als regisseur is de samenwerking in de veiligheidsketen gemiddeld geborgd. Het ROAZ is als zodanig geen onderdeel van de veiligheidsketen, maar de deelnemende organisaties aan het ROAZ vervullen wel taken in de rampenbestrijding. Zij vormen de 'witte kolom' in de veiligheidsketen. Als in de concessie/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de veiligheidsketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	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. Als in de concessie/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de veiligheidsketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	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. Als in de concessie/het contract opgenomen is dat er afspraken gemaakt dienen te worden met partijen in de veiligheidsketen, scoren publieke en private aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering over het algemeen gelijk.

Samenwerking in de keten			Samenwerking met partijen in de acute zorgketen	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	Met het ministerie van VWS als regisseur is de samenwerking in de acute zorgketen gemiddeld geborgd. Het ministerie van VWS staat op enige afstand van de regio's waar de samenwerking tussen partijen in de acute zorgketen plaatsvindt. Tegelijkertijd kan het ministerie hierdoor 'boven de partijen staan' als acute hulpverleners in de regio er samen niet uit komen. Partijen in de acute zorgketen zijn over het algemeen zorgaanbieders die werken in het kader van de Zvw. Samenwerking met een overheidsdienst vergt wellicht meer afstemming omdat zij niet binnen hetzelfde wettelijk kader acteren.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Met het ministerie van VWS als regisseur is de samenwerking in de acute zorgketen gemiddeld geborgd. Het ministerie van VWS staat op enige afstand van de regio's waar de samenwerking tussen partijen in de acute zorgketen plaatsvindt. Tegelijkertijd kan het ministerie hierdoor 'boven de partijen staan' als acute hulpverleners in de regio er samen niet uit komen. Als in de concessie/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.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Met het ministerie van VWS als regisseur is de samenwerking in de acute zorgketen gemiddeld geborgd. Het ministerie van VWS staat op enige afstand van de regio's waar de samenwerking tussen partijen in de acute zorgketen plaatsvindt. Tegelijkertijd kan het ministerie hierdoor 'boven de partijen staan' als acute hulpverleners in de regio er samen niet uit komen. Als in de concessie/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.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	2	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. Als in de concessie/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.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	2	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. Als in de concessie/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.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	3	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. Als in de concessie/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.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	3	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. Als in de concessie/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.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	4	Met de GGD/GHOR als regisseur is de samenwerking in de acute zorgketen minder goed geborgd. De GGD/GHOR is met name gericht op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, minder gericht op 'reguliere' acute zorg en daarmee minder stevig ingebed in de acute zorgketen. Als in de concessie/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.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	4	Met de GGD/GHOR als regisseur is de samenwerking in de acute zorgketen minder goed geborgd. De GGD/GHOR is met name gericht op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, minder gericht op 'reguliere' acute zorg en daarmee minder stevig ingebed in de acute zorgketen. Als in de concessie/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 in de keten		Samenwerking met andere aanbieders van ambulancezorg tussen regio's		
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Regisseur is niet onderscheidend voor criterium. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. In de concessie/het contract is opgenomen dat er afspraken gemaakt dienen te worden tussen aanbieders van ambulancezorg.

14.1.5 Overdracht van gegevens

Overdracht van gegevens		Overdracht van patiëntgegevens van verwijzer aan ambulanceverpleegkundige		
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	Als wetgever en beleidsmaker kan VWS als regisseur invloed uitoefenen op de mogelijkheden van uitwisseling van gegevens tussen verwijzers en ambulancezorg. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken geïmplementeerd dienen te worden. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Als wetgever en beleidsmaker kan VWS als regisseur invloed uitoefenen op de mogelijkheden van uitwisseling van gegevens tussen verwijzers en ambulancezorg. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken geïmplementeerd dienen te worden. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Als wetgever en beleidsmaker kan VWS als regisseur invloed uitoefenen op de mogelijkheden van uitwisseling van gegevens tussen verwijzers en ambulancezorg. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken geïmplementeerd dienen te worden. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	De zorgverzekeraar contracteert het overgrote deel van de verwijzers aan ambulancezorg. Op die manier zou de zorgverzekeraar als regisseur enige druk uit kunnen oefenen op verwijzers om gegevens - binnen de wettelijke kaders - over te dragen. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	De zorgverzekeraar contracteert het overgrote deel van de verwijzers aan ambulancezorg. Op die manier zou de zorgverzekeraar als regisseur enige druk uit kunnen oefenen op verwijzers om gegevens - binnen de wettelijke kaders - over te dragen. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	2	De deelnemende organisaties in het ROAZ zijn de verwijzers aan de ambulancezorg. Het ROAZ kan als regisseur druk uitoefenen op verwijzers om gegevens - binnen de wettelijke kaders - over te dragen. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	2	De deelnemende organisaties in het ROAZ zijn de verwijzers aan de ambulancezorg. Het ROAZ kan als regisseur druk uitoefenen op verwijzers om gegevens - binnen de wettelijke kaders - over te dragen. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	De GGD/GHOR is gericht op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De regisseur 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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	De GGD/GHOR is gericht op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De regisseur 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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.

Overdracht van gegevens			Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan (acute) hulpverlener	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is niet onderscheidend op dit criterium. Overdracht van gegevens van ambulanceverpleegkundige aan acute hulpverlener kan onderdeel vormen van de concessie/het contract. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.

Overdracht van gegevens			Terugkoppeling van patiëntgegevens aan aanbieder ambulancezorg	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	Als wetgever en beleidsmaker kan VWS als regisseur invloed uitoefenen op de mogelijkheden van terugkoppeling van gegevens aan de ambulancezorg. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken geïmplementeerd dienen te worden. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Als wetgever en beleidsmaker kan VWS als regisseur invloed uitoefenen op de mogelijkheden van terugkoppeling van gegevens aan de ambulancezorg. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken geïmplementeerd dienen te worden. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Als wetgever en beleidsmaker kan VWS als regisseur invloed uitoefenen op de mogelijkheden van terugkoppeling van gegevens aan de ambulancezorg. VWS staat echter op grotere afstand van regio's waar afspraken geïmplementeerd dienen te worden. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	De zorgverzekeraar contracteert het overgrote deel van de acute hulpverleners. Op die manier zou de zorgverzekeraar als regisseur enige druk uit kunnen oefenen op acute hulpverleners om gegevens - binnen de wettelijke kaders - terug te koppelen. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	De zorgverzekeraar contracteert het overgrote deel van de acute hulpverleners. Op die manier zou de zorgverzekeraar als regisseur enige druk uit kunnen oefenen op acute hulpverleners om gegevens - binnen de wettelijke kaders - terug te koppelen. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	2	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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	2	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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	De GGD/GHOR is gericht op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De regisseur staat verder af van het overgrote deel van de acute hulpverleners. Daarmee kan de regisseur mogelijk minder invloed uitoefenen op het terugkoppelen van informatie aan de aanbieder van ambulancezorg. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	De GGD/GHOR is gericht op publieke gezondheid en geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. De regisseur staat verder af van het overgrote deel van de acute hulpverleners. Daarmee kan de regisseur mogelijk minder invloed uitoefenen op het terugkoppelen van informatie aan de aanbieder van ambulancezorg. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.

14.2 Bestuurlijke criteria

14.2.1 Governance

Governance			Governance van regisseur	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	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.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	●	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.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	●	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.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	●	De governance van zorgverzekeraars is goed georganiseerd met zowel intern toezicht als extern toezicht. Het interne toezicht van een zorgverzekeraar bestaat uit de Raad van Toezicht, extren vindt toezicht plaats door de NZa en door reputatie-effecten bij verzekerden.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	●	De governance van zorgverzekeraars is goed georganiseerd met zowel intern toezicht als extern toezicht. Het interne toezicht van een zorgverzekeraar bestaat uit de Raad van Toezicht, extren vindt toezicht plaats door de NZa en door reputatie-effecten bij verzekerden.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	○	Het ROAZ is op dit moment (nog) een bestuurlijk overleg zonder toezichtsstructuur. 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 de ROAZ. Als het ROAZ de regie-functie op zich neemt verandert de positie van de ambulancezorg. De ambulancezorg wordt in dat geval toeleverancier aan het ROAZ.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	○	Het ROAZ is op dit moment (nog) een bestuurlijk overleg zonder toezichtsstructuur. 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 de ROAZ. Als het ROAZ de regie-functie op zich neemt verandert de positie van de ambulancezorg. De ambulancezorg wordt in dat geval toeleverancier aan het ROAZ.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	◐	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 overeen met die van andere deelnemende gemeentes.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	◐	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 overeen met die van andere deelnemende gemeentes.

Governance			Governance van aanbieder	
Variant	Wie? regisseur	Welke? soort aanbieder	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	Hoe de governance georganiseerd is als de aanbieder een overheidsdienst is hangt af van de positionering van de overheidsdienst, bijvoorbeeld als onderdeel van VWS of op afstand als ZBO, of als wettelijke taak door een GGD.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering kunnen hun governance goed organiseren. Zij dienen hierbij rekening te houden met: de rol van de patiënt, duidelijk onderscheid in rollen en verantwoordelijkheden te maken tussen de Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht (RvT) en te waarborgen dat de RvB en de RvT besturen en toezicht houden vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie. Voor publieke aanbieders die hun taak uitvoeren als een gemeenschappelijke regeling is de governancecode zorg minder makkelijk te implementeren, zij voldoen niet aan de eisen van de WTZI waar het gaat om onafhankelijk bestuur en toezicht.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering kunnen in principe voldoen aan de governancecode 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 waarschijnlijk 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.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering kunnen hun governance goed organiseren. Zij dienen hierbij rekening te houden met: de rol van de patiënt, duidelijk onderscheid in rollen en verantwoordelijkheden te maken tussen de Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht (RvT) en te waarborgen dat de RvB en de RvT besturen en toezicht houden vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie. Voor publieke aanbieders die hun taak uitvoeren als een gemeenschappelijke regeling is de governancecode zorg minder makkelijk te implementeren, zij voldoen niet aan de eisen van de WTZI waar het gaat om onafhankelijk bestuur en toezicht.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering kunnen in principe voldoen aan de governancecode 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 waarschijnlijk 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.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering kunnen hun governance goed organiseren. Zij dienen hierbij rekening te houden met: de rol van de patiënt, duidelijk onderscheid in rollen en verantwoordelijkheden te maken tussen de Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht (RvT) en te waarborgen dat de RvB en de RvT besturen en toezicht houden vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie. Voor publieke aanbieders die hun taak uitvoeren als een gemeenschappelijke regeling is de governancecode zorg minder makkelijk te implementeren, zij voldoen niet aan de eisen van de WTZI waar het gaat om onafhankelijk bestuur en toezicht.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering kunnen in principe voldoen aan de governancecode 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 waarschijnlijk 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.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	2	Private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering kunnen hun governance goed organiseren. Zij dienen hierbij rekening te houden met: de rol van de patiënt, duidelijk onderscheid in rollen en verantwoordelijkheden te maken tussen de Raad van Bestuur (RvB) en de Raad van Toezicht (RvT) en te waarborgen dat de RvB en de RvT besturen en toezicht houden vanuit de maatschappelijke doelstelling van de zorgorganisatie.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering kunnen in principe voldoen aan de governancecode 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 waarschijnlijk 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.

14.2.2 Arbeidsmarkt-aspecten

Arbeidsmarkt-aspecten			Perspectief personeel (werkzekerheid, werkinhoud en medewerkerstevredenheid)	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. Het ambulancepersoneel ervaart waarschijnlijk een grotere werkzekerheid bij (een) overheidsdienst(en).
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. Het ambulancepersoneel ervaart waarschijnlijk gemiddelde werkzekerheid bij publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. 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 medewerkerstevredenheidsonderzoeken. 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.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. Het ambulancepersoneel ervaart waarschijnlijk gemiddelde werkzekerheid bij publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. 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 medewerkerstevredenheidsonderzoeken. 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.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. Het ambulancepersoneel ervaart waarschijnlijk gemiddelde werkzekerheid bij publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. 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 medewerkerstevredenheidsonderzoeken. 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.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. Het ambulancepersoneel ervaart waarschijnlijk gemiddelde werkzekerheid bij publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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. 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 medewerkerstevredenheidsonderzoeken. 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.

Arbeidsmarkt-aspecten			Perspectief aanbieders (beschikbaarheid van personeel)	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Mogelijk is het aantrekken van personeel makkelijker door een overheidsdienst omdat het ambulancepersoneel daar waarschijnlijk een grotere werkzekerheid ervaart.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering zullen gemiddeld in staat zijn om ambulancezorgmedewerkers aan te trekken.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Private aanbieders die gericht zijn op winstuitkering zullen gemiddeld in staat zijn om ambulancezorgmedewerkers aan te trekken.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering zullen gemiddeld in staat zijn om ambulancezorgmedewerkers aan te trekken.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Private aanbieders die gericht zijn op winstuitkering zullen gemiddeld in staat zijn om ambulancezorgmedewerkers aan te trekken.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering zullen gemiddeld in staat zijn om ambulancezorgmedewerkers aan te trekken.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Private aanbieders die gericht zijn op winstuitkering zullen gemiddeld in staat zijn om ambulancezorgmedewerkers aan te trekken.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Publieke en private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering zullen gemiddeld in staat zijn om ambulancezorgmedewerkers aan te trekken.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. Enerzijds kan een 'regionale' regisseur zoals het ROAZ of in mindere mate de GGD/GHOR of zorgverzekeraar mogelijk invloed uitoefenen op de regionale planning voor (het opleiden van) voldoende ambulancezorgpersoneel. Anderzijds kan een centrale regisseur zoals VWS invloed uitoefenen op de planning van personeel met beleid en geld. Het beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Private aanbieders die gericht zijn op winstuitkering zullen gemiddeld in staat zijn om ambulancezorgmedewerkers aan te trekken.

Arbeidsmarkt-aspecten			Perspectief regisseur (betaalbaarheid personeel, opleidings- en functie-eisen)	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Regisseur is nauwelijks onderscheidend op dit criterium. 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 beschikbaarheidsprobleem van ambulanceverpleegkundigen wordt door partijen als gedeeld ervaren en daarom nu sowieso opgepakt, onafhankelijk van de regisseur. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium. Voor het ambulancepersoneel geldt dezelfde CAO.

14.2.3 Bestuurlijke complexiteit

Bestuurlijke complexiteit			Afstand van landelijke of lokale politiek	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	🕒	Ministerie van VWS staat onder leiding van de minister, dit kan leiden tot enige politisering van de ambulancezorg. De overheidsdienst staat (al dan niet op afstand) onder leiding van de minister van VWS, dit kan leiden tot enige politisering van de ambulancezorg.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Ministerie van VWS staat onder leiding van de minister, dit kan leiden tot enige politisering van de ambulancezorg. Bij publieke aanbieders met wethouders en/of burgemeesters van gemeentes in het bestuur bestaat een risico op politisering van de ambulancezorg. Dit is bij private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering niet het geval.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Ministerie van VWS staat onder leiding van de minister, dit kan leiden tot enige politisering van de ambulancezorg. Bij private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering bestaat geen risico op politisering van de ambulancezorg.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Zorgverzekeraars staan op afstand van landelijke en regionale politiek en staan onder toezicht van de NZa. Er is minder risico op politisering van de ambulancezorg. Bij publieke aanbieders met wethouders en/of burgemeesters van gemeentes in het bestuur bestaat een risico op politisering van de ambulancezorg. Dit is bij private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering niet het geval.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Zorgverzekeraars staan op afstand van landelijke en regionale politiek en staan onder toezicht van de NZa. Er is minder risico op politisering van de ambulancezorg. Bij private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering bestaat geen risico op politisering van de ambulancezorg.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Het ROAZ staat op afstand van landelijke en regionale politiek, deelnemende zorgaanbieders staan onder toezicht van de IGZ. Er is minder risico op politisering van de ambulancezorg. Bij publieke aanbieders met wethouders en/of burgemeesters van gemeentes in het bestuur bestaat een risico op politisering van de ambulancezorg. Dit is bij private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering niet het geval.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Het ROAZ staat op afstand van landelijke en regionale politiek, deelnemende zorgaanbieders staan onder toezicht van de IGZ. Er is minder risico op politisering van de ambulancezorg. Bij private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering bestaat geen risico op politisering van de ambulancezorg.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Bestuur van GGD/GHOR bestaat over het algemeen uit wethouders en/of burgemeesters van gemeentes, dit kan leiden tot enige politisering van de ambulancezorg. Bij private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering bestaat geen risico op politisering van de ambulancezorg (publieke aanbieders zijn niet mogelijk, immers GGD/GHOR is regisseur).
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Bestuur van GGD/GHOR bestaat over het algemeen uit wethouders en/of burgemeesters van gemeentes, dit kan leiden tot enige politisering van de ambulancezorg. Bij private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering bestaat geen risico op politisering van de ambulancezorg.

Bestuurlijke complexiteit			Bestuurlijke drukte	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Als aanbieders geen mogelijkheid tot winstuitkering hebben, leidt dit tot minder bestuurlijke drukte.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Als aanbieders geen mogelijkheid tot winstuitkering hebben, leidt dit tot minder bestuurlijke drukte.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. 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.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Als aanbieders geen mogelijkheid tot winstuitkering hebben, leidt dit tot minder bestuurlijke drukte.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. 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.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Als aanbieders geen mogelijkheid tot winstuitkering hebben, leidt dit tot minder bestuurlijke drukte.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. 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.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Als aanbieders geen mogelijkheid tot winstuitkering hebben, leidt dit tot minder bestuurlijke drukte.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. 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.

14.2.4 Kosten voor de maatschappij

Kosten voor de maatschappij			Directe kosten ambulancezorg	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	De directe kosten zullen met het ministerie van VWS als regisseur iets stijgen n.a.v. de groei in spoedeisende ambulancezorgvragen. Als ambulancezorg een overheidsdienst is en daarmee niet binnen het premiekader van de Zvw valt, neemt het aantal ritten mogelijk toe omdat patiënten door het ontbreken van een eigen risico geen prikkel meer hebben om geen ambulance te bellen. Daarnaast is het risico op inefficiënte bedrijfsvoering bij een overheidsdienst hoger dan bij private partijen
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	1	De directe kosten zullen met het ministerie van VWS als regisseur iets stijgen n.a.v. de groei in spoedeisende ambulancezorgvragen. Publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering kennen minder sterke efficiëntieprikkels. Wel kan intrinsieke drive om goede zorg te leveren, leiden tot betere kwaliteit van ambulancezorg (vooral de aspecten van kwaliteit die niet goed te meten zijn)
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	2	De directe kosten zullen met het ministerie van VWS als regisseur iets stijgen n.a.v. de groei in spoedeisende ambulancezorgvragen. Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering hebben een sterkere efficiëntieprikkels wat leidt tot lagere kosten. Een deel van dat voordeel wordt uitbetaald in winst voor de aandeelhouders. Informatie over het kostenniveau kan ook gebruikt worden om private not-for-profit aanbieders efficiënt te houden
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	1	De directe kosten in de ambulancezorg zouden (naast de groei van spoedeisende ritten) kunnen stijgen met de zorgverzekeraar als regisseur, als deze wil investeren in deze schakel van de acute keten om de keten te optimaliseren. Bijvoorbeeld door investeringen in prehospital care of door langere ambulanceritten naar gespecialiseerde SEH's. Publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering kennen minder sterke efficiëntieprikkels. Wel kan intrinsieke drive om goede zorg te leveren, leiden tot betere kwaliteit van ambulancezorg (vooral de aspecten van kwaliteit die niet goed te meten zijn)
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	1	De directe kosten in de ambulancezorg zouden (naast de groei van spoedeisende ritten) kunnen stijgen met de zorgverzekeraar als regisseur, als deze wil investeren in deze schakel van de acute keten om de keten te optimaliseren. Bijvoorbeeld door investeringen in prehospital care of door langere ambulanceritten naar gespecialiseerde SEH's. Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering hebben een sterkere efficiëntieprikkels wat leidt tot lagere kosten. Een deel van dat voordeel wordt uitbetaald in winst voor de aandeelhouders. Informatie over het kostenniveau kan ook gebruikt worden om private not-for-profit aanbieders efficiënt te houden
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	1	De directe kosten in de ambulancezorg zouden (naast de groei van spoedeisende ritten) kunnen stijgen als het ROAZ de regie heeft door de focus van de juiste zorg, door de juiste professional op de juiste plek. Bijvoorbeeld door investeringen in prehospital care of door langere ambulanceritten naar gespecialiseerde SEH's. Publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering kennen minder sterke efficiëntieprikkels. Wel kan intrinsieke drive om goede zorg te leveren, leiden tot betere kwaliteit van ambulancezorg (vooral de aspecten van kwaliteit die niet goed te meten zijn)
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	1	De directe kosten in de ambulancezorg zouden (naast de groei van spoedeisende ritten) kunnen stijgen als het ROAZ de regie heeft door de focus van de juiste zorg, door de juiste professional op de juiste plek. Bijvoorbeeld door investeringen in prehospital care of door langere ambulanceritten naar gespecialiseerde SEH's. Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering hebben een sterkere efficiëntieprikkels wat leidt tot lagere kosten. Een deel van dat voordeel wordt uitbetaald in winst voor de aandeelhouders. Informatie over het kostenniveau kan ook gebruikt worden om private not-for-profit aanbieders efficiënt te houden
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelikh. tot winstuitk.	1	De directe kosten zullen met de GGD-GHOR als regisseur iets stijgen n.a.v. de groei in spoedeisende ambulancezorgvragen. Publieke/private aanbieders zonder mogelijkheid tot winstuitkering kennen minder sterke efficiëntieprikkels. Wel kan intrinsieke drive om goede zorg te leveren, leiden tot betere kwaliteit van ambulancezorg (vooral de aspecten van kwaliteit die niet goed te meten zijn)
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelikh. tot winstuitk.	2	De directe kosten zullen met de GGD-GHOR als regisseur iets stijgen n.a.v. de groei in spoedeisende ambulancezorgvragen. Private aanbieders met mogelijkheid tot winstuitkering hebben een sterkere efficiëntieprikkels wat leidt tot lagere kosten. Een deel van dat voordeel wordt uitbetaald in winst voor de aandeelhouders. Informatie over het kostenniveau kan ook gebruikt worden om private not-for-profit aanbieders efficiënt te houden

Kosten voor de maatschappij			Overhead kosten (onder andere voor contractering en samenwerking met ketenpartners)	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	De hoogte van de overheadkosten bij het ministerie van VWS als regisseur hangen af van het soort aanbieders van ambulancezorg. Als het overheidsdiensten betreft dan zullen de kosten voor selecteren van aanbieders lager zijn. Echter, de dienst moet wel worden aangestuurd. Als het private aanbieders betreft hangt het er van af of de overheid moet aanbesteden hoe hoog de overheadkosten zijn. De overhead kosten zijn gemiddeld bij overheidsdienst(en). Enerzijds is er nauwelijks sprake van contractering, anderzijds kunnen de kosten voor samenwerking met de acute zorgaanbieders iets hoger zijn omdat de overheidsdienst niet automatisch onderdeel van de acute zorgketen is.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	De hoogte van de overheadkosten bij het ministerie van VWS als regisseur hangen af van het soort aanbieders van ambulancezorg. Als het overheidsdiensten betreft dan zullen de kosten voor selecteren van aanbieders lager zijn. Echter, de dienst moet wel worden aangestuurd. Als het private aanbieders betreft hangt het er van af of de overheid moet aanbesteden hoe hoog de overheadkosten zijn. Bij een combinatie van publieke en private aanbieders zal in de meeste gevallen sprake zijn van een periodiek selectieproces, wat tijd en geld kost.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	De hoogte van de overheadkosten bij het ministerie van VWS als regisseur hangen af van het soort aanbieders van ambulancezorg. Als het overheidsdiensten betreft dan zullen de kosten voor selecteren van aanbieders lager zijn. Echter, de dienst moet wel worden aangestuurd. Als het private aanbieders betreft hangt het er van af of de overheid moet aanbesteden hoe hoog de overheadkosten zijn. Bij private aanbieders zal in de meeste gevallen sprake zijn van een periodiek selectieproces, wat tijd en geld kost.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	2	De overhead kosten van het selecteren van aanbieders liggen waarschijnlijk bij de zorgverzekeraar als regisseur het laagst. Zij zijn niet aanbestedingsplichtig en hebben ruime ervaring met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders. Bij een combinatie van publieke en private aanbieders zal in de meeste gevallen sprake zijn van een periodiek selectieproces, wat tijd en geld kost.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	2	De overhead kosten van het selecteren van aanbieders liggen waarschijnlijk bij de zorgverzekeraar als regisseur het laagst. Zij zijn niet aanbestedingsplichtig en hebben ruime ervaring met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders. Bij private aanbieders zal in de meeste gevallen sprake zijn van een periodiek selectieproces, wat tijd en geld kost.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	De overhead kosten liggen hoger met het ROAZ als regisseur omdat deze waarschijnlijk aanbestedingsplichtig is en er 11 ROAZ-regio's zijn, die mogelijk afzonderlijk gaan aanbesteden. Het ROAZ is bovendien niet gewend om zorg in te kopen en zal speciaal daarvoor deze functionaliteit moeten organiseren. Bij een combinatie van publieke en private aanbieders zal in de meeste gevallen sprake zijn van een periodiek selectieproces, wat tijd en geld kost.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	De overhead kosten liggen hoger met het ROAZ als regisseur omdat deze waarschijnlijk aanbestedingsplichtig is en er 11 ROAZ-regio's zijn, die mogelijk afzonderlijk gaan aanbesteden. Het ROAZ is bovendien niet gewend om zorg in te kopen en zal speciaal daarvoor deze functionaliteit moeten organiseren. Bij private aanbieders zal in de meeste gevallen sprake zijn van een periodiek selectieproces, wat tijd en geld kost.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	De overhead kosten liggen hoger met de GGD/GHOR als regisseur omdat deze waarschijnlijk aanbestedingsplichtig is en er 25 GGD/GHOR-regio's zijn, die mogelijk afzonderlijk gaan aanbesteden. Bovendien heeft de GGD/GHOR niet zoals een zorgverzekeraar al een bestaand apparaat om op grote schaal zorg in te kopen. Bij een combinatie van publieke en private aanbieders zal in de meeste gevallen sprake zijn van een periodiek selectieproces, wat tijd en geld kost.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	De overhead kosten liggen hoger met de GGD/GHOR als regisseur omdat deze waarschijnlijk aanbestedingsplichtig is en er 25 GGD/GHOR-regio's zijn, die mogelijk afzonderlijk gaan aanbesteden. Bovendien heeft de GGD/GHOR niet zoals een zorgverzekeraar al een bestaand apparaat om op grote schaal zorg in te kopen. Bij private aanbieders zal in de meeste gevallen sprake zijn van een periodiek selectieproces, wat tijd en geld kost.

Kosten voor de maatschappij			Vervolgkosten medisch specialistische zorg	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	🕒	Het Ministerie van VWS is als regisseur gericht op zorgkosten in totaal en daarmee de impact van de kwaliteit van de ambulancezorg op de vervolgkosten van medisch specialistische zorg. VWS staat echter wel meer op afstand van de acute zorgketen en kan daarmee minder directe invloed uitoefenen dan bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Aanbieder valt onder andere bekostiging, heeft mogelijk minder prikkel om te sturen op vervolgkosten Zvw aangezien effecten in Zvw (besparing of kwaliteitsverbetering) waarschijnlijk moeilijk zijn te vertalen naar extra budget voor ambulancezorg
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Het Ministerie van VWS is als regisseur gericht op zorgkosten in totaal en daarmee de impact van de kwaliteit van de ambulancezorg op de vervolgkosten van medisch specialistische zorg. VWS staat echter wel meer op afstand van de acute zorgketen en kan daarmee minder directe invloed uitoefenen dan bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Aanbieder valt onder Zvw, en kan door de regisseur worden aangezet om bij te dragen aan lagere vervolgkosten Zvw.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Het Ministerie van VWS is als regisseur gericht op zorgkosten in totaal en daarmee de impact van de kwaliteit van de ambulancezorg op de vervolgkosten van medisch specialistische zorg. VWS staat echter wel meer op afstand van de acute zorgketen en kan daarmee minder directe invloed uitoefenen dan bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Aanbieder valt onder Zvw, en kan door de regisseur worden aangezet om bij te dragen aan lagere vervolgkosten Zvw.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Zorgverzekeraars hebben de grootste prikkel om te sturen op de vervolgkosten van medisch specialistische zorg en om te monitoren wat de impact van de kwaliteit van de ambulancezorg op deze vervolgkosten is. Aanbieder valt onder Zvw, en kan door de regisseur worden aangezet om bij te dragen aan lagere vervolgkosten Zvw.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Zorgverzekeraars hebben de grootste prikkel om te sturen op de vervolgkosten van medisch specialistische zorg en om te monitoren wat de impact van de kwaliteit van de ambulancezorg op deze vervolgkosten is. Aanbieder valt onder Zvw, en kan door de regisseur worden aangezet om bij te dragen aan lagere vervolgkosten Zvw.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Het ROAZ bestaat uit aanbieders van acute zorg. Het ROAZ is hierdoor als regisseur waarschijnlijk meer gericht op de impact van de ambulancezorg op de vervolgkosten elders in de keten, zoals de kosten van medisch specialistische zorg. Aanbieder valt onder Zvw, en kan door de regisseur worden aangezet om bij te dragen aan lagere vervolgkosten Zvw.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	Het ROAZ bestaat uit aanbieders van acute zorg. Het ROAZ is hierdoor als regisseur waarschijnlijk meer gericht op de impact van de ambulancezorg op de vervolgkosten elders in de keten, zoals de kosten van medisch specialistische zorg. Aanbieder valt onder Zvw, en kan door de regisseur worden aangezet om bij te dragen aan lagere vervolgkosten Zvw.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	🕒	De rol van de GGD/GHOR in de acute zorgketen is vooral gericht op rampenbestrijding. De GGD/GHOR is hierdoor als regisseur mogelijk minder gericht op de impact van de ambulancezorg op de vervolgkosten van medisch specialistische zorg. Aanbieder valt onder Zvw, en kan door de regisseur worden aangezet om bij te dragen aan lagere vervolgkosten Zvw.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	🕒	De rol van de GGD/GHOR in de acute zorgketen is vooral gericht op rampenbestrijding. De GGD/GHOR is hierdoor als regisseur mogelijk minder gericht op de impact van de ambulancezorg op de vervolgkosten van medisch specialistische zorg. Aanbieder valt onder Zvw, en kan door de regisseur worden aangezet om bij te dragen aan lagere vervolgkosten Zvw.

14.3 Transitie criteria

14.3.1 Transitiekosten

Transitiekosten			Lopende kosten	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	Regiefunctie komt het meest overeen met de huidige situatie. Het ministerie dient de transparantie van het selectieproces verder te vergroten. Er zijn in aanzienlijke mate aanpassingen in wet- en regelgeving nodig. Nieuwe dienst/afdeling VWS/ZBO/agentschap moet worden opgezet en bemenst.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.	2	Regiefunctie komt het meest overeen met de huidige situatie. Het ministerie dient de transparantie van het selectieproces verder te vergroten. Aanpassing wet- en regelgeving nodig om winststreven te verbieden.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.	3	Regiefunctie komt het meest overeen met de huidige situatie. Het ministerie dient de transparantie van het selectieproces verder te vergroten. Grootste deel huidige aanbieders van ambulancezorg kunnen in deze variant ambulancezorg blijven leveren, dus relatief weinig kosten voor nieuwe wet-en regelgeving met betrekking tot dit aspect
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.	4	Regiefunctie komt overeen met de rol van de zorgverzekeraars als inkopers van zorg in het Nederlandse zorgsysteem. Specifiek voor de ambulancezorg dienen zorgverzekeraars nog een actiever rol te ontwikkelen voor de selectie van ambulancezorgaanbieders. Aanpassing wet- en regelgeving nodig om winststreven te verbieden.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.	5	Regiefunctie komt overeen met de rol van de zorgverzekeraars als inkopers van zorg in het Nederlandse zorgsysteem. Specifiek voor de ambulancezorg dienen zorgverzekeraars nog een actiever rol te ontwikkelen voor de selectie van ambulancezorgaanbieders. Grootste deel huidige aanbieders van ambulancezorg kunnen in deze variant ambulancezorg blijven leveren, dus relatief weinig kosten voor nieuwe wet-en regelgeving met betrekking tot dit aspect
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.	6	De lopende kosten liggen hoger met het ROAZ als regisseur omdat deze als overlegorgaan nu geen ervaring heeft met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders, bovendien is het nu een overlegorgaan en geen rechtspersoon. Aanpassing wet- en regelgeving nodig om winststreven te verbieden.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.	7	De lopende kosten liggen hoger met het ROAZ als regisseur omdat deze als overlegorgaan nu geen ervaring heeft met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders, bovendien is het nu een overlegorgaan en geen rechtspersoon. Grootste deel huidige aanbieders van ambulancezorg kunnen in deze variant ambulancezorg blijven leveren, dus relatief weinig kosten voor nieuwe wet-en regelgeving met betrekking tot dit aspect
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.	8	GGD/GHOR heeft minder ervaring met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders. GGDs die nu geen ambulancezorg leveren, zijn minder betrokken bij de acute zorgketen dan andere regisseurs, dit dienen zij te ontwikkelen. Wet- en regelgeving aanpassen vanwege rol BZK bij financiering gemeenten. Aanpassing wet- en regelgeving nodig om winststreven te verbieden.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.	9	GGD/GHOR heeft minder ervaring met het selecteren en contracteren van zorgaanbieders. GGDs die nu geen ambulancezorg leveren, zijn minder betrokken bij de acute zorgketen dan andere regisseurs, dit dienen zij te ontwikkelen. Wet- en regelgeving aanpassen vanwege rol BZK bij financiering gemeenten. Grootste deel huidige aanbieders van ambulancezorg kunnen in deze variant ambulancezorg blijven leveren, dus relatief weinig kosten voor nieuwe wet-en regelgeving met betrekking tot dit aspect

Transitiekosten			Waardeoverdracht en -verandering	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	①	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Waarschijnlijk kosten voor onteigening van huidige aanbieders met winststreven ambulancezorg (hoogte afhankelijk van mate waarin huidige vergunning teruggetrokken/niet verlengd kan worden).
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.	①	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Waarschijnlijk kosten voor onteigening van huidige aanbieders met winststreven ambulancezorg (hoogte afhankelijk van mate waarin huidige vergunning teruggetrokken/niet verlengd kan worden).
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.	②	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Geen waardeoverdracht en -verandering verwacht
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.	①	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Waarschijnlijk kosten voor onteigening van huidige aanbieders met winststreven ambulancezorg (hoogte afhankelijk van mate waarin huidige vergunning teruggetrokken/niet verlengd kan worden).
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.	②	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Geen waardeoverdracht en -verandering verwacht
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.	①	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Waarschijnlijk kosten voor onteigening van huidige aanbieders met winststreven ambulancezorg (hoogte afhankelijk van mate waarin huidige vergunning teruggetrokken/niet verlengd kan worden).
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.	②	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Geen waardeoverdracht en -verandering verwacht
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.	①	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Waarschijnlijk kosten voor onteigening van huidige aanbieders met winststreven ambulancezorg (hoogte afhankelijk van mate waarin huidige vergunning teruggetrokken/niet verlengd kan worden).
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.	②	Regisseur is niet onderscheidend voor dit criterium. Geen waardeoverdracht en -verandering verwacht

Transitiekosten			Onzekerheden	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	Onzekerheden in huidige fase gelijk voor verschillende regisseurs. Hoge onzekerheid over voortbestaan voor aanbieders van ambulancezorg. Waarschijnlijk juist baan zekerheid en (semi) ambtelijke status voor medewerkers.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Onzekerheden in huidige fase gelijk voor verschillende regisseurs. Onzekerheid voor baan personeel en voortbestaan bepaalde aanbieders van ambulancezorg.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Onzekerheden in huidige fase gelijk voor verschillende regisseurs. Situatie met betrekking tot eigenaarschap gelijk aan nu, eventuele onzekerheden niet onderscheidend voor dit criterium.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Onzekerheden in huidige fase gelijk voor verschillende regisseurs. Onzekerheid voor baan personeel en voortbestaan bepaalde aanbieders van ambulancezorg.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Onzekerheden in huidige fase gelijk voor verschillende regisseurs. Situatie met betrekking tot eigenaarschap gelijk aan nu, eventuele onzekerheden niet onderscheidend voor dit criterium.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Onzekerheden in huidige fase gelijk voor verschillende regisseurs. Onzekerheid voor baan personeel en voortbestaan bepaalde aanbieders van ambulancezorg.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Onzekerheden in huidige fase gelijk voor verschillende regisseurs. Situatie met betrekking tot eigenaarschap gelijk aan nu, eventuele onzekerheden niet onderscheidend voor dit criterium.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Onzekerheden in huidige fase iets hoger voor GGD/GHOR vanwege begroting BZK ipv VWS Onzekerheid voor baan personeel en voortbestaan bepaalde aanbieders van ambulancezorg.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Onzekerheden in huidige fase iets hoger voor GGD/GHOR vanwege begroting BZK ipv VWS Situatie met betrekking tot eigenaarschap gelijk aan nu, eventuele onzekerheden niet onderscheidend voor dit criterium.

Transitiekosten			Gedragseffecten	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Mogelijk perverse gedragseffecten voor hogere waarde bij onteigening (als relevant, dat hangt af van vergunningsvoorwaarden).
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Mogelijk perverse gedragseffecten voor hogere waarde bij onteigening.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Vergelijkbare gedragseffecten als nu (te mitigeren met betere transparantie).
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Mogelijk perverse gedragseffecten voor hogere waarde bij onteigening.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Vergelijkbare gedragseffecten als nu (te mitigeren met betere transparantie).
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Mogelijk perverse gedragseffecten voor hogere waarde bij onteigening.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Vergelijkbare gedragseffecten als nu (te mitigeren met betere transparantie).
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuik.		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Mogelijk perverse gedragseffecten voor hogere waarde bij onteigening.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuik.		Gedragseffecten hangen eerder af van al dan niet onteigenen dan van regisseur. Vergelijkbare gedragseffecten als nu (te mitigeren met betere transparantie).

14.3.2 Draagvlak

Draagvlak			Patiënten	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	Patiënt heeft waarschijnlijk voorkeur voor publieke regisseur, met name ministerie van VWS. Maatschappelijk sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Maatschappelijk sentiment tegen aanbesteding en mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Patiënt heeft waarschijnlijk voorkeur voor publieke regisseur, met name ministerie van VWS. Maatschappelijk sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Maatschappelijk sentiment tegen mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Patiënt heeft waarschijnlijk voorkeur voor publieke regisseur, met name ministerie van VWS. Maatschappelijk sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Maatschappelijk sentiment tegen mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	◐	Mogelijk maatschappelijk sentiment tegen zorgverzekeraar als regisseur van ambulancezorg. Maatschappelijk sentiment tegen mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	◐	Mogelijk maatschappelijk sentiment tegen zorgverzekeraar als regisseur van ambulancezorg. Maatschappelijk sentiment tegen mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Patiënt verkiest waarschijnlijk ziekenhuizen boven zorgverzekeraars als regisseur van ambulancezorg. Maatschappelijk sentiment tegen mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	◐	Patiënt verkiest waarschijnlijk ziekenhuizen boven zorgverzekeraars als regisseur van ambulancezorg. Maatschappelijk sentiment tegen mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Patiënt heeft waarschijnlijk voorkeur voor publieke regisseur. Maatschappelijk sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Maatschappelijk sentiment tegen mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	◐	Patiënt heeft waarschijnlijk voorkeur voor publieke regisseur. Maatschappelijk sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Maatschappelijk sentiment tegen mogelijkheid tot winstuitkering in de ambulancezorg.

Draagvlak			Personeel	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	Personeel heeft voorkeur voor publieke regisseur en voelt niet voor aanbesteden. Maatschappelijk sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Het ambulancepersoneel ervaart waarschijnlijk een grotere werkzekerheid bij (een) overheidsdienst(en).
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Personeel heeft voorkeur voor publieke regisseur en voelt niet voor aanbesteden. Maatschappelijk sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Personeel heeft voorkeur voor publieke aanbieder zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Personeel heeft voorkeur voor publieke regisseur en voelt niet voor aanbesteden. Maatschappelijk sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Het ambulancepersoneel is over het algemeen minder enthousiast over werken voor private aanbieders die gericht zijn op het uitkeren van winst.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Personeel is geen voorstander van zorgverzekeraars als regisseur van ambulancezorg. Personeel heeft voorkeur voor publieke aanbieder zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Personeel is geen voorstander van zorgverzekeraars als regisseur van ambulancezorg. Het ambulancepersoneel is over het algemeen minder enthousiast over werken voor private aanbieders die gericht zijn op het uitkeren van winst.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Personeel verkiest waarschijnlijk ziekenhuizen boven zorgverzekeraars als regisseur van ambulancezorg. Personeel heeft voorkeur voor publieke aanbieder zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Personeel verkiest waarschijnlijk ziekenhuizen boven zorgverzekeraars als regisseur van ambulancezorg. Het ambulancepersoneel is over het algemeen minder enthousiast over werken voor private aanbieders die gericht zijn op het uitkeren van winst.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Personeel heeft voorkeur voor publieke regisseur. Sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Personeel heeft voorkeur voor publieke aanbieder zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Personeel heeft voorkeur voor publieke regisseur. Sentiment tegen private regisseur van ambulancezorg, zoals zorgverzekeraar. Het ambulancepersoneel is over het algemeen minder enthousiast over werken voor private aanbieders die gericht zijn op het uitkeren van winst.

Draagvlak			Huidige aanbieders	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	Overgrote deel van huidige aanbieders is over het algemeen tevreden over de huidige regierol door VWS. Circa helft van de huidige aanbieders is privaat en kan geen ambulancezorg leveren als gekozen wordt voor (een) overheidsdienst(en).
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	2	Overgrote deel van huidige aanbieders is over het algemeen tevreden over de huidige regierol door VWS. Het merendeel van de huidige aanbieders kan ambulancezorg blijven leveren, maar zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	3	Overgrote deel van huidige aanbieders is over het algemeen tevreden over de huidige regierol door VWS. Circa helft aanbieders is publiek en dient nieuwe rechtsvorm op te zetten om private aanbieder te worden.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	4	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 iets op afstand van de acute zorg / ambulancezorg. Het merendeel van de huidige aanbieders kan ambulancezorg blijven leveren, maar zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	5	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 iets op afstand van de acute zorg / ambulancezorg. Circa helft aanbieders is publiek en dient nieuwe rechtsvorm op te zetten om private aanbieder te worden.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	6	Huidige aanbieders zijn onderdeel van het ROAZ, maar hebben over het algemeen geen voorkeur voor ROAZ als regisseur. Zij geven aan dat het ROAZ nog niet overal voldoende functioneert (bijvoorbeeld door verschil van inzicht tussen concurrerende ziekenhuizen). Daarnaast geven ze aan dat de ambulancezorg nu een onafhankelijke positie heeft als acute zorgaanbieder. Ze vinden het van belang om deze onafhankelijke positie te behouden. Het merendeel van de huidige aanbieders kan ambulancezorg blijven leveren, maar zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	7	Huidige aanbieders zijn onderdeel van het ROAZ, maar hebben over het algemeen geen voorkeur voor ROAZ als regisseur. Zij geven aan dat het ROAZ nog niet overal voldoende functioneert (bijvoorbeeld door verschil van inzicht tussen concurrerende ziekenhuizen). Daarnaast geven ze aan dat de ambulancezorg nu een onafhankelijke positie heeft als acute zorgaanbieder. Ze vinden het van belang om deze onafhankelijke positie te behouden. Circa helft aanbieders is publiek en dient nieuwe rechtsvorm op te zetten om private aanbieder te worden.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	8	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 eveneens voor aanbieders die geen onderdeel van de GGD/GHOR zijn. Het merendeel van de huidige aanbieders kan ambulancezorg blijven leveren, maar zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	9	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 eveneens voor aanbieders die geen onderdeel van de GGD/GHOR zijn. Circa helft aanbieders is publiek en dient nieuwe rechtsvorm op te zetten om private aanbieder te worden.

Draagvlak		Potentiële nieuwe aanbieders		
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	Potentiële aanbieders kunnen zich waarschijnlijk 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). Er is geen toetreding mogelijk van private aanbieders van ambulancezorg.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Potentiële aanbieders kunnen zich waarschijnlijk 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). Er is geen toetreding mogelijk van private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Potentiële aanbieders kunnen zich waarschijnlijk 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). Geeft private aanbieders van ambulancezorg met doelstelling van winstuitkering de mogelijkheid om mee te dingen om ambulancezorg te leveren.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	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. Er is geen toetreding mogelijk van private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	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. Geeft private aanbieders van ambulancezorg met doelstelling van winstuitkering de mogelijkheid om mee te dingen om ambulancezorg te leveren.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Waarschijnlijk hebben potentiële aanbieders minder voorkeur voor het ROAZ als regisseur 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. Er is geen toetreding mogelijk van private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Waarschijnlijk hebben potentiële aanbieders minder voorkeur voor het ROAZ als regisseur 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. Geeft private aanbieders van ambulancezorg met doelstelling van winstuitkering de mogelijkheid om mee te dingen om ambulancezorg te leveren.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	Potentiële aanbieders hebben waarschijnlijk minder voorkeur voor GGD/GHOR als regisseur omdat zij minder ervaring hebben met het (gezamenlijk) selecteren van zorgaanbieders. Er is geen toetreding mogelijk van private aanbieders van ambulancezorg met mogelijkheid tot winstuitkering.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	Potentiële aanbieders hebben waarschijnlijk minder voorkeur voor GGD/GHOR als regisseur omdat zij minder ervaring hebben met het (gezamenlijk) selecteren van zorgaanbieders. Geeft private aanbieders van ambulancezorg met doelstelling van winstuitkering de mogelijkheid om mee te dingen om ambulancezorg te leveren.

Draagvlak		Aanbieders acute zorgketen		
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	1	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. Aanbieders van acute zorg geven aan dat overheidsdienst(en) mogelijk verder af staan van de acute zorgketen. Zij acteren niet binnen de Zvw en kunnen daarom andere prikkels ervaren.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	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. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	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. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	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. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	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. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	Het ROAZ bestaat uit de aanbieders van acute zorg. Acute zorgaanbieders zijn daarmee niet automatisch voorstander van het ROAZ als regisseur. Het ROAZ functioneert niet in alle regio's evengoed en is (nog) niet (juridisch) geëquipeerd als contractpartner. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	Het ROAZ bestaat uit de aanbieders van acute zorg. Acute zorgaanbieders zijn daarmee niet automatisch voorstander van het ROAZ als regisseur. Het ROAZ functioneert niet in alle regio's evengoed en is (nog) niet (juridisch) geëquipeerd als contractpartner. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	1	De aanbieders van acute zorg komen verder van de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	1	De aanbieders van acute zorg komen verder van de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie. Aanbieders van acute zorg hebben over het algemeen geen uitgesproken voorkeur voor aanbieders met of zonder mogelijkheid tot winstuitkering.

Draagvlak		Partners veiligheidsketen		
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	●	De partners in de veiligheidsketen staan op gelijke afstand van de ambulancezorg als in de huidige situatie. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De partners in de veiligheidsketen staan op gelijke afstand van de ambulancezorg als in de huidige situatie. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De partners in de veiligheidsketen staan op gelijke afstand van de ambulancezorg als in de huidige situatie. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De partners in de veiligheidsketen komen verder van de regie op de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De partners in de veiligheidsketen komen verder van de regie op de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De partners in de veiligheidsketen komen verder van de regie op de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De partners in de veiligheidsketen komen verder van de regie op de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	●	De partners in de veiligheidsketen komen dichterbij de ambulancezorg te staan als de regie bij de GGD/GHOR ligt. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	●	De partners in de veiligheidsketen komen dichterbij de ambulancezorg te staan als de regie bij de GGD/GHOR ligt. Veiligheidspartners hebben over het algemeen een voorkeur voor overheidsdienst(en) als aanbieder van ambulancezorg.

Draagvlak			Zorgverzekeraars	
Variant	Wie?: regisseur	Welke?: soort aanbieders	Score	Korte argumentatie
1	Ministerie van VWS	Overheidsdienst(en)	0	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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
2	Ministerie van VWS	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
3	Ministerie van VWS	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
4	Zorgverzekeraars	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Marktwerking gaat uit van regie door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen als regisseur invloed uitoefenen op hele acute zorgketen. Een aantal zorgverzekeraars geven aan dat zij regie zouden willen nemen, mits de verantwoordelijkheden helder zijn tussen VWS en de zorgverzekeraars. Daarnaast dienen er een aantal randvoorwaarden vervuld te worden waaronder de beschikbaarheid van betekenisvolle kwaliteitsindicatoren. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
5	Zorgverzekeraars	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Marktwerking gaat uit van regie door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars kunnen als regisseur invloed uitoefenen op hele acute zorgketen. Een aantal zorgverzekeraars geven aan dat zij regie zouden willen nemen, mits de verantwoordelijkheden helder zijn tussen VWS en de zorgverzekeraars. Daarnaast dienen er een aantal randvoorwaarden vervuld te worden waaronder de beschikbaarheid van betekenisvolle kwaliteitsindicatoren. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
6	ROAZ	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Zorgverzekeraars nemen deel in het ROAZ. Verzekeraars vragen zich echter af of het ROAZ regie kan nemen, 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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
7	ROAZ	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Zorgverzekeraars nemen deel in het ROAZ. Verzekeraars vragen zich echter af of het ROAZ regie kan nemen, 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. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
8	GGD/GHOR	Publieke/private aanbieders zonder mogelijk. tot winstuitk.	0	Zorgverzekeraars komen met de GGD/GHOR als regisseur verder van de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie. Daarnaast speelt dat met de GGD/GHOR de regie komt te liggen bij een partij die niet binnen de Zvw acteert. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.
9	GGD/GHOR	Private aanbieders met mogelijk. tot winstuitk.	0	Zorgverzekeraars komen met de GGD/GHOR als regisseur verder van de ambulancezorg af te staan dan in de huidige situatie. Daarnaast speelt dat met de GGD/GHOR de regie komt te liggen bij een partij die niet binnen de Zvw acteert. Soort aanbieder is niet onderscheidend voor dit criterium.

15 Scores en onderbouwing per ordeningsvraag waar? en wat?

15.1 Gebiedsindeling (“waar”)

15.1.1 Kwaliteit van ambulancezorg

Kwaliteit van ambulancezorg		Patiëntveiligheid
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's	●	De verantwoordelijkheid voor melding is niet eenduidig, maar wel goed te organiseren. Iedere ambulanceregio valt binnen een gezamenlijke meldkamer; er zijn wel meerdere ambulanceregio's per gezamenlijke meldkamer
11 ROAZ-regio's	◐	De verantwoordelijkheid voor melding is minder eenduidig door andere regio-indeling van de gezamenlijke meldkamer en de ambulanceregio
10 meldkamerregio's	●	Er is eenduidige verantwoordelijkheid voor melding, ook medisch inhoudelijk. Ambulanceregio en gezamenlijke meldkamerregio vallen samen.
Landelijk	◐	Er is eenduidige verantwoordelijkheid voor melding, maar wel op grote schaal. De landelijke ambulanceregio denkt de gezamenlijke meldkamerregio.

Kwaliteit van ambulancezorg		Medisch-inhoudelijke innovatie
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's	●	Sommige partijen te klein om in innovatie te investeren.
11 ROAZ-regio's	●	Schaal voor innovatie en meer partijen die elkaar stimuleren. ROAZ brengt relevante partijen voor innovatie in pre-hospitale zorg bijeen.
10 meldkamerregio's	●	Schaal voor innovatie en meer partijen die elkaar stimuleren. ROAZ brengt relevante partijen voor innovatie in pre-hospitale zorg bijeen.
Landelijk	◐	Weliswaar voldoende schaal, maar risico op minder innovatieve cultuur op termijn met maar één aanbieder.

Kwaliteit van ambulancezorg		Zorg op de juiste plek (op plaats incident of juiste acute zorgaanbieder)
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's	◐	Hogere kans op brenglocaties buiten ambulanceregio, mede gegeven trend naar concentratie complexe acute zorg
11 ROAZ-regio's	●	Schaal regio leidt tot hogere kans op brenglocaties binnen ambulanceregio, mede gegeven trend naar concentratie complexe acute zorg
10 meldkamerregio's	●	Schaal regio leidt tot hogere kans op brenglocaties binnen ambulanceregio, mede gegeven trend naar concentratie complexe acute zorg
Landelijk	◐	Landelijke organisatie op grote afstand van lokale acute ketens, met risico op te weinig lokale vrijheid om afspraken te maken. Maar organiseren van subregio's per meldkamer maakt 1:1 operationele afstemming mogelijk

15.1.2 Samenwerking in de keten

Samenwerking in de keten		Samenwerking met partijen in de veiligheidsketen
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's	●	De ambulanceregio's en de brandweer-/GHOR-regio's komen in dit geval overeen. Veiligheidspartner de politie is anders georganiseerd: in 10 politieregio's (conform de arrondissementsparketten van het Openbaar Ministerie). De brandweer-/GHOR-regio's passen wel goed binnen de politieregio's.
11 ROAZ-regio's	◐	De 11 ROAZ regio's komen niet overeen met de brandweer-/GHOR-regio's of de politieregio's. Een indeling van monopolie-gebieden voor ambulancezorg conform de ROAZ-gebieden zal leiden tot minder automatische samenwerking met partijen in de veiligheidsketen en de noodzaak tot het maken van extra afspraken.
10 meldkamerregio's	◑	Bij een indeling van ambulancezorg naar meldkamerregio's komen in de regio's overeen met de politie-regio's. De brandweer-/GHOR-regio's kennen een kleinere schaal, maar passen goed binnen de politie-regio's.
Landelijk	○	Eén landelijke ambulancedienst zal afspraken moeten maken met partijen in de veiligheidsketen: zowel op het niveau van de politie-regio's als de brandweer-/GHOR-regio's.

Samenwerking in de keten		Samenwerking met partijen in de acute zorgketen
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's	◐	Komt overeen met de huidige ambulanceregio's: de brandweer-/GHOR-regio's. Deze regio-indeling komt weliswaar niet overeen met de ROAZ-regio's, maar de huidige situatie wijst uit dat het mogelijk is om goede afspraken te maken.
11 ROAZ-regio's	●	Bij een organisatie van ambulancezorg naar de 11 ROAZ-regio's, vallen ambulancezorg regio's samen met het regionaal overleg acute zorg.
10 meldkamerregio's	◐	De huidige indeling van ambulancezorg naar 25 veiligheids-/GHOR-regio's valt binnen de 10 meldkamerregio's, die gebaseerd zijn op de 10 politieregio's (conform de arrondissementsparketten van het Openbaar Ministerie). Deze regio-indeling komt weliswaar niet overeen met de ROAZ-regio's, maar de huidige situatie wijst uit dat het mogelijk is om goede afspraken te maken.
Landelijk	○	Eén landelijke ambulancedienst zal afspraken moeten maken met partijen in de acute zorgketen in alle ROAZ-regio's.

Samenwerking in de keten		Samenwerking met andere aanbieders van ambulancezorg
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's	◐	Er zijn 24 andere regio's waar afspraken over samenwerking mee gemaakt moeten worden.
11 ROAZ-regio's	◐	Er zijn 10 andere regio's waar afspraken over samenwerking mee gemaakt moeten worden.
10 meldkamerregio's	◐	Er zijn 9 andere regio's waar afspraken over samenwerking mee gemaakt moeten worden.
Landelijk	●	De ambulancedienst is de enige aanbieder in Nederland.

15.1.3 Kosten voor de maatschappij

Kosten voor de maatschappij		Directe kosten ambulancezorg
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's		Een aantal van de huidige regio's is te klein om op efficiënte wijze te kunnen voldoen aan het spreiding en beschikbaarheidskader.
11 ROAZ-regio's		Schaal van de regio biedt waarschijnlijk betere mogelijkheden om efficiënt te kunnen voldoen aan het spreiding en beschikbaarheidskader, minder grenseffecten dan bij 25 regio's.
10 meldkamerregio's		Schaal van de regio biedt waarschijnlijk betere mogelijkheden om efficiënt te kunnen voldoen aan het spreiding en beschikbaarheidskader, minder grenseffecten dan bij 25 regio's.
Landelijk		Een landelijke organisatie kan de spreiding en beschikbaarheid van voertuigen zoveel mogelijk optimaliseren zonder inefficiëntie door grenseffecten.

Kosten voor de maatschappij		Overhead kosten (onder andere voor contractering en samenwerking)
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's		Overhead kosten liggen waarschijnlijk hoger bij 25 aparte organisaties dan bij indeling naar grotere regio's.
11 ROAZ-regio's		Overhead kosten zijn waarschijnlijk lager dan in huidige situatie waarin 25 aparte organisaties ambulancezorg leveren.
10 meldkamerregio's		Overhead kosten zijn waarschijnlijk lager dan in huidige situatie waarin 25 aparte organisaties ambulancezorg leveren.
Landelijk		Overhead kosten zijn gemiddeld bij landelijke organisatie: afstemming met partijen op landelijk niveau kost minder tijd, een landelijke organisatie vergt slechts minder ondersteunde functies. Echter, samenwerking in de regio's zal meer tijd kosten doordat organisatie op relatief grote afstand staat.

15.1.4 Transitiekosten

Transitiekosten		Lopende kosten
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie
25 veiligheidsregio's		Geen verandering met betrekking tot dit criterium.
11 ROAZ-regio's		Verandering van definitie van regio's en geen overlap meer met brandweer en politiemeldkamer
10 meldkamerregio's		Verandering beperkt, wel samensmelten van meldkamerregio's, maar geen hele nieuwe grenzen van meldkamerregio's, sowieso is beweging voorzien voor politie
Landelijk		Grote verandering, optuigen nieuwe organisatie, majeure aanpassing in wetgeving (inclusief links naar andere wetten)

Transitiekosten		Onzekerheden	
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie	
25 veiligheidsregio's	●	Situatie met betrekking tot werkgebied gelijk aan nu, eventuele onzekerheden niet onderscheidend voor dit criterium.	
11 ROAZ-regio's	○	Onzekerheid over locatie van werkzaamheden voor werknemers, voor RAV's of ze meldkamerdiensten leveren en als niet, wat dan de impact op de bedrijfsvoering is.	
10 meldkamerregio's	●	Situatie met betrekking tot werkgebied anders, maar enigerlei vergelijkbaar aan nu.	
Landelijk	○	Onzekerheid over locatie van werkzaamheden voor werknemers, voor RAV's of ze meldkamerdiensten leveren en als niet, wat dan de impact op de bedrijfsvoering is.	

Transitiekosten		Gedragseffecten	
Gebiedsindeling	Score	Korte argumentatie	
25 veiligheidsregio's	●	Vergelijkbare gedragseffecten als nu (te mitigeren met betere transparantie).	
11 ROAZ-regio's	○	Mogelijk perverse gedragseffecten zoals voorsorteren op welk personeel moet afvloeien, aanpassing in toerekenen van kosten naar meldkamer. Verandering is minder dan bij 11 ROAZ regio's of landelijke meldkamer	
10 meldkamerregio's	●	Mogelijk perverse gedragseffecten zoals voorsorteren op welk personeel moet afvloeien, aanpassing in toerekenen van kosten naar meldkamer. Verandering is minder dan bij 11 ROAZ regio's of landelijke meldkamer.	
Landelijk	○	Mogelijk perverse gedragseffecten zoals voorsorteren op welk personeel moet afvloeien, aanpassing in toerekenen van kosten naar meldkamer.	

15.2 Reikwijdte monopolie (“wat”)

15.2.1 Toegankelijkheid van ambulancezorg

Operationele criteria	Monopolie spoedeisend én gepland		Monopolie enkel spoedeisend (gepland)	
	Score	Korte argumentatie	Score	Korte argumentatie
Toegankelijkheid van ambulancezorg	●	Behalen van normaanrijtijden voor levensbedreigende situaties	○	(Ook) als meerdere aanbieders het geplande vervoer met zorg mogen leveren in een gebied, zullen de zorgaanbieders van de acute zorg nog (moeten) voldoen aan de normaanrijtijden voor levensbedrijgende situaties.
	○	Tijdige beschikbaarheid van planbare ambulancezorg	●	Als meerdere aanbieders het geplande vervoer met zorg mogen leveren in een gebied, leidt dit mogelijk tot lagere wachttijden, aangezien planbare voorzieningen niet ingezet worden voor spoedeisende ambulancezorg.

15.2.2 Arbeidsmarktaspecten

Monopolie spoedeisend én gepland			Monopolie enkel spoedeisend (gepland)	
Bestuurlijke criteria	Score	Korte argumentatie	Score	Korte argumentatie
Arbeidsmarkt-aspecten	Perspectief personeel (werkzekerheid, werkinhoud en medewerkerstevredenheid)	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.	●	Medewerkers kunnen alleen voor de spoedeisende ambulancezorg ingezet worden. Betrokkenen geven aan dat de meeste medewerkers dit minder aantrekkelijk vinden dan de huidige situatie. Het zorgt - vooral in in dichtbevolkte regio's - voor een zeer intense baan met hoge fysieke en mentale belasting.
	Perspectief aanbieders (beschikbaarheid van personeel)	Medewerkers kunnen zowel voor de spoedeisende als de geplande ambulancezorg ingezet worden. Dit is voor de meeste ambulanceverpleegkundigen aantrekkelijker. Voor het aantrekken van zorgprofessionals voor de laag-complexe ambulancezorg is het minder van belang dat monopolie beiden bevat.	●	Medewerkers kunnen alleen voor de spoedeisende ingezet worden. Dit is voor de meeste ambulanceverpleegkundigen minder aantrekkelijk. Daardoor is het mogelijk minder makkelijk om ambulanceverpleegkundigen aan te trekken.
	Perspectief regisseur (betaalbaarheid personeel, opleidings- en functie-eisen)	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 voor slechtere betaalbaarheid van personeel zorgen.	●	Als gepland vervoer met zorg aan de markt gelaten wordt, kan er meer lager opgeleid personeel ingezet worden. Dit leidt tot een betere betaalbaarheid van personeel. De beschikbaarheid van ambulanceverpleegkundigen wordt wellicht juist lager door het scheiden van spoedeisend en gepland.

15.2.3 Kosten voor de maatschappij

Monopolie spoedeisend én gepland			Monopolie enkel spoedeisend (gepland)	
Bestuurlijke criteria	Score	Korte argumentatie	Score	Korte argumentatie
Kosten voor de maatschappij	Directe kosten ambulancezorg	Eventuele synergievoordelen bij monopolie op spoedeisend en gepland in een gebied. 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.	●	Eventuele synergievoordeel bij aanbieden van spoedeisend en gepland vervoer in zelfde gebied worden mogelijk niet gehaald als die aanbieder alleen spoedeisend vervoer aanbiedt als die geen klanten heeft voor gepland vervoer.
	Overhead kosten (onder andere voor contractering en samenwerking met ketenpartners)	Eventuele synergievoordeel bij monopolie op spoedeisend en gepland in een gebied kan zorgen voor lagere relatieve overhead.	●	Afsplitsing van het gepland vervoer met zorg van het monopolie kan leiden tot verlies van eventueel synergievoordeel en daardoor mogelijk relatief hogere overhead
	Vervolgkosten medisch specialistische zorg	Beschikbaarheid van gepland vervoer lager vanwege monopolie en voorrang voor spoedeisende ambulancezorg. Optimaal volume aan transportbewegingen wordt mogelijk niet gehaald.	●	Beschikbaarheid van gepland vervoer hoger vanwege ontbreken monopolie en ruimte voor andere partijen om gepland vervoer aan te bieden. Dit kan leiden tot efficiëntere allocatie in de zorgketen

15.2.4 Draagvlak

Transitiecriterium	Monopolie spoedeisend én gepland		Monopolie enkel spoedeisend (gepland)		
	Score	Korte argumentatie	Score	Korte argumentatie	
Draagvlak	Patiënten	1	Inhoud van ambulancezorg is niet onderscheidend voor dit criterium.	1	Inhoud van ambulancezorg is niet onderscheidend voor dit criterium.
	Personeel	2	Personeel kan 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.	2	Personeel kan alleen voor de spoedeisende ambulancezorg ingezet worden. Betrokkenen geven aan dat de meeste medewerkers dit minder aantrekkelijk vinden dan de huidige situatie. Het zorgt - vooral in in dichtbevolkte regio's - voor een zeer intense baan met hoge fysieke en mentale belasting. In dunbevolkte regio's zorgt het juist voor veel stilzitten van ambulancepersoneel.
	Huidige aanbieders	3	Huidige aanbieders behouden graag de situatie zoals hij is: spoedeisende ambulancezorg en gepland vervoer met zorg samen in het monopolie.	2	Huidige aanbieders geven over het algemeen aan geen voorstander te zijn van scheiden van het monopolie van spoedeisende ambulancezorg en gepland vervoer met zorg, voornamelijk door het verlies van synergievoordelen en omdat zij vrezen dat het voor ambulanceverpleegkundigen die spoedeisende ambulancezorg leveren te belastend is.
	Potentiële nieuwe aanbieders	1	Potentiële nieuwe aanbieders van spoedeisende ambulancezorg én gepland vervoer met zorg hebben waarschijnlijk een voorkeur van samenhouden van diensten in één monopolie. Voor potentiële nieuwe aanbieders die alleen gepland vervoer met zorg bieden heeft een scheiding van het monopolie waarschijnlijk de voorkeur.	1	Potentiële nieuwe aanbieders van spoedeisende ambulancezorg én gepland vervoer met zorg hebben waarschijnlijk een voorkeur van samenhouden van diensten in één monopolie. Voor potentiële nieuwe aanbieders die alleen gepland vervoer met zorg bieden heeft een scheiding van het monopolie waarschijnlijk de voorkeur.
	Aanbieders acute zorgketen	1	Acute zorgaanbieders hebben geen uitgesproken voorkeur voor de reikwijdte van het monopolie. Enerzijds zien zij dat scheiding van het monopolie de service mogelijk verhoogt, anderzijds zien zij het nu van het koppelen van spoedeisend en gepland (vanuit efficiency en arbeidsaspecten).	1	Acute zorgaanbieders hebben geen uitgesproken voorkeur voor de reikwijdte van het monopolie. Enerzijds zien zij dat scheiding van het monopolie de service mogelijk verhoogt, anderzijds zien zij het nu van het koppelen van spoedeisend en gepland (vanuit efficiency en arbeidsaspecten).
	Partners veiligheidsketen	2	Het is voor de partners van de veiligheidsketen 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.	2	Het is voor de partners van de veiligheidsketen 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.
	Zorgverzekeraars	1	Zorgverzekeraars hebben geen uitgesproken voorkeur voor de reikwijdte van het monopolie. Enerzijds zien zij dat scheiding van het monopolie de service mogelijk verhoogt, anderzijds zien zij het nu van het koppelen van spoedeisend en gepland (vanuit efficiency en arbeidsaspecten).	1	Zorgverzekeraars hebben geen uitgesproken voorkeur voor de reikwijdte van het monopolie. Enerzijds zien zij dat scheiding van het monopolie de service mogelijk verhoogt, anderzijds zien zij het nu van het koppelen van spoedeisend en gepland (vanuit efficiency en arbeidsaspecten).

16 Literatuurverwijzingen bijlagen

1. www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/
2. Ambulance care in Europe: Organization and practices of ambulance services in 14 European countries. Nivel 2015
3. www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/krankentransporte-wann-die-krankenkassen-bezahlen-und-wann-nicht-a-955964.html
4. www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/rettungsdienst-die-tatuetata-privatisierung-a-692136.html
5. www.mz-web.de/halle-saale/ausschreibung-rettungsdienst-so-sieht-der-kompromiss-aus-24993028
6. www.falck.com/en/press/news/2013/falck-adds-two-ambulances-in-germany
7. www.falck.com/en/global-presence/
8. www.akd.nl/Downloads/PublicatiesPDF/412424_diensten%20ambulances%20kunnen%20wel%20aanbesteed%20worden_fd_29%20maart%202010.pdf
9. https://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_medical_services_in_Germany
10. http://ausschreibungen-deutschland.de/cpv/75252000-7_Rettungsdienste/
11. www.skverlag.de/rettungsdienst/meldung/newsartikel/bereichsausnahme-fuer-den-rettungsdienst.html
12. www.landkreis-stade.de/buergerservice/dienstleistungen/rettungsdienst-900000244-0.html?myMedium=1
13. www.sz-online.de/sachsen/warten-auf-den-rettungsdienst-3478974.html
14. <https://im.baden-wuerttemberg.de/de/sicherheit/rettungsdienst/>
15. www.gkv-spitzenverband.de/english/statutory_health_insurance/statutory_health_insurance.jsp
16. www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulante_leistungen/fahrkosten_krankentransport/fahrkosten_krankentransport.jsp
17. www.drk.de/hilfe-in-deutschland/gesundheit-und-praevention/krankentransport/
18. www.rkish.de/krankentransporte/wie-wir-transfers-organisieren/krankentransport.html
19. <https://de.wikipedia.org/wiki/Krankentransport>
20. <https://de.wikipedia.org/wiki/Rettungsdienst>
21. <https://gesundheitspolitik.verdi.de/++file++50a105576f684431f40002ca/download/Handlungshilfe-Broschure-Maerz-2010.pdf>
22. www.bks-rettungsdienst.de/category/aktuell/
23. www.healthcareconferencesuk.co.uk/userfiles/2_Kenneth_kronohage.pdf
24. <http://cphpost.dk/news/danish-ambulance-operator-forced-to-return-millions.html>

25. <https://books.google.co.uk/books?id=-EfqCAAQBAJ&pg=PA68&lpg=PA68&dq=ambulance+organisation+denmark&source=bl&ots=rXNMahIOOL&sig=iGOPYS2CMxCLjXaWDQJslhGSTc&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEwjy1qzw8dDRAhXpLcAKHVvhBmk4FBDoAQg0MAc#v=onepage&q=ambulance%20organisation%20denmark&f=false>
26. <https://aace.org.uk/uk-ambulance-service/>
27. www.bbc.co.uk/news/uk-england-36381440
28. www.nhs.uk/nhsengland/thenhs/about/pages/ccg-outcomes.aspx
29. www.lpp.nhs.uk/categories/estates-facilities-professional-services/transport-services/
30. www.nhs.uk/nhsengland/thenhs/about/pages/authoritiesandtrusts.aspx
31. www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/11/17-18-nhs-contrct-training-slides-1.pdf
32. www.cqc.org.uk/public/news/how-should-we-inspect-and-rate-ambulance-and-independent-health-care-services-england
33. www.austlii.edu.au/au/legis/nsw/consol_act/hsa1997161/s67e.html
34. www.ambulance.nsw.gov.au/about-us/Organisational-Structure.html
35. https://en.wikipedia.org/wiki/New_South_Wales_Ambulance
36. www.smh.com.au/nsw/private-ambulance-patients-at-risk-20140125-31fft.html
37. www.health.nsw.gov.au/about/nswhealth/documents/asnsw-reform-plan.pdf
38. <https://emergencylaw.wordpress.com/2016/03/22/operating-as-a-private-paramedic/>
39. www.health.nsw.gov.au/Performance/Documents/201503-non-e-patient-transport.pdf
40. www.smh.com.au/nsw/unsupervised-casuals-with-little-training-transporting-nsw-patients-union-20150529-ghckk4.html
41. www.healthshare.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/254157/NEPT_Fees_and_Charges_FAQ.pdf
42. www.health.nsw.gov.au/nept/Documents/nept-strategic-plan.pdf
43. www.ambulance.nsw.gov.au/Media/docs/Billing%20FAQs%20for%20NSW%20residents-c43ec52f-80cb-426c-8765-04aeb15564d4-0.pdf
44. www.scdf.gov.sg/content/scdf_internet/en/general/information/information_on_scdfand1777medicalservices.html
45. www.scdf.gov.sg/content/scdf_internet/en/general/about-us.html
46. www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Publications/Guidelines/Private%20healthcare%20institutions/1998/Ambulance%20Guidelines_Apr%2098.pdf
47. www.todayonline.com/voices/private-ambulances-offer-different-level-service
48. <https://sites.google.com/site/singaporepublicsafety/home/private-ambulances>
49. www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/Media_Forums/2015/private-ambulances-should-attend-to-patients.html
50. www.channelnewsasia.com/news/singapore/manpower-issues-among/1989170.html
51. www.entersingapore.info/guides-for-expats/emergency-information/
52. www.sgambulance.com.sg/services/ambulance-service