

De invloed van wachttijden in de curatieve sector op de duur van het ziekteverzuim

J.T. van Wolde¹

Summary

Waiting-periods in institutional medical care in Holland are known to contribute substantially to sickness absence. However, until now costs of this absence can only be roughly estimated. Most estimations rely on data obtained in the 1970-1980 period and are thought not to be valid any more. Monitoring waiting-periods is also difficult because no instruments are readily available.

This study was performed to develop such an instrument and to get a first impression of waiting-periods in 1993. Results show that the financial impact of waiting-periods is much less than commonly estimated, although our results are probably biased by the nature of the population we investigated: health care-workers.

Inleiding

De wachttijdenproblematiek is een complexe materie waarin tal van actoren met uiteenlopende belangen zijn betrokken (Kroonen, 1992). De *verzekerde* betaalt premie om verzekerd te zijn van (tijdige) zorg in geval van ziekte, maar blijkt in de praktijk vaak lang te moeten wachten op een medische behandeling. De *ziektekostenverzekeraar* draagt zorg voor (tijdige) hulpverlening ingeval van ziekte. Deze zorgplicht is tegen betaling uitbesteed aan zorgverleners, waaronder de curatieve sector. De *uitvoeringsorganen sociale verzekeringswetten* dragen zorg voor de uitkering. De *arbo-diensten* hebben een controlerende en begeleidende taak in geval van ziekte van een werknemer. De *werkgever* betaalt meer *zw*-premie dan zonder wachttijden het geval zou zijn. Sedert 1 januari 1993 wordt premiedifferentiatie toegepast, de ziektewetpremie is hierbij gekoppeld aan het ziekterisico. Ook draait de werkgever op voor loondoorbetaling in geval van ziekte gedurende de eerste 2 of 6 weken. Het is dus in het belang van de werkgever dat de wachttijden zo kort mogelijk zijn. De *zorgaanbieder* verleent medische, maar als gevolg van wachttijden, in een aantal gevallen géén tijdige hulp in geval van ziekte. De *huisarts* verwijst vaak door zonder goed rekening te (kunnen) houden met regionale verschillen in wachttijden. De *specialist* is financieel gebaat bij een 'voorraadkamer wachtende patiënten' waaruit hij zijn inkomsten kan putten. De *overheid* stelt regels voor de uitvoering van het sociale verzekeringspakket en (particuliere) ziektekostenverzekering vast, waarmee zij sturend kan optreden in de wachttijdenproblematiek. Kennis over de wachttijden en de daarmee samenhangende materiële en immateriële kosten is van belang voor de (onderhandelings)positie die de verschillende partijen in de gehele wachttijdenproblematiek innemen. Voor de BVG

is deze kennis van grote waarde bij het nemen van beslissingen over de deelname aan en financiering van projecten en experimenten ter verkorting van wachttijden. De algemene veronderstelling die aan het onderzoek ten grondslag ligt is dat wachttijden een verlengend effect hebben op de duur van het ziekteverzuim. Hierdoor keert de bedrijfsvereniging meer uit dan zonder wachttijden het geval zou zijn. Deze extra uitgaven worden weer doorberekend in de *zw*-premie waarvoor hoofdzakelijk de werkgever opdraait. Bovendien bestond het vermoeden dat langdurig zieke *zw*-verzekerden door wachttijden een verhoogde kans hebben om in de *WAO* te belanden. In dit kader zouden wachttijden in de gezondheidszorg ook kunnen worden beschouwd als een obstakel bij de inspanningen om te komen tot beheersing van het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Door het ontbreken van actuele onderzoeksgegevens werd in de discussies tussen de diverse betrokken partijen over het ziekteverzuim standaard uitgegaan van 20% die zou worden veroorzaakt door wachttijden in de curatieve sector. Men baseerde zich hierbij op een tweetal onderzoeken, t.w. een onderzoek van Tordoir (c.s.) dat in 1978 onder 862 langdurig zieke *GAK*-verzekerden in de randstad werd uitgevoerd en een onderzoek van gelijke strekking dat in 1983 door Soeters onder 213 ziekteverzuimers (waarvan 137 *GAK*-verzekerden, 35 van de zelfstandige bedrijfsverenigingen en 41 ambtenaren) in Limburg werd gehouden (Soeters, 1983; Tordoir, 1978). Hoeveel geld met wachttijden vandaag de dag precies is gemoeid bij de bedrijfsvereniging(en), was echter niet goed bekend. De schattingen voor de *zw* liepen uiteen van 200 tot 40 miljoen gulden op jaarbasis. Een aantal werkgeversorganisaties, uitvoeringsorganen en 'de politiek' meenden zelfs dat het landelijk gezien nog wel meer zou zijn. Zij schatten de totale kosten op enkele 'honderden miljoenen' tot 'een paar miljard'. Om meer duidelijkheid te krijgen in deze situatie is de BVG begin 1993 aangevangen met het wachttijdenonderzoek. Doel van dat onderzoek was meer inzicht en recent cijfermate-

1. BVG, afdeling Onderzoek en Statistiek, Utrechtseweg 30-32, Postbus 276, 3700 EA Zeist, tel. 03404-49649.

riaal over de wachttijdenproblematiek te verkrijgen en een onderzoeksmethode te ontwikkelen waarmee wachttijden meer betrouwbaar dan voorheen het geval was, kunnen worden gemeten.

Methodie

Een uitgebreide literatuurstudie, overleg met (wachttijd)onderzoekers van diverse onderzoeksinstituten, deelname aan symposia, een 'pilot-onderzoek wachttijden' waren onderdeel van het ontwikkelingsproces tot de inmiddels landelijk uitgevoerde methode voor het meten van wachttijden. Uitgangspunt bij dat ontwikkelingsproces was zoveel mogelijk gebruik te maken van de bestaande (bedrijfs)infrastructuur en informatiesystemen. In dit kader is in eerste instantie gezocht naar informatiebronnen waaruit de benodigde wachttijdgegevens konden worden afgeleid. Uit deze informatiebronnen-analyse bleek al spoedig dat betrouwbare wachttijdgegevens en technieken om wachttijden te meten een schaars produkt was en dat het belangrijkste deel van de vereiste wachttijdgegevens het best door middel van een 'eigen wachttijdenpeiling' via verzekeringsgeneeskundigen onder hun cliënten kon worden verkregen. Na een testfase in Amsterdam is de methode landelijk van start gegaan. Via een netwerk van rayonmanagers en rayonverzekeringsgeneeskundigen is de wachttijdenpeiling bij 17 rayonkantoren van de bedrijfsvereniging (die verspreid over Nederland zijn gesitueerd) voorbereid.

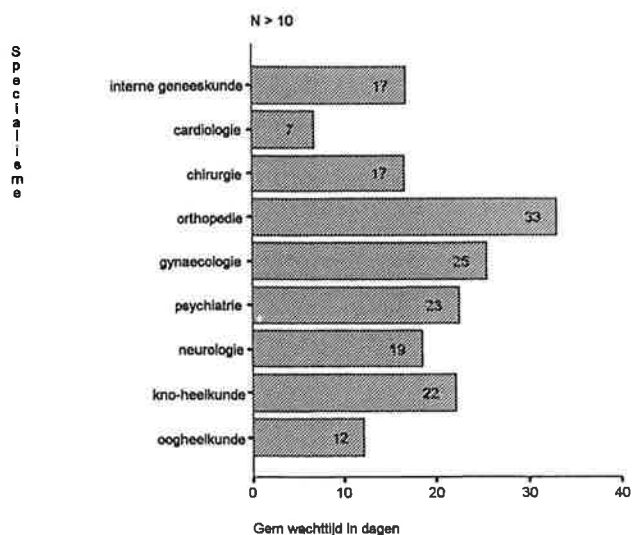
De meting zelf werd uitgevoerd door 77 verzekeringsgeneeskundigen die enige maanden de gegevens met betrekking tot de wachttijden van hun cliënten bijhielden. In het totaal zijn 1026 aanmeldingen tweede lijn verdeeld over 518 patiënten in kaart gebracht. Met behulp van die gegevens zijn de gemiddelde wachttijden naar type specialisme, diagnosegroep, regio, soort instelling en type doorverwijzing berekend. Ook is een raming gemaakt van de extra uitgaven-zw die met wachttijden zijn gemoeid.

De verzekeringsgeneeskundigen werden verzocht:

- In een vooraf aangegeven periode op een door hem of haar zelf aselekt te kiezen dag, per verzekerde bezoeker die al in contact is gekomen met de tweede lijn, een 'enquêteformulier wachttijdenonderzoek' in te vullen.
- Aan het eind van deze dag een aantal algemene gegevens m.b.t. de wachttijden, op een bijgevoegd 'verzamel-formulier' te vermelden en alle tot dan toe ingevulde formulieren in de bijgevoegde retourenvelop aan de onderzoeksafdeling te retourneren.
- De resterende enquêteformulieren in de daaropvolgende dagen op te gebruiken door per verzekerde cliënten die voor de eerste keer in contact komt met de tweede lijn, een enquêteformulier in te vullen en in het medisch dossier bij te voegen. Bij elk vervolfbezoek op dit formulier de nieuwe gegevens te vermelden.
- Bij herstel of beëindiging van ziekte gevolgd door werkhervatting of bij instroom WAO, dit enquêteformulier per post aan de onderzoeksafdeling van de uitvoerende instelling te retourneren.

Uit de op deze manier verzamelde gegevens werden de wachttijden vanuit de optiek van de bedrijfsvereniging geanalyseerd. Het zijn wachttijden waaraan de verzekerdenpopulatie (bij ziekte of ongeval, op niet medische gronden) onderhevig is, en als gevolg hiervan is onttrokken aan het arbeidsproces. De verkregen cijfers geven dus géén landelijk representatief beeld van de wachttijden waaraan de Nederlandse bevolking onderhevig is.

Diagram 1: Weergave van de gemiddelde wachttijd per specialisme, weergegeven bij 10 waarnemingen



Resultaten

Van alle personen die bij de verzekeringsartsen op bezoek kwamen (gemiddeld vierdeweeks ziekmeldingen) had 21% te maken met wachttijd zoals die door de bedrijfsvereniging wordt opgevat. De gemeten wachttijden onder de BVG-verzekerde werknemers bleken in veel gevallen korter dan aanvankelijk werd gedacht. De gemiddelde wachttijd over alle werknemers die - bij ziekte of een ongeval - een beroep doen op een behandeling in de curatieve sector, bedroeg 22 kalenderdagen. In diagram 1 zijn de gemiddelde wachttijden per specialisme in beeld gebracht. Opgemerkt moet worden dat de betrouwbaarheid van de gemeten waarden sterk kan worden beïnvloed door het aantal waarnemingen per groep. Hoe minder waarnemingen des te groter zijn de betrouwbaarheidsmarges ofwel de mate waarin toeval een rol kan spelen.

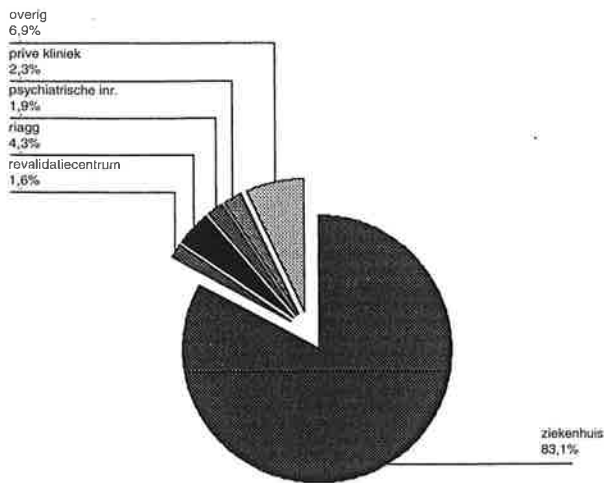
Een overwegend grote standaard deviatie geeft aan dat de individuele scores (wachttijden) in hoge mate van elkaar binnen dezelfde groep (specialisme) verschillen en afwijken van de gemiddelde groeps waarde (diagram 2). Hierdoor kan pas bij een grote hoeveelheid waarnemingen de gemiddelde wachttijd met een hoge mate van nauwkeurigheid worden vastgesteld. Alleen de groepen orthopedie en neurologie bleken significant (5% significantieniveau) van elkaar te verschillen ($F = 1,91, p = 0,021$). Op grond van deze analysesresultaten kon de veronderstelling dat de wachttijden tussen de diverse specialismen onderling significant verschillen, maar ten dele worden bevestigd. Verder werd geconstateerd dat meer dan 43% van alle wachttijd ontstond bij de specialismen orthopedie en neurologie.

Diagram 2: Wachttijd cijfers per specialisme

Specialisme	wachttijd in dagen			
	Gem	Std Dev	N	Som #
neurologie	18,6	17,1	116	21,4#
orthopedie	33,1	50,0	67	22,0#
overig	28,4	25,0	48	13,5#
chirurgie	16,7	24,3	44	7,3#
interne geneeskunde	16,9	19,5	42	7,0#
psychiatrie	22,5	20,7	36	8,0#
gynaecologie	25,4	19,2	29	7,3#
kno-heelkunde	22,1	25,9	16	3,5#
cardiologie	6,8	10,0	10	1,7#
oogheelkunde	12,2	21,5	10	1,2#
reumatologie	37,0	22,5	9	3,3#
dermatologie	18,4	12,5	8	1,5#
urologie	25,8	18,9	6	1,5#
radiologie	12,5	13,8	6	7,7#
longziekte	12,8	16,5	4	5,5#
plastische chirurgie	7,0	.	1	1,1#
99	37,0	.	1	1,4#
Totaal gemiddeld	22,2	27,4	453	100,0#

($F=1,91, p=0,021$)

Diagram 3: Verdeling van wachttijd naar soort instelling



Op dezelfde manier zijn wachttijden naar de aard van de aandoening (diagnosegroep), regio, soort instelling en type doorverwijzing in kaart gebracht. Van alle wachttijd trad 83% op bij aanmeldingen voor behandeling in ziekenhuizen (diagram 3), 50% voor het stellen van diagnoses (diagram 4) en 41% bij aandoeningen van het bewegingsstelsel.

Er konden overigens geen significante verschillen tussen de diverse diagnosegroepen, soorten instelling en de regio waar men werd behandeld worden aangetoond.

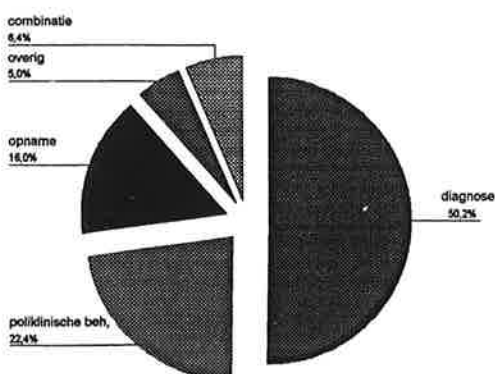
In het totaal werd 14% van de ziekte duur van de onderzochte verzekerden die in behandeling waren bij een of meer specialisten veroorzaakt door wachttijd. Hieruit blijkt dat wachttijden in de curatieve sector inderdaad een verzuimverlengend effect hebben. Op het totale ziekteverzuim van de BVG-populatie bedraagt dit effect echter nog geen 3%.

Een globale raming van de extra uitkeringskosten die door wachttijden onder BVG-verzekerden worden veroorzaakt, bedraagt 31 miljoen op jaarbasis. Extrapoleren we de bevindingen naar een landelijk cijfer dan komen we uit op een bedrag van circa 300 miljoen gulden. Duidelijk is geworden dat de extra uitgaven zw die ontstaan door wachttijden aanmerkelijk lager zijn dan veelal wordt voorgesteld.

Discussie

Door toepassing van deze 'wachttijdenmonitor' is het nu mogelijk om, op basis van actuele wachttijd cijfers, een 'kostenplaatje' te schetsen en die kosten blijvend te volgen. Voor de BVG levert dat een instrument op dat kan bijdragen aan een evenwichtig beleid met betrekking tot de deelname aan projecten en experimenten ter verkorting

Diagram 4: Verdeling van wachttijd naar type doorverwijzing



van de wachttijden. Het is een methode die - met kleine aanpassingen - ook bij andere uitvoeringsorganen, landelijk kan worden toegepast. Voordeel van de ontwikkelde methode is dat op pragmatische wijze en met geringe kosten de wachttijden via het netwerk van verzekeringsartsen of de arbo-diensten retrospectief kunnen worden gemeten. Er zijn echter ook enkele beperkingen waarvan men zich rekenschap moet geven. Een eerste beperking is het tijdstip van de meting en de manier van het meten. Zo vond de hier beschreven wachttijdenpeiling voor een groot deel plaats in de maanden juni en juli. Het is bekend dat juist in deze (vakantie-)periode het ziekteverzuim verhoudingsgewijs lager is dan de rest van het jaar. Het vermoeden is dat de wachttijd cijfers door deze seizoensinvloeden, maar ook door de wijze van wachttijdmeting onder alleen die verzekerde werknemers die zonder medische noodzaak waren onttrokken aan het arbeidsproces, enigszins naar beneden toe zijn beïnvloed. Ook bestaat het vermoeden dat juist BVG-verzekerden in veel gevallen lange wachttijden voor behandeling weten te omzeilen. Men weet nu eenmaal vaak beter de weg in 'het land van de gezondheidszorg' dan vele anderen. Het is dan ook mogelijk dat de hier gemeten wachttijden lager zijn dan de landelijke cijfers. Landelijk geïntegreerd wachttijdenonderzoek zou hierover meer inzicht kunnen bieden. Daarentegen is het onduidelijk in hoeverre de gemeten wachttijden vermijdbaar zijn en in welke mate bij verkorting van de wachttijd vervroegde werkhervatting plaatsvindt. Experimenteel onderzoek met een controlegroep en een voorname meting, kan hierover meer inzicht verschaffen. De oplossing van het wachttijdenprobleem is niet (alleen) vanuit de richting van de sociale verzekeringswereld te verwachten. Na invoering van de Tz/Arbo maatregelen, is het wachttijdenprobleem tevens een probleem van de werkgever geworden omdat deze daardoor direct opdraait voor een deel van de kosten van het aandeel wachttijd in het ziekteverzuim. Maar ook de belangen van bijvoorbeeld de ziektekostenverzekeraars, de specialisten, de huisartsen, de overheid en niet op de laatste plaats de patiënten, spelen in de gehele wachttijdenproblematiek een belangrijke rol. Bestrijding van de wachttijden vereist een gecombineerde aanpak vanuit alle betrokken partijen om tot goede resultaten te komen. Het is een zeer complex proces waarin de partijen met ieder hun eigen, soms zelfs tegenstrijdige belangen, zijn betrokken.

Naschrift

Meer informatie over de opzet, uitvoering en bevindingen van het onderzoek is beschreven in het rapport 'Wachttijden gezien door de bril van de bedrijfsvereniging'. Te bestellen bij de BVG, afdeling Onderzoek & Statistiek, telefoonnummer: 03404-49174.

Literatuur

- Appel, N.P., H. Bussemakers; Opnameplanning zorg voor overzicht. In: Ziekenhuis, jaargang 23, nr. 22, 1993 (pp. 1077-1081).
- Bakker, M.P. de; Een arts voor arbeid en gezondheid. Stichting voor Sociale gezondheidszorg, Utrecht 1992.
- Beleidsnotitie FBV: Bijlage XI, behorende bij de agenda voor de bijeenkomst van de CVV, 14 april 1993.
- Beleidsnotitie FBV: Bijlage I, behorende bij de agenda voor de bijeenkomst van de CVV, 1 december 1993.
- BVG-jaarverslag, 1992.
- Epker, W.H.; Vg en curatieve sector; contacten tussen verzekeringsgeneeskundigen van de bedrijfsverenigingen en de curatieve sector. FBV-rapport nr. 86-01. Gemeenschappelijk Administratiekantoor, Amsterdam 1986.
- Kroonen, A.P.M.G., J.W. Blom, E.S.M. Goosen, E.W. Roscam Abbing; Wachttijsten in de ziekenhuizen fase II; Systematische analyse m.b.v. checklist en indicatoren. KU Nijmegen 1992.
- Kroonen, A.P.M.G., E.W. Roscam Abbing; Wachttijsten en belangen. Medisch contact, jaargang 48 / 12 november 1993.

- Pool, J.J. en B.P. Surie; Passen en meten; 10 jaar beleidsonderzoek voor de bedrijfsverenigingen. Alphen aan den Rijn 1991.

- Segers, J.H.G. en J.A.P. Hagedaars; Methoden voor de sociale wetenschappen; Technieken van causale analyse. Deel II. Van Gorcum, Assen 1990.

- Soeters, J.; Patiënt, gezondheidszorg en langdurige ziekte; Een onderzoek onder 213 langdurige zieke werknemers in Zuid-Limburg. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1983.

- Tordoir, W.F., M.M. van der Klauw en C.M.J. van Manen-Boeckstein; Project 'Gezondheidszorg en lange ziekteduren' (rapport III). Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg/TNO, Leiden 1978.

- Zwan, A. van der (e.a.); Gezondheidszorg in tel; Strategische heroriëntatie gezondheidszorg. NZI, Utrecht 1993. ■