

Vergaderjaar 2003–2004

25 170

Wachttijden in de curatieve zorg

Nr. 35

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 mei 2004

Inleiding

Op dit moment kan een patiënt in ons land gemiddeld binnen 4 à 5 weken bij een ziekenhuis terecht voor een behandeling. De wachttijd echter fluctueert per specialisme. Om vanuit patiëntenperspectief de knelpunten goed in kaart te brengen, heb ik onderzoek laten instellen naar de samenstelling van de wachtlijsten.

Bijgevoegd treft u het rapport «Wachten in Nederland, het hoe en het waarom» aan¹. In dit rapport staan de bevindingen van een onderzoek van Prismant naar de samenstelling van de wachtlijsten voor electieve ziekenhuiszorg in algemene ziekenhuizen in Nederland, waarover tot op heden weinig bekend was.

Het onderzoek

Doel van het onderzoek was inzicht te verkrijgen in de omvang van de groep mensen die langer wacht dan aanvaardbaar en het deel van deze groep die langer wacht om medische of persoonlijke redenen². Voorts werd het verkrijgen van een indicatie van de noodzaak tot het aanpassen van de wachtlijstregistratie beoogd. In het onderzoek is de totale patiëntengroep onderverdeeld in drie groepen:

Groep	Wachttijd	Langer wachten gewenst?	Knelpunt?
A	Binnen de Treeknormen		Nee, aanvaardbare wachttijd
B	Langer dan de Treeknormen	Langere wachttijd is gewenst vanwege persoonlijke of medische reden	Nee, er is een reden om langer te wachten
C	Langer dan de Treeknormen	Langere wachttijd is niet gewenst	Ja

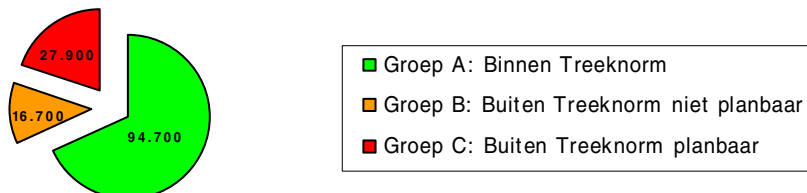
¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Door de stellers van het rapport aangeduid met de onderzoeksterm «vervuiling».

Op het moment van uitvoeren van dit onderzoek (eind 2002) wachtten ca 144 000 mensen op electieve ziekenhuiszorg in een algemeen ziekenhuis. Het gaat hier dus niet om acute zorg; voor deze groep patiënten dient de zorg onmiddellijk beschikbaar te zijn, indien deze nodig is. De laatste cijfers (van januari 2004) tonen dat de wachtlijst nu ca 139 300 mensen telt. Deze groep bestaat uit mensen die wachten op goed inplanbare behandelingen, mensen die medisch gezien nog niet behandeld kunnen worden of mensen die wachten uit eigen keuze (bijvoorbeeld vanwege vakantie). Om inzicht te krijgen in de samenstelling van deze groep heb ik Prismant gevraagd om de samenstelling van de wachtlijst inzichtelijk te maken¹. De gevonden verdeling is door te trekken naar de huidige situatie².

Figuur 1: verdeling huidige wachtlijst

Verdeling wachtlijst in aantallen wachtenden (totaal aantal wachtenden 139.300)



Gesteld kan dus worden dat 94 700 (68%) wachtenden van de totale wachtlijst van ruim 139 000 mensen binnen aanvaardbare normen worden behandeld in dagbehandeling of in de kliniek (groep A). In logistieke termen vormen zij de werkvoorraad van het ziekenhuis. 16 700 (12%) van de wachtenden wachten weliswaar langer dan de Treeknorm, maar zijn (nog) niet planbaar om goede, persoonlijke of medische redenen (groep B). Verder zijn 27 900 (20%) mensen nog niet planbaar om andere (onduidelijke) redenen (groep C).

Mijn focus van beleid ligt dan ook op die mensen die langer moeten wachten dan de Treeknormen (groepen B en C). Voor groep B bestaat een goede reden om te wachten (persoonlijk danwel medisch), voor groep C is er geen direct aanwijsbare reden, maar is vooral sprake van doelmatigheids- of lokale allocatieproblemen. Overigens, het is heel goed mogelijk dat een groot deel van de wachtenden in de C-groep in de eigen regio wel degelijk binnen de Treeknormen kan worden geholpen. Patiënten wijzen op deze mogelijkheid, bijvoorbeeld door de zorgverzekeraar via wachtlijstbemiddeling, of door de huisarts, kan eventuele lange wachttijden ook verminderen. Hier ligt natuurlijk voor de patiënt en zorgverzekeraar zelf ook een verantwoordelijkheid.

Betekenis van de resultaten

Wanneer gekeken wordt naar de groep die langer wacht dan de Treeknormen, is een opvallende conclusie dat de meest voorkomende redenen persoonlijk of medisch zijn. Bij persoonlijke redenen gaat het met name om patiënten die vanwege vakantie langer willen wachten, terwijl voorkomende medische redenen zijn dat patiënten nog niet behandeld kunnen worden omdat eerst een zwangerschap moet worden voldragen of de kwaal nog niet toe is aan behandeling. Prismant concludeert dat de groep B-patiënten de wachtlijst «vervuilt»; immers, er is wel ruimte voor deze patiëntengroep, maar er is een goede reden nog niet tot ingreep over te

¹ Gegevens over wachtlijsten en wachttijden in de Nederlandse ziekenhuizen worden vastgelegd in de door VWS gesubsidieerde «databank wachtlijsten». Deze databank levert informatie over de omvang van de wachtlijsten, over de wachttijden en tevens over de mate waarin patiënten binnen de gestelde Treeknormen worden geholpen. Deze databank bevat gegevens die niet de mogelijkheid bieden om de wachtlijsten uit te splitsen naar de achtergronden die er toe leiden dat patiënten langer dan de Treeknormen op een behandeling c.q. opname moeten wachten.

² De cijfers van de verdeling in de drie groepen zijn gecorrigeerd voor de laatste informatie, waaruit blijkt dat 68% binnen de Treeknormen wordt geholpen. Gedurende het onderzoek was dat nog 59%.

gaan. Dat zij langer wachten dan de Treeknormen is niet vanwege planningstechnische problemen. Zoals eerder gemeld, moet de primaire focus liggen bij het reduceren van de C-groep.

De uitkomsten van het onderzoek nuanceren de manier waarop tot op heden naar wachtlijsten is gekeken. Het overheersende beeld was dat de wachtlijst synoniem stond voor «te lang wachten» en dus voor een groot maatschappelijk probleem. Echter, de analyse laat een genuanceerder beeld zien. Het overgrote deel wordt «op tijd» geholpen. Een groot deel van de personen die langer wachten dan de gestelde Treeknormen, wacht op eigen of medisch verzoek, en niet omdat het zorgsysteem een knelpunt heeft. Groot voordeel van deze wetenschap is dat op dit moment de registratie van wachtlijsten kan worden aangepast. Zo kan meer genuanceerd en meer gericht worden gekeken naar de groep waar het werkelijk over gaat.

De resultaten van dit onderzoek geven aanleiding tot het meer structureel meten van de omvang van de wachtlijsten in termen van direct dan wel niet planbare patiënten. Daarom heb ik Prismant en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) verzocht de inzichten opgedaan in dit onderzoek te verwerken in de wachtlijstregistratie in ziekenhuizen. Door een betere registratie kan een helder onderscheid worden gemaakt tussen categorieën op de wachtlijst (binnen of buiten de Treeknorm, direct planbaar of niet). Op deze wijze kunnen ziekenhuizen en zorgverzekeraars veel gericht wachtlijstbeheer toepassen.

Naar verwachting zullen de wijzigingen in de registratie nog dit jaar worden gerealiseerd. Dit inzicht is uiteraard beleidsmatig relevant voor landelijke partijen, maar is vooral voor de praktijk binnen ziekenhuizen van belang. Met dit nadere inzicht kunnen ziekenhuizen beter prioriteit aan patiënten die de zorg het snelst nodig hebben om te genezen.

Vervolg aanpak wachtlijsten

Willen we in de toekomst aanvaardbare wachttijden behouden, dan zal de organisatie van de ziekenhuiszorg aan efficiëntie moeten toenemen, zeker in het licht van toenemende vraag en de beperkte financiële middelen. De overgrote meerderheid van de patiënten uit de C-groep wacht op knieoperaties, heupoperaties, staaroperaties en bijvoorbeeld liesbreuken. Het beleid rondom de gefaseerde invoering van DBC's is juist gericht op deze groep verrichtingen: ziekenhuizen mogen met zorgverzekeraars over deze behandelingen volume-, prijs- en kwaliteitsafspraken maken, zodat de verwachting is dat de productie van deze zorg zal toenemen en dat het aantal knelpunten verder zal dalen.

Naast deze toename van vrijheidsgraden voor partijen, ben ik ook actief bezig om de transparantie van de sector te vergroten, opdat verschillen in prestaties meer zichtbaar worden voor de ziekenhuizen zelf, voor hun contractpartners, maar zeker ook voor patiënten. Meer transparantie moet natuurlijk wel hand in hand gaan met verbetertrajecten. Vanzelfsprekend is dit in eerste instantie aan de zorginstelling zelf. In tweede instantie kunnen zowel de zorgverzekeraar als de lokale patiëntenraad hier de zorginstelling in «faciliteren», bijvoorbeeld door het onderdeel van de contractering te laten zijn. Desalniettemin pak ik in deze tijd van transitie naar marktgerichte prikkels en betere resultaten ook mijn rol. In het eerder aangehaalde Sneller Beter traject zorg ik voor een actief podium voor transparantie, verbeteringen en bewustwording (leren van elkaar), alsmede ondersteun ik financieel verbetertrajecten, zoals Werken zonder Wachtlijst van het CBO. Ik verwijs voor meer informatie hierover, wederom, naar mijn website www.snellerbeter.nl, waarvan al meer dan 1 000 mensen lid zijn van de nieuwsbrief (voornamelijk mensen uit de ziekenhuisinstellingen zelf).

Op deze wijze kan een toenemende zorgvraag gepaard gaan met een dalende groep wachtenden. Financiële beheersbaarheid en de zorg op tijd leveren, horen samen te kunnen. Een nieuwe, vraaggestuurde zorgverzekering, met marktgerichte elementen en grotere transparantie zijn hiervoor een onmisbare voorwaarde.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst