



# Internationale verkenning Acute zorg

Versie 3

Datum 15 februari 2024  
Status Definitief

## Colofon

Directoraat Generaal Curatieve Zorg  
Directie Curatieve Zorg en Directie Patiënt en Zorgordening

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5 2511 VX Den Haag

## Inhoud

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Methodiek</b>	<b>4</b>
<b>3.</b>	<b>Overzicht per land</b>	<b>5</b>
	<b>3.1. Denemarken</b>	<b>5</b>
	<b>3.2. Finland</b>	<b>7</b>
	<b>3.3. Duitsland</b>	<b>8</b>
	<b>3.4. Oostenrijk</b>	<b>10</b>
	<b>3.5. Engeland</b>	<b>11</b>
	<b>3.6. Japan</b>	<b>12</b>
	<b>3.7. Verenigde Staten</b>	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>Analyse en conclusies</b>	<b>15</b>
<b>5.</b>	<b>Literatuurlijst</b>	<b>17</b>
	<b>Bijlage 1. Algemene statistieken</b>	<b>19</b>

## 1. Inleiding

Acute zorg dient van goede kwaliteit en voor iedereen in Nederland toegankelijk te zijn. Het is aan de overheid om heldere kaders/normen te stellen om deze belangen te borgen. In Nederland wordt dit o.a. geborgd met de 45-minutennorm voor spoedeisende hulpafdelingen (hierna: SEH's) en afdelingen acute verloskunde. Het is interessant om te kijken hoe andere landen hiermee omgaan.

Het doel van deze internationale verkenning was om in vogelvlucht een eerste indruk te krijgen of andere landen ook met tijdsnormen werken, en te exploreren hoe andere landen de acute zorg hebben (her)ingericht (inclusief de aan- of afwezigheid van normen) om als inspiratie en mogelijk als goede voorbeelden te dienen voor de ontwikkeling van alternatieve normen voor kwaliteit en toegankelijkheid in de Nederlandse acute zorg.

## 2. Methode

Allereerst is er een selectie gemaakt van landen die uitgewerkt worden. Daarbij zijn landen geselecteerd die (recent) een hervorming hebben doorgevoerd op het gebied van spoedeisende zorg, of landen die enigszins een vergelijkbaar zorgstelsel hebben als Nederland, of landen die ook met een sterke vergrijzing te maken hebben en landen met veel rurale gebieden. De volgende landen zijn op basis van bovenstaande selectiecriteria geselecteerd:

- Denemarken
- Finland
- Duitsland
- Oostenrijk
- Engeland
- Japan
- Verenigde Staten van Amerika (hierna: VS)

In hoofdstuk 3 is door middel van deskresearch per land het antwoord gezocht op een aantal centrale vragen ten aanzien van de organisatie van de acute (ziekenhuis)zorg. Het is een quickscan van bestaande literatuur op elementen die relevant kunnen zijn voor de inrichting van het Nederlandse acute zorglandschap. Deze verkenning is dus geen systematische literatuurstudie. De kans dat tijdens deze verkenning niet alle literatuur boven tafel komt, is aanwezig. Er is echter geprobeerd zoveel mogelijk informatie te verzamelen die als inbreng kan dienen voor verdere beleidsvorming. De volgende vragen zijn per land beantwoord:

- Is er een equivalent van de 45-minutennorm voor acute ziekenhuiszorg?
- Is er een actief concentratiebeleid voor de acute zorg? Zo ja, hoe?

- Is er een actief spreidingsbeleid om acute zorg in dunbevolkte gebieden overeind te houden? Zo ja, hoe?
- Is er sprake van differentiatie tussen verschillende voorzieningen voor verschillende doelgroepen of 'levels' voor acute zorgvoorzieningen (inclusief eerstelijns spoedzorg)? Zo ja, welke?
- Wat is de rol van de landelijke overheid, regionale overheid en zorgverzekeraars bij de financiering van de acute ziekenhuiszorg?
- Wat is het beleid ten aanzien van ambulances, helikopters, Mobiel Medische Teams's (MMT's)?

Tot slot worden in hoofdstuk 4 ter conclusie enkele overkoepelende inzichten uit de verkenning beschreven. De inzichten zijn geen wetenschappelijke conclusies dus kunnen ook niet als zodanig worden gelezen.

In de bijlage is per land algemene relevante informatie opgenomen over de grootte van het land, het aantal inwoners, de gemiddelde leeftijd en het aantal ziekenhuizen. Het is van belang de beschrijvingen in de hoofdstukken te bezien in het licht van deze verschillen tussen landen.

### 3. Overzicht per land

#### 3.1. Denemarken

##### **Is er een equivalent van de 45-minutennorm voor acute ziekenhuiszorg?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

##### **Is er een actief concentratiebeleid voor de acute zorg? Zo ja, hoe?**

Ja. In 2007 zijn onder andere de spoedeisende hulpen geconcentreerd in minder ziekenhuizen (Baier et al., 2019). In elke regio (in totaal zijn er 5 regio's in Denemarken) is er één universitair medisch centrum. De hervormingen hebben impact gehad op de ziekenhuisspreiding. In 2007 waren er 40 openbare ziekenhuizen op 82 locaties. In 2016 waren dit nog maar 21 ziekenhuizen op 68 locaties. Een deel van deze ziekenhuizen richt zich op de acute zorg en een ander deel richt zich alleen op de niet-acute zorg. (Christiansen & Vrangbaek, 2018).

##### **Is er een actief spreidingsbeleid om acute zorg in dunbevolkte gebieden overeind te houden? Zo ja, hoe?**

Vastgesteld is dat elk ziekenhuis met acute zorgvoorzieningen een gebied met 200.000 tot 400.000 inwoners moet bedienen om voldoende volume te waarborgen (Christiansen & Vrangbaek, 2018; Rolink et al., 2019). De schatting is dat ongeveer 12% van de bevolking in 2020 meer dan 30 kilometer moest reizen om het dichtstbijzijnde ziekenhuis met acute zorgvoorzieningen te bereiken.

Er zijn gezamenlijke acute zorgvoorzieningen binnen iedere regio, waarbij er een samenwerkingsstructuur is tussen verschillende voorzieningen en locaties. Dit stelt ziekenhuizen in staat om van elkaars competenties en materiaal gebruik te maken.

**Is er sprake van differentiatie tussen verschillende voorzieningen voor verschillende doelgroepen of 'levels' voor acute zorgvoorzieningen (inclusief eerstelijns spoedzorg)? Zo ja, welke?**

De acute zorg valt in Denemarken onder de verantwoordelijkheid van de regio's waardoor de differentiatie kan verschillen per regio. Sommige regio's hebben bijvoorbeeld lokale spoedklinieken opgezet. De regio's waarborgen daarbij zelf de samenhang tussen de pre-hospitale diensten en de spoedeisende hulp (Christiansen & Vrangbaek, 2018). Ook zijn er in verschillende regio's zogenaamde gezamenlijke acute afdelingen (Joint Acute Wards of JAWs) opgericht, ter vervanging van kleinere SEH's van individuele afdelingen. JAWs hebben tot doel om voor de beschikbaarheid te zorgen van specialisten bij acute zorgvragen (Baier et al., 2019). Er zijn daarnaast door verpleegkundigen geleide klinieken opgericht op locaties waar SEH's zijn gesloten, om ervoor te zorgen dat patiënten nog steeds behandeling kunnen krijgen in het ziekenhuis (Baier et al., 2019).

**Wat is de rol van de landelijke overheid, regionale overheid en zorgverzekeraars bij de financiering van de acute ziekenhuiszorg?**

In het Deense zorgsysteem zijn de zorgtaken verdeeld tussen regio's en gemeenten. De centrale overheid stuurt aan en reguleert. Het grootste deel van de zorg valt onder de regio's. Die zijn onder andere verantwoordelijk voor ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en psychiatrie (grotweg vergelijkbaar met de Nederlandse Zvw). De regio's zijn in bijna alle gevallen ook eigenaar van de ziekenhuizen. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor thuiszorg, verpleeghuizen en een aantal andere sociale zorgvoorzieningen (grotweg vergelijkbaar met Wlz en Wmo).

De Deense regio's worden gefinancierd door de centrale overheid om hun zorgtaken uit te kunnen voeren. De overheid krijgt die inkomsten uit verschillende vormen van belasting. Zorgverzekeraars hebben in Denemarken geen rol. Alleen voor aanvullende zorg, zoals tandartsenzorg, bestaan private verzekeringen, vergelijkbaar met de aanvullende verzekeringen in Nederland (Gupta-Publicatie Denemarken, 2023).

**Wat is het beleid ten aanzien van ambulances, helikopters, MMT's?**

Om de langere reistijden (voor veelal de mensen die meer dan 30 km van de meest nabije acute zorgvoorzieningen) naar de SEH's te compenseren, hebben regio's de pre-hospitale spoedeisende capaciteit uitgebreid door het aantal MMT's en helikopters te verhogen. Vastgelegd in de urgentie-index van Denemarken is dat er een responstijd is van maximaal 13 minuten voor ambulances bij levensbedreigende acute zorgvragen. Daarnaast heeft de introductie van de elektronische patiëntendossiers de samenhang

tussen de ambulancevoorzieningen en de spoedeisende hulp verbeterd (Christiansen & Vrangbaek, 2018).

In de ambulances worden steeds meer nieuwe technologieën en data ingezet, zoals medische dossiers, sneltesten, monitoring op afstand en data-analyse. Er is gegevensuitwisseling tussen ambulancediensten en ziekenhuizen al vanaf aanmelding van de patiënt (Healthcare Denmark, 2019). Hierdoor fungeren ambulances als een uitbreiding van het ziekenhuis, waarbij screening en diagnostiek in de ambulance zelf kunnen plaatsvinden, waardoor patiënten rechtstreeks naar gespecialiseerde ziekenhuizen kunnen worden vervoerd (Lindskou et al., 2019; Healthcare Denmark, 2019).

### 3.2. Finland

#### **Is er een equivalent van de 45-minutennorm voor acute ziekenhuiszorg?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

#### **Is er een actief concentratiebeleid voor de acute zorg? Zo ja, hoe?**

Ja. In 2014 en 2017 zijn er hervormingen doorgevoerd om een netwerk van gezamenlijke spoedzorg te organiseren (inclusief ambulancezorg). Het gaat hierbij om spoedzorgeenheden in ziekenhuizen, bemand door artsen van gezondheidscentra en specialistische zorginstellingen. Deze spoedzorgeenheden zijn na de hervormingen geconcentreerd in twaalf ziekenhuizen. Hierdoor is de spoedzorg in Finland aanzienlijk meer gecentraliseerd, bijvoorbeeld voor bevallingen en complexe chirurgische behandelingen (Keskimaki et al., 2019). De hervormingen waren er ook op gericht dat de bevoegdheid van universitaire ziekenhuisdistricten versterkt zou worden, waardoor zij de planning en coördinatie van ziekenhuisdiensten binnen hun verantwoordelijkheidsgebieden verder konden verbeteren.

#### **Is er een actief spreidingsbeleid om acute zorg in dunbevolkte gebieden overeind te houden? Zo ja, hoe?**

Ja. Er wordt gebruikgemaakt van een systeem waarbij elke vierkante kilometer wordt geanalyseerd als risicocel. De cellen worden ingedeeld in vier categorieën: kernstedelijk, ander stedelijk, verspreide nederzetting en ander landelijk. Op basis van de categorie worden beslissingen gemaakt over welke diensten (ambulances en voorzieningen) nodig zijn in die regio. In de praktijk bleken ziekenhuisdistricten uiteenlopende responstijden te halen in de eigen regio, zelfs met vastgestelde tijdsnormen. Daarom geldt er sinds 2017 een norm waarbij percentages zijn vastgesteld hoeveel ambulances de responstijden moeten halen: het percentage ambulanceritten dat binnen de 8, 15, 30 en 120 minuten wordt bereikt (Pappinen & Nordquist, 2022; Suserud et al, 2011). In Finland is er veel discussie over de totstandkoming van dit beleid. Er is in het algemeen kritiek op responstijden als de belangrijkste kwaliteitsindicator bij het bieden van ambulancezorg in de regio. Ook blijkt het moeilijk

om de verschillende regio's met elkaar te vergelijken, en daarmee te evalueren. Een terugkerend probleem is dat het type spoedvragen per regio sterk verschilt (Pappinen et al., 2018).

**Is er sprake van differentiatie tussen verschillende voorzieningen voor verschillende doelgroepen of 'levels' voor acute zorgvoorzieningen (inclusief eerstelijns spoedzorg)? Zo ja, welke?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

**Wat is de rol van de landelijke overheid, regionale overheid en zorgverzekeraars bij de financiering van de acute ziekenhuiszorg?**

Het financieringsstelsel van het Finse gezondheidssysteem is zeer gefragmenteerd, waarbij gemeenten, de nationale ziektekostenverzekering, werkgevers en huishoudens allemaal aanzienlijke bijdragen leveren. Samen financieren ze gemeentelijke, particuliere en arbeidsgerelateerde gezondheidsdiensten. Hierdoor is de dekking in Finland ook gefragmenteerd. Hoewel alle inwoners gedekt zijn door gemeentelijke gezondheidszorg, varieert de beschikbaarheid van diensten, met name op het gebied van eerstelijnszorg, tussen gemeenten. Bovendien vallen werknemers onder arbeidsgeneeskundige zorg, waarvan de reikwijdte ook varieert (Keskimaki et al., 2019).

**Wat is het beleid ten aanzien van ambulances, helikopters, MMT's?**

In het algemeen wordt er gebruikgemaakt van ambulances en helikopters voor de ambulancevoorzieningen. Daarbij wordt er onderscheid gemaakt tussen standaard ambulances en meer geavanceerde eenheden. In meer geavanceerde ambulances worden o.a. hogere eisen gesteld aan de opleiding van de professionals. Daarnaast zijn er zes helikoptereenheden die worden onderhouden door de vijf ziekenhuisdistricten met een Universitair ziekenhuis (Keskimaki et al., 2019; Venesoja et al., 2021).

### 3.3. Duitsland

**Is er een equivalent van de 45-minutennorm voor acute ziekenhuiszorg?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

**Is er een actief concentratiebeleid voor de acute zorg? Zo ja, hoe?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

**Is er een actief spreidingsbeleid om acute zorg in dunbevolkte gebieden overeind te houden? Zo ja, hoe?**

Ja, ziekenhuizen ontvangen aanvullende betalingen als ze zich in financieel onaantrekkelijke regio's bevinden, maar van cruciaal belang zijn om medische diensten aan de regio te verlenen (Regierungskommission, 2023).

Om de spreiding van huisartsen te plannen, is het land verdeeld in grofweg 950 planningsregio's. Een regio wordt gezien als "100% bediend" als er wordt voldaan aan



een verhouding van 1 huisarts op 1671 inwoners maal een demografisch gewicht (GBA, 2023). Voor specialisten bestaat er ook een planningsmodel voor de spreiding, maar de invulling hiervan verschilt per specialisme. Kassenärztlichen Vereinigungen (KV's) bestaan uit verschillende artsen en specialisten waarbij er per deelstaat 1 KV is, dus in totaal zijn er 17 KV's in Duitsland. Deze KV's kunnen maatregelen treffen om artsen naar hun deelstaat en planningsregio's te lokken, zoals beurzen voor geneeskundestudenten in ruil voor een terugkeerverplichting of financiële steun voor praktijkopeningen in die gebieden. Als de dichtheid groter is dan 110% (dan middels het planningsmodel geraamde aantal voor die regio), worden er geen aanvullende licenties meer verleend om het beroep uit te mogen oefenen (Klose & Rehbein, 2017).

**Is er sprake van differentiatie tussen verschillende voorzieningen voor verschillende doelgroepen of 'levels' voor acute zorgvoorzieningen (inclusief eerstelijns spoedzorg)? Zo ja, welke?**

Minister van Volksgezondheid Karl Lauterbach heeft in de zomer van 2023 een grote ziekenhuishervorming aangekondigd (Regierungskommission, 2023) die gericht is op meer differentiatie tussen verschillende zorgvoorzieningen. Dit in verband met een groot personeelstekort en te weinig coördinatie tussen zorginstellingen. Het ziekenhuissysteem krijgt hierbij drie niveaus:

- Niveau 1 zijn klinieken die basiszorg bieden; sommige daarvan beschikken mogelijk over een goed uitgeruste eerstehulpafdeling.
- Niveau 2 bestaat uit ziekenhuizen die standaard- en gespecialiseerde zorg aanbieden.
- Niveau 3 zijn ziekenhuizen met een breed aanbod aan gespecialiseerde zorg, zoals grote universitaire ziekenhuizen.

Daarbij komen er specificaties voor apparatuur, patiëntenkamers en het aantal en de kwalificatie van het personeel voor elke categorie. Om noodopvang aan kinderen (circa 290 ziekenhuizen) te kunnen bieden, zullen er geïntegreerde spoedeisende hulpen voor kinderen en jongeren komen. Daarnaast wil Duitsland ook meer gaan inzetten op een betere differentiatie van spoedeisende hulp waarbij er ook spoedeisende hulp geboden kan worden waarbij geen arts fysiek aanwezig is maar eventueel wel via videobellen. Wat betreft de acute zorgvoorzieningen zijn er momenteel SEH's die een beperkt aantal uren per dag open zijn en SEH's die 24/7 open zijn.

**Wat is de rol van de landelijke overheid, regionale overheid en zorgverzekeraars bij de financiering van de acute ziekenhuiszorg?**

Het bestuur van het gezondheidszorgsysteem in Duitsland is gedecentraliseerd. Op federaal niveau wordt het algemene wettelijke kader gevormd, maar de deelstaatregeringen zijn verantwoordelijk voor de ziekenhuisplanning en de volksgezondheidsdiensten. De meeste beslissingsmacht ligt binnen het zorgverzekeringssysteem en wordt gedelegeerd aan verenigingen van zorgverleners en ziekenfondsen (BGM, 2020).

Als een ziekenhuis weigert om mee te werken aan de spoedzorg, dan kan deze geconfronteerd worden met disciplinaire maatregelen zoals een geldboete (€ 60,- per geval). Het effect hiervan is echter beperkt.

#### **Wat is het beleid ten aanzien van ambulances, helikopters, MMT's?**

In het algemeen wordt er gebruikgemaakt van ambulances en helikopters voor de ambulancevoorzieningen. Daarbij wordt er onderscheid gemaakt tussen standaard ambulances en meer geavanceerde eenheden. Daarbij zet Duitsland in op meer behandeling die al ter plekke kan worden verricht.

### 3.4. Oostenrijk

#### **Is er een equivalent van de 45-minutennorm voor acute ziekenhuiszorg?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

#### **Is er een actief concentratiebeleid voor de acute zorg? Zo ja, hoe?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

#### **Is er een actief spreidingsbeleid om acute zorg in dunbevolkte gebieden overeind te houden? Zo ja, hoe?**

De uitdaging in Oostenrijk ligt in de moeilijk bereikbare plaatsen in veelal bergachtige gebieden. Om deze reden zet Oostenrijk een groot aantal helikopters in voor de acute zorg in deze gebieden. Het aantal helikopters dat wordt ingezet hangt af van het seizoen, waarbij het hoogste aantal helikopters met name in de winter worden ingezet. Ook mede door het grote aantal toeristen dat naar Oostenrijk komt voor de wintersport.

#### **Is er sprake van differentiatie tussen verschillende voorzieningen voor verschillende doelgroepen of 'levels' voor acute zorgvoorzieningen (inclusief eerstelijns spoedzorg)? Zo ja, welke?**

In Oostenrijk zijn ziekenhuizen onderverdeeld naar de volgende levels:

- Algemene acute ziekenhuizen (42.1% van alle ziekenhuizen). Deze ziekenhuizen bieden een breed scala aan diensten voor algemene zorg, maar in ieder geval interne geneeskunde en algemene chirurgie. In acute ziekenhuizen worden zowel ongeplande als geplande diensten verleend.
- Gespecialiseerde acute ziekenhuizen (16.6% van alle ziekenhuizen) behandelen patiënten met specifieke ziekten (bijvoorbeeld orthopedische ziekenhuizen) of zijn voor specifieke doeleinden ingericht (bijvoorbeeld legerziekenhuizen). In acute gespecialiseerde ziekenhuizen worden zowel ongeplande als geplande diensten verleend.
- Niet-acute ziekenhuizen bieden structurele gespecialiseerde zorg.

**Wat is de rol van de landelijke overheid, regionale overheid en zorgverzekeraars bij de financiering van de acute ziekenhuiszorg?**

Oostenrijk telt in totaal 271 ziekenhuizen met 301 locaties en ongeveer 64.800 bedden. Van deze 271 ziekenhuizen worden 121 door de overheid gefinancierd. Er zijn 45.600 acute bedden binnen de door de overheid gefinancierde acute ziekenhuizen. Zij verzorgen bijna 90% van alle ziekenhuisverblijven (2,53 miljoen).

De Oostenrijkse gezondheidszorg is gebaseerd op een sociaal verzekeringsmodel dat wordt gekenmerkt door verplichte verzekering.

**Wat is het beleid ten aanzien van ambulances, helikopters, MMT's?**

Oostenrijk beschikt over een uitgebreid netwerk van ambulances en helikopters (op 38 locaties waarvan 16 alleen in de winter actief zijn). De organisatie van ambulances en helikopters is (op enkele uitzonderingen na) de verantwoordelijkheid van de gemeenten; de staten zijn verantwoordelijk voor het ter beschikking stellen van de noodzakelijke middelen. Naast fulltime medewerkers worden er tal van vrijwilligers ingezet bij ziekenvervoer (BMASGK, 2019).

### 3.5. Engeland

**Is er een equivalent van de 45-minutennorm voor acute ziekenhuiszorg?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

**Is er een actief concentratiebeleid voor de acute zorg? Zo ja, hoe?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

**Is er een actief spreidingsbeleid om acute zorg in dunbevolkte gebieden overeind te houden? Zo ja, hoe?**

Per regio verschillen de organisatie, structuur, taken en uitdagingen voor de ICSs (Integrated Care Systems, zie hieronder voor meer uitleg hierover) in Engeland sterk. Er worden vanuit de overheid acties ondernomen om ongelijkheden tussen regio's te verminderen. Daarbij hebben ICSs de taak om deze ongelijkheden in hun regio te identificeren en hier beleid op te ontwikkelen. NHS England probeert met het zogenaamde Core20PLUS5-initiatief ongelijkheden te verminderen met gericht beleid (veelal gericht op verbeterde toegankelijkheid van zorg) op zwangerschap, ernstige psychische aandoeningen, chronische luchtwegaandoeningen, vroege diagnose van kanker en opsporing van hypertensie, bij mensen die leven in de 20% meest achtergestelde gebieden (Dunn et al., 2022).

**Is er sprake van differentiatie tussen verschillende voorzieningen voor verschillende doelgroepen of 'levels' voor acute zorgvoorzieningen (inclusief eerstelijns spoedzorg)? Zo ja, welke?**

Engeland telt ongeveer 170 SEH's en 18 ambulancehelikopters, sommige verbonden aan universitaire ziekenhuizen (waar ook medische opleiding en onderzoek plaatsvindt), andere in algemene ziekenhuizen. Daarnaast zijn er gespecialiseerde kinderziekenhuizen met een SEH. Ook zijn er urgente behandelcentra voor minder ernstige verwondingen en ziektes, vaak geleid door huisartsen, met beperktere openingstijden dan de belangrijkste SEH's. Deze bevinden zich op verschillende locaties, waaronder bij sommige ziekenhuizen (Anderson et al., 2022).

### **Wat is de rol van de landelijke overheid, regionale overheid en zorgverzekeraars bij de financiering van de acute ziekenhuiszorg?**

De NHS in het Verenigd Koninkrijk (VK) biedt elke inwoner van het Verenigd Koninkrijk primaire en secundaire gezondheidszorg (publiek gezondheidssysteem). De organisatie van de NHS is in elke deelstaat anders ingericht en georganiseerd vanuit geïntegreerde zorgsystemen (Integrated Care Systems, ICS) (Anderson et al., 2022). Momenteel zijn er 42 geïntegreerde zorgsystemen (ICSs) die verschillende zorgaanbieders en commissies, inclusief lokale overheden, samenbrengen om de dienstverlening te plannen. Deze ICSs hebben als taak om lokale dienstverlening te verbeteren, gezondheid te bevorderen en ongelijkheden te verminderen. Het grootste deel van de financiering vanuit de NHS, ongeveer twee derde, gaat naar het bestuur van de ICS, de Integrated Care Boards (ICB's). De partnerorganisaties van de ICS werken samen aan planningen (activiteiten, personeelsbestand, financiën) om te bepalen hoe aan de nationale en lokale prioriteiten van de NHS zal worden voldaan. De ICB's zijn daarbij verplicht om de uitgaven binnen de door NHS England vastgestelde grenzen te houden, met het vereiste om financieel evenwicht binnen het systeem te behouden (NHS England, 2022; HMFA, 2023). Burgers kunnen daarnaast vrijwillig nog een particuliere verzekering afsluiten waarbij ze terecht kunnen bij private zorginstellingen.

### **Wat is het beleid ten aanzien van ambulances, helikopters, MMT's?**

Voor de responstijden van ambulances gelden normen, welke zijn gecategoriseerd op basis van de ernst van de toestand van de patiënt. In 2023 is er een plan geïmplementeerd om de acute zorg te verbeteren. Daaronder valt ook het vergroten van de capaciteit van ambulances.

## **3.6. Japan**

### **Is er een equivalent van de 45-minutennorm voor acute ziekenhuiszorg?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

### **Is er een actief concentratiebeleid voor de acute zorg? Zo ja, hoe?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

### **Is er een actief spreidingsbeleid om acute zorg in dunbevolkte gebieden overeind te houden? Zo ja, hoe?**

Het aantal SEH's wordt bepaald op basis van de bevolking van elk gezondheidszorggebied (World Health Organization, 2018). Japan bestaat uit 47 prefecturalen (soort provincies) waarbinnen weer secundaire en tertiaire gebieden zijn vastgesteld. Voor elk gebied is vastgelegd welke specifieke zorgvoorzieningen dienen te worden aangeboden. Er dient bijvoorbeeld tenminste één geavanceerd perinataal centrum aanwezig te zijn in elk tertiair gezondheidszorggebied (World Health Organization, 2018).

**Is er sprake van differentiatie tussen verschillende voorzieningen voor verschillende doelgroepen of 'levels' voor acute zorgvoorzieningen (inclusief eerstelijns spoedzorg)? Zo ja, welke?**

Er zijn drie niveaus van ziekenhuizen voor spoedeisende hulp in Japan (Shimizu & Hibino et al., 2021).

1. In primaire spoedcentra worden patiënten ambulantly behandeld.
2. In secundaire spoedcentra worden patiënten behandeld waarbij mogelijk opname nodig is.
3. In tertiaire spoedcentra en geavanceerde spoedcentra wordt spoedeisende zorg geleverd aan traumapatiënten en patiënten waarbij een operatie of een IC opname mogelijk nodig is.

De artsen die werkzaam zijn in tertiaire noodziekenhuizen zijn SEH-artsen. De meeste artsen in de primaire en secundaire ziekenhuizen zijn veelal andere specialisten, zoals internisten en chirurgen. In deze ziekenhuizen kunnen deze artsen ook worden ingezet op de SEH.

Naast de differentiatie in de acute zorgvoorzieningen is de focus van Japan verschoven van kritieke zorg en trauma naar medische en chirurgische zorg van ouderen en meer inrichting van community care voor ouderen. Dit om de druk op de spoedcentra te verlagen.

**Wat is de rol van de landelijke overheid, regionale overheid en zorgverzekeraars bij de financiering van de acute ziekenhuiszorg?**

De overheid reguleert en controleert bijna alle aspecten van het gezondheidssysteem, inclusief het zorgverzekeringssysteem. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor het op efficiënte wijze bieden van kwalitatief hoge gezondheidszorg. De centrale overheid bepaalt het landelijke zorgvergoedingstelsel en subsidieert en superviseert lokale overheden, verzekeraars en zorgverleners. Bijna 70 procent van de ziekenhuizen in Japan is privaat en wordt bestuurd door medische bedrijven. De overheid gefinanciert de zorg en de tarieven worden door de overheid gereguleerd (World Health Organization, 2018).

Lokale overheden zijn verantwoordelijk voor de jaarlijkse beoordelingen en inspecties van ziekenhuizen om ervoor te zorgen dat bestaande normen worden nageleefd. Zo kan het zijn dat wanneer een ziekenhuis te veel patiënten per verpleegkundige opneemt – dat wordt gebruikt als indicator voor een slechte kwaliteit van de

ziekenhuiszorg - de vergoeding voor het ziekenhuis wordt verlaagd (World Health Organization, 2018).

### **Wat is het beleid ten aanzien van ambulances, helikopters, MMT's?**

Japan zet in op een goede gegevensuitwisseling tussen ambulances en zorginstellingen. Ambulances zijn uitgerust met een mobiele tablet waarmee de professionals de dichtstbijzijnde beschikbare medische noodvoorzieningen kunnen vinden zonder naar die voorzieningen te hoeven bellen, terwijl ze gelijktijdig, voorafgaand aan hun aankomst bij de SEH, informatie kunnen delen zoals vitale functies, ernst van de situatie en foto's van de patiënt (World Health Organization, 2018).

Ook heeft Japan een coördinatieprogramma opgezet van aangewezen tertiaire spoedcentra. Wanneer de transporttijd van een patiënt meer dan 30 minuten wordt of wanneer minimaal 5 verschillende SEH's de patiënt niet accepteren, wordt de coördinatie overgenomen. Ziekenhuizen zijn dan vervolgens verplicht om de patiënt op te nemen, te zorgen voor stabilisatie en te beslissen over een eventuele verdere transfer naar een ander ziekenhuis, indien nodig.

## **3.7. Verenigde Staten**

### **Is er een equivalent van de 45-minutennorm voor acute ziekenhuiszorg?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

### **Is er een actief concentratiebeleid voor de acute zorg? Zo ja, hoe?**

Hier is geen literatuur over gevonden.

### **Is er een actief spreidingsbeleid om acute zorg in dunbevolkte gebieden overeind te houden? Zo ja, hoe?**

Het Critical Access Hospital (CAH) is in het leven geroepen voor landelijke gemeenschappen die geen goede toegang hebben tot klinische zorg. Dit ziekenhuis moet, om aangewezen te worden als CAH, een gemiddelde verblijfsduur hebben van 96 uur of minder per patiënt en 35 mijl van een ander ziekenhuis verwijderd zijn (of 15 mijl in bergachtig terrein). De aanwijzing werd in het leven geroepen zodat kleine ziekenhuizen basiszorg en spoedeisende hulp zouden blijven bieden dicht bij huis voor de plattelandsbevolking. Meer dan 25% van de ziekenhuizen voor acute zorg in de VS heeft het CAH predicaat (Rice & Rosenau et al., 2020).

### **Is er sprake van differentiatie tussen verschillende voorzieningen voor verschillende doelgroepen of 'levels' voor acute zorgvoorzieningen (inclusief eerstelijns spoedzorg)? Zo ja, welke?**

In de VS wordt er (waar mogelijk) gedifferentieerd tussen acute en dringende zorg. Dringende zorg wordt geleverd buiten de SEH-setting in Urgent Care Centres (UCC's).

De UCC's bieden zorg op inloopbasis. De omvang van diensten in deze centra ligt tussen die van een praktijk voor eerstelijnszorg en een SEH. De zorg in een UCC richt zich op zorg voor ziekten en kleine noodgevallen zoals infecties van de bovenste luchtwegen, urineweginfecties, rugpijn, verstuikingen, verrekkingen, bijtwonden, brandwonden en kleine breuken. Studies laten zien dat personen in gebieden die over meer alternatieven voor acute zorg beschikken, minder gebruik maken van de SEH hulp voor minder ernstige diagnoses. De kwaliteit en de kosten van de zorg in UCC's zijn nog niet uitgebreid onderzocht (Rice & Rosenau et al., 2020).

### **Wat is de rol van de landelijke overheid, regionale overheid en zorgverzekeraars bij de financiering van de acute ziekenhuiszorg?**

De VS is een federale constitutionele democratie met besluitvormende autoriteit gesplitst tussen de federale overheid, de staatsoverheden en de lokale overheden. De federale overheid beschikt over nagenoeg geen publieke zorgorganisaties en heeft een minimale rol in het leveren van zorgverleners, met uitzondering van de Veterans Health Administration (VHA) en de Indian Health Service (IHS) (Tikkanen & Osborn et al., 2020). Het Amerikaanse zorgsysteem kenmerkt zich door veel verschillende private verzekeraars en zorgaanbieders die opereren met een winstoogmerk (Rice & Rosenau et al., 2020).

Onverzekerden hebben toegang tot acute zorg dankzij een federale wet die de meeste ziekenhuizen verplicht om alle patiënten die spoedeisende hulp nodig hebben te behandelen, inclusief vrouwen die moeten bevallen, ongeacht hun financiële draagkracht, verzekeringsstatus, nationaliteit of ras (Tikkanen & Osborn et al., 2020).

### **Wat is het beleid ten aanzien van ambulances, helikopters, MMT's?**

Ambulancediensten worden tot op zekere hoogte door de overheid gefinancierd, maar kunnen ook direct worden beheerd vanuit een gemeenschap, of ze kunnen eigendom zijn van een externe leverancier, zoals een particulier bedrijf. Luchtambulancediensten (helikopters en kleine vliegtuigen) in de VS worden beheerd door ziekenhuizen, of door de federale, staats- of lokale overheid of via een verscheidenheid aan afdelingen, waaronder de lokale of staatspolitie, de United States National Park Service, of brandweerkorpsen. De minimale zorg die geboden dient te worden in een ambulance staan beschreven in een standaard (Critical Care Transport Standard) maar eventueel aanvullende zorg kan verschillen.

## **4. Analyse en conclusies**

In voorgaande hoofdstukken zijn verschillende landen uitgewerkt. Overkoepelend kunnen uit deze quickscan de volgende inzichten worden afgeleid:

- In deze internationale verkenning zijn geen tijdsnormen gevonden voor spoedeisende zorg zoals de Nederlandse 45-minutennorm.

- In meerdere landen wordt er een onderscheid gemaakt in types SEH, zoals een SEH speciaal voor kinderen, of voorzieningen voor relatief minder complexe acute zorg, bijvoorbeeld in de VS de Urgent Care Centres. Ook wordt in landen gekeken welke acute zorg geboden kan worden zonder arts (maar bijvoorbeeld door een verpleegkundige), of eventueel met een arts via videobellen. Daarbij zijn er ook landen die SEH's hebben die 24/7 open zijn, en SEH's die een beperkt aantal uren per dag bereikbaar zijn.
- In meerdere landen wordt gezocht naar een balans tussen schaalgrootte en spreiding/toegankelijkheid. Daarbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar inwoneraantallen of op aantal behandelingen in een regio of gebied. Ook worden verschillende type gebieden (stedelijk, ruraal, etc) meegenomen om te bepalen welke voorzieningen nodig zijn.
- Er een aantal landen is een actief spreidingsbeleid, bijvoorbeeld in Duitsland wordt het financieel aantrekkelijk gemaakt voor zorgpersoneel om in minder aantrekkelijke gebieden te werken. En in de VS wordt extra geld ter beschikking gesteld voor CAH's.
- In verschillende landen wordt ingezet op uitgebreidere prehospitalische zorg. Zo wordt er sterk ingezet op meer en beter uitgeruste ambulances (en in sommige landen ook ambulancehelikopters) die ter plaatse bepaalde spoedeisende hulp al kunnen verlenen. Daarbij zijn andere landen ook bezig met het mogelijk maken van inzicht in elektronisch patiëntendossiers (zowel van en naar prehospitalische hulpverlener als van en naar ziekenhuis).
- Er zijn landen die meer inzetten op community care, veelal voor ouderen, om de toenemende druk op de spoedeisende hulp door de vergrijzing te verminderen.



## 5. Literatuurlijst

- Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). United Kingdom: health system review.
- Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T. & Quentin, W. (2019) Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands—Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*, 123(1), 1-10.
- BMASGK, (2019). Das österreichische Gesundheitssystem: Zahlen - Daten - Fakten (sozialministerium.at)
- BGM (federal ministry of Health (2020). The German health System. The German healthcare system (bundesgesundheitsministerium.de)
- Blumel et al., (2020). Germany: Health System Review. *Health System Transit Dec* 22(6), 1-272.
- Christiansen, T., & Vrangbæk, K. (2018) Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on. *Health Policy*, 122(4), 321-328.
- Dunn, P., Fraser, C., Williamson, S., & Alderwick, H. (2022). Integrated care systems: what do they look like?. Health Foundation report
- GBA 2023. Bedarfsplanung-Richtlinie. Bedarfsplanungs-Richtlinie (g-ba.de)
- GUPTA-Publicatie-Denemarken-DIGITAAL.pdf (gupta-strategists.nl)(2023)
- Handbook to the NHS Constitution for England - GOV.UK (www.gov.uk)
- Healthcare Denmark (2019) Whitepaper: Emergency Medical Service
- Higginson, I., Cooksley, T., Dean, J., Clarke, S., & Boyle, A. (2023). Is the NHS's urgent and emergency care plan delivering what patients need?. *bmj*, 382.
- HMFA (2023) introductory guide to NHS finance Chapter 5: NHS finance – the role of integrated care systems
- Ibsen, S., Lindskou, T. A., Nickel, C. H., Kløjgård, T., Christensen, E. F., & Søvsvø, M. B. (2021). Which symptoms pose the highest risk in patients calling for an ambulance? A population-based cohort study from Denmark. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 29(1), 1-10.
- Independent Reconfiguration Panel Annual Business Review: 2021-22 - GOV.UK (www.gov.uk)
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L. K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., & Karanikolos, M. (2019). Finland: Health System Review. *Health systems in transition*, 21(2), 1-166.
- Kluse & Rehbein (2020). *Ärzteatlas 2017* (wido.de)
- Lindskou, T. A., Mikkelsen, S., Christensen, E. F., Hansen, P. A., Jørgensen, G., Hendriksen, O. M., ... & Søvsvø, M. B. (2019). The Danish prehospital emergency healthcare system and research possibilities. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 27(1), 100.
- Flojstrup M, et al. (2023). Mortality before and after reconfiguration of the Danish hospital- based emergency healthcare system: a nationwide interrupted time series analysis. *BMJ Quality and Safety* 2023.
- NHS, 2023

- NHS England (2022) Our 2022/23 business plan: Our funding
- Pappinen, J., Laukkanen-Nevala, P., Mäntyselkä, P., & Kurola, J. (2018). Development and implementation of a geographical area categorisation method with targeted performance indicators for nationwide EMS in Finland. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 26(1), 1-7.
- Pappinen, J., & Nordquist, H. (2022). Driving speeds in urgent and non-urgent ambulance missions during normal and reduced winter speed limit periods—a descriptive study. *Nursing Reports*, 12(1), 50-58. *Pflege Professionell*, 2017. „Triage“ in der Notaufnahme | *Pflege Professionell* (pflege-professionell.at)
- Regierungskommission (2023) Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission - Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, integrierte Notfallzentren und integrierte Leistungstellen (bundesgesundheitsministerium.de)
- Rockville, MD. (2022) National Healthcare Quality and Disparities Report: Agency for Healthcare Research and Quality; AHRQ Pub. No. 22(23)-0030.
- Rolink, M., Bos, N., & Boer, D. D. (2019). Urgentie in de ambulancezorg en de acute eerstelijns zorgketen: Een verantwoording voor de urgentie-indeling.
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., & Barnes, A. J. (2020). United States: Health System Review. *Health systems in transition*, 22(4), 1-441.
- Sera, T., Otani, N., Bannai, H., Hasegawa, T., Umemura, T., Honda, H., & Kimura, A. (2023). The current status of emergency departments in secondary emergency medical institutions in Japan: a questionnaire survey. *International Journal of Emergency Medicine*, 16(1), 1-12.
- Shimizu, K., Hibino, S., Biros, M. H., Irisawa, T., & Shimazu, T. (2021). Emergency medicine in Japan: past, present, and future. *International Journal of Emergency Medicine*, 14(1), 1-9. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition (thelancet.com)
- Suserud, B. O., Beillon, L., Karlberg, I., Pappinen, J., Castren, M., & Herlitz, J. (2011). Do the right patients use the ambulance service in South-Eastern Finland?. *International Journal of Clinical Medicine*, 2(05), 544-549.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. (2020). International profiles of health care systems. *The Commonwealth Fund*.
- Venesoja, A., Lindström, V., Aronen, P., Castrén, M., & Tella, S. (2021). Exploring safety culture in the Finnish ambulance service with emergency medical services safety attitudes questionnaire. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29(1), 1-11.
- World Health Organization (2018) Japan health system review. *Health systems in transition*, 8(1).

## Bijlage 1. Algemene statistieken

In Tabel 1 en Tabel 2 zijn beschrijvende statistieken te vinden van de onderzochte landen. Het is van belang de beschrijvingen in de hoofdstukken te bezien in het licht van deze statistieken. De gegevens zijn immers van invloed op de keuzes die een land moet maken of heeft gemaakt.

Tabel 1 Beschrijvende statistieken per land (deel 1)

Land	Oppervlakte in km <sup>2</sup> In 2022 <sup>1</sup>	Inwoneraantal op 1 januari 2023 <sup>1</sup>	BBP <sup>2</sup>	BBP per hoofd bevolking (\$, 2022) <sup>3</sup>
Duitsland	353.296	84.358.845	117	48.432,5
VK	243.610 <sup>4</sup>	67.168.000 (2021) <sup>5</sup>	100	45.850,4
Denemarken	41.987	5.932.645	137	66.983,1
Oostenrijk	82.519	9.104.772	125	52.131,4
Finland	338.462	5.547.430	111	53.654,7
Japan	377.970	124.947 <sup>5</sup>	84	33.815,3
VS	9147420 <sup>6</sup>	334.229 <sup>7</sup>	141	76.395,6
Nederland	34.188	17.811.291	129	55.985,4

Tabel 2 Beschrijvende statistieken per land (deel 2)

Land	% Kinderen <15 jaar in 2022 <sup>8</sup>	% Ouderen van 65 jaar of ouder in 2022 <sup>9</sup>	% bevolking in de werkende leeftijd in 2022 <sup>10</sup>	Aantal ziekenhuizen
Duitsland	14.0	22.1	63.8	1893 (2022) <sup>11</sup>
VK	17.1	19 <sup>12</sup>	64.0	2001 (geschat) <sup>13</sup>
Denemarken	16.1	20.4	63.5	21 ziekenhuizen op 68 locaties <sup>14</sup>
Oostenrijk	14.4	19.5	66.1	268 <sup>13</sup>
Finland	15.2	23.2	61.6	217
Japan	11.6	29.0	59.4	8205 <sup>15</sup>
VS	17.8	17.3	64.8	6129 <sup>16</sup>
Nederland	15.4	20.1	64.5	69 ziekenhuisorganisaties op 113 locaties <sup>17</sup>

<sup>1</sup>. Facts and figures, EU demographics | European Union (europa.eu)

<sup>2</sup>. Statistics | Eurostat (europa.eu)

<sup>3</sup>. GDP per capita (current US\$) | Data (worldbank.org)

<sup>4</sup>. Oppervlakte per land - Vergelijkende Kaart - Europa (indexmundi.com)

<sup>5</sup>. World Population Prospects - Population Division - United Nations

<sup>6</sup>. United States - Land Area (sq. Km) - 2023 Data 2024 Forecast 1961-2021 Historical (tradingeconomics.com)

<sup>7</sup>. United States Population (tradingeconomics.com)

<sup>8</sup>. Demography - Young population - OECD Data OECD (2023), Young population (indicator).

<sup>9</sup>. The elderly dependency rate is defined as the ratio between the elderly population and the working age (15-64 years) population. Demography - Elderly population - OECD Data Elderly population (indicator). OECD (2023).

<sup>10</sup>. Demography - Working age population - OECD Data OECD (2023), Working age population (indicator).

<sup>11</sup>. Medical facilities, hospital beds and movement of patient (preliminary results) - German Federal Statistical Office (destatis.de)

<sup>12</sup>. Summary | The State of Ageing 2022 | Centre for Ageing Better (ageing-better.org.uk)

<sup>13</sup>. Healthcare Resources : Hospitals (oecd.org)

<sup>14</sup>. Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on - ScienceDirect

<sup>15</sup>. Intensive care bed rates hospitals select countries worldwide 2020 | Statista

<sup>16</sup>. Fast Facts on U.S. Hospitals, 2023 | AHA

<sup>17</sup>. Ziekenhuiszorg | Aanbod | Instellingen | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)