



Nederlandse  
Zorgautoriteit

Rapport

# Wachttijdprojecten tussenstand



# Inhoud



Samenvatting



Inleiding



Medisch-specialistische zorg



Ambulancezorg



Wijkverpleging



Langdurige zorg



Geestelijke gezondheidszorg



Conclusie





# Samenvatting

1

In onze vorige rapportage hebben we aangegeven aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om de wachttijden en responstijden terug te dringen. Per sector hebben we aangegeven wat dit concreet betekent. Het afgelopen half jaar hebben wij in de verschillende sectoren vol ingezet op het realiseren van deze voorwaarden. Hierna geven we per randvoorwaarde aan wat hiervan terecht is gekomen.

2

3

## Inzicht in omvang en aard wachttijden

We hebben zowel in de medisch-specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg als de wijkverpleging gewerkt aan het inzichtelijk maken van de omvang van de wachttijden. Door middel van (het aanpassen van) regelgeving zijn partijen verplicht hierover transparant te zijn. In de verschillende sectoren zien we ook dat er hierdoor steeds meer zicht komt op de aard van de wachttijden, zodat gepaste maatregelen kunnen worden genomen.

4

5

Nu duidelijk is wat we van aanbieders verwachten, kunnen we hen hier ook aan gaan houden. Daar waar geen of onjuiste informatie over wachttijden wordt gepubliceerd, komen we met passende maatregelen.

6



## Gevoel urgentie en noodzaak om problemen op lossen

In die sectoren waar we al langer toezicht houden, zien we dat partijen de urgentie en noodzaak voelen om problemen op te lossen en hierin verantwoordelijkheid nemen. De mate waarin dit door partijen wordt gevoeld verschilt. Hier is dan ook ruimte voor verbetering.

## Samenwerken om tot oplossingen te komen

In de verschillende sectoren zien we meerdere voorbeelden van partijen die samenwerken om de wachttijden terug te dringen. In de geestelijke gezondheidszorg zien we dat branchepartijen gezamenlijk tot een voorstel voor vervolgacties zijn gekomen. Bij casemanagement dementie zien we dat door samenwerking tussen aanbieders en zorgverzekeraars de wachttijden in een aantal regio's teruglopen. Ook in de ambulancezorg zien we dat er beter wordt samengewerkt. In de medisch-specialistische zorg verschilt deze samenwerking echter tussen specialismen.

## Good practices delen

Het afgelopen half jaar hebben wij voor de medisch-specialistische zorg, ambulancezorg en langdurige zorg bijeenkomsten georganiseerd om *good practices* te delen.





1

In de geestelijke gezondheidszorg hebben wij deze opgehaald in de sector en gedeeld met de brancheorganisaties. Toch zien we ook hier ruimte voor verbetering in de medisch-specialistische zorg en verwachten we van partijen dat zij meer investeren in initiatieven die bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden, waardoor meer *good practices* beschikbaar komen.

2

3

### Betere informatie over wachtlijstbemiddeling

In diverse regelingen hebben we opgenomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders mensen, die op een wachtlijst terecht komen, erop moeten wijzen dat er een mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling is. Ook zorgkantoren zetten zich volop in om meer zichtbaar te worden. In de geestelijke gezondheidszorg zien we dat meer mensen informatie krijgen over wachtlijstbemiddeling en daar ook meer gebruik van maken.

4

5

### Ten slotte

Ondanks alle inspanningen gericht op het voldoen aan de voorwaarden zien we nog niet overal direct het gewenste effect. Zo zijn in de geestelijke gezondheidszorg, ondanks alle activiteiten vanuit zowel de NZa als alle andere partijen, de wachttijden niet gedaald.

6



Ook in de ambulancezorg en medisch-specialistische zorg is er nog ruimte voor verbetering, hoewel er in de ambulancezorg goede hoop is dat binnen afzienbare tijd de responstijden gaan teruglopen.

Er zijn ook lichtpuntjes. In de wijkverpleging zien we de wachttijd voor casemanagement dementie teruglopen. Ook zien we dat wachtlijstbemiddeling bekender wordt bij burgers door inspanningen van zorgverzekeraars en zorgkantoren. We zien dat er meer gebruik wordt gemaakt van wachtlijstbemiddeling, wat de wachttijd voor individuele gevallen kan verkorten.

Het komende half jaar zullen we verder inzetten op het voldoen aan genoemde voorwaarden. Daarbij zullen we de samenwerking met Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd voortzetten en waar nodig uitbreiden. Het is zaak dat door het voldoen aan de randvoorwaarden burgers over een bredere linie gaan ervaren dat de wachttijden korter worden.



\*

# 1. Inleiding

1

Toegankelijkheid is één van onze speerpunten. We vinden het belangrijk dat iedereen op tijd de zorg krijgt die nodig en passend is. Een te lange wachttijd heeft negatieve gevolgen voor de fysieke en het geestelijke welzijn van een patiënt. Wij maken ons hier zorgen om en zetten ons in voor verkorting van wachttijden en passende zorg. Dit doen we door onze regelgeving en ons toezicht gericht in te zetten. De verwachtingen zijn hoog: aanbieders, zorgverzekeraars, consumenten- en brancheorganisaties moeten zich maximaal inspannen om ervoor te zorgen dat iedereen passende en tijdige zorg krijgt.

2

3

4

## Actieplan

Om de wachttijden terug te dringen, hebben wij in mei 2017 ons [Actieplan wachttijden in de zorg](#) opgesteld voor vijf projecten waar toegankelijke zorg voor patiënten centraal staat. In elk van deze projecten ligt de nadruk op een andere zorgsector: medisch-specialistische zorg, ambulancezorg, wijkverpleging, langdurige zorg en geestelijke gezondheidszorg.

5

6

In januari 2018 brachten wij een [rapport](#) uit over de voortgang binnen deze projecten. In die rapportage is per project weergegeven aan welke randvoorwaarden aanbieders en zorgverzekeraars moeten voldoen.



Deze randvoorwaarden zien toe op:

- inzicht in de omvang en aard van de wachttijden;
- urgentie en noodzaak om de problemen op te lossen;
- samenwerking om tot oplossingen te komen;
- good practices delen;
- betere informatie over wachtlijstbemiddeling.

Voldoen aan deze randvoorwaarden zorgt voor een goed uitgangspunt om resultaten te boeken; teruglopende wachttijden. De NZa heeft de regierol om ervoor te zorgen dat deze randvoorwaarden door partijen worden gerealiseerd.

## Tussenstand

Het doel van deze voorliggende rapportage is om aan te geven in hoeverre er aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Daar sturen we immers als NZa op in de verschillende sectoren. Het voldoen aan deze randvoorwaarden moet er uiteindelijk toe leiden dat burgers sneller in zorg kunnen worden genomen.

## Leeswijzer

Hierna geven we per sector het beeld van de acties die we van plan waren, wat daar van terecht is gekomen en wat de burger daarvan merkt.



\*

1

2

3

4

5

6



## 2. Medisch–specialistische zorg

### Wat waren we van plan (acties 2018)?

Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om de wachttijden daadwerkelijk terug te dringen. Vanuit de NZa scheppen we de randvoorwaarden waarmee zij dat kunnen bereiken. Dat betekent dat wij:

- Blijvend investeren in het in kaart brengen van wachttijden.
- 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, aanbieders, 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.

### Wat is daar tot nu toe van terecht gekomen?

#### *Inzicht en wachtlijstbemiddeling*

We hebben de Regeling wachttijden en wachtlijstbemiddeling medisch–specialistische zorg aangepast. De belangrijkste wijziging per 1 januari 2018 is dat aanbieders patiënten erop moeten wijzen dat zij bij hun zorgverzekeraar terecht kunnen voor zorgbemiddeling als er geen afspraak gepland kan worden binnen de Treeknorm. Datzelfde geldt overigens ook voor zorgverzekeraars die op basis van de Regeling Informatieverstrekking voor zorgverzekeraars hiertoe zijn verplicht.

Vanaf 1 augustus 2018 moeten aanbieders de gegevens over de wachttijden in een vast format op de website publiceren. Hierdoor is de wachttijdinformatie in de medisch–specialistische zorg maandelijks beter te monitoren. Als zij geen of onjuiste wachttijdgegevens publiceren spreken we hen aan. Waar nodig treffen we passende maatregelen, zoals het opleggen van een aanwijzing of last onder dwangsom.

Zorgverzekeraars zijn gebaat bij een scherper beeld van de wachttijden bij aanbieders, zodat zij sneller en gericht acties kunnen ondernemen voor hun verzekerden.

De NZa zal haar aangescherpte beeld van de wachttijden ook delen met zorgverzekeraars.



\*

1

2

3

4

5

6



We hebben bij zorgverzekeraars gecontroleerd hoe zij de zorgplicht voor hun verzekerden invullen en ervoor zorgen dat zij niet te lang hoeven wachten op de zorg die zij nodig hebben. Op basis van de eerste bevindingen concluderen we dat zorgverzekeraars in de basis (inkoop en bemiddeling) hun organisatie voldoende ingericht hebben om wachtenden te helpen en het oplopen van wachttijden deels te voorkomen. Op dit moment onderzoekt de NZa of het ook voldoende is om binnen de medisch-specialistische zorg breed de wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen en te houden.

#### *Zorg op de juiste plek*

In gesprekken met aanbieders en zorgverzekeraars wordt onder andere gesproken over zorg op de juiste plek. Als in de ogen van de zorgprofessional de juiste plek een zelfstandige kliniek is, zien we dat aanbieders en zorgverzekeraars steeds vaker deze optie meegeven aan patiënten, waardoor de patiënt vaak sneller zorg kan krijgen.

Voor oogheelkunde hebben wij bijeenkomsten met oogartsen, optometristen, huisartsen en beroeps- en patiëntenorganisaties georganiseerd.

Deze interactieve bijeenkomsten hebben concrete vervolgacties tot gevolg gehad, waarbij de aandacht vooral uitgaat naar taakherschikking, substitutie (inclusief kwaliteitswaarborgen) en het verwijsgedrag van huisartsen.

De NZa ziet het als positief dat onder andere de vereniging voor optometristen en de patiëntenvereniging hier de handschoen oppakken.

Voor de overige specialismen halen wij uit de gesprekken dat mogelijke oplossingsrichtingen zijn geïdentificeerd en dat partijen elkaar weten te vinden bij het realiseren hiervan. We monitoren tot welke concrete acties dat leidt en of de wachttijden daardoor afnemen.

Waar in de oogheelkunde betrokken partijen elkaar nog in mindere mate wisten te vinden, is dit contact bijvoorbeeld in de maag-, lever- en darmzorg relatief meer aanwezig. We zien goede voorbeelden van zowel aanbieders als zorgverzekeraars die individueel of met elkaar samenwerken om wachttijden terug te dringen.

Voorbeelden zijn:

- Specialisme maag-, lever- en darmziekten waar men al vanaf 2014 bezig is met taakherschikking.
- Het samenwerkingsconvenant tussen vier Friese ziekenhuizen en zorgverzekeraar De Friesland om (onder andere) de toegankelijkheid van de zorg te borgen.
- Het initiatief van een aanbieder en zorgverzekeraar waarbij door middel van digitale consulting onnodige doorverwijzing door huisartsen wordt voorkomen.



\*

1

2

3

4

5

6



We hebben de afgelopen tijd expliciete aandacht gehad voor specifieke zorg waar we hoge wachttijden constateerden. Op dit moment geldt dat voor transgenderzorg, cochleaire implantaten, hersenstimulatie, dotteren en openhartoperaties. Hier zijn we in gesprek met betrokken partijen (bijvoorbeeld patiëntenorganisaties) en zoeken we gezamenlijk naar haalbare oplossingen.

Met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is regelmatig overleg over aanbieders waarbij de toegankelijkheid van zorg mogelijk in gevaar komt. Deze informatie helpt ons gericht en bijtijds contact te zoeken met aanbieders en zorgverzekeraars, om waar mogelijk toegankelijkheidsproblemen voor te zijn.

#### **Wat merkt de burger daarvan/wat zijn (zichtbare) effecten?**

Uit de meest recente cijfers zien we helaas dat de wachttijden over het algemeen nog niet zijn gedaald. Echter, in sommige gevallen hoeven patiënten niet (of minder lang) te wachten op medisch–specialistische zorg.

Dit komt doordat zij door succesvolle initiatieven van aanbieders en zorgverzekeraars binnen de eerste lijn de juiste zorg hebben gekregen of door succesvolle wachtlijstbemiddeling eerder geholpen worden bij een aanbieder die geen (of een kortere) wachttijd had.

#### **Conclusie**

De wachttijden in de medisch–specialistische zorg overschrijden nog steeds de Treeknorm. Een scherp beeld van de wachttijden is van groot belang voor onder andere zorgverzekeraars om hun verantwoordelijkheden op te pakken en te sturen op tijdige zorg. Gezien de huidige arbeidsmarktproblematiek (personeelstekorten) verwachten we dat deze overschrijding in de aankomende jaren zal toenemen als er niet meer gebeurt. Ook voor de electieve zorg. De eerder genoemde oplossingsrichtingen verdienen daarom meer aandacht, zodat ze een grotere bijdrage kunnen leveren aan het op de lange termijn terugdringen van wachttijden. Met de huidige activiteiten en intensiteit van samenwerking verwachten wij dat deze problematiek anders niet wordt opgelost.

Wij verwachten van zorgverzekeraars en aanbieders dat zij meer investeren in initiatieven die bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden en daarbij intensiever samenwerken om deze initiatieven tot een succes te maken. Hierdoor komen er meer *good practices* beschikbaar ter inspiratie voor nieuw te starten initiatieven. Dit in nauwe samenwerking met patiëntenorganisaties.







\*

1

2

3

4

5

6



### Wat gaan we de rest van het jaar doen?

We gaan het inzicht in wachttijden verder aanscherpen door de wachttijdinformatie van de websites van aanbieders te combineren/vergelijken met wachttijdinformatie van bijvoorbeeld het Capaciteitsorgaan en Zorgdomein. Als hieruit blijkt dat aanbieders geen of onjuiste wachttijden publiceren treffen we, waar nodig, passende maatregelen.

Verder zullen we onze bevindingen die voortvloeien uit de controles bij zorgverzekeraars terugkoppelen en op basis van de resultaten de volgende stappen bepalen.

Tevens identificeren we kansrijke oplossingsrichtingen en delen we deze breder. Waar nodig, stimuleren en faciliteren we partijen om hiermee aan de slag te gaan. Het gaat daarbij nu vooral om taakherschikking, substitutie, het optimaliseren van verwijsgedrag van huisartsen, e-health en preventie (bijvoorbeeld voorkomen dat mensen in tweede lijn komen).

Waar de regelgeving ongewenst drempels opwerpt bij het terugdringen van wachttijden, zullen we deze aanpassen.



\*

1

2

3

4

5

6



# 3. Ambulancezorg

## Wat waren we van plan (acties 2018)?

Het is aan zorgverzekeraars en de Regionale Ambulance Voorzieningen (RAV's) om de responstijden van ambulances daadwerkelijk terug te dringen. Vanuit de NZa scheppen we de randvoorwaarden waarmee zij dat kunnen bereiken. Dat betekent dat 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 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 in te zetten. Bijvoorbeeld door actief gebruik te maken van informatie uit het Sectorkompas Ambulancezorg van de AZN.

## Wat is daar tot nu toe van terecht gekomen?

Wij hebben onze toezichtaanpak aangepast. Deze aanpak is gedifferentieerd naar de verschillende regio's.

Dit houdt in dat we onderscheid maken tussen de regio's op basis van een aantal indicatoren, waaronder de prestaties. Hoe beter regio's presteren, hoe meer afstand we houden. En omgekeerd: hoe slechter de prestaties, hoe intensiever ons toezicht.

Naar aanleiding van oplopende responstijden en andere signalen, startten we afgelopen maanden, samen met de IGJ, een onderzoek naar een specifieke regio. Deze zomer publiceren we hierover onze bevindingen.

In maart organiseerden we een bijeenkomst met alle zorgverzekeraars. Het doel was driedig: 1) de gemaakte voortgang inventariseren; 2) het inventariseren en delen van mogelijke oplossingsrichtingen en goede voorbeelden; en 3) het introduceren en bespreken van onze nieuwe aanpak. De bijeenkomst was een succes. Een mooi resultaat is dat de deelnemers mogelijke oplossingen en goede voorbeelden hebben geïdentificeerd en gedeeld. Zorgverzekeraars leren van elkaars *good practices*. Ook leveren zij steeds consistentere en daardoor beter vergelijkbare voortgangsrapportages op die ons goed zicht geven op de voortgang van de acties.



\*

1

Dit komt onder meer doordat de zorgverzekeraars inmiddels met een format werken dat zij samen met de NZa hebben opgesteld.

2

Daarnaast is er meer en beter overleg tussen de zorgverzekeraars onderling en met de ambulancediensten. Er wordt samengewerkt aan effectieve verbeteringen, zoals het optimaliseren van de samenwerking in de meldkamers, nieuwe toepassingen van de software en het werven van nieuw personeel. Deze constructieve dialoog is een vruchtbare basis voor het reduceren van de responstijden. Ook werken zorgverzekeraars, ambulancediensten en andere relevante veldpartijen samen om hun prestaties verder te verbeteren.

3

Om het personeelstekort terug te dringen, een groeiend probleem, leiden zij bijvoorbeeld extra personeel op. Ook is er in de grootstedelijke regio een pilot gestart voor een medium care ambulance. Op deze ambulance kunnen verpleegkundigen met een ander niveau ingezet worden waardoor er mogelijk meer ruimte komt op de arbeidsmarkt voor ALS ambulances.

4

5

6

#### **Wat merkt de burger daarvan/wat zijn (zichtbare) effecten?**

De afgelopen jaren bleven de gemiddelde responstijden gelijk. Het gezamenlijke streven is om de responstijden in alle regio's op of boven de geldende norm te krijgen.



Dit proces kost tijd, maar burgers zullen gaan merken dat de responstijden van ambulances voor spoedritten afnemen en dat ambulances dus eerder ter plaatse zijn. Als gevolg van de al ontplooiden initiatieven en nog uit te voeren acties verwachten we dat we aankomend jaar al kortere responstijden zullen zien.

#### **Conclusie**

Ondanks de inspanningen van zorgverzekeraars en aanbieders maakt de NZa zich nog grote zorgen over de responstijden van ambulances. In het merendeel van de regio's wordt de norm niet gehaald.

Zorgverzekeraars en aanbieders spannen zich wel meer in om de responstijden van ambulances terug te dringen. Deze verantwoordelijkheid en noodzaak wordt ook door de zorgverzekeraars ervaren. Er is een duidelijke verbetering zichtbaar in de houding van zorgverzekeraars in dit dossier. Dit heeft echter nog niet geresulteerd in verbeterde prestaties. De verwachting is wel dat deze verbetering de aankomende jaren merkbaar zal zijn.

#### **Wat gaan we de rest van het jaar doen?**

De NZa blijft sturen op het verbeteren van de responstijden. Dit vraagt om inspanningen van zorgverzekeraars en aanbieders.





\*

1

Als andere partijen hierin een rol kunnen spelen, zoals bijvoorbeeld VWS, NZa en/of andere stakeholders, dan zullen we ook daarop sturen.

2

We rollen ook onze nieuwe toezichtaanpak uit. Deze staat in het teken van maatwerk. Op basis van de rapportages en gesprekken monitoren wij de voortgang. Zo krijgen we een volledig beeld van wat er goed en minder goed gaat in de betreffende regio's.

3

De regio's die minder goed presteren, zullen we intensiever volgen. In deze regio's voeren we gesprekken met de betrokken zorgverzekeraars en ambulancediensten. Lopen de responstijden hoog op, dan grijpen we in. Zelfstandig of samen met de IGJ. Naast dit alles blijven we met veldpartijen zoeken naar en aandacht genereren voor effectieve oplossingen en goede voorbeelden.

4

5

6



\*

# 4. Wijkverpleging

1

## Wat waren we van plan (acties 2018)?

De focus lag in eerste instantie in deze sector op casemanagement dementie, omdat we daar concrete signalen over hebben ontvangen. Om te zien of dit breder speelt in de wijkverpleging, hebben we onze acties uitgebreid.

2

3

Daar waar er wachtlijsten zijn, is het aan zorgverzekeraars en aanbieders om de wachtlijsten daadwerkelijk terug te dringen. Vanuit de NZa scheppen we de randvoorwaarden waarmee zij dat kunnen bereiken. Dat betekent dat wij:

4

### *Casemanagement dementie*

- Een regeling opstellen voor casemanagement dementie waarin we wachtlijst- en wachttijdregistratie verplichten.
- Actief volgen van die regio's waar de wachttijden lang zijn, waarbij ingezet wordt op het terugdringen daarvan.

5

### *Wijkverpleging breed*

- Het contracteerproces door zorgverzekeraars monitoren.
- Meer bekendheid geven aan wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars voor verzekerden die lang moeten wachten.

6



- Onze bevindingen delen over de risico's en mogelijke problemen in de toegankelijkheid van wijkverpleegkundige zorg breed.
- Een aanpak opstellen om het inzicht te vergroten in de lengte van de wachtlijsten en wachttijden wijkverpleging breed. Onder meer via een meldactie onder huisartsen en ziekenhuizen om hier beter zicht op te krijgen.

## Wat is daar tot nu toe van terecht gekomen?

### *Casemanagement dementie*

Om meer inzicht te krijgen in actuele wachttijden, hebben we een [Regeling](#) gepubliceerd. Deze verplicht dat zorgaanbieders van casemanagement dementie vanaf 1 december 2018 niet alleen de informatie over hun wachttijden op de eigen website plaatsen, maar ook centraal aanleveren.

Zorgaanbieders zijn op basis van deze regeling verplicht om mensen die op een wachtlijst terechtkomen erop te wijzen dat zij bij hun zorgverzekeraar kunnen vragen om wachtlijstbemiddeling. Ook zorgverzekeraars zijn verplicht om hun verzekerden te wijzen op de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling (Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten).





\*

1

2

3

4

5

6

We hebben zes probleemregio's met lange wachtlijsten en – tijden voor casemanagement dementie gevolgd. Daarvoor hebben we gesprekken gevoerd met aanbieders en zorgverzekeraars en zijn we de afgelopen maanden nagegaan of dit tot het gewenste effect heeft geleid. We zien dat in vier regio's het aantal mensen dat langer moet wachten dan de Treeknorm daalt. In de vijfde regio wordt hard gewerkt aan de herinrichting van het netwerk en moet de wachttijdregistratie opnieuw worden gerealiseerd. In de zesde regio wordt hard gewerkt aan de invulling van openstaande vacatures. De door aanbieders en zorgverzekeraars ondernomen acties naar aanleiding van de gesprekken werpen daarmee hun vruchten af.

#### *Wijkverpleging breed*

In de in april verschenen [monitor Contractering wijkverpleging](#) gaan we in op het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en aanbieders. We constateren dat er veel goed gaat in de contractering, maar dat er ruimte is voor verbetering. Zorgverzekeraars en aanbieders besteden bijvoorbeeld in hun contracten nog niet genoeg aandacht aan de aard en de ernst van de zorgvraag van mensen die thuis zorg nodig hebben. Ook wordt in de tarief- en volumeafspraken onvoldoende rekening gehouden met de steeds complexer wordende zorgvragen.

In het [Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging 2019 t/m 2022](#) zijn een aantal van de aanbevelingen uit de monitor opgenomen.

Wij zien graag dat partijen met elkaar verdergaande contractafspraken maken over de ondersteuning van de cliënten met een zorgbehoefte. Ook is het van belang dat zij de zorg zodanig organiseren dat de schaarse capaciteit optimaal wordt benut. Wij zien in het contracteerproces een aantal *good practices* én een aantal aandachtspunten. Wij hebben het voornemen om die met het veld te delen.

Om na te gaan of de door ons geconstateerde risico's en mogelijke problematiek in de toegankelijkheid van wijkverpleging breed zich daadwerkelijk voordoen, hebben we bij een aantal zorgverzekeraars controles uitgevoerd om te kijken hoe zij invulling geven aan hun zorgplicht en wachtlijstbemiddeling. De uitkomsten van de controles bij de zorgverzekeraars in de wijkverpleging zijn nog niet volledig geanalyseerd. Een eerste beeld is dat zorgverzekeraars zich inzetten om de toegangstijd tot de wijkverpleging te beperken, ondanks de aanzienlijke regionale arbeidsmarktproblematiek.

Zorgverzekeraars bemiddelen verzekerden, op eigen aanvraag of op die van het transferpunt, naar tijdige en geschikte zorg.



\*

1

Ook bespreken zij de ervaringen van hun wachtlijstbemiddeling met de zorgaanbieders en verwerken zij deze in hun contracteerbeleid.

2

Tot slot laten we extern onderzoek doen naar de wachttijden voor wijkverpleging breed. We willen weten of zich wachttijden voordoen en waar (die hoeven immers niet centraal gemeld te worden), en wat daar de oorzaak van is.

3

Dit onderzoek komt in de plaats van de voorgenomen reactieve meldactie. De resultaten verwachten we in het najaar. Mensen die te lang moeten wachten op wijkverpleegkundige zorg, kunnen zich te allen tijde melden bij ons [Meldpunt](#).

4

#### **Wat merkt de burger daarvan/wat zijn (zichtbare) effecten?**

Voorals burgers die wachten op casemanagement dementie in vier van de zes probleemregio's zullen hebben ervaren dat zij minder lang hebben hoeven te wachten. Zoals eerder aangegeven zien we dat de wachttijd afneemt (peildatum 1 april 2018).

5

#### **Conclusie**

##### *Casemanagement dementie*

Kijkend naar regio's die we volgen voor casemanagement dementie, zien we dat daar waar zich problemen voordoen (casemanagement dementie) er sprake is van een gevoel van urgentie bij partijen.

6





Hierdoor wordt er samengewerkt om problemen op te lossen. Dit leidt tot kortere wachttijden in vier van de zes regio's. Daar waar dat nog niet het geval is (een regio) zien we problemen ontstaan. Er is geen netwerk en opeens geen inzicht meer. We roepen partijen op in die regio's waar nog geen sprake is van een goed werkend netwerk, dit alsnog te realiseren.

##### *Wijkverpleging breed*

Hier wordt vooral gewerkt aan het inzichtelijk krijgen van de omvang en aard van eventuele wachttijden.

#### **Wat gaan we de rest van het jaar doen?**

##### *Casemanagement dementie*

Ondanks dat we de wachttijden voor casemanagement dementie zien afnemen in de vier van de zes probleemregio's zullen we de komende tijd blijven volgen of deze trend zich voortzet.

Daar waar zich problemen voordoen met wachttijden zullen we gericht tot actie overgaan, zoals we dat in de zes probleemregio's tot nu toe hebben gedaan. De vanaf 1 december 2018 verplichte registratie wachttijden casemanagement dementie zal hierbij helpen.



*Wijkverpleging breed*

Na de zomer bepalen we welke vervolgacties we ondernemen om eventuele wachttijden in de wijkverpleging breed terug te dringen. De acties zijn afhankelijk van de uitkomsten van onze controles bij individuele zorgverzekeraars en het genoemde externe onderzoek.





\*

1

2

3

4

5

6



# 5. Langdurige zorg

## Wat waren we van plan (acties 2018)?

Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om de wachtlijsten daadwerkelijk terug te dringen. Vanuit de NZa scheppen we de randvoorwaarden waarmee zij dat kunnen bereiken. Dat betekent dat:

- Er inzicht moet 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 volledig ingevuld en up-to-date moet zijn. Zo ontstaat er ook inzicht in relevante sociale context voor de patiënt.
- Periodiek en structureel er informatie moet zijn van zorgaanbieders en cliëntondersteuners over de wachtenden. Maar ook over of de zorg nog passend is van patiënten die al zorg krijgen.
- Zorgkantoren *good practices* met elkaar moeten delen.
- Er goed samengewerkt moet worden. Tussen aanbieders en zorgkantoren, maar ook tussen onafhankelijke cliëntondersteuners en zorgkantoren.
- Mensen moeten weten dat zij voor zorgbemiddeling bij het zorgkantoor terecht kunnen.

## Wat is daar tot nu toe van terecht gekomen?

De zorgkantoren hebben in december 2017 voortgangsrapportages aangeleverd over de voortgang van eerder ingediende verbeterplannen over cliëntondersteuning en wachtenden. Deze voortgangsrapportages hebben wij beoordeeld. Op basis van het verbeterplan, de interviews met de zorgkantoren, de controles in het najaar en de voortgangsrapportages, hebben zorgkantoren een schriftelijke terugkoppeling ontvangen met onze bevindingen en aandachtspunten.

De bevindingen hebben geleid tot gedifferentieerd toezicht per zorgkantoor. Afhankelijk van de individuele aandachtspunten bezoeken we de zorgkantoren nogmaals om beter inzicht te krijgen in hoe zij cliënten bemiddelen naar tijdige, passende zorg. Zorgkantoren, waar de aandachtspunten hiertoe aanleiding toe geven, worden vaker bezocht. De eerste controles bij deze zorgkantoren hebben inmiddels plaatsgevonden.

In maart 2018 hebben we een bijeenkomst georganiseerd met zorgkantoren over cliëntondersteuning en wachtenden.



\*

1

Zorgkantoren hebben tijdens deze bijeenkomst ieder de *good practices* gedeeld over informatie die zij geven aan eigen verzekerden, registratie van wachtenden, zorgbemiddeling en effectmeting.

2

### **Wat merkt de burger daarvan/wat zijn (zichtbare) effecten?**

De zorgkantoren spannen zich in om zichtbaarder te worden voor (toekomstige) cliënten in de langdurige zorg. Op deze manier worden cliënten tijdig geïnformeerd over de mogelijkheden.

3

Ook maken de zorgkantoren een goede slag op het gebied van registratie en zorgbemiddeling. Cliënten die wachten op langdurige zorg, worden bijvoorbeeld voor zorgbemiddeling niet meer alleen door aanbieders benaderd, maar ook door het zorgkantoor. Er is meer persoonlijk en direct contact. Zo kunnen zorgkantoren een alternatief aanbod doen waardoor de cliënt sneller passende zorg krijgt. En wanneer een cliënt toch in zijn of haar eigen huis wil blijven wachten op een specifieke plek, kan het zorgkantoor met de aanbieder ervoor zorgen dat dit verantwoord is.

4

5

### **Conclusie**

Zorgkantoren zetten zich volop in om meer zichtbaar te worden voor cliënten en leveren een actieve bijdrage aan het terugdringen van de wachtlijsten.

6



Uit de controles komt naar voren dat zorgkantoren steeds meer zicht krijgen op hoe zij cliënten kunnen bereiken. Ze zoeken actief contact met (potentiele) cliënten in de langdurige zorg.

Niet iedere cliënt is gebaat bij een extra partij die zich bezig houdt met de zorgbemiddeling. Zorgkantoren zoeken dan ook nog naar manieren waarop ze kunnen vaststellen wie welke informatie op prijs stelt over de mogelijkheden van langdurige zorg. Voorbeelden hiervan zijn spreekuren, hulpwijzers op de website van de zorgverzekeraar of tools die het zorgverleners of aanverwanten gemakkelijker maken om de dialoog met de cliënt aan te gaan.

Ondanks dat zorgkantoren meer contact hebben met wachtenden, kan het inzicht in wie waarom op de wachtlijst staat en of deze situatie verantwoord is, beter. Door gericht contact van het zorgkantoor en de aanbieder met wachtenden zouden spoedopnames wellicht kunnen worden voorkomen. In de komende controles besteden we hier extra aandacht aan.

### **Wat gaan we de rest van het jaar doen?**

We volgen de stappen die zorgkantoren zetten naar betere cliëntondersteuning en zorgbemiddeling. We doen dit onder andere op basis van de uitvoeringsverslagen, het monitoren van de wachtlijsten en meerdere controles ter plaatse.



\*

1

2

3

4

5

6



# 6. Geestelijke gezondheidszorg

## Wat waren we van plan (acties 2018)?

Het is aan zorgverzekeraars en aanbieders om de wachttijden daadwerkelijk terug te dringen. Vanuit de NZa scheppen we de randvoorwaarden waarmee zij dat kunnen bereiken. Dit betekent dat 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.
- De gevonden *good practices* in het contracteerproces verder uitwerken en uitdragen.
- Onderzoeken of door omzetplafonds bij vrijgevestigden capaciteit onbenut blijft.
- De landelijke afspraken 'Aanpak wachttijden geestelijke gezondheidszorg' intensief blijven monitoren.

## Wat is daar tot nu toe van terecht gekomen?

Om meer inzicht in de wachttijden te krijgen, moeten alle ggz-aanbieders vanaf 1 januari 2018 hun wachttijden centraal aanleveren bij Vektis. Daarnaast is de manier van berekenen van wachttijden aangepast. In januari leverde 42% van de instellingen aan en dit is inmiddels gestegen naar 66% van het aantal instellingen in juni. Van de vrijgevestigde ggz-zorgaanbieders leverde 60% wachttijdgegevens aan in januari aan en 71% in juni.

We hebben geïnventariseerd welke barrières aanbieders ervaren om de wachttijden aan te leveren. Een barrière vormde het format waarin moest worden aangeleverd. Dit is inmiddels aangepast. Een andere barrière is dat zorggebruikers nu nog geen directe toegang hebben tot de aangeleverde data. Dit zal worden opgelost zodra de keuzewebsite met de wachttijden klaar is. Naar verwachting is dit in oktober of november. We zetten passende vervolgacties in om de aanlevering te verbeteren. Waar nodig treffen we passende maatregelen, zoals het opleggen van een aanwijzing of een dwangsom. Hiermee starten we in juli.



\*

1

We hebben de Regeling Informatieverstrekking voor ziektekostenverzekeraars aan consumenten en de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz gewijzigd. Aanbieders en zorgverzekeraars zijn nu verplicht om mensen die op een wachtlijst terecht komen erop te wijzen dat er een mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling is.

2

In samenwerking met onder andere GGZ Nederland, ZN en MIND zetten we ons in voor een campagne om burgers te informeren dat zij om wachtlijstbemiddeling kunnen vragen.

3

De zorgverzekeraar heeft een duidelijke taak en plicht om te zorgen voor tijdige zorg en daarmee voor wachttijden in de ggz die binnen de treeknorm vallen. Ons toezicht op de zorgverzekeraars is vanwege de lange wachttijden de laatste jaren sterk geïntensiveerd. In 2016 en 2017 hebben we verbeterplannen opgevraagd bij zorgverzekeraars over de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg. Als vervolg hebben we dit jaar bij alle zorgverzekeraars een controle uitgevoerd om de resultaten, van de geplande activiteiten om de wachttijden tegen te gaan, te bespreken. Onze inzet hierbij is dat de zorgverzekeraar alles doet wat in zijn mogelijkheden ligt om de wachttijden te verkorten.

4

5

6

De uitkomsten uit de controlebezoeken in de geestelijke gezondheidszorg worden op dit moment nog geanalyseerd.



Een eerste beeld is dat zorgverzekeraars aandacht hebben voor de wachttijden: het onderwerp wachttijden wordt besproken met aanbieders en verzekerden krijgen informatie over de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Tevens lijkt er bemiddeld te worden naar tijdige zorg. In hoeverre dit voldoende is, wordt op dit moment onderzocht.

Het is belangrijk dat aanbieders en zorgverzekeraars in het contracteerproces afspraken maken over wachttijden. We hebben een aantal *good practices* in het contracteerproces geanalyseerd. Die delen we met branchepartijen, zodat zij die kunnen doorgeven aan hun achterban. Daarnaast hebben we deze gepresenteerd op het landelijke congres op 12 april 2018 over de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg.

We hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen omzetplafonds bij vrijgevestigde aanbieders en de wachttijden. Uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van een omzeteffect waardoor capaciteit onbenut blijft. De totale omvang van het effect is beperkt: het gaat om ongeveer 0,5% van de landelijke behandelcapaciteit in de gespecialiseerde ggz. Maar er zijn wel degelijk patiënten die onnodig lang wachten op de juiste zorg. Als zorgverzekeraars sneller bijcontracteren kunnen deze patiënten bij vrijgevestigde aanbieders terecht. Het betekent echter niet dat de omzetplafonds zonder meer verruimd moeten worden.



\*

1

Verruiming is alleen wenselijk als hiermee extra patiënten geholpen worden die anders op een wachtlijst komen te staan. Daarbij moet de zorgaanbieder daadwerkelijk bereid en in staat zijn extra patiënten te behandelen.

2

Tot slot hebben wij de afgelopen periode de landelijke afspraken aanpak wachttijden gemonitord. Bij deze monitoring zien we dat het merendeel van de afspraken deels is opgevolgd, maar dat er ook afspraken zijn waarop nog weinig actie is ondernomen. De ambitie om de wachttijden binnen een jaar binnen de Treeknormen te brengen, is te ambitieus gebleken. De samenwerking tussen de partijen blijft soms nog steken op het analyseren en bespreken van de problemen zonder dat er concrete resultaten worden bereikt. Ook kunnen individuele partijen op een aantal vlakken meer doen. We hebben de voortgang van de landelijke afspraken beschreven in een uitgebreide rapportage, die in juli naar de Tweede Kamer wordt gezonden.

3

4

5

6

### **Wat merkt de burger daarvan/wat zijn (zichtbare) effecten?**

Uit de meest recente cijfers blijkt dat de wachttijden helaas nog niet zijn gedaald. Wel worden burgers beter geïnformeerd over de mogelijkheden om door zijn zorgverzekeraar te worden bemiddeld naar een andere zorgaanbieder als er sprake is van lange wachtlijsten.



Er maken nu ook meer mensen gebruik van deze mogelijkheid. Ook stijgt de aandacht voor het ondersteunen van mensen die op de wachtlijst staan, bijvoorbeeld door de inzet van e-health en groepsbijeenkomsten.

### **Conclusie**

De wachttijden zijn ondanks alle activiteiten vanuit zowel de NZa als alle andere partijen niet gedaald. Dit is teleurstellend. Samenwerking blijft de sleutel in deze problematiek: aanbieders en zorgverzekeraars moeten de wachttijden samen aanpakken. Daarnaast moet ook iedere partij doen wat hij kan. We zien daarbij dat aanbieders nog meer kunnen doen.

De branchepartijen hebben in mei 2018 een voorstel gedaan voor vervolgacties. Deze vervolgstappen moedigen wij aan, maar hierbij willen we wel de kanttekening plaatsen dat wij ons zorgen blijven maken over de effectiviteit en de daadwerkelijke resultaten. Het is van belang dat het niet blijft bij goede plannen maar dat er daadwerkelijk verandering wordt ingezet. Als NZa blijven we de ontwikkelingen monitoren en sturen op samenwerking en resultaten.

### **Wat gaan we de rest van het jaar doen?**

We blijven de wachttijden monitoren. Hiervoor is nodig dat we de datapositie onderhouden en versterken.





\*

1

Waar nodig treffen we maatregelen op de wachttijdinformatie die aanbieders aanleveren, zodat we tijdige en goede data verkrijgen. We zullen aan het einde van het jaar weer een kwantitatief overzicht uitbrengen van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg.

2

Verder zetten we in op (vervolg) toezicht op zorgverzekeraars en aanbieders. We gaan de uitkomsten van de controles bij de zorgverzekeraars terugkoppelen en op basis van de resultaten de volgende stappen bepalen.

3

Daarnaast werken we samen met de IGJ aan het terugdringen van de wachttijden bij zowel op aanbieders als zorgverzekeraars.

4

5

6



\*

# Conclusie

1

Het beeld in de vijf sectoren is wisselend. De beste resultaten worden geboekt als zorgverzekeraars en aanbieders onderling regionaal of per specialisme afspraken maken over het terugdringen van de wachttijden. Bij de geestelijke gezondheidszorg, de ambulancezorg en de medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld Oogheelkunde) zien we daar voorbeelden van. Het effect daarvan is echter nog niet altijd even merkbaar voor burgers.

2

3

4

Het afgelopen half jaar hebben wij voor de medisch specialistische zorg, ambulancezorg en langdurige zorg bijeenkomsten georganiseerd om good practices te delen. Samenwerking en het delen van informatie draagt bij aan de verspreiding van goede voorbeelden en initiatieven waar de hele sector van kan profiteren.

5

Voor casemanagement dementie en deels binnen de medisch-specialistische zorg zien we de wachttijden teruglopen. Bij de ambulancezorg hebben we goede hoop dat dit binnen afzienbare tijd gebeurt. De zorgen liggen echter bij de geestelijke gezondheidszorg en de medisch-specialistische zorg, waar we wachttijden niet zien teruglopen of zelfs zien oplopen.

6

7

Voor het terugdringen van de wachttijden is actuele informatie hierover cruciaal. In de geestelijke gezondheidszorg, waar de verplichting om wachttijden te publiceren al geruime tijd bestaat, handhaven we op de goede aanlevering van wachttijden. Bij andere sectoren, zoals de wijkverpleging (casemanagement dementie), is het zaak de publicatie van de wachttijden nu goed te organiseren.

Van zorgverzekeraars verwachten we dat ze in de zorginkoop aandacht besteden aan de wachttijden. In de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg hebben we controles uitgevoerd. In de medische-specialistische zorg en de wijkverpleging hebben we inventariserende gesprekken gevoerd. De uitkomsten van de controles worden nu geanalyseerd. Op basis van de uitkomsten nemen we zo nodig in de tweede helft van het jaar aanvullende maatregelen.





## 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](http://www.nza.nl)

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

### Informatielijn

Telefoon: 088 – 770 87 70

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur – lokaal tarief)

E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

