



Nederlandse
Zorgautoriteit

AANGETEKEND

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport
Minister mr. drs. B.J. Bruins
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door Directie Toezicht en Handhaving	Telefoonnummer 030 29 68111	E-mailadres info@nza.nl	Kenmerk 345551/532235
--	---------------------------------------	--	---------------------------------

Onderwerp Toegankelijkheid acute zorg	Datum 20 september 2019
---	-----------------------------------

Geachte heer Bruins,

Al enkele jaren constateert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de monitor acute zorg dat de drukte in de acute zorg toeneemt. We zien onder andere dat spoedeisende hulpdiensten (seh's) steeds vaker tijdelijke stops inlassen om piekdruk te beheersen en dat ambulances niet altijd binnen de normtijd van 15 minuten de patiënt kunnen bereiken. Deze signalen van toenemende drukte zijn aanleiding voor de NZa om de toegankelijkheid van de acute zorg en de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars op deze zorgvorm voor nu en in de toekomst nader te onderzoeken en verdere actie te ondernemen.

In deze brief informeer ik u over onze bevindingen. We constateren dat de acute zorg voldoende toegankelijk is: de seh's waarover wij data hebben, zijn gemiddeld 97% van de tijd beschikbaar en de responstijd van ambulances is vergelijkbaar met vorig jaar. De druk in de acute zorg blijft de komende jaren echter toenemen. Daarom vinden wij het noodzakelijk om de ontwikkelingen nauwgezet te blijven volgen en zorgverzekeraars aan te spreken op hun zorgplicht waar dat nodig is. Met deze brief komen we ook tegemoet aan uw verzoek om een reactie op motie-Van den Berg.¹

Zorgplicht zorgverzekeraars

De NZa ziet toe op goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Wij beoordelen onder andere of er risico's zijn voor de toegankelijkheid van zorg. Zorgverzekeraars hebben in het zorgstelsel een zorgplicht om de toegankelijkheid te borgen. Het betekent dat verzekerden binnen een redelijke tijd (*tijdigheid*) en reisafstand (*bereikbaarheid*) toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket.² De zorgplicht is een brede en open norm waarbij zorgverzekeraars minimaal een aantal specifieke normen in acht moeten nemen.

¹ Motie-Van den Berg (TK 2018-2019, 29 247, nr.271) en het verzoek voor aanvullende informatie voor de beantwoording van Kamervragen (ah-tk-20182019-3404).

² Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw, met kenmerk TH/BR-025.

Voor *spoedeisende hulpposten* geldt de 45-minuten norm. Seh's moeten zo gespreid zijn dat een patiënt in een spoedsituatie binnen 45 minuten een seh *kan* bereiken. Dit wordt berekend met een theoretisch model van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Een seh mag alleen (tijdelijk) sluiten als de 45-minuten norm daardoor niet in gevaar komt.³

Kenmerk
345551/532235

Pagina
2 van 17

Voor *ambulances* moet de spreiding van de standplaatsen zo zijn dat in de desbetreffende regio minstens 97% van de bevolking binnen 15 minuten door een ambulance bereikt kan worden.⁴ Daarnaast geldt dat spoedritten onder normale omstandigheden in 95% van de gevallen binnen 15 minuten na aanneming van de melding ter plaatse moeten zijn (responstijd).⁵

De NZa toetst of zorgverzekeraars zich voldoende inspannen om zorg voor hun verzekerden binnen deze normen bereikbaar te hebben. Dit zijn echter minimale normen, het voldoen eraan is geen garantie dat de acute zorg voldoende toegankelijk is.

Bevindingen

Spoedeisende hulp

Van de inwoners in Nederland kan in principe 99,8% binnen de gestelde norm van 45 minuten naar een seh worden gebracht.⁶ Een seh kenmerkt zich echter door piekdruktes. Bij zo'n capaciteitsbeperking kan een ziekenhuis een tijdelijke 'stop' afgeven. De meldkamer ambulancezorg coördineert dan dat ambulances naar een andere seh rijden. Een seh mag alleen (tijdelijk) sluiten als de 45-minuten norm daardoor niet in gevaar komt. Uit het intensieve contact dat de NZa het afgelopen half jaar met zorgverzekeraars over de toegankelijkheid van acute zorg had, volgen geen signalen dat dit structureel het geval is.⁷ Daarnaast kan een ambulance altijd bij de seh terecht voor de direct noodzakelijke acute zorg.

Het afgeven van een tijdelijke stop draagt bij aan het regionaal opvangen van piekdruktes op de seh. Het bevordert daarnaast doelmatige zorg en kan voorkomen dat de tijdigheid of kwaliteit van zorg bij dat ziekenhuis en die individuele patiënt in de knel komt. Het is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zelf om in te schatten wanneer de tijdigheid of kwaliteit van zorg in het geding komt, en het afgeven van een tijdelijke stop noodzakelijk is.

³ Bijlage bij artikel 1, van de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017).

⁴ Artikel 2, derde lid, en bijlage, van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg.

⁵ Artikel 7, eerste lid, van de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg.

⁶ Rapport Bereikbaarheidsanalyse Seh's en acute verloskunde 2019 (RIVM).

⁷ Daar waar het mogelijk incidenteel wel gebeurt, gaan wij als NZa actief met zorgverzekeraars en zorginstellingen in gesprek.

Ondanks dat het aantal afgekondigde seh-stops de laatste jaren toeneemt, zien we nog niet dat de beschikbaarheid van deze zorg in het geding komt: de ziekenhuizen die stops registreren,⁸ zijn gemiddeld 97% van de tijd toegankelijk gedurende openingstijden.⁹

Kenmerk
345551/532235

Pagina
3 van 17

Ambulancezorg

De afgelopen jaren heeft de NZa intensief toezicht gehouden op individuele zorgverzekeraars voor wat betreft de wijze waarop zij invulling geven aan hun zorgplicht bij ambulancezorg.¹⁰ Wij constateren dat zorgverzekeraars ervan zijn doordrongen dat het halen van de responstijd onderdeel is van hun zorgplicht. Naast inkoopgesprekken voeren ze met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) het gesprek over hoe de responstijd kan worden geoptimaliseerd en wat hiervoor nodig is. RAV en zorgverzekeraars maken hierover afspraken en zorgverzekeraars monitoren de voortgang. Dit is in lijn met wat wij verwachten.

De inspanningen van zorgverzekeraars resulteren er echter nog niet in dat de norm van de responstijd in meer regio's wordt gehaald of dat de gemiddelde responstijd verbetert. In een deel van de regio's is daadwerkelijk een verbetering te zien, maar in andere regio's neemt het percentage ritten dat binnen 15 minuten ter plaatse is af. Dit vinden wij een zorgelijke ontwikkeling. De oorzaken hiervan zijn divers, verschillen per regio en zijn niet allemaal even eenvoudig of op korte termijn op te lossen door zorgverzekeraars (noch bestuurders van RAV's) als zodanig. Goede samenwerking in de keten is van cruciaal belang.

Conclusie

Op basis van de bestaande normen en onze huidige bevindingen constateren we dat de acute zorg voldoende toegankelijk is. We hebben geen signalen dat de 45-minuten norm voor de seh structureel in het geding is, de seh's die stops registreren, zijn gemiddeld 97% van de tijd beschikbaar en de gemiddelde responstijd voor ambulancezorg blijft op vergelijkbaar niveau. Daarnaast spannen zorgverzekeraars zich aantoonbaar in om samen met zorgaanbieders de responstijden van ambulances te verbeteren.

We constateren in de monitor acute zorg 2018 echter ook dat de drukte in de acute zorg de komende jaren verder toeneemt, en dat dit mogelijk op den duur ten koste kan gaan van de toegankelijkheid van de acute zorg in zijn geheel. Hoewel de oplossing hiervoor niet uitsluitend in de zorgplicht van zorgverzekeraars ligt, vinden wij dat zorgverzekeraars samen met andere partijen hun verantwoordelijkheid moeten (blijven) nemen.

⁸ In vier van de elf regio's worden stops op de seh en aanverwante afdelingen consequent geregistreerd. Regio's oriënteren zich op dit moment op een regionaal systeem dat het mogelijk maakt om informatie uit te wisselen over actuele beschikbare (spoedzorg)capaciteit. Vanuit de NZa bemoedigen we deze ontwikkeling.

⁹ In de meeste gevallen hebben de seh's 24/7 openingstijden.

¹⁰ Zie samenvattend rapport ZVW 2017/2018 hoofdstuk 2 zorgplicht: tijdigheid ambulancevervoer.

Vervolg

We monitoren de ontwikkelingen in de acute zorg nauwgezet, bijvoorbeeld via onze monitor acute zorg. Daarnaast worden onze eerdere aanbevelingen aan de sector verwerkt in de 'Agenda acute zorg' en biedt de NZa zorgverzekeraars en brancheverenigingen via een klankbordgroep een forum om actualiteiten te bespreken. Aanvullend hierop doen we een uitvraag bij zorgverzekeraars hoe zij nu en in de toekomst invulling geven aan de zorgplicht, gezien de toenemende drukte op de seh's.

Kenmerk
345551/532235

Pagina
4 van 17

Op de responstijden in de ambulancezorg zetten we het komende jaar verder in op een toezichtaanpak, gedifferentieerd per regio, waarin we de zorgverzekeraars aanspreken op hun zorgplicht voor tijdige ambulancezorg. De nadruk ligt hierbij op regio's waar de uitkomsten verder onder de norm liggen dan vorig jaar en sprake is van structurele knelpunten. We volgen de ontwikkelingen in betreffende regio's in de komende periode nauwgezet.

Daarbij zoeken we nadrukkelijk de samenwerking met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op, als toezichthouder op de kwaliteit en veiligheid van zorg, waarvan tijdigheid één onderdeel is. We informeren ze over de C-regio's en we stellen in samenwerking met de IGJ een plan op voor een gezamenlijke aanpak. Inspanningen om de normen te halen zijn alleen dan waardevol als ook de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg hiermee zijn gediend.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

Dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlagen

1. Bevindingen toegankelijkheid seh
2. Bevindingen en vervolgaanpak ambulancezorg

BIJLAGE 1 – Bevindingen toegankelijkheid sehKenmerk
345551/532235**Aanleiding**Pagina
5 van 17

Al enkele jaren constateert de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat de drukte in de acute zorg toeneemt, zoals in de monitor Acute Zorg 2018. Spoedeisende hulpposten (seh's) en aanverwante afdelingen lassen steeds vaker tijdelijke stops in om piekdrukke te beheersen en patiëntstromen beter te coördineren.

De toenemende drukte is aanleiding voor de NZa om de toegankelijkheid van de acute zorg en wijze waarop zorgverzekeraars hun zorgplicht invullen nader te bekijken. Hiervoor voeren wij nadere analyses uit van stops op de seh en aanverwante afdelingen.

In deze bijlage gaan we nader in op onze analyses en bevindingen. Hiermee komen we tevens tegemoet aan het verzoek van minister Bruins om een reactie op motie-Van den Berg¹¹ en zijn verzoek om aanvullende informatie voor de beantwoording van kamervragen.¹²

Zorgplicht zorgverzekeraars

De NZa ziet toe op goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Wij beoordelen onder andere of er risico's zijn voor de toegankelijkheid van zorg.

Zorgverzekeraars hebben in het zorgstelsel een zorgplicht om de toegankelijkheid te borgen. Het betekent dat verzekerden binnen een redelijke tijd (*tijdigheid*) en reisafstand (*bereikbaarheid*) toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket.¹³ De zorgplicht is een brede en open norm waarbij zorgverzekeraars minimaal een aantal specifieke normen in acht moeten nemen.

Voor *spoedeisende hulpposten* geldt de 45-minuten norm. Seh's moeten zo gespreid zijn dat een patiënt in een spoedsituatie binnen 45 minuten een seh *kan* bereiken. Dit wordt berekend met een theoretisch model van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Een seh mag alleen (tijdelijk) sluiten als de 45-minuten norm daardoor niet in gevaar komt.¹⁴

¹¹ TK 2018-2019, 29 247, nr. 271:

- *Wil de NZa bekijken in hoeverre er op dit moment informatie beschikbaar is over het aantal time outs / stops (op de SEH en aanverwante afdelingen zoals de Cardiac Care Unit) die ziekenhuizen sinds 1 januari 2018 per dag hebben afgekondigd; zo mogelijk, per ziekenhuislocatie en per specialisme?*
- *Wil de NZa onderzoeken of de zorgverzekeraars met het aantal time outs / stops per ziekenhuislocatie nog aan de zorgplicht voldoen, en hier zo nodig op handhaven?*

¹² ah-tk-20182019-3404:

- *Vraag 5: Kunt u aangeven op welke registratie van patiëntstops de NRC zich in het artikel baseert? Kloppen de cijfers dat er in Noord-Holland en Flevoland in 2018 gemiddeld 15 stops per dag waren?*
- *Vraag 7: Klopt het dat er binnen Amsterdam in 20 procent van de tijd een patiëntstop is bij een van de spoedposten? Is dit toegenomen sinds het faillissement van Slotervaart MC?*

¹³ Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw.

¹⁴ Bijlage bij artikel 1, van de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 oktober 2016, kenmerk 1014749-154841-MC, houdende vaststelling van

De NZa toetst of zorgverzekeraars zich voldoende inspannen om zorg voor hun verzekerden binnen deze norm beschikbaar te hebben. Dit zijn echter minimale normen, het voldoen eraan is geen garantie dat de acute zorg voldoende toegankelijk is.

Kenmerk
345551/532235

Pagina
6 van 17

Drukke op seh en stops

Van de inwoners in Nederland kan in principe 99,8% binnen de gestelde norm van 45 minuten naar een seh worden gebracht.¹⁵ Een seh kenmerkt zich echter door piekdruktes. Drukke in de acute zorg wordt vaak veroorzaakt als de doorstroom (bijvoorbeeld van seh naar opnameafdelingen) of de uitstroom naar vervolgzorg (zoals verpleging en verzorging thuis of in een eerstelijnsinstelling) niet soepel verloopt.

Bij zo'n capaciteitsbeperking kan een seh een tijdelijke stop afgeven. De meldkamer ambulancezorg coördineert dan dat ambulances naar een andere seh rijden. Ziekenhuizen maken in hun regio afspraken met elkaar over een goede capaciteitsbenutting voor spoedpatiënten via het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ). Een seh mag alleen (tijdelijk) sluiten als de 45-minuten norm daardoor niet in gevaar komt. Uit het intensieve contact dat de NZa het afgelopen half jaar met zorgverzekeraars over de toegankelijkheid van acute zorg had, volgen geen signalen dat dit structureel het geval is.¹⁶ Daarnaast kan een ambulance altijd bij de seh terecht voor direct noodzakelijke acute zorg.

Het afgeven van een tijdelijke stop draagt bij aan het regionaal opvangen van piekdruktes op de seh. Het bevordert daarnaast doelmatige zorg en kan voorkomen dat de tijdigheid of kwaliteit van zorg bij het ziekenhuis met een stop in de knel komt. Het is de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zelf om in te schatten wanneer de tijdigheid of kwaliteit van zorg in het geding komt, en een tijdelijke stop noodzakelijk is.

Selectie data

In vier van de elf ROAZ-regio's worden stops op de seh en aanverwante afdelingen consequent geregistreerd in het Acute zorgportaal: de regio's Noord-Holland / Flevoland (SpoedZorgNet), Noordwest-Nederland (Netwerk Acute Zorg Noordwest), Midden-Nederland (Traumazorgnetwerk Midden-Nederland) en West-Nederland (Netwerk Acute Zorg West). Deze ROAZ-regio's zijn de basis voor onze analyses. De analyses geven daardoor geen representatief beeld over heel Nederland en dit beperkt de NZa wel in het vormen van een gedegen overall beeld over de toegankelijkheid van seh en aanverwante afdelingen.

De overige zeven regio's registreren stops nog niet consequent, gebruiken verschillende definities of hebben geen gegevens. Deze regio's betrekken we daarom niet in onze analyse. Regio's oriënteren zich op dit moment op een regionaal systeem dat het mogelijk maakt om informatie

beleidsregels voor de toepassing van de Wet toelating zorginstellingen (Beleidsregels WTZi 2017).

¹⁵ Rapport Bereikbaarheidsanalyse Seh's en acute verloskunde 2019 (RIVM).

¹⁶ Daar waar het mogelijk incidenteel wel gebeurt, gaan wij als NZa actief met zorgverzekeraars en zorginstellingen in gesprek.

uit te wisselen over actuele beschikbare (spoedzorg)capaciteit en dat verdere sturing op drukte en capaciteit mogelijk maakt. De NZa bemoedigt deze ontwikkeling.

Kenmerk
345551/532235

Pagina
7 van 17

We kijken naar de afgegeven stops in de periode 1 januari 2018 tot en met maart 2019. De regio Netwerk Acute Zorg West is vanaf 1 januari 2018 gestart met het registreren van stops. Het zou kunnen dat in deze regio sprake is van een opstarteffect, waardoor het aantal geregistreerde stops mogelijk geen volledig beeld geeft van de piekdruktes. Dit hebben we echter niet nader onderzocht.

Aantal ziekenhuizen

Onderstaande tabel toont het aantal afdelingen waarover wij data hebben verkregen en die we hebben gebruikt voor onze analyses. Ziekenhuizen kunnen voor verschillende aparte afdelingen een stop afgeven, maar niet ieder ziekenhuis beschikt over alle acute zorgafdelingen. Een ziekenhuis is alleen meegenomen in de analyse als hij in de geselecteerde periode een stop heeft afgegeven voor een afdeling. Voor de seh zijn dit alle ziekenhuizen met een seh in de betreffende regio's. Van de andere afdelingen weten we niet zeker of het alle ziekenhuizen met die afdeling betreft.

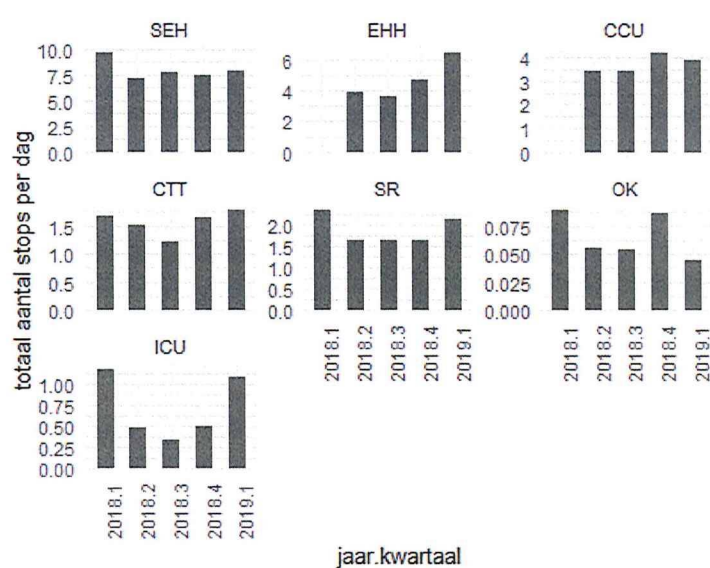
Afdeling	Aantal ziekenhuizen
SEH	33
Shockroom	18
Intensive Care (Unit)	7
OK	7
CT trombolysie	22
Eerste harthulp (EHH) ¹⁷	21
Coronary Care Unit (CCU)	17
Totaal aantal ziekenhuizen	33

Het totaal aantal ziekenhuizen dat we meenemen in de analyse is 33. Het ziekenhuis Slotervaart MC is per oktober 2018 gesloten en komt na die datum logischerwijs niet meer voor in de analyses. Ziekenhuis St. Jansdal is in januari 2019 begonnen met registreren van stops en is per 1 januari 2019 toegevoegd aan de analyses.

Analyse: aantal stops

Onderstaande grafieken laten per type afdeling zien hoeveel stops er gemiddeld per dag zijn afgegeven (in vier regio's in totaal) in de verschillende kwartalen vanaf 2018 tot en met het eerste kwartaal 2019. Per type stop varieert het aantal van 7 tot 33 ziekenhuizen dat stops heeft geregistreerd (zie tabel hierboven).

¹⁷ De afdelingen EHH/CCU werden tot maart 2018 als één type stop geregistreerd, vanaf 1 januari 2018 zijn deze stops los van elkaar geregistreerd.



Kenmerk
345551/532235

Pagina
8 van 17

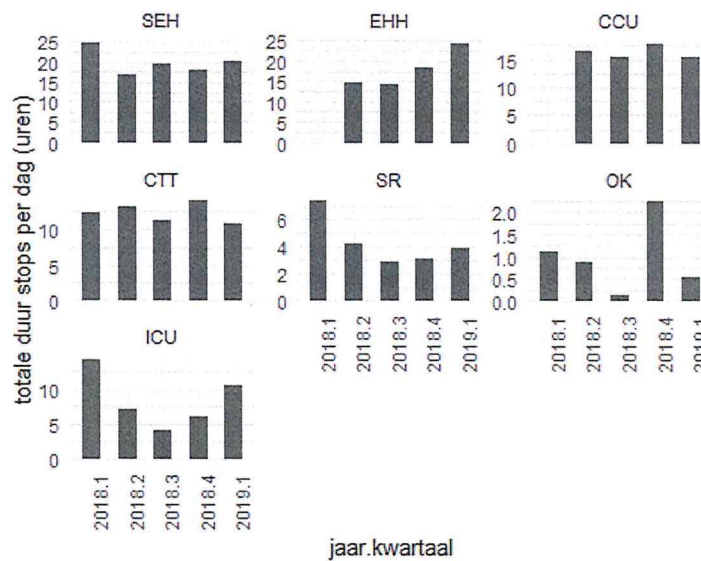
Het overzicht toont bijvoorbeeld dat er in kwartaal 1 van 2019, in de 33 onderzochte ziekenhuizen bij elkaar opgeteld, gemiddeld ongeveer 8 seh-stops per dag werden afgegeven ten opzichte van bijna 10 seh-stops per dag in kwartaal 1 van 2018.¹⁸ Uit de analyses blijkt dat er geen grote veranderingen optreden in het gemiddeld aantal seh-stops in de geanalyseerde periode. Voor de afdelingen ICU (intensive care) en de OK lijkt er zo op het eerste gezicht sprake te zijn van grote verschuivingen. De aantallen zijn echter dermate laag dat er geen sprake is van aantoonbare veranderingen.

Analyse: totale duur stops (in uren)

Naast het *aantal* stops is over dezelfde periode gekeken naar de *gemiddelde totale duur* van stops per dag in de vier ROAZ-regio's. Onderstaande grafiek toont dit voor de verschillende kwartalen over de periode 2018 tot en met het eerste kwartaal 2019. Wederom zijn dit alle ziekenhuizen bij elkaar opgeteld die een bepaald type stop registreerden.

¹⁸ U verzocht om aanvullende informatie over het gemiddeld aantal stops voor de beantwoording van Kamervraag 5 (ah-tk-20182019-3404): *Kloppen de cijfers dat er in Noord-Holland en Flevoland in 2018 gemiddeld 15 stops per dag waren?*

In deze periode hebben de ziekenhuizen in de twee regio's (die Noord-Holland en Flevoland bestrijken) verschillende soorten stops afgegeven. Hetzelfde ziekenhuis kan echter tegelijkertijd meerdere soorten stops afgeven. Daarom is het logischer om dit per soort stop te bekijken. De meest voorkomende soort stop betreft 'seh'. Er waren gemiddeld ruim 5 stops per dag van deze afdeling in deze twee regio's in 2018.



Kenmerk
345551/532235

Pagina
9 van 17

Deze grafieken tonen onder meer dat gemiddeld gezien in kwartaal 1 2018 de totale duur van de seh-stops per dag hoogstens 25 uur is. Dit is een optelsom van de duur van de stops in alle 33 ziekenhuizen met een seh uit de vier ROAZ-regio's. In de daarop volgende kwartalen is deze totale duur per dag lager voor de seh.

Analyse: toegankelijkheid seh individuele ziekenhuizen

We bekijken ook de totale duur van de stops op de seh, afgezet tegen de tijd dat deze afdeling open was. Zo krijgen we een beeld van de gemiddelde toegankelijkheid van een individuele seh over de periode 2018 tot en met maart 2019. We kijken hierbij naar de meest voorkomende soort stop, namelijk de seh.¹⁹

We kijken in deze analyse naar: de 4 ROAZ-regio's, de 2 ROAZ-regio's waar Amsterdam in ligt en de ziekenhuizen in de stad Amsterdam zelf. We hebben speciale aandacht voor de regio Amsterdam omdat hier het afgelopen jaar wijzigingen waren in het aanbod van spoedeisende hulp (sluiting van het MC Slotervaart in oktober 2018), en hierover verschillende vragen vanuit de media en politiek ontstonden.

Locatie	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
4 ROAZ-regio's	96,7 %	97,8 %	97,4 %	97,6 %	97,3 %
2 ROAZ- regio's Amsterdam	96,8 %	97,7 %	96,7 %	97,2 %	96,9 %
Amsterdam	93,7 %	95,5 %	93,5 %	93,5 %	93,2 %

In de eerste rij van de tabel zien we de gemiddelde toegankelijkheid van een seh over de vier ROAZ-regio's met 33 seh's. Uit deze analyse blijkt

¹⁹ Aanverwante afdelingen laten we hier buiten beschouwing vanwege wijziging in de wijze van registratie, de (zeer) lage frequentie waarin dit type stops voorkomt en gebrek aan informatie over de openingstijden.

dat de individuele seh's gemiddeld genomen 97% van de tijd toegankelijk zijn. Dit percentage blijft redelijk stabiel in de geanalyseerde periode.

Kenmerk
345551/532235

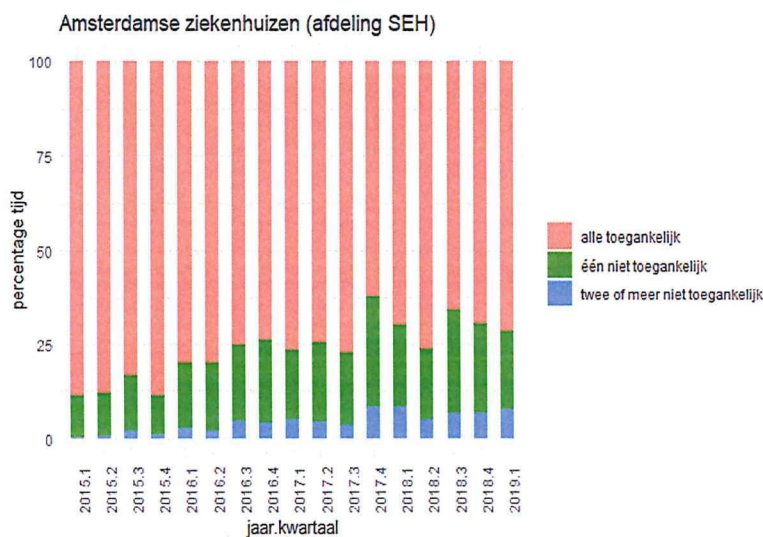
Pagina
10 van 17

In de tweede rij van de tabel zien we de gemiddelde toegankelijkheid van een seh in de twee ROAZ-regio's waarin Amsterdam ligt. In deze regio's was tot de sluiting van het MC Slotervaart sprake van 19 seh's. Uit de analyse blijkt dat deze seh's gemiddeld genomen 97% van de tijd toegankelijk zijn.

De laatste rij uit de tabel kijkt naar de gemiddelde toegankelijkheid van de ziekenhuizen in de stad Amsterdam. Tot de sluiting van het MC Slotervaart waren hier 7 ziekenhuizen met een seh. Uit deze rij blijkt dat deze seh's gemiddeld genomen 93,9% van de tijd toegankelijk zijn in de verschillende kwartalen vanaf 2018 tot en met het eerste kwartaal 2019. Amsterdam scoort hierbij zowel voor als na de sluiting van MC Slotervaart in Q3 van 2018 lager dan de andere regio's.

Analyse: toegankelijkheid Amsterdam 2015 - 2019

In aanvulling op bovenstaande toegankelijkheidspercentages kijken we voor de ziekenhuizen in de stad Amsterdam over een langere periode (2015 tot en met maart 2019) naar het aantal gelijktijdige stops op de seh.



Uit de grafiek blijkt dat in kwartaal 1 van 2019 bijna 75 procent van de tijd alle zeven seh's in Amsterdam toegankelijk waren.²⁰ Het komt in

²⁰ Deze grafiek biedt u tevens de aanvullende informatie waarom u verzocht voor de beantwoording van Kamervraag 7 (ah-tk-20182019-3404): *klopt het dat er binnen Amsterdam in 20 procent van de tijd een patiëntenstop is bij een van de spoedposten?* Hiervoor keken wij naar het aantal stops op de seh in de stad Amsterdam. Ziekenhuizen in Amsterdam geven verschillende soorten stops af. Hetzelfde ziekenhuis kan tegelijkertijd meerdere soorten stops afgeven. Daarom is het logischer om dit per soort stop te bekijken. De meest voorkomende soort stop betreft 'seh'. Uit deze grafiek volgt dat ruim 25% van de tijd een seh in Amsterdam een stop heeft. De analyse wijst ook uit dat er in het geval van een seh-stop vaak minstens vijf andere seh's toegankelijk

hoogstens 7 procent van de tijd voor dat er twee of meer seh's tegelijk een stop afgaven. Dit betekent dat er in het geval van een stop vaak minstens vier seh's, maar meestal minstens vijf seh's, tegelijk toegankelijk waren.

Kenmerk
345551/532235

Pagina
11 van 17

Het percentage van de tijd dat alle seh's in Amsterdam tegelijk toegankelijk waren, daalt echter al sinds 2015. Deze trend was al ingezet voor de sluiting van het MC Slotervaart (oktober 2018). Er is geen causale relatie aan te tonen met het totaal aantal stops in Amsterdam en de sluiting van MC Slotervaart. We kunnen dan ook geen conclusies trekken over de impact van de sluiting MC Slotervaart op het aantal stops in Amsterdam.

Conclusie

Op basis van de bestaande normen en onze huidige bevindingen constateren we dat de spoedeisende hulp voldoende toegankelijk is. Ondanks dat het aantal afgekondigde seh-stops de laatste jaren toeneemt, zien we nog niet dat de beschikbaarheid van deze zorg in het geding komt. De seh's die stops registreren, zijn gemiddeld 97% van de tijd beschikbaar. Daarnaast hebben we geen signalen dat de 45-minuten norm voor de seh structureel in het geding is.

We constateren in de monitor acute zorg 2018 echter ook dat de drukte in de acute zorg de komende jaren verder toeneemt, en dat dit op den duur ten koste kan gaan van de toegankelijkheid van de acute zorg in zijn geheel. Hoewel de oplossing hiervoor niet uitsluitend in de zorgplicht van zorgverzekeraars ligt, vinden wij dat zorgverzekeraars samen met andere (zorg)partijen hun verantwoordelijkheid moeten (blijven) nemen.

Vervolg

We monitoren de ontwikkelingen in de acute zorg nauwgezet, bijvoorbeeld via onze monitor acute zorg. Daarnaast worden onze eerdere aanbevelingen aan de sector verwerkt in de 'Agenda acute zorg' en biedt de NZa zorgverzekeraars en brancheverenigingen via een klankbordgroep een forum om actualiteiten te bespreken. Aanvullend doen we een uitvraag bij zorgverzekeraars hoe zij nu en in de toekomst invulling geven aan de zorgplicht, gezien de toenemende drukte op de seh's.

BIJLAGE 2 – Bevindingen en vervolgaanpak ambulancezorgKenmerk
345551/532235Pagina
12 van 17

In 2016 heeft de NZa onderzocht hoe zorgverzekeraars omgaan met de zorgplicht voor ambulancezorg. Aanleiding van dit onderzoek was het niet realiseren van de norm voor responstijden door een groot deel van de Regionale Ambulancevoorzieningen (RAV'en). Zorgverzekeraars dienden aan hun zorgplicht te voldoen door te achterhalen wat de oorzaken van de normoverschrijdingen zijn om zo samen met de RAV'en tot een verbetering van de responstijden te komen.

De afgelopen jaren heeft de NZa intensief toezicht gehouden op, en gesproken met individuele zorgverzekeraars over hoe zij invulling geven aan hun zorgplicht voor ambulancezorg. Onderstaand lichten we onze bevindingen van de afgelopen periode en de vervolgaanpak toe.

Kader

De zorgplicht van zorgverzekeraars is vastgelegd in de Regeling Tijdelijke wet ambulancezorg (hierna: Twaz). Artikel 7.1 van de Regeling Twaz zegt het volgende: De Regionale Ambulancevoorziening zorgt ervoor dat onder normale omstandigheden in ten minste 95% van de A1-meldingen een ambulance binnen 15 minuten na aanname van de melding ter plaatse is. De RAV kan in overleg met de zorgverzekeraars in de regio gemotiveerd afwijken. Deze norm is opgenomen in het Toezichtkader Zorgplicht Zvw²¹ van de NZa.

Ambulancezorg is per regio georganiseerd in de RAV. Een RAV heeft een regionaal monopolie. De twee zorgverzekeraars die marktleider zijn in de regio, de representerende zorgverzekeraars, maken afspraken met de RAV.

Wij verwachten dat zorgverzekeraars²²:

- zich realiseren dat het halen van de responstijd onderdeel is van hun zorgplicht;
- een actieve houding hebben bij de inkoop van ambulancezorg;
- een kritische houding hebben als een RAV de norm niet haalt waarbij ze meedenken in de mogelijke verbeteracties.

Wij beoordelen of de zorgverzekeraars hebben voldaan aan hun zorgplicht door te toetsen of er is voldaan aan de norm van 95% én of zorgverzekeraars zich voldoende hebben ingespannen.

In 2016 hebben we geconstateerd dat in 17 van de 24 regio's de norm niet is gehaald. In 2017 waren dit 21 van de van de 24 regio's.

Toezichtaanpak 2018/2019

In 2018 zijn we gestart met een gedifferentieerde toezichtaanpak op de wijze waarop zorgverzekeraars invulling geven aan hun zorgplicht ten aanzien van de ambulancezorg in de regio's waarin zij verantwoordelijk zijn. De verschillen per regio in de behaalde prestaties, kenmerken, en de kwaliteit van de rapportages vroegen om maatwerk binnen ons toezicht.

²¹ Zie Toezichtkader zorgplicht Zvw: TH/BR-025.

²² Zie rapportage normoverschrijding responstijden ambulances uit 2016 van de NZa.

De 21 regio's die de norm niet haalden zijn onderverdeeld in categorieën. Afhankelijk van de geleverde prestaties en de kwaliteit van de verbeterplannen zijn de regio's ingedeeld in A-, B- en C-regio's, waarbij de plannen van de A-regio's vertrouwen boden en een stijgende lijn naar een responstijdpercentage van 95% toonden. Dit vertrouwen boden de B-regio's niet en de situatie van de C-regio's was ronduit zorgelijk.

Kenmerk
345551/532235

Pagina
13 van 17

Inspanningen zorgverzekeraars

Op basis van de voortgangsrapportages en de gesprekken met zorgverzekeraars kunnen we constateren dat zorgverzekeraars zich aanzienlijk inspannen om hun zorgplicht te borgen. We zien een actieve opstelling bij zorgverzekeraars bij de invulling van de zorgplicht voor ambulancezorg, die verder strekt dan alleen het contracteren van ambulancezorg. Zorgverzekeraars monitoren prestaties en gaan op zeer regelmatige basis in overleg met de RAV'en. Waar mogelijk worden best practices van regio's ingezet in andere regio's.

Zorgverzekeraars en RAV'en spreken elkaar minimaal één keer per kwartaal. Tijdens deze gesprekken monitoren de zorgverzekeraars de prestaties van de RAV'en die hiervoor een rapportage aanleveren. Veelal spreken zorgverzekeraars en RAV'en elkaar vaker.

Zorgverzekeraars nemen onder meer de volgende maatregelen om RAV'en aan te zetten tot betere prestaties:

- ze sturen indien nodig aan op de inzet van externe adviseurs om de organisatie door te lichten/ data aanlevering te verbeteren;
- ze verstrekken extra budget voor paraatheid. Dit gebeurt onder meer door de omzetting van beschikbaarheidsdiensten naar paraatheidsdiensten te financieren;
- ze verstrekken financiële middelen om personeel te behouden;
- ze zetten in op goede afspraken tussen regio's die aan elkaar grenzen en indien nodig worden RAV'en daarop afgerekend;
- indien de responstijd aantoonbaar niet haalbaar is, ondanks dat de capaciteit op het niveau van het referentiekader is, wordt inzet boven het referentiekader gefinancierd.²³

Zorgverzekeraars geven aan dat voor alle B- en C-regio's verbetering van de responstijden mogelijk is. Dit kan echter alleen stapsgewijs met kleine procentuele verbeteringen. De responstijden zijn afhankelijk van vele interne factoren in de organisatie van de RAV en externe factoren zoals drukte op de weg en tekort aan personeel. Maatregelen zoals het opleiden van extra personeel en het realiseren van nieuwe ambulanceposten kosten tijd. Zorgverzekeraars hebben op sommige externe, maar ook interne factoren maar beperkt invloed.

²³ De benodigde capaciteit van de ambulancezorg in Nederland wordt berekend met behulp van een zogeheten Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg van het RIVM. Dit kader definieert het aantal ambulances en de spreiding waarmee de ambulancezorg in Nederland kan worden uitgevoerd.

Inspanningen RAV'en

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht, maar uiteindelijk zijn het de RAV'en die de ambulancezorg leveren. RAV'en hebben samen met zorgverzekeraars verbeterplannen opgesteld. De belangrijkste maatregelen die RAV'en hebben genomen om de responstijden te verbeteren zijn:

- zorgen voor een (optimale) spreiding en beschikbaarheid van de capaciteit. Uitgangspunt hierbij is het Referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid van het RIVM;
- behoud en opleiden (extra) personeel;
- goede triage zodat de juiste zorg/ambulance op de juiste plek is;
- goede afstemming met ketenpartners en aangrenzende RAV'en.

Kenmerk
345551/532235

Pagina
14 van 17

Een aantal externe factoren maakt dat het lastig is voor RAV'en om de responstijd te verbeteren. Dit zijn:

- tekort aan personeel, waardoor niet de benodigde diensten kunnen worden ingezet;
- veranderend zorglandschap (structureel), waardoor ambulances verder moeten rijden en het langer duurt voordat de ambulance weer kan worden ingezet;
- SEH-stops, waardoor de ambulance niet naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis kan en minder snel kan worden ingezet voor een volgende rit.

Score regio's

De 95% norm zegt iets over de tijdigheid van de zorg, maar is geen garantie voor kwaliteit. In eerder onderzoek door Nivel naar de ambulancezorg wordt bijvoorbeeld geconstateerd dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is voor de huidige indeling van urgenties en responstijden in de ambulancezorg.²⁴ Het onderzoek concludeert dan ook dat responstijden een onvolledig beeld geven van de kwaliteit van de ambulancezorgverlening.

De NZa neemt de norm als uitgangspunt om de zorgverzekeraars te toetsen op het invullen van hun zorgplicht, maar fixatie op deze norm moet worden voorkomen. Een te sterke focus op het behalen van de norm kan leiden tot maatregelen die ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg, bijvoorbeeld omdat wel binnen 15 minuten een ambulance aanwezig is, maar niet met de juiste uitrusting of personeel. We kijken daarom niet uitsluitend naar het behalen van de norm maar ook naar de inspanningen van zorgverzekeraars.

We constateren dat de 95% norm bij alle zorgverzekeraars scherp op het netvlies staat. De landelijke cijfers worden jaarlijks in de zomer van jaar t+1 na controle door het RIVM gepubliceerd.²⁵ Op basis van de informatie die we hebben verzameld over 2018 hebben we de verschillende regio's die de norm niet hebben behaald opnieuw ingedeeld in categorieën:

²⁴ Onderzoek Nivel: Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen, juni 2019, blz 22.

²⁵ Dit is op basis van de conceptcijfers. De definitieve cijfers komen later van Ambulancezorg Nederland (AZN).

Kenmerk
345551/532235

Pagina
15 van 17

	2018	2017
aantal binnen norm van 95%	3	3
aantal a	3	4
aantal b	12	14
aantal c	6	3
Totaal	24	24

Voor de A-regio's geldt dat de NZa inmiddels voldoende vertrouwen heeft dat de norm op termijn behaald wordt. Er is een duidelijke verbetering zichtbaar in de prestaties en er zijn weinig knelpunten. Ook worden de verbeteracties goed opgepakt en uitgevoerd en er wordt hier ook duidelijk op aangestuurd. De rapportages hebben hier voldoende inzicht in gegeven.

In de regio's in categorie B ziet de NZa dat de RAV en zorgverzekeraar gezamenlijk inzetten op verbeteringen. Veelal wordt vooruitgang geboekt maar het lijkt niet waarschijnlijk dat op korte termijn aan de norm gaat worden voldaan.

Voor de regio's die zijn ingedeeld in categorie C geldt dat de NZa zich op dit moment ernstig zorgen maakt over (de prestaties in) deze regio. Dit zijn regio's waar de prestaties ver onder de norm liggen en/of waar er structurele knelpunten zijn.

Net als in 2017 wordt in 2018 in drie regio's de norm van 95% gerealiseerd. Dit zijn dezelfde regio's als in 2017. Ook het aantal A-regio's is niet gewijzigd, dit zijn echter niet exact dezelfde regio's als in 2017. Geen van de C-regio's heeft zich kunnen verbeteren naar een B-regio.

De gemiddelde responstijd voor 2018 is op basis van de voorlopige cijfers niet verbeterd ten opzichte van 2017, maar is net als het totaal aantal ritten, gelijk gebleven.

De responstijden van de regio's die in nu een C scoren, zijn op één na allemaal (fors) achteruit gegaan. Op basis van de voorlopige cijfers daalt de gemiddelde responstijd van deze groep van 91,5% in 2017 naar 90,5% in 2018, wat een zorgelijke ontwikkeling is. Elke regio heeft zijn eigen kenmerken en uitdagingen, maar de C-regio's delen naast een structureel personeelstekort de volgende kenmerken:

- onvoldoende inzet en inzicht in de optimale spreiding en beschikbaarheid van capaciteit;
- sturingsinformatie/data is onvoldoende.

Het niet kunnen benaderen van de normatieve responstijd geeft dan ook aanleiding om deze regio's nader te bekijken.

Conclusie

De afgelopen 2 jaar hebben zorgverzekeraars met RAV'en verbeterplannen opgesteld en de voortgang gemonitord.

De zorgverzekeraars zijn zich bewust van hun rol en pakken deze ook daadwerkelijk op. Met RAV'en wordt het gesprek gevoerd over hoe de responstijd kan worden geoptimaliseerd en wat hiervoor nodig is. RAV'en en zorgverzekeraars maken hier afspraken over en zorgverzekeraars monitoren de voortgang.

Kenmerk
345551/532235

Pagina
16 van 17

De focus te sterk leggen op het behalen van de responstijdenorm kan leiden tot maatregelen die ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Tijdigheid is slechts een onderdeel van de kwaliteit. We zien dat in de A- en B-regio's RAV'en en zorgverzekeraars continu gezamenlijk succesvolle verbetermaatregelen opstellen, deze maatregelen monitoren en indien nodig bijsturen. Dit leidt nog niet tot het halen van de norm, maar partijen zetten stappen in de juiste richting en de NZa heeft er vertrouwen in dat de responstijden zullen verbeteren. Intensievere toezichtmaatregelen zullen daar niet leiden tot een verbetering omdat:

- zorgverzekeraars zich bewust zijn van hun zorgplicht, samen met RAV'en verbeterplannen hebben opgesteld, de voortgang van deze plannen monitoren en actief over de bevindingen met de RAV'en in overleg gaan;
- zorgverzekeraars afhankelijk zijn van de aangewezen RAV in een regio en geen alternatief aanbod kunnen inkopen als de prestaties van deze RAV onvoldoende is;
- zorgverzekeraars niet op alle factoren, die effect kunnen hebben op het halen van de norm, invloed hebben (personeelstekort, veranderend zorglandschap).

De inspanningen van zorgverzekeraars en RAV'en uit de C-categorie brengen onvoldoende resultaat en bieden onvoldoende vertrouwen dat de norm gehaald zal worden. Partijen lijken hier niet in staat een prestatie neer te kunnen zetten in de richting van een responstijd van 95%. Een goed lopende verbetercyclus zoals we deze bij de B-categorie zien, zien we daar niet terug. Dit is zorgelijk mede omdat het aantal regio's in de C-categorie is toegenomen. Zorgverzekeraars geven daarbij aan dat binnen de interne organisatie van deze RAV'en nog ruimte is voor verbetering van de responstijden.

Vervolg

Zowel de B- als de A-regio's zetten goede stappen naar het optimaliseren van de responstijd of zijn daar al bijna. Om toch de ontwikkelingen van de prestaties beter te kunnen monitoren vragen we zorgverzekeraars om per kwartaal, voor alle regio's inzicht te geven in de voorlopige responstijden en in het aantal A1 en A2 ritten. Mocht het zo zijn dat er gedurende het jaar redenen zijn om een regio in een andere categorie in te delen, dan kan de NZa hiertoe overgaan.

Daarnaast verwachten we dat de zorgverzekeraars zowel voor de B als voor de C-regio's een voortgangsrapportage aanleveren.

De responstijden van de regio's in de C-categorie zijn nog aanzienlijk van de normtijd verwijderd en zorgverzekeraars geven aan dat het niet waarschijnlijk is dat deze regio's op korte termijn aan de norm zullen voordoen. Deze categorie heeft daarom onze volledige aandacht.

Daarbij zoeken we nadrukkelijk de samenwerking met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) op, als toezichthouder op de kwaliteit van zorg. Aangezien tijdigheid één onderdeel van kwaliteit is, informeren we de IGJ over de C-regio's en stellen we in samenwerking met de IGJ een plan op voor een gezamenlijke aanpak. Inspanningen om de normen te halen zijn alleen dan waardevol als ook de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg hiermee zijn gediend.

Kenmerk
345551/532235

Pagina
17 van 17

Per categorie verwachten wij het volgende:

Categorie	Acties
>95% + A*	- per kwartaal aanleveren van de voorlopige responstijden en aantal ritten A1 en A2
B	- per kwartaal aanleveren van de voorlopige responstijden en aantal ritten A1 en A2 - jaarlijks rapport over voortgang
C	- per kwartaal aanleveren van de voorlopige responstijden en aantal ritten A1 en A2 - halfjaarlijks voortgangsgesprek zorgverzekeraar/NZa - jaarlijks rapport over voortgang - bevindingen NZa worden gedeeld met IGJ

**Ook de regio's die reeds de 95% norm halen.*