

1. Inleiding

De Treeknormen zijn de normen voor de maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de cliënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen. Door middel van Treeknormen wordt vastgelegd wat acceptabele wachttijden zijn. Deze normen hebben grote impact op het zorgproces van patiënten en de zorginkoop door zorgverzekeraars. Het is dan ook belangrijk om een gezamenlijk akkoord te bereiken op deze normen. Ook het ministerie van VWS gaat uit van die Treeknormen. Daarnaast hanteert de rechter de Treeknormen als uitgangspunt. Voor veldpartijen vormen Treeknormen de basis om met elkaar in gesprek te gaan als wachttijden hoger zijn dan de afgesproken normen.

De Treeknormen worden sinds 2001 in een aantal sectoren gehanteerd. Voor de sector Zintuigelijk Gehandicapten (ZG-sector) zijn er tot aan nu (nog) geen Treeknormen vastgesteld. Daarnaast zijn er geen definities vastgesteld op grond waarvan registratie van wachttijden dient plaats te vinden.. Hierdoor is het niet mogelijk om een eenduidige communicatie van wachttijden ten behoeve van potentiële cliënten op te zetten. In het Technisch Overleg van de Samenwerkende Instellingen Auditief Communicatief (SIAC) van januari 2020 zijn werkafspraken gemaakt om te komen tot gezamenlijke definities en normen voor wachttijden.

Wij hebben het hier over de Treeknormen die gelden voor de zorg die geleverd wordt vanuit de sector auditief - communicatief die valt binnen de aanspraak Zvw ZG.¹

¹ Aanvulling april 2022

2. Definities

SIAC volgt de definities die zijn opgenomen in de beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21832_22/1/

	Begrip	Definitie	Concretisering ZG-AUD
1	Toegangstijd	de tijd die het duurt om toegang te krijgen tot het eerste consult of bezoek bij de zorgaanbieder, nadat de afspraak hiervoor is gemaakt of de behoefte aan zorg is vastgesteld. Dit wordt ook wel aanmeldwachtijd genoemd.	Datum ontvangst verwijsbrief tot intakegesprek = 1 ^e registratie AC10 <i>De tijd die ligt tussen het ontvangen van de verwijsbrief door de aanbieder (fysiek of digitaal) en het eerste contact over toelaatbaarheid. Het is de verantwoordelijkheid van de cliënt om deze toe te zenden.</i>
2	Wachtijd	de tijd die voorafgaat aan de diagnose of behandeling door de zorgaanbieder, nadat de eerste afspraak voor diagnostiek is gemaakt of de behandeling is geregistreerd in het informatiesysteem van de zorgaanbieder.	Datum 1 ^e intakegesprek (1 ^e registratie AC10) tot start behandeling (1 ^e moment waarop je een activiteit registreert die leidt tot een declaratie van AC21 tm AC42) <i>Voor het onderscheid tussen AC10 en de prestaties AC21 tm AC42 volgen wij de definities in de beleidsregel van de NZA / de beschrijving van module 1 (van aanmelding tot zorgstart) door SIAC.</i>
3	Norm	De maximale tijd tussen aanmelding en start behandeling = toegangstijd en wachtijd samen	10 kalenderweken (80% binnen 8 kalenderweken). Er vindt voor de normstelling geen onderscheid tussen beide onderdelen plaats. Dit doordat het proces bij de aanbieders op verschillende wijzen is ingericht. <i>Het gaat om het totaal van de tijd tussen het ontvangen van de verwijsbrief en het starten van de daadwerkelijke behandeling. Wel vinden wij het van belang om in de registratie het onderscheid te maken tussen toegangstijd en wachtijd.</i>

Opmerkingen

Voordat een cliënt voor de 1^e maal in zorg komt heeft cliënt al een traject doorlopen op een Audiologisch Centrum, een medisch specialist of een huisarts. Dit deel valt buiten de scope van de ZG; echter hoort vanuit het gezichtspunt van de klant wel tot zijn totale wachtijd.

- ZG aanbieders doen voorafgaande aan het in zorg nemen een check op de toelaatbaarheid. Hiervoor is het noodzakelijk dat de cliënt zorgt voor een volledige toegangs dossier. Hier kan tijd overheen gaan die buiten de 'macht' van de aanbieder ligt.
- Cliënten die niet door de toelatingstoets komen worden niet meegenomen in berekeningen.
- De ZG Auditief / communicatieve aanbieders kiezen ervoor om de Treeknorm niet te differentiëren naar doelgroep. Een idee om voor jonge kinderen andere normen vast te stellen is besproken; maar er is vanwege eenduidigheid niet voor gekozen.
- Er is gekozen om voor de wachtijden aan te sluiten bij gepubliceerde tijden van andere sectoren. Ook is daarbij gekeken of gebruikte tijden inhoudelijk passend en realiseerbaar zijn.

Zodra de wachtijd voor een groep cliënten boven de normen komt / dreigt te komen; dient de zorgaanbieder daarover in gesprek te gaan met de (leidende) zorgverzekeraar(s) en hierover afspraken te maken.

3. Publicatie

Aanbieders publiceren op hun website de gemiddelde totale toegangs-, wachttijd en het totaal van beiden van alle op dat moment in behandeling zijnde cliënten die in de laatste 365 dagen en ~~separaat die in~~² het laatste kwartaal hun behandeling zijn gestart.

Zij doen dit:

- Per cluster van locaties waar zorg wordt geleverd. Een cluster is hier; een door de aanbieder te bepalen fysiek gebied. De aanbieder geeft aan op zijn website welke gemeenten binnen een gebied vallen. Zij houdt hierbij rekening met een voor de cliënt passende indeling.
- Per doelgroep- / behandelvorm combinatie (SIAC zorgprogramma)
- Gesplitst naar toegangs-, wacht- en totale tijd.
- De tijdseenheid is; de wiskundig afgeronde hele dagen.
- Van de cliënten waarvan vanaf 1 januari 2021 (of eerder) de verwijsbrieven zijn ontvangen.
- Vanaf een nog nader te bepalen moment. Maar uiterlijk 1/1/22
- De aanbieder geeft aan welke fysieke locaties zij heeft binnen een gebied.

Toegangstijd (TT) Datum 1^e registratie die leidt tot een AC10 -/- datum ontvangst verwijsbrief

Wachttijd (WT) Datum eerste registratie die leidt tot AC21 tm AC42 -/- datum 1^e registratie AC10

Totale tijd = TT + WT.

Deze informatie wordt minimaal 3 maandelijks ververs. Op de website is aangegeven wat het laatste verversingsmoment is.

Indien een aanbieder niet op het sectoraal af te spreken 1^e publicatie moment over volledige data beschikt = 1/1/2022; maakt zij afspraken met de verzekeraars over het te volgen invoeringstraject.

Dit geeft overigens niet de actuele wachttijd weer; maar een op basis van het recente verleden berekend ervaringsgetal³.

² Aanpassing april 2022. Door alleen de laatste 3 maanden te nemen is er wel een kans op uitschieters bij met name onderdelen met een laag aantal klanten. De keuze voor slechts 1 datum is gemaakt in verband met de leesbaarheid.

³ Om te komen tot een rapportage waarin je de actuele wachttijd laat zien; zijn andere keuzes nodig. Je moet dan de tijd gaan meten tot aan een geplande afspraak. Wij volgen hier het NZa advies om gebruik te maken gebruik van de bekostiging. Hierdoor kan de implementatietijd fors worden verkort.

Naast deze informatie houdt de aanbieder ook de actuele wachtlijst in aantallen cliënten bij. Deze publiceren wij niet op onze websites.

Het aantal unieke cliënten dat op het meetmoment in de toegangs- en wachttijd zit.

- per cluster van locaties
- per doelgroep / behandelvorm (SIAC Zorgprogramma) met een extra categorie: 'zorgprogramma nog niet bekend'.
- Het aantal klanten waarvan wel de verwijfsbrief is ontvangen, maar waarop nog geen directe tijd is geregistreerd is van belang in verband met de zorgplicht van de aanbieder
- Deze informatie kan ook in blokken van 1 of meerdere weken worden gegenereerd voor monitoring van de actuele situatie (tip: deze kan ook gesplitst worden naar de actuele tijd tussen ontvangst brief en status in de wachttijd; zijnde: zit tussen brief en 1^e intake en tussen 1^e intake en start behandeling).
- Deze informatie wordt niet gepubliceerd; maar is voor interne doeleinden en voor gesprekken met verzekeraars / overheden

Toelichting

1. Inleiding

Voor de ZG sector waren er tot nu toe nog geen Treeknormen vastgesteld. Daar de doelgroepen, behandelvorm en behandelduur van auditief/communicatief en visueel ⁴ van elkaar afwijken en ook de zorg en de aanbieders apart van elkaar zijn georganiseerd; zijn er binnen de ZG 2 separate trajecten.

Er is in het verleden regelmatig overleg geweest tussen stakeholders over de omvang van de wachtlijsten; echter niet over de tijd die een cliënt moet wachten op zorg.

2. Definities

Voor de normen en definities is aansluiting gezocht met normen en definities die breder worden gebruikt in de zorg. Een toegangstijd van 4 weken en een wachttijd voor behandeling van 6 weken na het eerste 'polikliniekbezoek' en daarnaast met de definities uit het beleidskader van de NZa.

Er is bewust gekozen voor 1 norm voor alle doelgroepen. De nu gekozen norm is de norm die in principe passend zou zijn voor de jonge kinderen. Bij splitsing zou die van de doelgroepen boven de 5 jaar langer worden. Daarnaast is er gekozen voor 1 norm voor de totale wachttijd en niet voor een splitsing. Dit is gedaan omdat er binnen de sector verschillend wordt omgegaan met het beheer van wachtlijsten. De ene organisatie roept cliënten z.s.m. op voor het intake traject en plaatst cliënten daarna op een gerichte wachtlijst per doelgroep / regio. De andere organisatie wacht met het oproepen van cliënten totdat er plek is om de behandeling te starten. Het uit elkaar halen van de norm en de publicatie zou het beeld ondoorzichtiger maken. Deze keuze komt overigens veelal voort uit de breedte van de doelgroep(en) waaraan de aanbieder behandeling biedt.

3 . Publicatie

Er is bewust gekozen om de historische wachttijd over de afgelopen periode te publiceren en niet de wachttijd van de actuele klanten. De reden hiervoor is dat er (mede op basis van een voorstel van de NZa) gebruik wordt gemaakt van de bekostiging (en dus de declaratie of de registratie voor de declaratie). Voor eigen gebruik kan een aanbieder er natuurlijk voor kiezen om op basis van de ontvangst van de verwijsbrief een rapportage bij te houden.

Tijdspad. Om volledig te kunnen publiceren is er 365 dagen aan data nodig; Pas na een akkoord van alle aanbieders (zij hebben data tot een jaar terug) kan publicatie starten. Het streven is om publicatie medio 2021 te starten. Echter het is nog niet duidelijk of alle aanbieders met name de datum ontvangt verwijsbrief bruikbaar vastleggen in de systemen.

Afgesproken is om uiterlijk 1 januari 2022 te publiceren.⁵

Verzorgingsgebied. De aanbieders zullen duidelijk moeten aangeven wat het standaard verzorgingsgebied is waarvoor een locatie / gebied levert. Hiermee kunnen cliënten eventueel een keuze maken om verder te reizen voor behandeling of om een andere aanbieder te kiezen. Het verzorgingsgebied kan per doelgroep / zorgvorm verschillen. Dit als gevolg van de omvang van de diverse doelgroepen. Ook is het wenselijk om aan te geven waar de locaties zijn gehuisvest.

⁴ Auditief/communicatief: jonge kinderen, groepsbehandeling, doorlooptijd 1 jaar of langer. Visueel: senioren, individueel, kort.

⁵ Aanpassing april 2022

Het op locatieniveau publiceren van wachttijden wordt door de sector niet passend gevonden. Dit daar de meeste locaties klein in omvang zijn en er daardoor door 1 cliënt grote uitschieters kunnen ontstaan. Dit is de belangrijkste reden om niet te kiezen voor een publicatie op locatieniveau. De aanbieders zien het als hun taak om in een gebied / regio voldoende capaciteit te organiseren.

Het is belangrijk om aan te geven dat een cliënt niet alleen in het verzorgingsgebied waar hij woont terecht kan; maar dat hij / zij ook kan kiezen voor een andere locatie.

Periode. Door de toevoeging van de gemiddelde wachttijd in de laatste 3 maanden kan de ontwikkeling van de wachttijd worden gevolgd (Dit op verzoek van de NZa). De 3 maanden geeft door de kleine omvang van het aantal klanten meer kans op uitschieters. De vraag is nog wel of een en ander hierdoor overzichtelijk genoeg is voor de potentiële clientèle (wel heel vele cijfers). Dit expliciet meenemen in de evaluaties. Dit geldt ook voor de splitsing in de rapportage naar toegangs-, wacht- en totale tijd.⁶

Onderscheid. Wij vinden het van belang om in de registratie het onderscheid te maken tussen toegangstijd en wachttijd. De klant kan dan kiezen om snel te weten of hij passende zorg kan ontvangen (toegang) en langer te wachten op starten van de behandeling. Of om ervoor te kiezen langer te wachten op de toegang; maar dan wel snel daarna de behandeling te kunnen starten. In feite maakt dit onderscheid niet uit voor de cliënt.

Verantwoording

In het Technisch Overleg SIAC (Adelante, Auris, Gelderhorst, GGMD, Kalorama, Kentalis, Libra, Milo, Pento, Radboud, SIAC) begin 2020 is het traject toegelicht en op vraag hebben een aantal aanbieders aangeboden om deel te nemen in de werkgroep (Auris, Kentalis, Milo, NSDSK). De uitkomsten van deze werkgroep zijn (met de diverse opties) besproken in het TO SIAC van september. Met de in dit overleg voorgesteld aanpassingen is het voorstel voorgelegd aan het SIAC bestuur, DVO's, ZN, NZa. De opmerkingen vanuit deze partijen zijn besproken in de werkgroep. Daaruit is deze aangepaste versie gekomen die voorafgaand aan het SIAC bestuur van december ter consultatie is voorgelegd aan de leden van het Technisch overleg. Het SIAC bestuur heeft deze versie in haar vergadering van december 2020 vastgesteld.

In het Technisch Overleg van maart 2022 is de huidige werkwijze geëvalueerd. De hieruit voortvloeiende wijzigingen zijn aangegeven in het document.

⁶ In evaluatie maart 2022 is besloten om alleen nog de cijfers over de laatste 3 maanden te publiceren.