

Rapport

Wachttijden medisch- specialistische zorg

verdiepend onderzoek

5 juli 2017

Inhoud

Samenvatting	4
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Onderzoeksvraag	7
1.3 Onderzoekaanpak	7
1.3.1 Interviews	8
2. Bevindingen onderzoek	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Samenvatting analyse per specialisme	9
2.3 Regie en probleemeigenaarschap	11
2.3.1 Beleid wachttijden	11
2.3.2 Bemiddeling	12
2.3.3 Proactieve houding	12
2.3.4 Profilering	13
2.4 Ketenproblematiek	13
2.4.1 Vergrijzing	13
2.4.2 Eerstelijnsverblijf	13
2.4.3 Onnodig beroep op ziekenhuiszorg	14
2.4.4 Substitutie	14
2.5 Tijdelijke en structurele afhankelijkheden	15
2.5.1 Tijdelijke oorzaken	15
2.5.1.1 Seizoentrends	15
2.5.1.2 Afbouw capaciteit naburige aanbieder	16
2.5.2 Structurele afhankelijkheden	16
2.5.2.1 Krappe arbeidsmarkt in krimpgebieden	16
2.5.2.2 Opleidingscapaciteit	16
2.6 Registratie van wachttijden	17
2.6.1 Acute zorg	17
2.6.2 Wenswachtende	17
2.6.3 Wijze waarop gemeten wordt	18
2.6.4 Inconsistente registratie	18
2.6.5 Kunstmatige wachttijd/sturing	18
2.7 Treeknormen nog passend?	18
3. Conclusie en vervolg	20
3.1 Integraal plan	20
3.1.1 De geïnformeerde burger	21
3.1.2 Verbetering van registreren en publiceren van wachttijdgegevens	21
3.1.3 Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars	22
3.1.4 Substitutie en verkeerde bedden problematiek	22
3.2 Regionale aandachtspunten rondom de arbeidsmarkt	23
4. Bijlagen	24

Samenvatting

Aanleiding voor dit verdiepende onderzoek zijn de geconstateerde wachttijden en overschrijdingen van de Treeknormen bij bepaalde specialismen in de medisch specialistische zorg (msz). De NZa heeft hierover recent gerapporteerd in de marktscan msz van mei 2017. Stijgende wachttijden zijn onwenselijk voor patiënten, die het recht hebben om tijdig passende zorg te ontvangen. Om deze reden heeft de NZa een actieplan wachttijden opgesteld, dat zich richt op de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de msz. Dit onderzoek naar de wachttijden in de msz is onderdeel van dit actieplan.

Dit onderzoek biedt inzicht in waar de overschrijdingen van de Treeknormen plaatsvinden, gaat na wat de oorzaken zijn en in hoeverre deze problematisch zijn. Waar sprake is van problematische wachttijden, stellen wij acties voor om deze tegen te gaan.

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van data-analyse, een kwantitatieve enquête onder consumenten en interviews met zorgaanbieders en zorgverzekeraars, het Capaciteitsorgaan, de Patiëntenfederatie Nederland en de IGZ.

De NZa constateert dat de wachttijden in de msz sinds 2013 stijgen. Bij 8 specialismen zijn de wachttijden voor de polikliniek landelijk gestegen tot boven de Treeknormen. Het onderzoek laat een beeld zien met veel factoren die invloed hebben op de wachttijden in de msz. Deze factoren zijn:

- Regie en probleemeigenaarschap. We zien dat er te weinig sprake is van een proactieve gezamenlijke aanpak van wachttijden.
- Ketenproblematiek. Partijen geven aan problemen te ondervinden bij de aanpak van knelpunten in de keten als gevolg van drukte op de SEH en schotten in de bekostiging.
- Tijdelijke en structurele afhankelijkheden. Voorbeelden hiervan zijn seizoentrends waardoor wachttijden aan het eind van het jaar oplopen, onvoldoende afstemming rond afbouw van capaciteit bij naburige aanbieders en de krapte op de arbeidsmarkt in krimpgebieden.
- De registratie van wachttijden die niet altijd juist en volledig is. Aan de andere kant laat het onderzoek zien dat niet elke overschrijding van de Treeknorm direct een probleem voor de patiënt oplevert.

Doordat er sprake is van veel factoren, is er geen eenduidige verklaring te geven voor de toegenomen wachttijden en is ook geen enkelvoudige oplossing mogelijk.

Om deze reden ziet de NZa de oplossing in een integraal plan. Primair zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan zet om problematische wachttijden aan te pakken. Ook de overheid en de burger kunnen een bijdrage leveren aan het terugdringen van de wachttijden. Ons plan van aanpak bevat acties voor alle verantwoordelijke partijen. De NZa zal sturen op samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en dit ook faciliteren.

Op basis van de bovenstaande factoren bevat het plan vier punten waarop actie moet worden ondernomen:

1) verbetering van de informatiepositie van de burger

Het is cruciaal dat burgers weten waar zij recht op hebben en wat hun mogelijkheden zijn. Ze moeten hier actief op gewezen worden. Daarom:

- Verwachten wij van zorgaanbieders dat zij hun patiënten informeren over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, wanneer zij bij het inplannen van de afspraak de Treeknorm overschrijden.
- Verwachten wij van zorgverzekeraars dat zij de mogelijkheden tot zorgbemiddeling proactief onder de aandacht van hun verzekerden brengen. Burgers mogen daarbij geen drempels of belemmeringen ervaren.
- Zal de NZa een brochure gaan ontwikkelen om burgers informatie te geven over hun rechten die voortvloeien uit de zorgplicht van zorgverzekeraars.
- Tevens roepen wij patiënten op zich bij de NZa te melden indien zij ondanks bemiddeling geen tijdige zorg krijgen.

2) verbetering van de registratie van wachttijden

Om te weten waar en of er problematische lange wachttijden zijn, zijn volledige en accurate gegevens over de actuele wachttijden bij een zorgaanbieder essentieel. Het is onwenselijk als deze informatie onjuist of onvolledig is, of zelfs kunstmatig hooggehouden wordt. Daarom:

- Zijn ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's), conform de regelgeving verplicht wachttijdinformatie juist en volledig te publiceren. De NZa zal hier strenger op toezien.
- Hebben wij het voornemen om zorgaanbieders te verplichten de wachttijden rechtstreeks aan de NZa te laten aanleveren per 2018.
- Indien de huidige Treeknormen volgens het veld niet meer voldoen, stimuleren wij het veld om hierover met elkaar het gesprek aan te gaan. De NZa zal deze gesprekken graag faciliteren en gaat hierover graag met partijen in dialoog.
- In de context van verbetering van de registratie, gaan we de huidige registratiewijze van wachttijden voor behandeling in overleg met partijen per 2018 verbeteren.

3) afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars wijzen vooral naar elkaar in plaats van dat zij gezamenlijk de wachtlijsten aanpakken in het belang van de patiënt/verzekerde. Er is meer samenwerking en regie nodig. De NZa vraagt zorgverzekeraars en aanbieders:

- Afspraken te maken over het terugdringen van en omgaan met wachttijden. We vragen ze deze afspraken proactief en gezamenlijk te blijven monitoren en hierbij invulling te geven aan (tijdelijke) knelpunten.

De NZa zal in gesprekken met aanbieders en zorgverzekeraars kijken hoe hier invulling aan wordt gegeven.

4) substitutie en verkeerde beddenproblematiek.

Substitutie van zorg naar de eerste lijn of naar bijvoorbeeld ZBC's ziet de NZa als een belangrijk instrument dat kan bijdragen aan het terugdringen of voorkomen van lange wachttijden. Soms komen initiatieven niet van de grond. Daarom:

- Zal de NZa in 2018 de substitutieafspraken uit het hoofdlijnenakkoord gaan monitoren.
- Zal de NZa substitutie-initiatieven zoveel mogelijk ondersteunen. Als er sprake is van bekostigingsproblematiek roepen we partijen op om met concrete casus de NZa te benaderen.

Ten slotte vraagt de NZa aandacht voor regionale knelpunten op de arbeidsmarkt. Gedurende het onderzoek kwam naar voren dat in het

noorden en oosten van het land de wachttijden hoger opliepen. Aanbieders en zorgverzekeraars gaven aan dat dit een gevolg was van een mismatch op de arbeidsmarkt. Ook het Capaciteitsorgaan heeft aangegeven dat er sprake is van lokale arbeidsmarktproblematiek.

Op korte termijn roept de NZa zorgaanbieders, in zowel de eerste als tweede lijn, en zorgverzekeraars in de regio in overleg te gaan. We stimuleren zorgverzekeraars en zorgaanbieders initiatieven voort te zetten en waar mogelijk te intensiveren.

Knelpunten op de arbeidsmarkt zijn complex en niet eenvoudig op te lossen, en vergen daarom ook inzet van andere partijen dan alleen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In de hoofdlijnenakkoorden hebben veldpartijen en de Minister afspraken gemaakt over de arbeidsmarkt. Wij adviseren de knelpunten in de regio Noord-Oost Nederland in deze context te betrekken.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

In de afgelopen periode heeft de NZa geconstateerd dat bij bepaalde specialismen in de msz de Treeknormen niet worden gehaald. De NZa heeft hierover recent gerapporteerd in de marktscan msz van mei 2017. Daarnaast kreeg de NZa in het afgelopen najaar signalen over stijgende wachttijden en knelpunten vanuit de specifieke regio's Noord-Nederland (Friesland, Groningen) en Twente. De wachttijden zijn opgelopen ondanks afspraken in het hoofdlijnenakkoord dat de partijen zich tot het uiterste inspannen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren.

Patiënten hebben er recht op dat zij de zorg krijgen die zij nodig hebben. Bij gecontracteerde zorg moet de zorgverzekeraar op grond van zijn zorgplicht er voor zorgen dat zijn verzekerden die zorg tijdig krijgen. Dit doet een zorgverzekeraar door zorg in te kopen die 'tijdig' geleverd zal worden. Ook de zorgaanbieder heeft daarbij een verantwoordelijkheid naar de patiënt toe. Zij zijn het immers die bij het maken van de afspraken het moment bepalen waarop de zorg aanvangt. De vraag wat onder 'tijdig' moet worden verstaan wordt beantwoord aan de hand van de normen die binnen de betreffende beroepsgroep gelden. Voor de msz zijn dit de Treeknormen. Deze zijn voor diagnostiek en het polikliniekbezoek 4 weken. Voor de behandeling bedraagt de Treeknorm 7 weken. Deze normen zijn vastgelegd in de beleidsregel "Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw" (TH/BR-018).

Te lang wachten kan voor de patiënt tot problemen leiden. Dikwijls weet hij, bij te lange wachttijden, zelf niet wat hij kan doen. Wij vinden dat de patiënt door de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar beter moet worden geïnformeerd over zijn rechten en mogelijkheden en dat zij met hem snel een passende oplossing vinden. Dit geldt natuurlijk niet alleen voor de msz. Om deze reden heeft de NZa een actieplan wachttijden opgesteld, dat zich richt op de ggz, Wlz en de msz. Dit onderzoek naar de wachttijden in de msz (msz) is onderdeel van dit actieplan en biedt inzicht in de oorzaken en mogelijke oplossingen van wachttijden in de msz.

1.2 Onderzoeksvraag

Dit verdiepende onderzoek biedt inzicht in waar de overschrijdingen van de Treeknormen plaatsvinden en wat dit betekent voor de patiënt. Daarnaast wordt nagegaan wat de oorzaken zijn en worden de mogelijkheden verkend om deze te weg te nemen. Dit laatste resulteert in een integraal plan.

1.3 Onderzoeksaanpak

Voor dit onderzoek betrekken wij de signalen die wij hebben ontvangen over wachttijden. We nemen ook de meldingen over wachttijden die bij consumenten- en patiëntenorganisaties binnenkomen mee. Daarnaast zijn de wachttijden die zorgaanbieders aan Mediquest aanleveren geanalyseerd. Aandachtspunt bij de analyse van de data is dat Mediquest nauwelijks wachttijdgegevens van ZBC's bevat. De ZBC's moeten deze informatie wel publiceren op grond van de regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg (NR/REG-1728). Het is een tekortkoming dat Mediquest de informatie van ZBC's niet verzamelt, omdat ZBC's over

het algemeen aangeven korte wachttijden te hebben en zo bij kunnen dragen aan een verlaging van de wachttijden.

We gebruiken voor de analyses de wachttijddata van de laatste drie maanden in 2016. Voor de bereikbaarheidsanalyses maken we gebruik van data over heel 2016. Dit doen we om een actueel beeld te krijgen van knelpunten in het zorgaanbod. We kijken naar de wachttijd tot het eerste polikliniekbezoek en de wachttijd tot de behandeling, omdat er bij deze wachttijden sprake is van overschrijdingen van de Treeknormen. Omdat er geen noemenswaardige overschrijdingen zijn bij diagnostiek hebben we deze wachttijden niet meegenomen. Voor ons toezicht is hierbij relevant of patiënten tijdig bij een andere gecontracteerde zorgaanbieder terecht kunnen die de zorg wel binnen de Treeknorm kan leveren; dit aspect nemen wij mee in de analyses.

De gemiddelde wachttijd over de laatste drie maanden van 2016 wordt in de bijlage bij dit rapport in een kaart van Nederland weergegeven. Aan de hand van de overlap tussen de regio's per specialisme en per behandeling identificeren we ziekenhuizen die relatief veel overschrijdingen van de Treeknormen hebben. Dit leidt tot een 'shortlist' van 15 ziekenhuizen waar de meeste overschrijdingen voorkomen.

1.3.1 Interviews

We hebben met de 15 ziekenhuizen uit de shortlist gesprekken gevoerd. We vroegen deze ziekenhuizen naar de oorzaken van de wachttijden in hun ziekenhuis, of er sprake was van een regionaal probleem en welke maatregelen zij hebben getroffen om de wachttijden te beperken. Ook hebben wij gevraagd naar de afspraken die ziekenhuizen met zorgverzekeraars hebben gemaakt over de aanpak van overschrijdingen van de Treeknorm. Ten slotte vroegen wij zorgaanbieders of de Treeknormen passend zijn en of er ruimte is voor verbetering.

Aan de hand van de informatie uit de gesprekken met de zorgaanbieders hebben wij met zeven zorgverzekeraars gesproken. Dit zijn de grote vier en een tweetal kleine zorgverzekeraars. Dit zijn alle zorgverzekeraars met een kernwerkgebied waarin zij zelf ook direct als marktleider de gesprekken voeren met zorgaanbieders en één zorgverzekeraar die landelijk opereert en geen eigen kern werkgebied heeft waarin hij de marktleider is. We vragen de zorgverzekeraars naar hun beleid rondom wachttijden, hoe zij omgaan met de geconstateerde overschrijdingen en welke afspraken zij hierover maken met de zorgaanbieders. Hiermee sluiten wij aan bij de motie¹ die op 6 december 2016 is aangenomen waarin de minister wordt verzocht de NZa te vragen om structureel openbaar te maken op welke wijze zorgverzekeraars actief invulling geven aan hun zorgplicht als het wachtlijsten betreft die de Treeknorm overschrijden. Voor de komende jaren zal de NZa zorgverzekeraars verplichten zich hierover te verantwoorden in het uitvoeringsverslag. Hiernaast hebben wij gesproken met het Capaciteitsorgaan, de Patiëntenfederatie Nederland en de IGZ.

Ten slotte hebben we een enquête uitgezet onder 500 consumenten die het afgelopen jaar (niet acute) zorg hebben genoten in een ziekenhuis. Wij vragen deze consumenten naar hun ervaringen over de wachttijden, de informatieverstrekking over de Treeknormen, de zorgbemiddeling en hun eigen voorkeuren met betrekking tot wachttijden en reisbereidheid.

¹ Tweede Kamer 29689 nr. 793

2. Bevindingen onderzoek

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden uitkomsten van de data-analyse en gesprekken met de 15 ziekenhuizen en zeven zorgverzekeraars over wachttijden in de msz weergegeven. Een aantal punten kwam in de gesprekken regelmatig terug. Deze uitkomsten zijn samengevat in enkele thema's. Bij deze thema's worden ook de uitkomsten van de data-analyse meegenomen.

2.2 Samenvatting analyse per specialisme

In deze paragraaf geven wij een korte samenvatting weer van de data-analyse (bijlage 1) die is uitgevoerd voor de wachttijdproblematiek in ziekenhuizen. Bij de behandelingen ruggenmergstimulatie en buikwandcorrectie vindt een overschrijding van de Treeknorm plaats. Deze overschrijdingen zijn besproken met de ziekenhuizen. Acht specialismen hadden in 2016 landelijk een overschrijding van de Treeknorm. Daarnaast hebben wij een aanvullende analyse uitgevoerd op de overige specialismen om mogelijke regionale knelpunten voor de overschrijding van de Treeknormen in kaart te brengen. Daarbij zien wij voor 4 specialismen, dat ondanks dat de wachttijd landelijk gemiddeld onder de Treeknorm uitkomt, er regionaal sprake is van lange wachttijden. Voor de overige specialismen waarover de ziekenhuizen wachttijden publiceren zien wij geen significante overschrijdingen van de Treeknorm.

Landelijk gemiddeld boven Treeknorm

Hieronder worden voor de 8 specialismen die in 2016 landelijk gemiddelde wachttijden boven de Treeknorm kenden de belangrijkste bevindingen weergegeven. De Treeknorm voor de polikliniek bedraagt 4 weken.

<i>Specialismen met landelijk gemiddelde wachttijd boven de Treeknorm</i>	<i>Gemiddelde landelijke wachttijd in 2016 voor de polikliniek</i>	<i>Aantallen dbc's per specialisme in 2016</i>
Allergologie	6,6	13.236
Oogheelkunde	6,5	887.492
Maag-, darm- en leverziekten	6,2	316.801
Reumatologie	5,0	114.425
Revalidatiegeneeskunde	4,9	73.781
Pijnbestrijding/anesthesiologie	4,5	97.753
Neurochirurgie	4,1	67.044
Neurologie	4,1	692.436

Hieronder geven we per specialisme een korte samenvatting van de bevindingen. Voor een uitgebreide versie van de analyse verwijzen we naar bijlage 1.

Allergologie

Hier is landelijk sprake van een lange wachttijd. De instroom van de opleiding voor nieuwe specialisten is sinds 2015 verdubbeld. Dit heeft naar verwachting over enkele jaren een gunstig effect op de gemiddelde landelijke wachttijden.

Oogheelkunde

Oogheelkunde kent met name in Noord- en Oost-Nederland lange wachttijden. In deze regio's speelt voor dit specialisme een arbeidsmarktprobleem. Daarnaast zijn in deze regio's, in tegenstelling tot de rest van het land (waar ZBC's een belangrijk onderdeel vormen van het aanbod), weinig ZBC's gevestigd die deze zorg naast het ziekenhuis ook kunnen leveren.

Maag-, darm- en leverziekten

Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker zorgt landelijk voor lange wachttijden. Naar verwachting zal de instroom van nieuw opgeleide medisch specialisten in de komende jaren voor kortere gemiddelde landelijke wachttijden zorgen.

Reumatologie

Voor dit specialisme worden op het moment meer specialisten opgeleid. Met name in de regio Friesland is er een tekort aan specialisten wat zich vertaalt in een lange wachttijd.

Revalidatiegeneeskunde

Deze zorg wordt veelal in revalidatie-instellingen aangeboden. Hier is de wachttijd vaak iets korter dan in de ziekenhuizen. In bepaalde regio's zijn echter geen revalidatie-instellingen gevestigd waardoor de wachttijd bij de ziekenhuizen daar hoger is. Het blijkt daarnaast lastig om specialisten aan te trekken in krimpregio's.

Pijnbestrijding-anesthesiologie

In Noord- en Oost-Nederland zijn weinig specialisten beschikbaar. Dit zorgt voor hoge wachttijden. Vanwege de beperkte capaciteit binnen ziekenhuizen wordt er gedifferentieerd en worden patiënten met (semi-) acute zorg sneller geholpen dan de overige patiënten.

Neurochirurgie

Met name in Oost-Nederland en de regio Rotterdam zijn overschrijdingen van de Treeknorm zichtbaar. In deze regio's bestaat voor neurochirurgie een arbeidsmarktprobleem.

Neurologie

Dit specialisme kent voor meerdere regio's een problematische wachttijd. Dat wil zeggen dat er sprake is van een overschrijding van de Treeknorm en dat er in de regio te weinig alternatief aanbod is. De oorzaak ligt net als bij neurochirurgie bij een krappe arbeidsmarkt.

Regionaal boven de Treeknorm

Voor de specialismen die landelijk geen gemiddelde overschrijding kennen van de Treeknorm (zie onderstaande tabel), maar waar regionaal mogelijk wel knelpunten ontstaan, doordat de Treeknorm wordt overschreden en er onvoldoende alternatief aanbod is, geven wij hieronder een korte samenvatting.

Kaakchirurgie

Er zijn diverse regio's verspreid over het land met hoge wachttijden voor kaakchirurgie. Het valt op dat er in deze regio's wel verschillende ZBC's gevestigd zijn, die afhankelijk van hun aanbod mogelijk een deel van de zorg kunnen overnemen. Omdat de ZBC's aangeven doorgaans kortere wachttijden te hebben dan de ziekenhuizen, zouden patiënten naar ZBC's bemiddeld of verwezen kunnen worden.

Geriatricie

Geriatricie kent met name in Noord-Oost Nederland een overschrijding van de Treeknorm. Volgens het Capaciteitsorgaan moeten er meer geriaters worden opgeleid om te voldoen aan de (toekomstige) stijgende vraag. In de geraamde capaciteit is hiervoor volgens het Capaciteitsorgaan nog ruimte, maar vanuit basisartsen is er te weinig interesse voor dit specialisme.

Dermatologie

Voor dermatologie is er met name in Oost-Nederland sprake van structureel hoge wachttijden. In deze regio lijkt sprake van een arbeidsmarktprobleem.

Cardiologie

Dit specialisme kent regionaal in de regio's Rotterdam en Noord-Friesland lange wachttijden in ziekenhuizen. Binnen deze regio's zijn één of meerdere ZBC's gevestigd die deze zorg leveren, en buiten deze regio's zijn ook ziekenhuizen met kortere wachttijden. Door bemiddeling of verwijzing zouden patiënten hier eerder geholpen kunnen worden.

2.3 Regie en probleemeigenaarschap

2.3.1 Beleid wachttijden

Zorgverzekeraars hebben in principe, vanuit het oogpunt van privacy van de patiënt, geen zicht op wanneer hun verzekerde zorg nodig heeft en te maken kan krijgen met wachttijden. Vandaar dat zij hierover afspraken maken met de zorgaanbieders die hier wel zicht op hebben. Uit de gesprekken met ziekenhuizen en zorgverzekeraars blijkt dat de meeste zorgverzekeraars het beleid hanteren dat ziekenhuizen overschrijdingen van wachttijden moeten melden aan de zorgverzekeraar. In de periodieke overleggen wordt er indien nodig met elkaar over gesproken. Ziekenhuizen geven aan dat het niet vanzelfsprekend is dat ze met zorgverzekeraars in overleg gaan over de oorzaken en mogelijke oplossingen van de wachttijden.

Ziekenhuizen zien zichzelf in eerste plaats als probleemeigenaar wanneer de Treeknormen worden overschreden. Zij zullen een probleem dus in eerste instantie zelf willen oplossen. Zij leggen een knelpunt pas aan de zorgverzekeraar voor als zij zelf niet tot een oplossing kunnen komen en de wachttijden volgens eigen maatstaven te hoog worden. De ziekenhuizen gaven aan de Treeknormen hierbij als een streefnorm te

zien en niet als een harde norm. Hierdoor wordt de overschrijding van de Treeknorm mogelijk te laat bij de zorgverzekeraar gemeld.

Een aantal ziekenhuizen vertelde ons dat als zij de zorgverzekeraar vragen naar directe financiële oplossingen voor de wachttijd overschrijding, hier in eerste instantie een negatief antwoord op volgt. De financiële ruimte moet in beginsel worden gezocht in de brede 'plafondafspraken', tenzij er sprake is van substantiële onverwachte verschuivingen in de marktaandeelen.

2.3.2 Bemiddeling

Uit de data-analyse blijkt dat voor patiënten bij de meeste specialismen wel een passend en tijdig alternatief in de regio beschikbaar is (zie bijlage 1). Hier is een financiële oplossing dus wellicht niet het meest voor de hand liggend en moet de patiënt worden bemiddeld naar een andere zorgaanbieder. De zorgverzekeraars hebben allemaal een zorgbemiddelingsafdeling. Twee grote zorgverzekeraars geven aan vijf à zes duizend van dergelijke bemiddelingsverzoeken per jaar te ontvangen van hun verzekerden.

Bij enkele tijdelijke knelpunten waardoor wachttijden zouden oplopen, hebben zorgverzekeraars aan een specifiek ziekenhuis gevraagd om hun verzekerden door te verwijzen naar de afdeling zorgbemiddeling. Ziekenhuizen zeggen te zullen acteren op een dergelijk verzoek van de zorgverzekeraar om patiënten naar de bemiddelingsafdeling te verwijzen. Ze zijn echter niet vanuit zichzelf (dus zonder verzoek van een zorgverzekeraar) geneigd patiënten naar een ander ziekenhuis te verwijzen, zodra zij zelf niet kunnen voldoen aan de Treeknorm.

2.3.3 Proactieve houding

Ziekenhuizen verwachten een proactievere houding van zorgverzekeraars zodra zij informatie over wachttijden aanbieden. Het algemene beeld is dat zorgverzekeraars vooral reactief handelen en dat de gesprekken met de ziekenhuizen vooral financieel georiënteerd zijn. De gesprekken veranderen langzaam naar besprekingen over doelmatigheid en de zorginhoud. Dit beeld sluit aan bij de bevindingen van de marktscan msz van mei 2017. Bij ziekenhuizen met een jaarcontract blijkt, naarmate het jaar vordert, dat de gesprekken met name gericht zijn op de contractonderhandelingen.

De enige aanleiding, die ziekenhuizen noemden, waarop de zorgverzekeraars zelf het initiatief nemen om met een ziekenhuis over wachttijd te spreken, is een specifieke klacht of verzoek van een verzekerde in verband met een hoge wachttijd. Dit beeld strookt met de uitkomsten van de gesprekken die wij met de zorgverzekeraars hebben gehad.

Recent heeft een tweetal zorgverzekeraars aangegeven dat zij hun rol met betrekking tot wachttijden ook actiever willen gaan oppakken. Zij starten met een actievere monitoring in hun kernwerkgebieden, ofwel de regio's waarin zij veel verzekerden hebben. Bij te lange wachttijden wordt meestal gehandeld door de grootste zorgverzekeraars in een regio. Een kleinere zorgverzekeraar geeft aan ook te ervaren dat hij minder invloed heeft. Zij hebben weinig spiegelinformatie en weinig invloed op het beleid van aanbieders. In de praktijk sluiten zij zo nodig en mogelijk aan bij acties en afspraken van de regionale marktleiders.

2.3.4 Profilering

Vanuit universitaire ziekenhuizen is genoemd dat de zorg onvoldoende door de zorgverzekeraar wordt gekanaliseerd. Hierdoor komt nog teveel basiszorg naar de universitair medische centra (UMC's) en kunnen zij zich niet focussen op de topklinische/derdelijnszorg. Volgens de UMC's vergt het afbouwen van de basiszorg richting algemene ziekenhuizen meer regie van de zorgverzekeraar.

Enkele zorgverzekeraars geven aan dat het profiel van ziekenhuizen en mogelijke verplaatsing van zorg wel ter sprake komt bij de contractering en andere gesprekken. Ziekenhuizen zijn echter van mening dat die regie amper wordt opgepakt door de zorgverzekeraars. Dat zorgt ervoor dat een van de UMC's, die we gesproken hebben, de wachttijd van dergelijke basiszorg kunstmatig hoog houdt, zodat patiënten eerder geneigd zijn naar een andere zorgaanbieder te gaan. Hierdoor kunnen zij de focus binnen het UMC op derdelijnszorg leggen.

2.4 Ketenproblematiek

2.4.1 Vergrijzing

In enkele van de interviews over de wachttijden vertellen ziekenhuizen dat de spoedeisende hulp (SEH) drukker is geworden. In veel regio's zorgt de vergrijzing van de populatie voor een grotere vraag naar zorg door ouderen in het algemeen. Een toename van oudere patiënten op de SEH valt het meest op tijdens een griepgolf. Dit kan gevolgen hebben voor planbare/electieve zorg. Dit is de zorg waar wachttijdinformatie over wordt gepubliceerd. Doordat medisch personeel meer acute gevallen moet behandelen, kan er minder planbare zorg worden ingeroosterd. Ziekenhuizen moeten in hun beleid en in de planning van SEH en polikliniek rekening houden met een groeiende groep thuiswonende, kwetsbare ouderen. De marktscan acute zorg, die de NZa na de zomer van 2017 zal publiceren, zal aandacht besteden aan de toegankelijkheid van de acute zorg.

In de planbare electieve zorg noemen ziekenhuizen de geriatrie, oogheelkunde en revalidatiezorg als specialismen waar de oudere patiënt met name behoefte aan heeft. De ziekenhuizen in de vergrijzende regio's als Groningen, Friesland, Drenthe en aangrenzende regio's kampen met een combinatie van toenemende vraag door ouderen en een gebrek aan medisch personeel om aan die vraag te voldoen. Met een oplopende wachttijd als gevolg.

In de data-analyse zijn de stijgende wachttijden bij deze specialismen in vergrijzende gebieden ook terug te zien. In deze regio's zijn de wachttijden bovengemiddeld hoger voor specialismen waar vergrijzende patiënten vooral gebruik van maken (reumatologie, revalidatie, urologie, geriatrie en oogheelkunde). Hier lijkt een mismatch te zijn tussen de vraag naar medisch specialisten en het aantal medisch specialisten dat zich daar wil vestigen, aldus de ziekenhuizen.

2.4.2 Eerstelijnsverblijf

Ziekenhuizen geven aan dat de toename van ouderen op een SEH er toe leidt dat deze ouderen op een ziekenhuisbed komen te liggen, terwijl dit niet de juiste plek is. Dit wordt de verkeerde beddenproblematiek genoemd. Het ziekenhuis biedt de oudere patiënt een plek, omdat er (nog) geen ruimte is in een andere intramurale setting of omdat deze patiënt niet naar huis kan. Maar het bed is dan 'verkeerd' bezet, omdat er geen ziekenhuiszorg nodig is.

De route van een patiënt van het ziekenhuis naar een kortdurende verblijfsetting (eerstelijnsverblijf) is volgens een aantal ziekenhuizen nog niet of nog onvoldoende uitgestippeld. In de praktijk blijken ziekenhuizen nog onvoldoende op de hoogte van eerstelijns voorzieningen in de regio. De financiële en organisatorische schotten tussen de verschillende schakels of ketens in de zorg (eerste- en tweedelijns, ziekenhuis versus huisarts en zorgverleners dicht bij huis) vormen hier volgens de ziekenhuizen nog een obstakel. Ziekenhuizen voeren hier regiogesprekken over met de andere partijen in de zorgketen.

Vanwege het gegeven dat deze problematiek verder strekt dan alleen de wachttijden, betreft de NZa de problematiek rondom de SEH en het eerstelijnsverblijf ook in de marktscan acute zorg, die momenteel in voorbereiding is. Hierin kijken wij dieper naar trends en knelpunten in de hele keten.

2.4.3 Onnodig beroep op ziekenhuiszorg

Er zijn enkele ziekenhuizen die veel vraag naar zorg ervaren, doordat de huisarts patiënten naar de tweede lijn verwijst die volgens het ziekenhuis daar niet thuis horen. De specialismen die het met name betreft zijn cardiologie, reumatologie en geriatrie.

Als een mogelijke oorzaak noemen de ziekenhuizen dat een huisarts niet de expertise heeft van bijvoorbeeld een cardioloog en daardoor soms eerder doorverwijst dan volgens de ziekenhuizen noodzakelijk is. Veel pijn en gewrichtsklachten worden door de huisarts richting de reumatoloog gestuurd terwijl die daar volgens de ziekenhuizen niet thuis horen. Een huisarts heeft volgens de ziekenhuizen te weinig ervaring met herkenning van echte reumaklachten.

Doordat volgens de ziekenhuizen onnodig beroep op specialisten wordt gedaan en de vraag naar die vormen van zorg stijgt (bijvoorbeeld door vergrijzing), wordt de druk op de wachttijd extra opgevoerd.

2.4.4 Substitutie

Door meer op substitutie te sturen kan de zorg daar worden geleverd waar die het meest passend is. Dit ontlast ook de ziekenhuizen, wat een gunstig effect heeft op de wachttijden. Ziekenhuizen geven aan steeds meer de samenwerking te zoeken met de eerste lijn om wachttijden terug te dringen.

Zo wordt voor reumatologie lokaal gewerkt aan 1,5^e lijns samenwerkingsverbanden. Dit vraagt echter inzet van huisartsen én reumatologen. Dat is in de regio Friesland momenteel niet mogelijk vanwege de te beperkte capaciteit (reumatologen). Ook is volgens de ziekenhuizen de ruimte beperkt die huisartsen hebben voor aanvullende werkzaamheden naast de reguliere praktijk.

Er wordt door ziekenhuizen ook gewerkt aan het terugdringen van wachttijden door de inzet van modernere methoden zoals teleconsulten, teleadvies of e-health toepassingen. Hierbij noemen ziekenhuizen dat de bekostigingswijzen vaak niet geschikt zijn om de moderne behandelingen te bekostigen. De NZa is in overleg met partijen om e-health/zorg op afstand beter te faciliteren in de dbc-systematiek MSZ. Hierbij kan gedacht worden aan het meewegen van telefonische consulten, e-mail consulten en screen-to-screen contacten in de bepaling van de zwaarte van het product. Een aandachtspunt is dat bepaalde e-health

toepassingen nog onvoldoende onderzocht zijn op hun toegevoegde waarde voor de patiënt. Het inzetten van e-health in plaats van de huidige vorm van zorg moet daarom gecontroleerd gebeuren.

Andere voorbeelden van substitutie-initiatieven zijn de inzet van optometristen bij de behandeling van macula degeneratie en de opleiding en inzet van huisartsen bij de behandeling van dermatologische klachten.

Diverse UMC's focussen zich meer op de derdelijnszorg en brengen de basiszorg terug. Dit gebeurt in overleg met omliggende huisartsen, zodat zij beter kunnen doorverwijzen. Daarnaast houden UMC's de wachttijd voor de niet-complexe electieve en planbare tweedelijnszorg op kunstmatige wijze hoog. De UMC's informeren patiënten hier ook over. Huisartsen kunnen via Zorgdomein zien wat de wachttijden zijn voor derdelijnszorg.

Ziekenhuizen geven aan dat zij nog wel bekostigingsproblemen tussen de 'schotten' tweede en eerste lijn zien die een obstakel vormen voor substitutie van zorg. Dit leidt er volgens de ziekenhuizen soms toe dat substitutieprojecten vroegtijdig worden stopgezet. Zorgverzekeraars beamen dit. Wij vinden dat schotten tussen de eerste en tweede lijn geen belemmering mogen vormen voor substitutie.

2.5 Tijdelijke en structurele afhankelijkheden

Aanbieders van msz kunnen te maken krijgen met zowel interne als externe afhankelijkheden die van invloed kunnen zijn op wachttijden. De oorzaken en invloed van de externe afhankelijkheden kunnen van tijdelijke of structurele aard zijn.

2.5.1 Tijdelijke oorzaken

Ziekenhuizen hebben te maken met tijdelijke factoren die wachttijden beïnvloeden. Dergelijke overschrijdingen van de Treeknormen zijn ook in de analyse terug te zien met name bij de specialismen cardiologie, kaakchirurgie en dermatologie. Deze specialismen vallen met hun landelijke gemiddelde binnen de Treeknormen, maar de NZa constateert wel in een aantal regio's overschrijdingen van tijdelijke aard.

De tijdelijke oorzaken waarmee ziekenhuizen bijvoorbeeld te maken krijgen zijn tijdelijke sluiting van een afdeling, maar ook uitval van artsen door (langdurige) ziekte of zwangerschapsverlof. Ziekenhuizen geven aan dat vanwege de soms krappe arbeidsmarkt het niet altijd mogelijk is om op korte termijn of voor een bepaalde periode een vervangende arts in te zetten, waardoor een uitgevallen arts de wachttijden (tijdelijk) kan doen stijgen.

2.5.1.1 Seizoentrends

Ook zien ziekenhuizen bepaalde seizoentrends in de wachttijden. Over het algemeen is de zomer wat rustiger, maar neemt in het najaar en winter de drukte toe. Dit is mogelijk te relateren aan bijvoorbeeld het griepseizoen en winters weer, maar daarnaast ook aan de zogeheten 'wenswachtenden' die bepaalde behandelingen liever niet in de zomerse maanden laten uitvoeren. Het komt ook voor dat patiënten wachten met zorg totdat zij door hun eigen risico heen zijn en voor het einde van het jaar nog een afspraak proberen te maken. Dit leidt tot een verschuiving in de vraag naar het tweede deel van het jaar.

2.5.1.2 Afbouw capaciteit naburige aanbieder

Verschillende ziekenhuizen geven aan in hun wachttijden terug te zien als een zorgaanbieder in de buurt met tijdelijke problemen kampt, waardoor de capaciteit tijdelijk beperkt is. Daarnaast zijn expliciet de afbouw van de bedden capaciteit, sluiting van poliklinieken en het afstoten van bepaalde zorgvormen genoemd. De verschuiving levert dan een grotere toeloop van patiënten op. Deze toeloop wordt met name een knelpunt indien de omliggende ziekenhuizen niet goed op de hoogte zijn van het afstoten van zorg door een naburig ziekenhuis. Hierdoor kan er onvoldoende worden geanticipeerd op de toeloop van patiënten, bijvoorbeeld door aanvullend budget af te spreken met de zorgverzekeraar en/of extra capaciteit en personeel aan te trekken.

2.5.2 Structurele afhankelijkheden

Naast tijdelijke oorzaken zijn ziekenhuizen ook afhankelijk van ontwikkelingen waar zij zelf (op korte termijn) geen invloed op kunnen uitoefenen. Zo zien wij dat er op het moment landelijk bij bepaalde specialismen een structureel tekort is aan medisch specialisten. Veel ziekenhuizen lopen daar tegen aan. Dit tekort speelt vooral bij maag-, darm-, leverartsen en allergologen.

2.5.2.1 Krappe arbeidsmarkt in krimpgebieden

Met name ziekenhuizen in krimpgebieden van Nederland geven aan dat zij te maken hebben met een krappe arbeidsmarkt in hun regio's. Dit geldt met name voor Noord-Oost Nederland. Zij ervaren regelmatig moeite bij het aantrekken van nieuwe medisch specialisten of om deze voor langere tijd in dienst te houden. Wat ook meespeelt is het soort ziekenhuis. Zo gaat de voorkeur van jonge medisch specialisten vaak uit naar topklinische ziekenhuizen, waar ook complexere zorg wordt geleverd, boven een algemeen (streek)ziekenhuis, waar met name basiszorg wordt geleverd. In deze streekziekenhuizen moeten zij, vanwege de vaak relatief kleine maatschappen relatief veel wachtdiensten draaien. Daarnaast zijn er weinig mogelijkheden voor verdere specialisatie.

Ook in de data-analyse is te zien dat in sommige regio's het aanbod achter blijft (bijvoorbeeld bij allergologie en oogheelkunde), terwijl voor hetzelfde specialisme in een andere regio wel voldoende aanbod is. Het lijkt dan eerder te liggen in verdeling van het aanbod over het hele land dan een algemeen tekort aan medisch specialisten. Opvallend hierbij is dat de specialistendichtheid volgens het Capaciteitsorgaan in Noord-Oost Nederland relatief hoog is, terwijl daar wel de grootste krapte bestaat. Onduidelijk is waardoor deze discrepantie wordt veroorzaakt. Mogelijk is er sprake van minder efficiënte zorgverlening of is er sprake van een relatief hoge zorgzwaarte.

2.5.2.2 Opleidingscapaciteit

Als oorzaak voor het door de ziekenhuizen benoemde tekort aan medisch specialisten noemen ze een aantal keer het voorspellend vermogen van het Capaciteitsorgaan. Uit informatie van het Capaciteitsorgaan blijkt dat er in het algemeen wel voldoende instroom is bij de opleidingen tot medisch specialist en dat er over enkele jaren voldoende capaciteit beschikbaar is in Nederland. Dit moet er toe leiden dat er binnen twee à drie jaar sprake is van een kleine overcapaciteit op landelijk niveau. Op dit moment is de uitstroom vanuit de opleiding nog onvoldoende.

Een enkele zorgverzekeraar vraagt zich af of de oplossing ligt in meer medisch specialisten, of dat een efficiëntere aanpak nodig is, zoals innovatie en een verschuiving naar de eerste lijn. Dit zou met name het geval zijn voor Noord-Oost Nederland. Dit is in lijn met de ontwikkeling om zorg dicht bij huis plaats te laten vinden en meer in te zetten op eerste en anderhalve lijn-zorg. Eventueel zou ook taakherschikking in de tweede lijn, bijvoorbeeld van medisch specialist naar verpleegkundig specialist, hier aan bij kunnen dragen.

2.6 Registratie van wachttijden

In de gesprekken en uit de data-analyse kwamen ook punten naar voren over hoe wachttijden moeten worden gewogen. Dit betreft vooral de gebruikte manier van registreren, de uitzondering voor acute zorg en de invloed van voorkeuren van patiënten hierop.

2.6.1 Acute zorg

In de registratie van de wachttijden wordt alleen gekeken naar electieve zorg. Acute zorg valt hier niet onder. Hiervoor gelden in principe ook geen wachttijden. Spoed en semi-spoed patiënten krijgen in de regel voorrang, en ziekenhuizen reserveren hiervoor ook plekken. Ziekenhuizen geven aan dat in overleg met de huisarts een patiënt ook eerder kan worden geholpen, indien dit nodig is.

2.6.2 Wenswachtende

Zowel bij het maken van een afspraak op de polikliniek als een afspraak voor een behandeling, wordt in de registratie geen rekening gehouden met zogenoemde 'wenswachtenden'. Bij het maken van de afspraak op de polikliniek heeft dit overigens geen invloed op de geregistreerde wachttijden, omdat uit wordt gegaan van de zogenaamde derde-agendamogelijkheid waarop de afspraak kan worden gepland en niet het moment van de daadwerkelijke afspraak.

Voorbeelden van behandelingen waarbij wenswachtenden een rol spelen zijn knieprotheses en spataderen. Deze behandelingen zijn planbaar en meestal niet acuut. Bij dergelijke behandelingen kiezen patiënten er regelmatig voor om ver vooruit te plannen. Hiermee kan de geregistreerde wachttijd voor deze behandelingen tot ver boven de Treeknorm oplopen.

Een andere vorm van wenswachtenden zijn patiënten die graag naar een specifiek ziekenhuis of alleen naar een bepaalde arts willen. Dit kan er voor zorgen dat de wachttijden bij een ziekenhuis oplopen. De patiënten accepteren deze extra wachttijd, terwijl bij een andere zorgaanbieder in de buurt wellicht veel eerder plek is.

Dit betekent dat formeel de Treeknorm wordt overschreden, maar dat is de expliciete wens van de patiënt. Zolang hij goed geïnformeerd is over zijn rechten en mogelijkheden hoeft dit geen probleem te zijn.

In de praktijk worden patiënten lang niet altijd actief gewezen op alternatieven in de regio, of de mogelijkheid van zorgbemiddeling via de zorgverzekeraar. Zo blijkt uit de enquête van Motivaction (zie bijlage 2), onder 500 mensen die ziekenhuiszorg hebben gehad, dat slechts een derde van deze mensen informatie heeft ontvangen over wachttijden zonder hier zelf naar te hebben gevraagd. Ook blijkt uit het onderzoek dat de ondervraagde msz-gebruikers, die goed op de hoogte zijn van de regels, vaker actief kijken bij welk ziekenhuis zij het snelst terecht kunnen. Bereidheid om te wachten en het niet actief op zoek gaan naar

een kortere wachttijd, hangt dus ook samen met het niet bekend zijn met de regels omtrent wachttijden.

2.6.3 Wijze waarop gemeten wordt

Voor de registratie van de wachttijd voor een afspraak op de polikliniek en voor diagnostiek, wordt uitgegaan van het derde mogelijke moment waarop een afspraak kan worden gepland in de agenda. Dit is een prospectieve registratie. De registratie van de wachttijd voor een behandeling, wordt automatisch berekend aan de hand van de mediaan van de momenten waarop de afspraken hebben plaatsgevonden in de afgelopen drie maanden. Dit is een retrospectieve registratie. In de huidige regeling is de wachttijd voor één behandeling de tijd (in dagen) tussen het moment van openen van het deeltraject en het uitvoeren van de behandeling binnen dat deeltraject (artikel 4.4). Vanwege de berekeningswijze kunnen deze beide vormen van registratie afwijken van de daadwerkelijke wachttijd op het moment van het maken van een afspraak. Dit kan zowel tot een over- als een onderschatting leiden.

2.6.4 Inconsistente registratie

Daarnaast bestaat ook het risico van onjuiste of inconsistente registraties. Dit heeft ook invloed op de weergegeven wachttijden. Uit de interviews met ziekenhuizen is gebleken dat de vastlegging van wachttijden op verschillende manieren plaatsvindt. Zo kan het registreren van wachttijden door verschillende personen, maar ook op verschillende momenten worden uitgevoerd. Ook bestaat er af en toe nog onduidelijkheid over het registreren in dagen of weken. Dit kan tot zowel een overschatting als een onderschatting van wachttijden leiden.

Voor de retrospectieve registratie van wachttijden die bij behandelingen gehanteerd wordt, geldt dat de werkelijke wachttijd geregistreerd wordt. Echter, worden ook hierbij geen nuancerende factoren meegenomen of geregistreerd, zoals bijvoorbeeld de voorkeur van de patiënt bij het inplannen van een afspraak. Dit betekent dat het feit dat er formeel Treeknormen overschreden worden, niet automatisch betekent dat een zorgverzekeraar niet voldoet aan de zorgplicht.

2.6.5 Kunstmatige wachttijd/sturing

In de interviews met ziekenhuizen zijn de afspraken met de zorgverzekeraars een aantal keer als aandachtspunt naar voren gekomen. Als het ziekenhuis plafondafspraken met zorgverzekeraars dreigt te overschrijden, besluiten sommige ziekenhuizen om hun (over)productie te remmen door patiënten langer te laten wachten, of de wachttijden op de website en Zorgdomein hoger weer te geven dan ze in werkelijkheid zijn. Ziekenhuizen geven aan hiervoor te kiezen, omdat overproductie vaak grotendeels voor eigen rekening komt.

Verder hebben we gezien dat enkele ziekenhuizen wachttijden kunstmatig hoog houden om zo de vraag naar zorg te remmen die naar hun oordeel niet binnen het profiel van het ziekenhuis valt.

2.7 Treeknormen nog passend?

De zorgplicht, en daarmee ook de toegankelijkheid van zorg, is een open norm. Voor de vraag of een open norm ingevuld dient te worden, hebben

wij een afwegingskader² ontwikkeld. Voor de wachttijden heeft dit kader er toe geleid dat de NZa de Treeknormen in haar toezichtkader zorgplicht heeft opgenomen. Met inachtneming van dit afwegingskader kunnen de Treeknormen nader worden ingevuld.

De sector heeft in gezamenlijk overleg de Treeknormen vastgesteld. Dit is gedaan om afspraken te maken over tijdige zorg voor patiënten die op een wachtlijst stonden. De gestelde Treeknormen zijn destijds voor alle specialismen hetzelfde afgesproken. De vraag die gesteld zou kunnen worden is of het hanteren van één en dezelfde Treeknorm voor alle specialismen nog aansluit bij de praktijk.

Het is goed dat er Treeknormen bestaan om wachttijden te monitoren, maar meerdere ziekenhuizen geven aan dat meer differentiatie in de Treeknormen wenselijk zou zijn. Voor sommige specialismen en afspraken is een Treeknorm van vier weken wellicht wat kort, terwijl voor bepaalde behandelingen een Treeknorm van zeven weken juist eigenlijk weer te lang is. Zo zou er onderscheid gemaakt kunnen worden in specialismen, of type behandelingen bij het vaststellen van Treeknormen. Ook kan dan meegewogen worden in hoeverre de zorg in de buurt moet zijn of dat er bereidheid is voor deze zorg te reizen.

Verschillende zorgverzekeraars geven ook aan dat, ondanks dat het bestaan van de Treeknormen als een goed richtpunt worden gezien, in hun ogen de wachttijden voor behandelingen op één hoop worden geveegd. Er wordt geen rekening gehouden met de aard van een behandeling. Zo is het wenselijk om mensen met kanker zo snel mogelijk te helpen, terwijl er ook behandelingen zijn waarbij conservatief behandelen ook tot goede resultaten leidt. Een voorbeeld hiervan is de non-invasieve behandeling van hernia's. Aan de andere kant wordt ook aangegeven dat de Treeknormen in hun huidige vorm een belangrijke signaalfunctie hebben.

² Brief NZa aan de minister van VWS inzake Treeknormen GGZ van 22 december 2016, kenmerk 227012/311036

3. Conclusie en vervolg

De NZa constateert dat de wachttijden in de msz de afgelopen jaren stijgen. Bij 8 specialismen zijn de wachttijden voor de polikliniek landelijk gestegen tot boven de Treeknormen. De gemiddelde wachttijd tot de polikliniek bedraagt in 2016 voor neurologie en neurochirurgie 4,1 weken. De hoogste gemiddelde wachttijd bedraagt 6,6 weken, voor allergologie.

De wachttijden zijn opgelopen ondanks afspraken in het hoofdlijnenakkoord dat de partijen zich tot het uiterste inspinnen om de zorg binnen de Treeknormen te blijven leveren. Te lange wachttijden zijn onwenselijk voor de patiënten. Zij hebben het recht om tijdig passende zorg te ontvangen. Om deze reden is de NZa gaan kijken naar mogelijke oorzaken van de wachttijden om deze, waar nodig, aan te pakken.

Het onderzoek laat een beeld zien met veel factoren die invloed hebben op de wachttijden in de msz. Deze factoren zijn:

- Regie en probleemeigenaarschap. We zien dat er te weinig sprake is van een proactieve gezamenlijke aanpak van wachttijden bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- Ketenproblematiek. Partijen geven aan problemen te ondervinden bij de aanpak van knelpunten in de keten als gevolg van drukte op de SEH en schotten in de bekostiging.
- Tijdelijke en structurele afhankelijkheden. Voorbeelden hiervan zijn seizoentrends waardoor wachttijden aan het eind van het jaar oplopen, onvoldoende afstemming rond afbouw van capaciteit bij naburige aanbieders en de krapte op de arbeidsmarkt in krimpgebieden.
- De registratie van wachttijden die niet altijd juist en volledig is. Aan de andere kant laat het onderzoek zien dat niet elke overschrijding van de Treeknorm direct een probleem voor de patiënt oplevert. In bepaalde gevallen komt het voor dat de overschrijding van de Treeknorm expliciet op aangeven van de patiënt plaatsvindt. Bijvoorbeeld als de patiënt er voor kiest de zorg uit te stellen tot een voor hem passend moment.

Doordat er sprake is van veel factoren is er geen eenduidige verklaring te geven voor de toegenomen wachttijden sinds 2013 en ook geen eenduidige oplossing mogelijk.

3.1 Integraal plan

Om deze reden ziet de NZa de oplossing voor de te lange wachttijden op de polikliniek en enkele behandelingen in een integraal plan, waar zorgaanbieders, patiënten, zorgverzekeraars en overheid gezamenlijk aan zet zijn. Ons plan van aanpak bevat acties richting alle verantwoordelijke partijen, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars primair aan bod zijn. De NZa zal sturen op samenwerking en dit ook faciliteren.

Het plan bestaat uit vier punten waarop actie moet worden ondernomen:

- verbetering van de informatiepositie van de burger;
- verbetering van de registratie van wachttijden;
- afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar;
- substitutie en verkeerde beddenproblematiek.

3.1.1 De geïnformeerde burger

Het is cruciaal dat burgers weten waar zij recht op hebben en wat hun mogelijkheden zijn. Zij moeten weten wanneer er sprake is van een te lange wachttijd en wat zij hieraan kunnen doen. Ze moeten hier actief op gewezen worden. Dan kunnen zij een goede afweging maken tussen snelle zorg of een iets langere wachttijd voor een behandeling door de arts van hun keuze. Hier ligt een belangrijke taak voor alle betrokkenen.

Daarom:

- Verwachten wij van zorgaanbieders dat, wanneer bij het inplannen van de afspraak de Treeknorm wordt overschreden, zij hun patiënten informeren over de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar³. Wij hebben het voornemen deze verplichting vast te leggen in de regeling wachttijden⁴.
- verwachten wij dat zorgverzekeraars de mogelijkheden tot zorgbemiddeling proactief onder de aandacht van hun verzekerde brengen. Burgers mogen daarbij geen drempels of belemmeringen ervaren. Als wij signalen krijgen dat dit wel het geval is, zullen wij alle maatregelen treffen die nodig zijn om de belemmeringen weg te nemen.
- Ontwikkelt de NZa een brochure om burgers informatie te geven over hun rechten die voortvloeien uit de zorgplicht van zorgverzekeraars. De NZa zal dit breed verspreiden.
- Tevens roepen wij patiënten op zich bij de NZa te melden indien zij ondanks bemiddeling door de zorgverzekeraar geen tijdige zorg krijgen of hebben gekregen. In het kader van het geïntensiveerde toezicht op meldingen, zal de NZa iedere individuele melding bekijken en indien nodig voorleggen aan de zorgverzekeraar.

3.1.2 Verbetering van registreren en publiceren van wachttijdgegevens

Om te weten waar en of er problematische lange wachttijden zijn, zijn volledige en accurate gegevens over de actuele wachttijden bij een zorgaanbieder essentieel. Wachttijdinformatie is namelijk bedoeld om de burger te ondersteunen in het vinden van tijdige zorg. Het is daarom onwenselijk als deze informatie onjuist of onvolledig is, of zelfs kunstmatig hooggehouden wordt om patiëntenstromen te sturen.

Daarom:

- Zijn ziekenhuizen en ZBC's, conform de Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg, verplicht wachttijdinformatie juist en volledig te publiceren. De NZa zal hier strenger op toe zien en zal, indien noodzakelijk, handhaven.
- Om beter op een correcte wachttijdregistratie te kunnen toezien hebben wij het voornemen om zorgaanbieders te verplichten de wachttijden rechtstreeks aan de NZa te laten aanleveren per 2018.
- Indien de huidige Treeknormen volgens het veld niet meer voldoen, stimuleren wij het veld om hierover met elkaar het gesprek aan te gaan. De Treeknormen zijn immers destijds ook door de veldpartijen samen afgesproken. De NZa zal deze gesprekken graag faciliteren en gaat hierover graag met partijen in dialoog. In deze context gaan we de huidige registratiewijze van wachttijden voor behandeling in overleg met partijen per 2018 verbeteren. We zullen de wachttijd gaan definiëren als de

³ Brief NZa inzake Informatieplicht overschrijding Treeknormen van 24 mei 2017, kenmerk 244049/344806

⁴ NR/REG-1728

tijd tussen het moment dat een patiënt met de arts besluit (= 'ordermoment') dat de behandeling/operatie noodzakelijk is en het daadwerkelijk uitvoeren van de behandeling/operatie.

3.1.3 Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken op dit moment afspraken over hoe om te gaan met de wachttijden. Zorgverzekeraars leggen de monitoring vaak neer bij de zorgaanbieder. Het is immers de zorgaanbieder die een eventuele overschrijding als eerste kan constateren. Aan de andere kant geven zorgaanbieders aan dat hier zelden proactief actie wordt ondernomen door de zorgverzekeraars.

De NZa constateert op basis van de gesprekken dat de partijen vooral naar elkaar wijzen voor wat betreft de oplossing. In plaats van dat zij gezamenlijk, in het belang van de patiënt/verzekerde, een passende oplossing proberen te vinden. De zorgverzekeraars hebben de zorgaanbieders nodig voor tijdige signalering, maar dit betekent niet dat zij het probleem kunnen verleggen naar de zorgaanbieder. We zien op dit moment bij enkele zorgverzekeraars initiatieven om de regie te nemen bij de aanpak van wachttijden, maar ook dat hier nog ruimte voor verbetering zit.

De NZa vraagt zorgverzekeraars en aanbieders:

- Bij de contractering afspraken te maken over het terugdringen van en omgaan met wachttijden. En deze afspraken proactief en gezamenlijk te blijven monitoren en bovendien met elkaar te komen tot oplossingen in het belang van de patiënt.
- Bij deze overleggen gezamenlijk ook invulling geven aan gewijzigde patiëntstromen, bijvoorbeeld als gevolg van veranderend aanbod in de regio. Daarnaast stilstaan bij mogelijke seizoensinvloeden op de patiëntenstroom en hoe deze goed te ondervangen. Indien de samenwerking tot mogelijke mededingingsproblemen leidt kunnen zij dit aan ACM voorleggen.

De NZa zal in gesprekken met aanbieders en zorgverzekeraars kijken in hoeverre hier invulling aan wordt gegeven. Daar waar dit onvoldoende gebeurt zal de NZa de mogelijkheden onderzoeken om te handhaven bij zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar.

3.1.4 Substitutie en verkeerde bedden problematiek

Substitutie van zorg naar de eerste lijn of naar bijvoorbeeld ZBC's ziet de NZa als een belangrijk instrument wat kan bijdragen aan het terugdringen of voorkomen van lange wachttijden. We zien veel initiatieven om door substitutie te komen tot gepaste tijdige zorg. Soms komen initiatieven niet van de grond of worden ze afgebroken door schotten in de bekostiging en gebrek aan capaciteit bij medisch specialisten.

Substitutie is ook een belangrijk onderdeel van het hoofdlijnenakkoord msz 2018⁵. Waarmee partijen zich committeren om gezamenlijk in te zetten op zorg op de juiste plek. Ook de NZa is voorstander van substitutie van de tweede naar de eerste lijn.

- De NZa zal in 2018 de gecontracteerde substitutieafspraken gaan monitoren of deze ook daadwerkelijk leiden tot verplaatsing van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en dus tot het feitelijk leveren van minder zorg in de tweede lijn.

⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2017/06/08/addendum-2018-onderhandelaarsakkoord-medisch-specialistische-zorg-2018>

- De NZa zal substitutie-initiatieven zoveel mogelijk ondersteunen. Als er sprake is van bekostigingsproblemen roepen we partijen op om met concrete casus de NZa te benaderen, zodat we de mogelijkheden kunnen bekijken hiervoor oplossingen te vinden.

Drukkere SEH's door de toename aan ouderen hebben gevolgen voor de planbare/electieve zorg. Doordat medisch personeel nodig is voor de SEH, kan er mogelijk minder planbare zorg worden ingeroosterd. Bovendien liggen ouderen soms op een ziekenhuisbed, terwijl dit niet de juiste plek is. De NZa doet onderzoek naar de (toegankelijkheid van) acute zorg in Nederland. In dit onderzoek wordt deze problematiek betrokken. Dit onderzoek kan aanleiding geven voor acties specifiek gericht op het verbeteren van de toegankelijkheid van acute zorg. De rapportage is voorzien na de zomer.

Ziekenhuizen kunnen hier veel in betekenen door regiogesprekken met de andere partijen in de zorgketen te gaan en blijven voeren. Zorgverzekeraars kunnen hier ook een (regie)rol in nemen, indien knelpunten niet zonder de hulp van de zorgverzekeraar opgelost kunnen worden.

3.2 Regionale aandachtspunten rondom de arbeidsmarkt

Ten slotte wil de NZa nog aandacht vragen voor regionale knelpunten op de arbeidsmarkt. Gedurende gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars en uit de data-analyse kwam naar voren dat in bepaalde regio's in het noorden en oosten van het land de wachttijden hoger opliepen. Dit betreft met name de regio's waar een krimp van de bevolking en toenemende vergrijzing plaatsvindt. Aanbieders en zorgverzekeraars gaven aan dat dit een gevolg was van een mismatch op de arbeidsmarkt.

Ook het Capaciteitsorgaan heeft aangegeven dat er sprake is van lokale arbeidsmarktproblematiek, waarvoor uitbreiding van de opleidingscapaciteit geen oplossing is. Het opleiden van extra medisch specialisten, is immers geen oplossing als deze niet in de betreffende regio's gaan werken.

Op korte termijn roept de NZa zorgaanbieders, in zowel de eerste als tweede lijn, en zorgverzekeraars op, in de regio in overleg te gaan. Bij een aantal partijen zien we goede initiatieven om arbeidsmarktproblematiek in de krimpregio's aan te pakken. Denk hierbij aan centralisering van zorg in de regio, samenwerking met de anderhalve lijn en substitutie. We stimuleren zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders dergelijke initiatieven voort te zetten en waar mogelijk te intensiveren.

Arbeidsmarktknelpunten zijn complex en niet eenvoudig op te lossen, en vergen daarom ook inzet van andere partijen dan alleen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Wij zien dat de afgelopen jaren expliciet beleid is gevoerd voor krimpregio's. Verder zien wij dat de veldpartijen problemen in krimpregio's willen aanpakken. In de hoofdlijnenakkoorden hebben veldpartijen en de Minister afspraken gemaakt over de arbeidsmarkt. Wij adviseren daarom de knelpunten in de regio Noord-Oost Nederland in deze context te betrekken.

4. Bijlagen

Bijlage 1: Wachttijden per specialisme, NZa, 27 juni 2017, uitkomsten data-analyse wachttijden per specialisme voor het vierde kwartaal van 2016.

Bijlage 2: Wachttijden in de ziekenhuiszorg, Motivaction, 16-12-2016, Onderzoek naar de houding van patiënten ten aanzien van de wachttijden in de ziekenhuiszorg, de ervaring met wachttijden en de bekendheid met zorgbemiddeling en de regels rondom maximale wachttijden.