

A high-angle, top-down photograph of two individuals, likely healthcare professionals, wearing white lab coats. They are seated at a desk, leaning over and looking at a laptop. The person on the left is pointing at the screen, while the person on the right is holding a pen over a document. A calculator is visible on the desk between them. To the right, a red mug sits on a metal stand. The background is a bright, clean clinical or office environment.

Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden

Samenvattend rapport

maart 2019

Inhoud

- Samenvatting
- Hoofdstuk 1. Inleiding
- Hoofdstuk 2. Geestelijke gezondheidszorg
- Hoofdstuk 3. Medisch-specialistische zorg
- Hoofdstuk 4. Wijkverpleging
- Conclusies en vervolg
- Bijlagen

Samenvatting

Samenvatting

Inleiding

Voor u ligt het rapport met de uitkomsten van het onderzoek dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft gedaan naar de inspanningen van zorgverzekeraars om de wachttijden te verminderen.

In Nederland hebben alle patiënten recht op passende zorg. De toegang tot zorg is vaak goed geregeld. Het grootste gedeelte van de patiënten wordt tijdig geholpen. Helaas geldt dat niet voor alle zorg. Bij sommige diagnoses en specialismen moeten patiënten langer dan de vastgestelde toegankelijkheidsnormen wachten. De toegankelijkheid tot bepaalde vormen van zorg is niet meer vanzelfsprekend. Uiteraard is het onwenselijk wanneer patiënten te lang op hun zorg moeten wachten: het kan tot schade van hun gezondheid leiden. Dat belang wordt breed gedeeld door alle betrokken partijen.

De oorzaken van de wachttijden lopen uiteen per sector en per zorgvorm. Er is niet één oplossing voor alle verschillende wachttijden. Er is niet één partij die hier alleen aan zet is. Alle partijen moeten hun steentje bijdragen. In die lijn is het goed om te zien dat branchepartijen voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) akkoorden sluiten om de wachttijden gezamenlijk op te lossen. Ook de NZa en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd trekken gezamenlijk op om de wachttijden aan te pakken.

Het is tijd dat de patiënt daadwerkelijk iets gaat merken van de inspanningen en de wachttijden afnemen. Regionale samenwerking is een belangrijke stap, maar samenwerking alleen verlaagt de wachttijden niet. De vermindering van wachttijden gaat te traag. Dit betekent dat de urgentie en inspanningen omhoog moeten, van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere relevante betrokkenen. We willen veranderingen in de praktijk, zodat patiënten sneller op de juiste plek worden geholpen.

Toezicht door de NZa

In dit rapport gaan we nader in op onze bevindingen en de maatregelen die we genomen hebben naar aanleiding van een controlereeks bij de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn in het kader van hun zorgplicht verantwoordelijk voor tijdige zorg voor hun verzekerden. We hebben in ons onderzoek vastgesteld wat hun daadwerkelijke inspanningen zijn om wachttijden te verminderen. We hebben bijvoorbeeld onderzocht in hoeverre zorgverzekeraars inzicht hebben in wachttijden en hoe de samenwerking tussen de afdeling zorginkoop en zorgbemiddeling verloopt. Ook hebben we gekeken naar hun inzet op zorgbemiddeling en hun communicatie met de verzekerde. De afspraken met zorgaanbieders waren ook onderwerp van onze controles.

Deze controlereeks is een vervolg op eerder genomen maatregelen rondom wachttijden. In eerste instantie hebben we gekeken naar de oorzaken en omvang van de wachttijdproblematiek. Waardoor ontstaan de wachttijden? Het antwoord op deze vraag is niet eenduidig. Wachttijden kunnen ontstaan door (tijdelijk) personeelstekort bij zorgaanbieders. Maar ook door eigen keuze van de patiënt. Het kan namelijk voorkomen dat die electieve zorg uitstelt of specifiek door een bepaalde zorgaanbieder geholpen wil worden. Ook houden sommige instellingen de wachttijden kunstmatig hoog om te sturen op hun patiëntenstroom.

Bij het bepalen van de omvang van de wachttijdproblematiek constateerden we dat er een aantal zorgvormen is, waarvoor de wachttijden langer waren dan de Treeknorm. Met name voor persoonlijkheidsstoornissen en autisme in de ggz en oogheelkunde in de medisch-specialistische zorg. Deze informatie hebben we gedeeld met de betrokken sectoren. Wij hebben aanbevolen om de wachttijden gezamenlijk op te pakken, vooral voor deze specifieke zorgvormen. Dit traject hebben we intensief gevolgd (verbeterplannen opgevraagd, gesprekken gevoerd).

Daarnaast hebben we een onderzoek laten doen om vast te stellen hoe groot de wachttijdproblematiek in de wijkverpleging is. Uit dit onderzoek blijkt dat de zorg over het algemeen tijdig kan worden gestart. Wel blijkt dat de toegankelijkheid onder druk staat, bijvoorbeeld als gevolg van een tekort aan wijkverpleegkundigen. Dit kan er in de toekomst toe leiden dat wachttijden oplopen.

Ook hebben we ons toezicht geïntensiveerd om de transparantie van de wachttijden te verbeteren. Zodat de patiënt beter kan kiezen en de zorgverzekeraar en aanbieders betere afspraken kunnen maken. Zo hebben we verschillende zorgaanbieders in de ggz aanwijzingen gegeven om hun wachttijden goed en tijdig aan te leveren. Op basis van deze informatie kan een patiënt een betere keuze maken via www.kiezenindeggz.nl.

Conclusie

Op basis van de controlereeks constateren we dat niet alle zorgverzekeraars zich voldoende inspannen om ervoor te zorgen dat hun verzekerden op tijd de juiste zorg krijgen. Dit staat haaks op de ambitie die door hen is uitgesproken om de wachttijdproblematiek op te lossen. Dat moet beter.

Er zijn zorgverzekeraars die nog geen specifieke afspraken met zorgaanbieders maken voor de groepen patiënten waarvoor de wachttijden het hoogst zijn. Of gemaakte afspraken worden niet gemonitord. Er zijn ook zorgverzekeraars die zich juist wel inzetten om samen met de zorgaanbieder de wachttijden te verminderen. Hetzelfde geldt voor het inzicht in de wachttijden. Ook daar loopt de inzet door zorgverzekeraars uiteen. Er zijn nog steeds zorgverzekeraars die geen structureel inzicht in de aard, omvang en ontwikkeling van wachttijden hebben.

We hebben geconstateerd dat alle zorgverzekeraars doen aan zorgbemiddeling. Zorgbemiddeling is noodzakelijk om patiënten tijdig een passend alternatief te bieden, bijvoorbeeld wanneer een aanbieder de zorg niet binnen de Treeknorm kan leveren. Uit ons onderzoek blijkt dat de opvolging van de effectiviteit van zorgbemiddeling beter kan.

Vrijwel geen enkele zorgverzekeraar controleert achteraf of de patiënt uiteindelijk tijdig zorg heeft gekregen. Of dat de verzekerde er zelf voor kiest om langer te wachten. Een gerichte aanpak is noodzakelijk om te bepalen of de zorgbemiddeling uiteindelijk heeft geholpen en om zeker te weten dat een patiënt die langer wacht dat vrijwillig doet.

Alle zorgverzekeraars hebben van ons een brief ontvangen met verbeterpunten die zij de komende maanden moeten oppakken. Daarbij verwachten wij dat zij zoeken naar gerichte oplossingen voor knelpunten. Hiervoor is noodzakelijk dat zij:

- structureel inzicht hebben in de wachttijden;
- beter opvolgen wat de uitkomsten zijn van de zorgbemiddeling;
- meer sturen op het behalen van resultaten in de afspraken met zorgaanbieders.

De goede voorbeelden die we in ons onderzoek hebben gezien, worden in dit rapport gedeeld en kunnen door zorgverzekeraars worden gebruikt als handvat om tot verbetering te komen.

Voor de zomer gaan we weer op controlebezoek bij de zorgverzekeraars. We kijken dan hoe ze deze verbeterpunten hebben opgepakt en invulling hebben gegeven aan de uitkomsten van de vorige controle. Voor de zomer/na de zomer komen we met een nieuwe stand van zaken. Bij onvoldoende voortgang zullen we verdere stappen zetten, zoals openbaarmaking en het geven van een aanwijzing.

1. Inleiding

1. Inleiding

Toegankelijkheid is één van de speerpunten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). We vinden het belangrijk dat iedereen op tijd de zorg krijgt die nodig en passend is. Een te lange wachttijd kan negatieve gevolgen voor het fysieke en geestelijke welzijn van de patiënt hebben.

1.1 Aanleiding

Helaas zijn in een aantal sectoren de wachttijden nog steeds langer zijn dan de maximaal aanvaardbare Treeknorm. Dit is een ernstige zaak. Het betekent dat mensen te lang moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben.

- Uit recente cijfers blijkt dat alle aanmeldwachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) langer zijn dan de Treeknorm van vier weken. In de basis-ggz en gespecialiseerde-ggz blijft de totale wachttijd binnen de Treeknorm. In totaal liggen 3 van de 14 hoofddiagnosegroepen boven de Treeknorm van de totale wachttijd.¹ Van de drie focusgroepen 'pervasieve stoornis', 'persoonlijkheidsstoornissen' en 'angststoornissen', liggen de totale wachttijden voor 'pervasieve stoornissen' en 'persoonlijkheidsstoornissen' nog boven de Treeknorm en 'angststoornissen' er net onder.
- Uit recente gegevens die zorgaanbieders hebben aangeleverd in het kader van de Regeling Wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch-specialistische zorg (msz) blijkt dat de wachttijden (landelijk gemiddeld) voor meerdere specialismen (met name bij allergologie, MDL en oogheelkunde) nog steeds de Treeknorm overschrijden. Wachttijden kunnen tussen regio's verschillen.
- Uit een recent onderzoek naar wachttijden in de wijkverpleging blijkt dat, wanneer een zorgaanbieder is gevonden, de zorg over het algemeen binnen enkele dagen wordt verleend.²

¹ Informatiekaart wachttijden in de ggz (NZa, 11 december 2018).

² Bron: Toegankelijkheid van de wijkverpleging (Significant, 2018).

De zorg start gemiddeld 2,6 dagen na aanmelding en 37% van de cliënten ontvangt op de dag van aanmelding al wijkverpleging. In 7% van de gevallen duurt het een week of langer en slechts in 1% van de gevallen wordt de Treeknorm van zes weken niet gehaald. Wel blijkt uit het onderzoek dat de toegankelijkheid van de wijkverpleging onder druk staat en dat er zorgen zijn om de toegankelijkheid nu en in de toekomst te waarborgen. Dit probleem is niet zichtbaar in de wachttijden, maar laat zich zien in de signalen over het tekort aan aantal wijkverpleegkundigen en de uren die wijkverpleegkundigen werken buiten hun contracturen om.

1.2 Aanpak

Begin 2018 heeft de NZa in een tussenrapportage aangegeven welke acties worden ondernomen om de wachttijden in de zorg terug te dringen ([rapport Wachttijdprojecten tussenstand](#), NZa 2018). Dit betreft specifiek de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), de wijkverpleging en de medisch-specialistische zorg (msz). We hebben de randvoorwaarden geschetst voor het terugdringen van de wachttijden in deze sectoren.

Alle betrokken partijen, waaronder zorgaanbieders en zorgverzekeraars, moeten een bijdrage leveren aan het oplossen van de wachttijdproblematiek. Als NZa houden we toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Van zorgaanbieders verwachten we dat zij inzicht in de wachttijden geven. Van zorgverzekeraars verwachten we dat zij een actieve houding aannemen als het gaat om het terugdringen van de wachttijden. We hebben daarom controles verricht op de inzet van zorgverzekeraars om de wachttijden te verminderen.

Dit rapport bevat een samenvatting van onze bevindingen van de controlebezoeken bij zorgverzekeraars. Deze controles betroffen de wachttijdproblematiek in de ggz als logisch vervolg op onze eerdere toezichtsactiviteiten in die sector. Daarnaast hebben we tijdens deze controles een eerste inventarisatie uitgevoerd van de inspanningen om de wachttijden in de msz (bij zes zorgverzekeraars) en wijkverpleging (bij vier zorgverzekeraars) terug te dringen. In bijlage 2 is per sector een overzicht opgenomen van de zorgverzekeraars waarop wij onze bevindingen baseren.

1.3 Beoordelingskader

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dat is de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg of desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft. Zorgplicht is een open norm. Met het oog op het verminderen van wachttijden hebben we deze open norm verder ingevuld in de vorm van een beoordelingskader. Op deze manier verduidelijken we wat de NZa van zorgverzekeraars verwacht.

In het beoordelingskader zijn een vijftal bij zorgverzekeraars al bekende thema's nader uitgewerkt. Dit nader uitgewerkte kader is vervolgens samen met de conceptbevindingen van de controles bij de individuele zorgverzekeraars voorgelegd. Op basis van de verschillende reacties, hebben we een definitief beoordelingskader vastgesteld. Dit beoordelingskader en de reacties op de conceptbevindingen zijn gebruikt om de bevindingen waar nodig verder aan te scherpen en aan te passen (bijvoorbeeld omdat nieuwe informatie aan het licht is gekomen). We hebben het definitieve beoordelingskader en het definitieve beeld uit de gesprekken teruggekoppeld naar de zorgverzekeraars.

Het beoordelingskader bestaat uit vijf hoofdthema's:

1. Inzicht in wachttijstenproblematiek
2. Handelen richting verzekerden
3. Handelen richting zorgaanbieders
4. Bedrijfsprocessen
5. Agenderen (geen onderdeel van beoordelingskader msz)

Omdat de drie sectoren verschillen, zijn deze vijf hoofdthema's per sector nader uitgewerkt in beoordelingscriteria. In bijlage 1 is het definitieve beoordelingskader per sector opgenomen.

Onze bevindingen per zorgverzekeraar en het definitieve beoordelingskader vormen de basis waarmee wij de inspanningen van zorgverzekeraars om de wachttijden in de ggz, msz en wijkverpleging terug te dringen de komende periode gaan monitoren en – indien nodig – bijsturen.

1.4 Leeswijzer

In volgende hoofdstukken 2, 3 resp. 4 leest u onze bevindingen terug per onderdeel van het beoordelingskader in de drie onderzochte sectoren. Waar mogelijk zijn goede voorbeelden en aandachtspunten opgenomen. Het rapport sluit af met de conclusies van dit samenvattende rapport en een toelichting op het vervolgtraject. Het beoordelingskader per sector is in bijlage 1 opgenomen.

**Toegankelijkheid is één van
de speerpunten van de
NZa.**

2. Geestelijke gezondheidszorg

2. Geestelijke gezondheidszorg

2.1 Inzicht in de wachtproblematiek

De NZa verplicht zorgaanbieders in de ggz vanaf 1 januari 2018 om hun wachttijdgegevens maandelijks aan te leveren via Vektis. De publicatie van wachttijden op de eigen website en de aanlevering van de data aan Vektis is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Ook de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van deze data ligt bij zorgaanbieders. Daar zijn zorgverzekeraars in zekere mate afhankelijk van.

Zorgverzekeraars kunnen de beschikbare data gebruiken om inzicht te krijgen in de problematiek. Daarnaast kunnen ze aanbieders stimuleren om de wachttijdgegevens te publiceren en aan te leveren aan Vektis, bijvoorbeeld door afspraken met hen te maken. Wachttijdgegevens zijn immers cruciaal voor zorgverzekeraars om hun bemiddelingsfunctie uit te voeren en zorg in te kopen.

In de regel gaven zorgverzekeraars aan dat de (kwaliteit van de) data vaak nog slecht is. Dit belemmert hen om inzicht te verkrijgen. Tot de inwerkingtreding van de nieuwe transparantieregeling was het inzicht in de wachttijden vaak slecht. Met ingang van de [Transparantieregeling zorgaanbieders ggz](#) geven zorgverzekeraars aan meer inzicht te hebben in de wachttijden van zorgaanbieders. Vektis levert sinds april 2018 betrouwbare wachttijdinformatie aan. Het is de verwachting dat het inzicht in de wachttijden door deze ontwikkelingen zal verbeteren.

De helft van de zorgverzekeraars heeft de monitoring van de ontwikkeling van de wachttijden nog niet structureel geborgd. Ook constateren we dat zorgverzekeraars door verscheidene omstandigheden in de praktijk nog beperkt inzicht hebben in de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden (de zogenaamde 'probleemdiagnoses' zoals autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek). Ook hebben ze moeite inzicht te krijgen in waar de langste wachttijden zijn. Dit is niet alleen toe te schrijven aan de beperkte kwaliteit van de wachttijdgegevens, maar ook aan de werkzaamheid van de verzekeraar zelf.

Goed voorbeeld

Eén zorgverzekeraar heeft een medewerker die nauwkeurig de wachttijden monitort. Zo ontstaat inzicht in de wachttijden, de onderliggende problemen en waar en ten aanzien van welke diagnosegroepen zich problemen voordoen. Een andere zorgverzekeraar is gestart met een gedetailleerde uitvraag aan zorgaanbieders met lange wachttijden om het inzicht in de wachtproblematiek te vergroten.

Aandachtspunten

Bij een aantal zorgverzekeraars worden de wachttijden meer casuïstisch bijgehouden middels de binnengekomen bemiddelingsverzoeken. We zijn van mening dat het van belang is om de monitoring van de wachttijden structureel in te richten om het inzicht in de ontwikkeling van de wachttijden te vergroten.

2.2 Handelen richting verzekerden

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het bemiddelen van verzekerden die te lang moeten wachten op zorg. De zorgverzekeraar spant zich in zodat deze verzekerden eerder terecht kunnen bij een andere zorgaanbieder. Hierbij hoort een goede registratie en meting van het resultaat, bijvoorbeeld door een (steekproefsgewijze) toetsing dat verzekerden na de bemiddelingsactie (eerder) in zorg zijn gekomen.

We zien dat alle zorgverzekeraars hun verzekerden via hun website informeren over de mogelijkheden van zorgbemiddeling. Ook hebben zij afspraken met zorgaanbieders gemaakt over de informatieverstrekking omtrent de hulp die een verzekeraar kan bieden bij lange wachttijden. Sommige zorgverzekeraars gaan verder in de manier om de mogelijkheden van zorgbemiddeling bij verzekerden onder de aandacht te brengen. Bijvoorbeeld via televisie- en radioreclame, posters in bushokjes, het klantenmagazine, via onder andere het informeren van huisartsen en instellingen, via nieuwsbrieven, via een filmpje op de website en door middel van livesessies op Facebook.

Tijdens onze controlebezoeken aan zorgverzekeraars hebben we meegekeken met medewerkers die bemiddelingsverzoeken behandelen. Hieruit bleek een grote betrokkenheid en inzet om verzekerden te bemiddelen naar zorg. We hebben geen concrete aanwijzingen dat zorgverzekeraars bemiddelen ten koste van andere wachtenden bij dezelfde zorgaanbieder.

Elke zorgverzekeraar hanteert een werkbeschrijving van de bemiddelingsfunctie en een registratie van de bemiddelingsverzoeken. De wijze waarop bemiddelingsverzoeken en acties worden geregistreerd is niet altijd consistent en inzichtelijk. De registratie is niet standaard geregeld, wat een eventuele overdracht kan bemoeilijken.

We vinden het belangrijk dat bemiddelingsverzoeken eenduidig en inzichtelijk worden geregistreerd zodat verzekeraars inzicht hebben in de voortgang en resultaten van bemiddeling en daarmee in de vraag of verzekerden toegang hebben (gekregen) tot de benodigde zorg. Ook biedt (structurele) registratie mogelijkheden om het bemiddelingsproces te verbeteren waar nodig. Er vindt nog in beperkte mate op structurele wijze bespreking/evaluatie van zorgbemiddeling in de organisatie plaats. De aanpak is primair casuïstisch. Ook is er nog geen sprake van een structurele inbedding van het leren en verbeteren van het bemiddelingsproces.

Een ander aandachtspunt is dat acht van de tien zorgverzekeraars niet of nauwelijks de resultaten van de zorgbemiddeling meten, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs te toetsen of de cliënt daadwerkelijk in zorg is genomen. Maar we zien ook goede voorbeelden. Zo stuurt één zorgverzekeraar een enquête naar de verzekerde nadat een bemiddelingsverzoek is afgerond. Na het bemiddelingsverzoek blijft de zorgverzekeraar in contact met de verzekerde om te kunnen toetsen of de verzekerde succesvol is bemiddeld en welke zorgverlener de verzekerde kiest.

Goede voorbeelden

Eén zorgverzekeraar belt verzekerden terug die bemiddeld zijn voor geestelijke gezondheidszorg en medisch-specialistische zorg. Daarbij vraagt de zorgverzekeraar of de verzekerde geholpen is en of hij nog iets kan betekenen voor de verzekerde.

Eén zorgverzekeraar vraagt in voorkomende gevallen aan een verzekerde of hij terug mag bellen om na te gaan of een verzekerde elders zorg heeft kunnen krijgen. Ook worden verzekerden steekproefsgewijs teruggebeld na contact over bemiddeling.

2.3 Handelen richting zorgaanbieders

Nagenoeg alle zorgverzekeraars vinden het tot hun verantwoordelijkheid behoren om acties tegen wachttijden te ondernemen.

Uit de controles blijkt dat alle zorgverzekeraars structureel contact hebben met zorgaanbieders met te lange wachttijden. Acties richting zorgaanbieders op het gebied van wachttijden worden in de regel ingepast in het reguliere proces, zoals bijvoorbeeld het inkoopproces. Zo geeft een aantal zorgverzekeraars aan in de inkoopgesprekken afspraken met zorgaanbieders te maken over wachttijdreductie en het leveren van zorg binnen de Treeknormen. Deze afspraken worden vastgelegd en dienen binnen de looptijd van bestaande overeenkomsten te worden nageleefd. De opvolging van eventuele acties wordt in een aantal gevallen meegenomen in de reguliere contacten. Dat kan voordelen hebben en kan efficiënt zijn, maar kan er ook toe leiden dat een aanpak van wachttijden niet goed genoeg op het netvlies komt bij andere relevante organisatieonderdelen van de zorgverzekeraar (bijvoorbeeld het management) en niet de aandacht krijgt die nodig is om toe te werken naar oplossingen.

Monitoring van de voortgang van de gemaakte afspraken lijkt bij negen van de tien zorgverzekeraars niet structureel te zijn geborgd. Dit roept de vraag op of zij voldoende in staat zijn om (bij) te sturen op concrete resultaten. Ook is bij de meeste zorgverzekeraars nog niet duidelijk hoe de gemaakte afspraken worden vastgelegd. Zo is bijvoorbeeld niet bekend of de afspraken ook concrete verbeteringen of doelen bevatten die voor een bepaald tijdstip gerealiseerd dienen te zijn.

Zorgverzekeraars (vooral de grotere) vragen wel aan zorgaanbieders om verbeterplannen, maar zouden hier actiever aan kunnen bijdragen. Bijvoorbeeld door mee te denken en expertise in te brengen.

Zorgverzekeraars geven aan dat omzetplafonds kunnen worden verruimd als daar noodzaak toe is met het oog op het verminderen van de wachttijden. Ze geven hierbij aan tijdig te reageren op verzoeken van aanbieders om omzetplafonds te verruimen. Toch lijkt de informatie-uitwisseling in sommige gevallen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars niet of niet tijdig plaats te vinden, met name bij vrijgevestigde zorgaanbieders. Sneller contact en actie kan echter wel leiden tot een oplossing voor een lange wachttijd in voorkomende gevallen. Nagenoeg alle zorgverzekeraars hebben voor de basis-ggz de omzetplafonds voor vrijgevestigde zorgaanbieders losgelaten.

Goede voorbeelden

Eén zorgverzekeraar stimuleert behandeling binnen de treeknormen via een tariefsopslag van 2%. Ook is in het inkoopbeleid 2019 beleid ten aanzien van wachttijden opgenomen.

Eén zorgverzekeraar zoekt samen met wetenschappers en aanbieders naar innovaties voor een effectiever zorgpad met een snellere doorstroom/uitstroom en een beter resultaat. Goede voorbeelden worden landelijk toegankelijk gemaakt.

Drie zorgverzekeraars met een sterk regionale functie hebben korte lijnen en veel contact met de zorgaanbieders om de wachttijden te bespreken.

Aandachtspunt

Zorgverzekeraars maken veelal geen SMART-afspraken (afspraken/doelen die Specifiek, Meetbaar, Aanvaardbaar, Realistisch en Tijdgebonden zijn) met zorgaanbieders over wat er moet gebeuren om wachttijden te verminderen. Door afspraken SMART vast te leggen kan beter zicht worden gehouden op de voortgang van de afspraken.

2.4 Bedrijfsprocessen

De samenwerking tussen de afdelingen zorginkoop en zorgbemiddeling lijkt over het algemeen goed en zorgverzekeraars lijken bewust bezig te zijn om de samenwerking tussen deze afdelingen te optimaliseren. Zo zien we bijvoorbeeld dat de afdeling zorgbemiddeling de afdeling zorginkoop inschakelt bij een ingewikkelde bemiddelingscasus.

Het is niet bij alle zorgverzekeraars duidelijk of, en zo ja op welke wijze, het management of de directie stuurt op basis van periodieke informatie over toegankelijkheid van zorg, op basis van zorgbemiddeling en zorginkoop. Er wordt nog beperkt gestuurd op resultaten en de voortgang wordt beperkt gemonitord. We vinden het van belang dat in de verschillende lagen van de organisatie structureel geïnformeerd en gestuurd wordt op de verlaging van de wachttijden en de verbetering van de toegankelijkheid van de zorg. We zien hiervan ook een aantal goede voorbeelden.

Goede voorbeelden

De directieraad van één van de zorgverzekeraars heeft een KPI 'wachlijsten GGZ' opgesteld in de 'Strategie Executiekaart' waarop per kwartaal verantwoording wordt afgelegd. Hierdoor krijgt het onderwerp aandacht in de directieraad. Ook de Raad van Commissarissen monitort dit vanuit een toezichthoudende rol.

Bij een andere zorgverzekeraar wordt maandelijks een overzicht gemaakt van de resultaten van zorgbemiddeling. Dit overzicht wordt aan het management verstrekt. Wachlijstplannen met aanzienlijke financiële impact worden aan het management voorgelegd ter goedkeuring. Deze werkwijzen laten zien dat het management wordt geïnformeerd over en betrokken in activiteiten die de zorgverzekeraar onderneemt om de wachttijden te verminderen.

Aandachtspunt

Het monitoren van en bijsturen op wachttijden is veelal niet in de bedrijfsprocessen verankerd. Dit betekent dat de organisatie kwetsbaar kan zijn op dit punt, omdat het behalen van resultaten meer afhankelijk is van individuen. Vretrekken deze, dan kan de aandacht verslappen.

2.5 Agenderen

We verwachten van zorgverzekeraars dat zij samenwerken met (regionale) stakeholders zoals zorgaanbieders, gemeenten en zorgkantoren om wachttijden in de ggz terug te dringen. De Wmo, de Jeugdwet, de Wlz en de Zvw dienen hierbij goed op elkaar afgestemd te worden. We zien dat met name regionale verzekeraars goed samenwerken met gemeenten in de regio.

Over de hele linie lijkt er nog ruimte voor verbetering in de samenwerking tussen de verschillende spelers zoals zorgverzekeraars en gemeenten. Wel participeren alle verzekeraars in één of meer taskforces. Het doel van deze taskforces is dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in samenwerking met elkaar en met cliëntenvertegenwoordigers oorzaken van de wachttijdproblematiek achterhalen en oplossingen uitvoeren.

We benadrukken het belang van het verder bestendigen en verbeteren van de samenwerking met relevante stakeholders. Samenwerking en het delen van informatie draagt bij aan de verspreiding van goede voorbeelden en initiatieven waar de hele sector van kan profiteren.

Goed voorbeeld

Eén zorgverzekeraar heeft een 'regionaal wachttijdenoverleg' geïnitieerd. Dit overleg heeft als doel te onderzoeken of aanbieders dezelfde knelpunten ervaren en de knelpunten van elkaar herkennen en of zij wachtenden van elkaar kunnen over nemen.

3. Medisch-specialistische zorg

3. Medisch-specialistische zorg

3.1 Inzicht in wachtproblematiek

Voor zorgverzekeraars is het van belang dat er goede en actuele data beschikbaar is over de wachttijden in de medisch-specialistische zorg (msz). Ziekenhuizen en behandelklinieken publiceren maandelijks een overzicht van de wachttijden voor polikliniekbezoeken, behandelingen en diagnostiek per vestigingslocatie op hun website. Aanbieders van msz zijn verplicht de wachttijdgegevens (ook) in een vast format op de website te publiceren.

Drie van de zes onderzochte zorgverzekeraars zetten gericht en structureel wachtlijstdata in voor de bewaking van de wachttijden. Zij willen hiermee vooral hun zorginkoop en zorgbemiddeling verbeteren, voor eigen verzekerden. Bij de anderen ontbreekt het nog aan structureel inzicht in de wachttijden. Zij krijgen bijvoorbeeld wel elke maand data vanuit ziekenhuizen, maar analyseren dit nog niet structureel en wachten af of ziekenhuizen zich melden met lange wachttijden. De NZa verwacht een actieve houding van zorgverzekeraars, waarbij ze zelf ook onderzoek doen naar de hoogte van wachttijden bij probleemspecialismen en andere knelpunten.

Goed voorbeeld

Eén van de zorgverzekeraars geeft aan te zien dat de wachttijden op de website van de zorgaanbieder niet altijd aansluit bij de werkelijkheid. Er is een project zorgplicht gestart om structureler inzicht te krijgen in de problematiek rondom wachttijden en hoe oplossingen hiervoor in reguliere werkprocessen kunnen worden geborgd.

3.2 Handelen richting verzekerden

Per 1 januari 2018 dienen aanbieders patiënten erop te wijzen dat zij bij hun zorgverzekeraar terecht kunnen voor zorgbemiddeling. Alle zes onderzochte zorgverzekeraars geven ons het comfort dat zij de juiste stappen zetten om verzekerden te bemiddelen naar de juiste zorg. Zij streven naar een geslaagde bemiddeling binnen enkele dagen en hebben een procesbeschrijving van de werkwijze gemaakt. In één geval vinden wij de kwaliteit van de beschrijving nog onvoldoende. Een goede procesomschrijving draagt bij aan de kennisbevordering van de bemiddelaars en een consistente uitvoering van de zorgbemiddeling. We zien dat alle zorgverzekeraars het aantal bemiddelingsverzoeken registreren en op hun website de mogelijkheid voor wachtlijstbemiddeling vermelden.

Momenteel meten drie van de zes zorgverzekeraars de resultaten van zorgbemiddeling, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs te toetsen of de cliënt daadwerkelijk in zorg is genomen.

Goed voorbeeld

Eén zorgverzekeraar werkt sinds een aantal maanden met een proef van een persoonlijk zorgrapport, waarbij de klant niet alleen snellere behandelopties geboden krijgt, maar ook informatie over de aandoening/behandelingen die bij hem bekend zijn en over hulp bij nazorg (bijvoorbeeld hoe thuiszorg te regelen of mantelzorg te organiseren).

3.3 Handelen richting zorgaanbieders

Alle zorgverzekeraars voeren periodiek gesprekken met zorgaanbieders, waarbij eventuele wachttijdproblematiek standaard op de agenda staat. Slechts drie van de zes onderzochte zorgverzekeraars monitoren de wachttijden van de zorgaanbieder in hun werkgebied systematisch. Alle zorgverzekeraars geven aan dat zij afwijkende wachttijdgegevens in het periodiek overleg met de zorgaanbieder aankaarten.

Drie zorgverzekeraars geven aan dat de opvolging van eventuele afspraken over wachttijden vervolgens in deze periodieke gesprekken aan de orde komt. Bij de andere drie ontbreekt het vooralsnog aan concrete resultaatgerichte afspraken en de monitoring daarvan. Dit roept de vraag op of de randvoorwaarden aanwezig zijn om gericht aan vermindering van wachttijden te werken. Zo zien we bij verschillende verzekeraars bijvoorbeeld nog geen expliciete afspraken met zorgaanbieders met lange wachtlijsten (voor allergologie, oogheelkunde, neurologie, reumatologie, neurochirurgie, revalidatiezorg, MDL, pijnbestrijding/anesthesiologie).

Zorgverzekeraars geven allemaal aan bereid te zijn om het budget te verruimen als geld aantoonbaar de kritische factor is in de wachttijdproblematiek. Dit helpt volgens hen echter maar beperkt, omdat vaak niet het geld, maar capaciteitsproblemen en personeelstekorten beperkende factoren vormen. Vier zorgverzekeraars zeggen de contracten actief te beheren en inzicht te hebben in het moment waarop zorgaanbieders hun budgetplafond bereiken dan wel budgettaire problemen hebben. De twee andere zorgverzekeraars opereren meer reactief. Zij hanteren het 'piepsysteem' en wachten tot de zorgaanbieder zich bij hen meldt met budgetproblemen. Zij geven aan dan te bekijken hoe dit op te lossen. Dit vinden wij niet wenselijk. Wij verwachten – ook op dit onderdeel – een actievere houding van de zorgverzekeraar.

3.4 Bedrijfsprocessen

De drie zorgverzekeraars die systematisch de wachttijden van de zorgaanbieder monitoren geven aan de wachttijden en de toegankelijkheid van de msz als een kerntaak te beschouwen. De drie andere onderzochte zorgverzekeraars zijn hierover minder expliciet.

Bij alle zorgverzekeraars blijkt dat de zorgbemiddeling regelmatig schakelt met de zorginkoop over eventuele knelpunten met betrekking tot wachttijden en mogelijke oplossingen. Dit gebeurt al dan niet in een structureel overleg. Ook zien we bij alle zorgverzekeraars dat het management op grond van de uitkomsten van zorgbemiddeling en zorginkoop inzicht heeft in en betrokken is bij de uitvoering van de zorgplicht. Bijvoorbeeld aan de hand van managementrapportages en/of de ontwikkeling van KPI's op wachttijden.

Goed voorbeeld

Een zorgverzekeraar is een project zorgplicht gestart onder leiding van een projectleider. Op deze manier is de verantwoordelijkheid belegd bij een concrete functie. Dit kan zorgen voor meer focus op dit onderwerp. Bij een andere zorgverzekeraar ontvangt het management elke maand informatie over de uitvoering van de zorgplicht van de zorgbemiddelaars. Dit wordt besproken binnen het msz-account. Periodiek komt in het msz-overleg het onderwerp wachttijden op de agenda en worden waar nodig concrete afspraken gemaakt.

Uit de gesprekken die wij ter plaatse hebben gevoerd constateren we dat bij alle zorgverzekeraars betrokken medewerkers werken, zowel van de zorginkoop als van de zorgbemiddeling. Wel blijkt uit de dossiercontroles dat verzekerden in hun zoektocht naar een geschikte aanbieder niet altijd worden bemiddeld. Soms loopt de zorgverzekeraar hierbij aan tegen de grenzen van cliëntvoorkeuren en capaciteitstekorten.

4. Wijkverpleging

4. Wijkverpleging

4.1 Inzicht in de wachtproblematiek

Voor de wijkverpleging (V&V) bestaat nog geen verplichte wachttijdregistratie. Zorgverzekeraars sturen derhalve nog niet op wachttijden in de V&V, ook niet bij acute zorg. Zij vertrouwen erop dat de cliënt tijdig in zorg genomen wordt of zich aanmeldt voor zorgbemiddeling. Dat laatste gebeurt niet altijd tijdig en zorgverzekeraars controleren hier niet op. Zij zijn van mening dat de bereikbaarheid van de zorgaanbieder en de toegangstijd tot aan de indicatiestelling een groter probleem zijn dan de wachttijd na de indicatie.³ Mede daarom zien zij geen nut van een algemene wachtlijstregistratie voor V&V.

Volgens de Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie dienen Aanbieders van casemanagement dementie (CMD) per 1 december 2018 wachttijden bij te houden en te [rapporteren](#). Ten tijde van de controlebezoeken vonden zorgverzekeraars de wachtlijstregistratie voor CMD niet hanteerbaar omdat deze ook cliënten registreert zonder objectief vastgestelde zorgbehoefte en cliënten die nog geen zorg willen. Deze bezwaarpunten worden ondervangen in de per 1 december ingestelde regeling omdat cliënten volgens de regeling pas op de wachtlijst komen wanneer de indicatie is afgegeven dat de cliënt aanspraak maakt op verpleging en verzorging.

4.2 Handelen richting verzekerden

Uit de onderzochte dossiers blijkt dat bij drie van de vier zorgverzekeraars succesvolle zorgbemiddelingen plaatsvinden naar V&V. Deze verzekeraars hanteren een duidelijke interne handleiding waarin de beschrijving van het proces van zorgbemiddeling is vastgelegd. De bemiddelingsverzoeken worden vervolgens op een inzichtelijke wijze geregistreerd en beheerd. Een kanttekening hierbij is dat zorgverzekeraars vervolgens niet de resultaten van de zorgbemiddelingen meten door steekproefsgewijs te toetsen of bemiddelde cliënten daadwerkelijk in zorg zijn genomen.

Ook kunnen zorgverzekeraars nog meer doen om verzekerden te informeren over de mogelijkheden van zorgbemiddeling in de wijkverpleging. Slechts één van de vier onderzochte zorgverzekeraars benoemt op de website duidelijk de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling voor de V&V. We vinden het van belang dat de zorgbemiddelingsrol van de zorgverzekeraar kenbaar is en duidelijk vermeld wordt op de website, ook voor de wijkverpleging. Dit is een aanknopingspunt voor cliënten en verwijzers.

Goed voorbeeld

Bij één van de zorgverzekeraars zien we in alle onderzochte cases dat de cliënt met veel inzet en soms na lang aanhouden bemiddeld wordt. De zorgregelaars werken hierbij volgens een vast stramien en een goed gedocumenteerde handleiding. De processtappen en het bemiddelingsresultaat worden goed vastgelegd.

³ Zorgverzekeraars tellen de wachttijd pas vanaf het moment waarop de wijkverpleegkundige via een indicatie de zorgbehoefte bij de cliënt heeft vastgesteld.

Aandachtspunt

Eén zorgverzekeraar wijst verzoeken om bemiddeling, waaronder voor palliatief terminale zorg (PTZ), soms terug naar de verwijzer, en legt de processtappen en het bemiddelingsresultaat niet voor elke cliënt goed vast. Ook blijkt er geen gedocumenteerde werkinstructie te zijn.

4.3 Handelen richting zorgaanbieders

Stimuleren van samenwerking tussen zorgaanbieders

Zorgverzekeraars spreken af met zorgaanbieders dat zij, als zij de cliënt niet in zorg kunnen nemen, zo nodig zorg elders in de regio organiseren of de cliënt hiervoor naar de zorgverzekeraar verwijzen. De zorgverzekeraar kan zijn zorgplicht niet delegeren en is zelf verantwoordelijk voor een tijdige zorgverlening. De zorgverzekeraar kan wel bemiddelingstaken delegeren. In andere sectoren is dat niet ongebruikelijk. Dit bespaart de cliënt of verwijzer (huisarts, transferpunt in ziekenhuizen) een soms moeizame gang in de regio. Wij zien verder dat zorgverzekeraars streven naar meer samenwerking tussen zorgaanbieders, bijvoorbeeld rond een consistentere indicatiestelling, een voorwaarde voor een goede doorstroom van de juiste cliënten naar de wijkverpleging.

Goed voorbeeld

Eén zorgverzekeraar legt contractueel voor 2019 vast, dat zorgaanbieders V&V zelf een alternatief in de regio zoeken als zij de cliënt niet in zorg kunnen nemen. Als dit onverhoopt niet lukt, moeten zij de cliënt verwijzen naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar gaat hierop actief controleren. De gedachte is dat dit verdere samenwerking tussen zorgaanbieders om individuele plaatsingsproblematiek te voorkomen stimuleert. De zorgverzekeraar hoopt dat het uitbreiden van de regionale coördinatiepunten voor het eerstelijnsverblijf naar andere zorgvormen hierin een belangrijke rol zal gaan spelen.

Doelmatige zorginkoop

De toegankelijkheid van de V&V is gezien de personeelstekorten in de wijkverpleging gebaat bij een efficiënte personeelsinzet. Wij zien dat alle onderzochte zorgverzekeraars per zorgaanbieder het zorggebruik per cliënt meten. Als dat hoog uitpakt, bespreken zij dit met de zorgaanbieder, zodat deze zijn personeel efficiënter kan inzetten. Eén zorgverzekeraar weegt de cliënten hierbij nog niet naar zorgzwaarte. Zorgaanbieders met cliënten die zwaardere zorg nodig hebben kunnen dan ten onrechte als 'ondoelmatig' uit de meting komen. Dit kan ertoe leiden dat zorgaanbieders nieuwe cliënten met een hoge zorgbehoefte weren, een potentieel toegankelijkheidsrisico in een sector waar de druk op de beschikbaarheid van zorg hoog is.⁴

Verder beleggen zorgverzekeraars voor een efficiënte personeelsinzet bepaalde vormen van thuiszorg bij gespecialiseerde zorgaanbieders. Wij denken dat de andere zorgverzekeraars nog stappen kunnen zetten in een gerichter inkoop van deze specialistische thuiszorg zodat personeel efficiënter ingezet kan worden. Tevens voorkomt dit dat zorgaanbieders zich alleen richten op cliënten met een lage zorgbehoefte. Dat vormt een risico zoals hiervoor beschreven.

Goede voorbeelden

Eén zorgverzekeraar maakt werk van geconcentreerde zorginkoop van specialistische palliatieve thuiszorg, casemanagement dementie en onplanbare zorg met in elke regio een duidelijk aanspreekpunt. Hieruit blijkt dat deze zorg overall efficiënt georganiseerd wordt. Een andere zorgverzekeraar hanteert een duidelijk concentratiebeleid voor medische kindzorg en een uitgewerkte, specifieke modelovereenkomst.

⁴ Bron: Toegankelijkheid van de wijkverpleging (Significant, 2018).

Palliatief terminale zorg

Palliatief terminale zorg (PTZ) een gevoelig onderwerp; het is van belang om deze zorg tijdig te kunnen bieden op de plek van voorkeur. Zorgverzekeraars hebben geen signalen dat cliënten niet tijdig toegang hebben tot PTZ op de door hen gewenste locatie (meestal thuis). Zorgverzekeraars spannen zich in om te zorgen dat verzekerden PTZ kunnen krijgen op de gewenste locatie. Zo contracteren zorgverzekeraars PTZ altijd bij, wanneer niet voldoende PTZ is ingekocht. PTZ blijkt voor de zorgaanbieder soms lastig te organiseren. Soms wijkt de zorgverzekeraar uit naar niet gecontracteerde zorgaanbieders. Aandachtspunt hierbij is dat die zorg niet zondermeer aan de vakinhoudelijke eisen voldoet of van een deugdelijk zorgplan uit gaat, of te duur is.

Casemanagement dementie

Alle zorgverzekeraars streven naar een volledige dekking van hun kernwerkgebied door dementienetwerken. Ten tijde van de controles gaven de zorgverzekeraars aan nog niet te sturen op wachtlijstregistratie CMD omdat zij deze onbetrouwbaar vonden. Zoals in paragraaf 4.1 genoemd is de verwachting dat de regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie zal bijdragen aan meer betrouwbare wachtlijstregistratie. Omdat deze regeling pas sinds kort van kracht is kunnen we nog niet zeggen of dit in de praktijk ook zo wordt ervaren.

Goede voorbeelden

Eén zorgverzekeraar volgt al jaren zijn dementieketens op hun inzet van CMD en doorstroom van cliënten. Hij stuurt in zijn werkgebied bovendien aantoonbaar op de vorming en continuering van dementienetwerken waar dat nodig blijkt. Een andere zorgverzekeraar geeft aan via self-assessments na te gaan hoe de netwerken in zijn werkgebied georganiseerd zijn en kijkt naar sleutelfactoren zoals governance, ketenregie en de aanwezigheid van een zorgregistratie.

4.4 Bedrijfsprocessen

Alle zorgverzekeraars hebben een visie op toegankelijkheid, maar leggen verschillende accenten. Zo wil één verzekeraar meer aansluiten bij de wensen van cliënten en benadrukt een andere de arbeidsmarktproblematiek.

Bij alle vier de zorgverzekeraars stelt het management zich periodiek op de hoogte van de resultaten van de zorgbemiddeling en leggen zij ook een link met de zorginkoop (wanneer er bijvoorbeeld veel sprake is van bemiddeling kan dit een signaal zijn dat er te weinig zorg is ingekocht). We zien ook dat het management de input van zorgbemiddeling betreft om concrete maatregelen te nemen, zoals bij de contractering.

Drie van de onderzochte zorgverzekeraars hebben ook op operationeel niveau een duidelijke overlegstructuur waarin de resultaten van de zorgbemiddeling en de zorginkoop samenkomen. Bij één zorgverzekeraar is niet zo'n overlegstructuur. Ook de afstemming tussen medewerkers van de zorgbemiddeling met die van de zorginkoop geschiedt hier meer op ad hoc basis.

4.5 Agenderen

We zien dat zorgverzekeraars vooral samenwerken met (regionale) zorgaanbieders en gemeenten over afbakeningsvraagstukken tussen de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hiermee kunnen discussies over de rug van de cliënt worden voorkomen, en daarmee eventuele wachttijden voor wijkverpleging of een Wmo-voorziening.

Bij alle zorgverzekeraars wisselt de kwaliteit van de samenwerking per gemeente. De samenwerking met het zorgkantoor over de afbakening van de Wet langdurige zorg (Wlz) staat bij zorgverzekeraars nog niet op het netvlies. Zij sturen vooral op een tijdig gesprek van de zorgaanbieder met de cliënt die veel uren zorg nodig heeft, over een mogelijke overgang naar zorg vanuit de Wlz.

Goede voorbeelden

Twee zorgverzekeraars hebben een sterke focus op wijkgericht werken. Zij leggen hun aanpak op hun website goed uit. Zij streven hierbij naar goede afspraken met en tussen zorgaanbieders en gemeenten over een werkbare afbakening van Wmo- en Zvw-domein. Het kan daarbij gaan om onderwerpen als maaltijdservice, huishoudelijke verzorging, respijtzorg en gedeelde bekostiging van dagbesteding en ander zorg- en dienstenaanbod.

Eén zorgverzekeraar geeft aan de drempels die de thuiszorgcliënt ervaart als hij naar de Wlz gaat te kennen: minder uren, eigen bijdrage, 'administratieve rompslomp'. zij vindt dat zorgaanbieders hun cliënten meer op de positieve kanten van de Wlz-zorg kunnen wijzen. Deze sluit soms bijvoorbeeld beter aan op zijn behoefte aan contact. De overheid gaat een dergelijke overgang ook faciliteren.⁵

Alle zorgverzekeraars geven aan dat een juiste indicatiestelling gepast gebruik van de thuiszorg Zvw bevordert. Dit is gezien de personeelstekorten in de wijkverpleging des te belangrijker. Zorgverzekeraars stimuleren initiatieven die een goede doorstroming van de juiste cliënten naar de wijkverpleging ondersteunen, zoals:

- de transmurale zorgbrug, waarbij wijkverpleegkundigen de indicatiestelling al doen op de transferafdeling van het ziekenhuis;
- instructies van transferafdelingen door wijkverpleegkundigen, hoe de cliënt een reëel beeld te geven van de (on)mogelijkheden van thuiszorg;
- intervisie tussen wijkverpleegkundigen over de indicatiestelling.

⁵ Zie brief van de minister van 16 mei 2018. Oplossingen voor de zorgval (kenmerk: 1328692-175554-Z).

Conclusies en vervolg

Conclusies en vervolg

Helaas zijn in een aantal sectoren de wachttijden nog steeds langer zijn dan de maximaal aanvaardbare Treeknorm. Dit is een ernstige zaak. Het betekent dat mensen te lang moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben.

- Uit recente cijfers blijkt dat alle aanmeldwachttijden in de ggz langer zijn dan de Treeknorm van vier weken.
- Uit recente gegevens die zorgaanbieders hebben aangeleverd in het kader van de Regeling Wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch-specialistische zorg blijkt dat de wachttijden (landelijk gemiddeld) voor meerdere specialismen (met name bij allergologie, MDL en oogheelkunde) nog steeds de Treeknorm overschrijden.
- Uit een recent onderzoek naar wachttijden in de wijkverpleging blijkt dat, wanneer een zorgaanbieder is gevonden, de zorg over het algemeen binnen enkele dagen wordt verleend. Wel blijkt uit het onderzoek dat de toegankelijkheid van de wijkverpleging onder druk staat en dat er zorgen zijn om de toegankelijkheid nu en in de toekomst te waarborgen.

Ondanks alle aandacht voor de wachttijden de afgelopen jaren, nemen zijn nog onvoldoende af. We zien wel dat zorgverzekeraars aandacht hebben voor de wachttijden en dat zij veel verschillende activiteiten verrichten die kunnen bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden in de drie sectoren. Zo wordt het onderwerp wachttijden besproken met aanbieders en krijgen verzekerden informatie over de mogelijkheid van zorgbemiddeling. De aanpak van de wachttijden is echter nog niet bij alle zorgverzekeraars structureel verankerd in alle werkprocessen.

Het ontbreekt momenteel in alle drie de sectoren bij een aantal zorgverzekeraars aan structureel inzicht in de ontwikkeling van de wachttijden en in de resultaten van de verschillende activiteiten die worden ondernomen. In hoeverre acties leiden tot lagere wachttijden is daardoor nog niet inzichtelijk te maken. Zorgverzekeraars hebben niet of nauwelijks inzicht in de opbrengsten van hun acties en daarmee ontbreekt een belangrijke randvoorwaarde om te kunnen (bij)sturen wanneer blijkt dat de activiteiten (nog) niet voldoende bijdragen aan het verkorten van de wachttijden.

Op grond van onze individuele beoordelingen formuleren we hierna per sector onze conclusies over de inspanningen van zorgverzekeraars om de wachttijden terug te dringen.

Conclusie geestelijke gezondheidszorg

De helft van de tien zorgverzekeraars heeft niet structureel geborgd dat zij volgen hoe de wachttijden zich ontwikkelen. Alle zorgverzekeraars hebben structureel contact met zorgaanbieders met te lange wachttijden, maar we zien nog niet altijd terug dat zorgverzekeraars concrete afspraken maken met zorgaanbieders en deze vervolgens monitoren. Dit roept de vraag op of (het management van) deze verzekeraars voldoende in staat zijn om (bij) te sturen op concrete resultaten. Wel zien we verschillende goede voorbeelden hoe verzekeraars hun verzekerden helpen om de wachttijd voor hen te verkorten. Zo krijgen verzekerden via verschillende kanalen informatie over de mogelijkheid van zorgbemiddeling en vindt er daadwerkelijk bemiddeling plaats naar tijdige zorg. Maar ook op het vlak van bemiddeling worden de resultaten niet gemonitord. We zien een aantal goede voorbeelden maar bij de meeste zorgverzekeraars is opvolging bijverzekerden die gevraagd hebben om zorgbemiddeling niet structureel in de werkprocessen verankerd.

Conclusie medisch-specialistische zorg

Ons belangrijkste aandachtspunt is dat het bij drie van de zes onderzochte zorgverzekeraars nog ontbreekt aan structureel inzicht in de wachttijden in de msz en aan concrete resultaatgerichte afspraken met zorgaanbieders en de monitoring daarvan. Dit roept de vraag op of afspraken dusdanig concreet gemaakt worden dat zij leiden tot resultaten (vermindering van wachttijden).

Positief is de inzet van alle zes bezochte zorgverzekeraars om verzekerden te bemiddelen naar de juiste medisch-specialistische zorg. Ook hierbij is 'inzicht' een punt van aandacht. Slechts drie van de zorgverzekeraars controleren achteraf steekproefsgewijze of de 'bemiddelde verzekerde' feitelijk eerder zorg hebben gekregen.

Tot slot zien we dat alle zorgverzekeraars bedrijfsprocessen hebben ingericht om te kunnen sturen op de wachttijden, zowel op operationeel niveau tussen de afdelingen zorginkoop en zorgbemiddeling als op managementniveau.

Conclusie wijkverpleging

In de wijkverpleging hebben zorgverzekeraars vooralsnog beperkt inzicht in de aard en omvang van de wachttijdproblematiek. Dit inzicht is nodig om gericht afspraken met zorgaanbieders te maken en (bij) te sturen. Een kanttekening hierbij is dat voor de wijkverpleging geen verplichte wachttijdregistratie bestaat. Wel dienen aanbieders van casemanagement dementie (CMD) per 1 december 2018 wachttijden bij te houden en te rapporteren.

We vinden dat zorgverzekeraars meer kunnen doen om verzekerden te informeren over de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling voor de wijkverpleging. Positief is dat zorgverzekeraars zich inzetten om de toegangstijd tot de wijkverpleging te beperken. Drie van de vier bezochte zorgverzekeraars verwijzen cliënten die lang moeten wachten succesvol door. Echter, ook hier zien we dat zorgverzekeraars de resultaten van de zorgbemiddelingen niet (steekproefsgewijs) meten.

Vervolg

De beoordelingskaders zijn ontwikkeld om houvast te bieden aan zorgverzekeraars over de inspanningen die we van hen verwachten om de wachttijden te verminderen. Eind december hebben we de zorgverzekeraars een definitieve individuele terugkoppeling gestuurd over wat goed gaat en welke aandachtspunten we nog zien. In het tweede kwartaal van 2019 toetsen wij in hoeverre deze aandachtspunten zijn gerealiseerd. Wij zullen bij de controles ook nagaan in hoeverre zorgverzekeraars aan de verwachtingen voldoen voor die sectoren waarvoor wij vorig jaar bij hen niet langs zijn geweest.

We ontwikkelen ook onze samenwerking met IGJ. Daarbij starten we in die regio's waar de wachttijden opvallend lang zijn. Binnen die regio's zullen de NZa en de IGJ iedere haar eigen toezicht op de (netwerken van) zorgverzekeraars en zorgaanbieders uitvoeren. We onderzoeken of er voldoende (gezamenlijke) inzet wordt gepleegd om de wachttijden te reduceren. Door deze aanpak wordt betere samenwerking tussen de verschillende partijen in het netwerk in de regio's bevorderd. Doel is om daar waar het goed gaat te stimuleren en daar waar de inzet achterblijft op te treden.

We verwachten dat zorgverzekeraars verbetering realiseren op in ieder geval drie onderwerpen:

- Scherper zicht op de aard, omvang en ontwikkeling van wachttijden;
- Actieve inzet om wachtlijsten te beperken daar waar de knelpunten het grootst zijn;
- Evaluatie van de effectiviteit van de wachtlijstbemiddeling en de gemaakte afspraken met zorgaanbieders.

Bijlagen

Bijlagen

Bijlage 1. Beoordelingskader

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dat is de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg of desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft.

Zorgplicht is een open norm. Met het oog op het verminderen van wachttijden hebben we deze open norm verder ingevuld in de vorm van een beoordelingskader. Dit kader hanteren wij bij de beoordeling van de inzet van zorgverzekeraars tot het verminderen van wachttijden. Het verduidelijkt tevens wat de NZa van zorgverzekeraars verwacht.

Het beoordelingskader bestaat uit vijf hoofdpunten. Omdat de sectoren verschillen, zijn deze vijf hoofdpunten per sector nader ingekleurd. Bij de controles hebben we gekeken in hoeverre de zorgverzekeraars aan de punten uit het beoordelingskader voldoen. Als zij hieraan niet voldeden, is dat een aandachtspunt voor hen om op te pakken.

Wijkverpleging

Inzicht in wachtlijstproblematiek

De zorgverzekeraar:

- weet welke dementieregio in zijn werkgebied een adequate wachtlijstregistratie voert voor casemanagement dementie (CMD) en verkrijgt inzicht in de opzet van deze registratie;
- overlegt zo nodig met de dementieregio over de voortgang van deze registratie en over het aantal wachtenden, en initieert waar nodig aanscherping van de registratie.

Handelen richting verzekerden

De zorgverzekeraar:

- bemiddelt zijn verzekerden naar zorg zodra zij erom vragen en hanteert daarbij een duidelijke handleiding;
- informeert verzekerden over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, waaronder in ieder geval via de website;
- meet de resultaten van zorgbemiddeling, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs te toetsen of de cliënt daadwerkelijk in zorg is genomen.
- registreert en beheert op inzichtelijke wijze bemiddelingsverzoeken.

Handelen richting zorgaanbieders

De zorgverzekeraar:

- spreekt af met zorgaanbieders dat zij, als zij de cliënt niet in zorg kunnen nemen, zo nodig zorg elders in de regio organiseren of de cliënt hiervoor naar de zorgverzekeraar verwijzen;
- spreekt met de zorgaanbieders af hoe hij bij hen controleert of cliënten binnen zijn tijdigheidsnormen geplaatst of doorbemiddeld zijn;
- zorgt voor een efficiënte organisatie van specialistische en on-planbare zorg en belegt de verantwoordelijkheid in de regio duidelijk;
- maakt met zorgaanbieders afspraken over een doelmatige inzet van personeel, rekening houdend met zorgzwaarteverschillen.
- streeft naar een volledige dekking van zijn kernwerkgebied door dementienetwerken.
- controleert of palliatief terminale thuiszorg tijdig verleend wordt aan verzekerden.
- neemt tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen, die correct zijn ingediend.

Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- heeft een management dat stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten. Hiervoor is periodieke informatie over de toegankelijkheid van zorg beschikbaar;
- kent een operationele overlegstructuur tussen tenminste zorginkoop en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.

Agenderen

De zorgverzekeraar:

- werkt samen met (regionale) stakeholders (o.a. gemeenten) in zijn kernwerkgebied aan de beschikbaarheid en tijdigheid van het (regionale) zorgaanbod en een goede afstemming tussen Wmo, jeugdwet, Wlz en Zvw;
- stimuleert een goede doorstroming van de juiste cliënten naar de wijkverpleging via de indicatiestelling. Hij zet zorgaanbieders bijvoorbeeld aan tot intervisie of instructie van verpleegkundigen of toepassing van de transmurale zorgbrug.

Medisch-specialistische zorg

Inzicht in wachtlijstproblematiek

De zorgverzekeraar:

- heeft inzicht in de wachttijden in zijn kernwerkgebied regio's (i.e. regio met hoog marktaandeel) en bij zijn gecontracteerde zorgaanbieders. In het bijzonder heeft de zorgverzekeraar inzicht in de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden (marktscan NZa) oogheelkunde, neurologie, neurochirurgie, reumatologie, revalidatiezorg, MDL, pijnbestrijding/anesthesiologie.

- monitort waar mogelijk in samenwerking met andere zv, de ontwikkeling van de wachttijden in de regio's en bij gecontracteerde zorgaanbieders. In het bijzonder monitort de zorgverzekeraar de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden (marktscan NZa) oogheelkunde, neurologie, neurochirurgie, reumatologie, revalidatiezorg, MDL, pijnbestrijding/anesthesiologie.

Handelen richting verzekerden

De zorgverzekeraar:

- bemiddelt zijn verzekerden naar zorg zodra zij erom vragen en hanteert daarbij een duidelijke handleiding;
- informeert verzekerden over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, waaronder in ieder geval via de website;
- meet de resultaten van zorgbemiddeling, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs te toetsen of de cliënt daadwerkelijk in zorg is genomen.
- registreert en beheert op inzichtelijke wijze bemiddelingsverzoeken.

Handelen richting zorgaanbieders

De zorgverzekeraar:

- maakt concrete afspraken met zorgaanbieders en andere stakeholders in zijn kernwerkgebied regio's zodat de verzekerde binnen de treeknorm de benodigde zorg ontvangt;
- monitort de voortgang van deze afspraken, en spreekt partijen erop aan als de voortgang van afspraken in het geding is;
- neemt tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen, die correct zijn ingediend.

Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- heeft een management dat stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten. Hiervoor is periodieke informatie over de toegankelijkheid van zorg beschikbaar;
- kent een operationele overlegstructuur tussen tenminste zorginkoop en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.

Geestelijke gezondheidszorg

Inzicht in wachtlijstproblematiek

De zorgverzekeraar:

- heeft inzicht in de wachttijden in zijn kernwerkgebied regio's (i.e. regio met hoog marktaandeel) en bij zijn gecontracteerde zorgaanbieders. In het bijzonder heeft de zorgverzekeraar inzicht in de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden ('probleemdiagnoses'): autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek;
- monitort waar mogelijk in samenwerking met andere zv, de ontwikkeling van de wachttijden in de regio's en bij gecontracteerde zorgaanbieders. In het bijzonder monitort de zorgverzekeraar in de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden ('probleemdiagnoses'): autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek.

Handelen richting verzekerden

De zorgverzekeraar:

- bemiddelt zijn verzekerden naar zorg zodra zij erom vragen en hanteert daarbij een duidelijke handleiding;
- informeert verzekerden over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, waaronder in ieder geval via de website;

- meet de resultaten van zorgbemiddeling, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs te toetsen of de cliënt daadwerkelijk in zorg is genomen.
- registreert en beheert op inzichtelijke wijze bemiddelingsverzoeken.

Handelen richting zorgaanbieders

De zorgverzekeraar:

- maakt concrete afspraken met zorgaanbieders en andere stakeholders in zijn kernwerkgebied regio's zodat de verzekerde binnen de treeknorm de benodigde zorg ontvangt;
- monitort de voortgang van deze afspraken, en spreekt partijen erop aan als de voortgang van afspraken in het geding is;
- neemt tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen, die correct zijn ingediend.

Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- heeft een management van de organisatie stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten. Hiervoor is periodieke informatie over de toegankelijkheid van zorg beschikbaar;
- kent een operationele overlegstructuur tussen tenminste zorginkoop en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.

Agenderen

De zorgverzekeraar:

- werkt samen met relevante stakeholders (o.a. gemeenten) in zijn kern werkgebied aan de beschikbaarheid en tijdigheid van het (regionale) zorgaanbod en een goede afstemming tussen Wmo, Jeugdwet, Wlz en Zvw;

Bijlage 2. Overzicht beoordelingsbezoeken per sector

Sector	Zorgverzekeraars
Geestelijke gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none">• ASR• CZ• VGZ• ONVZ• ENO• Z&Z• Menzis• De Friesland• Zilveren Kruis• DSW
Medisch-specialistische zorg	<ul style="list-style-type: none">• CZ• VGZ• ENO• Z&Z• Zilveren Kruis• DSW
Wijkverpleging	<ul style="list-style-type: none">• CZ• Z&Z• Menzis• Zilveren Kruis

