Nederlandse Zorgautoriteit

Rapport

Wachttijdprojecten: Hoe staan we ervoor?

Inhoud

* Samenvatting

1 Wachttijden medisch-specialistische zorg

2 Responstijden ambulancezorg

3 Wachttijden wijkverpleging

4 Wachttijden langdurige zorg

5 Wachttijden geestelijke gezondheidszorg

Conclusie

Samenvatting

Iedereen in Nederland moet erop kunnen vertrouwen dat er op tijd goede en betaalbare zorg beschikbaar is. In een aantal zorgsectoren blijkt dat het soms te lang duurt voordat iemand de zorg krijgt die nodig is, en waar hij of zij recht op heeft.

Belangrijke spelers voor tijdige zorg zijn zorgverzekeraars en zorgkantoren. Zij hebben een zorgplicht en moeten zorgen dat hun verzekerden:

- de zorg krijgen die ze nodig hebben;
- de zorg vergoed krijgen waar ze recht op hebben;
- worden bemiddeld naar een andere zorgaanbieder als zij te lang moeten wachten op zorg.

Maar zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen dit niet alleen. Ook andere partijen, zoals zorgaanbieders en consumentenorganisaties, moeten een bijdrage leveren aan het oplossen van de wachttijdenproblematiek. Hiervoor is het belangrijk dat zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en consumentenorganisaties (nog beter) gaan samenwerken. Wij sturen hierop. Daarom hebben wij in mei 2017 ons Actieplan wachttijden in de zorg opgesteld en zijn we vijf projecten gestart waar toegankelijke zorg voor patiënten centraal staat. In elk van deze projecten ligt de nadruk op een andere zorgsector:

1 Wachttijden medisch-specialistische zorg
2 Responstijden ambulancezorg
3 Wachttijden wijkverpleging
4 Wachttijden langdurige zorg
5 Wachttijden geestelijke gezondheidszorg

In deze publicatie laten we per project zien hoe we er nu voor staan. Eerst staan we stil bij de uitdaging waar we voor staan. Vervolgens geven we aan welke voorwaarden wij stellen voor het terugdringen van de wachttijden en responstijden. Ook laten we zien welke acties wij hebben uitgevoerd in 2017 en welke acties op de planning staan voor 2018.

1. Wachttijden medisch-specialistische zorg

Voor welke uitdagingen staan we?

Voor een aantal specialismen in de medisch-specialistische zorg zijn de wachttijden te lang. Ze zijn daarmee langer dan de maximaal aanvaardbare wachttijden (Treeknormen).

Treeknormen	
Wachttijd polikliniekbezoek en diagnostiek	4 weken
Behandelwachttijd	7 weken

De specialismen waar het om gaat zijn: allergologie, oogheelkunde, maag- darm- en leverziekten, reumatologie, revalidatiegeneeskunde, pijnbestrijding, neurochirurgie en neurologie. In onze Marktscan medisch-specialistische zorg 2016 constateren we dat de gemiddelde wachttijd voor deze specialismen tussen de 4,1 en 6,6 weken ligt. In sommige regio's zien we dat de wachttijd ver boven het gemiddelde ligt. Zo kan de wachttijd voor een oogheelkunde polikliniekbezoek in regio Noordoost-Nederland oplopen tot 9 weken. In het Rapport wachttijden medisch-specialistische zorg staan de oorzaken van deze wachttijden. Ook geven we in dit rapport oplossingsrichtingen voor de wachttijden-problematiek. Het rapport vormt samen met het Actieplan wachttijden in de zorg, ons plan van aanpak voor het terugdringen van wachttijden in de medisch-specialistische zorg. Wij pakken de regierol, maar werken samen met andere partijen om de wachttijden terug te dringen.

Voorwaarden voor terugdringen van de wachttijden

Het doel van ons project is om de wachttijden in de medisch-specialistische zorg onder de Treeknormen te krijgen. Om dit te realiseren moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten juiste en actuele wachttijdinformatie bieden.
- Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden (meer) bemiddelen naar een andere zorgaanbieder als zij te lang moeten wachten op zorg.
- De informatiepositie van de patiënt moet worden versterkt zodat ze beter weten wat ze kunnen doen om op tijd zorg te krijgen.
- Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere betrokken partijen moeten samen de problemen aanpakken per regio, landelijk en per specialisme.
- Regio's moeten best practices met elkaar delen.

Onze uitgevoerde acties in 2017

Het is belangrijk dat patiënten, verwijzers (zoals huisartsen) en zorgverzekeraars inzicht hebben in de actuele wachttijden in de zorg. Daarom is onze Regeling wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch-specialistische zorg recent aangepast. Deze regeling verplicht zorgaanbieders om hun actuele wachttijden te registreren en te publiceren. Daarnaast zijn zorgaanbieders nu ook verplicht om hun patiënten actief te informeren over (te) lange wachttijden en ze te wijzen op de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling. We verwachten dat de regeling bijdraagt aan tijdige zorg voor patiënten.

Ook hebben we het zorgaanbod van zelfstandige klinieken in kaart gebracht. Hierdoor kunnen we de capaciteit van deze klinieken beter inzetten en benutten. Dit heeft een positief effect op de wachttijden, die hierdoor mogelijk verder terugdringen.

In november en december van 2017 hebben we gesprekken gevoerd met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, brancheorganisaties en patiëntenverenigingen. Deze gesprekken richtten zich op de problematiek in de regio Noordoost-Nederland. We hebben hierin aangestuurd op het tot stand brengen van samenwerkingsverbanden. Daarnaast moeten goede initiatieven in de regio, landelijk worden gedeeld.

Onze acties in 2018

De voorwaarden die we hebben opgesteld om de wachttijden terug te dringen, vragen vooral om actie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om dit te stimuleren zullen wij:

- Toezicht houden op de naleving van de Regeling wachttijden en wachtlijstbemiddeling medisch-specialistische zorg.
- Meer bekendheid geven aan wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars.
- Ervoor zorgen dat waar mogelijk de capaciteit van zelfstandige klinieken (beter) ingezet en benut wordt.
- Gesprekken voeren en bijeenkomsten organiseren met onder andere zorgverzekeraars, zorgaanbieders, ketenpartners, patiëntenorganisaties en overige spelers die bij kunnen dragen aan het terugdringen van wachttijden in de medisch-specialistische zorg.
- De voortgang en resultaten van de acties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders monitoren.

Daarnaast kunnen patiënten die te lang moeten wachten op zorg, zich melden bij ons Meldpunt. Wij kunnen dan gericht actie ondernemen richting de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar.

2. Responstijden ambulancezorg

Voor welke uitdagingen staan we?

Het lukt te veel ambulances niet om in hun regio binnen 15 minuten bij een patiënt te zijn.

Norm	
Spoedvervoer A1 Deze inzet vindt plaats in geval van acute bedreiging van de vitale functies van een patiënt.	95% van de ambulances moet binnen 15 minuten ter plaatse zijn.

Nederland is onderverdeeld in 24 regio's. Elke regio heeft een eigen Regionale Ambulancevoorziening (RAV) die de ambulancezorg regelt. De meeste regio's voldoen niet aan de norm, waarbij 95% van de ambulances binnen 15 minuten ter plaatse moet zijn. Voor deze regio's geldt dat tussen de 88% en de 95% van de ritten binnen 15 minuten ter plaatse is. In ons Rapport normoverschrijdingen responstijden ambulances staan de oorzaken van de overschrijdingen. Het rapport bevat ook oplossingsrichtingen die bijdragen aan het halen van de norm.

Voorwaarden voor terugdringen van de responstijden

Het doel van ons project is om de responstijden van ambulances binnen de 95%-norm te krijgen.

Zorgverzekeraars hebben samen met de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) verbeterplannen bij ons aangeleverd voor de regio's waar dit nog niet het geval is. Om de gewenste responstijden van ambulances te realiseren moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- RAV's en zorgverzekeraars moeten inzicht krijgen in de oorzaken voor het niet halen van responstijden.
- RAV's en zorgverzekeraars moeten goede afspraken maken over 'burenhulp' van RAV's van aangrenzende regio's.
- RAV's en zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat vacatures in de ambulancezorg gevuld worden.
- De leiding van de RAV moeten zorgen voor een goede interne bedrijfsvoering en aansturing van de RAV.
- Zorgverzekeraars en de RAV moeten goed met elkaar afstemmen.
- RAV's en zorgverzekeraars moeten best practices met elkaar delen.

Onze uitgevoerde acties in 2017

De verbeterplannen, en daaropvolgende voortgangsrapportages, van zorgverzekeraars hebben we beoordeeld. De nadruk lag hierbij op de kwaliteit van de verbeterplannen en voortgangsrapportages. Ook hebben we gekeken of de genoemde verbeteringen voldoende vooruitgang hebben geboekt en of ze leiden tot lagere

responstijden. Een aantal zorgverzekeraars moest na onze beoordeling betere plannen indienen. Ook hebben we gesprekken met zorgverzekeraars gevoerd wanneer de verbeteringen niet leidden tot lagere responstijden. We hebben 'spiegelinformatie' gebruikt van andere regio's om zorgverzekeraars te stimuleren om best practices door te voeren.

We volgen de ontwikkeling van de responstijden zorgvuldig. Dit doen we onder andere via het jaarlijkse sectorkompas van Ambulancezorg Nederland (AZN). De responstijden die in het kompas staan zijn doorgerekend door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en gaan over het jaar 2016. Het landelijk gemiddelde van de responstijden is in 2016 gelijk gebleven aan 2015, namelijk 93,4%. In de voortgangsrapportages van zorgverzekeraars worden de cijfers gebruikt over het jaar 2017. Deze cijfers zijn afkomstig van de RAV's, maar nog niet door het RIVM beoordeeld. Zorgverzekeraars geven aan dat in de eerste helft van 2017 in tien regio's de responstijden zijn gestegen. Een van de oorzaken hiervoor is dat het aantal ambulanceritten is toegenomen met 5%. Daarnaast is de krapte op de arbeidsmarkt een belangrijke oorzaak voor het stijgen van de responstijden in bepaalde regio's. Er is meer geld beschikbaar gesteld voor de RAV's door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om deze oorzaken aan te pakken. In zeven regio's zijn de responstijden gedaald.

Uit het tabellenboek, onderdeel van het sectorkompas, blijkt dat er grote verschillen zijn per regio. Deze verschillen worden bepaald door factoren die invloed kunnen hebben op de responstijden. Een aantal van deze factoren staan in onderstaande tabel weergegeven. De genoemde percentages hebben geen relatie tot de 95%-norm, maar geven inzicht in hoe de bandbreedte in de regio's is per factor.

Factoren	Bandbreedte in regio's
Instroom personeel	3,9% - 16,6%
Uitstroom personeel	1,6% - 11,9%
Ziekteverzuim	2,4% - 10,5%

Het inzicht wat de verschillen in percentages geven, biedt mogelijkheden om de responstijden in de verschillende regio's te verbeteren. Wij roepen alle zorgverzekeraars en RAV's op om samen te kijken naar welke factoren per regio te verbeteren zijn. Brancheorganisaties AZN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) kunnen hier ook een faciliterende rol in spelen.

Eén van de tien regio's waar de responstijd is gestegen laat in 2017 een hele snelle stijging in de responstijden zien. Hier maken wij ons zorgen over. Samen met de Inspectie

Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doen wij hier onderzoek naar. Zo hebben we gesprekken gevoerd met zorgverzekeraars en de RAV. Bij een andere regio doen wij samen met de IGJ onderzoek naar de financiële situatie van de RAV. Zo willen we kijken of er risico's bestaan die de continuïteit van zorg in de weg staan. In beide regio's zullen we, wanneer nodig, sturen op een aanpak voor het oplossen dan wel voorkomen van problemen.

Onze acties in 2018

De voorwaarden die we hebben opgesteld om de responstijden van ambulances terug te dringen, vragen vooral om actie van zorgverzekeraars en de RAV's. Om dit te stimuleren zullen wij:

- Intensiever toezicht houden op regio's die een stijging in de responstijden laten zien.
- De resultaten uit onze onderzoeken met de IGJ zo snel mogelijk omzetten naar een aanpak om de responstijden te verbeteren.
- Een bijeenkomst organiseren in het eerste kwartaal van 2018. We gaan dan in gesprek met zorgverzekeraars en RAV's over de resultaten van hun verbeterplannen, de knelpunten en kijken samen naar mogelijke oplossingen.
- Zorgverzekeraars en RAV's stimuleren om 'spiegelinformatie' te gebruiken en best practices te delen en in te zetten. Een voorbeeld hiervan is het gebruiken van de informatie uit het sectorkompas.

3. Wachttijden wijkverpleging

Voor welke uitdaging staan we?

Er is steeds meer vraag naar wijkverpleegkundige zorg. Door een optelsom van faillissementen van thuiszorgaanbieders, personeelstekorten én patiëntenstops – vanwege het vroegtijdig bereiken van omzetplafonds – staat het aanbod van wijkverpleegkundige zorg onder druk. Wij onderzoeken of mensen hierdoor onvoldoende of te laat wijkverpleging ontvangen.

In de casemanagement dementie, een vorm van wijkverpleging, zien we dat dit ook tot te lange wachttijden leidt. Mensen die deze zorg nodig hebben staan bij 36 van de 62 dementienetwerken op een wachtlijst. Van deze 36 netwerken hebben er 15 inzicht in de wachttijd. Bij 4 netwerken is de wachttijd 6 weken of langer. Dat is even lang of langer dan de maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm).

Treeknorm	
Wachttijd voor verpleging (waaronder casemanagement dementie)	6 weken

Voorwaarden voor terugdringen van de wachttijden

Het doel van ons project is om de wachttijden in de wijkverpleging terug te dringen. Om dit te realiseren moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten juiste en actuele wachttijdinformatie bieden.
- Dementienetwerken moeten inzicht krijgen in de oorzaken voor de lange wachttijden.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten ervoor zorgen dat vacatures in de wijkverpleging gevuld worden.
- Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden (meer) bemiddelen naar een andere zorgaanbieder als zij te lang moeten wachten op zorg.
- De informatiepositie van patiënten moet worden versterkt zodat ze beter weten wat ze kunnen doen om op tijd zorg te krijgen.
- Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere betrokken partijen moeten samen de problemen aanpakken per regio, landelijk en per specialisme.
- Dementienetwerken moeten best practices met elkaar delen.

Onze uitgevoerde acties in 2017

We hebben onderzoek gedaan naar de risico's en problemen in de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg. Daarnaast monitoren we het contracteerproces voor

wijkverpleging in het algemeen, en meer specifiek voor casemanagement dementie.

Via een meldactie hebben we mensen opgeroepen om zich te melden bij ons wanneer ze werden geconfronteerd met lange wachttijden voor casemanagement dementie. We hebben de melders verder geholpen door ze te wijzen op zorgbemiddeling en in een aantal gevallen contact op te nemen met hun zorgverzekeraar. Vervolgens hebben we gecontroleerd of deze mensen zijn bemiddeld naar zorg, en dat was het geval.

Voor casemanagement dementie hebben we gesprekken gevoerd met zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de regio's waar sprake is van lange wachttijden. We hebben deze partijen aangesproken op hun rol bij het terugdringen van de wachttijden. Als gevolg hebben zorgverzekeraars in verschillende regio's financiële middelen beschikbaar gesteld. Hierdoor kunnen zorgaanbieders de capaciteit voor casemanagement dementie uitbreiden.

We hebben ervoor gezorgd dat patiëntenstops geen negatieve gevolgen hebben gehad voor de toegankelijkheid van wijkverpleging. Dit hebben we gedaan door gesprekken te voeren met thuiszorgorganisaties en zorgverzekeraars. Een voorbeeld hiervan is de situatie van de patiëntenstop bij BrabantZorg. Doordat we hier hebben ingegrepen wisten mensen uit de provincie Brabant en omgeving bij welke andere zorgaanbieder ze terecht konden voor wijkverpleging.

Onze acties in 2018

De voorwaarden die we hebben gesteld om de wachttijden terug te dringen, vragen vooral actie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om dit te stimuleren zullen wij:

- Een regeling opstellen voor casemanagement dementie waarin we wachtlijst- en wachttijdregistratie verplichten.
- Het contracteerproces/zorginkoop door zorgverzekeraars monitoren.
- Meer bekendheid geven aan wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars.
- Onze bevindingen delen in het eerste kwartaal van 2018 over de risico's en mogelijke problematiek in de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg.
- Een aanpak opstellen om het inzicht te vergroten in de lengte van wachtlijsten en wachttijden. Hieronder valt bijvoorbeeld het starten van een meldactie om via huisartsen en ziekenhuizen beter zicht hierop te krijgen.

Daarnaast kunnen patiënten die te lang moeten wachten op zorg, zich melden bij ons Meldpunt. Wij kunnen dan gericht actie ondernemen richting de zorgaanbieder of zorgverzekeraar.

4. Wachttijden langdurige zorg

Voor welke uitdaging staan we?

Mensen wachten onnodig lang op passende langdurige zorg zoals gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleging en verzorging. In bepaalde gevallen wachten zij langer dan de maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm). Dit is bijvoorbeeld het geval als een patiënt een voorkeur voor een specifieke locatie van een zorgaanbieder heeft.

Treeknormen

Verblijf met behandeling	
Verpleging en verzorging Gehandicaptenzorg Geestelijke gezondheidszorg	6 weken
Verblijf zonder behandeling	
Verpleging en verzorging Gehandicaptenzorg Geestelijke gezondheidszorg	13 weken

Zorgkantoren hebben nog onvoldoende inzicht in de oorzaken van de lange wachttijden. Ook weten ze niet goed waarom mensen op de wachtlijst staan en of dit wel verantwoord is. Daarnaast weten mensen het zorgkantoor nog te weinig te vinden voor zorgbemiddeling naar een andere zorgaanbieder als zij te lang moeten wachten op zorg. Dit stellen we ook vast in het Rapport wachtenden in de langdurige zorg en ons Rapport cliëntondersteuning in de Wlz.

In ons Actieplan wachttijden in de zorg geven we voor de langdurige zorg aan welke acties ondernomen moeten worden.

Voorwaarden voor terugdringen van de wachttijden

Het doel van ons project is om ervoor te zorgen dat zorgkantoren mensen op tijd naar passende zorg bemiddelen met voldoende aandacht voor individueel welzijn. Om dit te realiseren moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Er moet inzicht komen in wie op de wachtlijst staat, waarom en of de situatie van de wachtende (al dan niet in zorg) nog verantwoord is.
- Het patiëntendossier moet volledig ingevuld en up-to-date zijn. Zo ontstaat er ook inzicht in relevante sociale context voor de patiënt.
- Periodiek en structureel moet er informatie zijn van zorgaanbieders en cliëntondersteuners over de wachtenden. Maar ook over of de zorg nog passend is van patiënten die al zorg krijgen.

- Zorgkantoren moeten best practices met elkaar delen.
- Er moet goed samengewerkt worden. Tussen zorgaanbieders en zorgkantoren, maar ook tussen onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgkantoren.
- Mensen moeten weten dat zij voor zorgbemiddeling bij het zorgkantoor terecht kunnen.

Onze uitgevoerde acties in 2017

We hebben zorgkantoren opdracht gegeven verbeterplannen op te stellen en die bij ons aan te leveren. Om de voortgang van de implementatie van de verbeterplannen te controleren hebben we in november 2017 alle zorgkantoren bezocht. We hebben tijdens deze controle ook gekeken hoe de zorgkantoren met zorgbemiddeling omgaan. We hebben volledige medewerking gehad van de zorgkantoren tijdens deze controles. We troffen een open en lerende houding aan. Daarnaast wordt duidelijk dat zorgkantoren met de beste intenties de zorgbemiddeling voor hun patiënten uitvoeren.

De zorgkantoren laten grote verschillen zien als het gaat om:

- hun interne organisatie;
- inzicht in mensen die op de wachtlijst staan;
- de samenwerking met onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgaanbieders;
- de kwaliteit van de patiëntendossiers.

We zien dat zorgkantoren al zijn verbeterd op deze onderwerpen, maar ze moeten nog wel (extra) stappen zetten om te komen tot tijdige en passende zorg, met voldoende aandacht voor het individueel welzijn, voor alle patiënten. Met name de sociale context van patiënten is vaak nog onderbelicht.

Alle zorgkantoren hebben we een individuele terugkoppeling gegeven van onze eerste bevindingen naar aanleiding van de controles. We hebben de twee zorgkantoren (de zogenoemde ‘koplopers’) die het meest voldoen aan de voorwaarden om de wachttijden terug te dringen, gevraagd om een ‘trekkersrol’ te vervullen. Zo willen we alle zorgkantoren op hetzelfde gewenste niveau krijgen. Beide zorgkantoren hebben toegezegd deze rol te vervullen.

De wachtlijstgegevens van Zorginstituut Nederland laten over de periode januari 2017 tot oktober 2017 zien dat het aantal patiënten dat ‘actief’ wacht op een opname stabiel blijft. Dit percentage is 0,05%. Het is positief dat de inspanningen van de zorgkantoren zichtbaar zijn in het percentage patiënten dat ‘niet-actief wachtend’ is. Niet-actief wachtenden zijn patiënten die nog willen wachten op een opname omdat ze de voorkeur hebben voor een specifieke woonplek óf zo lang als dit kan thuis willen wonen. Het aantal niet-actief wachtenden is in 2017 afgenomen met meer dan 5%. Het aantal niet-actief

wachtenden dat nog geen zorg ontvangt is zelfs afgenomen met bijna 25%.

Onze acties in 2018

De voorwaarden die we hebben gesteld om de wachttijden terug te dringen, vragen vooral actie van zorgkantoren, zorgaanbieders en cliëntondersteuners. Om dit te stimuleren zullen wij:

- De voortgangsrapportages die de zorgkantoren eind december 2017 opleveren, beoordelen en van feedback voorzien.
- Intensiever toezicht houden op zorgkantoren die aan veel voorwaarden nog niet voldoen.
- Samen met de twee 'koplopers' zorgen dat alle andere zorgkantoren ook aan alle voorwaarden voldoen.
- Zorgkantoren stimuleren om 'spiegelinformatie' te gebruiken en best practices te delen en in te zetten.

Daarnaast kunnen patiënten die te lang moeten wachten op zorg, zich melden bij ons Meldpunt. Wij kunnen dan gericht actie ondernemen richting het zorgkantoor.

5. Wachttijden geestelijke gezondheidszorg

Voor welke uitdaging staan we?

De wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn voor met name te lang voor de diagnoses autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. De aanmeldwachttijd voor een gespecialiseerde ggz-instelling was in 2016 gemiddeld 6 weken. Vrijgevestigden hebben een aanmeldwachttijd voor de gespecialiseerde ggz van 8,6 weken. De maximaal aanvaardbare wachttijd (Treeknorm) hiervoor is 4 weken.

Treeknorm	
Aanmeldwachttijd	4 weken
Behandelwachttijd	10 weken

In onze Marktscan ggz 2016 beschrijven we deze wachttijdenproblematiek. In ons Actieplan wachttijden in de zorg hebben we voor de geestelijke gezondheidszorg, medisch-specialistische zorg en de langdurige zorg aangegeven welke acties ondernomen moeten worden.

Voorwaarden voor terugdringen van de wachttijden

Het doel van ons project is om de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg binnen de Treeknorm te krijgen. Om dit te realiseren moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten juiste en actuele wachttijdinformatie bieden.
- Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden (meer) bemiddelen naar een andere zorgaanbieder als zij te lang moeten wachten op zorg.
- De informatiepositie van patiënten moet worden versterkt zodat ze beter weten wat ze kunnen doen om op tijd zorg te krijgen.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten goede afspraken maken over de contractering van ggz-zorg.
- Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere betrokken partijen moeten samen de problemen per regio, landelijk en per specialisme aanpakken.

Onze uitgevoerde acties in 2017

Wij hebben de regie om samen met andere betrokken partijen de wachttijden terug te dringen. Vanuit die regierol

monitoren we zorgvuldig de voortgang van de landelijke afspraken aanpak wachttijden ggz. Samen met onze acties voor de ggz, die volgen uit ons Actieplan wachttijden in de zorg, vormen de landelijke afspraken de acties voor de integrale aanpak van te lange wachttijden in de ggz.

Het is belangrijk dat patiënten, verwijzers (zoals huisartsen) en zorgverzekeraars inzicht hebben in de actuele wachttijden in de zorg. Daarom is onze Transparantieregeling zorgaanbieders ggz recent aangepast. Deze transparantieregeling verplicht ggz-aanbieders om per 1 januari 2018 hun wachttijdgegevens centraal aan te leveren bij Vektis. Zo ontstaat er een actueel overzicht van de wachttijden. De aanleverplicht bij Vektis sluit aan bij het breed gedragen initiatief van de koepel van cliënten- en familieorganisaties in de ggz, ggz-aanbieders en zorgverzekeraars voor een nieuwe keuzewebsite voor patiënten in de ggz. We verwachten dat de transparantieregeling bijdraagt aan meer inzicht in de actuele wachttijden en aan tijdige zorg voor patiënten.

De plannen van aanpak die zorgverzekeraars hebben opgesteld, hebben we beoordeeld. De resultaten van deze beoordeling zijn medio 2017 teruggekoppeld aan zorgverzekeraars. We hebben in onze bevindingen nogmaals de urgentie van de wachttijdenproblematiek duidelijk gemaakt. Het gevoel van urgentie wordt breed gedeeld.

Tegelijkertijd zien we dat niet elke zorgverzekeraar alle mogelijkheden benut om de wachttijden aan te pakken. Wij roepen daarom alle zorgverzekeraars op om extra stappen te zetten en initiatieven te nemen om de wachttijden in de ggz binnen de Treeknormen te krijgen. Dit is niet alleen de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, maar ook van zorgaanbieders. Beide moeten zich maximaal inspannen om de wachttijden in de ggz terug te dringen.

We hebben gesprekken gevoerd met ggz-aanbieders over hun ervaringen in de contractering met zorgverzekeraars. Ook is de zorginkoop onderwerp van gesprek geweest met zorgverzekeraars. Met informatie uit deze gesprekken hebben we een aantal succesfactoren voor contractering opgesteld:

- Zorgverzekeraars hebben inzicht in de verzekerdenpopulatie en het zorgaanbod bij de aanbieder. Gedetailleerd inzicht in zorgvraag en -aanbod ondersteunt het maken van afspraken waarbij de grootste knelpunten (in termen van wachttijd) gericht worden aangepakt.
- Zorgaanbieders maken de effectiviteit en doelmatigheid van hun behandelingen inzichtelijk.
- Zorgaanbieders kunnen aantonen dat zij zelfstandig en gericht eventuele ondoelmatige werkwijzen aanpakken.

- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen voor goede informatiestromen tussen beide. Daarnaast biedt de zorgaanbieder een actueel overzicht van de wachttijden.
- Zorgaanbieders kunnen onderbouwen wat het gevolg is van een tekort aan financiële middelen op de wachttijden én hoe eventuele extra middelen de toegankelijkheid van zorg ten goede komen.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan tijdig in gesprek met elkaar om patiëntenstops te voorkomen.
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben oog voor maatwerk en de mogelijkheid van aanpassing van financiële afspraken gedurende het jaar.

Al deze factoren hebben een positieve invloed op de relatie zorginkoop/contractering en het voldoen aan de zorgplicht van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten zich inzetten om deze factoren in te vullen.

Ook hebben we in het geval van (dreigende) patiëntenstops gesprekken gevoerd met de betreffende ggz-aanbieder en zorgverzekeraars. Dit om te voorkomen dat het daadwerkelijk resulteerde in een patiëntenstop. Een voorbeeld hiervan is de (dreigende) patiëntenstop bij Emergis, een grote ggz-aanbieder in Zeeland. Door ons ingrijpen bleven mensen in de provincie Zeeland bij Emergis verzekerd van zorg.

Via een meldactie hebben we mensen opgeroepen zich te melden bij ons wanneer ze werden geconfronteerd met lange wachttijden in de ggz. We hebben de ruim 100 melders verder geholpen door ze te wijzen op zorgbemiddeling en in een aantal gevallen contact op te nemen met hun zorgverzekeraar. Een deel van de melders kon hierdoor sneller zorg ontvangen. Bij een ander deel bleek dit moeilijk te zijn, wat de urgentie van de wachttijden in de ggz onderstreept en meer inzicht geeft in de knelpunten.

Tot slot monitoren we de landelijke afspraken die zijn gemaakt om de wachttijden in de ggz terug te dringen. De voortgang van deze afspraken staat in onze eerste Voortgangsrapportage wachttijden in de ggz.

Onze acties in 2018

De voorwaarden die we hebben gesteld om de wachttijden terug te dringen, vragen vooral actie van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Om dit te stimuleren zullen wij:

- Toezicht houden op de naleving van de transparantieregeling.
- Meer bekendheid geven aan wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars.
- Een volgende fase ingaan van het traject van de NZa met de zorgverzekeraars. Een fase van het verder operationaliseren van acties en het behalen van

resultaten. Het gaat erom dat de zorgverzekeraar alles doet wat in zijn mogelijkheid ligt om de wachttijden omlaag te krijgen. Wij houden contact met de zorgverzekeraars over de voortgang en intensiveren waar nodig.

- Onderzoeken of door omzetplafonds bij vrijgevestigden capaciteit onbenut blijft.
- De landelijke afspraken aanpak wachttijden ggz intensief blijven monitoren.

Daarnaast kunnen patiënten die te lang moeten wachten op zorg, zich melden bij ons Meldpunt. Wij kunnen dan gericht actie ondernemen richting de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar.

Conclusie

Tussen de vijf wachttijdprojecten zien we een aantal overeenkomsten in de oorzaken en aanpak van de te lange wacht- en responstijden:

- Zorgverzekeraars en zorgkantoren bemiddelen hun verzekerden nog te weinig naar een andere zorgaanbieder als zij te lang moeten wachten op zorg. Dit komt met name doordat er te weinig bekendheid bij mensen is over de optie tot wachtlijstbemiddeling.
- Er is gebrek aan inzicht in de wachttijden en oorzaken hiervan. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders onvoldoende sturen op tijdigheid van zorg.
- Er wordt over het algemeen nog te weinig samengewerkt tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders om tot een oplossing van de wachtlijstproblematiek te komen. Ook andere relevante partijen, zoals consumentenorganisaties moeten meer betrokken worden in deze samenwerking.

In het Samenvattend rapport Zorgverzekeringswet 2016 en het Samenvattend rapport uitvoering Wlz 2016-2017 concluderen we bovendien dat er ruimte is voor verbetering bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders als het gaat om wachtlijst- en responstijdenproblematiek. Wij verwachten daarom dat zorgverzekeraars en zorgkantoren extra inzet tonen. Een te lange wachttijd heeft immers negatieve gevolgen voor het fysiek en geestelijk welzijn van een patiënt. Daarnaast komt dit het herstel van de patiënt niet ten goede.

Als we kijken naar de oplossingen voor de wachttijd- en responstijdproblematiek zien we ook een aantal overeenkomsten voor de vijf zorgsectoren. Om de wachttijden en responstijden terug te dringen moet in ieder geval aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Het is cruciaal dat zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders inzicht krijgen in de omvang en aard van de wachttijden- en responstijdenproblematiek.
- Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties die betrokken zijn bij de toegankelijkheid van zorg, moeten de urgentie en noodzaak voelen om het probleem op te lossen en hierin verantwoordelijkheid nemen.
- Alle betrokken partijen moeten samenwerken om tot een passende oplossing te komen.
- Best practices moeten gedeeld en ingezet worden.
- Patiënten moeten beter geïnformeerd worden over de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling.

Wij hebben de regierol om deze voorwaarden te realiseren. We zullen ons dan ook blijven inzetten om de wachttijden en responstijden terug te dringen. Ook in 2018 gaan we daarom in gesprek met partijen, brengen we partijen samen, voeren we controles uit bij verzekeraars, houden we meldacties voor patiënten en geven we ‘spiegelinformatie’ aan verzekeraars om op die manier best practices te delen.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 87 70
(bereikbaar tussen 9.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl