

## Betrouwbaarheid van wachttijdregistratie in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra

Enschede, 14 juni 2013  
SV/13/0911/wazz

drs. Peter Bakker  
ir. Susan Veldhuis

## Inhoudsopgave

Samenvatting .....	3
<b>1. Inleiding .....</b>	<b>6</b>
1.1 Aanleiding.....	6
1.2 Vraagstelling.....	6
1.3 Regeling wachttijden.....	8
1.4 Onderzoeksaanpak.....	10
1.5 Leeswijzer .....	11
<b>2. Beschrijving proces wachttijdregistratie .....</b>	<b>12</b>
2.1 Totaalproces wachttijdregistratie .....	12
2.2 Intern proces .....	13
2.3 Extern proces.....	19
<b>3. Betrouwbaarheid .....</b>	<b>24</b>
3.1 Variatie in het interne proces .....	24
3.2 Variatie in het externe proces.....	29
<b>4. Bruikbaarheid .....</b>	<b>31</b>
4.1 Bruikbaarheid van de informatie voor het ministerie van VWS.....	31
4.2 Bruikbaarheid van de informatie voor overige gebruikers .....	34
<b>5. Marktontwikkelingen .....</b>	<b>37</b>
5.1 Relevante marktontwikkelingen.....	37
<b>6. Conclusies en aanbevelingen .....</b>	<b>40</b>
6.1 Betrouwbaarheid.....	40
6.2 Bruikbaarheid .....	41
6.3 Frequentie van informatievoorziening .....	43
6.4 Invloed recente, relevante marktontwikkelingen .....	43
Bijlage 1. Regeling wachttijden .....	44

## Samenvatting

### Vraagstelling en onderzoeksplan

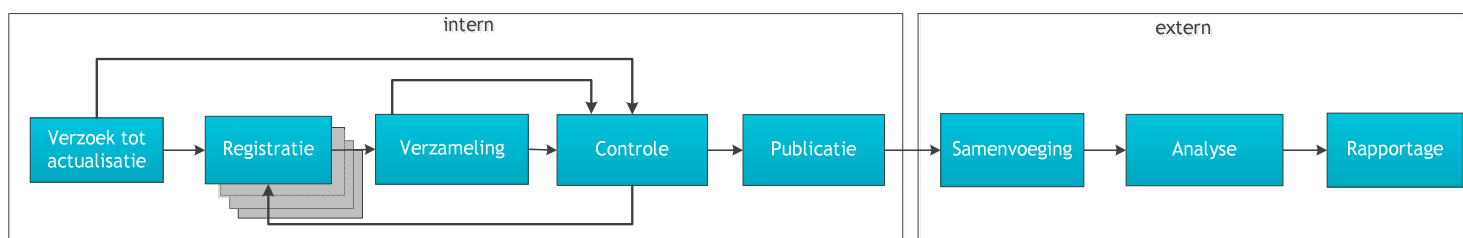
Toegankelijkheid van de zorg is een van de basisdoelstellingen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Bij toegankelijkheid gaat het onder andere over wachttijden. Instellingen voor medisch specialistische zorg zijn verplicht om maandelijks de wachttijden te publiceren, conform de “Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg” van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze regeling heeft tot doel wachttijden voor electieve medisch specialistische zorg op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar beschikbaar te maken voor consumenten. De NZa rapporteert jaarlijks over de toegankelijkheid in de Marktscan Medisch Specialistische zorg.

VWS wil zich verzekeren van de juistheid van de wachttijdinformatie; het gaat dan om de vraag of de informatie betrouwbaar en bruikbaar is. VWS heeft bureau HHM gevraagd hier onderzoek naar te doen. De centrale onderzoeksvragen zijn:

- Is de informatie die VWS krijgt over wachttijden voor zorg krachtens de Zorgverzekeringswet betrouwbaar en bruikbaar?
- Is versnelling van deze informatie aan VWS mogelijk?
- In hoeverre hebben recente marktontwikkelingen invloed op de feitelijke wachttijden?

De validiteit van de wachttijdinformatie is geen onderwerp van onderzoek.

Om deze vragen te beantwoorden hebben we eerst het proces van wachttijdregistratie (van dataverzameling tot rapportage aan VWS) in kaart gebracht. Daarbij maken wij onderscheid tussen het *interne proces* dat zich afspeelt binnen de zorginstelling<sup>1</sup> en het *externe proces* vanaf het moment dat de wachttijden door de zorginstellingen beschikbaar zijn gesteld aan andere partijen.



Proces van wachttijdregistratie

Voor een gedetailleerde analyse van het interne proces hebben we een aantal zorginstellingen bezocht en daar diverse medewerkers geïnterviewd die betrokken zijn bij het proces van wachttijdregistratie. Zo kregen we zicht op de (variatie in de) interne processen en op factoren die de betrouwbaarheid kunnen beïnvloeden. De uitkomsten zijn getoetst in de klankbordgroep en in een aantal aanvullende telefonische interviews met medewerkers van zorginstellingen.

<sup>1</sup> Onder zorginstellingen verstaan we zowel de (academische) ziekenhuizen als de zelfstandige behandelcentra.

Voor een analyse van het externe proces hebben we interviews afgenomen met vertegenwoordigers van de organisaties die betrokken zijn bij het externe proces (VWS, Mediquest, NZa en RIVM (KiesBeter en zorgatlas) of gebruik maken van de informatie (VWS, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen).

### Uitkomsten

Hieronder zijn per onderzoeksvraag de uitkomsten samengevat.

#### *Betrouwbaarheid en bruikbaarheid*

Betrouwbaarheid hebben we als volgt geoperationaliseerd:

- In hoeverre zijn de processen waarop de wachttijdinformatie binnen de verschillende zorginstellingen tot stand komt, gebaseerd op de gestelde eisen in de ‘Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg’
- In hoeverre is er sprake van een verschil in interpretatie/operationalisering van de regeling:
  - tussen de verschillende zorginstellingen?
  - tussen verschillende afdelingen binnen de zorginstellingen?

Het onderzoek laat zien dat:

- Binnen en tussen de zorginstellingen veel variatie is in het proces van wachttijdregistratie.
- Dat zorginstellingen op diverse punten afwijken van de definities en uitgangspunten uit de regeling.
- De redenen voor afwijking deels te maken hebben met de problemen die zorginstellingen hebben om de regeling exact toe te passen. Men zoekt dan naar een zo goed mogelijke toepassing van de regeling.

Er wordt dus op diverse punten afgeweken van de eisen in de ‘Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg’. De afwijkingen verschillen tussen en binnen zorginstellingen.

Op grond van dit onderzoek kunnen we niet vaststellen of deze variaties toevallig zijn die in de verwerking tot de landelijke gemiddelden tegen elkaar wegvallen, of dat deze variaties er toe leiden dat de wachttijd systematisch te hoog of te laag wordt geschat.

De vraag of de wachttijdinformatie bruikbaar is, is sterk afhankelijk van het doel (de doelen) van de gebruiker(s). We hebben onderzocht in welke mate de informatie bruikbaar is voor VWS, vanuit de verantwoordelijkheid van VWS voor de toegankelijkheid van de zorg. Bij de andere gebruikers (zoals zorgverzekeraars, huisartsen en patiënten) zijn alleen (de ervaringen over) het gebruik geïnventariseerd.

Partij	Doel informatie	Bruikbaarheid
VWS	• Beleidsinformatie over toegankelijkheid zorg in Nederland	Ja
	• Algemene keuze informatie voor consumenten	Deels

Partij	Doel informatie	Bruikbaarheid
NZa	Rapporteren over toegankelijkheid zorg in Nederland	Ja
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contractering van zorg</li> <li>Zorgbemiddeling</li> </ul>	Ja Nee
Patiëntenverenigingen	Keuze informatie voor consumenten	Deels
Huisartsen	Verwijsinformatie en keuze informatie voor patiënten	Ja
Capaciteitsorgaan	Duiden zorgvraag in Nederland	Ja

Bovenstaande tabel laat zien dat om globaal zicht te krijgen op de toegankelijkheid van zorg in Nederland, of voor het duiden van de zorgvraag de huidige vorm van wachttijdinformatie bruikbaar is. Op het niveau van de individuele patiënt is de informatie echter minder bruikbaar. Voor patiënten is de wachttijd slechts één van de redenen om voor een bepaalde zorginstelling te kiezen.

Vanuit het oogpunt van bruikbaarheid werkt de huidige regeling prima voor het genereren van beleidsinformatie, maar zou wellicht ook een meer eenvoudige procedure kunnen worden volstaan. Voor het bieden van keuze informatie voor patiënten zou een aanpassing van de regeling gewenst zijn.

#### *Versnelling informatie*

De NZa rapporteert jaarlijks over de wachttijden. In die rapportage wordt gewerkt met gemiddelde wachttijden per jaar. Binnen de huidige werkwijze is mogelijk om VWS meer frequent te informeren over de wachttijden. In principe zou dit maandelijks kunnen gebeuren omdat de gegevens maandelijks worden verzameld en aan de NZa worden aangeleverd. VWS geeft aan dat het op dit moment niet noodzakelijk is om frequenter door de NZa te worden geïnformeerd.

We hebben voor enkele specialismen (wachttijden) onderzocht of de wachttijden per maand fluctueren. Dit blijkt slechts beperkt het geval. Een versnelling van de informatievoorziening biedt, op basis van deze beperkte analyse, weinig nieuwe informatie.

#### *Marktontwikkelingen*

Zorginstellingen hebben enerzijds te maken met prestatiebekostiging met een budgetplafond en anderzijds met een doorleverplicht. In de interviewronde onder zorginstellingen geven enkele kleine zorginstellingen aan dat bij het bereiken van het budgetplafond voor een bepaalde ingreep of behandeling, ze maatregelen zullen/moeten gaan nemen om de niet gehonoreerde overproductie te beperken. Sommige zorginstellingen sturen patiënten dan terug naar hun zorgverzekeraar. Andere stellen de afspraak of behandeling uit naar het volgende jaar. Beide maatregelen leiden tot het oplopen van de wachttijden bij de betreffende instellingen, we hebben geen zicht op het effect hiervan de toegankelijkheid op regionaal en landelijk niveau. Omdat er op dit moment sprake is van een overgangsjaar, is over het effect van deze marktontwikkelingen nog weinig te zeggen.

## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Sinds 2008 zijn zorginstellingen verplicht om maandelijks wachttijden te publiceren op de website. Dit is door de NZa vastgelegd in de “Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg” (kenmerk CI/NR-100.084 0800040547). Deze regeling is van toepassing op zorg of diensten zoals omschreven bij de Zorgverzekeringswet en wordt geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg (IMSZ), voorheen ziekenhuizen, academisch ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentrum. Deze regeling heeft tot doel wachttijden voor electieve medisch specialistische zorg op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar beschikbaar te maken voor consumenten.

Op basis van wachttijdinformatie kunnen zorgverzekeraars en consumenten zorgaanbieders onderling vergelijken en zo voor een kortere wachttijd kiezen. Voor de onderlinge vergelijkbaarheid is het essentieel dat alle zorgaanbieders eenzelfde definitie van het begrip wachttijd hanteren en dat er inzicht is in de wijze waarop de wachttijden in de praktijk worden vastgesteld.

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg. Jaarlijks ontvangt VWS van de NZa een marktscan Medisch specialistische zorg, waarin inzicht in de ontwikkelingen in de zorgmarkt wordt weergegeven. De wachttijden worden in deze scan gebruikt om de toegankelijkheid van de zorg in Nederland te monitoren. Het Ministerie van VWS wil het bestaan en de werking van het systeem vaststellen om zich te verzekeren van de juistheid en de bruikbaarheid van de informatie. Ook heeft VWS behoefte aan informatie met een hogere frequentie. Als laatste wil VWS inzicht in de rol van zorgverzekeraars in dit proces. Met name in het licht van de recente marktontwikkelingen.

Het ministerie van VWS heeft bureau HHM opdracht gegeven voor een onderzoek. De uitkomsten van dit onderzoek geven het ministerie van VWS inzicht in factoren die de betrouwbaarheid van de wachttijdregistratie beïnvloeden. Ook krijgt het ministerie van VWS inzicht in de bruikbaarheid van de informatie voor diverse partijen, en de invloed van recente, relevante marktontwikkelingen op de feitelijke wachttijden.

### 1.2 Vraagstelling

Het onderzoek richt zich op het in beeld brengen van de betrouwbaarheid van het proces van wachttijdregistratie en de bruikbaarheid van de wachttijdgegevens voor het ministerie van VWS. Tevens brengen we mogelijke effecten van recente en relevante marktontwikkelingen op de wachttijden in kaart. Dit onderzoek richt zich nadrukkelijk niet op de validiteit van de wachttijd.

De resultaten van dit onderzoek dragen bij aan het inzichtelijk maken van de betrouwbaarheid van het proces van wachttijdregistratie en de bruikbaarheid van gegevens voor diverse partijen.

In dit onderzoek beantwoorden we de volgende drie hoofdvragen:

- Is de informatie die VWS krijgt over wachttijden voor zorg volgens de Zorgverzekeringswet betrouwbaar en bruikbaar?

- Is versnelling van deze informatie aan VWS mogelijk?
- In hoeverre hebben recente, relevante marktontwikkelingen invloed op de feitelijke wachttijden?

Voor onze uitwerking van deze vragen zijn drie kernbegrippen relevant: betrouwbaarheid, bruikbaarheid en het proces van wachttijdregistratie (van dataverzameling tot rapportage).

#### Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid zegt iets over de stabiliteit van het proces waarop de wachttijden tot stand komen. Met andere woorden, worden de wachttijden elke maand op dezelfde manier vastgesteld en gepubliceerd? Dit beoordelen we aan de hand van de volgende subvragen:

- In hoeverre zijn de processen waarop de wachttijdinformatie binnen de verschillende zorginstellingen tot stand komt, gebaseerd op de gestelde eisen in de 'Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg'?
- In hoeverre is er sprake van een verschil in interpretatie/operationalisering van de Regeling (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid):
  - tussen de verschillende zorginstellingen?
  - tussen verschillende afdelingen binnen de zorginstellingen?

#### Bruikbaarheid

De vraag of informatie bruikbaar is, is sterk afhankelijk van het doel (de doelen) van de gebruiker(s). Zo is een gemiddelde wachttijd voor een bepaald specialisme over peiljaar 2011 voor VWS mogelijk wel bruikbaar maar voor een specifieke patiënt waarschijnlijk niet; die patiënt heeft meer baat bij de actuele wachttijd voor enkele zorginstellingen in zijn directe woonomgeving.

De vraag naar de bruikbaarheid van de informatie betreft met name de bruikbaarheid voor VWS, vanuit de verantwoordelijkheid van VWS voor de toegankelijkheid van de zorg. Bij de andere gebruikers (zoals zorgverzekeraars, huisartsen en patiënten) inventariseren we daarom alleen (de ervaringen over) het gebruik en doen we geen onderzoek naar de bruikbaarheid.

Om te toetsen of informatie bruikbaar is voor VWS hanteren we onderstaande subvragen:

- *Wie* (binnen VWS) maakt gebruik van *welke* informatie over wachttijden.
- *Waarvoor* (voor welke doeleinden) gebruikt VWS de informatie?
- Is de informatie *bruikbaar* gezien de doeleinden?

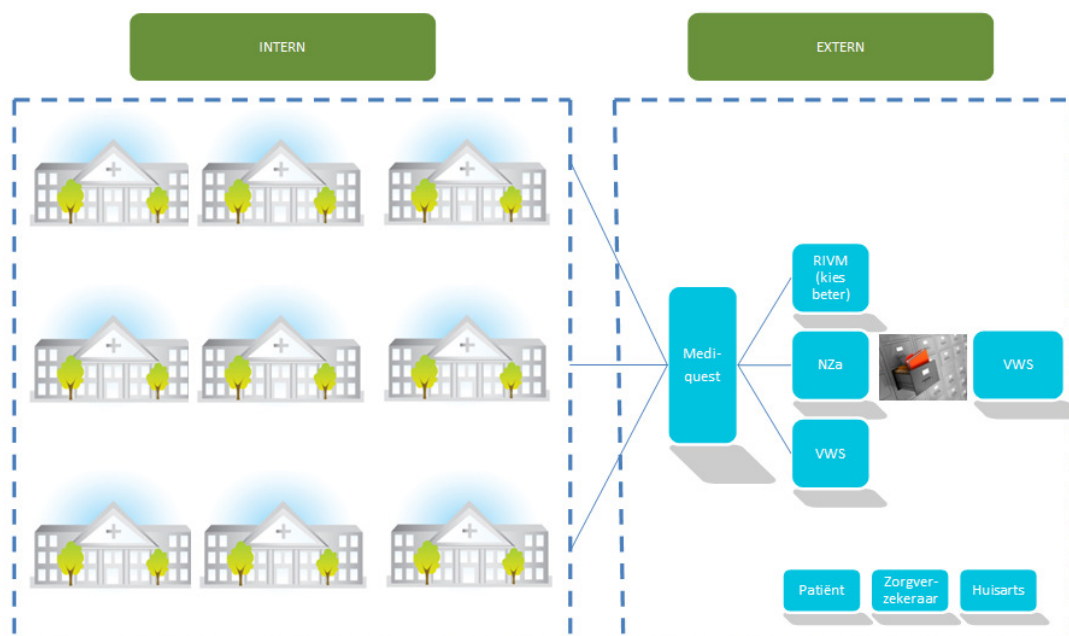
Voor het inventariseren van het gebruik van de wachttijdinformatie door andere partijen dan VWS, hanteren we de volgende subvragen:

- Wie zijn de overige gebruikers (naast de zorgverzekeraars, patiënten en verwijzers)?
- Waarvoor gebruiken deze partijen de informatie?
- Wat zijn de *ervaringen* van deze partijen met het gebruik van de informatie?

#### Procesanalyse

Om meer zicht te krijgen op het proces van dataverzameling tot rapportage aan VWS, maken wij onderscheid tussen het *interne proces* dat zich afspeelt binnen de

zorginstelling en het *externe proces* vanaf het moment dat de wachttijden door de zorginstellingen beschikbaar zijn gesteld aan andere partijen. Figuur 1 geeft het proces schematisch weer.



*Figuur 1: Schematisch overzicht proces wachttijdregistratie*

Voor de analyse van zowel het interne als het externe proces zijn de volgende subvragen van belang:

- Welke gegevens worden verzameld?
- Hoe worden gegevens verzameld?
- Op welke manier worden deze gegevens verwerkt tot informatie?
- Door wie wordt dit uitgevoerd?
- Hoe vaak vindt deze verzameling en verwerking van gegevens plaats?

In het onderzoek ligt de focus op de registratie van wachttijden conform de 'Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg'. Andere regelingen en middelen die worden gehanteerd voor het verstrekken van informatie over wachttijden laten wij in dit onderzoek buiten beschouwing. Daarnaast betrekken wij in ons onderzoek uitsluitend zorginstellingen waarvoor deze regeling van toepassing is<sup>2</sup>. Voordat we onze onderzoeks aanpak beschrijven gaan we in de volgende paragraaf in op de essentiële elementen uit de regeling.

### 1.3 Regeling wachttijden

Om inzicht te geven in de betrouwbaarheid van het proces van wachttijdregistratie en publicatie, beoordelen we het proces op een aantal eisen dat gesteld is in de

<sup>2</sup> De regeling is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en wordt geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg, voorheen ziekenhuizen, academisch ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentrum.



regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg. De totale regeling is te vinden in bijlage 1.

De eisen waarop we de betrouwbaarheid van het proces beoordelen:

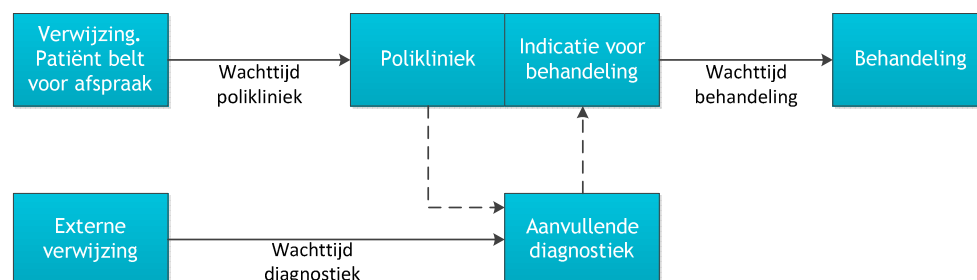
- Afronding in hele weken: Voor publicatie moeten wachttijden in hele weken worden omgerekend door naar boven af te ronden.
- Informatie openbaar maken. De volgende informatie moet gepubliceerd worden op de website:
  - Lijst met wachttijden (in weken) voor polikliniek, behandeling en diagnostiek;
  - melding of deze wachttijden actueel of retrospectief zijn;
  - de datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden.
- Aggregatieniveau wachttijd polikliniek: Het publiceren van de wachttijd polikliniek is verplicht voor elk specialisme wanneer deze als polikliniek operationeel is. Zorgaanbieders die deze polikliniek georganiseerd hebben rond subspecialismen kunnen wachttijden publiceren voor subspecialismen. Mocht er geen wachttijd per specialisme meetbaar zijn dan geldt de kortste wachttijd van de sub specialismen onder dit specialisme.
- Frequentie: gegevens moeten minimaal 1 keer per maand worden geactualiseerd tussen de 1<sup>e</sup> en 10<sup>e</sup> dag van de maand.
- Alternatief medium: de informatie wordt op verzoek ook mondeling of schriftelijk verstrekt.
- Actuele wachttijden: het is (sinds 2009) niet meer toegestaan om retrospectieve wachttijden op te geven.

Naast bovengenoemde wachttijden bevat de regeling ook definities voor typen wachttijden waar de registratie aan moet voldoen. Er moeten drie typen wachttijd worden geregistreerd, waarbij per type onderscheid wordt gemaakt in meerdere specialismen, behandelingen en diagnostische onderzoeken. De wachttijden moeten worden geregistreerd voor de specialismen, behandelingen en onderzoeken die de zorginstellingen uitvoert.

- Wachttijd polikliniek: Het aantal weken tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan. Hierbij wordt gekozen voor de 3e mogelijkheid in het afsprakenregister in de actuele situatie. Er wordt onderscheid gemaakt in 23 verplicht en 22 optioneel te registreren wachttijden.
- Wachttijd behandeling: Het aantal weken tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelende arts, tot het moment van opname of operatie. Hierbij wordt gekozen voor de 3e mogelijkheid in het afsprakenregister in de actuele situatie. Wanneer meerdere varianten van een behandeling bestaan, wordt de wachttijd opgegeven voor de meest voorkomende behandeling. Er wordt onderscheid gemaakt in 26 verplicht te registreren wachttijden.
- Wachttijd diagnostiek: Het aantal weken tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling<sup>3</sup> een afspraak maakt voor gebruik van een diagnostische techniek tot het moment van toepassing van de diagnostiek. Hierbij wordt gekozen voor de 3e mogelijkheid in het afsprakenregister in de actuele situatie. Er wordt onderscheid gemaakt in 3 verplicht te registreren wachttijden.

<sup>3</sup> Interne verwijzingen voor diagnostiek worden in deze regeling niet meegenomen.

In figuur 2 geven we de samenhang tussen de drie typen wachttijden weer.



Figuur 2: Samenhang definities wachttijdregistratie

#### 1.4 Onderzoeksaanpak

Bij de uitvoering van het onderzoek hebben we de volgende stappen verricht.

##### Stap 1: Beschrijven interne proces

Voor een gedetailleerde analyse van het interne proces hebben we bij een aantal zorginstellingen diverse medewerkers geïnterviewd, die betrokken zijn bij het proces van wachttijdregistratie, om zicht te krijgen op de (variatie in de) interne processen en op factoren die de betrouwbaarheid kunnen beïnvloeden. Bij het selecteren van de zorginstellingen hebben we onderscheid gemaakt naar type zorginstelling. Voor de analyse van het interne proces hebben we zeven instellingen bezocht: één universitair medisch centrum, twee topklinische ziekenhuizen, één algemeen ziekenhuis en drie zelfstandig behandelcentra.

De resultaten uit de analyse, met daarin de bevindingen die betrekking hebben op de betrouwbaarheid, zijn besproken in de klankbordgroep<sup>4</sup>. Vanuit de klankbordgroep zijn de resultaten herkend en onderschreven. Op basis hiervan, evenals de reactie dat een enquête onder veel instellingen administratieve lasten veroorzaakt, is in overleg met het ministerie van VWS besproken om de resultaten niet te toetsen door middel van een digitale enquête. Hierdoor is het niet mogelijk om te kwantificeren in welke mate de factoren de betrouwbaarheid beïnvloeden.

In stap drie hebben we aanvullende interviews afgenomen, waarin we naast de effecten van recente, relevante marktontwikkelingen ook de bevindingen vanuit de interne analyse hebben getoetst.

##### Stap 2: Beschrijven externe proces

We hebben een beschrijving gemaakt van het externe proces. Hiervoor hebben we interviews afgenomen met vertegenwoordigers van de organisaties die betrokken zijn bij het externe proces (VWS, Mediquest, NZa en RIVM (KiesBeter en zorgatlas) en met gebruikers van de informatie (VWS, zorgverzekeraars, huisartsen en patiëntenverenigingen).

<sup>4</sup> In de klankbordgroep waren de volgende partijen vertegenwoordigd: NVZ, ZKN, NFU, OMS en ZN.

### Stap 3: Ontwikkelingen

Voor het beschrijven van de invloed van marktontwikkelingen hebben we een aanvullende interviewronde gehouden bij 16 zorginstellingen. Hierbij hebben we interviews afgenomen met medewerkers uit zorginstellingen die betrokken zijn bij het proces van contractering van ziekenhuiszorg. Tijdens deze interviewronde hebben we ook (indien mogelijk) de bevindingen uit stap 1 getoetst. Daarnaast hebben we in deze stap zorgverzekeraars betrokken.

### Stap 4: Rapportage

De gevonden uitkomsten hebben we in deze rapportage verwerkt. We geven een beschrijving van het proces van wachttijdregistratie in zorginstellingen, een beschrijving van het proces om te komen tot een rapportage voor VWS, inzicht in de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van het proces en de informatie en inzicht in de mogelijke invloed van relevante maatregelen uit het Regeerakkoord.

## 1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 presenteren we het totale proces van wachttijdregistratie. Van dataverzameling tot aan rapportage aan VWS. In de hoofdstukken 3 en 4 gaan we nader in op respectievelijk de betrouwbaarheid en bruikbaarheid van de wachttijd informatie. Hoofdstuk 5 geeft inzicht in de invloed van recente, relevante marktontwikkelingen op de feitelijke wachttijd. In hoofdstuk 6 presenteren we algemene conclusies en aanbevelingen.

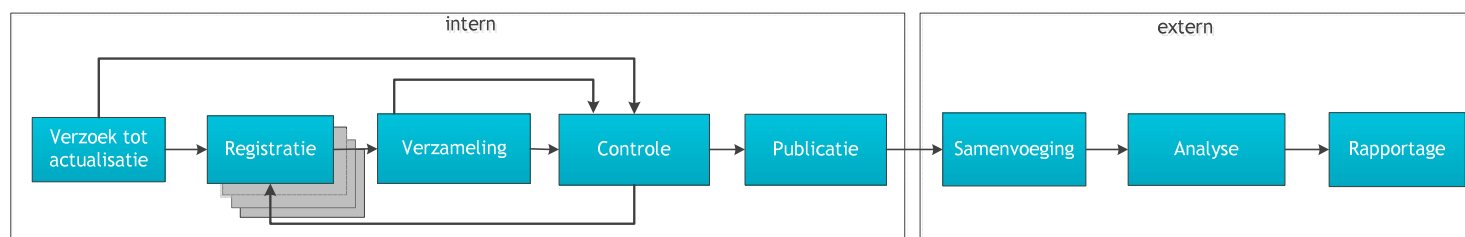
## 2. Beschrijving proces wachttijdregistratie

In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van het proces van wachttijdregistratie. Dit proces start bij de registratie van wachttijden binnen de zorginstellingen en eindigt met een rapportage die beschikbaar komt voor het ministerie van VWS.

In de volgende paragrafen geven we respectievelijk een beschrijving van het totale proces. We gaan nader in op het interne proces en aansluitend geven we een beschrijving van het externe proces. Hierbij gaan we onder andere in op het verloop van het proces, welke gegevens verzameld en gebruikt worden en wie er bij het proces betrokken is. Ook gaan we in op overeenkomsten en verschillen binnen en tussen de diverse (typen) zorginstellingen.

### 2.1 Totaalproces wachttijdregistratie

In het totaalproces van dataverzameling tot rapportage aan VWS maken we onderscheid tussen twee processen. Het interne proces, dat zich afspeelt binnen de zorginstellingen en het externe proces, dat start vanaf het moment dat de wachttijden door de zorginstellingen beschikbaar zijn gesteld aan andere partijen. Figuur 3 geeft het totale proces van wachttijdregistratie weer. Dit proces beschrijven we in paragraaf 2.2 en paragraaf 2.3.



Figuur 3: Proces van wachttijdregistratie

In het proces worden diverse gegevens geregistreerd. Ook zijn er meerdere partijen betrokken bij het proces. In de volgende paragrafen geven we een overzicht van de betrokken partijen en in paragraaf 1.3 is beschreven welke gegevens (wachttijden) er geregistreerd moeten worden.

#### 2.1.2 Actoren

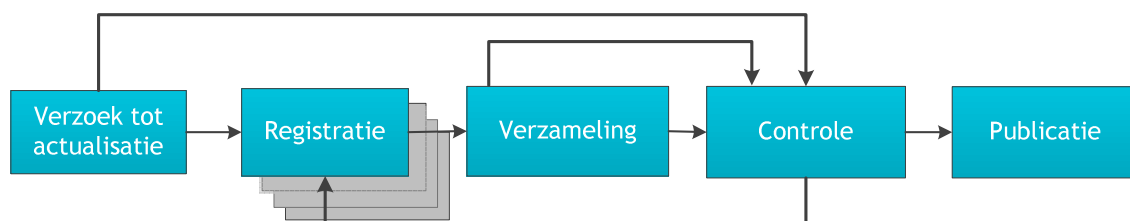
Er zijn meerdere partijen betrokken bij het proces van wachttijdregistratie. Daarnaast is er een aantal partijen dat gebruik maakt van de wachttijdinformatie. Hieronder informeren we welke partijen er betrokken zijn. In paragraaf 2.3.4 gaan we nader in op deze partijen.

- Zorginstellingen;
- onderzoeksbureau Mediquest;
- NZa;
- Ministerie van VWS;
- NPCF (en andere patiëntenverenigingen);
- RIVM (kiesbeter en zorgatlas);
- huisartsen (o.a. via Zorgdomein);
- patiënten;

- capaciteitsorgaan;
- zorgverzekeraars.

## 2.2 Intern proces

In figuur 4 staan de hoofdstappen van het interne proces van wachttijdregistratie en publicatie. Deze stappen worden in alle deelnemende ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra periodiek doorlopen.



*Figuur 4: Het interne proces van wachttijdregistratie tot publicatie*

We hebben deze processtappen bij diverse typen zorginstellingen in kaart gebracht (UMC, topklinisch, algemeen, ZBC). Uit de interviews binnen ziekenhuizen is, naast de verschillen tussen de afdelingen onderling, geen direct onderscheid te maken tussen de verschillende typen ziekenhuizen. Wel constateren we verschillen tussen ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra.

In de volgende subparagrafen beschrijven we de processtappen die gezet worden. Deze beschrijving is gericht op het proces in ziekenhuizen. De beschrijving van de processtappen binnen de zelfstandige behandelcentra volgt in subparagraaf 2.2.6.

### 2.2.1. Verzoek tot actualisatie

Het proces van wachttijdregistratie herhaalt zich maandelijks. Hiertoe wordt aan het begin van elke maand een reminder verstuurd voor het aanleveren van wachttijdinformatie. Deze reminder wordt verstuurd door een beleidsmedewerker zorglogistiek, marketing en communicatie of kwaliteit en veiligheid. Deze medewerker is meestal belast met het (centraal) verzamelen van alle wachttijden. De reminder wordt verstuurd via een herinneringsmail met daarin het verzoek tot aanleveren van de informatie. De inhoud van dit verzoek verschilt per instelling:

- De gegevens van de vorige maand worden verstuurd, met het verzoek om deze te actualiseren.
- Een verzoek voor het aanleveren van de wachttijden.
- Een verzoek om het format, met daarin de verplicht te registreren wachttijden, te vullen en terug te sturen.
- Het verzoek om de centraal geregistreeerde, actuele wachttijden van de betreffende maand te controleren.

Het verzoek wordt verstuurd naar medewerkers van de decentrale afdelingen waar poliklinische afspraken (de poliklinieken), afspraken voor diagnostisch onderzoek (polikliniek radiologie of polikliniek maag-darm-lever (MDL)) of afspraken voor een operatie (bureau opname of opnameplanning) worden gemaakt.

### 2.2.2 Registratie

De registratie van de wachttijdgegevens vindt in het merendeel van de zorginstellingen decentraal plaats. Dit betekent dat de drie typen wachttijden op afzonderlijke plekken worden geregistreerd. De wachttijden worden op de volgende afdelingen in de instelling geregistreerd:

1. wachttijd polikliniek: per specialisme binnen de eigen polikliniek;
2. wachttijd diagnostiek: bij de polikliniek radiologie (voor MRI en CT) en polikliniek MDL (voor gastroscopie);
3. wachttijd behandeling: bij de afdeling opnameplanning.

Voor de registratie van de poliklinische wachttijden betekent dit vergaande differentiatie, omdat elk specialisme zijn eigen polikliniek met eigen medewerkers en eigen agenda heeft.

Het merendeel van de instellingen registreert en publiceert de verplichte wachttijden per locatie. Aanvullingen, in de vorm van wachttijden voor specifieke behandelingen, verschillen per zorginstelling.

Bij de instellingen waar de registratie van de wachttijden centraal plaatsvindt (dit geldt voor één van de vier bezochte ziekenhuizen), kan door middel van geprogrammeerde planningsregels uit het ziekenhuis informatiesysteem centraal een overzicht gegenereerd worden met de gevraagde (verplichte) wachttijden. Het genereren van een overzicht met daarin alle wachttijden vindt automatisch plaats. Dit overzicht wordt ter controle verstuurd aan de decentrale afdelingen (dit is beschreven bij de processtap “verzoek tot actualisatie”).

Hieronder beschrijven we de registratie van de drie typen wachttijden indien dit decentraal plaatsvindt.

#### *Ad 1. Wachttijd polikliniek*

Binnen de zorginstellingen heeft elk specialisme zijn eigen polikliniek en agenda, waar medewerkers van de polikliniek (medisch secretaresse of dokterassistent) belast zijn met het plannen van afspraken en het ontvangen en te woord staan van patiënten. Deze medewerkers hebben goed zicht op de agenda van het specialisme en de agenda's van de individuele specialisten. Tevens hebben zij zicht op de planningsregels van het specialisme. Hierbij kun je denken aan:

- Het gebruik van afspraakcodes voor het inplannen van afspraken;
- het inplannen van specifieke afspraken op spreekuren;
- de inzet van specialisten binnen het specialisme;
- het gebruik van spoedplekken en mogelijkheden om buiten de geplande spreekuurblokken afspraken te maken;
- de inzet van arts-assistenten en verpleegkundig specialisten.

Bovenstaande planningsregels zijn vaak niet ziekenhuisbreed vastgesteld. Uit de gesprekken komt naar voren dat deze (vaak) niet zijn vastgelegd. De diversiteit in planningsregels is een reden waarom de registratie van wachttijden decentraal gebeurt.

De medewerkers van de poliklinieken registreren de wachttijden. Er zijn vijf mogelijkheden:

1. In de digitale agenda is een zoekfunctie geprogrammeerd die de afspraakmogelijkheden specialisme breed opzoekt en voorstelt. Op basis van de zoekresultaten kan de derde beschikbare plek door de medewerkers worden geregistreerd.
2. De medewerker van de polikliniek loopt de digitale agenda van het specialisme langs en registreert hierbij de derde beschikbare plek.
3. De medewerker van de polikliniek loopt de individuele, digitale agenda's van de specialisten langs en registreert hierbij de derde beschikbare plek.
4. De medewerker van de polikliniek registreert de wachttijd op basis van historie en ervaring (een inschatting van de wachttijd).
5. Er wordt een "vaste" wachttijd gepubliceerd voor de polikliniek, bijvoorbeeld een wachttijd van 1 week. Als blijkt dat deze wachttijd niet wordt gehaald, dan wordt er actief op gestuurd om deze wel te halen, door extra spreekuren in te zetten.

#### *Ad 2. Wachttijd diagnostiek*

Voor de wachttijd diagnostiek wordt een gelijk proces gevolgd als beschreven voor de registratie van de wachttijd polikliniek. De registratie van de wachttijden voor MRI en CT vindt plaats bij de polikliniek radiologie. Hier registreert een medewerker van de polikliniek (secretaresse of doktersassistente) de wachttijden voor een afspraak voor de onderzoeken MRI scan en CT scan. De registratie van de wachttijd voor een gastroscopie vindt plaats bij de polikliniek MDL.

#### *Ad 3. Wachttijd behandeling*

De registratie van de wachttijd voor behandeling vindt plaats bij de opnameplanning (de afdeling in het ziekenhuis waar de planning van de opnames voor de operatie plaatsvinden). Binnen deze afdeling wordt zowel gekeken naar de planning van de operatiekamers (OK), de planning van de medisch specialisten en de planning van de verpleegafdelingen waar de patiënt moet worden opgenomen. Vaak zijn deze verpleegafdelingen toegewezen aan een specialisme of sub specialisme. De wachttijd voor de behandeling is dus afhankelijk van:

- de beschikbare OK-capaciteit;
- de beschikbaarheid van de medisch specialist;
- de (klinische) bedden capaciteit.

De capaciteit van de operatiekamers wordt in de meeste zorginstellingen periodiek verdeeld onder de specialismen. Specialismen krijgen "OKdagen" toegewezen (een combinatie van type OK en weekday) waarop vervolgens operaties gepland kunnen worden. Ter illustratie, een OK weekrooster kan er als volgt uitzien:

		Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
OK1	Ochtend	gynaecologie	chirurgie	chirurgie	gynaecologie	orthopedie
	Middag	urologie	chirurgie	chirurgie	urologie	orthopedie
OK2	Ochtend	chirurgie	gynaecologie	orthopedie	chirurgie	chirurgie
	Middag	chirurgie	gynaecologie	orthopedie	chirurgie	chirurgie
OK3	Ochtend	SPOED	SPOED	plastische chirurgie	neurologie	plastische chirurgie
	Middag	KNO	KNO	plastische chirurgie	neurologie	plastische chirurgie
OK4	Ochtend	neurologie	orthopedie	neurologie	SPOED	SPOED
	Middag	neurologie	orthopedie	SPOED	chirurgie	KNO

Tabel 1: Voorbeeld van een OK weekrooster

In het OK weekrooster worden meestal geen operaties gepland in de avonduren en in het weekend. Een aantal operatiekamers is dan wel beschikbaar voor eventuele spoedoperaties.

De OK-dagen per specialisme worden vervolgens door het desbetreffende specialisme gevuld met specifieke operaties. Het komt ook voor dat de OK-dagen worden toegewezen aan een sub specialisme. Bijvoorbeeld, het specialisme chirurgie kan worden onderverdeeld in de sub specialismen oncologie, traumatologie of vaatchirurgie of algemene chirurgie. Hiervoor worden ook andere specialisten ingezet.

Omdat de OK capaciteit niet wordt toegewezen aan type behandelingen (bijvoorbeeld spatader of liesbreuk) is het op basis van bovenstaand OK rooster is het niet mogelijk om de derde vrije plek in de agenda voor een bepaald type behandeling te registreren. Door de ziekenhuizen worden de volgende varianten voor registratie per type behandeling aangegeven:

- Indicatie van de wachttijd op basis van historie en ervaring.
- Indicatie van de wachttijd op basis van de derde beschikbare plek in het OK rooster op basis van verwachte operatieduur van de behandeling<sup>5</sup>.
- Indicatie van de verwachte wachttijd op basis van aantal patiënten op de wachtlijst en gemiddeld aantal behandelingen (van dat type behandeling) per week.

<sup>5</sup> Aan een type behandeling wordt een verwachte operatieduur gekoppeld. In het OK rooster wordt vervolgens gekeken wat de derde beschikbare plek is voor een operatie met deze verwachte operatieduur. Deze tijd wordt geregistreerd als wachttijd.



### Frequentie

De frequentie van de registratie van de bovengenoemde wachttijden verschilt per instelling. De instellingen geven aan maandelijks de verplichte wachttijden te registreren voor publicatie. Daarnaast geven instellingen aan dat men voor interne bedrijfsvoering frequenter, maar ook andere, aanvullende wachttijden registreren.

Wachttijden die voor intern gebruik worden geregistreerd zijn vaak specifieker. De reden hiervoor is dat de verplicht te registreren wachttijden niet aansluiten bij de bedrijfsvoering van de zorginstelling. Een aantal voorbeelden:

- Bij de afdeling radiologie wordt wekelijks de wachttijd op type onderzoek geregistreerd. Het type onderzoek is gebaseerd op type modaliteit (bijvoorbeeld MRI of CT), duur van het onderzoek, en specialisme. Voor een cardiologisch (MRI) onderzoek gelden andere planningsregels omdat hier andere specialisten bij aanwezig moeten zijn.
- Poliklinische wachttijden worden binnen een aantal zorginstellingen per specialist of per type spreekuur geregistreerd. In deze instellingen zijn specialistische spreekuren ingericht, waar een specialist een bepaalde groep patiënten ziet. Bijvoorbeeld een diabetes spreekuur. Hiervoor komt een bepaalde groep patiënten (met diabetes) in aanmerking, maar ook specifieke specialisten en bijvoorbeeld een nurse practitioner.

De wachttijden die voor de interne bedrijfsvoering gebruikt worden, worden in het merendeel van de bezochte instellingen wekelijks geregistreerd. Met deze gegevens wordt actief gestuurd om het gebruik van de capaciteiten (zowel ruimte als medewerkers) te optimaliseren. Deze wachttijden worden niet centraal gebruikt. De registratie vindt plaats als aanvulling op de verplichte wachttijden.

### 2.2.3 Verzamelen gegevens

Nadat de registratie van de wachttijden is voltooid worden deze verstuurd naar de medewerker die de wachttijden centraal verzamelt. Het versturen van de actuele wachttijden gebeurt meestal via de mail. Hierbij wordt aangegeven wat de actuele wachttijd is voor de verplichte (en eventueel aanvullende) wachttijden. Deze medewerker verstuurt vaak ook de herinnering (de eerste processtap).

De verzameling van de wachttijden vindt plaats tussen de 1<sup>e</sup> en de 10<sup>e</sup> werkdag van iedere maand (nadat registratie is gedaan).

### 2.2.4 Controle

Het controleren van de geregistreerde, actuele wachttijden kan op vier manieren plaatsvinden:

- Er vindt decentrale controle plaats op de centraal verzamelde gegevens. De centraal verzamelde gegevens worden hiervoor naar de decentrale afdelingen verstuurd met het verzoek tot controle. Het risico hierbij is dat bij geen response de controle vaak niet plaatsvindt.
- Er vindt decentrale controle plaats, voorafgaand aan het centraal verzamelen van de gegevens. Na decentrale registratie worden de gegevens door de

teamhoofden gecontroleerd, alvorens ze verstuurd worden voor verzameling en publicatie;

- Er vindt centrale controle plaats, na de centrale verzameling van gegevens. De medewerker die de gegevens centraal uit het systeem haalt controleert de gegevens op merkwaardigheden (grote afwijkingen ten opzichte van de voorgaande maand). Bij grote verschillen wordt contact gelegd met de desbetreffende afdeling en wordt mogelijk de wachttijd aangepast;
- Er vindt geen controle plaats.

### 2.2.5 Publicatie

Rond de tiende dag van de maand worden de aangeleverde wachttijden op de site van de zorginstelling gepubliceerd.

Per zorginstelling verschilt het format waarin de wachttijdgegevens op de site worden gepubliceerd. Enkele zorginstellingen hebben een apart gedeelte op de website waar alle wachttijden staan. Andere zorginstellingen hebben aparte gedeeltes per specialisme. In dit geval betekent het dat de wachttijden voor de zorginstelling verspreid zijn over de site.

Zoals aangegeven verschilt per instelling welke wachttijden worden geregistreerd. Hierdoor verschilt ook per instelling welke wachttijden worden gepubliceerd:

- Verplicht te registreren wachttijden;
- wachttijden op locatieniveau;
- aanvullende wachttijden voor specifieke behandelingen of spreekuren.

De verplichte wachttijden worden in alle zorginstellingen geregistreerd.

De verzameling en de publicatie van de wachttijden gebeurt niet altijd door dezelfde persoon. Indien dit niet door dezelfde persoon gebeurt wordt het overzicht met alle wachttijden verstuurd aan een medewerker (meestal van de afdeling communicatie). Deze medewerker zorgt vervolgens voor de publicatie van de gegevens.

### 2.2.6 Zelfstandige behandelcentra

De zelfstandige behandelcentra hebben zich vaak gespecialiseerd in een specifieke behandeling, specialisme of diagnostisch onderzoek. Voorbeelden hiervan:

- Een centrum gespecialiseerd in het uitvoeren van MRI-scans;
- een centrum gespecialiseerd in de behandeling van hernia's;
- een centrum gespecialiseerd in het uitvoeren van poliklinische, cardiologische behandelingen.

Door deze specialisatie zijn de instellingen kleinschaliger dan ziekenhuizen, en zijn er minder mensen betrokken bij het ondersteunende proces.

Het proces van wachttijdregistratie en publicatie binnen de zelfstandige behandelcentra bestaat uit dezelfde stappen als het proces binnen ziekenhuizen, met uitzondering van de processtap “verzoek tot actualisatie”.

#### *Registratie*

Als de wachttijden geregistreerd worden vindt deze registratie per locatie (decentraal) plaats. De wachttijden die geregistreerd worden zijn de verplichte

wachttijden, eventueel aangevuld met wachttijden voor specifieke behandelingen of onderzoeken.

Er worden meerdere manieren voor registratie benoemd:

- De medewerker van het secretariaat loopt de digitale agenda door en registreert hierbij de derde beschikbare plek.
- De medewerker van het secretariaat loopt de digitale door en registreert hierbij de eerste beschikbare plek.
- Er worden geen wachttijden geregistreerd.

#### Verzameling

Nadat de registratie van de wachttijden is voltooid worden de wachttijden verstuurd naar de medewerker die de wachttijden centraal verzamelt. Dit gebeurt alleen als de wachttijd decentraal wordt geregistreerd.

Als de wachttijden worden geregistreerd en tevens gebruikt voor publicatie, dan vindt de verzameling van de wachttijden plaats tussen de 1<sup>e</sup> en de 10<sup>e</sup> werkdag van iedere maand.

#### Controle

De controle van de wachttijdgegevens vindt niet of nauwelijks plaats. Binnen de ZBC's wordt echter wel actief gestuurd op beschikbare agendaplekken. Naar derde mogelijkheden in het afsprakenregister wordt hierbij niet gekeken. Er wordt vaak gekeken naar het aantal beschikbare plekken. Mocht de agenda vollopen dan wordt besloten of er bijvoorbeeld een extra spreekuur moet worden geopend, zodat de afgesproken toegangstijd kan worden gehaald.

#### Publicatie

Onderstaand een manier van publicatie:

- Er wordt een algemene wachttijd gepubliceerd, welke niet wordt geactualiseerd. Uitgangspunt hierbij is vaak dat er intern gestuurd (en geanticipeerd) wordt op de wachttijd, en dat de wachttijd die gepubliceerd wordt dus een reëel beeld geeft van de feitelijke wachttijd.
- De wachttijden worden conform de regeling maandelijks en op locatieniveau gepubliceerd.
- Er worden geen wachttijden gepubliceerd.

### 2.3 Extern proces

Voor de 10<sup>e</sup> van iedere maand moeten de zorginstellingen actuele wachttijden op de website publiceren. Het interne proces is hiermee afgerond. In figuur 5 geven we de processtappen weer die na afronding van het interne proces plaatsvinden. Deze stappen werken we hieronder verder uit.



Figuur 5: Procesbeschrijving externe proces wachttijdregistratie

In paragraaf 2.3.4 gaan we in op de partijen die onderdeel uitmaken van het proces en gebruikers van de informatie. We werken verder uit welke informatie gebruikt wordt, hoe deze verkregen wordt en voor welk doel de informatie gebruikt wordt.

### 2.3.1 Samenvoegen

De gegevens die de ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra maandelijks publiceren worden door een onderzoeksbureau (Mediquest) verzameld. Dit gebeurt op de volgende manieren:

- De gegevens worden door een aantal ziekenhuizen via de mail aangeleverd.
- De gegevens worden voor het merendeel van de ziekenhuizen handmatig door Mediquest van de websites van de instellingen gehaald.
- De gegevens van een aantal zelfstandige behandelcentra worden ingevoerd in de kliniekendatabase, ingericht voor zelfstandige behandelcentra. Deze database wordt door Mediquest uitgelezen. Zelfstandige behandelcentra zijn vooralsnog niet verplicht deze gegevens aan te leveren. De kliniekendatabase bevat op dit moment slechts de gegevens van een beperkt aantal zelfstandige behandelcentra. De gegevens van de overige zelfstandige behandelcentra worden dus niet gebruikt

Vanaf de 1<sup>e</sup> tot de 10<sup>e</sup> van de maand worden de websites van de ziekenhuizen nagekeken op updates. Als de gegevens zijn geactualiseerd worden ze door Mediquest handmatig overgenomen in een Excel bestand. In het Excel bestand worden de gegevens die de ziekenhuizen verplicht moeten publiceren op locatieniveau overgenomen. Eventueel aanvullende registraties worden niet meegenomen, met uitzondering van specifieke informatie voor gebruikers (zoals voor het Menzis Topzorg predicaat). Ook de aangeleverde gegevens worden overgenomen in het Excel bestand.

Mediquest hanteert een aantal uitgangspunten bij het overnemen van de gegevens van de website:

- Als de wachttijd met een bandbreedte (bijvoorbeeld 4-6 weken) wordt benoemd, wordt het gemiddelde gehanteerd, en vervolgens afgerond naar boven.
- Als er geen update plaatsvindt worden de gegevens van de maand ervoor overgenomen.
- Het komt voor dat de verplicht te registreren wachttijd is opgedeeld in een aantal sub wachttijden, hiervan wordt dan de meest logische gekozen. Dit gebeurt naar interpretatie van de medewerker(s) van Mediquest.
- Als er voor een specifieke wachttijd niets is ingevuld (en dus de cel leeg is), betekent dit dat voor de betreffende instelling in de betreffende maand geen wachttijd verzameld is. Dit kan betekenen dat:
  - het ziekenhuis dit specialisme niet in huis heeft;
  - het ziekenhuis deze aandoening niet behandelt;
  - het ziekenhuis een wachttijd gepresenteerd heeft.

Het bestand met de wachttijden wordt vervolgens gecontroleerd op onvolkomenheden (onder andere technische controle, of er geen wachttijd “0” in voorkomt, geen ongewone peildata, geen extreme waarden). Vervolgens worden deze gegevens toegevoegd aan de historische database, waarin al deze gegevens worden samengevoegd.

De actualisatie van de gegevens moet voor de 15<sup>e</sup> van de maand gereed zijn. De 15<sup>e</sup> van de maand worden de gegevens naar afnemers/gebruikers (zie voor een overzicht van gebruikers paragraaf 2.3.4) verzonden. Mediquest hanteert hiervoor een gelijksoortig format als waarin de zorginstellingen gegevens registreren. Hierin zijn de wachttijden voor alle zorginstellingen samengevoegd.

De gegevens worden tevens in 'modules' verstrekt aan gebruikers. Hierin krijgt bijvoorbeeld een patientenvereniging de wachttijden inzichtelijk voor een bepaald specialisme of behandeling.

### 2.3.2 Analyse

De gegevens zijn in de vorige stap samengevoegd. Het Excelbestand (dat is opgesteld door Mediquest) bevat nu per (locatie van de) zorginstelling de verplicht te registreren wachttijden. Het Excelbestand bevat naast de naam en type van de zorginstelling en de wachttijd per aandoening in weken ook de volgende parameters:

- Retro (0 = retrospectief en 1 = actueel)
- Status (0 = oude registratie en 1 = nieuwe registratie)
- Maand (peilmaand)
- Jaar (peiljaar)

Met deze parameters is het mogelijk om te bepalen of de registratie retrospectief of prospectief is en of voor het desbetreffende peilmoment de gegevens zijn geactualiseerd.

De gegevens in het excelbestand worden vervolgens door de NZa gebruikt voor een analyse van de wachttijden. Deze analyse bevat de volgende onderdelen:

- De gemiddelde wachttijd polikliniek (toegangstijd) per specialisme per jaar.
- De gemiddelde wachttijd behandeling per specialisme per jaar.
- De gemiddelde wachttijd diagnostiek per onderzoek per jaar.

Bij het bepalen van de gemiddelde wachttijden wordt geen rekening gehouden met de grootte of type instelling. Alle locaties en instellingen worden gelijk behandeld. Ook wordt er geen rekening gehouden met een eventuele retrospectieve of niet-actuele wachttijd.

De gemiddelde wachttijden worden vergeleken met de Treeknorm. De Treeknorm is een norm waarin is bepaald hoe lang mensen maximaal mogen wachten voor een behandeling. De toegangstijd voor ziekenhuiszorg is 80 % binnen 3 weken, maximaal 4 weken.

### 2.3.3 Rapportage

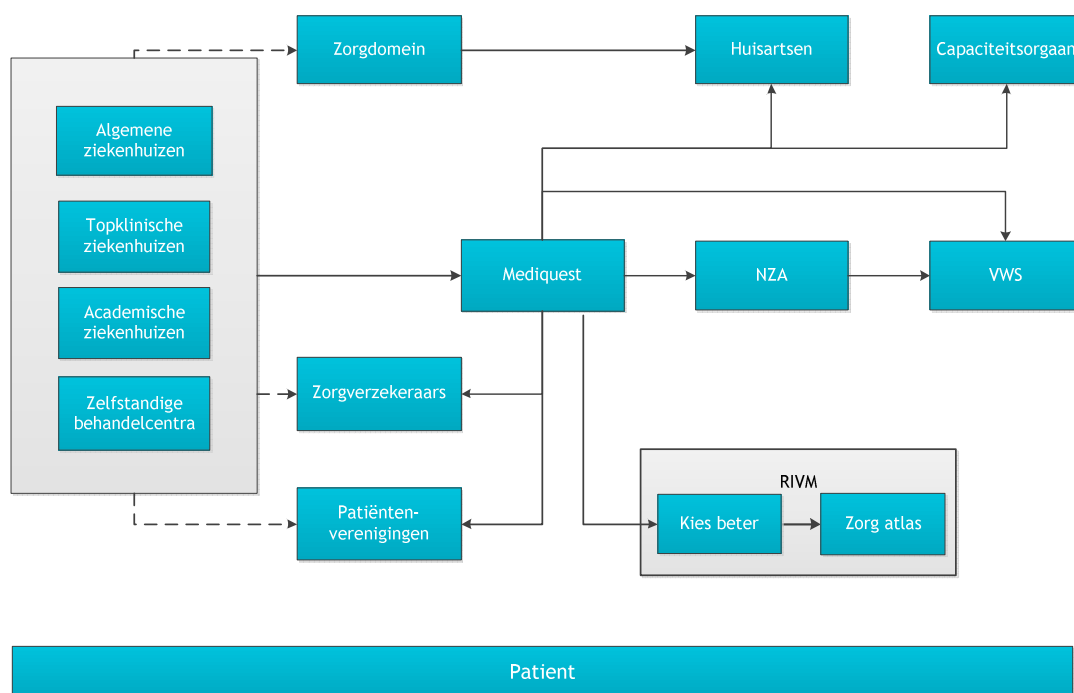
De vergelijking van de wachttijd met de treeknorm op het niveau van specialisme, behandeling of diagnostisch onderzoek wordt gebruikt in de rapportage "Marktscan Medisch Specialistische zorg: weergave van de markt"<sup>6</sup>. Een van de onderdelen in deze rapportage is de toegangstijd. Hiervoor worden de wachttijden gebruikt als manier voor het monitoren van de toegankelijkheid van zorg in Nederland. Hiervoor wordt de vergelijking van de gemiddelde wachttijd met de Treeknorm opgenomen. Deze

<sup>6</sup> [http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan\\_Medisch\\_specialistische\\_zorg\\_2012.pdf](http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Medisch_specialistische_zorg_2012.pdf)

rapportage presenteert deze vergelijkingen voor een aantal jaren achtereen. Hieruit kan de trend in toegankelijkheid worden afgelezen.

### 2.3.4 Gebruikers

In paragraaf 2.1.2 hebben we een opsomming gegeven van partijen die betrokken zijn bij het proces van wachttijdregistratie of gebruik maken van informatie uit het proces. In figuur 6 geven we een overzicht van alle partijen die betrokken zijn bij het proces van wachttijdregistratie en/of gebruik maken van de wachttijdgegevens.



Figuur 6: Overzicht van betrokken partijen bij de wachttijdregistratie

In onderstaande tabel 2 staat een overzicht van de betrokken partijen met specificaties als:

- Welke rol het speelt in het proces;
- op welke manier en van wie men de informatie verkrijgt;
- welke informatie krijgt men;
- voor welke doeleinden gebruikt men de informatie.

Partij	Rol	Verkrijgen informatie	Welke informatie	Gebruik
Zorginstellingen	Registratie	Digitale agenda's afdelingen (maandlijks, wekelijks)	Wachttijden eigen instelling per specialisme/ behandeling/ onderzoek	Publicatie website en interne bedrijfsvoering
Mediquest	Samenvoegen en verwerken	Website, email, kliniekendatabase (maandlijks)	Alle geregistreerde wachttijden	Samenvoegen en verspreiden
RIVM	Gebruiker	Mediquest (maandlijks)	Alle geregistreerde wachttijden	Keuzeinformatie voor patienten

Partij	Rol	Verkrijgen informatie	Welke informatie	Gebruik
Zorgverzekeraars	Gebruiker	Mediquest + eigen uitvraag (maandelijks, of frequenter)	Alle geregistreerde wachttijden + specifieke wachttijd (1 <sup>e</sup> mogelijkheid) voor eigen patienten	Keuzeinformatie voor patienten + 1 <sup>e</sup> mogelijkheid voor zorgbemiddeling
Huisartsen	Gebruiker	Mediquest +Zorgdomein (maandelijks, wekelijks)	Alle geregistreerde wachttijden polikliniek	Verwijsinformatie + keuzeinformatie voor patienten
Patienten	Gebruiker	Websites, huisarts, zorgverzekeraar, patientenvereniging(en) (verkrijgen indien behoefte bestaat)	Alle geregistreerde wachttijden	Keuzeinformatie + zorgbemiddeling
Patienten verenigingen (en NPCF)	Gebruiker	Mediquest + eigen uitvraag (maandelijks, eigen uitvraag minder frequent)	Alle geregistreerde wachttijden per diagnose/aandoening + aanvullende procesindicatoren	Keuzeinformatie voor patienten
VWS	Gebruiker	Mediquest + Nza (jaarlijks)	Rapportage + alle geregistreerde wachttijden	Beleidsinformatie
Nza	Analyse en gebruik	Mediquest (maandelijks)	Alle geregistreerde wachttijden	Analyse en rapportage voor VWS (jaarlijks)
Capaciteits orgaan	Gebruik	Mediquest (jaarlijks)	Alle geregistreerde wachttijden	Beleidsinformatie

Tabel 2: Overzicht betrokken partijen

Het merendeel van de partijen maakt gebruik van de wachttijdgegevens die de zorginstellingen publiceren. Er is daarnaast ook een aantal partijen dat gebruik maakt van andere gegevens die gerelateerd zijn aan wacht- en toegangstijden. In hoofdstuk 4 gaan we hier verder op in.

### 3. Betrouwbaarheid

In het vorige hoofdstuk hebben we het proces van wachttijdregistratie beschreven. In dit hoofdstuk gaan we in op de betrouwbaarheid van het proces.

In onderstaande paragrafen geven we een beschrijving van de factoren die de betrouwbaarheid van het proces beïnvloeden. We gebruiken hierbij de eisen zoals in de regeling gesteld. Deze eisen zijn gesteld voor registratie en publicatie, het interne proces. In paragraaf 3.2 beschrijven we variaties in het externe proces die de betrouwbaarheid kunnen beïnvloeden.

#### 3.1 Variatie in het interne proces

Tijdens het analyseren van het interne proces van wachttijdregistratie zijn per processtap meerdere methoden voor het uitvoeren van de werkzaamheden beschreven. Op basis van de diversiteit in werkwijzen en aanvullende informatie uit de interviews, beschrijven we in deze paragraaf factoren die van invloed zijn op de betrouwbaarheid van het (interne) proces van wachttijdregistratie.

##### 3.1.1 Afronding in hele weken

Voor publicatie moeten de geregistreerde wachttijden in hele weken worden omgerekend door ze naar boven af te ronden. Een wachttijd tot zeven kalenderdagen wordt gepubliceerd als één week. De minimale gepubliceerde wachttijd is één week.

Er wordt op meerdere manieren afgeweken van deze eis:

- De wachttijden worden in dagen in plaats van in weken gepubliceerd.
- Er wordt een bandbreedte voor het weergeven van de wachttijden gehanteerd (bijvoorbeeld 4-6 weken).
- Er wordt gerekend in werkdagen in plaats van kalenderdagen.

Door deze variatie in afronding wordt niet in alle ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra voldaan aan deze eis.

##### 3.1.2 Openbare informatie

De volgende informatie moet gepubliceerd worden op de website:

- Lijst met wachttijden (in weken) voor polikliniek, behandeling en diagnostiek, uitgesplitst naar de verplicht en/of optioneel te registreren wachttijden.
- Melding of deze wachttijden actueel of retrospectief zijn.
- De datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden.

Er wordt op meerdere manieren afgeweken van deze eis:

- Er wordt niet aangegeven wat de datum van de laatste actualisatie is.
- Er wordt geen melding gegeven of deze wachttijden actueel of retrospectief zijn.
- Er wordt geen informatie op de website gepubliceerd.

Door deze variatie in het openbaar maken van de informatie wordt niet in alle ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra voldaan aan deze eis.



### 3.1.3 Aggregatieniveau wachttijd polikliniek

Het publiceren van de wachttijd polikliniek is verplicht voor alle specialismen wanneer deze als polikliniek operationeel is. Zorgaanbieders die deze polikliniek georganiseerd hebben rond subspecialismen, kunnen wachttijden publiceren voor subspecialismen. Mocht er geen wachttijd per specialisme meetbaar zijn dan geldt de kortste wachttijd van de subspecialismen onder dit specialisme.

In het merendeel van de zorginstellingen worden naast algemene, verplicht te registreren wachttijden per specialisme, ook optionele wachttijden per subspecialisme geregistreerd. Tevens worden er aanvullende wachttijden geregistreerd die niet vermeldt staan in de lijst met mogelijkheden in de regeling. Door deze aanvullende registratie wijken de verplicht te registreren wachttijden soms af van de gestelde eisen uit de regeling.

### 3.1.4 Frequentie

Gegevens moeten minimaal één keer per maand worden geactualiseerd tussen de 1e en 10e dag van de maand.

Er wordt op meerdere manieren afgeweken van deze eis:

- De gegevens worden niet geactualiseerd;
- De actualisatie vindt niet binnen het gestelde tijdvak plaats.

Door deze variatie wordt niet in alle ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra voldaan aan deze eis.

### 3.1.5 Alternatief medium

De informatie wordt op verzoek ook mondeling of schriftelijk verstrekt. Door medewerkers van poliklinieken en opnameplanning wordt ook mondeling (telefonisch) informatie over wachttijden verstrekt. Op verzoek van de patiënt wordt informatie gegeven over de wachttijd voor een afspraak voor deze patiënt. De wachttijd die dan wordt benoemd is niet gerelateerd aan de derde beschikbare plek in de agenda. Er wordt gerefereerd aan de eerste beschikbare plek in de agenda.

De specifieke informatie die vanuit de regeling verplicht moet worden geregistreerd wordt niet mondeling in deze vorm verstrekt, wel in een andere vorm. Deze wijkt dus af van de definitie van de wachttijd zoals deze in de regeling is opgenomen. Het schriftelijk verstrekken van de informatie aan externe partijen komt nauwelijks voor. Intern wordt de informatie (op verzoek) door middel van een maandrapportage verspreid.

### 3.1.6 Actuele wachttijden

Het is (sinds 2009) niet meer toegestaan om retrospectieve wachttijden op te geven.

Er is een aantal zorginstellingen dat retrospectieve wachttijden publiceert. In 2012 betreft het ongeveer 20 zorginstellingen. Deze instellingen voldoen niet aan de eis zoals deze in de regeling is gesteld.

### 3.1.7 Type wachttijden

#### Wachttijden polikliniek

Het merendeel van de geïnterviewde medewerkers geeft aan dat het registreren van de poliklinische wachttijden gebeurt volgens de 3<sup>e</sup> beschikbare plek. Een aantal factoren zorgt voor variatie binnen en tussen zorginstellingen:

- Agenda's van arts-assistenten, evenals specialistische spreekuren worden niet standaard meegenomen in de bepaling van de derde beschikbare plek; indien deze betrokken worden bij de totale algemene spreekuurcapaciteit en het bepalen van de derde plek kan dit de totale capaciteit beïnvloeden. Dit kan mogelijk effect hebben op de feitelijke wachttijd;
- De (on)mogelijkheden van de agenda bepalen soms het vaststellen van de derde beschikbare plek; automatisch/digitaal bepalen van de derde plek, of handmatig door een secretaresse of teamhoofd; De wijze van registreren kan de betrouwbaarheid van het proces beïnvloeden;
- Voor de interne bedrijfsvoering worden soms gedetailleerder en frequenter wachttijdgegevens geregistreerd. Voor de verplicht te registreren wachttijd wordt soms het gemiddelde van deze gedetailleerde gegevens genomen, wat niet overeenkomt met de gestelde eisen;
- Er wordt een "vaste" wachttijd gepubliceerd voor de polikliniek, bijvoorbeeld een wachttijd van 1 week. Als blijkt dat deze wachttijd niet wordt gehaald, dan wordt er actief op gestuurd om deze wel te halen, door extra spreekuren in te zetten. Dit betekent dat de wachttijd niet volgens de eisen uit de regeling wordt geregistreerd, maar dat deze wel een goede indicatie geeft van de feitelijke wachttijd.

De bovenstaande factoren zorgen voor variatie in het proces van registratie voor de wachttijden polikliniek. Deze variatie komt zowel binnen als tussen de zorginstellingen voor.

#### Wachttijden behandeling

Een groot deel van de geïnterviewde medewerkers geeft aan dat het registreren van de wachttijden voor behandeling niet gebeurt volgens de 3<sup>e</sup> beschikbare plek. Hierbij spelen volgende factoren een rol:

- OK capaciteit wordt niet uitgegeven op het type behandeling zoals genoemd in de regeling maar op specialisme. Hierdoor is het niet mogelijk om de derde plek per type behandeling te bepalen, maar kan dit alleen op het niveau van specialisme worden aangegeven.
- Er wordt gewerkt met een planningshorizon van een week, overige patiënten worden op de wachtlijst geplaatst. Omdat de agenda een week van tevoren wordt volgepland kan dit betekenen dat de derde beschikbare plek altijd over een week is. Dit komt niet overeen met de eisen uit de regeling, tevens hoeft dit geen goede indicatie te zijn voor de feitelijke wachttijd.
- Er wordt gepland op basis van (verwachte) duur van de behandeling in plaats van op type behandeling<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Aan een type behandeling wordt een verwachte operatieduur gekoppeld. In het OK rooster wordt vervolgens gekeken wat de derde beschikbare plek is voor een operatie met deze verwachte operatieduur. Deze tijd wordt geregistreerd als wachttijd.

- Er gelden teveel restricties bij het plannen van ingrepen op de OK, dit maakt het lastig om de 3<sup>e</sup> beschikbare plek te bepalen (bijvoorbeeld niet meer dan 2 OK's per dag, of afhankelijk van specialist).

#### Wachttijden diagnostiek

Het merendeel van de gesproken medewerkers geeft aan dat het registreren van de wachttijden voor diagnostiek gebeurt volgens de 3<sup>e</sup> beschikbare plek. Een aantal factoren zorgt voor variatie tussen zorginstellingen:

- Wachttijden worden wekelijks geregistreerd, waarbij een gemiddelde van deze wekelijkse registratie wordt gehanteerd voor maandelijkse publicatie;
- Er gelden veel restricties bij het plannen van afspraken voor diagnostisch onderzoek, dit maakt het lastig om de 3<sup>e</sup> beschikbare plek te bepalen (beschikbaarheid specialist bij MRI onderzoek, planningsduur);
- Er worden meer gedetailleerde wachttijden geregistreerd dan volgens de regeling verplicht is. De algemene, gevraagde wachttijd wordt hiervan afgeleid.

Naast bovenstaande afwijkingen worden de gegevens op verschillende manieren gecontroleerd, wat kan leiden tot afwijkingen of onbetrouwbare gegevens:

- een deel van de instellingen geeft aan dat het onmogelijk is om de wachttijdgegevens te controleren omdat het een momentopname betreft, de wachttijd kan op het controlemoment veranderd zijn. Controle vindt niet plaats.
- Het niet beantwoorden van het verzoek tot actualisatie van de gegevens kan er toe leiden dat de "oude" gegevens opnieuw gebruikt worden, maar met een nieuwe peildatum. Controle vindt niet plaats.
- De gegevens worden door het desbetreffende teamhoofd gecontroleerd op extreme of afwijkende waarden. Bij afwijkingen wordt opnieuw gekeken en mogelijk wordt de wachttijd aangepast.
- De gegevens worden door de medewerker gecontroleerd die de verzameling en/of publicatie verzorgt. Steekproefsgewijs wordt er gecontroleerd, en enkel bij uitschieters wordt contact opgenomen met de desbetreffende afdeling.

#### 3.1.8 Overige aandachtspunten

Naast het niet voldoen aan de eisen zoals gesteld in de regeling, zijn er een aantal algemene aandachtspunten die mogelijk leiden tot variatie in het proces.

#### Betrokkenheid medewerkers

De betrokkenheid van medewerkers bij het proces van wachttijdregistratie varieert tussen de verschillende bezochte instellingen. Bij de ziekenhuizen komt het voor dat de persoon die de wachttijden publiceert ook verantwoordelijk is voor de tijdigheid en het versturen van verzoeken tot actualisatie. Daarnaast komt het voor dat er meerdere personen betrokken zijn bij het doorgeven en versturen van de wachttijden naar de personen die de primaire registratie verzorgen. Het aantal betrokken personen en de verantwoordelijkheid die zij dragen is divers. Hoe meer schakels/personen er betrokken zijn bij het proces, hoe groter de kans op fouten in de overdracht van gegevens of informatie.

Binnen ZBC's geldt dat vaak de algemeen (of commercieel) manager verantwoordelijk is voor de wachttijden. Een enkele keer is een teamhoofd betrokken. Naast deze

personen zijn er weinig andere personen betrokken bij dit proces, waardoor er weinig overdrachtsmomenten zijn en de kans op fouten hierdoor verkleind wordt.

### Bekendheid met de regeling

De regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg is bekend binnen de instellingen. Het merendeel van de medewerkers binnen zorginstellingen kent de regeling. Van de drie bezochte ZBC's was één hier niet van op de hoogte. De bekendheid binnen de functielagen van de ziekenhuizen verschilt. Op operationeel niveau is de regeling vaak niet bekend, maar wel specifieke onderdelen van de regeling, zoals de 3<sup>e</sup> beschikbare agendamogelijkheid, en het maandelijks aanleveren van wachttijdinformatie. Op strategisch niveau is de regeling vaak wel bekend, maar is over het algemeen niet bekend hoe de diverse registraties tot stand komen.

### Terzijde: is de gepubliceerde wachttijd een goede indicator voor werkelijke wachttijd?

Naast de betrouwbaarheid van het interne proces van wachttijdregistratie is het, vooral voor patiënten, belangrijk om te weten of de gepubliceerde wachttijden een goede indicatie zijn voor de feitelijke wachttijden. Om dit te toetsen hebben we een kleine steekproef genomen. In deze steekproef hebben we (anoniem) een aantal zorginstellingen (ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra) telefonisch benaderd met het verzoek om een afspraak voor:

- een 1<sup>e</sup> consult hernia (neurologie)
- een 1<sup>e</sup> consult amandelen verwijderen (KNO)
- een poliklinische MRI (radiologie).

Deze wachttijden hebben we vergeleken met de wachttijd die is gepubliceerd op de site.

In totaal hebben we 50 wachttijden vergeleken, verdeeld over de diverse typen ziekenhuizen (UMC, topklinisch, algemeen en ZBC). Voor 33 van de 50 wachttijden (66%) waren de wachttijdgegevens op de site actueel. Voor de overige 17 wachttijden is dit niet bekend, omdat er geen actualisatiedatum op de website is vermeld.

De resultaten zijn als volgt:

- Van de telefonisch opgevraagde wachttijden kon 10% niet vergeleken worden met de wachttijd op de website, deze was niet gepubliceerd of er werd telefonisch geen informatie gegeven over de wachttijd.
- In 8% van de gevallen konden we eerder terecht dan de gepubliceerde wachttijd.
- In 40% van de gevallen kwam de telefonisch nagevraagde wachttijd overeen met de wachttijd op de website.
- Bij 42% van de telefonische afspraken was de werkelijke wachttijd langer dan de gepubliceerde wachttijd, waarvan bij 8% meer dan twee weken langer. In één geval was de wachttijd zelfs 5 weken langer.

### 3.2 Variatie in het externe proces

Aan de verwerking en analyse van de wachttijden worden in de regeling geen eisen gesteld. Er is echter een aantal factoren waardoor de geregistreerde gegevens verkeerd geïnterpreteerd en/of verwerkt worden.

Hieronder geven we een opsomming van deze variaties:

- Diversiteit in de wijze van publicatie door zorginstellingen zorgt voor mogelijke fouten in de gegevensaanlevering. Door deze diversiteit kunnen er fouten ontstaan in het overnemen van de gegevens, waardoor wachttijden verkeerd of niet worden overgenomen.
- Het overnemen en verwerken van gegevens van de websites in een centraal Excel bestand vindt handmatig plaats. Handmatige verwerking is foutgevoelig, hierdoor kunnen wachttijden verkeerd of niet worden overgenomen. Dit kan leiden tot fouten in de gegevens.
- Zelfstandige behandelcentra leveren op een andere manier gegevens aan (via de kliniekendatabase) dan ziekenhuizen (publicatie op de site). Het verschil in aanlevering, en dus diversiteit in het proces kan leiden tot verschil in interpretatie, fouten in aanlevering en mogelijk onbetrouwbare gegevens.
- Zelfstandige behandelcentra leveren nauwelijks gegevens aan, deze gegevens worden niet meegenomen in het Excel bestand. Een analyse van de gegevens uit het Excel bestand geeft dus geen volledig overzicht van de toegankelijkheid van de Nederlandse zorgmarkt, omdat van een heel aantal instellingen de gegevens ontbreken.
- Bij Mediquest (het onderzoeksbureau dat de gegevens verzameld) is niet bekend dat zelfstandig behandelcentra ook hun gegevens aan moeten leveren. Hierdoor ontbreken veel wachttijdgegevens.
- Bij het berekenen van de gemiddelde wachttijden houdt de de NZa geen rekening met parameters als de grootte en type instelling, peilmoment van de registratie, en geografische locatie. De NZa berekent een ongewogen gemiddelde wachttijd. Deze parameters zijn echter wel van belang om een goed beeld te geven van de toegankelijkheid in een regio. De NZa heeft bewust gekozen om een ongewogen wachttijd te publiceren. Volgens de NZa is enkel de lengte van de wachttijd van belang. Als de wachttijd bij een andere instelling korter is kan de patiënt daar eerder terecht, de grootte van de instelling is hieraan ondergeschikt.

Naast bovenstaande factoren wordt bij het overnemen van de wachttijden van de diverse instellingen door Mediquest een aantal uitgangspunten gehanteerd. Deze uitgangspunten zorgen voor vertroebeling in de gegevens, die kan leiden tot verkeerde interpretatie van de gegevens:

- Als de wachttijd met een bandbreedte (bijvoorbeeld 4-6 weken) wordt benoemd, wordt het gemiddelde gehanteerd, en vervolgens afgerond naar boven.
- Als er geen update plaatsvindt worden de gegevens van de maand ervoor overgenomen.
- Het komt voor dat de verplicht te registreren wachttijd is opgedeeld in een aantal sub wachttijden, er wordt dan op basis van eigen interpretatie de meest logische wachttijd gekozen.
- Als er voor een specifieke wachttijd niks is ingevuld betekent dit dat voor de betreffende instelling in de betreffende maand geen wachttijd verzameld is. Een ziekenhuis heeft dit specialisme dan niet in huis, of behandelt deze aandoening

niet, of heeft geen wachttijd gepresenteerd hiervoor.

Bovengenoemde variaties in het interne en externe proces hebben effect op de betrouwbaarheid van de wachttijdregistratie. We hebben echter geen inzicht in effecten van deze variaties op de feitelijke wachttijden. Hierdoor kunnen we niet vaststellen of dit toevalsfouten zijn die in de verwerking tot de landelijke gemiddelden tegen elkaar wegvallen, of dat deze variaties er toe leiden dat de wachttijd systematisch te hoog of te laag wordt geschat.

## 4. Bruikbaarheid

De vraag of informatie bruikbaar is, is sterk afhankelijk van het doel (de doelen) van de gebruiker(s). Zo is een gemiddelde wachttijd voor een bepaald specialisme over peiljaar 2011 voor VWS mogelijk wel bruikbaar maar voor een specifieke patiënt mogelijk weer niet. Die patiënt heeft waarschijnlijk meer baat bij de actuele wachttijd voor enkele zorginstellingen in zijn directe woonomgeving.<sup>8</sup>

In dit hoofdstuk gaan we in op de bruikbaarheid van het wachttijdgegevens. Hierbij maken we onderscheid in de bruikbaarheid van de gegevens voor het ministerie van VWS en de overige gebruikers van de gegevens. Aan het eind van het hoofdstuk presenteren we een overzicht van alle partijen, met daarin het doel waarvoor de informatie gebruikt wordt en de bruikbaarheid van de gegevens.

### 4.1 Bruikbaarheid van de informatie voor het ministerie van VWS

Binnen het ministerie van VWS is een aantal partijen dat gebruik maakt van de informatie. Het gaat hierbij om de Directie Curatieve zorg, de Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt en het RIVM (in opdracht van het ministerie van VWS). Hieronder geven we per partij aan van welke informatie men gebruik maakt, waarvoor men deze informatie gebruikt en of de informatie bruikbaar is gezien de doeleinden.

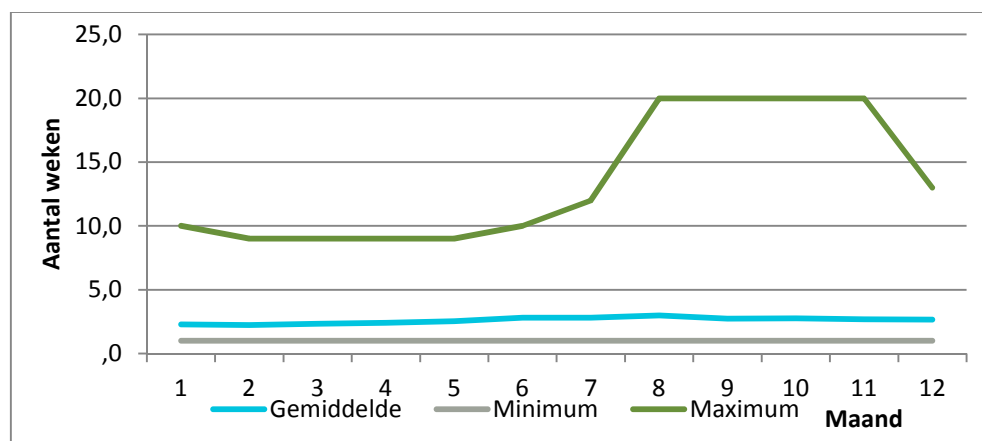
#### Directie Curatieve zorg

De directie Curatieve zorg ontvangt jaarlijks een rapportage (de Marktscan Medisch Specialistische zorg) van de NZa waarin de wachttijdgegevens worden gepresenteerd. In deze rapportage worden wachttijdgegevens gebruikt om de toegankelijkheid van zorg weer te geven. Hiervoor wordt de gemiddelde wachttijd over alle instellingen vergeleken met de Treeknorm. Als dit gemiddelde binnen de Treeknorm valt, wordt er gesproken over een goede toegankelijkheid. Hierbij wordt echter geen rekening gehouden met regionale verschillen of spreiding in de wachttijd tussen instellingen.

Ter illustratie hebben we in figuur 7 de gemiddelde wachttijd, de minimale en maximale wachttijd per maand aangegeven voor de wachttijd polikliniek cardiologie in 2011.

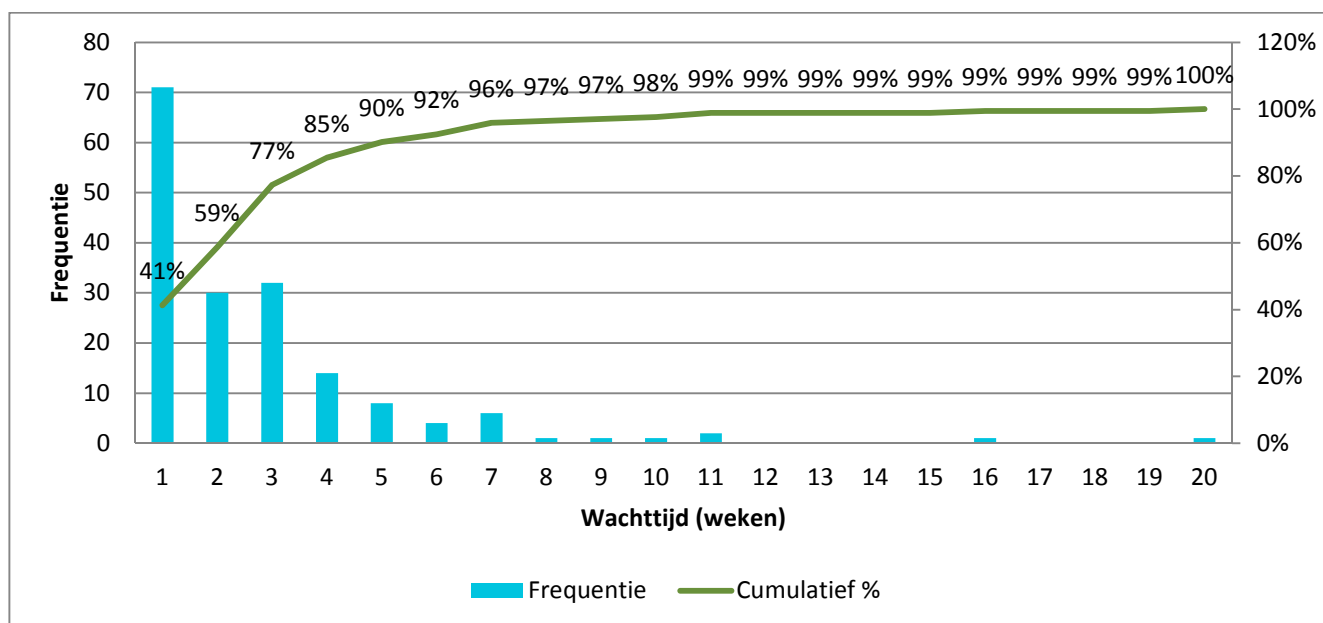
---

<sup>8</sup> De regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg is primair bedoeld om consumenten/patiënten te informeren. De regeling is ingesteld op grond van artikel 38 lid 4 juncto 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg.



Figuur 7: minimum, gemiddelde en maximum wachttijd per maand voor de polikliniek cardiologie in 2011 (Bron: Mediquest).

In deze grafiek is te zien dat de gemiddelde wachttijd nauwelijks fluctueert, altijd onder of gelijk aan de Treeknorm blijft. De spreiding in wachttijd tussen de instellingen is groot, wat ook invloed kan hebben op de regionale toegankelijkheid van zorg. In figuur 8 geven de spreiding in wachttijd weer, voor de poliklinische wachttijd cardiologie in oktober 2011. In deze figuur is te zien dat in 77% van de zorginstellingen de wachttijd 3 weken of lager is. Daarnaast zijn er een aantal (4) uitschieters waar de wachttijd 10 weken of hoger is. De gemiddelde wachttijd in oktober ligt op 3 weken.



Figuur 8: spreiding wachttijd in oktober voor de polikliniek cardiologie in 2011 (Bron: Mediquest).

De wachttijden zoals weergegeven in de Marktscan Medisch Specialistische zorg) van de NZa zijn in de huidige vorm bruikbaar om een beeld te geven van de toegankelijkheid van zorg op landelijk niveau. Voor het bepalen van regionale verschillen of afwijkingen van de Treeknorm zal de analyse van de gegevens op een



andere manier uitgevoerd moeten worden. De basisregistraties van de instellingen kunnen hiervoor wel worden gebruikt.

#### Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA)

Binnen de directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt worden wachttijdgegevens niet in het primaire proces gebruikt. Men wil wachttijdgegevens (samen met een aantal aanvullende gegevens zoals productiecijfers) gebruiken om substitutieeffecten van zorg te berekenen.

Daarnaast zoekt men intensievere samenwerking met de NZa om een integraal beeld van ziekenhuizen te bewerkstelligen. Kwaliteit, financiën en wachttijden worden dan samen gebruikt om ziekenhuizen te 'scoren'. Bijvoorbeeld, schommelende financiën en lange wachttijden zullen op den duur leiden tot afname van kwaliteit.

Een meer integrale benadering zal eerder "minder goede" ziekenhuizen signaleren. Deze informatie - het gaat hierbij om jaar- of kwartaalcijfers - is op dit moment niet uit de wachttijdgegevens te halen. De wachttijdinformatie in de huidige vorm is niet bruikbaar.

#### Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)

Het ministerie van VWS is een van de opdrachtgevers van het RIVM. Binnen het RIVM zijn er twee organisatieonderdelen die gebruik maken van de wachttijdgegevens, kiesbeter en zorgatlas. KiesBeter.nl is een website over zorg en kwaliteit. Zorgatlas.nl (De Nationale atlas volksgezondheid) geeft een geografisch beeld van zorg en gezondheid in Nederland.

Kiesbeter.nl krijgt maandelijks een bestand (Excel of .xml) aangeleverd door Mediquest. Dit bestand is een totaal bestand met daarin de actuele wachttijden op instellings-, locatie- en specialismeniveau. Dit bestand wordt verwerkt voor het plaatsen op de website. Men gaat er vanuit dat Mediquest voldoende controle uitvoert. Een belangrijke eis is dat de gegevens op kiesbeter.nl overeen moeten komen met de gegevens op de websites van de individuele ziekenhuizen.

De gegevens worden door Kiesbeter.nl doorgestuurd naar Zorgatlas.nl. De site presenteert ook andere kwaliteitsinformatie (op ziekenhuisniveau). Verder zijn er op de site ook links te vinden naar andere keuzetools (zoals o.a. De monitor borstkankerzorg) die gebruik maken van wachttijdinformatie.

Er wordt geen analyse op deze gegevens uitgevoerd. Voor Zorgbalans<sup>9</sup> (verschijnt 1x per 4 jaar) worden wel analyses uitgevoerd. De gemiddelde wachttijd wordt bepaald (=gemiddelde per ziekenhuis) en het totaal gemiddelde over alle ziekenhuizen gezamenlijk. Daarnaast wordt het aantal ziekenhuizen dat boven de treeknorm uitkomt berekend. Als bij een ziekenhuis één van de geregistreerde wachttijden boven de treeknorm uitkomt, geldt dit als een ziekenhuis boven de treeknorm.

Er wordt door kiesbeter en zorgatlas geen onderzoek gedaan naar de gebruikerservaringen met deze gegevens en naar het doel van het gebruik van deze gegevens. De ervaring is dat de gegevens completer worden, maar door het

---

<sup>9</sup> <http://www.gezondheidszorgbalans.nl/>

ontbreken van gebruikerservaringen kunnen we niet aangeven of de gegevens in de huidige vorm bruikbaar zijn.

#### 4.2 Bruikbaarheid van de informatie voor overige gebruikers

Hieronder geven we per partij aan van welke informatie men gebruik maakt, waarvoor men deze informatie gebruikt en de ervaringen met het gebruik van de informatie.

##### Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De Nederlandse Zorgautoriteit ontvangt een bestand met gegevens van Mediquest. Dit bestand bevat alle gegevens over de wachttijden voor het betreffende jaar, op instellings(locatie)-, specialisme- behandeling- en onderzoeksniveau.

De gegevens worden gebruikt in de Marktscan Medisch Specialistische Zorg<sup>10</sup>.

Deze rapportage geeft de huidige stand van zaken op deze markt weer.

Voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn marktscans een middel om zorgmarkten te maken (reguleren) en bewaken (toezicht).

In deze rapportage worden de wachttijdgegevens gebruikt om de toegankelijkheid van zorg weer te geven. In de rapportage worden de gemiddelde wachttijden per type wachttijd gepresenteerd voor de afgelopen vier jaar. Als norm voor het bepalen van de toegankelijkheid wordt de Treeknorm gehanteerd.

De NZa geeft aan ervan uit te gaan dat de gegevens van Mediquest betrouwbaar zijn. Er vindt echter geen controle plaats. De gegevens in deze vorm zijn bruikbaar voor het weergeven van de toegankelijkheid van zorg op landelijk niveau wanneer de huidige definitie wordt gehanteerd. Voor het bepalen van regionale verschillen of afwijkingen van de Treeknorm zal de analyse van de gegevens op een andere manier uitgevoerd moeten worden. De basisregistraties van de instellingen kunnen hiervoor wel gebruikt worden.

##### Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars gebruiken wachttijdgegevens voor twee doeleinden: inkoop medisch specialistische zorg en zorgbemiddeling.

Wachttijdgegevens spelen niet of nauwelijks een rol bij de contractering van ziekenhuiszorg. In de overeenkomsten wordt hierover een paragraaf of clausule opgenomen. Zorgverzekeraars spreken graag over een resultaatsverplichting, terwijl ziekenhuizen de term inspanningsverplichting hanteren. Over het algemeen wordt de treeknorm gehanteerd. De wachttijdinformatie volgens de huidige definitie en op het niveau van de instelling is bruikbaar om te bepalen of de zorg in de desbetreffende zorginstelling toegankelijk is.

Er is een aantal zorgverzekeraars dat aanvullende afspraken maakt voor een aantal diagnoses en behandelingen. Een voorbeeld hiervan is het Topzorg Predikaat van Menzis. Het Topzorg-programma bestaat uit een reeks behandelingen van veel voorkomende aandoeningen, waarvoor Menzis aanvullende afspraken met ziekenhuizen heeft gemaakt. Bijvoorbeeld, een patiënt met staar moet in minimaal

<sup>10</sup> [http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan\\_Medisch\\_specialistische\\_zorg\\_2012.pdf](http://www.nza.nl/104107/105773/475605/Marktscan_Medisch_specialistische_zorg_2012.pdf)

95% van de gevallen binnen drie weken na aanmelding op de polikliniek door de oogarts zijn gezien.

Naast het gebruik voor het contracteren gebruiken zorgverzekeraars wachttijdgegevens voor zorgbemiddeling. Voor zorgbemiddeling wordt op verzoek van de patiënt contact opgenomen met diverse ziekenhuizen om recente informatie over beschikbare plaatsen voor consulten en behandelingen op te vragen. De gepubliceerde wachttijdinformatie is niet actueel en specifiek genoeg. Tevens is de definitie zoals deze nu gehanteerd wordt (de derde beschikbare plek) niet bruikbaar. De afdeling zorgbemiddeling is op zoek naar de eerste beschikbare mogelijkheid en vergelijkt deze onder een aantal instellingen. Medewerkers van de afdeling zorgbemiddeling houden soms hun eigen overzicht met actuele wachttijden bij.

#### Patiënten verenigingen

Door de NPCF worden op dit moment geen wachttijdgegevens van Mediquest gebruikt. Men wil deze wachttijden graag toevoegen aan de keuzetools die aan patiënten worden aangeboden.

Omdat men de wachttijdinformatie niet kosteloos ontvangt, presenteert men deze informatie (nog) niet. De NPCF geeft aan dat de wachttijdgegevens bruikbaar zijn. Men geeft een indicatie voor de wachttijd voor “de gemiddelde patient”. Individuele patiëntenverenigingen maken wel gebruik van wachttijdinformatie, maar niet direct van de gegevens van de sites.

Samen met andere indicatoren geeft men keuze (en achtergrond) informatie aan de patient. Tevens vraagt men bij de ziekenhuizen aanvullende gegevens op. Bijvoorbeeld over het percentage patienten waarbij benodigde onderzoeken op één dag wordt uitgevoerd of de gemiddelde doorlooptijd van het traject. Het gaat hierbij om specifieke keuzeinformatie, gerelateerd aan het behandelproces. De individuele patiëntenverenigingen geven aan dat de wachttijdgegevens minder relevant worden. Het detailniveau is onvoldoende, en daarbij is de wachttijd niet bepalend voor de keuze van de patient.

#### Huisartsen

Huisartsen kunnen via Zorgdomein beschikken over actuele wachttijden per specialisme. Hiertoe dienen huisartsen een contract af te sluiten met Zorgdomein. Dit geldt ook voor de zorginstellingen.

Door het afsluiten van een contract worden wachttijdgegevens van ziekenhuizen gepresenteerd in het digitale verwijssysteem van huisartsen. Op het moment dat een huisarts een patient wil doorverwijzen krijgt hij een overzicht te zien met de wachttijd voor de aangesloten ziekenhuizen. Deze informatie kan door de huisarts worden gebruikt bij het verwijzen van de patient naar een zorginstelling.

#### Capaciteitsorgaan

Het capaciteitsorgaan<sup>11</sup> (gesubsidieerd door VWS) gebruikt de informatie bij het opstellen van capaciteitsplannen voor medisch specialisten. De informatie hiervoor ontvangt men van Mediquest. In deze plannen wordt aandacht besteed aan de wachttijden, maar dit zijn aandachtspunten om de zorgvraag te duiden. De wachttijden zijn hierin niet de belangrijkste gegevens.

<sup>11</sup> <http://www.capaciteitsorgaan.nl/Home/tabid/40/language/nl-NL/Default.aspx>

### Overzicht

In tabel 3 geven we een totaaloverzicht van de gebruikers van de wachttijdinformatie.

Hierbij geven we aan wat het doel is waarvoor de informatie gebruikt wordt, en of deze informatie bruikbaar is gezien de doeleinden.

Partij	Doel informatie	Bruikbaarheid
VWS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleidsinformatie over toegankelijkheid zorg in Nederland</li> <li>• Algemene keuze informatie voor consumenten</li> </ul>	<p>Ja</p> <p>Deels</p>
NZa	Rapporteren over toegankelijkheid zorg in Nederland	Ja
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contractering van zorg</li> <li>• Zorgbemiddeling</li> </ul>	<p>Ja</p> <p>Nee</p>
Patiëntenverenigingen	Keuze informatie voor consumenten	Deels
Huisartsen	Verwijsinformatie en keuze informatie voor patiënten	Ja
Capaciteitsorgaan	Duiden zorgvraag in Nederland	Ja

Tabel 3: Overzicht van gebruikers en bruikbaarheid

## 5. Marktontwikkelingen

In het Regeerakkoord is voor het stelsel van curatieve zorg een aantal maatregelen benoemd. Daarnaast is er een aantal andere recente, relevante marktontwikkelingen dat mogelijk invloed heeft op de wachttijden. In dit hoofdstuk geven we in hoofdlijnen deze relevante marktontwikkelingen weer. Daarbij gaan we in op mogelijke effecten van de ontwikkelingen op de feitelijke wachttijden.

### 5.1 Relevante marktontwikkelingen

Om zicht te krijgen op de invloed van bovengenoemde ontwikkelingen hebben we een aanvullende interviewronde gehouden onder zorginstellingen en zorgverzekeraars. Uit deze interviews is een aantal punten naar voren gekomen, waaruit de invloed van deze ontwikkelingen op de wachttijden blijkt. We zien de volgende relevante ontwikkelingen:

- Invoering van DOT
- Inkoop medisch specialistische zorg
  - beperking kostenstijging
  - prestatiebekostiging

Hieronder geven we een beschrijving van deze ontwikkelingen, met daarbij de mogelijke invloed op de wachttijden.

#### Invoering van DOT

Stabiele en herkenbare zorgproducten zijn essentieel als ziekenhuizen met verzekeraars onderhandelen over prijs, kwaliteit en volume van de zorg. Hiervoor is in 2012 het nieuwe declaratiesysteem voor ziekenhuizen, DOT, ingevoerd. DOT is het traject om te komen tot een verbeterd declaratiesysteem voor ziekenhuizen. De declareerbare prestaties worden uitgedrukt in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten, waarmee er een vereenvoudiging van het DBC-systeem wordt gerealiseerd. De ruim 30.000 DBC's zijn vervangen door 4.400 DBC-zorgproducten.

Een DBC-zorgproduct omvat het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. De basisregistratie DOT omvat de registratie van gegevenselementen die de geleverde prestatie typeren en vastgelegd conform de DOT-registratieregels. De belangrijkste elementen hieruit zijn: het zorg- en subtraject, begin en einddatum, de verwijzend zorgverlener bij het zorgtraject, de zorgactiviteiten, de typerende diagnose en het specialisme dat (eind)verantwoordelijk is voor de geleverde prestatie.

Door de invoering van DOT vindt verantwoording en financiering niet meer plaats op basis van FB (functiegerichte budgettering ) parameters zoals aantal eerste polikliniekbezoeken of aantal verpleegdagen, maar op DOT-zorgproducten.

#### *Invloed op wachttijden*

- Door de invoering van DOT zal het niveau van wachttijdregistratie mogelijk veranderen, evenals het niveau van financiering en verantwoording van zorginstellingen (door de overgang van 30.000 DBC's naar 4400 DBC - zorgproducten).

- Door de invoering van DOT is er minder snel zicht in het bereiken van het budgetplafond. Hierdoor zal het bereiken van het budgetplafond niet direct effect hebben op de feitelijke wachttijden.

#### Inkoop medische specialistische zorg

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van medisch specialistische zorg bij zorginstellingen. Hiervoor maken zij jaarlijks contractafspraken over het aantal afspraken en behandelingen en het te hanteren tarief. Bij het maken van deze afspraken speelt de toegankelijkheid (wachttijd) van zorg een rol.

#### Invloed op wachttijden

- Zorgverzekeraars spreken in contactafspraken over ‘zorgen voor’ terwijl ziekenhuizen het zien als ‘streven naar’. Het is een inspanningsverplichting, maar de ziekenhuizen willen er onder bepaalde voorwaarde van af kunnen wijken. De wachttijd is nooit een breekpunt tijdens de onderhandelingen.
- Er worden door een aantal zorgverzekeraars aparte afspraken gemaakt voor bepaalde behandelingen of diagnoses (zoals het Menzis Topzorgprogramma). Om dit predicaat te krijgen moeten ziekenhuizen aan een aantal eisen voldoen, waaronder een bepaalde wachttijd. Ziekenhuizen geven aan dat het intern niet mogelijk is om voor deze afspraken aparte plekken in de agenda te reserveren, maar dat ze er voor zorgen dat voor elke patiënt de wachttijd laag is. De lengte van de wachttijd is wel afhankelijk van de medische urgentie, niet van de verzekeraar.
- Zelfstandige behandelcentra geven aan dat in de agenda plekken vrij gehouden worden voor zorgbemiddeling of per type verzekeraar. Hierdoor kan de lengte van de wachttijd variëren per verzekeraar.
- Er is geen systematische controle op de naleving van de afspraken, dit loopt alleen via de afdeling zorgbemiddeling, en vaak alleen als patiënten klachten hebben over de lengte van de wachttijden.

Een aantal ontwikkelingen zorgt ervoor dat de afspraken tussen zorgverzekeraar en zorginstellingen inhoudelijk zijn gewijzigd. Hieronder geven we in het kort deze ontwikkelingen weer, daarna beschrijven we de mogelijke effecten van deze ontwikkelingen op de wachttijden.

#### Beperking volumegroei

De afgelopen jaren zijn de zorgkosten fors gestegen. Hiervoor worden een aantal oorzaken genoemd<sup>12</sup>:

- Steeds meer en steeds betere zorg. Door de toenemende mogelijkheden van de gezondheidszorg leven we langer en worden we gezonder, maar stijgen de kosten ook.
- Grotere vraag naar zorg. Burgers vragen steeds meer van de gezondheidszorg en van zorgverleners. Voor deze extra zorg en extra kwaliteit betalen we ook.
- Vergrijzing. Ook de vergrijzing zorgt ervoor dat we meer zorg gebruiken.

Met de sectoren van medisch specialisten/medisch specialistische instellingen, de GGZ en de huisartsen worden voor de periode 2015-2017 nieuwe

---

<sup>12</sup> <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/betaalbaarheid-van-de-zorg/de-zorg-hoeveel-extra-is-het-ons-waard>

hoofdlijnenakkoorden gesloten met daarin afspraken over het beperken van de jaarlijkse volumegroei tot 2,5% (ruim boven de demografische groei van 1,1%).

#### **Prestatiebekostiging**

Zorgverzekeraars onderhandelen met ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) over nieuwe contracten voor de inkoop van zorg. Vanaf 2012 vindt de bekostiging plaats via prestatiebekostiging. Dit houdt in dat zorginstellingen voor elke geleverde zorgprestatie apart betaald krijgen, in plaats van dat men per jaar één vast budget heeft voor het leveren van zorg. Het inkomen van de zorgaanbieder is bij prestatiebekostiging gelijk aan de prijs per (zorg)prestatie en het aantal keer (volume) dat hij deze prestatie leverde.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen naast kwaliteit over volumes en prijzen. De prijzen die tot stand komen zijn integraal. Dit betekent dat ook de vergoeding voor medisch specialisten en kapitaallasten in de prijsonderhandelingen worden meegenomen.

#### *Invloed op wachttijden*

- Ziekenhuizen hebben een doorleverplicht, dit houdt in dat wanneer het budgetplafond voor een bepaalde ingreep of behandeling is bereikt, ze verplicht zijn om patiënten van de desbetreffende zorgverzekeraar zorg te bieden. Een mogelijke invloed hiervan is dat de zorglevering mogelijk getemperd wordt, wat ertoe kan leiden dat de wachttijd oploopt.
- Afspraken met zorgverzekeraars, en zeker het bereiken van het budgetplafond gaat in de toekomst een steeds grotere rol spelen bij de zorglevering. Dit heeft uiteindelijk ook invloed op de wachttijd. Als het budgetplafond is bereikt kan een zorginstelling besluiten om patiënten van deze verzekeraar minder snel zorg te bieden of terug te verwijzen naar de zorgverzekeraar.
- In de telefonische interviews met zorginstellingen is door enkele, kleinere instellingen aangegeven dat ze ervoor waken dat de met zorgverzekeraars afgesproken budgetplafonds overschreden worden. Indien dit dreigt te gebeuren wordt dit gemeld aan de patiënt, en wordt deze terugverwezen naar het ziekenhuis of zorgverzekeraar. Dit gebeurt ook in het geval de zorg niet vergoed wordt. De keus wordt bij de patiënt gelegd, maar kan dus wel (negatief) effect hebben op de wachttijden.
- Zorgverzekeraars geven aan dat ze bewust lagere productieafspraken maken met ziekenhuizen als is aangetoond dat de kwaliteit lager is. Ze verwachten dat hierdoor de wachttijd oploopt (door het bereiken van het budgetplafond, en het terugsturen van de patiënt naar de verzekeraar). Op deze manier worden patiënten bewust naar andere zorginstellingen “gestuurd”, en wordt er dus bewust en langere wachttijd gecreëerd.

## 6. Conclusies en aanbevelingen

In het onderzoek stonden de volgende drie hoofdvragen centraal:

- Is de informatie die VWS krijgt over wachttijden voor zorg krachtens de Zorgverzekeringswet betrouwbaar en bruikbaar?
- Is versnelling van de/deze informatie aan VWS mogelijk?
- In hoeverre hebben recente marktontwikkelingen invloed op de feitelijke wachttijden?

We vatten de resultaten op deze onderdelen samen en sluiten elke paragraaf af met enkele aanbevelingen.

### 6.1 Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid hebben we als volgt geoperationaliseerd:

- In hoeverre zijn de processen waarop de wachttijdinformatie binnen de verschillende zorginstellingen tot stand komt, gebaseerd op de gestelde eisen in de ‘Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg’
- In hoeverre is er sprake van een verschil in interpretatie/operationalisering van de regeling (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid):
  - tussen de verschillende zorginstellingen?
  - tussen verschillende afdelingen binnen de zorginstellingen?

Voor een juiste duiding van de onderzoeksresultaten melden wij hier nogmaals dat we niet hebben gekeken naar de validiteit van de wachttijdinformatie, dus naar de vraag of de gepubliceerde wachttijd een goed beeld geeft van de werkelijke wachttijd. De focus van het onderzoek is de vraag of er verschillen zijn tussen en binnen zorginstellingen in de manier waarop de regeling wordt uitgevoerd.

Het onderzoek laat zien dat:

- Binnen en tussen de zorginstellingen veel variatie is in het proces van wachttijdregistratie.
- Dat zorginstellingen op diverse punten afwijken van de definities en uitgangspunten uit de regeling.
- De redenen voor afwijking deels te maken hebben met de problemen die zorginstellingen hebben om de regeling exact toe te passen. Men zoekt dan naar een zo goed mogelijke toepassing van de regeling. Dit speelt bijvoorbeeld bij het bepalen van de wachttijden voor behandeling.

Er wordt dus op diverse punten afgeweken van de eisen in de ‘Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg’. De afwijkingen verschillen tussen en binnen zorginstellingen. We constateren dus variatie rondom de toepassing van de regeling.

Op grond van dit onderzoek kunnen we niet vaststellen of deze variaties toevalsfouten zijn die in de verwerking tot de landelijke gemiddelden tegen elkaar wegvallen, of dat deze variaties er toe leiden dat de wachttijd systematisch te hoog of te laag wordt geschat.



### *Aanbevelingen*

Op grond van het bovenstaande zien we twee beleidsopties:

- Het is mogelijk om de geconstateerde variatie toe te staan.
- De regeling kan worden aangepast met als doel de variatie te beperken.

Wanneer voor de eerste optie wordt gekozen bevelen wij aan om aanvullend onderzoek te doen naar het ‘netto effect’ van de toevalsfouten. Dat kan door bij alle zorginstellingen te inventariseren op welke manier er wordt afgeweken. Op die manier ontstaat inzicht in de mate waarin de variaties tegen elkaar wegvallen of elkaar versterken en dus in hoeverre de wachttijd een vertekend beeld laat zien.

Wanneer er wordt gekozen voor het aanpassen van de regeling, dan stellen we om naar de volgende aspecten te kijken:

- *Bepalen hoe om te gaan met subspecialismen en differentiatie van onderzoeken.* Binnen de instellingen bestaat veel variatie, met name bij de registratie van wachttijd polikliniek en diagnostiek over het betrekken van specialistische spreekuren en/of onderzoeken. De regeling moet duidelijkheid geven over hoe men daarmee om moet gaan voor de bepaling van de 3<sup>e</sup> beschikbare plaats in de agenda.
- *Aanpassen definitie voor wachttijd behandeling.* Alle instellingen geven aan dat het niet mogelijk is om volgens de huidige definitie de wachttijd voor behandeling te registreren. Daarbij kan tevens worden gekeken naar de lijst met behandelingen waarvoor de wachttijd nu geregistreerd moet worden. Instellingen geven aan dat deze lijst achterhaald is.
- *Betrekken van wachttijd diagnostiek, interne verwijzing.* De wachttijd diagnostiek is gericht op de wachttijd voor patiënten van buiten de instellingen. Instellingen geven aan dat het niet altijd mogelijk is om een interne of een externe verwijzing te scheiden.

Voor het verbeteren van het externe proces van verzamelen en analyseren van de gegevens stellen we voor om na te gaan of er met een standaardformat kan worden gewerkt. De gegevens die worden geregistreerd worden nu op verschillende manieren ontvangen of verzameld. Om fouten te voorkomen is het mogelijk dat zorginstellingen maandelijks via een vast/standaardformat gegevens registreren of aanleveren. Dit zorgt voor uniformiteit in het proces, wat uiteindelijk fouten voorkomt. Ook maakt dit het handmatig overnemen van gegevens, wat maandelijks veel tijd kost, overbodig.

Actieve aanlevering van de wachttijden heeft als keerzijde dat het de administratieve lasten voor de zorginstellingen vergroot. Die administratieve lasten waren één van de redenen waarom eind 2008 de actieve aanlevering van een gegevensbestand aan het DBC-informatiesysteem is afgeschaft. Het registreren in een standaardformat hoeft niet tot extra administratieve lasten te leiden.

### **6.2 Bruikbaarheid**

De vraag of de wachttijdinformatie bruikbaar is, is sterk afhankelijk van het doel (de doelen) van de gebruiker(s). We hebben onderzocht in welke mate de informatie bruikbaar is voor VWS, vanuit de verantwoordelijkheid van VWS voor de

toegankelijkheid van de zorg. Bij de andere gebruikers (zoals zorgverzekeraars, huisartsen en patiënten) zijn alleen (de ervaringen over) het gebruik geïnventariseerd.

In tabel 4 geven we een overzicht van de gebruikers van de informatie, het doel en de bruikbaarheid van deze informatie.

Partij	Doel informatie	Bruikbaarheid
VWS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beleidsinformatie over toegankelijkheid zorg in Nederland</li> <li>• Algemene keuze informatie voor consumenten</li> </ul>	Ja Deels
NZa	Rapporteren over toegankelijkheid zorg in Nederland	Ja
Zorgverzekeraars	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contractering van zorg</li> <li>• Zorgbemiddeling</li> </ul>	Ja Nee
Patiëntenverenigingen	Keuze informatie voor consumenten	Deels
Huisartsen	Verwijsinformatie en keuze informatie voor patiënten	Ja
Capaciteitsorgaan	Duiden zorgvraag in Nederland	Ja

Tabel 4: Overzicht van gebruikers en bruikbaarheid

Uit deze tabel wordt duidelijk dat het oordeel over de bruikbaarheid samenhangt met het doel waarvoor de informatie wordt gebruikt. Om globaal zicht te krijgen op de toegankelijkheid van zorg in Nederland, of voor het duiden van de zorgvraag is de huidige vorm van wachttijdinformatie bruikbaar.

Op het niveau van de individuele patiënt is de informatie echter minder bruikbaar. Voor patiënten is de wachttijd slechts één van de redenen om voor een bepaalde instelling te kiezen. Volgens de patiëntenverenigingen speelt kwaliteitsinformatie en andere procesinformatie (zoals alle onderzoeken op 1 dag afhandelen) een meer doorslaggevende rol. Verder geeft de gepubliceerde wachttijd slechts een indicatie van de verwachte wachttijd.

#### Aanbevelingen

Wanneer we naar de bruikbaarheid kijken, kunnen we constateren dat met de huidige regeling twee belangrijke doelen worden nagestreefd: het genereren van beleidsinformatie over de toegankelijkheid en het bieden van keuze informatie voor consumenten/patiënten.

Voor het genereren van beleidsinformatie werkt de huidige regeling prima, maar zou wellicht ook een meer eenvoudige procedure volstaan. Voor het bieden van keuze informatie voor patiënten zouden enkele aanpassingen (zoals genoemd in de vorige paragraaf) welkom zijn.

We bevelen daarom aan om met de verschillende belanghebbenden een besluit te nemen over het primaire doel van de wachttijdregistratie en vervolgens daar de regeling op toe te snijden.

### 6.3 Frequentie van informatievoorziening

Op dit moment worden de wachttijden door het merendeel van de zorginstellingen maandelijks geactualiseerd. Volgens een enkele instelling is dit niet frequent genoeg.

De NZa rapporteert jaarlijks over de wachttijden. In die rapportage wordt gewerkt met gemiddelde wachttijden per jaar. Binnen de huidige werkwijze is het mogelijk om VWS meer frequent te informeren over de wachttijden.

VWS zou ook zelf maandelijks de gegevens van Mediquest kunnen ontvangen, maar gebruikt voor de monitoring vooralsnog alleen de jaarlijkse Marktscan van de NZa. Op dit moment vindt VWS het niet noodzakelijk om frequenter door de NZa te worden geïnformeerd.

#### *Aanbeveling*

Met de gegevens van Mediquest hebben we voor meerdere specialismen (wachttijden) onderzocht of de wachttijden per maand fluctueren. In figuur 7 is te zien dat de gemiddelde wachttijd over alle instellingen voor het specialisme cardiologie per maand nauwelijks fluctueert. Een versnelling van de informatievoorziening biedt, op basis van deze beperkte analyse, weinig nieuwe informatie.

### 6.4 Invloed recente, relevante marktontwikkelingen

Zorginstellingen hebben enerzijds te maken met prestatiebekostiging met een budgetplafond en anderzijds met een doorleverplicht. Bij het bereiken van het budgetplafond voor een bepaalde ingreep of behandeling, zeggen sommige zorginstellingen maatregelen te zullen gaan nemen om de niet gehonoreerde overproductie te beperken. Sommige zorginstellingen sturen patiënten dan terug naar hun zorgverzekeraar. Andere stellen de afspraak of behandeling uit naar het volgende jaar<sup>13</sup>. Beide maatregelen leiden tot het oplopen van de wachttijden bij de betreffende instellingen, we hebben geen zicht op het effect hiervan de toegankelijkheid op regionaal en landelijk niveau.

#### *Aanbevelingen*

##### *Monitoren wachttijd*

Omdat er op dit moment sprake is van een overgangsjaar<sup>14</sup> is het zaak om te monitoren wat mogelijke effecten van de ontwikkelingen op de wachttijden zijn.

---

<sup>13</sup> Dit geldt enkel voor electieve, niet medisch, urgente ingrepen

<sup>14</sup> Ziekenhuizen kunnen in 2012 en 2013 compensatie krijgen voor de negatieve gevolgen van de overgang naar prestatiebekostiging. Ziekenhuizen die op basis van een budget meer omzet zouden behalen dan onder prestatiebekostiging, krijgen dit jaar 95 procent van de inkomsten uit het budget gegarandeerd. In 2013 geldt die garantie nog voor 70 procent van de inkomsten.

## Bijlage 1. Regeling wachttijden

### NADERE REGEL CI/NR-100.084

#### Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg



Gelet op artikel 38 lid 4 juncto 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vast.

Kenmerk  
CI/NR-100.084  
0800040547

#### Artikel 1. Algemeen

Deze regeling is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en wordt geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg<sup>1</sup>.

Uitgezonderd van deze regeling zijn:

Zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden te onderscheiden naar categorieën van specialismen overeenkomstig het onderscheid zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zoals dat register luidt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving door de Nederlandse Zorgautoriteit voor het desbetreffende specialisme

en

zorgaanbieders die geneeskundige zorg aanbieders zoals psychiaters of psychotherapeuten die bieden.

#### Artikel 2. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

##### 2.1 Wachttijd polikliniek

Het aantal weken tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan. Hierbij wordt gekozen voor de 3<sup>e</sup> mogelijkheid in het afsprakenregister in de actuele situatie.

##### 2.2 Wachttijd behandeling

Het aantal weken tussen het moment dat de patiënt de indicatie voor een operatie krijgt van de behandelend arts, tot het moment van opname of operatie. Hierbij wordt gekozen voor de 3<sup>e</sup> mogelijkheid in het afsprakenregister in de actuele situatie. Wanneer meerdere varianten van een behandeling bestaan, wordt de wachttijd opgegeven voor de meest voorkomende behandeling.

##### 2.3 Wachttijd diagnostiek

Het aantal weken tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling een afspraak maakt voor gebruik van een diagnostische techniek tot het moment van toepassing van de diagnostiek. Hierbij wordt gekozen voor de 3<sup>e</sup> mogelijkheid in het afsprakenregister in de actuele situatie.

<sup>1</sup> Voorheen: ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, zelfstandig behandelcentrum.

#### 2.4 Vestigingslocatie

Locatie waar medisch specialistische zorg of diensten geleverd worden

Kenmerk  
CI/NR-100.084

#### 2.5 Actuele situatie

Ruimte voor het maken van afspraken in het afsprakenregister aan het begin van de maand waarvoor voor de wachttijden gepubliceerd worden.

Pagina  
2 van 7

#### 2.6 Retrospectieve wachttijden

De gemiddelde effectieve wachttijd van de laatste drie maanden.

### Artikel 3. Doel

Deze regeling heeft tot doel wachttijden voor electieve medisch specialistisch zorg op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar beschikbaar te maken voor consumenten.

### Artikel 4. Verplichting

#### 4.1 Afronding wachttijd naar hele weken

Voor publicatie van de wachttijden worden deze omgerekend naar hele weken door naar boven af te ronden.

#### 4.2 Informatie openbaar maken

Een zorgaanbieder zoals bedoeld in artikel 1 van deze regeling dient voor elke vestigingslocatie de volgende informatie te publiceren op haar website

1. lijst met wachttijden (uitgedrukt in weken) voor polikliniek, behandeling en diagnostiek, op basis van de lijst opgenomen in bijlage 1;
2. melding of deze wachttijden actueel of retrospectief zijn gebruik te maken van de zin:  
[actuele / driemaandelijks gemiddelde] wachttijden per [datum actualisatie]
3. de datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden.

#### 4.3 Aggregatieniveau wachttijd polikliniek

Het publiceren van wachttijd polikliniek is verplicht voor alle specialismen (genummerde lijst in bijlage 1) wanneer deze als polikliniek operationeel is. Zorgaanbieders die poliklinieken georganiseerd hebben rond subspecialismen (aangegeven met een letter in bijlage 1) kunnen wachttijden publiceren voor deze subspecialismen. Mocht er geen wachttijd per specialisme (aangegeven met een cijfer in bijlage 1) meetbaar zijn, dan geldt de laagste<sup>2</sup> wachttijd van de subspecialismen onder dit specialisme.

#### 4.4 Frequentie publicatie

De gegevens op de website moeten minimaal 1 keer per maand worden geactualiseerd tussen de 1<sup>e</sup> en de 10<sup>e</sup> dag van de maand.

<sup>2</sup> Het is niet de bedoeling dat de wachttijd van het algemene specialisme bepaald worden als de gemiddelde wachttijd van de aangeboden subspecialismen.

Nederlandse Zorgautoriteit

**4.5 Alternatief medium**

- a. De wachttijdinformatie zoals opgenomen in artikel 4.2 wordt aan mensen die geen toegang hebben tot internet ook direct op verzoek mondeling of schriftelijk verstrekt.
- b. Wanneer de zorgaanbieder geen website heeft, wordt de wachttijdinformatie zoals opgenomen in artikel 4. op verzoek van eenieder direct mondeling of schriftelijk verstrekt, in een vorm die aansluit bij de behoefte van de verzoekende partij.

Kenmerk  
CI/NR-100.084

Pagina  
3 van 7

**4.6 Actuele wachttijden**

Per 1 juli 2009 is het niet meer toegestaan retrospectieve wachttijden op te geven en moeten alle gepubliceerde wachttijden actueel zijn.

**Artikel 5. Slotbepaling**

De regeling kan worden aangehaald als 'Regeling publicatie wachttijden somatische zorg'.

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij is geplaatst.

Namens De Raad van Bestuur van de  
Nederlandse Zorgautoriteit

08000405470800040547

mw. drs. C.C. van Beek MCM  
portefeuillehouder Zorgmarkten Cure

mr. F.H.G. de Grave  
voorzitter

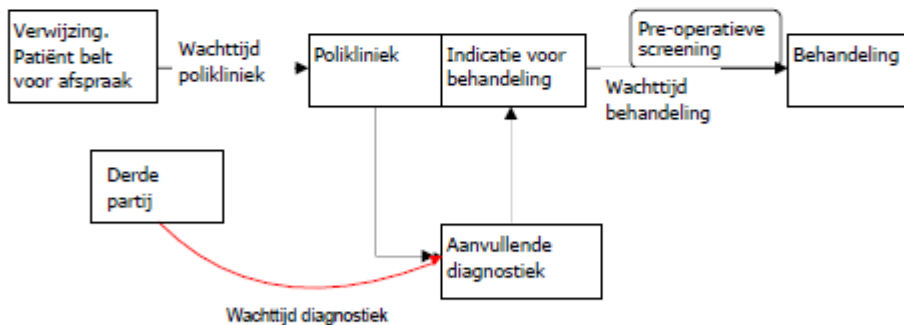
## Toelichting

Wachttijdinformatie is van belang voor de keuze tussen zorgaanbieders die patiënten kunnen maken. Wachttijdinformatie is relevant voor electieve zorg en dus niet voor acute zorg. Wachttijdinformatie biedt de patiënt inzicht in de aanvang van een behandeling en de mogelijkheid om zorgaanbieders op dit aspect onderling te vergelijken. Voor onderlinge vergelijkbaarheid is het essentieel dat alle zorgaanbieders eenzelfde definitie van het begrip wachttijd hanteren.

De daadwerkelijke gerealiseerde wachttijd kan op individueel niveau anders uitpakken dan gepubliceerd. Er kunnen zich gebeurtenissen of omstandigheden voordoen die de wachttijd doen oplopen of verminderen. De gepubliceerde wachttijd is dan ook niet meer dan een zo realistisch mogelijke indicatie voor de patiënt hoe lang hij naar verwachting moet wachten als hij een afspraak wil maken.

De informatieverplichting opgenomen in deze regeling is omschreven op basis van definities en afspraken gemaakt in de "Werkgroep Wachttijden" waarin de NVZ, NFU, OMS, NPCF, ZN en VWS vertegenwoordigd zijn. Met deze definities en afspraken ontstaat een eenduidige transparantie zodat de wachttijdgegevens op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en op de ziekenhuiswebsites betrouwbaarder, actueler en onderling vergelijkbaar zijn. Deze transparantie is van belang voor de consument, zorginkopers en beleidsmakers.

Er zijn 3 categorieën wachttijden: wachttijd polikliniek, wachttijd specifieke behandeling en wachttijd diagnostiek waarvan de definities zijn opgenomen in deze regeling. Deze definities hangen met elkaar samen als weergegeven in onderstaande figuur.



Er is in de wachttijddefinitie gekozen voor de 3e mogelijkheid in het afsprakenregister om versturende toevalstreffers te voorkomen.

Wachttijden worden gepubliceerd in weken. Een wachttijd tot zeven kalenderdagen wordt gepubliceerd als één kalenderweek, tot veertien dagen als twee weken, enz. De minimale gepubliceerde wachttijd is dus één week.

*Voorbeeld: Voor het bepalen van de wachttijd in januari wordt onderzocht welke afspraken mogelijk zijn voor een consument die belt op 4 januari. Als 3e mogelijkheid in het afsprakenregister gevonden wordt op 27 januari, dan is de actuele wachttijd op dat moment 23 dagen. Deze wordt gepubliceerd als een wachttijd van vier weken.*

Nederlandse Zorgautoriteit

Voor alle poliklinieken van hoofdspecialismen op de lijst in bijlage 1 die in de zorginstelling aanwezig zijn, moet ten minste één wachttijd gepubliceerd worden wanneer deze polikliniek operationeel is. Daarnaast mag per subspecialisme een wachttijd gepubliceerd worden.

Kenmerk  
CI/NR-100.084  
Pagina  
5 van 7

Bij wachttijd diagnostiek betreft het een verwijzing door derde partij, niet interne doorverwijzing binnen de instelling. Deze wachttijd is bedoeld voor patiënten die elders binnen een zorgtraject tegen lange wachttijd voor diagnostiek aanlopen en eventueel willen uitwijken naar een andere zorgaanbieder.

Niet alle zorgaanbieders zijn al in staat om de actuele wachttijd op te leveren (volgens de definities). Zij kunnen voorlopig (tot 1 juli 2009) terugvallen op de retrospectieve wachttijd: de gemiddelde gerealiseerde wachttijd van de laatste drie maanden. Het is niet toegestaan om bij publicatie beide definities tegelijkertijd te gebruiken. Het moet zichtbaar zijn op uw website of de gepubliceerde wachttijden actueel dan wel retrospectief zijn zoals weergegeven in artikel 4.2.

De werkgroep wachttijden (o.a. NVZ, NFU, OMS, NPCF, ZN, VWS) zal regelmatig alle aspecten van de wachttijdregistratie monitoren, evalueren en bijsturen. Voor vragen of suggesties kunt u terecht bij uw koepelorganisatie of bij de informatielijn van de NZa.



### **Bijlage 1**

Wachttijden dienen gepubliceerd te worden gebruik makend van onderstaande genummerde indeling van specialismen, behandelingen en diagnostiek.

Kenmerk  
CI/NR-100.084  
Pagina  
6 van 7

### **Wachttijden polikliniek**

De subspecialismen aangeduid met een letter kunnen indien gewenst ook worden opgenomen naast de wachttijd per specialisme aangeduid met een nummer.

- 1) Allergologie
- 2) Cardiologie
- 3) Chirurgie algemeen
  - a) Vaatchirurgie
  - b) Gastro-entropologie
  - c) Mammapoli
  - d) Oncologie
  - e) Traumatologie
- 4) Dermatologie
- 5) Gastro-enterologie (maag-, darm-, leverarts)
- 6) Gynaecologie algemeen
  - a) Oncologie
  - b) infertiliteit
- 7) Interne geneeskunde algemeen
  - a) Endocrinologie
  - b) Nefrologie
  - c) Immunologie
  - d) Infectieziekten
  - e) Hypertensie
  - f) Hematologie
- 8) Kaakchirurgie
- 9) Keel-, neus- en oorheelkunde
- 10) Kindergeneeskunde algemeen
  - a) Cardiologie
  - b) Endocrinologie
  - c) Gastro-enterologie
  - d) Reumatologie
  - e) Metabole ziekten
  - f) Nefrologie
  - g) Neonatologie
  - h) Sociale pediatrie
- 11) Klinische geriatrie
- 12) Longziekten
  - a) oncologie
- 13) Neurochirurgie
- 14) Neurologie
- 15) Oogheelkunde
- 16) Orthopedie
- 17) Pijnbestrijding / anesthesiologie
- 18) Plastische chirurgie
- 19) Psychiatrie
- 20) Reumatologie
- 21) Revalidatie
- 22) Thoraxchirurgie
- 23) Urologie

wachttijden behandeling:

1. Dotterbehandeling (cardiologie)
2. Spataderen (chirurgie)
3. Liesbreuk (chirurgie)
4. Galblaas (chirurgie)
5. Sterilisatie man (urologie)
6. Prostaatoperatie/prostaatacarcinoom (urologie)
7. Totale heup operatie (orthopedie)
8. Kijkoperatie knie (orthopedie)
9. Totale knie operatie (orthopedie)
10. Hernia (orthopedie)
11. Hernia (neurochirurgie)
12. Borstcorrectie met medische indicatie (plastische chirurgie)
13. Borstcorrectie zonder medische indicatie (plastische chirurgie)
14. Buikwandcorrectie (plastische chirurgie)
15. Dupuytren (plastische chirurgie)
16. Carpaal tunnel syndroom (plastische chirurgie)
17. Carpaal tunnel syndroom (orthopedie)
18. Carpaal tunnel syndroom (chirurgie)
19. Carpaal tunnel syndroom (neurochirurgie)
20. Sterilisatie vrouw (gynaecologie)
21. Baarmoederverwijdering (gynaecologie)
22. Neus- en/of keelamandelen (Keel-, neus- en oorheelkunde)
23. Oorbuisjes (Keel-, neus- en oorheelkunde)
24. Neustussenschot (Keel-, neus- en oorheelkunde)
25. Staaroperatie (oogheelkunde)
26. Open hartoperatie (thoraxchirurgie)

**Kenmerk**

CI/NR-100.084

**Pagina**

7 van 7

**C. Wachttijd diagnostiek:** Het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling een afspraak maakt voor gebruik van een diagnostische techniek tot het moment van toepassing van de diagnostiek. Hierbij wordt gekozen voor de 3<sup>e</sup> mogelijkheid in het afsprakenregister.

wachttijden diagnostiek:

27. MRI-Scan (radiologie)
28. CT-Scan (radiologie)
29. Gastroscopie (gastro-enterologie)