

SYNTHESE

HOE WACHTTIJDEN IN DE GEZONDHEIDSZORG METEN?



SYNTHESE

HOE WACHTTIJDEN IN DE GEZONDHEIDSZORG METEN?

NADIA BENAHMED, PASCALE JONCKHEER, RENATE ZEEVAERT, BENEDICTE VOS, LAURENCE KOHN



■ VOORWOORD

België beschikt in veel opzichten over een efficiënt gezondheidssysteem. Maar hoe staat het met de wachttijden voor een consultatie bij een zorgverlener, voor medische beeldvorming of voor geplande chirurgie, waar dit rapport over gaat?

Wat wordt er precies bedoeld met wachttijden? Het is duidelijk dat de impact ervan op de klinische resultaten sterk varieert, afhankelijk van de behoefte aan zorg en het type en de ernst van de aandoening. De wachttijden hangen ook af van de specialismen, de beschikbaarheid van zorgverleners en de omvang van de zorgvraag. Variaties zijn ook mogelijk door een suboptimale verdeling van bepaalde specialiteiten in het land. Een wachttijd tussen een eerste consultatie en een geplande operatie is vaak aanvaardbaar en soms zelfs nuttig. Maar is het acceptabel dat sommige patiënten weken moeten wachten om een specialist te zien, terwijl hun prognose kan afhangen van hoe snel ze behandeld worden? Hoe kunnen we de toegankelijkheid, een heel waardevol aspect van ons gezondheidssysteem, het beste aanpakken? Zijn er in België bepaalde beleidsmaatregelen nodig, gezien de vele vragen die het concept van de wachttijden oproepen? En wat zouden de doelstellingen zijn? Essentieel zou zijn om de evolutie van de wachttijden te kunnen evalueren en opvolgen. Dit zou een vorm van gegevensverzameling en -registratie vereisen, en de betrokkenheid van verschillende actoren, om het geheel in de praktijk te brengen. Maar is het allemaal de moeite waard?

Op verzoek van de FOD Volksgezondheid bogen KCE-onderzoekers zich over deze netelige kwestie. Doel was om na te gaan welke elementen nodig zijn waarop men beleidsbeslissingen kan baseren om de zorgorganisatie te verbeteren. Tot nu toe werden de wachttijden in ons land, net als in andere Europese landen, niet of nauwelijks gemeten. Elk zorgsysteem heeft zijn eigen specifieke kenmerken. Welke praktijken van onze buurlanden kunnen voor ons een bron van inspiratie zijn? En op een meer lokaal niveau, welke initiatieven werden er al in België genomen en welke lessen kunnen we daaruit trekken?

Zoals u kunt zien, weerspiegelen de vele vragen de complexiteit van deze veelzijdige kwestie. In dit rapport proberen we ze een voor een aan te pakken, de problemen te identificeren, de gevolgen in te schatten en passende strategieën voor te stellen, om verder te werken aan een steeds toegankelijker gezondheidszorgsysteem.

Christophe JANSSENS
Adjunct directeur

Ann VAN DEN BRUEL
Algemeen Directeur



■ **SYNTHESE**

INHOUDSOPGAVE

■	VOORWOORD	1
■	SYNTHESE	2
1.	WAAROM DEZE STUDIE?	4
1.1.	STERK UITEENLOPENDE DEFINITIES	4
1.2.	ONDERZOEKSVRAGEN EN METHODOLOGIE	4
2.	WAT KUNNEN WE LEREN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR...?	5
2.1.	...OVER DE METHODEN VOOR HET METEN VAN WACHTTIJDEN	6
2.2.	...OVER DE IMPACT VAN WACHTTIJDEN OP DE GEZONDHEID VAN PATIËNTEN	6
2.2.1.	Kanker	7
2.2.2.	Geestelijke gezondheid	8
2.2.3.	Aandoeningen die chirurgie vereisen	8
2.2.4.	Andere aandoeningen	8
2.3.	...OVER DE IMPACT VAN WACHTTIJDEN OP DE KOSTEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG	8
2.4.	...OVER STRATEGIEËN OM WACHTTIJDEN TE VERMINDEREN	8
3.	WELKE WACHTTIJDMETINGEN WERDEN ER AL UITGEVOERD IN BELGIË?	11
3.1.	SYSTEMATISCHE METINGEN	11
3.2.	METINGEN VIA EEN ENQUÊTE	12
3.2.1.	Gezondheidsenquête Sciensano	12
3.2.2.	Enquête over het evenwicht tussen vraag en aanbod van artsen door de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen	12
3.2.3.	Enquête over wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen	12
3.2.4.	Beperkingen	12
3.3.	METING AAN DE HAND VAN FACTUURGEGEVENS	13



3.3.1.	Analyse van wachttijden voor medische beeldvorming en cataractoperaties (IMA).....	13
3.3.2.	Analyse van wachttijden als indicatoren voor de kwaliteit van kankerzorg (KCE)	13
3.3.3.	Beperkingen.....	14
4.	WAT KUNNEN WE LEREN UIT DE ERVARINGEN VAN ANDERE LANDEN?	14
5.	WAT VINDEN DE ZORGVERLENERS VAN HET METEN VAN WACHTTIJDEN?	16
6.	WELKE STRATEGIEËN VOOR HET METEN VAN WACHTTIJDEN IN BELGIË?.....	18
6.1.	DOELSTELLINGEN GEGEVENSVERZAMELING	18
6.1.1.	Doelstellingen gedeeld door de beleidsmakers volksgezondheid op alle bevoegdheidsniveaus	18
6.1.2.	Specifieke doelstellingen van de federale overheid.....	18
6.1.3.	Specifieke doelen van de deelstaten	19
6.2.	CONCRETE VOORSTELLEN VOOR HET METEN VAN WACHTTIJDEN IN BELGIË.....	19
6.2.1.	Doelstellingen gegevensverzameling	19
6.2.2.	Algemene principes voor het meten van wachttijden.....	19
6.2.3.	Kenmerken van een gegevensverzameling aangepast aan het Belgische gezondheidszorgsysteem.....	20
6.2.4.	Organisatie van gegevensverzameling	22
6.2.5.	Oprichting van de koepelstructuur "Commissie Wachttijdbewaking"	24
6.2.6.	Evaluatie van de procedure voor het meten van wachttijden.....	26
6.2.7.	Onderzoek naar problemen als gevolg van wachttijden	26
6.2.8.	Financiering van het meten van wachttijden	26
■	AANBEVELINGEN.....	28



1. WAAROM DEZE STUDIE?

In tegenstelling tot andere OESO-landen meet België de wachttijden voor de toegang tot zijn gezondheidszorg niet. Bijgevolg wordt België door de Europese instellingen beschouwd als een land zonder wachttijden. Dit is op zijn zachtst gezegd verrassend voor de Belgische patiënten die lang moeten wachten op een afspraak met een arts. Het is dan ook voor ons land de moeite waard om de wachttijden in de gezondheidszorg goed in kaart te brengen. Op die manier kunnen de gezondheidsinstellingen de nodige infrastructuur en menselijke middelen goed geïnformeerd inplannen en kunnen ze de wachttijden in ons land vergelijken met die in het buitenland.

De huidige studie doet een eerste stap in die richting. **De belangrijkste doelstelling is nagaan of het haalbaar is om de wachttijden in de Belgische gezondheidszorg te meten, en op welke manier dit kan worden gedaan.** De studie werd uitgevoerd op vraag van de FOD Volksgezondheid.

1.1. Sterk uiteenlopende definities

Er bestaat **geen standaarddefinitie van** het begrip 'wachttijd'. Tussen het eerste contact van een patiënt met het zorgsysteem en de behandeling van het gezondheidsprobleem zijn er verschillende periodes die men als wachttijd kan beschouwen (wachten op de eerste afspraak, op toegang tot beeldvorming, op chirurgie, enz.) De manier waarop deze gemeten en gerapporteerd worden, verschilt ook aanzienlijk tussen landen, type instellingen, urgentieniveaus, enz. Er worden ook verschillende meeteenheden toegepast (gemiddelde of mediane wachttijd, aantal of percentage patiënten die langer wachten dan een bepaalde cut-off tijd of een bepaald percentiel, aantal patiënten of tijdsduur op een wachtlijst, enz.).

Meer informatie over de concepten van wachttijd vindt u in hoofdstuk 1 van het wetenschappelijke rapport.

1.2. Onderzoeksvragen en methodologie

Omwillen van de talrijke definities van het begrip wachttijd, beslisten we om ons te focussen op de haalbaarheid van een systeem om wachttijden tijdens het zorgtraject te meten. Het gaat meer bepaald over **wachttijden voor een afspraak met een zorgverlener, voor een diagnostische procedure (beeldvorming) of voor een programmeerbare (electieve) chirurgische interventie^a**.

Dit betekent dat het wachten *tijdens de* zorgverlening (bv. de wachttijd in de wachtkamer van een praktijk of op de dienst spoedgevallen) buiten het bestek van deze studie vallen. Op dezelfde manier vallen de wachttijd op een plaats in een woonzorgcentrum, op een orgaan voor transplantatie en strategieën van *watchful waiting* in de oncologie buiten het bestek van dit rapport. Ook de responstijden voor hulpdiensten (MUG/PIT^b) maken geen deel uit van deze studie.

We hebben getracht de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Bestaan er momenteel initiatieven om de wachttijden in België te meten?
2. Welke obstakels en faciliterende factoren ervaren zorgverleners bij het verzamelen van gegevens over wachttijden? We bestudeerden drie casussen:
 - o Wachttijd voor een raadpleging bij een wettelijk erkende zorgverlener;

^a Programmeerbare of electieve chirurgie: deze termen verwijzen naar niet-spoedeisende chirurgie die kan worden ingepland (of zelfs geannuleerd) zonder onmiddellijk gevaar voor de gezondheid van de patiënt.

^b MUG: mobiele urgentiegroep; PIT: Paramedisch Interventie Team



- Wachtijd voor medische beeldvorming met een technologie die deel uitmaakt van de federale planning of programmatie (CT-scan, MRI, PET-CT, PET- MRI, SPECT-CT);
 - Wachttijden voor een aantal electieve chirurgische ingrepen.
3. Hoe worden wachttijden in andere landen gemeten?
 4. Wat is de impact van wachttijden op de gezondheidsresultaten van patiënten en op de zorgkosten?
 5. Welke strategieën worden gebruikt om de wachttijden voor raadplegingen met zorgverleners, voor medische beeldvorming en voor electieve chirurgie te verkorten?
 6. Hoe kunnen gegevens worden verzameld over wachttijden in België voor raadplegingen bij zorgverleners, voor medische beeldvorming en voor electieve chirurgie?
 - In welke domeinen moeten deze gegevens prioritair worden verzameld? Welke raadplegingen met zorgverleners, medische beeldvorming en electieve chirurgische procedures moeten worden gemeten?
 - Wat zijn de obstakels en faciliterende factoren voor het verzamelen van gegevens over wachttijden in de intramurale en extramurale sector?
 - Hoe moet het verzamelen van gegevens worden georganiseerd?

Om deze vragen te beantwoorden, voerden we een **narratief literatuuronderzoek uit** (hoofdstuk 2 van het wetenschappelijk rapport), een **internationale vergelijking op basis van** gegevens uit officiële rapporten van overheidsinstanties (hoofdstuk 3 van het wetenschappelijk rapport) en een inventaris van initiatieven voor wachttijdmetingen in België (hoofdstuk 4 van het wetenschappelijk rapport). Daarnaast voerden we een **kwalitatieve studie** uit bij zorgverleners in de Belgische gezondheidszorg (hoofdstuk 5 van het wetenschappelijk rapport).

De informatie die we met deze onderzoeksmethoden verzamelden, hebben we vervolgens geanalyseerd en besproken met een groep experts (zie colofon). Dit leidde tot een aantal voorstellen (hoofdstuk 6 van het wetenschappelijk rapport).



2. WAT KUNNEN WE LEREN VAN DE WETENSCHAPPELIJKE LITERATUUR...?

We voerden een narratieve review uit van de literatuur (tussen 2019 en april 2023) uit landen in Europa, Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland. We includeerden systematische reviews en meta-analyses, evenals primaire studies. Vanwege de narratieve aard van de review werd de kwaliteit van de geïnccludeerde publicaties niet beoordeeld.

In hoofdstuk 2 van het wetenschappelijke rapport wordt gedetailleerd beschreven hoe de publicaties werden geselecteerd en de inhoud beoordeeld.

2.1. ...over de methoden voor het meten van wachttijden

We identificeerden 30 studies over methoden om wachttijden te meten. Vierentwintig van deze studies gingen over de toegang tot gezondheidszorg **in het verleden** (retrospectieve studies), terwijl de overige zes de toegang in de **toekomst** evalueerden (prospectieve studies).

Retrospectieve evaluaties meten de tijd die nodig is voor een afspraak met een zorgverlener voor een diagnose (beeldvorming of klinische beoordeling) of een behandeling (chirurgisch of niet-chirurgisch). De definitie van wachttijd varieert sterk naargelang de onderzochte aandoening of dienst. Over het algemeen analyseert men routinegegevens uit reeds bestaande databanken. Sommige studies zijn echter gebaseerd op gegevens die bewust werden verzameld: hetzij door zorgverleners in ziekenhuizen, hetzij via een enquête bij een representatieve steekproef van de bevolking, of via een systeem dat informatie over wachttijden verzamelt. We vonden ook een studie over het volledige traject van prostaatkankerpatiënten (d.w.z. vanaf het eerste contact met een arts tot het begin van de kankerbehandeling).

In **prospectieve evaluaties** worden alle wachttijden gemeten voor een afspraak met een zorgverlener. Hiervoor wordt de '*mystery patient*'-methode gebruikt: fictieve patiënten, van wie de kenmerken in een gedetailleerde klinische fiche worden beschreven, vragen om een afspraak bij een zorgverlener of voor een medische procedure.

We vergeleken de twee soorten evaluaties met elkaar en stelden het volgende vast:

- Een retrospectieve evaluatie maakt het mogelijk om een groot aantal gebeurtenissen en een brede waaier aan gezondheidsdiensten te bestuderen - en zelfs wachttijden te meten tijdens het hele traject van de patiënt - terwijl een prospectieve evaluatie beperkt is tot de specifieke aanvraag van de *mystery patient*.
- In prospectieve studies maken de klinische fiches het mogelijk om wachttijden te meten in een precieze en gestandaardiseerde context en om verschillende potentiële versturende factoren te testen, zoals de mate van urgentie. Bij retrospectieve studies is het daarentegen alleen mogelijk om de wachttijden te interpreteren op basis van de potentiële versturende factoren die beschikbaar zijn in de gebruikte database. Dit kan leiden tot subjectieve interpretaties.
- Prospectieve evaluaties geven de huidige wachttijden weer, en retrospectieve studies de wachttijden uit het verleden. Dit kan een vertekend beeld geven omdat de situatie ondertussen gewijzigd kan zijn, door veranderingen in de zorgorganisatie of de technologische vooruitgang.



2.2. ...over de impact van wachttijden op de gezondheid van patiënten

We identificeerden 44 primaire studies (waarvan de overgrote meerderheid observationeel was) en 5 systematische reviews. We selecteerden de observationele studies, ook al was hun opzet niet geschikt om het causaal verband vast te stellen, omdat het ethisch betwistbaar zou zijn om gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) te gebruiken om de impact van wachttijden te meten. De algemene kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs moet daarom als laag tot zeer laag worden beschouwd. De conclusies in dit hoofdstuk moeten dan ook met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

2.2.1. Kanker

We selecteerden 27 studies met een grote verscheidenheid aan types kanker en met zeer heterogene definities van wachttijd. Weinige houden rekening met de mogelijke vertekeningen die specifiek zijn voor kanker (zie Tekstkader 1). Het is daarom onmogelijk om algemene conclusies te trekken over de impact van een uitgestelde behandeling op het verloop van de ziekte. Idealiter wordt een dergelijke impact per ziekte bestudeerd, met behulp van een model dat rekening houdt met alle mogelijke vertekeningen.

Het is wel bewezen dat het meten van wachttijden een belangrijke rol speelt bij het beoordelen van de zorgkwaliteit bij kanker.

Tekstkader 1 – Potentiële vertekeningen die specifiek zijn voor kanker

In het geval van kanker zorgen een aantal factoren waarschijnlijk voor een paradoxaal verband tussen langere wachttijden en betere resultaten:

- *Wachttijd paradox*: Patiënten met ernstigere/agressievere vormen van kanker krijgen sneller zorg, maar hebben toch een slechtere prognose. Als voor deze vertekening niet wordt gecontroleerd, worden korte wachttijden geassocieerd met slechtere uitkomsten dan lange wachttijden.
- *Vertekening door het tijdstip van diagnose*: Vroege ontdekking van kanker leidt schijnbaar tot een langere overleving, ook al heeft deze vroege diagnose geen enkele impact op het verloop van de ziekte.
- *Vertekening in verband met de duur van de ziekte*: Patiënten met agressievere vormen van kanker kunnen overlijden vóór de diagnose of het begin van de behandeling; zij kunnen daarom ondervertegenwoordigd zijn in cohorten met lange wachttijden.

Andere vertekeningen kunnen verband houden met de aanpassing voor versturende factoren:

- Meetbare versturende factoren (leeftijd of BMI) en niet-meetbare versturende factoren (factoren die niet eerder zijn geïdentificeerd als mogelijk versturend en daarom niet zijn gemeten) kunnen systematisch verschillend zijn tussen patiënten met een korte wachttijd en patiënten met een langere wachttijd. Resterende heterogeniteit kan blijven bestaan na randomisatie of matching.
- Aanpassing voor tussentijdse resultaten kan de associatie met het finale resultaat maskeren.



2.2.2. Geestelijke gezondheid

We identificeerden twee studies: één over peripartum depressie^c en één over depressieve stoornis. Beide toonden aan dat een wachttijd een **negatief effect** had op de onderzochte parameters.

2.2.3. Aandoeningen die chirurgie vereisen

De 11 studies naar de invloed van wachttijden voor chirurgische zorg gaan over een brede waaier aan procedures (hart-, orthopedische, bariatrische, gynaecologische, NKO- en neurochirurgie) met verschillende meeteenheden van wachttijd en resultaten die verschillende richtingen uitgaan. Hierdoor kunnen we geen conclusies te trekken over de algemene impact van vertraagde chirurgie op de gezondheid van patiënten.

2.2.4. Andere aandoeningen

Vier primaire studies en 2 systematische reviews onderzochten de mogelijke gevolgen van wachttijden vóór medische beeldvorming, een klinische beoordeling, de opstart van een behandeling, of vóór een eerste afspraak met een kinesitherapeut. Alle studies wezen erop dat een langere wachttijd een **negatief effect** had op de bestudeerde parameters. Uitzondering was één studie die geen verslechtering van pijn liet zien bij patiënten met coxartrose of gonartrose tijdens de wachttijd voor een orthopedisch consult. Aan de andere kant werd in een studie bij patiënten met urineleiderstenen vastgesteld dat een CT-re-evaluatie vóór een operatie nodig is, als de tijd tussen diagnostische beeldvorming en operatie meer dan 60 dagen bedraagt, omdat de patiënt de stenen ondertussen spontaan kan hebben uitgeplast.

2.3. ...over de impact van wachttijden op de kosten van de gezondheidszorg

Er zijn weinig studies over de impact van wachttijden op de zorgkosten, waarschijnlijk omdat de relatie tussen wachttijden en gezondheidsuitkomsten niet duidelijk is. Daarom kunnen we hierover geen enkele conclusie trekken.

2.4. ...over strategieën om wachttijden te verminderen

We identificeerden in de recente literatuur 16 strategieën om wachttijden te verminderen (die vaak in combinatie met elkaar worden gebruikt). Ze worden kort uitgelegd in Tekstkader 2.

Tekstkader 2 – Verschillende strategieën om wachttijden te verminderen (niet-limitatieve lijst)

Strategieën aan de aanbodzijde:

- **Taakoverdracht:** het overdragen van bepaalde taken of diensten, meestal uitgevoerd door artsen, aan andere zorgverleners (verpleegkundig specialisten, paramedici) of niet-medisch personeel.
- **Optimaliseren van de timing van diagnostische tests:** Diagnostische procedures kunnen uitgevoerd worden voor- of nadat de patiënt is doorverwezen naar een specialist (bv. een lange wachttijd voor een afspraak met de specialist kan gebruikt worden om bepaalde diagnostische tests al uit te voeren). Diagnostische procedures kunnen ook worden gecombineerd en uitgevoerd worden in een zogenaamde '**one-stop clinic**', waar verschillende onderzoeken samen met een raadpleging op dezelfde dag plaatsvinden.

^c Depressie tijdens de zwangerschap of in de eerste vier weken na de bevalling



- **Maximale wachttijd:** Het invoeren van een maximale wachttijd voor de levering van een dienst kan aanbieders aanmoedigen hun aanbod te vergroten om aan de doelstelling te voldoen. Deze strategie wordt vaak gecombineerd met prioriteringsmaatregelen (i.e. maximale wachttijd in functie van de urgentie). Er worden vaak andere strategieën ingevoerd om de doelstelling te halen, zoals *Rapid Access Clinics* (zie hieronder), openbaar maken van de wachttijden, enz.
- **Verbetering van de administratieve efficiëntie :** bv. het verbeteren van de planning van afspraken of de methoden om afspraken te maken.
- **Meer middelen:** ofwel door uitbreiding van de dienst (personeel, ruimte, aantal bedden) of door uitbesteding (bv. samenwerking tussen een publiek en privaat ziekenhuis, gebruik van apparatuur van een MRI-onderzoeksprogramma, enz.).
- **Reorganisatie van het operatiekwartier:** het verhogen van de efficiëntie bij de bezetting van operatiekamers door wijzigingen aan het tijdstip, de plaats of de manier waarop procedures worden uitgevoerd.
- **Financiering:** een financiële beloning voor zorgverleners onder of zonder bepaalde voorwaarden, in de vorm van een eenmalige verhoging of een verhoging van de basisfinanciering.

Strategieën aan de vraagzijde:

- **Triage:** beoordeling van patiënten om na te gaan of ze voor een bepaald type zorg in aanmerking komen, of prioritering op basis van de behoeften van de patiënt, om de vraag te filteren en alleen de noodzakelijke diensten te verlenen.
- **STAT - *Specific timely appointment for triage*:** dit toegangs- en triagebeheermodel wordt in Australië gebruikt op afdelingen waar patiënten meerdere afspraken hebben.

- **Vrije keuze van zorgverlener voor patiënten:** de vrije keuze van huisarts of specialist (dus zonder *gatekeeping!*) kan leiden tot concurrentie op basis van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.
- **No-show beleid:** maatregelen om het aantal patiënten dat niet komt opdagen voor hun afspraak te verminderen. No-shows- leiden tot een toename van de vraag (behoefte aan een nieuwe afspraak) en een afname van de productiviteit (ongebruikte tijdslots).
- **Vermindering van algemene anesthesie:** vermindering van het aantal ingrepen onder algehele anesthesie om de behoefte aan personeel, ruimte en tijd in de operatiekamer en andere middelen te verminderen.

Strategieën voor vraag- en aanbodzijde:

- **Telegeneeskunde:** het gebruik van moderne communicatietechnologieën om *face-to-face* bezoeken te verminderen en te vervangen door efficiëntere teleraadplegingen (tussen zorgverlener(s) en patiënt of tussen zorgverleners onderling), of om de efficiëntie van de verwijzingen van patiënten te verbeteren en de vraag naar onnodige zorg te verminderen.
- **Rapid Access Clinics (RAC):** snelle toegangsklinieken voor problemen waarbij de wachttijd tot behandeling cruciaal is, om de wachttijden voor mensen in risicosituaties te verminderen. Deze strategie combineert een specifiek klinisch zorgpad met snelle toegang voor degenen die zorg het meest nodig hebben.
- **Complexe interventies:** een combinatie van meer dan twee van de bovengenoemde strategische interventies, maar ook van andere elementen, zoals het monitoren en aanpassen van wachtlijsten, zorgpaden, triagerichtlijnen, patiëntenvoorlichting, preventie, enz. Complexe interventies vormen vaak een onderdeel van projecten om



de zorgkwaliteit te verbeteren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van *Plan-Do-Study-Act* (PDSA)-cycli of *lean* methoden^d.

- **Open of geavanceerde toegang:** deze aanpak geeft de voorkeur aan 'patiëntgerichte planning' in plaats van aan vooraf gemaakte afspraken. Op die manier, krijgen patiënten gezondheidszorg op het moment van hun keuze. Iedereen krijgt een afspraak op de dag dat ze contact opnemen of binnen een paar dagen. Triage wordt tot een minimum beperkt, omdat iedereen een afspraak krijgt, of het nu gaat om dringende of routinematige zorg.

Er bestaan vele verschillende strategieën om wachttijden te verminderen, maar ze werden niet allemaal formeel onderzocht, en dus niet opgenomen in onze analyse. Soms worden twee of meer strategieën gecombineerd, maar meestal zonder de impact van de verschillende elementen afzonderlijk te evalueren. Bovendien zijn dergelijke combinaties vaak ontwikkeld in een zeer specifieke lokale context (ziekenhuis, dienst) en kunnen ze niet automatisch geëxtrapoleerd worden naar nationale initiatieven om wachttijden te verminderen.

We vonden heel weinig studies over **eerstelijnszorg** en de resultaten zijn gemengd. Er kunnen dan ook geen eenduidige conclusies worden getrokken.

Voor **specialistische zorg** zijn de meest onderzochte strategieën telegeneeskunde en taakoverdracht, en deze hebben overwegend positief resultaat. Taakoverdracht wordt vaak gecombineerd met andere strategieën, zoals triage, telegeneeskunde of een '*one-stop-clinic*'.

In de **oncologische zorg** is de meest onderzochte strategie de *Rapid Access Clinic*, eventueel gecombineerd met een maximale wachttijd. Deze strategie wordt meestal geassocieerd met een verkorting van de wachttijden, maar de resultaten zijn variabel, afhankelijk van het bestudeerde tijdsinterval (tijd tot diagnose of tijd tot behandeling), het specialisme, of het type behandeling. In één geval zagen we een toename van de tijd tot behandeling, maar een afname van de tijd tot diagnose, wat resulteerde in een ongewijzigde totale wachttijd.

In de **geestelijke gezondheidszorg** zijn de meest bestudeerde strategieën complexe interventies die meestal een onderdeel zijn van algemene kwaliteitsverbeteringsprojecten of *lean* methoden. Complexe interventies kunnen bestaan uit het op punt stellen van de wachtlijst, het verbeteren van de administratieve efficiëntie, triageprocedures (eventueel met richtlijnen), een zorgpad voor de patiënt, enz... Over het algemeen kan het effect van elk element niet afzonderlijk worden beoordeeld, noch het katalytische effect van de ene interventie op de andere.

De resultaten van andere strategieën variëren en hangen vooral af van de context waarin ze worden bestudeerd. Sommige **verminderen de wachttijden**. In de eerstelijnszorg zijn dit o.a. de financiering of open toegang. In de specialistische zorg geldt dit voor een 'no-show' beleid of triage (in de oncologie), en financiering of administratieve efficiëntie (in de geestelijke gezondheidszorg). De uitbreiding van het personeelsbestand, patiënten een vrije keuze van specialist geven of de timing van de diagnose optimaliseren in 'one-stop clinics' hebben ook een gunstig effect in de specialistische zorg. Deze vaststellingen komen echter uit observationele studies en moeten daarom met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

^d *Lean* methoden vinden hun oorsprong in de industriële sector. Ze omvatten een aantal operationele filosofieën en methoden die maximale waarde voor patiënten moeten creëren, door verspilling en verwachtingen te verminderen.

Om dit doel te bereiken, moet het gedrag en de cultuur van de zorgorganisatie veranderen, zodat de middelen efficiënt worden ingezet ten voordele van de patiënt.



Andere strategieën geven **tegenstrijdige resultaten**. De STAT-strategie (*Specific timely appointment for triage*) toonde een positief effect in een RCT van eerstelijnszorg, maar een observationele studie van specialistische zorg (aanpak van epilepsie) stelde zeer weinig tot geen vermindering van wachttijden vast, afhankelijk van het type raadpleging. Er werden ook uiteenlopende resultaten gerapporteerd voor de herorganisatie van het operatiekwartier of medische beeldvorming, en voor de vermindering van algemene anesthesie. Hetzelfde geldt voor maximale wachttijden in oncologie en geestelijke gezondheidszorg, in combinatie met andere strategieën (RAC of openbaar maken van de wachttijden van de instelling).

Sommige strategieën waren mogelijk ook contraproductief doordat ze de **wachttijden verlengden**, maar dit blijkt uit observationele studies waarvan de opzet ons niet toelaat om een oorzakelijk verband met zekerheid vast te stellen. Voorbeelden hiervan zijn de vrije keuze van huisarts, de '*community care netwerken*' of diagnostische tests vóór verwijzing naar een specialist.

3. WELKE WACHTTIJDMETINGEN WERDEN ER AL UITGEVOERD IN BELGIË?

Hoewel België geen officiële statistieken heeft over wachttijden in de gezondheidszorg, werden er al enkele initiatieven genomen om wachttijden te meten, maar deze waren versnipperd en meestal eenmalig. We identificeerden negen initiatieven. Er waren vier metingen van de wachttijd voor een consultatie bij een zorgverlener, één meting voor een afspraak voor medische beeldvorming en vier voor een behandeling (cataractoperatie, radiotherapie of chemotherapie). Deze initiatieven en hun resultaten bespreken we in detail in hoofdstuk 4 van het wetenschappelijke rapport. Hier beschrijven we enkel de verschillende methoden en hun beperkingen.

Uit onze interviews met Belgische zorgverleners (zie hoofdstuk 5) kwamen ook een aantal lokale initiatieven in ziekenhuizen en privépraktijken naar voor. Geen enkel van deze initiatieven werd echter gepubliceerd in officiële rapporten of *peer-reviewed* tijdschriften, daarom hebben we ze niet in deze studie opgenomen.

3.1. Systematische metingen

De enige systematische meting van wachttijden wordt uitgevoerd in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in Vlaanderen. Deze meting, op basis van de elektronische patiëntendossiers, gebeurt sinds 2007. Ze omvat twee soorten wachttijden: de wachttijd tussen een aanvraag en een eerste face-to-face gesprek bij een CGG, en de wachttijd tussen dit eerste gesprek en het begin van de behandeling.

In 2018-2021 bedroeg de gemiddelde wachttijd voor een eerste *face-to-face* gesprek 50 dagen, en 41 dagen in 2022. De gemiddelde wachttijd tussen het eerste gesprek en de behandeling, daalde van 53 dagen in 2018 naar 48 dagen in 2022. De gemiddelde wachttijd is over het algemeen langer voor kinderen dan voor volwassenen.



3.2. Metingen via een enquête

3.2.1. Gezondheidsenquête Sciensano

Sinds 1997 organiseert Sciensano om de 4 à 5 jaar een enquête bij ongeveer 10.000 personen, een representatieve steekproef van de bevolking. Het doel van deze enquête is om een algemeen beeld te krijgen – en te onderhouden - van de gezondheid de inwoners van ons land. Ze bevat ook een aantal vragen over de perceptie van de respondenten over wachttijden voor afspraken bij huisartsen en specialisten. De meest recente gegevens hebben betrekking op de situatie in 2018^e.

Volgens deze resultaten kon 6,2% van de ondervraagden zonder afspraak bij de huisarts terecht en had 51,7% dezelfde dag nog een afspraak. In 2013 bedroegen deze percentages nog respectievelijk 12,6% en 57,3%, wat wijst op een verslechtering van de onmiddellijke toegang tot een huisarts. Voor de toegang tot specialisten, had 11,6% van de respondenten in 2018 een afspraak op dezelfde dag, maar 48% moest meer dan twee weken wachten, een stijging ten opzichte van 2013 toen dit resultaat nog 38,0% bedroeg. Deze wachttijden werden als problematisch ervaren door 10,2% van de respondenten in 2013 en door 13,5% in 2018.

3.2.2. Enquête over het evenwicht tussen vraag en aanbod van artsen door de Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen

De Planningscommissie Medisch Aanbod - Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen bestuderen het evenwicht tussen vraag en aanbod voor elke medische discipline waarvoor het aantal zorgverleners wordt gepland. In dit kader overweegt de Cel Planning om (te lange) wachttijden te gebruiken als indicator voor een tekort. Ze organiseerde een online enquête bij zorgverleners en instellingen, om na te gaan of het verzamelen van gegevens over wachttijden in vijf specialismen (cardiologie, geriatrie, psychiatrie, gynaecologie en radiologie) haalbaar was. De enquête

richtte zich op niet-spoedeisende raadplegingen en technische procedures, zowel in ziekenhuizen als in privépraktijken. Aangezien deelname vrijwillig was, was de respons vrij laag (23%). De resultaten toonden grote verschillen in wachttijden tussen specialismen en tussen provincies.

3.2.3. Enquête over wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen

Naast de systematische registratie van wachttijden in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen (zie Sectie 3.1) werd op initiatief van de werkgroep Staten-Generaal Geestelijke Gezondheid in 2020 een eenmalige online bevraging uitgevoerd, eveneens in Vlaanderen, in samenwerking met de leerstoel 'Public Mental Health' van de Universiteit Antwerpen. De enquête verzamelde gegevens van 1.600 mensen die de voorbije twee jaar hulp hadden gezocht voor geestelijke gezondheidsproblemen, voor zichzelf of voor een kind. In het algemeen waren de gerapporteerde wachttijden langer voor ambulante (gesubsidieerde) zorg dan voor residentiële zorg, en langer voor kinderen en adolescenten dan voor volwassenen. Ongeveer 50% van de ondervraagden had het gevoel dat hun problemen waren toegenomen tijdens de wachttijd.

3.2.4. Beperkingen

Wachttijdmetingen op basis van zelf gerapporteerde schattingen zijn onbetrouwbaar omdat **ze niet objectief zijn** en beïnvloed kunnen worden door herinneringsbias (*recall bias*). Enquêtes met een lage respons zijn ook onbetrouwbaar, omdat ze **niet representatief** zijn. Toch kunnen deze metingen nuttig zijn voor het analyseren van trends, om verslechtingen of verbeteringen vast te stellen. Ze geven ook informatie over hoe patiënten de situatie ervaren.

^e Het laatste onderzoek vond plaats in 2023 en de resultaten worden gepubliceerd in 2025.



3.3. Meting aan de hand van factuurgegevens

3.3.1. *Analyse van wachttijden voor medische beeldvorming en cataractoperaties (IMA)*

Het Observatorium Patiëntenmobiliteit, werd opgericht door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid om de grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit in de Europese Unie te bestuderen. In 2015 vroeg het aan het Intermutualistisch agentschap (IMA) om de haalbaarheid van het meten van wachttijden in België te bestuderen (in het kader van een Europees verzoek om informatie). Het IMA gebruikte facturatiegegevens om de wachttijden te berekenen voor medische beeldvorming en cataractchirurgie.

Voor medische beeldvorming:

De gegevens van alle patiënten die een RIZIV-terugbetaling ontvingen voor een medische beeldvormingsprocedure (CT-scan, MRI of PET-scan) uitgevoerd tussen 2010 en 2015, werden geëxtraheerd. De IMA-onderzoekers probeerden het (laatste) contact met de voorschrijver te traceren tijdens de periode van maximaal een jaar voorafgaand aan de afspraak.

Een vergelijking van de wachttijden in 2010 en 2015 toont een toename van de wachttijden voor alle soorten beeldvorming, met verschillen tussen de regio's. Een aanzienlijk deel van de wachttijden kon niet worden berekend, vanwege het niet-geplande karakter van sommige beeldvormingen en/of doordat sommige onderzoeken onder andere nomenclatuurcodes werden geregistreerd.

Voor cataractoperaties:

De operatiedatum werd gedefinieerd als de datum waarop één (of twee) cataractoperaties werden geregistreerd in de factureringsdatabanken van het RIZIV. De datum van de behandelingsbeslissing werd gedefinieerd als de datum van de laatste consultatie bij een oogarts (of een andere arts) vóór de operatie. Deze methode kan zorgen voor een aanzienlijke vertekening, omdat de laatste raadpleging bij de oogarts soms wordt gebruikt voor preoperatief onderzoek voor een operatie waartoe reeds tijdens een eerdere raadpleging beslist werd.

In 2015 was de gemiddelde wachttijd voor een cataractoperatie 39,7 dagen, een cijfer dat sinds 2010 stabiel is gebleven.

In het geval van electieve chirurgie is een (zeer) korte wachttijd niet noodzakelijk een voordeel. Het kan er zelfs op wijzen dat de indicatie voor een operatie te snel werd gesteld en dat patiënten geen tijd hadden om een geïnformeerde keuze te maken. Aan de andere kant is het belangrijk om te kunnen nagaan of de weinige echt dringende gevallen snel (genoeg) worden behandeld.

3.3.2. *Analyse van wachttijden als indicatoren voor de kwaliteit van kankerzorg (KCE)*

Bij kankerzorg zijn wachttijden zeer belangrijke kwaliteitsindicatoren. Ze werden door het KCE geanalyseerd in rapporten over de zorgkwaliteit voor longkanker, hoofd en halskanker en eierstokkanker^f. Aan de hand van factureringsgegevens van het RIZIV konden de onderzoekers twee soorten indicatoren evalueren:

^f KCE-rapporten 266 (<https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/kwaliteitsindicatoren-voor-de-aanpak-van-longkanker>), 305

(<https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/kwaliteitsindicatoren-voor-de-aanpak-van-hoofd-en-halskanker>) en 357 (<https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/kwaliteitsindicatoren-voor-de-aanpak-van-eierstokkanker>).



- De tijd tot de eerste actieve behandeling, gedefinieerd als het aantal dagen tussen de datum van diagnose (biopsie of beeldvorming) en de startdatum van de behandeling (chirurgie, chemotherapie, radiotherapie of doelgerichte therapie) voor curatieve of palliatieve doeleinden.
- De tijd tot postoperatieve chemotherapie en/of radiotherapie, gedefinieerd als het aantal dagen tussen de datum van de operatie en de startdatum van de postoperatieve chemotherapie en/of radiotherapie.

De ontwikkeling van deze kwaliteitsindicatoren vereiste de koppeling van verschillende gegevensbronnen, van het Belgische Kankerregister, de IMA-databank, de Minimale Ziekenhuisgegevens (FOD Volksgezondheid) en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid. Het uitgangspunt voor de berekening van de wachttijd is de datum van de eerste histopathologische bevestiging van de tumor in de gegevens van het Kankerregister of, indien dat niet het geval is, de datum van de technische procedure of het klinisch onderzoek die tot de kankerdiagnose heeft geleid. Voor elk type kanker is een 'optimaal tijdsinterval' vóór het begin van de behandeling bepaald op basis van gegevens uit de literatuur over 'maximale tijd', d.w.z. de tijd die een patiënt kan wachten op een interventie voordat er bijwerkingen optreden of de gezondheidstoestand verslechtert.

3.3.3. Beperkingen

Er zijn drie belangrijke beperkingen aan factureringsgegevens om wachttijden mee in te schatten:

- De gebruikte gegevens zijn over het algemeen **oud**, omdat het meerdere jaren duurt om ze volledig te verkrijgen en eventueel te koppelen met andere databanken.
- In de factureringsgegevens wordt de datum van de behandelingsbeslissing niet vermeld. Daarom moeten onderzoekers **benaderingen** gebruiken, zoals het laatste gefactureerde consult. Dit kan de inschatting van de wachttijd aanzienlijk vertekenen.
- Doordat de factureringsgegevens en gegevens uit het medische dossier niet gekoppeld zijn, is het onmogelijk om de geschatte wachttijd te interpreteren op basis van **mogelijke versturende factoren** zoals de urgentie, de noodzaak om de procedure uit te stellen om medische redenen (co-morbiditeiten) of om praktische redenen, zoals de beschikbaarheid van zorgverleners, de beschikbaarheid van faciliteiten of de voorkeuren van de patiënt om persoonlijke of professionele redenen.



4. WAT KUNNEN WE LEREN UIT DE ERVARINGEN VAN ANDERE LANDEN?

De wetenschappelijke literatuur geeft ons dus geen gedetailleerd beeld van de manier waarop wachttijden in de praktijk worden gemeten. Daarom besloten we te gaan hoe andere landen dit aanpakken en te bekijken of deze methoden in ons land kunnen worden gebruikt.

We hebben ons geconcentreerd op een aantal landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) die een systeem hebben om wachttijden te meten: Finland, Spanje, Zweden, Nederland, Canada en het Verenigd Koninkrijk (Engeland, Schotland, Wales en Noord-Ierland). We baseerden ons op grijze literatuur en documenten en gegevens van de OESO. Voor elk land interviewden we ten minste één erkende nationale expert inzake wachttijden. De lijst van experts vindt u in het colofon. De methodologische details vindt u in hoofdstuk 3 van het wetenschappelijke rapport, evenals de uitgebreide resultaten per land. De hoofdpunten vatten we hieronder samen.

De procedures voor gegevensregistratie:

- We stelden allereerst vast dat elke directe vergelijking van wachttijden tussen landen (en soms tussen regio's van hetzelfde land) bijzonder moeilijk is, omwille van **de heterogeniteit van de metingen**. Zowel wat betreft hun doel (eerstelijns- of specialistische zorg, beoordeling of behandeling, type ziekte, enz.) als de manier waarop ze gemeten worden (retrospectieve of prospectieve gegevens, parameters, enz.)
- Het doel van deze metingen is tweeledig: een **klinisch doel**, namelijk patiënten tijdige en eerlijke toegang tot zorg bieden, en een **beleidsdoel**, namelijk algemene zorgplanning, benchmarking tussen zorgverleners en deelname aan internationale vergelijkingen.
- De keuze van de **te meten wachttijden** wordt zelden gerechtvaardigd in de documenten. Soms wordt een specifieke aanpak gekozen voor geestelijke gezondheid en kanker.
- Verschillende landen hebben de **verplichte registratie** van gegevens over wachttijden ingevoerd, maar we vonden heel weinig officiële documenten die bepalen welke gegevens verzameld moeten worden, welke instrumenten gebruikt moeten worden, enz. Het is mogelijk dat deze zaken geregeld worden door regionale wetten in landen waar de gezondheidszorg gedecentraliseerd is, maar die hebben we niet kunnen identificeren.
- In alle bestudeerde landen zijn er **maximale** wachttijden vastgesteld en worden overschrijdingen ervan **opgevolgd** (maar zelden bestraft). Er zijn echter aanzienlijke verschillen tussen landen (en soms tussen regio's binnen hetzelfde land), wat verklaard kan worden doordat de maxima meestal niet gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs, maar vaak op consensus. Het opstellen van wachtlijsten, het gebruik van prioriteringscriteria, het voorstellen van alternatieven als de maximale wachttijden (dreigen te) worden overschreden en het belang van het informeren van patiënten over hun rechten zijn belangrijke elementen.
- Gegevens over wachttijden hebben over het algemeen betrekking op een volledig jaar, behalve in Canada, waar een periode van zes maanden als representatief voor het hele jaar wordt beschouwd.
- Alleen Nederland en Zweden verzamelen **prospectieve** gegevens, d.w.z. de verwachte wachttijd voor een toekomstige afspraak. De andere landen meten **retrospectief** een wachttijd die is verstreken of bezig is op het moment dat de gegevens worden verzameld.
- De **kwaliteit van gegevens** over wachttijden wordt over het algemeen **gecontroleerd** door een specifieke instantie, die nationaal of regionaal kan zijn, of door zorgverleners zelf. Sommige landen geven ook **richtlijnen** over hoe dit moet gebeuren. De kwaliteit van de gegevens wordt soms in twijfel getrokken, vooral wanneer er geen onafhankelijke kwaliteitscontrole is. Wanneer gegevensverstrekkers twijfels hebben over de geldigheid en het nut van de gegevensverzameling, kan dit leiden tot een vicieuze cirkel met een verlies aan interesse in de registratie, wat op zijn beurt de geldigheid en het nut van de verzamelde gegevens kan verminderen.



Inzake de **resultaten** geeft geen enkel onderzocht land een volledig en waarheidsgetrouw beeld van de ervaringen van patiënten met wachttijden:

- Geen enkel land meet de volledige wachttijd voor patiënten (van het eerste telefoontje in de eerstelijnszorg tot de eerste behandeling in de specialistische zorg). Alleen Finland en Zweden meten wachttijden in **de eerstelijnszorg**; voor **specialistische** zorg zijn volledige wachttijdmetingen zeer zeldzaam (de meting begint bv. op het moment van de behandelingsbeslissing, wat betekent dat voorafgaande onderzoekstijden niet in aanmerking worden genomen of apart worden gemeten).
- Het **einde van de wachttijd** is niet noodzakelijk synoniem met het ontvangen van zorg. Het kan bv. ook een patiënt zijn die een wachtlijst verlaat omdat hij of zij zich wendt tot de privé-sector. Sommige landen registreren onvoltooide wachttijden (de patiënt wacht nog op zorg op het moment dat de gegevens worden verzameld).
- Sommige landen passen '**pauzes**' toe bij het meten van de wachttijden, bv. wanneer een patiënt niet op een afspraak verschijnt, tijd vraagt om na te denken over een voorgestelde behandeling of niet beschikbaar is vanwege een ander probleem (medisch, sociaal, enz.).
- Gegevens uit de privésector worden meestal niet of onvolledig geregistreerd, maar er bestaan in de openbare gezondheidszorg ook veel 'uitzonderingen' op de regel om wachttijden te registreren.
- Zoals reeds eerder vermeld, zijn de gegevens niet altijd betrouwbaar.

Obstakels en facilitatoren:

- De meest genoemde **obstakels** bij het registreren van gegevens zijn technische problemen met het ICT-systeem, de administratieve last, cognitieve obstakels (bv. verkeerde interpretatie van de manier waarop gegevens moeten worden ingevoerd) en de moeilijkheid om het begin en einde van de te meten wachttijden te kiezen.

- Factoren van technische aard worden het vaakst genoemd als **faciliterende factoren**. Voorbeelden zijn het gebruik van gemeenschappelijke definities, de standaardisatie van het ICT-systeem, flexibiliteit in de manier waarop gegevens kunnen worden verzameld, de automatisering van gegevensextractie en een beveiligd portaal voor gegevensoverdracht. Andere aspecten die worden gewaardeerd zijn de wil tot vereenvoudiging (alleen de noodzakelijke elementen registreren), specifieke richtlijnen, geldigheidscontroles, de actieve betrokkenheid van stakeholders, feedback waardoor gebruikers kunnen zien hoe hun eigen gegevens evolueren, de bewustmaking van het belang van gegevensverzameling, het delen van ervaringen tussen gegevensverstrekkers en de geleidelijke gezamenlijke opbouw van het registratiesysteem.
- In sommige landen is het verplicht **om patiënten te informeren** over wachttijden. Dit kan via de zorgverleners zelf of via de overheid (nationaal of regionaal). Websites worden beschouwd als het belangrijkste medium voor dit soort informatie; sommige bieden toegang tot interactieve gegevens, open-source gegevens, jaarverslagen, enz.
- Er worden ook enkele **mogelijk perverse effecten** beschreven: een risico op ongelijkheid voor patiënten (toegang tot de privésector en tot informatie is moeilijker voor mensen met een lagere sociaaleconomische status), een risico op manipulatie van gegevens voor specifieke belangen (bv. een ziekenhuis kan aantrekkelijker worden als er geen wachtlijst is, maar ook omgekeerd, kan de (hoge) reputatie/faam van een zorgverlener de wachttijd voor een afspraak verlengen). Er is ook een risico dat statistieken door de overheid worden gebruikt zonder dat er echt wordt nagedacht over wat ze betekenen.



5. WAT VINDEN DE ZORGVERLENERS VAN HET METEN VAN WACHTTIJDEN?

In het kader van deze studie wilden we nagaan wat zorgverleners denken van het plan van de Belgische beleidsmakers om een instrument te ontwikkelen voor het meten van wachttijden.

Dit hoofdstuk vat de resultaten van **onze kwalitatieve analyse** samen, waarvoor we een aantal zorgverleners interviewden. We richtten ons op zorgverleners met wie patiënten afspraken kunnen maken en van wie het aantal door de Planningscommissie gecontroleerd kan worden: huisartsen en specialisten, specialisten in mond- en tandzorg (tandartsen, orthodontisten, parodontologen), kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, logopedisten en klinisch psychologen. Voor elke categorie namen we contact op met zorgverleners die in en/of buiten ziekenhuizen werken. De contacten werden gelegd via beroepsverenigingen. In totaal werden 25 interviews afgenomen met 41 personen die 24 sectoren van de gezondheidszorg vertegenwoordigen. De uitgebreide resultaten van deze interviews vindt u in hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport.

De belangrijkste resultaten van de kwalitatieve analyse:

- De **relevantie van** wachttijdmetingen werd in twijfel getrokken, om twee belangrijke redenen: ten eerste, wachttijden doen zich niet voor in alle zorgomgevingen en ten tweede, wanneer er een probleem bekend wordt, zijn de oorzaken meestal ook gekend en moeten deze eerst aangepakt worden alvorens over te gaan tot wachttijdmetingen. Er werden verschillende, reeds bestaande strategieën genoemd om wachttijden te verminderen. Ze kunnen worden toegepast door zorgverleners (bv. samenwerking tussen zorgverleners in dezelfde discipline en regio, triage, tijd voorzien voor dringende gevallen, weigeren van nieuwe patiënten, enz.), door zorgstructuren (bv. meer personeel, mobiliteit van personeel) of door patiënten (bv. meerdere afspraken maken).

- De **definitie van** wachttijd **verschilt aanzienlijk** naargelang de discipline, dienst of patiëntenbehoeften (urgentieniveau, pathologie, enz.). Eén enkele meting zou daarom weinig zin hebben. Integendeel, het zou nodig zijn om voor elke discipline een groot aantal specifieke gegevens te verzamelen. Er werd voorgesteld om per (sub)discipline te werken en verschillende parameters voor patiëntenbehoeften (urgentieniveau, pathologie, verwachte mate van subspecialisatie, vereiste middelen) te testen aan de hand van klinische fiches.
- Vooral de **doelstellingen** voor het meten van wachttijden **moeten worden verduidelijkt**. Dit om de zorgverleners te motiveren en te overtuigen van de toegevoegde waarde van een dergelijke taak (die voor hen een tijdsinvestering en extra werklust betekent). Om moet worden gemeld voor wie deze gegevensverzameling belangrijk is: de beleidsmakers volksgezondheid, het RIZIV, ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken, zorgverleners of patiënten.
- Hoewel de zorgverleners toegeven dat er in bepaalde disciplines of regio's problemen zijn met wachttijden, tonen ze **weinig enthousiasme** voor het idee om gegevens over dit onderwerp in te zamelen, omdat er geen **direct voordeel voor hen is**. In ieder geval zouden er meer middelen voor nodig zijn (tijd, personeel, technische middelen).
- De belangrijkste **voorwaarden** voor elke verzameling van wachttijden, zijn een duidelijke definitie van de doelstellingen, een gepaste keuze van de domeinen waarover gegevens moeten worden verzameld en nauwkeurig gedefinieerde procedures (verzamelproces, gegevensformaat, toegang tot gegevens, enz.).

Uit deze interviews weerhouden we dat het erg moeilijk zal zijn om een dataverzameling te organiseren die **alle** zorgverleners en alle interventies of procedures, in **alle** disciplines, omvat. Elk (relevant) gebied zal specifiek moeten worden onderzocht, op basis van de kenmerken van de (sub)disciplines en de behoeften van de patiënten. Dit betekent dat er een aanzienlijke hoeveelheid gegevens verzameld zal moeten worden, om de resultaten representatief en correct te kunnen interpreteren.



6. WELKE STRATEGIEËN VOOR HET METEN VAN WACHTTIJDEN IN BELGIË?

In dit hoofdstuk doen we enkele concrete voorstellen voor gegevensverzameling over wachttijden in de Belgische gezondheidszorg. Deze voorstellen moeten tegemoetkomen aan de specifieke behoeften van de beleidsmakers volksgezondheid en houden rekening met de belangrijkste te vermijden valkuilen die tijdens ons onderzoek aan het licht kwamen.

6.1. Doelstellingen van de gegevensverzameling

Om een beter inzicht te krijgen in de verwachtingen, bevroegen we vertegenwoordigers van de federale overheid en van de deelstaten bevoegd voor volksgezondheid over hun doelstellingen. De vertegenwoordigers van het Waals Gewest, de Duitstalige Gemeenschap en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest namen deel aan het online-interview (op basis van vooraf toegestuurde vragen), terwijl de vertegenwoordiger van de Vlaamse overheid onze vragen per e-mail beantwoordde.

6.1.1. *Doelstellingen gedeeld door de beleidsmakers volksgezondheid op alle bevoegdheidsniveaus*

Wachttijden als indicator voor een tekort, bij de planning van het aanbod van zorgverleners

Het doel is niet om de wachttijden als zodanig te gebruiken, maar om hun trends te analyseren, zodat mogelijke tekorten op nationaal, regionaal of lokaal niveau kunnen worden vastgesteld. Het lijkt dan ook niet nodig om de wachttijden voor alle zorgverleners te meten, maar alleen voor degenen voor wie een planning geldt (*numerus clausus*), dus artsen (per specialisatie) en tandartsen. Het meten van wachttijden bij een representatieve steekproef van de betrokken zorgverleners zou dus voldoende informatie kunnen opleveren.

Wachttijden als hulpmiddel voor het plannen van faciliteiten en apparatuur

Apparatuur zoals CT-scanners, MRI, PET-CT, PET-MRI en SPECT-CT zijn zeer belangrijk omdat ze onderworpen zijn aan programmatie. Om deze te onderhouden, moeten de totale wachttijden voor alle beschikbare middelen worden gemeten. Het verzamelen van deze gegevens moet dan ook op een hoger niveau plaatsvinden dan dat van individuele zorgverleners.

De federale overheden en deze van de deelstaten wezen ook op de noodzaak om de wachttijden voor de **geestelijke gezondheidszorg** te meten.

6.1.2. *Specifieke doelstellingen van de federale overheid*

Wachttijden als indicatoren voor het verbeteren van de billijkheid en voor betaalbare zorg

Het vergelijken van wachttijden tussen zorgverleners die wel en niet geconventioneerd zijn, kan beschouwd worden als een indicator voor toegang tot zorg. Als er verschillen worden vastgesteld, zijn er stimuleringsmaatregelen nodig om een geneeskunde met twee versnellingen te voorkomen. Daarom worden best de wachttijden bij alle zorgberoepen gemeten en informatie verzameld over de conventiestatus. Het is wel niet nodig om de wachttijden bij alle zorgverleners te meten, maar alleen bij een representatieve steekproef.

Wachttijden als indicator voor internationale benchmarking

Internationale vergelijkende analyses uitvoeren van wachttijden is vooral de verantwoordelijkheid van de OESO. Men zou daarom vooral gegevens moeten verzamelen over de medische procedures die door deze instantie worden gevolgd (cataractchirurgie, percutane transluminale coronaire angioplastie, coronaire bypassoperatie, prostatectomie, hysterectomie, plaatsen van een heupprothese (totaal en gedeeltelijk, inclusief revisie) en knieprothese (inclusief revisie)). Deze doelstelling vereist geen dagelijkse gegevensverzameling in alle ziekenhuizen. Een jaarlijkse gegevensverzameling bij een representatieve steekproef van ziekenhuizen kan volstaan.



6.1.3. Specifieke doelstellingen van de deelstaten

De deelstaten wezen erop dat het meten van wachttijden een interessant - maar niet voldoende - instrument kan zijn om de spreiding van zorgverleners op hun grondgebied te verbeteren. Alleszins moet het initiatief deel uitmaken van een bredere strategie om de behoeften van de bevolking en de zorgtoegang in kaart te brengen. Het meten van wachttijden moet gepaard gaan met de ontwikkeling en uitvoering van strategieën om ze te verminderen.

6.2. Concrete voorstellen voor het meten van wachttijden in België

6.2.1. Doelstellingen van de gegevensverzameling

Het meten van wachttijden zou een federaal en regionaal beleid moeten ondersteunen, maar zou niet op individueel niveau mogen gebruikt worden om de bevolking te informeren over de beschikbaarheid van elke zorgverlener of -instelling.

Voor de planning van menselijke middelen en materiaal, de verbetering van een billijke zorgtoegang, het betaalbaar houden van zorg en deelname aan internationale benchmarking moeten geen individuele wachttijdgegevens worden verzameld. Een dergelijke verzameling zou zeer duur zijn en een zeer beperkt draagvlak hebben op het terrein, zoals bleek uit onze interviews met zorgverleners. Dit komt door de administratieve last, de complexe ICT-infrastructuur die ze met zich zou meebrengen en de terughoudendheid van zorgverleners om individuele patiëntgegevens uit te wisselen.

6.2.2. Algemene principes voor het meten van wachttijden

Een limitatief en continu systeem om wachttijden te meten is niet nodig.

Uit onze internationale vergelijking blijkt dat geen van de landen een uitgebreid systeem heeft dat alle mogelijke metingen van wachttijden over het hele zorgtraject omvat. In plaats daarvan selecteren de meeste landen een aantal aandoeningen, procedures en/of ingrepen en meten ze specifiek gedefinieerde tijdsintervallen.

De onmogelijkheid van één uniforme aanpak wordt bevestigd door onze interviews met Belgische stakeholders, die erop wezen hoezeer de definities van wachttijden verschillen tussen beroepen, disciplines, diensten, urgentieniveaus, en aandoeningen. Zij vinden dat gegevens ten minste per beroep verzameld en geïnterpreteerd moeten worden.

Bovendien is het duidelijk dat de parameter 'wachttijd' alleen niet volstaat om de toegankelijkheid van de zorg te meten. Zoals de KCE-rapporten over de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem aantonen, is toegankelijkheid van zorg een multidimensioneel concept (financieel, geografisch en in de tijd), dat momenteel wordt gemeten aan de hand van 18 indicatoren.

Hoewel de literatuur niet duidelijk is over de relatie tussen wachttijden en gezondheidsresultaten, moeten de prioriteiten bepaald worden op basis van de ziektelast en de beschikbaarheid van zorgpersoneel.

Volgens de geïnterviewde Belgische experts zou een exhaustief en continu systeem voor de evaluatie van de wachttijden geen echte toegevoegde waarde bieden voor de doelstellingen van de beleidsmakers. Een representatief overzicht van de wachttijden in bepaalde specifieke, welomschreven situaties zou voldoende informatief moeten zijn. Bovendien menen zij dat het om economische redenen beter zou zijn om in te zetten op strategieën om de wachttijden te verkorten.



6.2.3. *Kenmerken van een gegevensverzameling aangepast aan het Belgische gezondheidszorgsysteem*

De uitdaging zal zijn om een evenwicht te vinden tussen de toegevoegde waarde van het meten van wachttijden voor de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid en de kosten van het verzamelen van deze gegevens.

Het gegevensverzamelingsysteem dat wij het meest geschikt achten voor ons land is **een prospectieve meting voor bepaalde diensten, procedures en interventies, bij een representatieve steekproef van zorgverleners en instellingen.**

Belgische patiënten kunnen vrij hun zorgverlener kiezen en hebben rechtstreeks toegang tot specialistische zorg. Daardoor kunnen de vertragingen en wachttijden van patiënten die een afspraak vragen niet worden gemeten op basis van de datum waarop een patiënt naar een specialist wordt doorverwezen. We hebben geen databank om nadien de wachttijd voor een consultatie bij een specialist te meten, zoals dat gebeurt in landen met een *gatekeeping* systeem. Bovendien heeft ervaring in het buitenland geleerd dat het erg moeilijk is om deze gegevens te interpreteren, vanwege het aantal (ongekende) versturende factoren.

Op basis van deze bevindingen, stellen we de volgende drie concrete actiepunten voor.

Actiepunt 1: Organiseer een prospectieve meting van wachttijden.

Zoals buitenlandse ervaringen en pogingen in België (voor medische beeldvorming en cataractchirurgie) aantonen, is het onmogelijk om de absolute waarden van wachttijden die retrospectief uit administratieve databanken worden verzameld, betrouwbaar te interpreteren. Dit komt omdat een aantal factoren - die ook werden vermeld tijdens de interviews - deze waarden kunnen beïnvloeden, zoals de urgentie van de zorg, de voorkeuren van de patiënt bij het maken van een afspraak, de aanwezigheid van co-morbiditeiten en de conventiestatus van de zorgverlener. De interpretatie van een retrospectieve gegevensverzameling is enkel mogelijk

voor potentiële versturende factoren die al worden geregistreerd in de databank, wat niet altijd het geval is. Daarom is een retrospectieve gegevensverzameling niet nauwkeurig genoeg. Bovendien meet ze wachttijden uit het verleden, die mogelijk niet meer relevant zijn door veranderingen in de organisatie van de zorg of medische innovaties.

Daarnaast mislukten de Belgische pogingen om wachttijden te meten met factureringsgegevens van het RIZIV (zie Sectie 3.3) omdat informatie ontbrak om de gegevens aan te passen aan verschillende parameters. Hiervoor was toegang tot medische dossiers nodig. Zoals blijkt uit de interviews, roept de koppeling van gegevens uit elektronische medische dossiers en administratieve databanken een aantal vragen en bedenkingen op over de bescherming van gevoelige gegevens (GDPR). Zelfs als dit punt zou worden opgelost, zou het gebruik van elektronische medische dossiers voor het extraheren van wachttijden ook een probleem zijn, door het gebrek aan systematische en gestandaardiseerde registratie van gegevens in deze dossiers (datum van diagnose en behandelingsbeslissing, afdeling of specialist waarnaar de patiënt is doorverwezen, diagnose, enz.). Verder vonden de geïnterviewde zorgverleners de administratieve last van de gegevensverzameling onaanvaardbaar. Daarom zou deze last door de overheid moeten worden gedragen, in plaats van door de zorgverleners.

Een **prospectieve meting** van wachttijden lijkt dan ook een meer geschikte oplossing. Dit zou ook verschillende voordelen bieden, zoals de meting van wachttijden in specifieke contexten, een relatief eenvoudige interpretatie van de gegevens, toegang tot reële wachttijden en vermindering van het risico op gegevensmanipulatie. De verzamelfrequentie kan variëren, afhankelijk van de discipline (meerdere miss per jaar kunnen nodig zijn om seizoensgebonden effecten vast te leggen). Door regelmatige metingen kunnen trends gemonitord en geanalyseerd worden, met een beperkte inzet van middelen.

Een prospectieve methode die vaak beschreven wordt in de literatuur is de **'mystery patient'-methode**. Daarbij vragen fictieve patiënten een afspraak bij een zorgverlener of voor een medische procedure. Om hun klinische situatie te beschrijven, gebruiken ze **'klinische fiches'**, precieze scenario's met een beschrijving van hun symptomen, hun kenmerken (leeftijd, geslacht, medische voorgeschiedenis), de mate van urgentie, enz.



Deze fiches worden gebruikt om elk gesprek te standaardiseren en om de impact van variaties in bepaalde parameters te bestuderen.

Deze methode lijkt geschikt voor wachttijdmetingen in de ambulante zorg, voor het maken van een afspraak met een zorgverlener of voor medische beeldvorming. Ze is echter niet geschikt voor het meten van wachttijden voor electieve chirurgie, omdat deze door zorgverleners tijdens een raadpleging met de patiënt worden gepland.

Hoewel de geïdentificeerde studies Amerikaans zijn, kan de '*mystery patient*'-methode toegepast worden in ons land, aangezien dit type 'experiment' niet valt onder de wet op menselijke experimenten. Instellingen die op deze manier gegevens verzamelen, zijn wel verplicht om mogelijke deelnemers te informeren.

Deze aanpak moet vooraf aan een **aantal voorwaarden** voldoen:

- Het toepassingsgebied van de gegevensverzameling moet goed worden omschreven. Ervaring in andere landen leert ons dat gegevens moeten worden verzameld over een **nieuw gezondheidsprobleem**. Het heeft geen zin om wachttijden te meten voor patiënten die al in behandeling zijn. Voor beeldvorming moet de meting zich richten op afspraken die door de patiënt kunnen worden gemaakt voor **poliklinische zorg**. Beeldvorming die rechtstreeks door een zorgverlener wordt gepland of die in urgentie wordt uitgevoerd is minder informatief.
- Het type verzamelde gegevens moet goed gedefinieerd worden, zodat ze interpreteerbaar zijn. De dimensies die bepalend zijn voor de wachttijden (type pathologie, mogelijke behoefte aan specialistische zorg, mate van urgentie, co-morbiditeiten, verwijzingen van andere zorgverleners, enz..) moeten duidelijk naar voren komen in de **klinische fiches**. Daarom is het belangrijk **om stakeholders te betrekken** bij de ontwikkeling van deze fiches. Bovendien moet het aantal fiches beperkt blijven, voor een hanteerbare gegevensverzameling en om toch een representatief beeld te krijgen van de situaties die patiënten kunnen meemaken.

- Om inzicht te krijgen in de organisatorische aspecten die een impact hebben op de wachttijden, moeten gegevens verzameld worden in **verschillende zorgomgevingen** (universitaire ziekenhuizen, regionale ziekenhuizen, privépraktijken), in verschillende geografische gebieden van het land (stedelijk en landelijk) en onder verschillende tariefsystemen (geconventioneerd of niet).
- Voor een representatieve steekproef zijn bepaalde administratieve gegevens over de geselecteerde aanbieders of instellingen nodig (zie verder).

Actiepunt 2: Selecteer de diensten, interventies en procedures waar de wachttijd gemeten moet worden.

De ervaring in andere landen leert ons dat de meting van wachttijden het best gebeurt voor een **redelijk aantal elementen**, of het nu gaat over het type te meten wachttijd als over de keuze van bepaalde specialismen, procedures of chirurgische ingrepen. De keuze wordt overgelaten aan de 'Commissie Wachttijdbewaking' (zie onder).

Op basis van onze interviews, de doelstellingen van de beleidsmakers en gesprekken met experts stellen we voor om ons in de eerste plaats te concentreren op de volgende diensten, procedures of interventies:

Afspraken met een zorgverlener

Tijdens onze interviews gaven bepaalde zorgverleners zoals thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en vroedvrouwen aan dat ze te lange wachttijden vermijden door patiënten door te verwijzen naar andere praktijken in hun informele netwerk, als er geen plaats meer is in hun eigen praktijk. We stellen daarom voor om de meting van wachttijden te richten op beroepen waar een tekort werd vastgesteld en/of waar te lange wachttijden een belangrijke impact kunnen hebben op de gezondheid van patiënten: **huisartsen, tandartsen, klinisch psychologen en specialisten**. Voor deze laatste moet een werkgroep een selectie maken van de te bestuderen disciplines; hier komen we later op terug.

Andere beroepen in de gezondheidszorg kunnen worden geselecteerd door op te richten werkgroepen met actoren uit deze beroepen.



Medische beeldvorming

De wachttijdmeting moet vooral, maar niet uitsluitend, betrekking hebben op beeldvormingsapparatuur dat voorwerp is van programmatie. Tijdens de interviews werd er op gewezen dat door lange wachttijden voor bepaalde beeldvorming, zoals echografie, soms wordt afgeweken van de goede praktijken door te kiezen voor een abdominale CT scan, die sneller kan worden uitgevoerd. De geïnterviewde zorgverleners gaven ook aan dat de wachttijd voor beeldvorming ook afhangt van de (beschikbaarheid van) operatoren of de technische kenmerken van de apparatuur (MRI moet bv. gekalibreerd worden per anatomische zone zoals de buik, wervelkolom, schedel, schouder, knie, vrouwelijk bekken, prostaat, gewrichten van de bovenste of onderste ledematen, arterieel en vasculair systeem, enz.).

De keuze van de te meten beeldvormingsprocedures moet worden besproken binnen een specifieke werkgroep beeldvorming (zie verder).

Electieve chirurgie

De wachttijden moeten worden gelmeten voor een selectie van chirurgische ingrepen, waaronder ten minste de ingrepen die worden gebruikt in de OESO-benchmarking (zie Sectie 6.1.2). Daarnaast kunnen andere electieve chirurgische procedures worden geselecteerd door een chirurgische werkgroep (zie verder).

Actiepunt 3: Definieer een representatieve steekproef van zorgverleners en instellingen waar de wachttijden moeten worden gemeten.

Om een representatieve steekproef (willekeurig of vrijwillig) samen te stellen en de deelnemende zorgverleners of instellingen te selecteren, is het nodig om bepaalde kenmerken over hen te verzamelen, vooral:

- geografische locatie
- type praktijk (ziekenhuis of polikliniek)
- het type beschikbaarheid van zorgverleners (werktijden)
- eventuele subspecialisaties

Sommige van deze kenmerken zijn beschikbaar in de administratieve databanken, andere moeten worden verkregen tijdens de gegevensverzameling. De steekproef moet voldoende groot zijn om de representativiteit in alle regio's te waarborgen.

6.2.4. Organisatie van gegevensverzameling

Als beslist wordt om wachttijden in België te meten, moeten de stakeholders systematisch betrokken worden.

Uit ervaringen in het buitenland blijkt dat de betrokkenheid van stakeholders essentieel is **om de acceptatie** van de gegevensverzameling en daarmee het nut ervan te vergroten. Daarnaast is, zoals hierboven vermeld, de betrokkenheid van stakeholders cruciaal bij het definiëren van de verschillende dimensies die relevant en/of noodzakelijk zijn voor een prospectieve meting.

Actiepunt 4: Operationaliseer de deelname van stakeholders in de vorm van werkgroepen waarin vertegenwoordigers van de betrokken zorgverleners en andere belangrijke stakeholders zetelen.

Er kunnen verschillende werkgroepen voor de domeinen worden opgezet (bv. beeldvorming, chirurgie, geestelijke gezondheid), maar ook volgens subdomeinen (bv. afspraak voor een MRI, consultatie bij een psychiater, enz.).

Aangezien er niet één uniform gegevensverzamelingssysteem bestaat, zouden deze werkgroepen de informatie kunnen leveren die nodig is voor een polymorf systeem dat de methoden kan aanpassen aan de kenmerken van elk domein en subdomein.

De werkgroepen moeten bestaan uit:

- Vertegenwoordigers van **zorgverleners/instellingen** voor wie de gegevensverzameling gepland is. Volgens de geraadpleegde experts zijn zij de enigen die de gegevens echt kunnen interpreteren.



- Vertegenwoordigers van **gegevensbeheerders**. Deze moeten afkomstig zijn van de overheid (bv. het Agentschap voor Gezondheidsgegevens, het Informatieveiligheidscomité, het RIZIV, het Departement Onderzoek, Ontwikkeling en Kwaliteitsbevordering en het Departement Gegevensbeheer van de FOD Volksgezondheid) en uit het domein van gegevensbeheer en ICT (bv. professionele softwareontwikkelaars).
- Leden van **specifieke organisaties** die werken rond bepaalde thema's, zoals BELMIP voor beeldvorming, het Belgische Kankerregister voor oncologie, enz.
- Een vertegenwoordiger van de **'Commissie Wachttijdbewaking'** " (zie hieronder) om te zorgen voor een coherente aanpak tussen de werkgroepen.
- **Patiëntenvertegenwoordigers**

De experts merkten op dat de omvang van de werkgroepen redelijk moet blijven, om hun effectiviteit te waarborgen.

Actiepunt 5: Bepaal de taken en de samenstelling van de werkgroepen, vooral dan het definiëren van de subdomeinen die moeten worden beoordeeld, het protocol voor gegevensverzameling en de drempelwaarden, het interpreteren van de resultaten, het analyseren van de te volgen strategieën en het geven van regelmatige feedback.

Samenstelling van de werkgroepen

Het aantal en de samenstelling van de werkgroepen hangt af van de prioriteiten bepaald door de 'Commissie Wachttijdbewaking' (zie onder). De werkgroepen mogen niet te groot zijn om efficiënt te kunnen werken.

De werkgroepen moeten samengesteld worden uit vertegenwoordigers van de gezondheidszorgberoepen en de zorginstellingen, vertegenwoordigers van de Commissie Wachttijdbewaking, en datamanagers van de gezondheidsautoriteiten (bv. Health Data Agency, Informatieveiligheidscomité, RIZIV, FOD VVVL) en van het terrein. Ook leden van specifieke organisaties kunnen in functie van de specifiek gekozen thematiek deel uitmaken van een werkgroep.

Definitie van subdomeinen voor wachttijdmeting

Uit de interviews met zorgverleners blijkt dat er moet worden gewerkt werken met subdomeinen, om accurate en interpreteerbare gegevens te verkrijgen. De werkgroepen zouden bv. de volgende vragen moeten stellen:

- Moeten voor het meten van de wachttijd voor het verkrijgen van een afspraak bij een specialist, metingen worden uitgevoerd bij alle disciplines of enkel bij een subgroep waar er al toegankelijkheidsproblemen werden vastgesteld, of waar de impact van lange wachttijden op de gezondheidsuitkomsten groter is?
- Moet de wachttijdmeting voor mondzorg worden uitgevoerd bij algemene tandheelkunde, pediatrische tandheelkunde, orthodontie of parodontologie?
- Moeten voor het meten van de wachttijd voor het verkrijgen van een afspraak in de geestelijke gezondheidszorg, metingen worden uitgevoerd bij klinisch psychologen of psychiaters, en in welke context (gemeenschap, ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg)?
- Enz.

Protocol voor gegevensverzameling

Een protocol voor gegevensverzameling moet worden opgesteld in functie van de doelstellingen, om ervoor te zorgen dat de juiste methoden worden gekozen. Op dit moment lijkt de meest effectieve methode in het Belgische gezondheidszorgsysteem een prospectieve gegevensverzameling, maar dit moet worden herbekeken bij nieuw wetenschappelijk bewijs en/of ervaringen.

Als bevestigd wordt dat een representatieve steekproef van deelnemers aangewezen is (wat, nogmaals, waarschijnlijk de meest effectieve methode is), moeten de werkgroepen de meest relevante kenmerken van de zorgverleners en instellingen bepalen, om deze representativiteit te garanderen.



De vorm van het instrument om de gegevens te verzamelen en de gegevens zelf kan variëren, afhankelijk van het te onderzoeken domein. Ze moeten in elke werkgroep worden besproken op basis van het bestaande wetenschappelijke bewijs. De experts wezen er op dat de werkgroepen nauw moeten samenwerken met de '**Commissie Wachttijdbewaking**' (zie hieronder) om ervoor te zorgen dat de werkmethode coherent is en de resultaten vergelijkbaar.

Als gekozen wordt voor het gebruik van 'klinische fiches', moet de inhoud ervan ook door de werkgroep worden bepaald.

Vastleggen van maximumdrempels om te bepalen of een wachttijd ongepast is of niet

Het meten van een wachttijd op zich kan moeilijk te interpreteren zijn als er vooraf geen optimale waarde werd vastgelegd. Sommige landen definiëren hun doelen in termen van een maximale wachttijd, een drempel die niet mag worden overschreden.

Een wachttijd wordt als 'ongepast' beschouwd als deze een impact heeft op de gezondheidsuitkomsten van patiënten of de zorgorganisatie. Voor zover mogelijk, wordt best voor elke wachttijdmeting een maximumdrempel bepaald, die niet mag worden overschreden. Deze drempel moet gebaseerd zijn op bewijs uit de wetenschappelijke literatuur of, bij gebrek eraan, op een formele procedure waar in consensus een waarde wordt vastgelegd (waarbij ook patiëntenvertegenwoordigers betrokken worden).

Hulp bij de interpretatie

De wachttijden en hun evolutie in de tijd moeten kunnen worden geanalyseerd voor de verschillende sectoren en gerapporteerd aan alle overheidsniveaus. De werkgroepen moeten vaststellen met welke contextuele factoren rekening moet worden gehouden en deze in de analyses opnemen.

Strategieën om ongepaste wachttijden aan te pakken

Voor elk subdomein moeten de werkgroepen beoordelen welke strategieën uit de literatuur effectief zijn. De strategieën kunnen georganiseerd worden op micro- (= praktijk- of ziekenhuisniveau), meso- (= ziekenhuisnetwerken/primaire zorggebied) en macroniveau (= België of regio's). Stimulansen voor de implementatie ervan moeten worden besproken en geadviseerd aan de betrokken overheden.

Regelmatige feedback aan de betrokken beleidsmakers

Onze analyse van de buitenlandse ervaringen toont aan dat de gegevens best op een transparante en geactualiseerde manier worden gerapporteerd. Dit houdt in dat er precieze definities worden gegeven van wat er wordt gemeten en dat er eventuele veranderingen in de gegevensverzameling worden gemeld. Geen enkele wachttijdmeting mag geïsoleerd worden gebruikt en er is een sectoroverschrijdende visie nodig om een passend en samenhangend beleid te garanderen. Regelmatige feedback van de werkgroepen aan de betrokken beleidsmakers (zie hieronder) is daarom essentieel.

6.2.5. Oprichting van de koepelstructuur "Commissie Wachttijdbewaking"

Om trends in wachttijden te kunnen analyseren, moet er binnen de FOD Volksgezondheid een structuur worden opgezet om het verzamelen van gegevens een permanent karakter te geven en eenmalige maatregelen te vermijden.

Uit buitenlandse ervaringen blijkt dat het systeem voor de registratie van wachttijden best **geleidelijk wordt ontwikkeld**. Om dit te coördineren en alert te blijven voor specifieke Belgische problemen, zou er binnen de FOD Volksgezondheid een specifieke overkoepelende structuur moeten worden opgericht. Deze structuur hebben we voorlopig de "Commissie Wachttijdbewaking" genoemd.



Deze commissie kan worden opgericht door politieke beleidsmakers. Het zou een adviesorgaan zijn, ondersteund door de administratie⁹, dat niet alleen de wachttijden zou monitoren, maar ook strategieën zou voorstellen aan de betrokken ministers om ongepaste wachttijden tegen te gaan.

De Commissie kan werkgroepen oprichten in functie van de doelstellingen die ze zelf heeft bepaald (bv. een werkgroep huisartsgeneeskunde als de toegang tot huisartsen een van haar doelstellingen is) en synergieën tussen de verschillende administraties aanmoedigen (RIZIV, FOD Volksgezondheid, KCE, Sciensano, AVIQ in Wallonië, het Departement Zorg in Vlaanderen, enz.). Deze officiële Commissie zou niet alleen het probleem van de wachttijden onder de aandacht brengen, maar zou ook de bevoegdheid hebben om voorstellen te doen. Uiteraard moeten er hiervoor middelen worden vrijgemaakt (zie verder).

Actiepunt 6: Bepaal de taken van de Commissie Wachttijdbewaking, meer bepaald het vastleggen van de doelstellingen van gegevensverzameling, de selectie van de te onderzoeken domeinen, het oprichten van de werkgroepen, het uitvoeren van de gegevensverzameling en het regelmatig geven van feedback.

Vastleggen van doelstellingen

De doelstellingen van de meting van de wachttijden moeten duidelijk worden gedefinieerd om de geschikte indicator(en) te kunnen selecteren. Deze doelstellingen kunnen zich op verschillende niveaus bevinden: een klinisch niveau (bv. het verstrekken van nauwkeurige lokale informatie om de keuze van de patiënt voor de plaats van behandeling te vergemakkelijken) of een beleidsniveau (bv. globale planning of internationale benchmarking). Dit moet duidelijk vooraf worden gedefinieerd. De doelstellingen in Sectie 6.1 kunnen een uitgangspunt zijn.

Selectie en prioritering

De keuze van de domeinen (bv. chirurgie, geestelijke gezondheidszorg) waar wachttijden moeten worden gemeten, valt best onder de verantwoordelijkheid van de beleidsmakers om corporatisme of belangenconflicten te vermijden. Deze keuze moet ook overeenkomen met de politieke prioriteiten van het land en de regio's.

De prioriteiten binnen deze domeinen moeten besproken worden in elke werkgroep die de Commissie adviseert. De keuze moet gebaseerd zijn op administratieve gegevens en ervaring op het terrein (bv. enquêtes door beroepsverenigingen van zorgverleners). De uiteindelijke beslissing over de prioriteitsdomeinen ligt bij de Commissie.

Werkgroepen oprichten

Als het idee van de werkgroepen wordt gevolgd, zal de betrokkenheid van stakeholders, zoals in andere landen, noodzakelijk zijn voor de gegevensverzameling, de interpretatie van de resultaten en de ontwikkeling van strategieën om ongepaste wachttijden tegen te gaan. Afhankelijk van de gekozen domeinen moet de Commissie specifieke werkgroepen oprichten.

Gegevensverzameling en rapportering

Het verzamelen en rapporteren van gegevens moet georganiseerd worden op het niveau van de beleidsmakers volksgezondheid om nationale en internationale informatie over de toegang tot zorg in België te ondersteunen. Hoewel de meting van wachttijden deel uitmaakt van de meting van de toegankelijkheid van zorg, is het niet voldoende om deze toegankelijkheid in kaart te brengen.

Het is erg belangrijk om een duidelijke procedure voor het verzamelen van gegevens op te zetten om de kwaliteit te garanderen.

⁹ Net als in het planningsmodel voor zorgverleners zou de Commissie een beroep kunnen doen op een specifieke eenheid binnen de FOD Volksgezondheid.



Feedback naar zorgverleners kan de zorgorganisatie op macro- (federale en gefedereerde entiteiten), meso- (zorgzones, ziekenhuisnetwerken) en microniveau (zorgverstrekkers) ondersteunen. Publieke communicatie (ten minste van geaggregeerde gegevens) moet worden overwogen. Tijdige toegang tot gegevens over wachttijden met feedback is cruciaal om de gegevensverstrekkers aan te moedigen deel te nemen aan de gegevensverzameling.

Advies aan de beleidsmakers

Actiepunt 7: Integreer het werk van de Commissie in een bredere discussie over toegang tot gezondheidszorg.

Het meten van wachttijden op zich is niet zo interessant, behalve als informatiebron om problemen met toegang tot zorg op te lossen. Zoals in andere landen is vastgesteld, is het hebben van een degelijk informatiesysteem over wachttijden niet voldoende om deze te verminderen. De essentiële en uiteindelijke taak van de Commissie moet zijn om de beleidsmakers te adviseren over strategieën om de wachttijden te verminderen. De conclusies van de Commissie moeten worden opgenomen in een bredere denkoefening over de toegang tot zorg. Deze denkoefening kan eventueel opgenomen worden in de taken van de Commissie.

6.2.6. Evaluatie van de procedure voor het meten van wachttijden

Het gegevensverzamelingsproces en de kwaliteit van de verkregen gegevens moeten extern worden geëvalueerd op basis van vooraf gedefinieerde indicatoren.

Uit ervaring in andere landen weten we dat het meten van wachttijden teleurstellend kan zijn, omdat het geen nauwkeurig beeld geeft van hoe lang een patiënt moet wachten.

Bovendien tonen deze ervaringen aan dat:

- De kwaliteit van het gegevensverzamelingsproces een impact heeft op de kwaliteit van de gegevens. Daarom moet ze worden beoordeeld;
- Gegevens registreren zonder ze te evalueren kan leiden tot een verkeerde interpretatie van de werkelijkheid;
- De externe evaluatie neutraal en onafhankelijk moet zijn;
- Externe validatie essentieel is voor de geloofwaardigheid van het proces.

Uit de literatuur blijkt dat externe validiteitscontroles de kwaliteit van de gegevens verbeteren en manipulatie verhinderen. Het zou daarom wenselijk zijn om een externe evaluatie in het Belgische systeem in te voeren, maar zonder de structuur te omslachtig en te duur te maken. De Eenheid Audit Ziekenhuizen (RIZIV/FOD Volksgezondheid/FAGG) voor de verbetering van de zorgkwaliteit is een interessant voorbeeld van zo'n externe evaluatie.

6.2.7. Onderzoek naar problemen als gevolg van wachttijden

Onderzoek naar de impact van wachttijden op klinische resultaten en kosten in ons land moet worden ondersteund.

Onderzoek naar de gevolgen van wachttijden zal nodig zijn om het werk van de Commissie en de werkgroepen te ondersteunen. Uit de literatuur kunnen we niet met zekerheid afleiden dat langere wachttijden altijd samengaan met een verslechtering van de gezondheid van patiënten. Daarom stelden de geraadpleegde experts voor om universiteiten erbij te betrekken en hen te vragen correlaties te leggen met routine-indicatoren zoals overlevingspercentages en betaalbaarheid. Aangezien het verzamelen en analyseren van gegevens over wachttijden kosten met zich meebrengt, moet men ervoor zorgen dat de toegevoegde waarde groter is dan de kosten voor het genereren van deze informatie.



6.2.8. *Financiering van het meten van wachttijden*

Er zijn voldoende middelen nodig:

- Om de verzameling, het beheer en de analyse van gegevens over wachttijden te organiseren;
- Om strategieën tegen ongepaste wachttijden te ontwikkelen en te evalueren.

Voor de verzameling, het beheer en de analyse van gegevens over wachttijden zijn mensen en materiaal nodig. Het meten van wachttijden is geen doel op zich, daarom moeten er ook extra middelen beschikbaar worden gesteld om ongepaste wachttijden te kunnen aanpakken. We hebben een breed scala aan beschikbare strategieën geïdentificeerd. Ze kunnen gericht zijn op het zorgaanbod of de zorgvraag, of op beide; ze kunnen gericht zijn op mensen, processen en/of technologieën. Bovendien zijn ze vaak complex en combineren ze verschillende elementen, wat het moeilijk maakt om de effectiviteit van de afzonderlijke elementen te interpreteren.

Nieuwe strategieën die aangepast zijn aan de Belgische context vereisen de samenwerking van de verschillende hoofdstakeholders. Strategieën op lokaal niveau kunnen een inspiratiebron zijn voor strategieën op meso- of macroniveau. De uitwisseling van ervaringen over de ontwikkeling en evaluatie van strategieën zijn sleutelementen voor een succesvol beheer van wachttijden. Voor het implementeren en evalueren van deze strategieën zijn financiële middelen nodig om ze te testen, bv. als onderdeel van pilootprojecten.



■ AANBEVELINGEN^h

Aan de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de ministers van Volksgezondheid van de deelstaten bevelen wij aan:

1. **Breng stakeholders** samen in een **koepelstructuur** (bv. een 'Commissie wachtijdbewaking') met **werkgroepen** zoals beschreven in Secties 6.2.4 en 6.2.5 om specifieke informatiebehoeften over wachttijden in de verschillende delen van het gezondheidssysteem te identificeren.
2. Beoordeel, op basis van de criteria die door de koepelstructuur werden vastgelegd en voor elke geïdentificeerde behoefte, **de verhouding tussen de financiële en menselijke kosten** van een systeem voor gegevensverzameling en -analyse en de verwachte **toegevoegde waarde** voor een verbeterde zorgtoegang.

Wanneer er een positieve verhouding is tussen de kosten en de toegevoegde waarde bij de besluitvorming

Aan de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de ministers van Volksgezondheid van de deelstaten bevelen wij aan:

3. Organiseer het verzamelen en analyseren van wachttijden op een gecentraliseerde, transparante en gedocumenteerde manier. De resultaten moeten in geanonimiseerde en geaggregeerde vorm worden gepubliceerd. Tegelijkertijd moeten ze worden doorgegeven in de vorm van gepersonaliseerde feedback aan de gegevensverstrekkers (zorgverleners en instellingen).
4. Zorg voor een permanent budget voor het organiseren van de verzameling en de interpretatie van de gegevens over wachttijden in de gezondheidszorg.
5. Stimuleer naast het meten van wachttijden ook het definiëren van **maximumdrempels** voor wachttijden en de implementatie van **strategieën om ongepaste wachttijden te verminderen**.
6. Integreer de analyse van wachttijden in een essentiële bredere denkoefening over de toegang tot zorg.

^h Het KCE blijft als enige verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



Aan de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de ministers van Volksgezondheid van de deelstaten en het RIZIV bevelen we aan:

7. Ondersteun de koepelstructuur bij het samenstellen van representatieve steekproeven met behulp van administratieve gegevens.
8. Zorg voor een externe evaluatie van het proces van de gegevensverzameling en de kwaliteit van de verkregen gegevens op basis van vooraf gedefinieerde indicatoren.
9. Zorg voor een periodieke herbeoordeling van de methode van gegevensverzameling in het licht van nieuw wetenschappelijk bewijs uit de literatuur of van praktijkervaring.

Aan de werkgroepen of andere structuren om gegevensverzameling te definiëren, stellen we voor:

10. Overweeg voor de geïdentificeerde **chirurgische procedures** een **retrospectieve meting van de wachttijden bij een representatieve steekproef** van zorginstellingen. Sectie 6.2.3 stelt manieren voor om dit type meting uit te voeren.
11. Overweeg **in andere gevallen** (toegang tot consultaties en medische beeldvorming) een **prospectieve meting van de wachttijden voor een aantal vooraf gedefinieerde klinische situaties** op basis van vastgestelde behoeften **bij een representatieve steekproef van zorgverleners**. Sectie 6.2.3 stelt manieren voor om dit type meting uit te voeren.

Aan onderzoeksinstellingen en universiteiten bevelen wij aan:

12. Bestudeer de impact van wachttijden op fysieke en mentale gezondheidsresultaten en kosten, en de mogelijke impact van strategieën om ongepaste wachttijden in ons land te verminderen (met inbegrip van negatieve effecten zoals verhoogde onbillijkheid).



COLOPHON

Titel:	Hoe wachttijden in de gezondheidszorg meten? – Synthese
Auteurs :	Nadia Benahmed (KCE), Pascale Jonckheer (KCE), Renate Zeevaert (KCE), Bénédicte Vos (KCE), Laurence Kohn (KCE)
Projectfacilitator:	Els Van Bruystegem (KCE)
Senior supervisor:	Laurence Kohn (KCE)
Informatiespecialist:	Nicolas Fairon (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia
Reviewers:	Christophe De Meester (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE)
Externe experts:	Annemarie De Jonghe (Universitair Ziekenhuis Gent), Xavier Leblanc (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Pascal Meeus (INAMI – RIZIV. – Institut national d'assurance maladie-invalidité – Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering), Jean Stoefs (Cliniques universitaires Saint-Luc, UCLouvain).
Stakeholders:	Elodie Brunel (SSMG – Société Scientifique de Médecine Générale), Matthias Claeys (BVAS – Belgische vereniging van artsensyndicaten), Annemarie De Jonghe (UZ Gent), Vera De Troyer (Zorgnet -ICURO), Michel De Volder (FAMGB – Fédération des associations de médecins généralistes de Bruxelles, CMG – Centrum voor medische genetica, BruMed), Ellen De Wandeler (Netwerk Verpleegkunde), Thomas Deloffer (VPP – Vlaamspatiëntenplatform), Maartje Deschacht (UZ Gent), Philippe Lejeune (SANTHEA), Sabine Mortelmans (VBOV), Diane-Estelle Ngatchou Djomo (LUSS – Ligue des usagers des services de santé), Marleen Van Eygen (RIZIV – INAMI), Bart Wathiong (AZ Vesalius)
Externe validatoren:	Tracy Johnson (CIHI – Canadian Institute for Health Information Canada), Walter Sermeus (KULeuven), Luigi Siciliani (University of York, Verenigd Koninkrijk)
Acknowledgements:	We willen alle vertegenwoordigers van gezondheidswerkers bedanken die hebben deelgenomen aan de interviews. We willen de volgende mensen bedanken voor het reviewen van de beschrijving van de gebruikte methoden om wachttijden in het buitenland te beoordelen: Cathleen Andrew (Directorate for Chief Operating Officer and Deputy Chief Operating Officer: Performance and Delivery, NHS Scotland - Scottish Government), Cancer & Adult Screening (Public Health Scotland), Sean Chen (CIHI), Drugs, Alcohol, Tobacco & Gambling (Public Health Scotland), Jennifer D'Silva (CIHI), Beatriz González Lopez-Valcarcel (University of Las Palmas de Gran Canaria – Spain), Elective Policy Briefing team, Department of Health and Social Care (England), Health Statistical Coherence



team, Office for National Statistics (England), Information and Analysis Directorate, (Department of Health – Northern Ireland), Yvonne Kienast (CIHI), Francis Lelivelt (NZa – Nederlandse zorgautoriteit), Jenny Lineker (CIHI), Åsa Ljungvall (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Swedish Agency for Health and Care Services Analysis)), Tiina Marttila (Senior Planning Officer and Health care data and information management, Finnish Institute for Health and Welfare (THL), Debbie Moon (Senior Analytical Manager, Data and Analytics, NHS England), Rebecca Mosson (Avdelningen för utveckling av hälso- och sjukvården på systemnivå – Enheten för tillgänglighet och kompetensförsörjning (The Department for the Development of Healthcare at System Level – The Unit for Accessibility and Competence Provision – Sweden), Operational Insights team, Data and Analytics, (NHS England), Public Mental Health (Public Health Scotland), Resources (Public Health Scotland), Ryan Pike (Head of hospital statistics, Welsh Government), Jaime Pinilla Dominguez (University of Las Palmas de Gran Canaria, Spain), Ben Reason (CIHI), Markku Satokangas (Senior researcher in geographical equity and evaluation of the health system, THL), Pia Tuominen (Development manager, Health and Social Services Data and Information Management, THL), Jeroen Waelpoel (NZa), Karen Werkmans (NZa). , Finally, we would like to thank the following people for their practical support and advice on specific topics: Gudrun Briat (KCE), Marie Dauvrin (KCE), Jillian Harrison (KCE), Pascal Rosière (Inspecteur fédéral d'hygiène, Coordinateur du cluster de Bruxelles, SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Lorena San Miguel (KCE), Irm Vinck (KCE)

Belangverklaring KCE:

Het KCE is een federale instelling die gefinancierd wordt door het RIZIV, de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin beleidsmakers te adviseren over beslissingen in verband met gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en benadrukken, binnen het kader van een toegankelijk gezondheidszorgsysteem van hoge kwaliteit, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen.

Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commercieel of niet-commercieel, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (d.w.z. beroepsverenigingen, vakbonden), individuen of organisaties (d.w.z. lobbygroepen) die positief of negatief beïnvloed zouden kunnen worden (financieel of op een andere manier) door de implementatie van de aanbevelingen. Alle experts die betrokken waren bij het opstellen van het rapport of bij het peer review proces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten is gepubliceerd in het colofon van dit rapport. Alle leden van het KCE-deskundigenteam vullen jaarlijks een belangenverklaring in en nadere details zijn op verzoek verkrijgbaar.

Externe belangenverklaring:

Alle experts en stakeholders die voor dit rapport zijn geraadpleegd, zijn geselecteerd vanwege hun betrokkenheid bij het Waiting time veld. Als zodanig is het mogelijk dat elk van hen tot op zekere hoogte een onvermijdelijk belangenconflict heeft.



Lay-out:

Joyce Grijseels

Disclaimer:

- De externe experts werden geraadpleegd over een (voorlopige) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden besproken tijdens de vergaderingen. Ze zijn geen co-auteurs van het wetenschappelijke rapport en waren het niet noodzakelijk eens met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (definitieve) versie voorgelegd aan de validators. De validatie van het rapport was het resultaat van een consensus of meerderheid van stemmen onder de validators. De validators zijn geen co-auteurs van het wetenschappelijke rapport en niet alle drie waren ze het noodzakelijkerwijs eens met de inhoud ervan.
- Uiteindelijk is dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur ([zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur](http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur)).
- Het KCE blijft als enige verantwoordelijk voor eventuele fouten of weglatingen en voor eventuele aanbevelingen aan de overheid.

Projectnummer: 2018-13-HSR
Publicatiedatum: 23 mei 2024
Domein: Health Services Research (HSR)
MeSH: Appointments and Schedules, Belgium
NLM classificatie: W80
Taal: Nederlands
Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2024/10.273/27
ISSN: 2466-6432
Copyright:

KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Creative Commons Licentie " by/nc/nd ".
<https://kce.fgov.be/nl/over-ons/onze-methoden-en-procedures/gebruik-van-een-deel-van-onze-rapporten-copyright>.





Hoe kan dit rapport worden geciteerd?

Benahmed N, Jonckheer P, Zeevaert R, Vos B, Kohn L. Hoe wachttijden in de gezondheidszorg meten? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Report 383As. D/2024/10.273/27.

Dit document kan worden gedownload van de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

DOI : <https://doi.org/10.57598/R383AS>