
Vergaderjaar 1996–1997

25 170

Wachttijden in de curatieve zorg

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 17 december 1996

Hierbij bied ik u de notitie «wachttijden in de curatieve zorg» aan.

Voor het terugdringen van bestaande wachtlijsten in de curatieve zorg heeft het Kabinet voor 1997 50 mln beschikbaar gesteld. Het feitelijk wegwerken van de wachtlijsten zal lokaal plaats moeten vinden. Ik zal betrokken partijen hierover informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

INHOUDSOPGAVE	Blz.
1. Samenvatting	3
2. Inleiding	3
3. Analyse	3
3.1 Definities	3
3.2 Oorzaken van onaanvaardbare wachttijden	5
4. Oplossingen vanuit het veld	5
4.1 Versnelde zorg voor werkenden	5
4.1.1 IGZ-onderzoek binnen somatische zorgsector	5
4.1.2 Versnelde hulp binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg	7
4.1.3 Standpunt over versnelde hulp aan werkenden	8
4.1.4 Juridische mogelijkheden ter stimulering en ontmoediging	10
4.2 Snellere hulp voor iedereen	11
5. Plan van aanpak wachttijden curatieve zorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg.	13
5.1 Incidenteel	13
5.2 Structureel	14
Bijlagen	
1: Het verslag van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ¹	
2: Wachttijsten in het buitenland; wat kunnen wij daarvan leren?	18
3: Geraadpleegde literatuur	24

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

1. Samenvatting

Wachtlijsten en lange wachttijden in de curatieve somatische zorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg zijn een punt van aandacht. Daar waar sprake is van knelpunten (gezondheidsschade en, of te lang verzuim), zal ik maatregelen treffen om deze weg te nemen.

Om de huidige te lange wachttijden in de curatieve somatische zorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg aan te pakken zal worden ingezet op twee sporen: incidenteel en structureel. De structurele aanpak vergt tijd en zal pas in 1998 tot merkbare effecten leiden. Daarom moeten onaanvaardbaar lange wachttijden in 1997 ook incidenteel worden aangepakt.

Voor de incidentele aanpak heeft het kabinet voor 1997 50 miljoen beschikbaar. Dit bedrag breng ik in een tijdelijk Wachtlijstfonds. Met deze middelen moeten de huidige achterstanden naar aanvaardbare niveaus worden terug gebracht door tijdelijk de capaciteit uit te breiden. Voor besteding binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg zal eerst meer duidelijkheid moeten komen over wachttijden binnen die sector.

Om te voorkomen dat er nieuwe onaanvaardbare wachttijden ontstaan, zullen tegelijkertijd structurele maatregelen moeten worden getroffen. Hiervan wordt een 16-tal opgesomd. Tenslotte worden in een bijlage enkele buitenlandse initiatieven tot het reduceren van wachttijden besproken.

2. Inleiding

Tijdens het Algemeen Overleg over wachtlijsten in de zorg op 20 en 27 juni 1996 heb ik toegezegd u een notitie te sturen waarin ik u informeer over de stand van zaken, mijn standpunt en mijn plan van aanpak met betrekking tot de wachttijden in de curatieve zorg. Deze notitie gaat over wachttijden in de ziekenhuiszorg en in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Ook geef ik u mijn visie op de hulpverlening in privé-klinieken, omdat bij het zoeken naar oplossingen voor (te lange) wachttijden de weg naar privé-klinieken nog al eens wordt bewandeld. In deze notitie zal ik niet ingaan op wachttijden in de sector verpleging en verzorging en de langdurige geestelijke gezondheidszorg. Deze komen in andere kaders aan de orde.

De notitie is als volgt opgebouwd. Eerst geef ik een beschouwing over wachtlijsten en wachttijden. Vervolgens ga ik in op oplossingen van partijen in het veld voor te lange wachttijden. Ik geef u mijn standpunt hierover en vermeld hoe ik gewenste initiatieven wil stimuleren.

3. Analyse

Voor de duidelijkheid van de discussie is het nodig onderscheid te maken tussen een wachtlijst, wachttijd en de situatie dat wachten een probleem is. Na een bespreking van de definities (3.1) beschrijf ik kort de oorzaken van onaanvaardbare wachttijden. (3.2).

3.1 Definities

Mede op basis van het rapport «Wachtlijsten» van de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor ziekenhuisvoorzieningen (1994) hanteer ik de volgende definities. Wachtlijsten kunnen worden onderscheiden in planningslijsten en problematische wachtlijsten. Een planningslijst geeft op enig moment het aantal mensen

weer dat geïndiceerd is voor en wacht op een behandeling. Een problematische wachtlijst is een planningslijst waarop een maximaal aanvaardbare wachttijd wordt overschreden.

Wachttijden zijn niet bij voorbaat ongewenst. Instellingen en beroepsbeoefenaren gebruiken planningslijsten om het proces van zorgverlening in goede banen te leiden. Planningslijsten moeten ertoe bijdragen dat de beschikbare capaciteit bij normale fricties tussen vraag en aanbod eerlijk, effectief en efficiënt wordt aangewend. Voor een efficiënte benutting van capaciteit is een zekere reserve noodzakelijk om leegstand te voorkomen, en om bijvoorbeeld opnameplanning en werklastregulering mogelijk te maken.

Wachttijden kunnen worden onderscheiden in toegangstijden en klinische wachttijden. Onder toegangstijd wordt verstaan de tijd tussen verwijzing door de huisarts en de indicatiestelling voor bijv. een heupoperatie. Klinische wachttijd is de tijd die verloopt tussen het moment waarop de indicatie voor deze operatie is gesteld en het moment waarop de operatie feitelijk plaatsvindt. In de ambulante ggz gaat het om de wachttijd alvorens een patiënt terecht kan bij bijvoorbeeld een Riagg resp. de wachttijd tot de behandeling begint. De termen instroom-, doorstroom-, en uitstroomtijden van wachtenden geeft goed weer dat een wachtlijst een dynamisch gebeuren weergeeft waarbij bovendien ook duidelijk wordt dat een wisselwerking bestaat tussen de uitstroom van patiënten binnen de curatieve sector en naar bijvoorbeeld thuiszorg.

Wat is een maximaal aanvaardbare wachttijd? Volgens bovenbedoeld rapport is sprake van een problematische wachttijd als een bepaalde redelijke tijdsgrens wordt overschreden of als het wachten gezondheidschade oplevert. Door te lang wachten kan bijvoorbeeld de aandoening verergeren en kunnen bijkomende medische en sociaal-economische problemen ontstaan. De termijn die voor wachten maximaal aanvaardbaar mag worden geacht, zal verschillen per aandoening en daarmee per planningslijst.

Cijfers over wachtlijsten hebben een beperkte informatieve waarde. Hoewel een groot aantal cijfers en feiten over wachtlijsten bestaat, constateer ik dat de beschikbare gegevens in veel gevallen onvolledig en onbetrouwbaar zijn. Het vergelijken en optellen van wachtlijstgegevens is niet mogelijk vanwege gebrek aan eenheid van taal en uitgangspunten voor de registratie van wachtlijsten. In veel gevallen zegt het bestaan van een wachtlijst weinig over de echte wachttijd, noch over de termijn, waarbinnen het wachten op een ingreep, behandeling, verpleging of verzorging aanvaardbaar wordt geacht.

Het zogenoemde referentiekader dat door de Stuurgroep Wachttijden in de zorg van de KNMG in juni 1995 was ontwikkeld heeft helaas niet tot een eensgezinde opvatting over het wegwerken van wachtlijsten geleid. Wel was de stuurgroep het eens over de noodzaak van uniforme registratie van wachttijden, gestandaardiseerde indicatiestelling en normering van maximaal aanvaardbare wachttijden.

Ik deel de visie van de stuurgroep op dit punt. Als iedereen op dezelfde wijze registreert, is het mogelijk de geregistreerde gegevens met elkaar te vergelijken. Niet alleen de registratie, ook de indicatiestelling moet eenduidig plaatsvinden: welke patiënten komen voor welke behandeling in aanmerking en hoe urgent is de behandeling. Om dit te bevorderen moet er verder gewerkt worden aan protocollering. Als de registratie gestandaardiseerd is en indicatiestelling geprotocolleerd, worden omvang en samenstelling van wachtlijsten meer transparant. Om te bepalen of een wachtlijst problematisch is, moet de derde voorwaarde vorm krijgen: de

normering van de maximaal aanvaardbare wachttijden. Als blijkt dat de maximaal aanvaardbare wachttijd structureel wordt overschreden, is sprake van een probleem. Een planningslijst wordt dan een problematische wachtlijst.

Belangrijk is bovendien dat de wachtlijsten actueel moeten worden gehouden. Dit betekent dat de lijsten regelmatig moeten worden opgeschoond. Enerzijds om mensen te schrappen die niet meer op de lijst thuishoren, anderzijds om de lijsten aan te passen aan de laatste inzichten (waardoor normen kunnen veranderen, bijvoorbeeld wat betreft de beste behandeling voor een bepaalde aandoening of de urgentie van bepaalde patiënten).

3.2 Oorzaken van onaanvaardbare wachttijden

Onaanvaardbare wachttijden – en daarmee problematische wachtlijsten – kunnen ontstaan door tal van factoren, zowel aan de aanbod- als aan de vraagzijde. Die factoren dienen niet ieder op zichzelf te worden gezien, maar veeleer in onderlinge samenhang.

Factoren aan de aanbodzijde zijn onder meer: nieuwe medisch-technische mogelijkheden en verruiming van indicatiestelling, de mate van samenwerking tussen en binnen instellingen, de beschikbare capaciteit en de mate waarin deze efficiënt wordt benut, de werkstijl van zorgverleners, doorverwijzing naar collegae en de mate van substitutie en doorstroming. Met name de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn en de bedrijfsartsen speelt hierbij een rol. Deze samenwerking stagneert om verschillende redenen, waaronder onduidelijkheid en onwennigheid over ieders rol in het verzuimproces.

Aan de vraagzijde zijn mogelijke factoren: de veranderende aard en samenstelling van de bevolking, voorkeuren van patiënten voor een bepaalde hulpverlener of instelling, ook kan mondigheid van patiënten en diens omgeving kan extra vraag creëren, maar ook verminderen.

4. Oplossingen vanuit het veld

4.1 Versnelde zorg voor werkenden

Diverse initiatieven zijn door zorgaanbieders, verzekeraars en soms door werkgevers ontwikkeld om de wachttijden te verminderen. Deze initiatieven zijn soms gericht op het verminderen van wachttijden voor alle patiënten en soms op het verminderen van wachttijden voor een bepaalde categorie patiënten (bijv. werknemers van een bepaalde werkgever). Bij de laatste groep is soms ook sprake van het omzeilen van de bestaande wachtlijsten. Om een goed beeld te krijgen van deze initiatieven die er op dit moment zijn, worden ontplooid, heb ik 29 juli 1995 de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd een inventarisatie te doen in de somatische sector. Het onderzoeksverslag «mag ik even passeren» is mij op 11 december 1996 aangeboden. (zie bijlage). In paragraaf 4.1 bespreek ik de resultaten.

4.1.1 IGZ-onderzoek binnen somatische zorgsector

Honderdtwintig ziekenhuizen is gevraagd een korte vragenlijst in te vullen over de aanwezigheid of afwezigheid van, in de ogen van de directie, te lange wachttijden en wachtlijsten, en over eventuele initiatieven voor snellere hulp of wachtlijstomzeiling.

Van deze 120 (algemene en academische) ziekenhuizen, hebben 114 ziekenhuizen een ingevulde vragenlijst teruggestuurd.

Driekwart van de ziekenhuizen geeft aan te kampen met te lange wachttijden voor een eerste polikliniekbezoek en/of te lange wachtlijsten voor diagnostisch onderzoek of klinische opname. De langste wachttijden doen zich voor bij de oogheelkunde, orthopedie, cardiologie en bij de KNO-arts. Met de langste wachtlijsten voor diagnostisch onderzoek kampt de orthopedie, de cardiologie, de inwendige geneeskunde en de oogheelkunde. Het wachten op een klinische opname duurt het langst bij orthopedie, oogheelkunde, algemene chirurgie en KNO.

Van de 112 ziekenhuizen zeggen 97 ziekenhuizen geen initiatieven te hebben genomen voor snellere hulp of wachtlijstomzeiling. Vijftien ziekenhuizen hebben dat wel gedaan. Deze 15 initiatieven zijn vervolgens getoetst aan de criteria van de definitie van snellere hulp, voorrang voor bepaalde groepen en voorrang om niet medische redenen. Uit deze toetsing bleek, dat 12 van deze initiatieven niet aan te merken zijn als snellere hulp of wachtlijstomzeiling, maar dat het hierbij gaat om aanzetten om, ad hoc of structureel, tot verkorting of beter beheer van wachtlijsten te komen.

De initiatieven van 4 ziekenhuizen kunnen gekarakteriseerd worden als snellere hulp of wachtlijstomzeilend. Deze ziekenhuizen omschrijven hun snellere hulp-initiatief als volgt:

- bedrijvenpoli
- maximaal 100 orthopedie-patiënten (verzekerd bij één verzekeraar) worden jaarlijks sneller gezien na polispreekuur; soms extra OK-tijd gecreëerd
- zorgbemiddeling door een (aparte) stichting op verzoek van zorgverzekeraar, waarbij snellere hulp mogelijk is in de reguliere geplande tijd
- extra behandel- en verpleegcapaciteit ter beschikking gesteld aan een aparte Stichting, opgericht door specialisten, tevens werkzaam in ziekenhuis De aantallen versneld behandelde patiënten in de eerste helft van 1996 bedragen resp. 73, 4, 6 en 21.

Aan de 120 ziekenhuizen is tevens gevraagd, of zij binnen een jaar van plan zijn met een snellere hulp-initiatief van start te gaan. Negentien ziekenhuizen hebben het voornemen om snellere hulp te gaan aanbieden. Een aantal van deze initiatieven heeft betrekking op verkorting van de wachtlijsten door uitbreiding van de personele capaciteit en/of verlenging van de bedrijfsduur. «Echte» snellere hulp of wachtlijstomzeilende plannen komen in beperkte mate voor. De voorgenomen plannen zijn als volgt te omschrijven (aantal ziekenhuizen):

Omschrijving van plannen:

uitbreiding capaciteit en/of bedrijfstijd- verlenging	7,
snellere toegang voor eigen medewerkers	2,
bedrijvenpoli (-achtige activiteiten)	3,
pilot NZi (in beraad)	2,
intentieverklaring met zorgverzekeraar	1 en een rest categorie van 4.

Aan de eerder beschreven vier ziekenhuizen, die aangaven snellere hulp-initiatieven te hebben ontwikkeld, zijn aanvullende vragen gesteld, die meer inzicht moesten geven over de aard van het initiatief, de organisatievorm, de praktische vormgeving, de beschikbaar gestelde personele capaciteit of faciliteiten door het ziekenhuis, de selectiecriteria om voor snellere hulp in aanmerking komen, de betrokken specialismen, de aantallen patiënten en de wijze van financiering. Een overzicht van

deze initiatieven is opgenomen in bijlage 1. Het aantal wachtlijst-omzeilende initiatieven is klein en de omvang ervan beperkt. Slechts twee initiatieven zijn opgezet in verband met bestaande wachtlijsten. Snellere hulp voor speciale groepen is met name gericht op orthopedische zorg. Wachtlijsten voor oogheelkunde vormen geen aanleiding voor wachtlijst-omzeiling, omdat het cataractoperaties betreft, een aandoening van ouderen.

Van de 51 aangeschreven zorgverzekeraars hebben 44 verzekeraars gereageerd. Aan de zorgverzekeraars is gevraagd het schematisch overzicht van snellere hulp, zoals opgenomen in het NRV-rapport «De wachtende werknemer» aan te vullen of te actualiseren. Uit de antwoorden blijkt, dat de helft van de responderende verzekeraars snellere hulp aanbiedt. De snellere hulp bestaat voornamelijk uit wachtlijst- of zorgbemiddeling en informatieverstrekking over wachttijden; één verzekeraar noemt de bedrijvenpoli. Ruim een derde van de snelle hulp-initiatieven is specifiek bestemd voor werknemers, de rest voor alle verzekerden. De snellere hulp wordt verleend in ziekenhuizen, in privé-klinieken en soms in het buitenland. Het gaat daarbij vooral om orthopedie en oogheelkunde. Het aantal verzekerden, dat sneller is geholpen of waarvoor is bemiddeld bedraagt in de eerste helft van 1996 ca. 300 verdeeld over 10 verzekeraars. Twee verzekeraars hebben resp. 173 en 300 maal bemiddeld, maar benoemen dit niet als een snellere hulp-initiatief. Acht verzekeraars geven geen aantallen op of beschikken daar niet over.

Zorgverzekeraars hebben, ter realisering van snellere hulp-initiatieven contacten met verschillende privé-klinieken, voornamelijk in Nederland zelf. Met name drie privé-klinieken werden herhaaldelijk genoemd. Aan deze klinieken is nadere informatie gevraagd over organisatie, werkwijze, aantallen patiënten enzovoort.

4.1.2 Versnelde hulp binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg

Een toegankelijk en gesystemiseerd overzicht wachtlijsten en wachttijden van de hele ggz bestaat nog niet. Wel is er informatie op deelterreinen. Uit die informatie ontstaat het beeld dat lange wachttijden en wachtlijsten vooral voorkomen bij een enkele sector in de klinische zorg en bij de ambulante zorg (RIAGG). Bij de klinische zorg gaat het dan vooral om de mogelijkheden tot plaatsing in forensisch psychiatrische voorzieningen (TBS en FPK/FPA). Het betreft hier primair een capaciteitsprobleem. Over deze problematiek gaan binnenkort gezamenlijke (VWS en Justitie)-notities naar de Tweede Kamer. In het vervolg van deze paragraaf gaat het specifiek over de ambulante ggz.

Ambulante ggz-zorg wordt geboden door vier aanbieders: RIAGG-en, psychiatrische poliklinieken, vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten.

Over wachttijden en wachtlijsten in deze sector is alleen over de RIAGG's iets bekend.

Naast de toegenomen hulpvraag gaat het hier ook om het ontbreken van voldoende capaciteit/deskundigheid voor specifieke therapieën of behandelmethoden.

Ter ondersteuning van het beleid is onderzoek gestart, medio februari 1997 zal veel gedetailleerder informatie voorhanden zijn.

Ter bekorting van de wachtlijsten wordt per RIAGG naar oplossingen gezocht. Winst zal te bereiken zijn door een verbetering van de taakverdeling tussen de ambulante aanbieders op regionaal niveau en door verdere protocollering van intake en behandeling.

Uit recente cijfers blijkt (CADANS/Detam en BVG) dat een derde van het arbeidsverzuim geweten kan worden aan lange wachttijden bij aggz-instellingen (vooral de RIAGG). Enkele RIAGG'en hebben in het kader van preventie een specifiek aanbod ontwikkeld in de vorm van cursussen. Daarnaast bieden RIAGG's buiten de reguliere AWBZ-activiteiten specifieke diensten aan in de vorm van consult, advies en kortdurende begeleiding aan het bedrijfsleven. («RIAGG-bedrijfszorg»).

4.1.3 Standpunt over versnelde hulp aan werkenden

Ik ben van mening dat veel moet en ook kan gebeuren om de wachttijden voor curatieve zorg te verkorten. Ik wil initiatieven daartoe stimuleren en ondersteunen. Een voorwaarde hierbij is wel dat een initiatief gericht moet zijn op snellere hulp voor iedereen, werkenden en niet-werkenden.

Uit het voorgaande blijkt dat enkele ziekenhuizen contracten sluiten met bedrijven en dat enkele verzekeraars «versnelde-zorg-polissen» aanbieden om zo bepaalde groepen patiënten (werknemers van die bedrijven cq. verzekerden met bepaalde aanvullende polissen) buiten de wachtlijsten om versneld toegang tot de zorg te geven. Soms vindt die zorgverlening plaats op tijdstippen dat het ziekenhuis normaal gesproken dicht is: in de avonduren of op zaterdag. Er is dan dus sprake van bedrijfstijdverlenging. Op zich vind ik dit laatste een goede zaak. Als echter alleen bepaalde patiëntengroepen op grond van niet-medische criteria (namelijk het werknemer zijn van een bepaald bedrijf of het hebben van een bepaalde aanvullende verzekering) hiervan gebruik mogen maken, vind ik dat onaanvaardbaar. Dit geldt te meer voor die situatie waarin de opbrengsten van de snelle zorg door aanbieders van zorg niet verrekend worden op gelijke wijze als het reguliere aanbod. Dit is strijdig met vigerende WTG-richtlijnen.

Voorrang geven aan bepaalde groepen op andere dan medische criteria is voor mij niet toelaatbaar, ook niet als dat buiten de normale werktijd gebeurt en anderen er geen directe hinder van hebben. Het gelijkheidsbeginsel (artikel 1 Grondwet, Algemene wet gelijke behandeling, artikel 26 Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten) verzet zich hier tegen. Snellere toegang tot de zorg moet voor iedereen gelden. Onderscheid mag alleen gemaakt worden op basis van medische criteria. Uitgangspunt bij het verkorten van wachttijden moet daarom zijn dat patiënten gelijk worden behandeld. Die gelijkheid geldt ook voor de toegang tot poliklinieken en/of operatiekamers buiten de normale werktijden.

Ik erken wel het belang van werkgevers bij het zo kort mogelijk houden van de wachttijden voor hun werknemers. Kortere wachttijden betekenen voor hen immers besparingen. Uit rapporten van de Sociale Verzekeringsraad en de BVG-Detam blijkt dat het ziekteverzuim het hoogst is bij aandoeningen aan het bewegingsstelsel en bij psychische aandoeningen, resp. 21,6% en 17,3% en dat in 1995 3,6% van alle ziekteverzuim veroorzaakt wordt door wachttijd. Het gaat dan wel om 3,6% van 18 mld gulden, d.w.z. om 648 mln. gulden per jaar.

Ik wil nogmaals benadrukken dat met name structurele verbeteringen in het zorgproces nodig zijn. Bij structurele verbetering hebben immers ook de werkgevers baat; hun werknemers worden dan – net als alle patiënten – sneller geholpen. Bedrijfstijdverlenging voor iedereen vind ik dan ook een gewenste ontwikkeling.

Wat betreft de vraag in hoeverre het aanvaardbaar is via het afsluiten van een particuliere verzekering sneller geholpen te worden voor die zorg

waarop uit hoofde van het tweede compartiment aanspraak bestaat, wil ik hier enkele juridische kanttekeningen plaatsen.

Allereerst moet worden aangetekend dat «bij»verzekeren met het oog op snellere hulp een vorm van verholde selectie van patiënten is waarbij de verzekeraar beoogt voorrang te bedingen op niet-medische gronden. Het juridische en medisch-professionele principe dat objectief medische criteria de volgorde bepalen wordt daarbij doorbroken. Door de zijdeur (bijvoorbeeld via privéklinieken of op andere wijze) eerder verwezen te worden naar een ziekenhuis en daardoor eerder geplaatst te worden op de wachtlijst is evenzeer een vorm van verholde selectie als in het geval dat verzekeraar en hulpverlener/instelling afspraken maken gericht op snellere hulp tegen extra betaling.

Ten tweede heeft de wettelijke ziektekostenverzekeraar in het eerste en tweede compartiment een wettelijke leveringsplicht jegens zijn verzekerde. Deze leveringsplicht vloeit voort uit wettelijke afspraken van de verzekerde (van rechtswege). Deze leveringsplicht is gebaseerd op de wet en kan niet aldus worden uitgelegd, dat de ene verzekerde eerder aan de beurt kan komen dan de andere verzekerde vanwege een daarop gerichte particuliere «bij»verzekering. Het betreft in casu invulling van de eis van «goed verzekeraarschap». De Ziekenfondswet biedt weliswaar de mogelijkheid aan ziekenfondsen voor het aanbieden van aanvullende verzekeringen. Het gaat dan echter nadrukkelijk om aanvullende verstrekkingen. «Bij»verzekeren bij het ziekenfonds (al dan niet in de vorm van collectieve contracten) teneinde eerder hulp te ontvangen waarop aanspraak bestaat uit hoofde van de Ziekenfondswet valt hier nadrukkelijk niet onder. Het is dus in strijd met de wettelijke ziektekostenverzekeringen via het derde compartiment eerdere hulpverlening te bedingen voor hulp waarop in het eerste en tweede compartiment al van rechtswege aanspraak bestaat.

Wettelijke ziektekostenverzekeraars zijn evenzeer gehouden uit hoofde van de op de wet gebaseerde overeenkomst met de hulpverlener er op toe te zien dat de patiënt tijdig de noodzakelijke zorg krijgt. Tijdig wil tevens zeggen dat de volgorde wordt bepaald door urgentiegraad en daarmee op objectieve medische gronden. Dit neemt niet weg dat «wachtljstmakelaardij» of het gebruiken van stille tijden in beginsel niet zijn uitgesloten. Het moet dan wel gaan om het vinden van lege plekken die alle daarvoor in aanmerking komende verzekerden ten goede komen en waarbij extra inkomsten binnen het budgetsysteem vallen. Ik zie het als een belangrijke taak van de zorgverzekeraars om ervoor te zorgen dat al hun verzekerden de benodigde zorg zo snel als nodig en mogelijk kunnen krijgen.

Ik vind het geen wenselijke ontwikkeling dat er in sommige gevallen wordt uitgeweken naar privéklinieken. Mijn beleid ten aanzien van privéklinieken is er op gericht om deze beperkt te houden. Ik licht hieronder toe waarom en hoe.

Voor de kwaliteit van de zorgverlening vind ik het belangrijk dat zowel de continuïteit van de zorg als de samenwerking met andere hulpverleners en ondersteunende diensten (integrale zorg) gegarandeerd is. In de setting van een algemeen of academisch ziekenhuis is dat zeker het geval. Bij het werken in een categorale setting, zoals in privéklinieken, is van samenwerking en vooral integrale zorg minder sprake. Ik verwacht daarom dat om zorginhoudelijke redenen het verschijnsel privékliniek beperkt blijft. Om financiële redenen wil ik dat ook. De kosten van ziekenhuizen zullen immers niet afnemen als er meer productie in privéklinieken plaatsvindt. De infrastructuur van een ziekenhuis moet,

volgens de huidige regelgeving, betaald worden, ongeacht het aantal verrichtingen/verpleegdagen dat plaatsvindt. Van belang is het daarom dat de infrastructuur van ziekenhuizen goed benut wordt. Bovendien kunnen de volgende effecten optreden. Ten eerste is het mogelijk dat de productie in de ziekenhuizen afneemt, waardoor de prijs per verrichting stijgt (de overhead moet immers toch betaald worden). Ten tweede is het mogelijk dat de productie in privéklinieken niet leidt tot vermindering van de productie in de ziekenhuizen (dus een aanzuigende werking). Privéklinieken vallen niet onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen (vergunningplicht), tenminste zolang er geen 24-uurs-opname plaatsvindt. Mijn beleid rond ziekenhuiszorg is gericht op samenhang in zorgaanbod waardoor een zorgcontinuüm ontstaat waarbinnen de patiënt bij veranderingen in de zorgbehoefte als het ware naadloos van de ene zorgvoorziening naar de andere kan worden overgeplaatst. Hierbij zijn kleinschalige voorzieningen bij voorkeur organisatorisch aan een ziekenhuis verbonden, omdat dit de beste garanties biedt vanuit het oogpunt van kwaliteit en doelmatigheid van zorg.

Gegeven de eerste juridische uitspraak van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (dd. 12 december 1996) zal het COTG richtlijnen voor extramuraal werkende specialisten moeten ontwikkelen. Ik wacht de voorstellen af. Uit kosten- en zorginhoudelijke overwegingen wil ik het fenomeen privéklinieken beperkt houden.

4.1.4 Juridische mogelijkheden ter stimulering en ontmoediging

In aanvulling op hetgeen in de vorige paragraaf is gesteld volgt hieronder een overzicht van mogelijkheden van de diverse wetten om versnelde zorg uitsluitend voor werkenden aan te pakken.

Gegeven de kostenbeheersing en de regelgeving op basis van de WTG is het noodzakelijk dat alle opbrengsten ten laste van het reguliere budget worden gebracht. De WTG kan hierbij een stimulerende en een ontmoedigende rol spelen bij resp. gewenste en ongewenste initiatieven. Met behulp van de WTG kunnen gewenste initiatieven worden gestimuleerd. Hiervoor zijn verschillende toepassingsmogelijkheden. Zo kan worden besloten, net als bij de huidige lokale initiatieven, onder specifieke voorwaarden bepaalde kortingen niet door te laten werken. Dit middel wordt «vrijwaring» genoemd. Een tweede mogelijkheid is het geven van een opslag op de lumpsum cq. aanneemsom van lokale initiatieven die specifiek (en onder voorwaarden) werken aan de verkorting van wachttijden. Waar niet wordt gestimuleerd, wordt mogelijk ontmoedigd. Dus: geen vrijwaring, geen opslagen daar waar het gaat om ongewenste of zelfs onaanvaardbare initiatieven.

Ook de Ziekenfondswet en de AWBZ bieden via het overeenkomstenstelsel mogelijkheden om gewenste respectievelijk ongewenste initiatieven te stimuleren. In de medewerkersovereenkomsten moeten afspraken zijn opgenomen over kwaliteit en doelmatigheid. In deze overeenkomsten kunnen voor de lokale omstandigheden afspraken over wachttijden en wachtlijsten worden verwoord.

Het begrip goed verzekeraarschap impliceert dat een ziekenfonds voor goede en tijdige zorg voor zijn verzekerden moet zorgen. Dit betekent dat de ziekenfondsen de plicht hebben rechtvaardige toegang tot de zorg te garanderen. Nadere invulling van dit begrip in verband met wachttijdenmanagement moet gestalte krijgen.

De kern van de Kwaliteitswet is gelegen in artikel 2. Hierin is de eis verwoord dat een zorgaanbieder verantwoorde zorg moet aanbieden. Dit

is omschreven als zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. Om dit te realiseren dienen instellingen een kwaliteitssysteem te realiseren dat hiervoor de waarborgen geeft. Deze zorg van goed niveau is een inhoudelijk criterium en is dus gericht op de organisatie en het proces en de wijze van zorgverlening met inbegrip van de volgorde van behandeling.

De Kwaliteitswet staat indifferent tegenover de wijze van financiering van de zorg en het tijdstip waarop de zorg wordt verleend; ongeacht financieringsvorm of tijdstip dient de zorg verantwoord te worden geboden.

De Kwaliteitswet is niet gericht op de toegankelijkheid van de zorg. Dit vraagstuk van de toegankelijkheid heeft betrekking op de kwaliteit op macro-niveau. Hierbij gaat het dan om inrichting van het stelsel, verzekeringswetgeving, capaciteit en financiële kaders. Deze onderwerpen vallen buiten de reikwijdte van de wet: de Kwaliteitswet ziet toe op de kwaliteit van de zorg die in georganiseerd verband wordt verleend, op de kwaliteit op meso-niveau.

4.2 Snellere hulp voor iedereen

In paragraaf 4.1 ging het om versnelde hulp voor werkenden. Hier gaat het om snellere hulp voor iedereen. Een aantal initiatieven om dat te bereiken wordt hieronder beschreven.

Lokale en regionale projecten

In de regio Dordrecht is het project «Wachttijstregistratie» gestart. Daar is men bezig met het opzetten van een uniforme registratie om zo de wachttijsten inzichtelijk te maken. Men registreert per ziekenhuis per specialisme en per indicatie wat de wachttijden zijn en maakt dit bekend zodat huisartsen, patiënten en collega-ziekenhuizen weten waar de kortste wachttijden voor een bepaalde indicatie zijn.

Een ander voorbeeld van regionale activiteiten op dit gebied is te vinden in Friesland. Ook daar zijn partijen aan de slag gegaan met het opzetten van eenzelfde registratiesysteem voor alle ziekenhuizen. Per categorie van patiënten is men bezig om de maximale wachttijd vast te stellen. Men is begonnen met de orthopedie. Verder heeft de verzekeraar een wachttijdeninformatiepunt waar verzekerden de toegangstijden per specialist kunnen opvragen voor een eerste poli-bezoek. Wat vooral veelbelovend is, is de bereidheid van de ziekenhuizen om onderling met middelen of patiënten te schuiven.

Een ander initiatief is dat van de Meandergroep te Amsterdam. Deze heeft een telefonische wachttijst-informatiedienst ingesteld voor huisartsen om zo een evenwichtige regionale oplossing te bieden voor een lokaal bestaand wachttijstprobleem.

In enkele ziekenhuizen, waaronder te Arnhem en Den Haag, zijn concentratie-sprekuren ontstaan. Door landelijke bekendheid van een specifieke deskundigheid van een medisch specialist komen patiënten met bepaalde klachten van ver buiten de regio. De opgebouwde deskundigheid zorgt voor een doeltreffende zorgverlening die elders minder goed te verkrijgen is. Hierdoor worden landelijk gezien minder kosten gemaakt. Aangepaste ziekenhuislogistiek, bijvoorbeeld door de patiënt centraal te stellen, kan de behandeling verlichten en verkorten.

In enkele ziekenhuizen (zoals in Delft) bereikt men door een beter procesmanagement een snellere doorstroming van bepaalde patiëntencategorieën, waardoor de wachttijd voor opnamen vermindert. Ook geeft men prioriteit aan de behandeling van bepaalde ziekten waarvoor een lange wachtlijst bestaat, door middel van herverdeling van OK-tijd.

Specifieke landelijke projecten

Er zijn diverse landelijke projecten, zowel van uit de overheid als vanuit de beroepsgroepen in gang gezet om specifieke wachtlijsten in de curatieve zorg sector aan te pakken. Ter illustratie komen achtereenvolgend hartchirurgie, oogheelkunde en orthopedie aan de orde.

Naar aanleiding van de signalen over lange wachttijden voor hartchirurgische ingrepen heb ik vorig jaar de landelijke Werkgroep Openhartoperaties en PTCA's (LWOP) verzocht het voortouw te nemen om de transparantie en de eenduidigheid van handelen in de hartchirurgische centra te verbeteren. De LWOP heeft dit opgepakt en schriftelijk in december 1995 laten weten te werken aan landelijke protocollering van de indicatiestelling, een adequate landelijke wachtlijstregistratie en een onderlinge afstemming alsmede een informatiemogelijkheid aan patiënten over de mogelijkheden van behandeling in een ander ziekenhuis. Ik heb de LWOP verzocht om in ieder geval vóór 1 januari 1997 de zaken adequaat geregeld te hebben.

Zeer recent heeft de LWOP mij bericht over de voortgang. Onder meer zou de protocollering van de indicatiestellingen voor hartchirurgie en interventiecardiologie al in belangrijke mate zijn vastgelegd. Ook heeft men mij in positieve zin bericht over de voortgang van de visitatie door de beroepsgroepen van de thoraxcentra. Op 24 juli jl. heb ik de Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg gevraagd om inhoudelijk de ontwikkeling en implementatie van de gestelde voorwaarden te toetsen en te voorzien van een onafhankelijk kwaliteitsoordeel en tenslotte de actuele stand van zaken met betrekking tot de wachtlijsten en wachttijden in de hartchirurgie te bezien.

Binnen de oogheelkunde is mede als gevolg van een uitgebreid onderzoek door de Rijksuniversiteit Limburg het inzicht groeiende dat via een betere afstemming in taken tussen betrokken beroepsbeoefenaren zoals onder meer oogartsen, orthoptisten, optometristen, opticiens en huisartsen de oogzorg doelmatiger en doeltreffender kan worden. Meer afstemming kan een belangrijke bijdrage leveren aan het terugdringen van de wachttijden. De huidige wachtlijst beperkt zich in hoofdzaak tot staaroperaties. Privéklinieken hebben er voor gezorgd dat ziekenhuizen de oogzorg ook beter gingen organiseren.

Binnen de Nederlandse Orthopaedische Vereniging bestaat al jaren een gerichte aandacht voor variaties in orthopedisch handelen, protocollering en, voor kwaliteit en doelmatigheid. Zo bestaat een consensus rond arthroscopie en totale heup prothese. Omdat binnen de orthopedie vele niet-acute, electieve verrichtingen plaatsvinden en het een «vergrijzingsgevoelig» specialisme betreft is de noodzaak aandacht te schenken aan lange wachttijden voor een chirurgische ingreep aanwezig. Daarbij speelt de vraag naar verantwoorde zorgdifferentiatie een rol. Recent is bij ZorgOnderzoek Nederland een onderzoekprogramma doelmatigheid orthopedische zorg van start gegaan waarbij vooral implementatie van de twee bestaande protocollen in de praktijk onderwerp van studie is.

5. Plan van aanpak vermindering wachttijden curatieve zorg en ambulante ggz.

Zoals boven aangegeven en uit het overzicht in bijlage 2 van de buitenlandse literatuur blijkt, is elke problematische wachtlijst uniek, in die zin dat aan elke wachtlijst een andere combinatie van factoren ten grondslag ligt die de oorzaak zijn/is van het probleem. Er bestaat dan ook niet één oplossing. Daarom vind ik het belangrijk dat er bij iedere problematische wachtlijst wordt nagegaan wat de achterliggende oorzaken zijn.

Om de huidige wachtlijsten aan te pakken zal worden ingezet op twee sporen: incidenteel en structureel. De structurele aanpak vergt tijd en zal pas in 1998 tot merkbare opbrengst leiden. Er zijn evenwel knelpunten die om een snelle oplossing vragen. Daarom moeten onaanvaardbare lange wachttijden in 1997 ook incidenteel worden aangepakt.

5.1 Incidentele aanpak knelpunten

Voor de incidentele aanpak in de somatische sector heb ik 50 mln kunnen reserveren. Dit bedrag wordt voor 25 mln gefinancierd uit de in 1996 optredende onderbesteding op het niet-BKZ-deel van de VWS-begroting. Over de dekking van de resterende 25 mln zal besluitvorming plaatsvinden bij de Voorjaarsnota 1997. Ik heb al kenbaar gemaakt dat in 1997 voor mij wachtlijsten het speerpunt zal zijn. Ik heb daarom de lokale initiatieven honorering medisch specialisten gevraagd om bij de verlenging van de raamovereenkomsten in het kader van de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten extra aandacht te schenken aan te lange wachttijden. Voor het gericht wegwerken van bestaande wachtlijsten zal ik extra middelen inzetten in een tijdelijk Wachtlijstfonds. Werkgevers zullen in verband met de relatie tot ziekteverzuim zo nodig bij het proces worden betrokken, door op regionaal niveau ondermeer van hun expertise gebruik te maken.

In de «techniek» ziet dit er als volgt uit. Voor het wegwerken van bestaande wachtlijsten zal eenmalig de gelegenheid bestaan om via inschrijving in aanmerking te komen voor een incidentele ophoging van zowel de lumpsum als het ziekenhuisbudget. Om te vermijden dat goed gedrag, te weten het reeds met succes tegengaan van wachtlijsten, niet beloond wordt, zal de inschrijving voor alle lokale initiatieven openstaan. Aan de hand van gegevens over onder meer wachttijden, ondernomen acties om wachtlijsten tegen te gaan, producties uit 1994 en 1995, zal het extra bedrag worden toegekend. Voorwaarden voor toekenning van extra budget zullen in elk geval zijn van protocollering en uniforme indicatiestelling, het gebruik van het NVZ/Nzi-systeem ter registratie van wachtlijstgegevens en voorts transparantie over verwijsgedrag. Als de doelstellingen met betrekking tot wachttijden niet zijn gerealiseerd zal in principe verrekening volgen.

Met de NVAGG en andere relevante organisaties zal ik overleg voeren over de verdere verbetering van de doelmatigheid van zorg geleverd door Riagg's, vrij gevestigde psychotherapeuten en vrij gevestigde psychiaters. Tot nu toe ontbreekt er een heldere breed geaccepteerde visie over het verkorten van de wachttijden. Na vaststelling van een duidelijk plan van aanpak zullen via projecten de te lange wachttijden tot aanvaardbare lengten moeten worden terug gebracht en zal de transparantie van de bedrijfsvoering en het zorgproces moeten worden vergroot.

Momenteel ben ik samen met de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Minister van Economische Zaken in overleg met het Nzi en de Gezondheids Management Groep die een pilotstudie willen

doen om inzicht te krijgen in de vraag in welke mate de gezondheidszorg een bijdrage kan leveren aan de kostenbesparingen op het ziekteverzuim. Ik ben van mening dat een dergelijk onderzoek nooit los mag staan van een gezondheidszorg-brede aanpak van de wachtlijsten. Daarom zal een eventueel experiment geïntegreerd worden in de eerder genoemde lokale initiatieven en mag de aanpak van arbeidsverzuim niet leiden tot verdringing van andere noodzakelijke zorg.

5.2 Structurele aanpak knelpunten

Dit onderdeel van het plan van aanpak betreft het blijvend tegengaan van onaanvaardbare lange wachttijden in de curatieve sector en in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Hieronder volgt een opsomming van maatregelen die ik zal treffen. Financiering ervan vindt bijna uitsluitend via de reguliere wegen plaats.

1 Uniforme registratie. Een systeem van uniforme registratie van wachttijden is door Nzi op verzoek van NVZ ontwikkeld. Invoering van dit systeem verloopt traag hetgeen een gevolg kan zijn van dat zij die er in een ziekenhuis mee moeten werken het systeem nog onvoldoende praktisch toepasbaar vinden of dat er nog onvoldoende animo bestaat het systeem op lokaal niveau daadwerkelijk te gebruiken. NVZ rapporteert begin 1997 wat de redenen zijn. De implementatie van een uniforme wijze van registratie stel ik als voorwaarde bij de eventuele toekenning van geld uit het Wachtlijstfonds. Bij de lokale initiatieven specialisten zal ik bedoeld gebruik expliciet onder de aandacht brengen.

2 Eenduidige indicatiestelling en urgentiebepaling. De primaire verantwoordelijkheid voor indicatiestelling voor zorgverlening in de curatieve sector ligt uitdrukkelijk bij de beroepsgroep. De professie zal een toetsbare indeling van urgentie-categorieën moeten ontwikkelen en voor uiteenlopende patiëntengroepen normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden formuleren. Ik zal de Wetenschappelijke Verenigingen, het NHG en het CBO daarop aanspreken.

3 Wachtlijst-garantie. De uniforme vaststelling van een maximaal aanvaardbare wachtduur is geen eenvoudige zaak omdat het moeilijk is voor uiteenlopende patiënten-groepen hiervoor normen te formuleren. Een harde, afdwingbare zogenoemde wachtlijst-garantie wil ik daarom vooralsnog niet introduceren. Wel vind ik dat vooral lokaal aan consensus over maximaal aanvaardbare wachtduur gewerkt moet worden. Bij de eventuele toekenning van geld uit het Wachtlijstfonds zal dit een voorwaarde zijn.

4 Wachtlijstbrigade. Er komt een onafhankelijk team dat op lokatie nagaat welke oorzaken aan een gesignaleerd probleem ten grondslag liggen. Daarbij wil ik de Inspectie voor de Gezondheidszorg consulteren. De wachtlijstbrigade zal snel, nauwkeurig en zorgvuldig de oorzaken van het opgegeven wachtlijstprobleem nagaan. Hierbij zullen alle activiteiten die ondernomen kunnen worden om de wachttijden te bekorten aan de orde komen. Alleen wanneer blijkt dat aan alle voorwaarden is voldaan, en de oorzaak van het probleem moet worden gezocht in een capaciteits-tekort, zal ik overwegen middelen uit het Wachtlijstfonds incidenteel ter beschikking te stellen.

5 Bedrijfstijdverlenging. Mede door de nieuwe CAO (36-urige werkweek, minder onregelmatigheidstoeslag) is per 1-7-1997 een flexibele inzet van personeel mogelijk, waardoor langere openstelling mogelijk moet zijn. Avondspreekuur en Zaterdag-hulp behoren tot de bewezen mogelijkheden.

6 Lokale initiatieven. In verband met de lopende onderhandelingen van de partijen van de lokale initiatieven medische specialisten heb ik aandacht gevraagd voor implementatie van uniforme registratie en gestandaardiseerde indicatiestelling (resp de bovengenoemde punten 1 en 2).

7 Samenwerking. Samenwerking tussen de aanbieders voor zorg, de verzekeraar en de verzekerden zullen moeten leiden tot kortere wachttijden. Patiënten die elders eerder aan de beurt kunnen komen, moeten de mogelijkheid hebben daarvan gebruik te maken. Aanbieders en verzekeraars ontwikkelen mede door de geïntroduceerde marktwerking in de curatieve zorg daartoe reeds vele initiatieven waaronder wachtlijstbemiddeling en wachtlijstvoorlichting («aansluiten bij de kortste rij»). Verantwoorde vervanging van de zorg waarvoor patiënten wachten en flexizorg stimuleer ik op basis van de 3% flexibiliseringsregeling ZFW. Ook de flexibilisering via artikel 20f AWBZ biedt daartoe mogelijkheden.

8 Samenwerking tussen medisch specialisten, huisartsen en bedrijfsartsen. Wat betreft de inhoudelijke ondersteuning van de samenwerking wijs ik u op het programma «Samenwerken bij sociaal-medische begeleiding», dat op mijn verzoek zal worden gecoördineerd door ZorgOnderzoek Nederland. Dit programma maakt het mogelijk om richtlijnontwikkeling, deskundigheidsbevordering en regionale samenwerkingsprojecten gedurende vijf jaar lang te stimuleren. Ik heb daar een half miljoen gulden per jaar voor beschikbaar gesteld, maar hoop dat andere organisaties eveneens zullen bijdragen, opdat de samenwerking tussen behandelaar en verzuimbegeleiding verder gestimuleerd wordt.

9 Herontwerpen zorgproces. Door verandering van het zorgproces in instellingen, waardoor de patiënt centraal komt te staan, kan aanmerkelijke bekorting van de wachttijd gerealiseerd worden. De instellingslogistiek zal de verandering van het zorgproces moeten volgen. Op verschillende plaatsen waaronder Delft, Alkmaar, Eindhoven zal onderzoek plaats vinden naar nieuwe oplossingen.

10 Ambulante geestelijke gezondheidszorg. Zoals ook voor de aanpak van wachtlijsten in de curatieve somatische sector is beschreven zal ook hier gelden: eenduidige indicatiestelling en urgentiebepaling voor ambulante psychotherapie, transparantie van betrouwbaar geregistreerde wachttijden ten behoeve van patiënten/cliënten en andere belanghebbenden, aandacht voor inter-hulpverleners variatie en kosten-effectiviteit en, zonodig herschikking van het zorgproces. Ik zal de NVAGG hierop aanspreken.

11 WTG als stimulans. Ik zal het COTG vragen voorstellen te doen waarmee «goed gedrag» kan worden beloond. Het gaat daarbij om gerichte financiële incentives om versnelde curatieve zorg voor iedereen te bevorderen.

12 Medewerkersovereenkomsten en goed verzekeraarschap. Ik wijs de zorgverzekeraars op de bestaande mogelijkheid met aanbieders afspraken te maken op het terrein van wachtlijstregistratie, protocollering en toetsing. Het instrument van de medewerkersovereenkomst biedt de verzekeraar de mogelijkheid kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen en is daarmee voor de straks volledig gebudgetteerde verzekeraar een instrument ter bestrijding van onaanvaardbare wachttijden. Het begrip «goed verzekeraarschap» wil ik naar aanleiding van het fenomeen particulier «bij»verzekeren met het oog op snellere hulpverlening bij het realiseren van wettelijke afspraken, concrete invulling geven. De

uitvoering van de verplichte verzekering op basis van maatschappelijk aanvaardbare condities en het recht op gelijke behandeling komen daarin expliciet aan de orde. Daartoe richt ik een verzoek aan de Ziekenfondsraad. Afstemming met de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening is daarbij nodig gezien hun komende rapportage over het maatschappelijk ondernemerschap van zorgverzekeraars dat als onderwerp in het Werkprogramma 1997 is opgenomen

13 Consumenteninformatie en publieksvoorlichting.

De mogelijkheid van een wachttijdmeld- en regelkamer ten behoeve van patiënten of een wachtlijstinformatiepunt ondergebracht bij een Regionale Patiënten/Consumenten Platforms zal ik verkennen. Bij al deze initiatieven gaat het om de levering door aanbieders en verzekeraars van betrouwbare en op de patiënt afgestemde actuele informatie over wachttijden. Media als 06-lijnen, teletekst en internet zijn wellicht bruikbaar. Ook het publiek zal inzicht krijgen hoe wachtlijsten werken, welke alternatieven voor de zorg waarvoor men wacht er zijn, hoe en vooral waar men kan reclameren over te lange wachttijden, hoe men in het uiterste geval in beroep kan gaan, dat «bij»verzekeren voor versnelde zorg niet nodig en niet zinvol is. Ik zie hierbij een rol voor de Ziekenfondsraad en de Consumentenbond. Ik verzoek de NP/CF samen met de Consumentenbond en in afstemming met de Ziekenfondsraad een actieplan bij mij in te dienen. Financiering is mogelijk via het PEO-thema Kwaliteit en doelmatigheid resp. Consumenteninformatie. Voor wat betreft de informatie over wachttijden aan patiënten/consumenten ligt co-financiering van de kant van verzekeraars in de rede.

14 Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het is mijn bedoeling in het eerstvolgende werkprogramma van de IGZ wachttijden in de ambulante ggz, inclusief de zogenoemde «RIAGG-bedrijfszorg» en andere «private» instituten voor psychische zorgverlening als apart thema op te laten nemen. Tevens verzoek ik de IGZ systematisch aandacht te schenken aan wachtlijstbeheer en aan instellingsactiviteiten op het terrein van lange wachttijden. De resultaten van het lopende onderzoek wachttijden in de cardiochirurgie zullen u bereiken. IGZ schenkt in de Staat van de Zorg 1997 aandacht aan wachtlijsten.

15 Wachttijstonderzoek. Bij ZorgOnderzoek Nederland (ZON) heb ik diverse programma's rondom het thema wachtlijsten ondergebracht. Binnen het programma gezondheidszorgonderzoek, dat op basis van het gelijknamige advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek tot stand is gekomen, zullen toegankelijkheid en wachtlijsten specifieke aandacht krijgen. Het lopende programma doelmatigheid orthopedische zorg en het zo juist gestarte KNMG-project Passende medische zorg zullen bouwstenen aandragen voor het terugdringen van wachttijden in de curatieve zorg. Een specifiek ZON-programma richt zich op de samenwerking bij sociaal-medische begeleiding. Binnen het programma evaluatie-onderzoek gericht op Art.18 WZV van de Ziekenfondsraad wil ik extra aandacht schenken aan de reductie van wachttijden in de cardiochirurgie en radiotherapie.

16 Privéklinieken e.d. Ik beraad mij op basis van signalen vanuit de IGZ en het veld of extra controle door het IGZ op ontwikkelingen rondom privéklinieken, stichtingen nauw gelieerd aan instellingen, buitenpoliklinieken, bedrijfszorgleveranciers en zo meer, noodzakelijk is. Op basis van het beschreven IGZ-onderzoek zie ik aanleiding de Economische Controle Dienst te vragen extra controles te doen.

17 **Internationaal.** Medewerking wordt verleend aan de instelling van een comité van experts op het terrein van wachtlijsten van de Raad van Europa. De intentie is december 1998 het afsluitend rapport te presenteren.

Wachtlijsten in het buitenland

Ook in het buitenland zijn diverse ervaringen opgedaan op het gebied van aanpak van wachtlijsten. Wat kunnen wij daarvan leren? Welke zorginhoudelijke initiatieven uit het buitenland kunnen bijv. beroepsbeoefenaren in Nederland inspireren en welke financiële incentives zijn ook in de Nederlandse situatie toepasbaar? Op basis van recente literatuurgegevens is een compilatie van buitenlandse ervaringen gemaakt. In de slotparagraaf noem ik enkele voorbeelden en ervaringen uit het buitenland die voor het beleid mogelijk van belang zijn.

Voorbeeld: Zweden

In 1987 is in één van de «county councils» het initiatief genomen een systeem te ontwikkelen om zorgbehoeften van wachtende patiënten in kaart te brengen. Doel van een dergelijk systeem is patiënten met dezelfde urgentie-grad in één van de zeven urgentie-klassen te groeperen om daarmee wachtlijsten beter hanteerbaar te maken. Immers een hoge urgentie vraagt om snelle zorg. Het Falun model, genoemd naar de plaats waar dit model is ontwikkeld, baseert de urgentie op de inschatting van de negatieve gevolgen voor de patiënt indien zorgverlening wordt uitgesteld of in het geheel niet zou worden geboden. Door de zorgbehoefte per urgentie-klasse af te zetten tegen het beschikbare aanbod van zorg krijgen alle belanghebbenden inclusief publiek inzicht in eventueel bestaande discrepanties en dus in de mate waarin zorg moet worden gerantsoeneerd (1).

In 1992 heeft de overheid in Zweden met de «county councils» een garantieregeling getroffen voor 12 verrichtingen. In deze regeling is bepaald dat voor deze 12 verrichtingen de maximaal aanvaardbare wachttijd niet langer mag zijn dan drie maanden vanaf het besluit te behandelen of te opereren. Deze garantieregeling ging gepaard met een extra, eenmalige injectie van ruim 100 miljoen gulden. Indien bijv. een staaroperatie niet binnen drie maanden in het oorspronkelijke ziekenhuis kan plaatsvinden moet de operatie elders worden verricht, zonodig in een privékliniek. Na een aanvankelijke reductie van de wachttijden namen de wachtlijsten weer toe omdat ziekenhuizen hun productie hadden verhoogd maar niet bereid zijn patiënten naar andere ziekenhuizen door te sturen waar de wachttijd korter is. Een mogelijke verklaring is indicatieverruiming onder invloed van extra geld (2).

Met het doel het effect van deze wachttijdgarantie te evalueren is op landelijk niveau een Cataract Register ingesteld. In 1993 bleek 92% van alle staaroperaties te zijn geregistreerd. Driekwart van de patiënten bleek binnen de gegarandeerde drie maanden te zijn geholpen. De spreiding tussen de ziekenhuizen bleek aanzienlijk. In sommige instellingen werd 99% binnen de drie maanden geholpen terwijl er instellingen waren waar slechts de helft binnen de maximaal aanvaardbare wachttijd aan de beurt kwam (3).

Voorbeeld: Noorwegen

In de Noorse gezondheidszorg kregen wachtlijsten in de tweede helft van de jaren tachtig veel aandacht. Extra geld werd geïnvesteerd in de oplossing van wachtlijstproblemen binnen de orthopedie en later, voor de wachtlijsten cardiochirurgie. De oogst van al deze intensivering was niet dat minder mensen op de wachtlijst stonden, maar dat meer mensen werden behandeld dan anders. Het verruimde aanbod leek vraag te scheppen en/of de drempel werd lager om de aanwezige vraag te beantwoorden (4).

In 1991 werd bij wet een wachtlijstregistratiesysteem ingesteld. Tevens moest er voor omschreven patiëntencategorieën een wachttijdgarantie

komen van zes maanden. Indien overschreden dan kreeg de patiënt een alternatief aangeboden op kosten van het oorspronkelijke ziekenhuis. De intentie van de overheid is ook de beschikbare capaciteit centraal te registreren opdat vraag en aanbod op elkaar kunnen worden afgestemd (5). Of de overheid de intentie heeft de afstemming van vraag en aanbod landelijk te regelen is niet duidelijk, want de afstemming op lokaal niveau wordt door vele lokale factoren beïnvloed.

Ervaring met een aparte ziekenhuisafdeling ten behoeve van werknemers met niet-acute orthopedische klachten in de Ziektewet laat zien dat de kans op spoedige werkhervatting positief sterk beïnvloed wordt door een korte wachtduur (6).

Voorbeeld: Engeland

In de periode 1987–1991 heeft de overheid ruim 40 lokale wachtlijst-initiatieven in gang gezet waarbij geoormerkt geld naar een wachtlijst-probleem voor niet-acute chirurgie ging. De recente evaluatie laat zien dat slechts bij zes van de 44 wachtlijsten een toename van ziekenhuis-opnamen met gelijktijdige reductie van de wachtlijst kon worden aangetoond. In de meeste gevallen bleef de wachtlijst even lang omdat versnelde doorlating gepaard ging met toegenomen toelating tot de wachtlijst (7). Longitudinaal onderzoek in het district Surrey naar wachttijden voor niet-acute hartpatiënten verzekerd via de NHS dan wel particulier leverde de volgende resultaten: tussen 1979 en 1988 nam de toelatingstijd toe tot gemiddeld 115 dagen en de wachttijd tot behandeling tot gemiddeld 305 dagen. Voor particulier verzekerden waren de wachttijden resp. 17 en 22 dagen. Vijftien wachtende NHS-patiënten overleden alvorens te zijn behandeld tegenover nul particuliere patiënten (8). De interactie van NHS en particuliere chirurgische praktijken is recent uitvoerig beschreven door Yates van de Universiteit van Birmingham, ex-adviseur van de overheid op het terrein van wachtlijsten. Hij beschrijft gedetailleerd hoe NHS-chirurgen versnelde zorg leveren door selectief patiënten te verwijzen naar eigen privé-praktijk. Zijn pleidooi komt neer op een radicale ontvlechting van NHS en de privé-sector in combinatie met een streng onafhankelijk toezicht. Grote nadruk legt Yates op de rol van consumentenorganisaties bij het aan de kaak stellen van wat in Nederland wel wordt genoemd, «Engelse toestanden»(9).

In een noordelijk district is grootschalig onderzoek verricht naar verwijzings- en behandelingspatronen van patiënten met cataract. De conclusie was dat een grote vraag naar cataractoperaties bestaat en dat door een betere organisatie inclusief de introductie van behandelingsdrempels, vraag en aanbod beter op elkaar kunnen worden afgestemd (10).

In een zuidelijk district hebben huisartsen, geconfronteerd met veel jonge mensen met rugklachten een «lage ruggen poli» onder leiding van een fysiotherapeut opgericht waar patiënten aan de hand van een richtlijn vlot werden onderzocht en zo mogelijk ter plekke werden behandeld (11).

Een landelijke studie onder huisartsen en oogartsen over de rol van optometristen bij patiënten met klachten van staar laat zien hoe door een betere samenwerking patiënten versneld kunnen worden geholpen (12).

Voorbeeld: Canada

In Canada is met name vanuit de beroepsgroep veel aandacht geschonken aan uniforme registratie van wachttijden en gestandaardiseerde indicatiestelling. Zo zijn in de provincie Ontario «individual acuity scores» voor hartpatiënten ontwikkeld waardoor het mogelijk is per urgentiegraad de gemiddelde wachttijd voor cardiochirurgie te berekenen. Ook de wachttijden van de verschillende instellingen blijken op deze wijze goed in beeld te komen. Voor de hoogste en de laagste urgentiegraad

waren de wachttijden één resp. 17 dagen (13). Uniforme indicatiestelling inclusief afspraken ten aanzien van de urgentiegradering maken het mogelijk maximaal aanvaardbare wachttijden per patiëntencategorie overeen te komen en vervolgens te toetsen of aanbieders zich eraan houden. Uit onderzoek in de provincie Alberta bleek dit inderdaad mogelijk te zijn (14). In Toronto is nagegaan of vrouwelijke hartpatiënten in vergelijking met mannen even snel worden geholpen. Vrouwen bleken verhoudingsgewijs meer klachten te hebben alvorens een plaats op de wachtlijst te krijgen; de wachttijd tot behandeling was overigens identiek aan die voor mannen (15). Ook de invloed van leeftijd en het hebben van werk op het selectieproces zijn bestudeerd (16).

Wachtlijsten voor radiotherapie zijn eveneens onderwerp van studie geweest. De wachttijd tot eerste bezoek aan de radiotherapeut en/of plaatsing op de lijst voor bestraling werd nagegaan. Ook de wachttijd totdat de bestraling begon werd voor vele tumorsoorten berekend. De resultaten uit 1991 vergeleek men met die uit 1982. De wachttijden voor bestraling bleken voor sommige groepen patiënten te zijn toegenomen. Met name gold dat voor de nabestraling voor patiënten geopereerd voor borstkanker (17).

Ook binnen de transplantatiegeneeskunde bestaan wachtlijsten. De selectie van patiënten voor transplantatie dient nauwkeurig te geschieden waarbij bloedonderzoek naar de eventuele kans op afstoting een grote rol speelt. In Canada zijn daartoe besliskundige modellen ontwikkeld die mogelijk ook van toepassing zijn op patiënten die wachten op bijv. dotteren of cardiochirurgie (18).

Voorbeeld: Nieuw Zeeland

Mede op basis van de resultaten van Canadees onderzoek is ook in Nieuw Zeeland een graderingssysteem voor hartpatiënten ontwikkeld. De wachttijden bleken langer te zijn dan die in Canada (19). Recent heeft de overheid een «booking system fund» ingesteld waaruit ziekenhuizen met problematische wachtlijsten voor hartpatiënten extra geld kunnen ontvangen mits voldaan is aan drie condities: er moet een gestandaardiseerde indicatiestelling plaatsvinden, uniforme registratie moet zijn ingevoerd en de maximale wachttijden per urgentiegraad moeten zijn genormeerd (20).

Orthopedische wachtlijsten zijn nader geanalyseerd op de aanwezigheid van «ruis», op de aanwezigheid van patiënten die eigenlijk niet meer op de wachtlijst horen te staan omdat bijv. de klachten op andere wijzen zijn behandeld. Na opschonen bleken slechts 49 van de 142 patiënten voor orthopedie over te blijven (21).

Voorbeeld: Australië

In de provincie Victoria is ter bestrijding van lange wachttijden in 1993 een bonus-systeem geïntroduceerd. Ziekenhuizen ontvingen extra geld voor iedere niet-acute geopereerde patiënt overeenkomstig de diagnose-categorie en urgentiegraad. Alhoewel het totaal aantal wachtenden op de lijst ongeveer gelijk bleef, daalden de wachttijden voor patiënten in de hoge urgentie-klassen dramatisch (22).

Internationaal vergelijkend onderzoek

Tussen wachtlijsten in Canada en de VS blijken verschillen te bestaan. Voor dezelfde hartziekte geven Amerikaans artsen de voorkeur aan chirurgisch ingrijpen boven dotteren hetgeen de vergelijking tussen cardiochirurgische wachtlijsten onbetrouwbaar maakt (23). Wachttijden voor radiotherapie en orthopedie blijken in Canada langer dan in de VS (23 & 24). De wachtlijsten voor hartpatiënten zijn uitvoerig internationaal

vergeleken. Ook is nagegaan of artsen uit Canada, de VS en Duitsland de toegang tot de zorg als probleem ervaren. De geïnterviewde Canadese artsen ervaren wachtlijsten als een probleem, Amerikaanse artsen zagen financiële toegankelijkheid als knelpunt terwijl de Duitse artsen toegankelijkheid veel minder als probleem ervaren (25).

Voorzichtige conclusies

Uit de buitenlandse literatuur over wachtlijsten voor niet-acute chirurgie, met name voor cardiochirurgie, orthopedie en oogheelkunde komt naar voren dat in Canada en Nieuw Zeeland de beroepsgroep veel aandacht schenkt aan objectieve en geformaliseerde indicatiestelling met gebruik van scherp omschreven urgentie-categorieën. In de Scandinavische landen zijn de ervaringen met extra geld om wachtlijsten weg te werken ronduit teleurstellend. Het feit dat wachtlijsten leiden tot extra budget kan op zich al leiden tot minder inzet om zelf lokaal de lange wachttijden zoveel mogelijk terug te dringen. In Engeland hebben initiatieven via wachtlijstfondsen niet geleid tot structurele vermindering van wachtlijsten. Tevens is in Engeland sprake van een tweedeling. Privéklinieken hebben belang bij wachtlijsten in de NHS. Dit draagt niet bij aan een structurele bestrijding van lange wachtlijsten. Australië en Nieuw Zeeland zoeken de oplossing voor onaanvaardbaar lange wachttijden in geormerkte intensiveringen waarbij Australië kiest voor output financiering op basis van geleverde zorg aan omschreven categorieën patiënten.

Harde conclusies trekken op basis van buitenlandse literatuur is en blijft riskant. Zo zijn er de bekende culturele verschillen in medisch handelen en de uiteenlopende structuren van gezondheidszorg. Toch meen ik te mogen concluderen dat een financiële aanpak eenzijdig gericht op uitbreiding van capaciteit van de kant van de overheid een weinig productieve, mogelijk zelfs een contraproductieve aanpak is om onaanvaardbare lange wachttijden in de curatieve zorg terug te dringen.

Literatuurreferenties

- 1 Holmström, S., *Sweden and Priority Setting*, paper presented at the University of Birmingham, 18–19 mei 1995.
- 2 Hanning, M., *Maximum waiting-time guarantee: an attempt to reduce waiting lists in Sweden*, *Health Policy*, 1996; 36: 17–35.
- 3 Lundstroem, M., et al., *Assessment of waiting time and priority setting by means of a national register*, *Int J Technol Assess Health Care*, 1996; 12: 136–40.
- 4 Commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning), *Kiezen en delen*, Rijswijk, 1991.
- 5 Nationale Raad voor de Volksgezondheid en College voor ziekenhuisvoorzieningen, *Wachtlijsten*, Zoetermeer, 1995.
- 6 Rossvoll, I, et al., *Incapacity for work in elective orthopaedic surgery: a study of occurrence and the probability of returning to work after treatment*, *J Epidemiol Community Health*, 1993; 47: 388–94.
- 7 Newton, JN, et al., *Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding*, *Br Med J*, 1995; 311: 783–5.

8 Marber, M., et al., *Delay to invasive investigation and revascularisation for coronary heart disease in south west Thames region: a two tier system?*, Br Med J, 1991; 302: 1189–91.

9 Yates, J., *Private Eye, Heart and Hip: Surgical consultants, the National Health Service and private medicine*, Churchill Livingstone, 1995.

10 Mordue, A, et al., *Thresholds for treatment in cataract surgery*, J Public Health Med, 1994; 16: 393–8.

11 Madhok, R., et al., *Orthopaedic outpatient referral guidelines: experience in an English health district*, Int J Qual Health Care, 1996; 6: 73–6.

12 Tuck, MW, et al., *Efficiency of referral for suspected glaucoma*, Br Med J, 1991; 302: 998–1000.

13 Naylor, CD, et al., *Waiting for coronary artery bypass surgery: population-based study of 8517 consecutive patients in Ontario, Canada*, Lancet, 1995; 346: 1605–9.

14 Kieser, TM, et al., *Government, university and community collaboration to develop a cardiac surgery database and report of morbidity and mortality while waiting for open heart surgery*, Medinfo, 1995; 8: Pt 2 1635.

15 Naylor, CD, et al., *Sex-related differences in coronary revascularization practices: the perspective from a Canadian queue management project*, Can Med Assoc J, 1993; 149: 965–73.

16 Naylor CD, et al., *Placing patients in the queue for coronary surgery: do age and work status alter Canadian specialists' decisions?*, J Gen Inter Med, 1992; 7: 492–8.

17 Mackillop, WJ, et al., *Waiting for radiotherapy in Ontario*, Inter J Radiat Oncol Biol Phys, 1994; 30: 221–8.

18 Yuan, Y, et al., *Development of a central matching system for the allocation of cadaveric kidneys: a simulation of clinical effectiveness versus equity*, Med Decis Mak, 1994; 14: 124–36.

19 Agnew, TM, et al., *Waiting lists for coronary artery surgery: can they be better organised?*, New Zealand Med J, 1994; 107: 211–5.

20 Edgar, W., *National Priority Setting in New Zealand: The experience of the National Health Committee over the last five years, paper presented at the First International Conference on Priorities in Health Care, Stockholm, 13–16 oktober 1996.*

21 Tomlinson, M, et al., *A clinical audit of patients on an orthopaedic waiting list for greater than two years*, New Zealand Med J, 1992; 105: 266–8.

22 Street, A., et al., *Are waiting lists inevitable?*, Health Policy, 1996; 36: 1–15.

23 Mackillop, WJ, et al., *A comparison of delays in the treatment of cancer with radiation in Canada and the United States*, Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1994; 32: 531–9.

24 Coyte, PC, et al., *Waiting times for knee-replacement surgery in the United States and Ontario*, *New Engl J Med*, 1994; 331: 1068–71.

25 Blendon, RJ, et al., *Health reform lessons learned from physicians in three nations*, *Health Aff*, 1993; 12: 194–203.

Bijlage 3

Geraadpleegde literatuur

BVG/Detam, *Wachttijden in de curatieve sector '93-'95*, Zeist, 1996.

Commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning), *Kiezen en delen*, Rijswijk, 1991.

Financieel Overzicht Zorg 1994, Tweede Kamer, vergaderj. 1993–1994, 23 407, nrs.1–2.

Gezondheidsraad, *Jaaradvies 1992/1993*, Den Haag, 1993.

Groot, mr. G. R. J. de, *Wachtljsten in de gezondheidszorg*, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, nr. 2/1996.

Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Mag ik even passeren? een inventariserend onderzoek naar wachtlijstomzeilende initiatieven*, Rijswijk, 1996.

Kroonen, A. P. M. G., Blom, J. W., Goosen, E. S. M. en Roscam Abbing, E. W., *Wachtljsten in ziekenhuizen, fase II, systematische analyse m.b.v. checklist en indicatoren*, Nijmegen, 1992.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid en College voor ziekenhuisvoorzieningen, *Wachtljsten*, Zoetermeer, 1994.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid en College voor ziekenhuisvoorzieningen, *Wachtljsten II*, Zoetermeer, 1995.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *De wachtende werknemer*, Zoetermeer, 1995.

Raad van Europa, *Committee on criteria for the management of waiting lists*, Straatsburg, 20 oktober 1996.

Schoenmaker, C en Bijl, R. *Zorg bij ziekteverzuim om psychische redenen*, NcGv/Trimbos Instituut, Utrecht, 1996.

Sociale Verzekeringsraad, *Stand ziekengeldverzekering 1993*, Zoetermeer, 1994.

Vosbeek, R. W. M., Kroonen, A. P. M. G. en Roscam Abbing, E. W., *Wachtljsten in ziekenhuizen, een symptoom met vele oorzaken*, Nijmegen, 1991.