

BESLISSING OP BEZWAAR**160923-244830**

Bij brief van 27 november 2015 die is binnengekomen bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 1 december 2015 is door het Slingeland Ziekenhuis (hierna: Slingeland Ziekenhuis of bezwaarde) bezwaar gemaakt tegen de beschikking van 19 oktober 2015 met kenmerk 0150305/0209685 (hierna: bestreden beschikking) waarin de aanvraag van 29 september 2015 voor een beschikbaarheidsbijdrage spoedeisende hulp (SEH) 2013, 2014, 2015 en 2016 wordt afgewezen. Deze beschikking is genomen op grond van de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage Cure – op aanvraag met kenmerk BR/CU-5134. Deze beleidsregel is inmiddels vervangen door de Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage Cure – op aanvraag met kenmerk BR/CU-5145 (hierna: beleidsregel). Aan bezwaarde is op verzoek vervolgens per brief van 3 december 2015 zes weken uitstel verleend voor het aanleveren van de gronden van bezwaar. Op 15 januari 2016 heeft de NZa de aanvullende gronden namens bezwaarde ontvangen. Naar aanleiding van dit bezwaar is bezwaarde op 8 maart 2016 gehoord. Naar aanleiding van de aanvullende informatie die bezwaarde tijdens de hoorzitting heeft verstrekt, heeft de NZa navraag gedaan bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Daarvan heeft de NZa per e-mailbericht van 29 april 2016 een terugkoppeling aan bezwaarde gegeven. Bezwaarde heeft daarop nog een aantal vragen gesteld in een e-mailbericht van 27 mei 2016 die de NZa in haar e-mailbericht van 27 juni 2016 heeft beantwoord. In een telefonisch onderhoud op 4 juli 2016 hebben de NZa en bezwaarde gezamenlijk geconcludeerd dat de bezwaarprocedure thans kon worden afgerond met het opstellen van een beslissing op bezwaar.

In haar vergadering van 12 juli 2016 heeft de Raad van Bestuur van de NZa besloten dat niet tegemoet kan worden gekomen aan het bezwaar en dat het bestreden besluit ongewijzigd in stand dient te blijven. Het bezwaar wordt dan ook ongegrond verklaard.

Hieronder volgt de motivering daarvan.

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Bezwaarde licht allereerst toe dat de modelmatige ambulanceresponstijden uit de Analyse gevoelige ziekenhuizen "Beschikbaarheid, specialisatie en bereikbaarheid van Spoedeisende hulp in Nederland" (hierna: RIVM-analyse) afwijken van de werkelijke ambulanceresponstijden. Er wordt gesproken over 9:29 minuten in 2014 en 9:39 minuten in 2013, tegenover 8 minuten (2013) uit de RIVM-analyse. Daarnaast suggereert bezwaarde dat het gebruik van de daadwerkelijke tijden meer betrouwbaar is dan een gemiddelde.

Vervolgens geeft bezwaarde aan dat de ambulanceresponsetijden per regio variëren en dat het Slingeland Ziekenhuis juist in een regio ligt waar de responstijd het hoogst is. Doordat de regionale responstijd minimaal 10 minuten bedraagt in de achterhoek terwijl het RIVM van 8 minuten uitgaat, zou de RIVM-analyse volgens bezwaarde onvoldoende bruikbaar zijn voor het bepalen of een ziekenhuis in aanmerking komt voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH.

Bezwaarde geeft voorts aan dat uit het onderzoek van Strategies in Regulated Markets (SIRM) naar de Ambulancezorg Slingeland Ziekenhuis blijkt dat 13.000 inwoners van het verzorgingsgebied van het Slingeland Ziekenhuis niet binnen 45 minuten in het Slingeland Ziekenhuis of elders terecht kunnen en 71.000 inwoners niet in een alternatief ziekenhuis terecht kunnen binnen 45 minuten. Tijdens de hoorzitting voegt bezwaarde hieraan toe dat dit wordt bevestigd door de data van Witte Kruis Ambulancezorg in het rapport Ambulances in-zicht 2014 (hierna: rapport Ambulances in-zicht), waarbij in de geselecteerde postcodegebieden alleen Varsseveld binnen de 45-minutennorm valt.

In het algemeen wordt in het bezwaarschrift geconcludeerd dat in de RIVM-analyse te veel wordt uitgegaan van gemeenschappen terwijl een specifieke lokale analyse is vereist.

Daarnaast wordt in het bezwaarschrift aangegeven dat het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) voornemens is de analysefrequentie van het RIVM te verhogen naar 1 keer per jaar in plaats van 1 keer per 2 jaar, waarmee het Ministerie van VWS zou onderkennen dat de analyse nu ook te weinig houvast biedt.

Aanvullend heeft bezwaarde tijdens de hoorzitting naar voren gebracht dat de gemiddelde A1 rijtijd naar de patiënt waar het RIVM van uitgaat, afwijkt van de daadwerkelijk gerealiseerde rijtijden door Witte Kruis Ambulancezorg. Waar Witte Kruis Ambulancezorg bij de gemeente Netterden (postcode 7077) daadwerkelijk gereden rijtijden van 12:02 minuten rapporteert, gaat het RIVM uit van gemiddelde aanrijtijden van 7:36 minuten (ambulancestandplaats Etten) en 9:45 minuten (ambulancestandplaats Doetinchem). Eenzelfde vergelijking kan volgens bezwaarde worden gemaakt voor de gemeente Megchelen (postcode 7078). De daadwerkelijk gerealiseerde rijtijd bedraagt 11:39 minuten. Terwijl het RIVM uitgaat van rijtijden van 9:07 minuten (ambulancestandplaats Etten) en 11:15 minuten (ambulancestandplaats Doetinchem). Bezwaarde constateert op basis van deze gegevens dat er een verschil is tussen de daadwerkelijk gereden rijtijden naar de patiënten en de door het RIVM gehanteerde rijtijden die variëren van 0:24 seconden tot maar liefst 4:26 minuten.

Ook geeft bezwaarde tijdens de hoorzitting aan dat het RIVM uitgaat van een gemiddelde inlaadtijd van 5 minuten, terwijl, zoals ook uit de gegevens van Witte Kruis Ambulancezorg blijkt, dit geen officieel begrip is zoals deze worden gehanteerd door Ambulancezorg Nederland in zijn 'Uniform Begrippenkader Ambulancezorg'. Witte Kruis Ambulancezorg rapporteert een behandeltime die varieert van gemiddeld 10:12 minuten tot 26:20 minuten voor de gevraagde postcodes. Het is vervolgens niet helder waarom het RIVM werkt met een inlaadtijd in plaats van een behandeltime en ook niet waarop het RIVM deze gemiddelde inlaadtijd van 5 minuten baseert. Witte Kruis Ambulancezorg heeft aangegeven dat voor zover al uitgegaan zou worden van een inlaadtijd, een inlaadtijd van 5 minuten wel erg krap is geschat.

Voor de reistijd van de patiënt naar het ziekenhuis geldt dat het RIVM van veel lagere gemiddelden uitgaat dan de daadwerkelijk gerealiseerde rijtijden door Witte Kruis Ambulancezorg. Volgens bezwaarde liggen de verschillen tussen de 9:45 minuten en 12:30 minuten en geldt dit voor alle gemeenten.

De grote verschillen ten opzichte van de werkelijke ritduren die voor Netterden en Megchelen in totaal 10:09 minuten en 16:56 minuten bedragen – als de verschillen in de rittijden naar de patiënt en de rittijden naar het ziekenhuis worden opgeteld – tonen zelfs nog zonder de behandeltime mee te nemen aan dat de alternatieve ziekenhuizen niet binnen de norm kunnen worden bereikt. Als deze verschillen worden afgezet tegen de totale ritduren van het RIVM blijkt dat met een langere ritduur van 4:42 minuten in de gemeente Netterden en een langere ritduur van 3:13 minuten in de gemeente Megchelen alternatieve ziekenhuizen niet kunnen worden bereikt binnen de norm. Zoals eerder aangegeven wordt deze conclusie bevestigd door het feit dat uit de gegevens van Witte Kruis Ambulancezorg blijkt dat deze ritten naar alternatieve ziekenhuizen in de praktijk nauwelijks plaatsvinden. Als de cijfers van Witte Kruis Ambulancezorg als uitgangspunt worden genomen, kan een vergelijkbare conclusie worden getrokken. Indien wordt uitgegaan van de daadwerkelijke cijfers van Witte Kruis Ambulancezorg en de behandeltime zou worden weggelaten en hiervoor in de plaats zou een inlaadtime van bijvoorbeeld 7 minuten worden gehanteerd, dan leidt deze gevoeligheidsanalyse op basis van de cijfers van Witte Kruis Ambulancezorg tot de conclusie dat de inwoners van Megchelen, Netterden en Dinxperlo niet binnen de 45-minuten naar een SEH kunnen worden gebracht.

Tot slot licht bezwaarde toe dat uit de recente publicatie van het RIVM 'Bereikbaarheidsanalyse SEH's 2016 - Analyse gevoelige ziekenhuizen' blijkt dat er een nieuw rijtijdenmodel in gebruik is genomen dat uitgaat van nieuwe metingen van de ambulancesnelheden. Uit deze metingen is gebleken dat de gemiddelde snelheden lager zijn en daarmee de rittijden langer. Dit bevestigt de conclusie dat de daadwerkelijk gereden ritten langer duren in de praktijk dan in de theorie waarop het RIVM zich baseert. Dit betekent dat de werkelijke A1 ritduren van Witte Kruis Ambulancezorg in het verzorgingsgebied van het Slingeland Ziekenhuis over 2015 langer duren dan het geval is blijkens het overzicht, aangezien daarvoor is uitgegaan van de gemiddelde ritduren van Witte Kruis Ambulancezorg over de jaren 2011 tot en met 2014.

Samengevat verzoekt bezwaarde de NZa de bestreden beschikking te herzien en bezwaarde op basis van de werkelijke reistijden als gevoelig ziekenhuis aan te merken waarmee zij alsnog voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH voor de jaren 2013 tot en met 2016 in aanmerking komt. Volgens bezwaarde geeft de RIVM-analyse een te simpele en daarmee onjuiste weergave van de werkelijkheid hetgeen leidt tot significant kortere (theoretische) ritduren, waardoor de RIVM-analyse onvoldoende houvast biedt voor de kwalificatie als niet gevoelig ziekenhuis.

RELEVANTE REGELGEVING

Alvorens in te gaan op de gronden van het bezwaar zal eerst de achtergrond van het toepasselijk beleid worden weergegeven.

Beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage Cure - op aanvraag met kenmerk BR/CU-5145

Op grond van artikel 57, eerste lid, aanhef en onder e, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de NZa beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om beschikbaarheidsbijdragen vast te stellen. Op grond van artikel 56a, tweede lid, onder a, van de Wmg geeft de NZa op aanvraag toepassing aan artikel 56a, eerste tot en met zevende lid, van de Wmg. Ingevolge artikel 59, aanhef en onder e, van de Wmg heeft de minister van VWS bij brieven van 12 december 2012 (kenmerk MC-U-3147126) en 16 juni 2015 (kenmerk 776212-137548-MC) aanwijzingen op grond van artikel 7 van de Wmg aan de NZa gegeven.

Op de beschikbaarheidsbijdrage is titel 4.2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), het Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG (hierna: de AMvB) en het Besluit van de Europese Commissie van 20 december 2011 (C(2011)9380) van toepassing.

De beleidsregel is van toepassing op het beschikbaar hebben en bekostigen van zorg als bedoeld in artikel 2 van de AMvB, juncto onderdeel B, onder 3 tot en met 10, 14 en 15 van de bijlage bij de AMvB.

Voor een aantal activiteiten en voorzieningen van zorgaanbieders is het niet mogelijk en/of wenselijk om deze rechtstreeks aan zorgproducten voor individuele consumenten toe te rekenen. Het gaat om specifieke functies of kenmerken van de zorgverlening, zoals beschikbaarheid, specifieke deskundigheid of specifieke voorzieningen. Doel van deze beleidsregel betreft het vaststellen van de wijze van bekostiging van deze activiteiten en voorzieningen.

Bij AMvB is door de minister van VWS een aantal vormen van zorg aangewezen waarvoor de NZa een beschikbaarheidsbijdrage kan vaststellen. Mede op basis van de AMvB heeft de NZa de beleidsregel vastgesteld. Ook de SEH komt in aanmerking voor een beschikbaarheidsbijdrage. In onderdeel B, aanhef en onder 7, van de bijlage bij de AMvB is dit vastgelegd.

In artikel 7 van de beleidsregel is opgenomen hoe een aanbieder voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH in aanmerking kan komen. Daarvoor moet een aanbieder in eerste instantie aan elk van de volgende criteria voldoen:

1. De SEH moet voldoen aan de geldende (minimum)normen die worden gesteld aan een SEH;
2. De SEH moet onvoldoende inkomsten uit de tarieven hebben om de kosten van de SEH te dekken;
3. De SEH moet gevoelig zijn voor de 45-minutennorm volgens de meest relevante analyse van het RIVM.

Conform de aanwijzing van 16 juni 2015 (kenmerk 776212-137548-MC) worden alle aanvragen voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH die vanaf 1 januari 2013 bij de NZa zijn ingediend, (opnieuw) aan de hierboven genoemde criteria getoetst.

De beschikbaarheidsbijdrage SEH kan worden aangevraagd met een brief en de daarbij behorende formulieren. In de formulieren kunnen aanvragers de (verwachte) opbrengsten van de SEH en de Acute verloskunde opgeven, zoals uiteengezet is in de brief van 27 augustus 2015. De NZa beoordeelt de aanvraag. Indien de NZa overgaat tot toekenning van de beschikbaarheidsbijdrage SEH, zal een maximumbedrag als bedoeld in artikel 7.5 worden verleend. Een initiële aanvraag voor een beschikbaarheidsbijdrage voor deze zorgfunctie, kan gedurende het gehele jaar worden gedaan. Zodra er eens een beschikbaarheidsbijdrage is toegekend, dient een aanvraag tot verlening voor 1 oktober jaar t-1 te worden gedaan.

OORDEEL NZa

Beoordeling bezwaren

Op grond van de beleidsregel en de daaraan ten grondslag liggende aanwijzingen is de aanvraag van bezwaarde voor de jaren 2013, 2014, 2015 en 2016 voor een beschikbaarheidsbijdrage SEH afgewezen.

De NZa stelt voorop dat zij via de beleidsregel en de bestreden beschikking uitvoering heeft gegeven aan de aanwijzingen die de minister van VWS bij brieven van 12 december 2012 (met kenmerk MC-U-3147126) en 16 juni 2015 (met kenmerk 776212-137548-MC) aan de NZa heeft gegeven. De grondslag voor de bevoegdheid van de minister van VWS tot het geven van aanwijzingen is in artikel 7 van de Wmg vastgelegd. De NZa is gehouden de aanwijzingen te volgen, nu deze voldoen aan de wettelijke eis dat een aanwijzing betrekking moet hebben op een onderwerp waarover de NZa ingevolge de wet beleidsregels kan vaststellen, namelijk de beschikbaarheidsbijdrage. Bij de beoordeling van de rechtmatigheid van de aanwijzingen heeft de minister van VWS, naar het oordeel van de NZa, in redelijkheid doorslaggevende betekenis kunnen toekennen aan het feit dat met het verlenen van beschikbaarheidsbijdragen SEH marktverstoring wordt voorkomen. Deze beschikbaarheidsbijdragen maken bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor vormen van zorg waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties in redelijkheid niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar en in rekening te brengen zijn aan individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden dan wel waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken. Derhalve is de NZa van oordeel dat de aanwijzingen rechtmatig zijn en dat de minister van VWS met de aanwijzing niet buiten de grenzen van een redelijke beleidsbepaling is getreden.

De aanvraag van bezwaarde is afgewezen omdat zij niet voldoet aan het in artikel 7.2, onder 3, van de beleidsregel opgenomen criterium dat een SEH gevoelig moet zijn voor de 45-minutennorm volgens de meest relevante analyse van het RIVM. Voor wat betreft de jaren 2013 en 2014 is gekeken naar de RIVM-analyse van 19 juli 2013. Daarin komt het Slingeland Ziekenhuis niet voor. Voor 2015 en 2016 is gekeken naar de analyse van 3 juni 2015. In deze analyse komt het Slingeland Ziekenhuis eveneens niet voor.

De bestreden beschikking is dan ook in overeenstemming met de daarvoor geldende beleidsregel tot stand gekomen. Dit wordt in beginsel ook niet betwist door bezwaarde. Vervolgens dient te worden getoetst of er ingevolge artikel 4:84 van de Awb sprake is van bijzondere omstandigheden die de NZa noodzaken om af te wijken van de beleidsregel.

Bij de vraag of wegens bijzondere omstandigheden afwijking van een beleidsregel geboden kan zijn, is van belang of het gaat om omstandigheden die geacht kunnen worden in de beleidsregel te zijn verdisconteerd respectievelijk omstandigheden waarvan bewust in de beleidsregel is geabstraheerd. Is het een of het ander het geval, dan doen zich geen bijzondere omstandigheden voor die afwijking van de beleidsregel kunnen rechtvaardigen. De door bezwaarde naar voren gebrachte gronden worden hieronder in dit kader beoordeeld.

De bezwaargronden zien op de RIVM-analyse. In de toelichting bij de aanwijzing van 16 juni 2015 met kenmerk 776212-137548-MC is vastgelegd dat de NZa bij de invulling van de 45-minutennorm de relevante 'Analyse gevoelige ziekenhuizen' van het RIVM hanteert. Het RIVM-model is door het RIVM ontwikkeld, in opdracht en samenspraak met het ministerie van VWS. Het is een spreidingsmodel om te schatten welke ziekenhuizen open moeten blijven om de bereikbaarheid van de SEH-zorg en acute verloskunde te borgen. Omdat de RIVM-analyse ten grondslag ligt aan de bestreden beschikking heeft de NZa, met toestemming van bezwaarde, de bezwaargronden aan het RIVM voorgelegd. Vanuit het RIVM is aangegeven dat zij bezwaarde op verzoek al had voorzien van gedetailleerde uitkomsten van de bereikbaarheidsanalyse. Daarnaast doet het RIVM al sinds 2007 de gegevensverzameling en -analyse voor het rapport Ambulances in-zicht. Bezwaarde gebruikt het rapport Ambulances in-zicht om een vergelijking te maken met de RIVM-analyse.

Vershil in uitgangspunten RIVM-analyse en het rapport Ambulances in-zicht

Navraag bij het RIVM leverde allereerst op dat er een verschil is in benadering en uitgangspunten tussen het rapport Ambulances in-zicht en de RIVM-analyse.

De RIVM-analyse is een spreidingsmodel en hanteert bijbehorende spreidingsmaten. Er is sprake van een modelmatige aanpak waarbij de werkelijkheid wordt gemodelleerd. Het rapport Ambulances in-zicht is een sectorrapport waarin prestatiematen gehanteerd worden en prestaties worden gerapporteerd op grond van daadwerkelijke realisaties. In dit rapport zijn geen bereikbaarheidsanalyses opgenomen.

Dat bezwaarde aangeeft dat de RIVM-analyse 'een versimpelde weergave van de werkelijkheid is' is juist. De RIVM-analyse beoogt immers spreiding te meten en niet daadwerkelijke realisaties. Het RIVM-model heeft tot doel de spreiding van SEH's te toetsen en is niet bedoeld om prestaties te meten of te toetsen.

In de RIVM-analyse zijn voor het vaststellen van de analyse van de bereikbaarheid van ziekenhuizen, de meldtijd, uitruktijd, rijtijd van de ambulancestandplaats naar de incidentlocatie, een inlaadtijd van 5 minuten en vervolgens de rijtijd naar de SEH meegenomen.

In het rapport *Ambulances in-zicht* ligt de focus op de prestatie tot aankomst patiënt. Dat betekent dat wel informatie wordt gegeven over meldtijd en uitruktijd. Over de bezorgtijd (rijtijd naar SEH) is niet gerapporteerd. Dit tijdsinterval is wel onderdeel van de RIVM-analyse.

Waar in het RIVM-model wordt uitgegaan van gemiddelde rijsnelheden van ambulances, vaste meld-, uitruk- (samen 3 minuten) en inlaadtijden (5 minuten), zijn er in de praktijk variaties in deze tijden. De behandeltijd ter plaatse is breder dan de inlaadtijd, en omvat ook de benodigde tijd voor stabilisatie van de patiënt (indien noodzakelijk). In het RIVM-model wordt 5 minuten inlaadtijd gehanteerd en wordt er vanuit gegaan dat er geen stabilisatie nodig is. In de praktijk verschilt de meld- en uitruktijd per regio, zoals ook blijkt uit het rapport *Ambulances in-zicht*.

Aangezien de RIVM-analyse een analyse van de spreiding van ziekenhuizen is, in relatie tot de spreiding van ambulancestandplaatsen en de woonadressen van inwoners, is het niet zinvol en niet mogelijk om uit te gaan van kenmerken van gerealiseerde ambulance-inzetten. Het RIVM-model gaat immers uit van alle mogelijke woonadressen en rijtijden vanaf standplaatsen en de bezorgtijden naar SEH's, terwijl in gerealiseerde ritgegevens, niet alle woonadressen voorkomen, maar alleen die adressen waar een incident is geweest. Ook al zouden meerjarige statistieken bekeken worden dan nog is het niet gegarandeerd dat bij een analyse van daadwerkelijk gerealiseerde ritgegevens, alle mogelijk adressen in beeld zijn.

45-minutennorm

De 45-minutennorm is in de aanwijzing van 16 juni 2015 met kenmerk 776212-137548-MC geformuleerd als een spreidingsnorm. Zoals reeds aangegeven, kan de NZa niet afwijken van de aanwijzing. Om de bereikbaarheid van ziekenhuizen met een SEH, die voldoet aan de thans geldende normen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), te beoordelen wordt uitgegaan van de zogenaamde 45-minutennorm. Op grond van deze norm moet de spreiding van ziekenhuizen met een SEH zodanig zijn dat, gegeven de locaties van de ambulancestandplaatsen en conform de uitgangspunten van het spreidingsmodel, de integrale ritduur niet langer dan 45 minuten is. Deze norm is, anders dan bezwaarde suggereert, uitdrukkelijk niet bedoeld als een tijdsduur waarbinnen iemand feitelijk naar een SEH moet kunnen worden gebracht.

Er is geen wettelijke norm voor bezorging van een patiënt naar een SEH. De 45-minutennorm is geen prestatie maat. De daadwerkelijke ritduren spelen geen directe rol in de bereikbaarheidsanalyse. Daar lijkt bezwaarde wel van uit te gaan. Op grond van de norm mag er geen verslechtering in de spreiding van SEH's optreden. Het gaat er dan ook niet om of een SEH daadwerkelijk kan worden bereikt binnen 45 minuten.

In lijn met de norm van de IGZ is in artikel 4, derde lid, van de aanwijzing van 16 juni 2015 met kenmerk 776212-137548-MC opgenomen dat de NZa voor zorgaanbieders die in 2012 geen beschikbaarheidsbijdrage voor deze zorg ontvingen, een beschikbaarheidsbijdrage verstrekt uitsluitend onder de voorwaarde dat die bijdrage tot doel heeft een dreigende verslechtering in de bereikbaarheid te voorkomen ten opzichte van de thans bestaande landelijke situatie, uitgaande van gevoeligheid voor de zogenaamde 45-minuten bereikbaarheidsnorm als bedoeld in onderdeel B, aanhef en onder 7 van de bijlage bij de AMvB.

Inlaadtijd

Navraag bij het RIVM heeft opgeleverd dat de 5 minuten inlaadtijd bewust *inlaadtijd* is genoemd juist omdat het geen behandel tijd is. Als prestatie maat zou 5 minuten behandel tijd inderdaad niet reëel zijn, zoals bezwaarde ook al aangeeft, maar de 5 minuten is gehanteerd als onderdeel van de gehanteerde spreidingsmaat. Deze norm komt voort uit de acute zorg.¹ De behandel tijd is door het RIVM bewust niet meegenomen omdat het RIVM-model een spreidingsmodel is en geen prestatie model, zoals hiervoor reeds aangegeven.

Responstijd en integrale ritduur

Bezwaarde hanteert het begrip responstijd als afstand van de standplaats van de ambulance naar het incident.

Het RIVM hanteert de term responstijd niet. Het RIVM spreekt over een integrale ritduur vanaf een ambulanc standplaats naar een adres en vervolgens een SEH van maximaal 37 minuten (45 minuten minus 3 minuten meld- en uitruktijd en 5 minuten inlaadtijd). Dat houdt in dat de integrale rijtijden in totaliteit bekeken moeten worden. Er kan niet zomaar één onderdeel uit het geheel worden gelicht. Alle onderdelen moeten in onderlinge samenhang worden gezien. Dat betekent dat als een incident plaatsvindt in de directe nabijheid van een standplaats, met een korte rijtijd naar een incident, de SEH verder weg gelegen mag zijn, zolang de totale ritduur de 45 minuten niet overschrijdt. Het model houdt rekening met alle mogelijk combinaties van adressen met een lange en korte aanrijtijd, en lange en korte bezorgtijd (naar de SEH). De integrale rijtijd van het RIVM is berekend voor een ambulance die rijdt met spoed (dus met sirene en zwaailicht).

¹ Brief van 9 juli 2001 "Uitvoeringstoets tweedelijns verloskunde" van het Bouwcollege aan de minister van VWS, pagina 5, 9 en 13. De 5 minuten inlaadtijd is in 2002 overgenomen in de uitvoeringstoets spreiding ziekenhuiszorg. Het ministerie van VWS heeft het spreidingsmodel in 2009 overgenomen in de beleidsregels die betrekking hebben op de WTZi.

Deze integrale ritduur bevat twee rijtijden:

- a) de rijtijd (van ambulancestandplaats naar incident);
- b) de vervoertijd (van incident naar dichtstbijzijnde SEH).

Het RIVM heeft hierin alle mogelijke situaties gemeten: korte rijtijd + korte vervoertijd / korte rijtijd + lange vervoertijd/ lange rijtijd + korte vervoertijd / lange rijtijd + lange vervoertijd.

In het spreidingsmodel wordt geen criterium gehanteerd voor wat betreft de maximum ambulanceresponstijden. Daarvoor is wel een prestatienorm beschikbaar, maar daaraan wordt niet getoetst in de integrale ritduur van het spreidingsmodel.

Overigens hecht het RIVM eraan te benadrukken dat bezwaarde in haar bezwaarschrift refereert aan de door het RIVM beschikbaar gestelde respons- en ambulanceritduren in tabel 4.2.1. van het bezwaarschrift (pagina 2). Bij het RIVM zijn echter geen respons- en ambulance-ritduren berekend, maar rijtijden van standplaatsen naar adressen en vervolgens naar SEH's. Dit blijkt ook uit de toelichting bij de tabel zoals het RIVM die heeft aangeleverd in de door bezwaarde overgelegde productie 6. In deze productie valt op dat bezwaarde zelf een kolom "responstijd" heeft toegevoegd en daar een tijdsduur van 8 minuten aan heeft gekoppeld. Het RIVM heeft aan bezwaarde geen gegevens aangeleverd met een kolom "responstijd". Deze kolom is door bezwaarde berekend en onduidelijk is hoe zij is bepaald. Mocht bezwaarde de responstijd hebben willen bepalen door de kolommen "rijtijd_stpl" en "rijtijdSEH" af te trekken van de kolom "totale -ritduur" dan is dit een verkeerde benadering om de responstijd te bepalen. Aan de hand van deze berekening wordt met responstijd de meld- en uitruktijd en de inlaadtijd uitgedrukt conform de bereikbaarheidsanalyse, maar dat is niet dezelfde responstijd als waar bezwaarde vanuit gaat. Het RIVM gaat niet uit van responstijden, maar hanteert rijtijden van standplaatsen naar adressen en vervolgens naar SEH's.

Overigens hanteert bezwaarde in haar bezwaarschrift op pagina 4 bovenaan een tabel van gerealiseerde responstijden van Witte Kruis Ambulancezorg. Voor een vergelijking van de gerealiseerde ritduren met die van het RIVM-bereikbaarheidsmodel, zoals die in het bezwaarschrift is gemaakt met het overzicht van de ritduren zoals gerealiseerd door Witte Kruis Ambulancezorg, is het van belang te weten van waaruit de ambulance is vertrokken. Bij het RIVM-model wordt uitgegaan van vertrek vanaf de standplaats. In de data van Witte Kruis Ambulancezorg is niet aangegeven van waaruit de ambulance is vertrokken, waardoor een vergelijking van de cijfers niet goed mogelijk is.

Frequentie RIVM-analyse

In 2007, 2011 en 2013 heeft het ministerie van VWS het RIVM opdracht gegeven het rijtijdenmodel te actualiseren. Dat heeft geleid tot nieuwe vierjaarlijkse versies van het rijtijdenmodel. Als de frequentie van de RIVM-analyse van 1 keer per 2 jaar naar 1 keer per jaar mocht gaan, dan zullen de rijtijden nog steeds 1 keer per 4 jaar worden geactualiseerd. Het 1 keer per 4 jaar meten is voldoende frequent bevonden om de veranderingen in snelheden te volgen, met inachtneming van de financiële lasten en de intensiteit van het onderzoek.

Het RIVM geeft aan dat de Tweede Kamer heeft gevraagd om een jaarlijkse analyse te doen. Het verband dat bezwaarde legt met de mate van houvastheid van de huidige analyse van het RIVM kan de NZa dan ook niet volgen. Het RIVM heeft overigens formeel geen opdracht van het ministerie van VWS gekregen om met een jaarlijkse cyclus de analyse uit te voeren, zoals bezwaarde suggereert, maar de RIVM zal wel elk jaar gaan analyseren omdat de veranderingen in ziekenhuislocaties met een SEH elkaar snel opvolgen. De RIVM-analyse wordt thans met ongeveer tweejaarlijkse frequentie uitgevoerd.

Rijtijden

Vanuit het RIVM wordt voorts toegelicht dat het Slingeland ziekenhuis met de introductie van het nieuwe rijtijdenmodel in 2013 buiten de gevoelige ziekenhuizen is gevallen. In 2008 heeft het RIVM de actualisatie van het rijtijdenmodel gedaan aan de hand van een steekproef van snelheden in 8 RAV-regio's over 6 weken. In de actualisatie van 2012 is een landelijke meting gedaan over alle regio's gedurende een heel jaar. Dat model is in 2013 in gebruik genomen. In het 2013-model zijn de rijtijden korter dan het 2008-model, omdat de gemiddelde snelheden hoger waren dan in het 2008-model. Het rijtijdenmodel dat de RIVM hanteert, is gebaseerd op werkelijke snelheden van ambulances. In deze benadering zijn er verschillen tussen trajecten met korte ritduren en lange ritduren. Het model benadert de werkelijkheid het beste voor trajecten met een middellange ritduur. Bovendien zijn de rijnsnelheden gedifferentieerd naar regio: voor de Achterhoek worden andere snelheden gehanteerd dan voor de Randstad (zie RIVM-analyse 270412002/2013 Modellen referentiekader ambulancezorg).

SIRM rapport

Het RIVM heeft voorts toegelicht dat het onderzoek van de SIRM uitgaat van andere uitgangspunten en rijtijdenmodellen. Zo wordt een regio in het onderzoek van de SIRM opgedeeld in verzorgingsgebieden van ziekenhuizen, hetgeen wijst op een andere benadering dan waarvan het RIVM in haar analyse is uitgegaan. In het model van het RIVM worden geen verzorgingsgebieden onderscheiden. De verzorgingsgebieden uit het onderzoek van de SIRM hoeven niet overeen te komen met de gebieden met kortste rijtijden zoals het RIVM die hanteert. Een postcodegebied dat in de RIVM-analyse wordt toegewezen aan een ziekenhuis op basis van nabijheid, kan in de SIRM-methodiek worden toegewezen aan een ander ziekenhuis, op basis van adherentie. Door dit verschil zijn de cijfers van de twee analyses niet een-op-een met elkaar te vergelijken. Daarnaast gaat het SIRM uit van 12 minuten rijtijd en 12 minuten inlaadtijd, terwijl in de RIVM-analyse wordt uitgegaan van een integrale ritduur van de ambulancstandplaats via de plaats van het ongeval naar de SEH en daarnaast van 3 minuten meld- en uitruktijd en een inlaadtijd van 5 minuten.

Verschillen in de regio's

Het Ministerie van VWS hanteert hetzelfde model voor geheel Nederland: de spreiding van ambulancestandplaatsen en ziekenhuizen met een SEH moet zodanig zijn dat, conform de uitgangspunten van het spreidingsmodel, de integrale ritduur niet langer dan 45 minuten mag zijn, met uitzondering van de inwoners van de Waddeneilanden. De uitgangspunten zijn in de Achterhoek dezelfde als voor de Randstad, Friesland, Limburg en Zeeland. Het gehanteerde RIVM-model houdt rekening met verschillen in rijtijden en rijsnelheden van ambulances, met onderscheid naar drie regiotypes. Het is niet zinvol, en voegt geen waarde toe, om te differentiëren naar verschillen in meld- en uitruktijden. De variaties hierin tussen de regio's is niet zodanig groot dat dit aanleiding geeft tot differentiatie.

Het RIVM heeft aangegeven dat haar geen analyse van regionale responstijden bekend is, zoals bezwaarde veronderstelt, waaruit blijkt dat die van de Achterhoek het hoogst van Nederland zou zijn. In het model hanteert het RIVM gemiddelde waarden voor meld-, uitruk- en inlaadtijd. Die gemiddelde waarden zijn gekozen aan de hand van landelijk gemiddelden wat betreft meld- en uitruktijden. Voor de regio Noordoost Gelderland was de gemiddelde meldtijd in 2014 1:38 minuten (in de afgelopen vijf jaar nooit meer dan 2 minuten), de gemiddelde uitruktijd 1:06 minuten (in de afgelopen vijf jaar niet meer dan een minuut) (zie pagina 100-101 uit het rapport Ambulances in-zicht). De modelaannekking van 3 minuten meld- en uitruktijd komt thans overigens goed overeen met de gemiddelde praktijkwaarden.

Zoals hierboven toegelicht gaat bezwaarde uit van andere vooronderstellingen en begripsbepalingen voor wat betreft de responstijd, de inlaadtijd, de 45-minutennorm en rijtijden/integrale ritduur, waardoor de RIVM-analyse en het rapport Ambulances in-zicht niet met elkaar vergeleken kunnen worden. Dat geldt eveneens voor de vergelijking die bezwaarde maakt van de RIVM-analyse met het SIRM-rapport. Daarnaast betreft de RIVM-analyse een analyse van de spreiding van ziekenhuizen en geeft het rapport Ambulances in-zicht de daadwerkelijke prestaties weer. De bezwaargronden gaan grotendeels uit van genoemde begrippen en vooronderstellingen en treffen dan ook geen doel. Voor wat betreft de overige bezwaargronden, die zien op het rijtijdenmodel, de frequente van de RIVM-analyse en de verschillen in de regio's is hiervoor reeds uiteengezet waarom de NZa van oordeel is dat deze gronden geen doel treffen.

De NZa concludeert dat de door bezwaarde naar voren gebrachte gronden geen bijzondere omstandigheden vormen die kunnen leiden tot de conclusie dat de bestreden beschikking moet worden herzien en de beschikbaarheidsbijdrage aangepast moet worden.

Ten overvloede overweegt de NZa ten aanzien van de financiële positie van bezwaarde en het effect van de afwijzing van het verzoek dat zij uit de financiële gegevens van bezwaarde niet af heeft kunnen leiden dat haar financiële positie dusdanig is dat het afwijzen van het verzoek onevenredig nadelige gevolgen met zich brengt.

Voor zover de primaire beslissing niet voldoende is gemotiveerd wordt dit gebrek in deze beslissing op bezwaar hersteld met bovenstaande overwegingen.

CONCLUSIE

Gelet op het voorgaande heeft de NZa dan ook besloten het bezwaar ongegrond te verklaren.

Ingevolge artikel 8:1 van de Awb juncto 8:6 van de Awb juncto hoofdstuk 2, artikel 4 van Bijlage 2 bij de Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5, eerste lid, van de Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur