








Nederlandse  
Zorgautoriteit

Eindrapportage Landelijke afspraken

# Wachttijden in de ggz



# Inhoud

-  **Samenvatting**
-  **Opbouw rapportage**
-  **Wachttijden in de ggz:  
van probleem naar afspraken**
-  **Wachttijden in de ggz:  
van activiteiten naar resultaten**
-  **Tabellen: status landelijke afspraken**





# Samenvatting

1

## Achtergrond

De wachttijden in de ggz overschrijden voor bepaalde aandoeningen al langere tijd de treeknormen. De wachttijden zijn met name lang voor zorg voor mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperkingen in combinatie met ggz-problematiek. Mensen krijgen hierdoor niet op tijd de zorg die zij nodig hebben. Dat kan ertoe leiden dat hun gezondheid achteruit gaat en zij dus meer zorg nodig hebben. Wij vinden dat patiënten tijdig passende zorg moeten krijgen en bovendien goed geïnformeerd moeten worden over welke zorg zij mogen verwachten.

2

3



De brancheorganisaties in de ggz hebben samen met het ministerie van VWS in juni 2017 landelijke afspraken gemaakt om de wachttijden aan te pakken (hierna: landelijke afspraken ggz). GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en MIND zijn de 'trekkers' van de landelijke afspraken ggz. Partijen hebben afgesproken dat de wachttijden in de ggz uiterlijk 1 juli 2018 binnen de treeknormen zouden moeten zijn.

1 juli  
2018

## De landelijke afspraken zijn gemaakt door:

- GGZ Nederland
- Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten
- MIND
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- Nederlands Instituut van Psychologen
- P3NL – Federatie van Psychologen, psychotherapeuten en pedagogen
- Platform Meer ggz
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- Ministerie van VWS
- Zorgverzekeraars Nederland

Wij zijn gevraagd om te rapporteren over de voortgang van de landelijke afspraken ggz en partijen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid. Daarnaast hebben wij in mei 2017 ook zelf een actieplan opgesteld om de wachttijden aan te pakken. In december 2017 hebben we een voortgangsrapportage uitgebracht over ons eigen actieplan en de landelijke afspraken voor de ggz.





1

2

3



Hierin rapporteerden wij dat partijen zich in de probleem-analyserende fase bevonden en dat het tijd was om over te gaan tot acties om de wachttijden in de ggz daadwerkelijk te verlagen. Mede naar aanleiding van deze rapportage, hebben de partijen in de ggz in december 2017 aanvullende afspraken gemaakt. Ook de opvolging van deze afspraken hebben wij gemonitord. In april 2018 publiceerden wij een informatiekaart waarop te zien was dat de wachttijden in veel regio's nog steeds boven de treeknorm waren. Ook in deze eindrapportage constateren we dat de wachttijden nog steeds onverminderd hoog zijn. Dat is een ernstige zaak. Recent hebben GGZ Nederland, Mind en ZN in hun [Vervolgaanpak Wachttijden](#) aangegeven dat zij hun acties gaan intensiveren met als doel de wachttijden alsnog te verlagen.

### Voortgang landelijke afspraken ggz

Hieronder schetsen we eerst de uitvoering van de landelijke afspraken ggz. Onder het kopje Voortgang Actieplan NZa geven we een overzicht van onze eigen acties. Bij de opvolging van de landelijke afspraken ggz en de aanvullende afspraken zien we dat een aantal afspraken is opgevolgd, dat een aantal afspraken deels is opgevolgd en dat een deel van de afspraken nauwelijks is opgevolgd. Veel afspraken spelen op zowel landelijk als regionaal niveau, maar omwille van de leesbaarheid hebben we de activiteiten die het gevolg

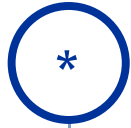
zijn van de landelijke afspraken ggz ingedeeld in regionale en landelijke activiteiten.

#### *Regionale activiteiten*

Onder begeleiding van KPMG Health (hierna: KPMG) zijn op regionaal niveau acht taskforces gestart. Het doel van de taskforces is dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten in samenwerking met elkaar en met cliënten-vertegenwoordigers oorzaken van de wachttijdproblematiek achterhalen en oplossingen uitvoeren. Onder andere door dit samenwerkingsverband wordt sturing op problemen die patiënten het meest treffen gewaarborgd. Ook is er daardoor extra aandacht voor wachttijdbegeleiding.

De onderwerpen van de landelijke afspraken zijn in de regionale taskforces besproken en de belangrijkste knelpunten per regio zijn geïdentificeerd. Hierbij besteden de taskforces extra aandacht aan patiëntgroepen met de langste wachttijden. Een aantal van de knelpunten moet in samenwerking in de regio worden opgepakt, een deel door betrokkenen individueel. Zo zien we bijvoorbeeld dat een aantal instellingen zelf een belangrijke verbetering hebben gemaakt op de door- en uitstroom van patiënten. De betrokken partijen zijn over het algemeen enthousiast over de samenwerking en de manier waarop resultaten behaald kunnen worden. Toch horen we ook dat in de regio's waar uiteenlopende belangen spelen, het organiseren van





1

2

3



mandaat en doorzettingsmacht een aandachtspunt is. Het uitvoeren van oplossingen komt in sommige gevallen trager of moeilijker van de grond omdat overleg met veel partijen, waaronder soms ook landelijke partijen, plaats moet vinden. Dit is een aandachtspunt. Daarnaast moeten de acht regionale taskforces nu grotendeels op eigen kracht, zonder verdere begeleiding van KPMG, aan de slag. Zij worden begeleid in deze overgang, maar het zelfstandig voortzetten vergt nog meer initiatief en betrokkenheid van de regionale partijen en meer samenwerking met de landelijke partijen. De taskforces hebben een belangrijke rol in het terugdringen van de wachttijden. Het is daarbij belangrijk dat de regionale taskforces doorpakken op de concrete acties en sturen op het behalen van resultaten.

In navolging van de huidige taskforces is KPMG een quickscan gestart om nieuwe taskforces te selecteren. Naar verwachting wordt in 16 regio's met nieuwe taskforces gestart. Hiermee voldoen partijen aan de landelijke afspraak de regionale aanpak uit te breiden.

#### *Landelijke activiteiten*

Op landelijk niveau zien wij dat er diverse acties zijn ondernomen. De meeste afspraken zijn deels opgevolgd maar er zijn ook afspraken waar nog nauwelijks actie op is ondernomen. We zien dat brancheorganisaties diverse initiatieven hebben opgezet om de wachttijden terug te

dringen en dat zij inzetten op urgentiebesef bij hun achterban. De landelijke partijen hebben ook positieve resultaten behaald op de inkoop van beveiligde zorg voor patiënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen. De vergoeding van beveiligde zorg is daarin gegarandeerd, ook als deze de gemaakte contractafspraken overschrijdt. Ook zijn er stappen gemaakt om de inrichting van de acute ggz te verbeteren. Het nieuwe bekostigingsmodel zal waarschijnlijk een groot deel van dit probleem oplossen. Op het gebied van zorgbemiddeling zien we dat het aantal mensen dat gebruik maakt van wachtlijstbemiddeling verdubbeld is sinds de landelijke afspraken ggz zijn gemaakt. Er is bekendheid aan de wachtlijstproblematiek gegeven door het congres 'Meer grip op wachttijden in de ggz', dat georganiseerd is door GGZ Nederland, MIND en ZN. Ook heeft het ministerie van VWS (hierna: VWS) de opleidingscapaciteit uitgebreid. Dit zijn positieve ontwikkelingen waarmee een aantal gemaakte afspraken na zijn gekomen.

Aan veel afspraken is deels opvolging gegeven. Dit geldt bijvoorbeeld voor het efficiënter inzetten van de behandelcapaciteit, zorgdragen voor de juiste integrale zorg en aandacht voor de overgang van 18- naar 18+. Deze onderwerpen worden gedeeltelijk in regionale taskforces opgepakt, maar het betreft complexe problemen die tijd vergen om op te lossen. Ook op het gebied van





1

transparantie worden acties ondernomen. Zo zijn alle ggz-aanbieders verplicht om de wachttijden aan te leveren bij Vektis en te publiceren op hun website. Een meerderheid van de zorgaanbieders doet dit nu, maar een deel doet dit helaas nog niet of onjuist. Ook kunnen nog meer ggz-aanbieders actief werken aan het actueel houden van hun wachtlijsten. Tot slot zien we dat weliswaar acties zijn ondernomen op het gebied van contractering, maar nog niet in die mate dat de afspraak geheel is waargemaakt.

2

3



We zien helaas ook dat een aantal afspraken nauwelijks of in het geheel niet is nagekomen of dat er geen resultaten zijn bereikt. Zo is in de landelijke afspraken opgenomen dat er specifieke aandacht moet worden besteed aan patiëntgroepen met de langste wachttijden. In de regionale taskforces wordt hierop gestuurd. Ook zorgverzekeraars hebben hier aandacht voor. Advies- en onderzoeksbureau Significant heeft van GGZ Nederland, MIND en ZN de opdracht gekregen om onderzoek te doen naar een aantal casussen met lange wachttijden. Dit onderzoek is nog niet afgerond, waardoor er nog geen concrete acties zijn opgezet. In de landelijke afspraken is opgenomen dat zorgaanbieder en zorgverzekeraar concrete afspraken maken over het verkorten van behandeltrajecten bij met name de 'lichtere' patiëntgroepen. Deze capaciteit zou besteed worden aan de 'zwaardere' patiëntgroepen om zo de hoge wachttijden daar te verkorten. We zien dat enkele

individuele zorgaanbieders op dit vlak actief zijn geweest. Het is belangrijk dat anderen volgen. Ook zien we dat ondanks veel aandacht hiervoor, de focus op de specifieke cliëntgroepen met de langste wachttijden nog steeds niet altijd aanwezig is. Het Trimbos Instituut heeft onderzoek gedaan naar de opbouw van het ambulante zorgaanbod en monitort ook de afspraken hieromtrent. De conclusie is onder andere dat de opbouw van het ambulante zorgaanbod achterblijft bij de vraag.

Voor een volledig overzicht van alle landelijke afspraken ggz, inclusief de aanvullende afspraken en activiteiten die plaats hebben gevonden verwijzen we naar de [tabellen](#).

### Voortgang actieplan NZa

Ons eigen Actieplan wachttijden in de zorg is erop gericht zorgverzekeraars en zorgaanbieders te stimuleren de wachttijden in de ggz terug te dringen. We hebben de volgende acties ondernomen:

- 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 acties die zij ondernemen om de wachttijden in de ggz te verlagen. Half 2017 zijn





1

2

3



gesprekken gevoerd met de besturen van alle zorgverzekeraars om het urgentiebesef van dit probleem te vergroten. Naar aanleiding van de verbeterplannen en een update hiervan in februari 2018, hebben we bij alle zorgverzekeraars een controle uitgevoerd om na te gaan of de zorgverzekeraar alles doet wat in zijn mogelijkheden ligt om de wachttijden te verkorten. Een eerste beeld is dat zorgverzekeraars aandacht hebben voor de wachttijden: het onderwerp wordt besproken met ggz-aanbieders, verzekerden krijgen informatie over de mogelijkheid van zorgbemiddeling en er lijkt bemiddeld te worden naar tijdige zorg waar mogelijk. In hoeverre zorgverzekeraars hiermee voldoen aan hun zorgplicht en wat zij misschien nog meer zouden moeten doen, wordt op dit moment vastgesteld. De resultaten worden in juli 2018 teruggekoppeld aan de zorgverzekeraar. Op basis van deze resultaten nemen wij vervolgstappen.

- 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. Op 26 juni hadden voor de maand juni 66% van de instellingen en 71% van de vrijgevestigde ggz-aanbieder hun wachttijden aangeleverd. We hebben tussen januari en juni diverse herinneringsbrieven en een informatiepakket naar zowel vrijgevestigde ggz-aanbieders als instellingen verstuurd. Ook is er telefonisch contact met een deel van de

instellingen geweest. Het is teleurstellend dat nog steeds niet iedere zorgaanbieder de wachttijden aanlevert en publiceert. Daarbij lijkt een deel van de aangeleverde wachttijden niet te kloppen. Dit zit het gebruik van de informatie door de verwijzer, patiënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en ons in de weg. We hebben daarom geïnventariseerd welke barrières zorgaanbieders ervaren om de wachttijden aan te leveren. Een daarvan was 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 van GGZ Nederland, ZN en MIND met de wachttijden klaar is. Naar verwachting is dit in oktober of november. Om de aanlevering te verbeteren, treffen we passende maatregelen. Een onderdeel hiervan is het opleggen van aanwijzingen aan zorgaanbieders die niet aanleveren.

- We hebben de Regeling Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten ([TH/NR-010](#)) en de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz ([NR/REG-1824](#)) gewijzigd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn nu verplicht om mensen die op een wachtlijst staan erop te wijzen dat er een mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling is. Naast de campagne 'Weg van de Wachtlijst' van GGZ Nederland, ZN en MIND, zetten ook wij ons in samenwerking met deze partijen in om burgers







1

2

3



te informeren dat zij om wachtlijstbemiddeling kunnen vragen.

- We hebben onderzoek gedaan naar de relatie tussen omzetplafonds bij vrijgevestigde ggz-aanbieders en de wachttijden. Uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van een beperkt negatief effect van omzetplafonds op de productie bij vrijgevestigde ggz-aanbieders. Als deze capaciteit vrijgemaakt wordt, schatten wij dat in de tweede helft van 2018 maandelijks zo'n 263 patiënten extra behandeld kunnen worden door vrijgevestigde ggz-aanbieders. De totale omvang van het effect is weliswaar 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. Dit is onwenselijk. Het betekent echter niet dat de omzetplafonds zonder meer verruimd moeten worden. 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.
- Het is belangrijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het contracteerproces afspraken maken over wachttijden. We hebben een aantal *best practices* in het contracteerproces geanalyseerd. Deze zijn met branchepartijen gedeeld, zodat zij ze kunnen delen met hun achterban. Daarnaast hebben we de *best practices*

gepresenteerd op het landelijke congres op 12 april 2018 over de wachttijden in de ggz.

### Conclusies

Het afgelopen jaar hebben landelijke en regionale partijen diverse acties ondernomen om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Maar de ambitie om de wachttijden binnen een jaar binnen de treeknorm te brengen, is te ambitieus gebleken. Helaas zijn de wachttijden nog steeds onverminderd hoog. Dat is erg teleurstellend en deze mening wordt gedeeld door alle betrokken partijen. We zien dat betrokken partijen de intentie hebben om structureel en blijvend aan het probleem te werken. Het gaat daarbij niet alleen over de landelijke afspraken ggz, maar over acties op een breder vlak. Dat vertaalt zich in verschillende positieve initiatieven in de regionale taskforces, op landelijk niveau en in de vervolgaanpak wachttijden van GGZ Nederland, Mind en ZN.

### Zorgverzekeraars

Wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij alles doen wat in hun macht ligt om de wachtlijstproblematiek op te lossen. De zorgverzekeraar heeft een wettelijke zorgplicht en is daarmee direct verantwoordelijk voor het leveren van tijdige zorg. Voldoende contractering van zorg is hierbij belangrijk. Wij verwachten van zorgverzekeraars dat zij in gesprek gaan en blijven met zorgaanbieders over de wachttijden en







1

gezamenlijk tot oplossingen komen. Ook zorgbemiddeling blijft een belangrijke plicht van de zorgverzekeraar.

Patiënten moeten ten alle tijden bij hun zorgverzekeraar terecht kunnen voor tijdige zorg. Hierin verwachten wij een actieve houding van de zorgverzekeraar. Deze en andere activiteiten blijven onderdeel van ons toezicht.

2

#### *Zorgaanbieders*

Wij roepen de individuele ggz-aanbieder op om zich in te blijven zetten om de wachttijdenproblematiek aan te pakken. Individuele aanbieders kunnen zelfstandig aan oplossingen werken door interne processen te optimaliseren. We zien positieve resultaten bij organisaties die hebben gekeken naar de mogelijkheden van het verkorten van de 'lichte' behandeltrajecten. Ook aandacht voor de in-, door- en uitstroom van patiënten en het bekijken van mogelijkheden om de administratieve lastendruk te verminderen, dragen bij aan een vermindering van de wachttijden. Wij vragen zowel instellingen als vrijgevestigde ggz-aanbieders nogmaals om transparant te zijn over hun wachttijden én wachtlijsten. Dit houdt in dat zij wachtlijsten bijhouden van patiënten die zich bij hen melden en dat zij de juiste wachttijden aanleveren bij Vektis en publiceren op hun website. Wij roepen de ggz-aanbieders ook op om het gesprek met de zorgverzekeraar aan te gaan. Samenwerking moet van twee kanten komen. Zowel op het gebied van contractering, als ook het

3



doorverwijzen van patiënten naar de zorgverzekeraar indien er geen plek is.

#### *Landelijke en regionale samenwerking*

Landelijke en regionale partijen hebben elkaar nodig om de wachtlijstproblematiek in de ggz op te lossen. Enerzijds omdat acties uit de landelijke afspraken ggz in de regio's moeten worden belegd. Anderzijds omdat regionale partijen in sommige gevallen steun van landelijke partijen nodig hebben om oplossingen door te voeren. De afstemming tussen landelijke en regionale partijen is dus, nog meer dan voorheen, een belangrijk aandachtspunt. Hierbij helpt het om duidelijke mijlpalen te definiëren en elkaar goed te informeren. Specifiek met betrekking tot de landelijke partijen verwachten wij dat zij stimulerend en faciliterend werken en zich inzetten om de problemen op te lossen. Deze houding lijkt ook verwoord te zijn in hun Vervolgaanpak Wachttijden. Zoals benoemd is een goede afstemming en samenwerking met de regionale samenwerkingsverbanden van belang om oplossingen uit te voeren. Wij verwachten van de brancheorganisaties en ZN dat zij hierin een trekkersrol nemen. Ook verwachten wij dat zij, net als cliëntenorganisaties, de urgentie van dit probleem naar hun achterban blijven communiceren. De ontwikkeling van een keuzewebsite voor patiënten is ook een belangrijke vervolgactie die wij graag op een zo kort mogelijke termijn gerealiseerd zien. Wij zijn blij met het





1

initiatief van de betrokken landelijke organisaties om de Vervolgaanpak Wachttijden op te stellen. Een risico blijft echter dat bij een nieuw actieplan, weer een nieuwe onderzoeks- en overlegfase start. Dit zal niet direct leiden tot het oplossen van de wachttijdproblematiek. Wij willen benadrukken dat het daarom belangrijk is om acties concreet uit te werken en te behalen resultaten te definiëren. Op deze manier kan gemeten worden of de bepaalde acties ook daadwerkelijk zijn behaald en of tussentijds bijsturen nodig is. Dit zal bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz.

2

3



Wij zetten onze aanpak van de wachttijden voort. We focussen ons in de tweede helft van 2018 op twee pijlers:

- 1 We blijven de wachttijden monitoren. Hiervoor is nodig dat we de datapositie onderhouden en versterken: waar nodig treffen we maatregelen op de wachttijdinformatie die ggz-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 ggz.
- 2 Verder zetten we in op (vervolg) toezicht op zorgverzekeraars en zorgaanbieders. We gaan de uitkomsten van de controles bij de zorgverzekeraars terugkoppelen en bepalen op basis van de resultaten de volgende stappen. Daarnaast werken we samen met de

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (hierna: IGJ) aan het terugdringen van de wachttijden in de ggz.

Tot slot willen wij u meegeven dat de aanpak van de lange wachttijden in de ggz weliswaar een grote uitdaging is, maar een zeer belangrijk doel dient: tijdige zorg voor patiënten die dit hard nodig hebben. Het belang van de patiënt staat bij ons allen voorop. Dit gezamenlijke doel moet ons motiveren om de lange wachttijden effectief en daadkrachtig aan te blijven pakken.





\*

# 1. Opbouw rapportage

1

In deze rapportage vindt u een beschrijving van de voortgang van de landelijke afspraken ggz om de wachttijden binnen de ggz terug te dringen. Ook beschrijven wij de voortgang van de activiteiten uit ons Actieplan wachttijden in de zorg.

2

3

In het volgende hoofdstuk leest u meer over de achtergrond en het proces. De voortgang van de activiteiten wordt in hoofdstuk 3 beschreven. In de [tabellen](#) vindt u een overzicht van de resultaten van alle landelijke afspraken en is aangegeven welke organisaties input hebben geleverd voor de voortgang van de verschillende activiteiten.



In de bijlagen vindt u:

- Het KPMG-rapport over de activiteiten van de regionale taskforces.
- Het document 'Best practices' van de NZa.
- Het onderzoek van de NZa naar omzetplafonds vrijgevestigden.





\*

1

2

3



## 2. Wachttijden in de ggz: van probleem naar afspraken

### Achtergrond

In juni 2017 zijn landelijke afspraken gemaakt over de wachttijden in de ggz. De inzet van partijen is om de wachttijden voor 1 juli 2018 onder de treeknormen te krijgen, in het bijzonder voor mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz problematiek.

De kern van de gemaakte afspraken is dat partijen op landelijk, regionaal en lokaal niveau samenwerken om de wachttijden terug te dringen. Sommige afspraken lenen zich voor landelijke uitvoering, voor andere afspraken is juist regionale samenwerking nodig. Op 21 december 2017 hebben de staatssecretaris en de partijen die het akkoord hebben getekend aanvullende afspraken gemaakt in lijn met de eerder gemaakte landelijke afspraken. Het doel was de inzet om wachtlijsten terug te dringen te verder intensiveren. De verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van deze afspraken ligt bij GGZ Nederland, ZN en MIND. Er is afgesproken dat de NZa de gemaakte afspraken monitort en hierover rapporteert.

In mei 2017 hebben we ons eigen Actieplan Wachttijden in de zorg opgesteld. Hierin beschrijven we wat we gaan doen, wat we van andere partijen verwachten en hoe we hier toezicht op houden. In deze rapportage beschrijven we ook de voortgang van ons eigen actieplan en de acties die we in dat kader hebben uitgevoerd.

Voor de totstandkoming van deze rapportage hebben we alle partijen die de landelijke afspraken hebben ondertekend en KPMG en Significant gevraagd om input. We hebben hen in mei 2018 gevraagd wat er de afgelopen periode concreet is gebeurd met de landelijke en aanvullende afspraken en wat de resultaten zijn. Op basis van deze input is deze rapportage tot stand gekomen. De rapportage hebben we geconsulteerd bij de partijen die de landelijke afspraken hebben gemaakt, KMPG, Significant en de IGJ.

In december 2017 hebben we over de voortgang van de gemaakte afspraken gerapporteerd. Deze eindrapportage is het vervolg hierop. Zij beslaat de periode half november 2017 tot en met mei 2018.





\*

1

2

3



## Stand van zaken wachttijden

Voor deze rapportage is in mei opnieuw een wachttijdmeting uitgevoerd gebaseerd op de wachttijden die zorgaanbieders op hun website hebben gepubliceerd. De conclusie hiervan is dat de wachttijden nog steeds onverminderd lang zijn.

In april van dit jaar hebben wij een [update](#) gepubliceerd van de wachttijden in de ggz. Die meting was gebaseerd op wachttijden die aanbieders op hun website publiceerden. Dit zijn de wachttijden van alle instellingen en een steekproef van vrijgevestigden. De gegevens zijn verzameld door Mediquest van 26 februari t/m 9 maart 2018.

Over de maand mei hebben we opnieuw een uitvraag laten doen over de wachttijden op de website van diezelfde aanbieders. Deze wachttijden zijn verzameld van 7 t/m 18 mei 2018.

We hebben ook gekeken naar de wachttijdinformatie gebaseerd op de data die via Vektis is aangeleverd. Wegens grote verschillen tussen de wachttijden gebaseerd op de data aangeleverd bij Vektis en de wachttijden gebaseerd op de data verzameld door Mediquest van de websites hebben we er voor gekozen om alleen de wachttijden gebaseerd op de data verzameld door Mediquest te publiceren. Dit vanwege de vergelijkbaarheid met de wachttijdmeting van maart.

Vektis heeft het formulier waarmee de wachttijdinformatie moet worden aangeleverd 31 mei, verbeterd. Vanwege de korte tijd tussen de publicatie van dit rapport en de beschikbaarheid van de Vektiscijfers van juni, gebaseerd op dit aangepaste formulier, hebben we de verschillen nog niet kunnen analyseren. We zullen zo snel mogelijk de verschillen analyseren en als nodig is samen met Vektis verdere verbeteringen inzetten om de kwaliteit van de wachttijden die aangeleverd zijn via Vektis te verbeteren.

In tabel 1 staan de gewogen gemiddelde wachttijden van de generalistische basis-ggz (gb-ggz) en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (g-ggz) in de periodes maart en mei 2018. De treeknorm beschrijft de maximaal aanvaardbare wachttijd. Deze ligt voor de gb-ggz en de g-ggz op vier weken voor de aanmeldwachttijd en op veertien weken voor de totale wachttijd. De aanmeldwachttijd overschrijdt de treeknorm fors voor een aantal stoornissen.

In de analyse van de wachttijden is rekening gehouden met het aantal patiënten van een zorgaanbieder: als een zorgaanbieder meer patiënten behandelt, wegen de wachttijden ook zwaarder mee in het gemiddelde.



\*

1

2

3

**Tabel 1. Aanmeldwachtijd en totale wachttijd  
(maart en mei 2018) Mediquest**

	Aanmeldwachtijd maart	Aanmeldwachtijd mei	Totale wachttijd maart	Totale wachttijd mei
Generalistische basis-ggz (vrijgevestigden en instellingen)	5	5	7	8
Gespecialiseerde ggz (vrijgevestigden)	8	11	11	–*
Hoofddiagnosegroepen g-ggz (instellingen)	Aanmeldwachtijd maart	Aanmeldwachtijd mei	Totale wachttijd maart	Totale wachttijd mei
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	9	10	18	19
Alcohol gebonden stoornissen	4	5	8	9
Angststoornissen	8	8	16	18
Bipolair en overige stemmingsstoornissen	7	6	13	13
Delirium, dementie en overige cognitieve stoornissen	3	3	8	9
Depressieve stoornissen	7	8	14	15
Eetstoornissen	9	8	13	14
Overige aan middel gebonden stoornissen	5	5	8	8
Overige stoornissen kindertijd	–*	7	–*	15
Persoonlijkheidsstoornissen	8	9	17	19
Pervasieve stoornissen	13	14	22	23
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4	4	6	9
Somatoforme stoornissen	8	7	15	18

\* Doordat te weinig aanbieders deze data hebben gepubliceerd, hebben we geen wachttijd kunnen berekenen.



\*

1

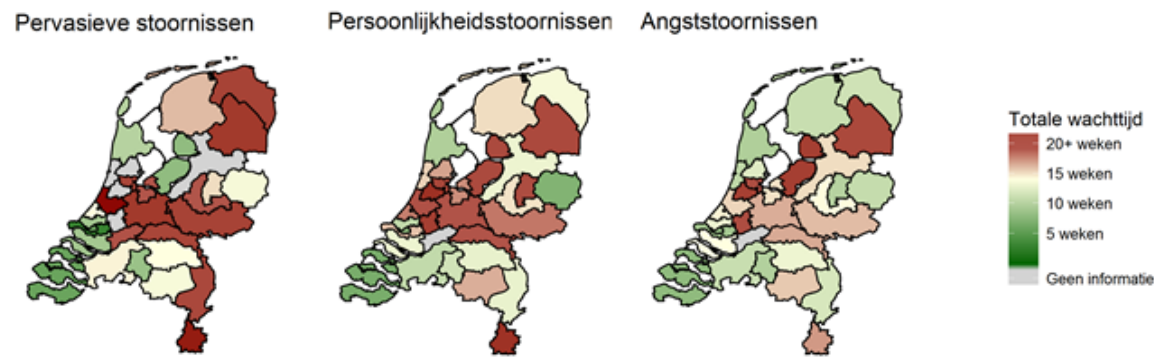
2

3



Sinds maart is het beeld niet veel veranderd: de wachttijden zijn nog steeds te lang. De wachttijden van de drie probleemgroepen pervasieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen zijn (licht) gestegen. In figuur 1, 2 en 3 zijn de regionale verschillen van hoofddiagnosegroepen pervasieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen weergegeven naar [zorgkantorregio](#). De kleuren in de legenda geven de totale wachttijden in weken aan. Wij zien veel regionale verschillen, maar de algemene lijn sluit aan bij wat we terug zien in tabel 1, de wachttijden voor deze hoofddiagnosegroepen zijn over het algemeen te hoog binnen de zorgkantorregio's.

**Figuur 1, 2 en 3: Gemiddelde totale wachttijd hoofddiagnosegroepen pervasieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en angststoornissen naar regio (ongewogen)**





\*

1

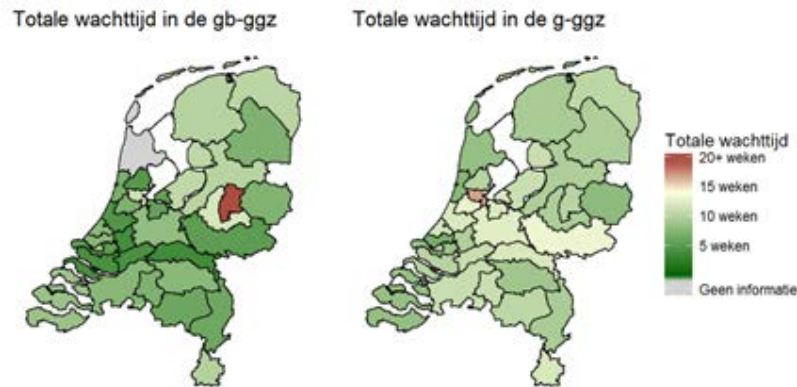
2

3



In de figuren 4 en 5 staan de gemiddelde totale wachttijden in de gb-ggz en g-ggz per zorgkantoorregio (geen rekening houdend met patiënten aantallen). De kleuren in de legenda geven de totale wachttijden in weken aan. Net als in maart zien we veel regionale verschillen in de wachttijden voor de gb-ggz en g-ggz.

**Figuur 4 en 5: Gemiddelde totale wachttijden gb-ggz en g-ggz per regio (ongewogen)**



Figuur 4 laat zien dat in de gb-ggz patiënten in zorgkantoorregio Midden-IJssel het langst moeten wachten met 22 weken wachttijd. Dit was 12 weken in maart. De gb-ggz patiënten in de zorgkantoorregio Nijmegen hebben gemiddeld de kortste wachttijd met 3,5 week. Dit was in maart 2 weken. Voor de g-ggz (figuur 5) ligt de gemiddelde wachttijd in zorgkantoorregio Amsterdam het hoogst met 16,5 weken. Dit was 22 weken in maart. De patiënten die g-ggz nodig hebben in de regio Delft-Westland-Oostland hebben de kortste wachttijd met 6,5 week. Dit was 6 weken in maart.

Kortom, de wachttijden lijken onveranderd hoog en zijn in sommige regio's gestegen.



\*

1

2

3



## 3. Wachttijden in de ggz: van activiteiten naar resultaten

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de activiteiten die voortkomen uit de landelijke afspraken en het actieplan van de NZa om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Het rapport is opgebouwd rond de thema's van de landelijke afspraken: verbeteren regionale en lokale ketensamenwerking; versterken informatiepositie van de patiënt en de transparantie vergroten; verbetering contractering, inkoop en bekostiging; en tegengaan tekorten op de arbeidsmarkt.

### Verbeteren regionale en lokale ketensamenwerking

Veel van de oplossingen voor de wachttijden zijn te vinden in regionale en lokale ketensamenwerking. Op dit moment zijn regionale taskforces actief in **Noord- en Midden Limburg, Zuid-Limburg, Utrecht, Zuid-Holland-Noord, Friesland, Groningen, West-Brabant** en **Midden-Brabant**. Zij dekken 8 van de 32 zorgkantorregio's. KPMG begeleidt deze taskforces, en doet een quickscan naar het uitbreiden van de taskforces naar de overige 24 zorgkantorregio's.

De taskforces hebben hun eigen agenda bepaald op basis van de grootste problemen in de regio. In december is afgesproken dat de taskforces zich onder andere zouden richten op specifieke doelgroepen (mensen met een diagnose autisme, persoonlijkheidsstoornis, trauma of licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek en de doelgroepen 18-/18+). Niet alle regionale taskforces zijn met deze doelgroepen aan de slag gegaan. Dit kan komen doordat er binnen de taskforce prioriteit is gegeven aan andere thema's. GGZ Nederland meldt dat op lokaal of regionaal niveau de aandacht vaak eerst is gegaan naar het in kaart brengen van de wachttijdenproblematiek, alvorens in te zoomen op specifieke patiëntgroepen. Ook kan het zijn dat er aan bepaalde onderdelen/afspraken prioriteit is gegeven, waardoor niet alle landelijke afspraken zijn opgepakt binnen de taskforces.

Het is nog onduidelijk wat de effecten zijn van de inspanningen van de regionale taskforces op de wachttijden. Binnen de regio's is er in sommige gevallen veel tijd besteed aan de probleemanalyse en het plan van aanpak. KPMG meldt dat er in alle taskforces concrete oplossingen zijn bedacht voor de gekozen thema's. De stap naar het



\*

1

2

3



oplossen van de regionale knelpunten moet echter veelal nog gebeuren. Dit kost tijd.

Uit het veld horen we hier de volgende redenen voor. Het is bijvoorbeeld lastig om de juiste mensen aan tafel te krijgen, elkaar goed te begrijpen omdat er verschillende perspectieven zijn, en het sterk genoeg laten klinken van het perspectief van de patiënt. Ook is de problematiek complex en zijn oplossingen niet altijd eenduidig.

Daarnaast is het niet altijd gemakkelijk om direct door te pakken door de veelheid van betrokken partijen en belangen of omdat er zaken nog overlegd moeten worden met andere partijen die niet direct betrokken zijn. Het is van belang dat er doorzettingsmacht wordt georganiseerd als er sprake is van complexe uitdagingen in de regio waar uiteenlopende belangen spelen.

Voortzetting van de regionale taskforces is essentieel zodat er doorgepakt kan worden op de problematiek. Er is initiatief, betrokkenheid, regie en mandaat nodig om oplossingen te vinden en te implementeren. De regionale taskforces moeten nu op eigen kracht verder want de begeleiding van KPMG is afgelopen. Zij hebben de taskfoces begeleid in de overgang naar zelfstandigheid.

In de bijlage is een overzicht te vinden van de knelpunten zoals besproken in de regionale taskforces. In dit rapport noemen we alleen voorbeelden uit de regionale taskforces die betrekking hebben op de landelijke afspraken.

#### *Regionale aanpak uitbreiden en kennis verspreiden*

In december jl. is afgesproken dat de regionale aanpak verder wordt uitgebreid, waardoor deze een landelijke dekking krijgt. Ook wordt de opgedane kennis verder verspreid.

#### **Aanvullende afspraak**

Uitbreiding regionale aanpak spreiding van kennis.

Aan deze aanvullende afspraak is voldaan. KPMG is bezig met het uitvoeren van een quickscan om de regionale taskforces in de overige regio's uit te rollen. Naar verwachting wordt in 16 nieuwe regio's een regionale taskforce ingesteld of wordt op een andere wijze samengewerkt in de regio om wachttijden terug te dringen. Ook is via het congres en een website kennis verspreid over de regionale aanpak. KPMG heeft een quickscan uitgevoerd in de regio's waar nog geen regionale taskforce actief is. Zij heeft op basis van Vektis-informatie over de wachttijden en interviews met de



\*

1

2

3



grootste zorgaanbieder en zorgverzekeraar in de regio een inventarisatie gemaakt. Op basis van drie criteria heeft KPMG beoordeeld of in een regio een taskforce gestart kan worden. Dit zijn: de huidige wachttijden, lopende activiteiten om de wachttijden te verminderen en urgentiebesef en behoefte. In mei waren 18 van de 23 regio's benaderd. Vier regio's gaan een knelpuntenanalyse uitvoeren. Vijf regio's willen gaan starten als regionale taskforce, maar zijn op zoek naar de juiste vorm van ondersteuning. Bij de overige regio's wordt nog de afweging gemaakt met cliëntvertegenwoordigers of er verdere ondersteuning nodig is.

Op 12 april jl. hebben GGZ Nederland, ZN en MIND het congres 'Meer grip op wachttijden in de GGZ' georganiseerd. Het doel was om ggz-aanbieders, professionals, patiënten(-vertegenwoordigers), zorgverzekeraars, huisartsen en gemeenten handvatten te geven om wachttijden in de ggz te verminderen. Tijdens het congres zijn goede voorbeelden uitgewisseld en is de voortgang van de landelijke afspraken en regionale uitvoering gepresenteerd. Er waren op het congres in totaal ongeveer 200 personen aanwezig.

Alle informatie vanuit het congres is geplaatst op de website ['wegvandewachtlIJst'](#). Via deze website worden ook goede voorbeelden verspreid.

### *Effectieve inzet beschikbare capaciteit*

Er is een tekort aan beschikbare zorg voor patiënten met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. Mogelijk is hier sprake van zorg die niet optimaal wordt georganiseerd binnen de zorgaanbieder. De brancheorganisaties hebben daarom afgesproken dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders er lokaal op korte termijn voor zorgen dat beschikbare ggz-behandelaren op een effectieve manier worden ingezet voor deze doelgroepen.

#### **Landelijke afspraak**

Capaciteit van zorg voor specifieke doelgroepen

In verschillende regionale taskforces is capaciteit van zorg in algemene zin aan de orde geweest, maar was er minder aandacht voor de specifieke doelgroepen. Er zijn nog geen concrete oplossingen in de regio's voor de aanpak van de wachttijden voor deze doelgroepen.

In zeven van de acht taskforces wordt gewerkt aan manieren om de beschikbare capaciteit beter in te zetten, geeft KPMG aan. In zes van deze regio's wordt dit gedaan door de in- en doorstroom te optimaliseren. Binnen deze regio's worden er





\*

1

verschillende doelgroepen als eerste opgepakt, op basis van de lengte van de wachttijden. Met data en inzicht in het zorgaanbod wordt bekeken of de zorg in de regio beter ingericht kan worden. In twee andere regio's werkt men met pilots om de instroom bij ggz-aanbieders te optimaliseren door meer preventie in te zetten en beter aan te sluiten bij de hulpvraag.

2

3

Een knelpunt dat in twee taskforces is benoemd, is dat veel instellingen de afgelopen jaren hebben ingezet op een verregaande specialisatie van behandelaren, waardoor het niet altijd mogelijk is om beschikbare capaciteit flexibel in te zetten. Dit levert problemen op voor hele specifieke doelgroepen, omdat het lastig is om schommelingen in de vraag tussen verschillende doelgroepen op te vangen, meldt KPMG. Ook maakt de verregaande specialisatie het volgens MIND lastig om cliënten te plaatsen, zeker als de zorgvraag complex is.

Aanbieders en verzekeraars sturen nauwelijks op het verminderen van wachttijden voor doelgroepen die het langst moeten wachten, meldt ZN. Er is door zorgverzekeraars en zorgaanbieders wel veel energie gestoken in het ontsluiten van wachttijdgegevens via Vektis, zodat zorgverzekeraars hierover het gesprek kunnen aangaan met aanbieders. In veel van de regionale taskforces

wordt deze informatie gebruikt als één van de criteria bij het kiezen van de doelgroepen.

De LVVP heeft op 12 december, 10 en 22 januari een ledenenquête gehouden die door een zeer groot deel van de leden is ingevuld. Uit deze enquête bleek onder meer dat er nog ongebruikte capaciteit bij vrijgevestigde zorgaanbieders is vanwege de omzetplafonds die zorgverzekeraars met hen afspreken. Wij hebben onderzoek gedaan naar het effect van omzetplafonds bij vrijgevestigden. Zie hiervoor paragraaf 'Ambulante zorg' op pagina 33.

#### *Optimale inzet capaciteit door wegnemen belemmeringen rond regiebehandelaarschap*

Vanuit de regionale taskforces is gebleken dat onduidelijkheid over de regelgeving rond regiebehandelaarschap mogelijk bijdraagt aan te lange wachttijden. Afsproken is dat partijen hun achterban extra informeren over de reeds bestaande ruimte in deze regelgeving, zoals de mogelijkheid om ook verpleegkundig specialisten en klinisch neuropsychologen als regiebehandelaar in te zetten.



\*

1

### Aanvullende afspraak

Wegnemen belemmeringen rond regiebehandelaarschap.

2

3

ZN, GGZ Nederland, MIND, NZa en VWS hebben op 20 februari overleg gevoerd over het regiebehandelaarschap en afgesproken hoe zij de onduidelijkheden daarover kunnen wegnemen. Tevens is gesproken over de inzet van beroepen die niet voorkomen op de beroepentabel, zoals ervaringsdeskundigen.

### *Juiste integrale zorg*

In de landelijke afspraken ggz staat dat partijen ervoor zorgen dat patiënten tijdig de juiste integrale zorg van de juiste behandelaar krijgen. De zorg wordt tijdig beoordeeld, opgeschaald, afgeschaald, beëindigd of overgedragen aan de gemeente. Bijvoorbeeld wanneer het gaat om beschermd of begeleid wonen. Er moeten ook goede afspraken worden gemaakt over welke activiteiten onder gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen (Wmo) en welke onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars (Zvw).

### Landelijke afspraak

Ggz-cliënten krijgen tijdig de juiste integrale zorg van de juiste behandelaar.

Dit onderwerp is in veel regionale taskforces aan de orde geweest. De meeste taskforces hebben hun knelpuntanalyse uitgevoerd aan de hand van de in-, door-, en uitstroom van patiënten. Er zijn concrete oplossingen bedacht en in sommige gevallen worden deze uitgewerkt. Er is aangegeven dat de uitwerking tijd kost.

In de regionale taskforces is een tekortschietende organisatie van capaciteit in de regio genoemd als knelpunt voor de wachttijden. De in-, door- en uitstroom van patiënten binnen de ggz-aanbieders laat ruimte zien voor verbetering. Regio **Midden-Brabant** heeft onderzocht dat de organisatie van de zorg voordat iemand in de ggz belandt onvoldoende is. Mogelijkheden zoals vroegsignalering en preventie kunnen beter benut worden. In de regio **Utrecht** is gebleken dat door onvoldoende functioneren van schakels in de keten patiënten niet altijd op de goede plek terecht komen. Hierdoor wordt beschikbare capaciteit niet altijd goed benut. **Utrecht** is gestart met een verdiepend onderzoek om inzicht te verkrijgen en verbeterpunten te



\*

1

formuleren voor de in- en uitstroom van zorg voor persoonlijkheidsstoornissen

2

In regio **Zuid-Holland-Noord** is er sprake van suboptimale door- en uitstroom van patiënten. Na een verdiepende analyse (patient journey) wordt onderzocht welke verbeteringen mogelijk zijn. Deze regio kijkt gericht naar depressie en persoonlijkheidsstoornissen.

3

In de vorige rapportage vermeldden we dat er een werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf ontwikkeld is door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en gemeenten. Deze werkwijzer verduidelijkt de afbakening tussen het gemeentelijk domein en de Zvw. Ook geeft het handvatten voor een vloeiende overgang tussen beide domeinen. De verwachting is dat de werkwijzer in juli gereed is.

Daarnaast is tussen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten en ZN op bestuurlijk niveau de afspraak gemaakt dat gemeenten maximaal zes maanden verblijf met rechtvaardigingsgrond zullen vergoeden nadat het medisch noodzakelijk verblijf beëindigd is.

#### *Specifieke aandacht voor 18-/18+*

Er is ook specifieke aandacht nodig voor de cliëntgroep in de leeftijd 18-/18+. De overheveling van de jeugd-ggz van de

Zvw naar de Jeugdwet heeft een wettelijke knip tussen psychische zorg voor jeugdigen en volwassenen gecreëerd. Het is wenselijk dat er gestreefd wordt naar continuïteit in de behandeling. Ruim voor het bereiken van de 18-jarige leeftijd moet duidelijk zijn waar de cliënt terecht kan. Het is in eerste instantie aan de zorgaanbieder/behandelaar om de jeugdige goed voor te bereiden op de overgang naar volwassenheid. Het is aan gemeenten en verzekeraars om goede afspraken te maken zodat het zorgaanbod goed aansluit.

#### **Landelijke afspraak**

Specifieke aandacht voor cliënten met de leeftijd 18-/18+.

Ten aanzien van deze afspraak is op landelijk niveau actie ondernomen door VWS. Vanuit de landelijke partijen worden verkennende gesprekken gevoerd. Dit onderwerp is in alle regionale taskforces besproken, maar alleen **West-Brabant** en **Utrecht** zijn hiermee aan de slag.

Op de Jongvolwassenentop van 27 november 2017 hebben bestuurders in alle betrokken sectoren een manifest 'Samen slim en slagvaardig kansen creëren voor minder zelfredzame jongeren' omarmd met een regionale en landelijke aanpak.







\*

1

2

3



De ambitie is om jongeren van 16–27 jaar op een integrale manier (wonen, werk en inkomen, veiligheid, zorg) te ondersteunen op weg naar volwassenheid (soepele overgang 18–/18+). De aanpak van het manifest is ook geborgd in het Interbestuurlijk Programma (IBP). Vervolgens heeft VWS dit voor het eigen domein naar het [actieprogramma Zorg voor de Jeugd](#) vertaald, dat op 16 april jl. is gelanceerd.

Onderdeel van het actieprogramma is de continuïteit van behandelingen voor jongvolwassenen. Er worden acties ingezet om ervoor te zorgen dat jongeren, wanneer zij dit willen en het vanuit oogpunt van de behandeling wenselijk is, kunnen blijven bij hun vertrouwde ggz-hulpverlener. Een van de acties is dat het Rijk jeugdhulpprofessionals ondersteunt bij de ontwikkeling van een richtlijn voor een goede tijdige voorbereiding van jongeren via een integraal toekomstplan. Wachtlijsten mogen geen onnodige belemmering zijn bij de voortzetting van een behandeling. Hiertoe wil VWS op landelijk en regionaal niveau afspraken maken met zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders over een soepele overgang van jeugd naar volwassen ggz. Deze afspraken bevinden zich nog in de verkenningsfase.

Het onderwerp aandacht voor 18–/18+ is bij een aantal taskforces specifiek benoemd, maar in de uitwerking van de acties zijn er geen directe acties geformuleerd. Wel wordt er in de regio's **West-Brabant** en **Utrecht** binnen de analyse van het instroom- en doorstroomproces gekeken in hoeverre er sprake is van 18–/18+ vraagstukken. Het onderwerp was wel een afspraak vanuit het Bestuurlijk Overleg. De afspraak is echter niet goed doorgezet naar de taskforces en als gevolg daarvan onvoldoende opgepakt.

### **Informatiepositie van de cliënt versterken en de transparantie vergroten**

Er zijn landelijke afspraken gemaakt over de publicatie van wachttijden en de wachttijdbemiddeling. De NZa vindt het, net als de andere partijen, van belang dat de informatiepositie van de patiënt wordt versterkt op het gebied van wachttijdbemiddeling door de zorgverzekeraar en dat duidelijk is wat de wachttijden zijn. Wij sturen hier dan ook actief op door middel van ons toezicht en met behulp van onze regelgeving.

Het aantal wachttijdbemiddelingen bij zorgverzekeraars is gestegen sinds de landelijke afspraken zijn gemaakt. De bekendheid van bemiddeling door de zorgverzekeraar kan nog altijd beter.





\*

1

2

3



### *Transparantie in de wachttijden*

Aanbieders van ggz moeten hun wachttijden vermelden op hun website. Sinds 1 januari 2018 moeten aanbieders hun wachttijden ook aanleveren bij Vektis. Met behulp van deze gegevens kunnen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, de NZa en op termijn ook de patiënt met behulp van de keuzewebsite van ZN, GGZ Nederland en MIND inzicht krijgen in de wachttijden per aanbieder in de ggz. Maandelijks moeten zorgaanbieders hun wachttijden via het webportaal van Vektis indienen.

#### **Landelijke afspraak**

Zorgaanbieders publiceren wachttijden.

In januari leverde 42% van de instellingen aan en dit is inmiddels gestegen naar 66% van de instellingen in juni. Van de vrijgevestigde ggz-aanbieders leverde 60% in januari de wachttijden aan en 71% in juni.

Hoewel het aantal instellingen en vrijgevestigde ggz-aanbieders dat aanlevert stijgt, zijn de aangeleverde wachttijden nog niet volledig. Daarbij blijken de aangeleverde wachttijden ook regelmatig onjuist. Wij ondernemen verschillende acties om het aantal aanbieders dat aanlevert te laten stijgen.

Wij hebben via nieuwsberichten, nieuwsbrieven en mondelinge communicatie de branchepartijen, zorgverzekeraars en patiënten geïnformeerd dat ggz-aanbieders hun wachttijden moeten aanleveren. Daarnaast hebben we een brief gestuurd naar alle aanbieders van ggz over de nieuwe rekenmethodiek en de nieuwe aanleverplicht bij Vektis. Ook hebben wij een enquête gehouden onder aanbieders om inzicht te krijgen welke barrières zij ervaren om de wachttijden aan te leveren. Een daarvan was 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 van ZN, GGZ Nederland en MIND voor de ggz klaar is. Naar verwachting is dit in oktober of november. Daarnaast hebben we contact gehad met 70 grote instellingen over de aanlevering. Naar aanleiding hiervan en onze enquête is er een informatiekaart opgesteld om alle aanbieders te helpen om hun wachttijden op de juiste manier te berekenen, aan te leveren bij Vektis en te publiceren op de website.

Begin juni is een brief gestuurd naar alle aanbieders die de wachttijdinformatie in mei niet hadden aangeleverd. Wij zullen in het vervolgtraject passende maatregelen nemen richting aanbieders als de wachttijden niet worden aangeleverd, waaronder het opleggen van een aanwijzing.





\*

1

2

3



### *Wachttijstbemiddeling*

Zorgverzekeraars moeten zorgen dat hun verzekerden tijdig passende zorg krijgen of een vergoeding krijgen daarvoor. Een onderdeel van de zorgplicht is bemiddeling. Dat betekent dat zij verzekerden die te lang op ggz wachten, moeten bemiddelen naar een aanbieder die wel plaats heeft. Ook zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om cliënten die zij zelf niet kunnen behandelen, te begeleiden naar een alternatief aanbod.

#### **Landelijke afspraak**

Zorgaanbieders [...] begeleiden cliënten die ze zelf niet kunnen behandelen eventueel via hun zorgverzekeraar, naar een aanbieder.

De NZa heeft in haar regels opgenomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders burgers beter dienen te informeren over zorgbemiddeling. Op basis van de Regeling Informatieverstrekking voor ziektekostenverzekeraars aan consumenten (NR/TH-010) zijn verzekeraars verplicht hun verzekerden te informeren over de mogelijkheid van zorgbemiddeling. Voor ggz-aanbieders hebben we deze verplichtingen vastgelegd in de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz (NR/REG-1824).

De bekendheid van zorgbemiddeling kan beter. Alle betrokken partijen besteden hier aandacht aan en roepen leden op hier wat aan te doen. Bijvoorbeeld door te wijzen op wachtlijstbemiddeling, maar bijvoorbeeld ook door het oproepen tot samenwerking met collega's en het attenderen van leden op de toolkit van ['wegvandewachtlijst'](#). ZN en LHV zijn in overleg over de verspreiding van de campagnematerialen in de wachtkamer van huisartsenpraktijken. De LHV heeft er voor gekozen haar leden er op te wijzen dat dat de mogelijkheid bestaat om deze campagnematerialen te bestellen, in plaats van deze actief te versturen. Het campagnemateriaal 'wegvandewachtlijst' is 400 keer aangevraagd waarvan slechts 70 keer door huisartsenpraktijken. Dit draagt weinig bij aan de landelijke bekendheid van zorgbemiddeling.

KPMG geeft aan dat het begeleiden van cliënten die de aanbieder niet zelf kan behandelen naar een andere aanbieder, onderdeel uitmaakt van de acties die de regionale taskforces hebben ingezet omtrent het optimaliseren van de in- en doorstroom.

GGZ Nederland en ZN geven aan dat het aantal zorgbemiddelingen vorig jaar ongeveer verdubbeld is naar enkele duizenden. ZN zal de komende periode op verschillende manieren aandacht blijven vragen voor deze rol van de zorgverzekeraar. MIND heeft tijdelijk extra





\*

1

capaciteit ingezet om mensen die bij het Nationaal Zorgnummer een melding doen over wachttijden of slechte toegang bij complexe zorgvragen te ondersteunen. MIND helpt mensen daarbij vooral om bemiddeling aan te vragen bij de zorgverzekeraar of – als dat niet helpt – een melding te doen bij de NZa.

2

Wij zijn in gesprek met onder andere MIND, GGZ Nederland, ZN en VWS om de bestaande initiatieven verder te kunnen brengen. Onderdeel hiervan is om de website ‘wegvandewachtlijst’ breder in te zetten dan alleen voor de ggz.

3

#### *Actualiseren wachtlijsten per instelling*

In de praktijk blijkt dat er soms mensen op de wachtlijst staan die al elders geholpen worden of die via hun zorgverzekeraar naar een andere zorgaanbieder bemiddeld kunnen worden waardoor ze sneller de juiste zorg krijgen.

#### **Aanvullende afspraak**

Wachtlijsten actueel houden.

Afgesproken is dat brancheverenigingen en zorgaanbieders de achterban oproepen om, voor zover dit nog geen praktijk is, wachtlijsten actueel te houden door wachtenden te

benaderen en hen actief te informeren over de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. Dit doen zij in nauwe afstemming met zorgverzekeraars en MIND. Partijen hebben toegezegd dat de wachtlijsten voor 1 februari 2018 geactualiseerd zijn.

De reacties van de regionale taskforces wijzen erop dat instellingen de wachtlijsten actualiseren. Met een actuele wachtlijst wordt het ook inzichtelijk of mensen op de wachtlijst mogelijk extra hulp nodig hebben. GGZ Nederland heeft haar achterban op diverse manieren opgeroepen om de wachtlijsten (voor zover nog niet gebeurd) te actualiseren en actueel te houden. GGZ Nederland is niet bij de gehele achterban nagegaan of en hoe dit gebeurd is, maar heeft wel enkele voorbeelden ter illustratie verzameld en gedeeld.

Van belang is dat er actief gestuurd wordt op actuele wachtlijsten. Een taak ligt hier bij partijen als GGZ Nederland en de regionale taskforces om dit ook actief onder de aandacht te brengen en hierop te sturen.

#### *Actieplan NZa: Meldactie*

Mensen melden nog steeds bij ons meldpunt als zij te maken krijgen met een te lange wachttijd in de ggz. In het voorjaar van 2017 heeft daarvoor een meldactie gelopen. We hebben geen hernieuwde oproep gedaan om te melden en het aantal meldingen is dan ook afgenomen. Mensen die te





\*

1

maken krijgen met de lange wachttijden kunnen dit het gehele jaar door bij de NZa te melden. In de periode januari tot mei 2018 kwamen 20 meldingen binnen. Als melders hier toestemming voor gaven is contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Er is besproken wat een zorgverzekeraar al gedaan heeft en welke mogelijkheden er nog liggen voor een melder.

2

3

### Verbetering contractering, inkoop en bekostiging

In de landelijke afspraken is geconstateerd dat specifieke aandacht nodig is voor:

- De acute ggz: De kwaliteit, beschikbaarheid en samenwerking binnen de keten van acute ggz is nog niet optimaal. Dit geldt zowel voor de zorg overdag als tijdens de avond-, nacht- en weekenduren.
- De beveiligde ggz: In het eindrapport van het programma Continuïteit van zorg is geconstateerd dat er onvoldoende beveiligde plaatsen zijn voor mensen zonder strafrechtelijke titel. In de contractering is er onvoldoende aandacht voor deze mensen.
- De ambulante zorg: De afgelopen jaren is door partijen gewerkt aan het afbouwen van de klinische behandelcapaciteit. Hierdoor krijgt de patiënt de zorg meer in de eigen omgeving (ambulante zorg) en kan daardoor blijven deelnemen in de maatschappij. Het is daarbij belangrijk dat de opbouw van het ambulante

zorgaanbod gelijk op gaat met de afbouw van de klinische capaciteit.

We zien dat op het gebied van de acute en beveiligde zorg met alle partijen goede afspraken zijn gemaakt zodat de problemen naar verwachting worden opgelost. Helaas is dit voor de ambulantisering nog niet het geval: daar blijft de gewenste opbouw nog steeds achter.

Daarnaast spelen er nog andere onderwerpen rond de contractering. Een aantal concrete issues, zoals afspraken over het verkorten van lichte behandeltrajecten, de focus op bepaalde patiëntgroepen waar de wachttijden het langste zijn en het informeren van zorgverzekeraars over wachttijden, zouden meegenomen kunnen worden in de contracteringsgesprekken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Voor deze onderwerpen is weliswaar steeds meer aandacht, maar in de praktijk zijn de afspraken en/of daadwerkelijke activiteiten op deze gebieden nog beperkt. Vooral ggz-aanbieders moeten hun rol meer pakken in deze afspraken.

Tot slot hebben wij een aantal acties ondernomen rond contractering: het onderzoek naar de invloed van omzetplafonds bij vrijgevestigden op de wachttijden en de verzameling en uitwerking van *best practices* (zie bijlagen).





\*

1

2

3



### *Verkorten lichte behandeltrajecten*

Als de zorg is gestart, zijn er verschillen in de kosten en de duur van de behandeling zichtbaar tussen regio's en instellingen. Sommige behandelaren en instellingen hebben veel langere behandeltrajecten en minder 'lichte' patiënten dan gemiddeld. Dit kan leiden tot wachttijden omdat er dan weinig ruimte beschikbaar is voor nieuwe instroom. Het is niet altijd duidelijk wat de oorzaak van deze verschillen is. Daarom moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de contractering concrete afspraken maken over het verkorten van behandeltrajecten van met name 'lichtere' patiëntgroepen.

Naast de afspraken die in gezamenlijkheid gemaakt (kunnen) worden, is het ook aan aanbieders om autonoom te sturen op de optimale benutting van de beschikbare capaciteit en daarmee bij te dragen aan de verkorting van wachttijden. Dit mag uiteraard niet ten koste gaan van de kwaliteit van de geboden zorg. De vrijgespeelde capaciteit kan worden ingezet voor het wegwerken van wachttijden bij de 'zwaardere' patiëntgroepen. Het is dus belangrijk om, waar dat mogelijk is, te sturen op tijdige afronding van behandelingen.

### **Landelijke afspraak**

Er worden concrete afspraken gemaakt over het verkorten van behandeltrajecten bij met name 'lichte' cliëntgroepen.

Op basis van de ontvangen informatie concluderen wij dat er weinig concrete acties ondernomen zijn op dit onderdeel. Wij zien voor deze afspraak de implementatie vooral liggen bij de ggz-aanbieders en de beroepsgroep. De afspraken zijn op dit punt onvoldoende uitgevoerd. Zowel bij branchepartijen als in de regionale taskforces is dit onderwerp niet uitgebreid aan bod gekomen.

In de terugkoppeling van partijen over de afgelopen periode geeft GGZ Nederland aan dat ze niet op de hoogte is van de individuele contractafspraken over dit onderwerp tussen zorgverzekeraars en aanbieders en hier dus geen informatie over hebben. Gezien het feit dat acties op dit onderdeel vooral liggen bij zorgaanbieders is het teleurstellend dat we geen informatie hebben over mogelijke ontwikkelingen op dit gebied.

ZN bespreekt de voortgang op de afspraken met zijn leden. In hun commissie GGZ, bestaand uit zorginkopers van alle zorgverzekeraars staat dit op de reguliere agenda. Deze commissie komt elke 4-6 weken bij elkaar.



\*

1

2

3



In de voortgangsrapportage schreven we eerder dat er is afgesproken dit in lokaal overleg op te pakken. KPMG geeft aan dat concrete afspraken en acties rondom het verkorten van lichte behandeltrajecten niet ter sprake zijn gekomen in de regionale taskforces, maar het kan wel ter sprake zijn gekomen onder de uitwerking van andere activiteiten, zoals het verbeteren van regionale en lokale ketensamenwerking. Zie voor hiervoor paragraaf 'Effectieve inzet beschikbare capaciteit' op pagina 19.

#### *Zorgaanbieders informeren zorgverzekeraars tijdig over lange wachttijden*

Afgesproken is dat zorgaanbieders zich tijdig melden bij zorgverzekeraars en gemeenten als er lange wachttijden dreigen te ontstaan. Zorgverzekeraars en gemeenten kunnen er dan voor zorgen dat mensen zo snel mogelijk bij een juiste aanbieder terecht kunnen.

#### **Landelijke afspraak**

Zorgaanbieders informeren zorgverzekeraars tijdig over lange wachttijden.

Er wordt weliswaar wel al vanuit verschillende hoeken aandacht besteed aan tijdige melding van overschrijding van treeknormen door zorgaanbieders, maar ons beeld is dat dit

de praktijk nog onvoldoende gebeurt. We concluderen daarom dat deze afspraak maar deels is nagekomen. Deze actie moet worden opgepakt door de zorgaanbieders.

Zowel GGZ Nederland als de LVVP geven aan dat zij hun leden (zorgaanbieders) erop attenderen zich tijdig te melden bij de zorgverzekeraars op het moment dat hun wachttijden de Treeknorm dreigen te overschrijden. Dit heeft GGZ Nederland gedaan door dit te benoemen in schriftelijke weekupdates en mailwisselingen en daarnaast door middel van mondelinge informatie tijdens de bijeenkomst zorgverkoopnetwerk. ZN geeft daarentegen aan dat het beeld is dat aanbieders zich nog weinig melden als lange wachttijden dreigen te ontstaan.

Wij hebben met alle zorgverzekeraars gesproken tijdens controlebezoeken. Hieruit bleek dat zorgverzekeraars in hun processen steeds meer aandacht besteden aan afspraken met zorgaanbieders over het tijdig melden van te lange wachttijden. Zo is er bij enkele verzekeraars een verplichting opgenomen in de contracten met zorgaanbieders, waarin staat dat zorgaanbieders het moeten melden bij de zorgverzekeraar op het moment dat de treeknorm wordt overschreden.







\*

1

2

3



### *Aandacht voor patiëntengroepen met langste wachttijden*

Er is een tekort aan behandelcapaciteit voor cliënten met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. De aanpak van deze doelgroepen heeft prioriteit.

#### **Landelijke afspraak**

Partijen richten zich bij voorrang op de aanpak van wachttijden bij mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperkingen.

In verschillende regio's wordt gekeken naar de wachttijden per doelgroep bij de keuze voor doelgroepen om mee aan de slag te gaan. De wachttijdgegevens zijn sinds december verbeterd waardoor het mogelijk was om op basis hiervan de doelgroepen met de langste wachttijden te selecteren om mee aan de slag te gaan in de betreffende regio.

Naast de activiteiten in de regionale taskforces, heeft advies- en onderzoeksbureau Significant de opdracht gekregen om een onderzoek te doen naar een -beperkt-aantal casussen van mensen die zeer lang hebben gewacht op geestelijke gezondheidszorg. Significant reconstrueert 12

casussen samen met de betrokkenen. Het betreft met name casussen met een inhoudelijk complexe zorgvraag en veel betrokken zorg- en hulpverleners (15-18 personen). Daarbij hebben ze zich gericht op patronen die wel of niet bijdragen aan het organiseren en leveren van passende zorg binnen de treeknorm.

In de eindrapportage van dit onderzoek komt naar voren hoe de stap gemaakt kan worden van inzicht in onderliggende problematiek naar meer regie en doorzettingsmacht. Daarnaast organiseert Significant in juli een bijeenkomst met VWS, Mind, GGZ Nederland en ZN om samen de bevindingen te bespreken en te kijken wat helpende interventies kunnen zijn. De resultaten volgen snel.

Ondanks de inspanningen in bepaalde regio's en het feit dat dat deze focus bij de wachttijdenaanpak meerdere malen is aangekaart, lijkt er nog niet veel te zijn bereikt. Van de ggz-aanbieders hebben we geen informatie gekregen over activiteiten op dit gebied.

#### *Organiseren regionale kennisuitwisseling tussen zorginkopers en zorgverkopers*

Er is geconcludeerd dat regionale kennisuitwisseling niet vaak genoeg onderdeel is van de contracteringsgesprekken. Daarom is afgesproken om regionale kennisuitwisseling tussen zorginkopers en zorgverkopers te organiseren.



\*

1

2

3



### Aanvullende afspraak

Organiseren van regionale kennisuitwisseling tussen zorginkopers en zorgverkopers.

Er is aangegeven dat er weinig actie is ondernomen op dit onderdeel, mede doordat de afspraak niet duidelijk was. ZN gaf aan dat ze dachten dat deze afspraak in het kader van beveiligde ggz gemaakt was, omdat op dat onderwerp vooruitgang geboekt is hebben zij geen vervolg meer gegeven aan deze afspraak.

### *Inzicht geven in contracteringsafspraken 2018 voor ambulante, beveiligde en acute ggz*

Een aanvullende afspraak is om meer inzicht te geven in de contracteringsafspraken 2018 voor ambulante, beveiligde en acute ggz.

### Aanvullende afspraak

Inzicht in contracteringsafspraken.

Uit de cijfers voor 2018 blijkt dat door zorgverzekeraars in 2018, ten opzichte van 2017, voor € 109 miljoen extra gecontracteerd is in de ggz. Uit de cijfers blijkt niet waar

deze extra middelen aan worden besteed. Het is niet duidelijk om welke doelgroepen het gaat, of er echt meer zorg is ingekocht, of dat de extra middelen zijn ingezet als inflatiecorrectie en of het om ambulante of juist intramurale zorg gaat. Zorgverzekeraars geven aan dat het grotendeels volumeverruiming betreft, beschikbaar om wachttijden te kunnen wegwerken.

### *Inrichting acute ggz*

De acute ggz heeft raakvlakken met de lange wachttijden die in de ggz voorkomen. Als mensen onvoldoende of niet op tijd zorg ontvangen, kan dit een toename in het aantal crises tot gevolg hebben. Ook kan het voorkomen dat de doorstroom vanuit de acute ggz naar bijvoorbeeld de ambulante of klinische zorg stagneert. Het is dus van groot belang dat alle schakels in de ggz-keten goed op elkaar zijn aangesloten.

### Landelijke afspraak

Zorgaanbieders doen concrete voorstellen aan zorgverzekeraars over wat er nodig is om de acute ggz in te richten en zorgverzekeraars bekostigen vervolgens goede voorstellen.



\*

1

2

3



De landelijke afspraak over de inrichting van de acute ggz en het implementeren van goede voorstellen bleek in de praktijk moeilijk uitvoerbaar. Men wachtte op de nieuwe bekostiging. Met de nieuwe bekostiging zijn de randvoorwaarden gecreëerd zodat voldaan kan worden aan de toegankelijkheidsnorm uit de generieke module. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten er samen uit komen.

Wij hebben VWS in februari jl. geadviseerd over een nieuwe bekostiging (in representatie) die de implementatie van de generieke module Acute psychiatrie ondersteunt. De staatssecretaris van VWS heeft dit advies overgenomen en op 26 april jl. is de aanwijzing (kenmerk 1309558-174210-CZ) gestuurd met het oog op inwerkingtreding van deze nieuwe bekostiging met ingang van 1 januari 2019. MIND geeft aan dat zij samen met ZN en GGZ Nederland optrekken rond de bekostiging van de acute ggz. Er komt per 2019 nieuwe bekostiging voor de acute ggz met de voorwaarde dat de generieke module wordt opgenomen in het kwaliteitsregister en dat er regionale ketenafspraken worden gemaakt.

Over de bekostiging van concrete voorstellen hebben wij geen informatie gehad. Partijen hebben gewacht op de nieuwe bekostiging van de acute ggz.

### *Beveiligde ggz voor cliënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen*

Voor beveiligde ggz geldt enerzijds dat het soms lang duurt voordat mensen de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Anderzijds kunnen lange wachttijden leiden tot een verergering van de problematiek. Daarnaast is het voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet inzichtelijk hoeveel behoefte er is aan beveiligde ggz, waardoor de beschikbaarheid van beveiligde ggz onder druk staat.

#### **Landelijke afspraak**

Inkoop van beveiligde ggz voor cliënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen wordt direct verhoogd.

Er zijn de afgelopen periode goede afspraken gemaakt over de beveiligde ggz voor zowel de korte als de lange termijn zodat het probleem wordt opgelost.

In april 2018 hebben ZN en GGZ Nederland een brief gestuurd aan hun leden over beveiligde ggz. Hierin zijn de korte-termijnafspraken opgenomen die zijn gemaakt in aanloop naar de implementatie van de ketenveldnorm voor beveiligde ggz. Dit om de beschikbaarheid van beveiligde zorg te garanderen. Het gaat om ambulante en klinische



1

zorg voor patiënten met een civielrechtelijke titel onder de Zvw.

2

De afspraken gaan over het voldoende contracteren van beveiligde zorg in 2018 en 2019. Zorgverzekeraars hebben vanuit de zorgplicht de verantwoordelijkheid voldoende beveiligde zorg in te kopen vanuit de Zvw. Bestaande afspraken mogen daarbij geen belemmering vormen. Zorgverzekeraars garanderen daarbij de financiële vergoeding van beveiligde zorg, ook als deze gemaakte contractafspraken overschrijden. Zorgaanbieders kunnen zo werken aan de opbouw van beveiligde zorg. Concreet konden zorgaanbieders voor 18 mei 2018 een voorstel indienen voor extra capaciteit bij de grootste zorgverzekeraar in hun regio. Hierdoor wordt het inzichtelijk wat de landelijke behoefte is aan beveiligde zorg. Op basis van deze voorstellen maken zorgverzekeraars keuzes waar extra capaciteit wordt toegekend. Deze capaciteit wordt vervolgens met volgeleid ingekocht door andere zorgverzekeraars. ZN geeft aan dat er aanvragen binnenvallen voor capaciteitsuitbreiding voor de beveiligde ggz. Voor de zomer wordt een uitbreiding in bedden afgesproken.

3

Per 2019 worden er aparte prestaties voor beveiligde ggz ingevoerd. Dit was een wens van GGZ Nederland en ZN. Met deze prestaties kunnen zorgverzekeraars en aanbieders

meer inzicht krijgen in de grootte van de doelgroep en aparte afspraken maken in de contractering.

De ketenveldnorm beveiligde ggz en levensloopfunctie wordt in juni gepubliceerd. Een eerste werkversie wordt aangeboden aan de opdrachtgevers (Justitie en Veiligheid en VWS) en aan het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz om deze versie door te ontwikkelen tot een generieke module. De veldnorm zal in 2020 in werking treden. In de tussentijd worden pilots uitgevoerd met de ketenveldnorm.

#### *Ambulante zorg*

Nu de klinische capaciteit in de ggz afgebouwd wordt, is het van groot belang dat ambulante zorg evenredig en met grote snelheid wordt opgebouwd. Als de opbouw van ambulante zorg achterblijft, kan dit leiden tot wachttijden. De landelijke afspraak is gemaakt om de opbouw van het ambulante zorgaanbod te verbeteren.

#### **Landelijke afspraak**

Zorgaanbieders stellen concrete en integrale plannen op voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod.

Het monitoren van deze afspraak is belegd bij het Trimbos Instituut. In de afgelopen periode is door het Trimbos



\*

1

2

3



Instituut onderzoek uitgevoerd naar de opbouw van de ambulante zorg. Het beeld uit het onderzoek van het Trimbos Instituut is eenduidig: de opbouw blijft achter. De afspraak is daarmee niet nagekomen.

Het Trimbos Instituut heeft deze afspraak gemonitord in haar rapport [Opbouw ambulante ggz](#). Ze hebben hiervoor interviews met 27 geïntegreerde zorginstellingen en de vier grootste zorgverzekeraars gehouden. De belangrijkste conclusies uit dit rapport zijn:

- Een minderheid van de geïnterviewde aanbieders – ruim 20% – heeft aanvullende plannen voor ambulante opbouw ingediend. Die plannen zijn gehonoreerd of de besprekingen hierover zijn nog gaande.
- Dat wil niet zeggen dat er verder niet geïnvesteerd wordt in ambulante opbouw. Er zijn ook andere mogelijkheden benut op basis van reeds eerder gemaakte afspraken en/of financierings-/investeringsruimte binnen de algemene afspraken tussen instellingen en zorgverzekeraars.
- De in de brief vermelde 288 miljoen euro uit het makro-kader waaruit eventuele plannen zouden kunnen worden gefinancierd is volgens zorgverzekeraars niet reëel beschikbaar. Dit heeft het maken van aanvullende plannen geremd.
- Een andere rem op aanvullende ambulante opbouwplannen komt voort uit personeelstekorten in de zorg. Extra opbouw zou in de praktijk niet waargemaakt kunnen worden bij gebrek aan geschikt personeel.
- Een meerderheid van de aanbieders vindt in algemene zin (niet specifiek voor de ambulante opbouw) dat de gemaakte afspraken voor 2018 meer perspectief geven voor het bieden van goede zorg. Een minderheid is niet tevreden, bijvoorbeeld omdat zorgverzekeraars meer efficiëntie vragen, waar dat volgens de instelling niet meer mogelijk is.
- De landelijke afspraak speelde al met al een kleine rol in de concrete onderhandelingen tussen aanbieders en zorgverzekeraars. De afspraak maakte wel duidelijk dat overheid en landelijke partners op dit vlak bestuurlijke urgentie ervaren, wat meer in afgeleide zin de onderhandelingen kan hebben beïnvloed.
- De landelijke afspraak betrof alleen de Zvw. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars wijzen erop dat ambulantisering een thema is dat veel verder gaat dan specialistische ambulante behandeling en dus ook bredere oplossingen in de regionale keten (waaronder gemeentelijk gefinancierde zorg en ondersteuning) vergt. Dit proces vergt veel tijd en energie in de onderhandelingen.
- Het is op basis van de interviews niet exact aan te geven hoeveel gelden zijn vrijgemaakt voor extra ambulante



\*

1

2

3



opbouw. We schatten al met al in dat deze specifieke impuls in de contractafspraken in 2018 – bovenop wat al bereikt of in gang gezet was – beperkt is gebleven.

*Actie NZa: onderzoek naar de invloed van omzetplafonds bij vrijgevestigden*

Wij hebben conform de landelijke afspraken in de ggz onderzoek gedaan naar de effecten van omzetplafonds op de behandelcapaciteit van vrijgevestigden.

#### **Landelijke afspraak**

Onderzoek naar omzetplafonds vrijgevestigden.

We verwachten dat op het moment dat door omzetplafonds capaciteit onbenut blijft een afname van productie zichtbaar wordt gedurende het jaar op het moment dat het omzetplafond wordt benaderd. Bij vrijgevestigden is een duidelijke afname te zien van het aantal nieuwe patiënten dat zij maandelijks in behandeling nemen. Het betreft een afname van ruim 7% in de tweede helft van het jaar. Deze daling kan niet eenvoudig aan andere oorzaken gelinkt worden en wijst daarom op een beperkende rol van het omzetplafond.

Wanneer wij deze effecten vertalen naar concrete aantallen patiënten, is onze schatting dat in de tweede helft van het jaar maandelijks ongeveer 263 patiënten extra behandeld kunnen worden door vrijgevestigden indien deze capaciteit vrijgemaakt wordt. Op jaarbasis zou dit betekenen dat de capaciteit van de gehele gespecialiseerde ggz met 0,5% toeneemt.

Hoewel de effecten op macroniveau beperkt zijn, betekent het wel dat er een aantal patiënten onnodig lang wachten. Het is onwenselijk dat zij wachten terwijl er tegelijkertijd capaciteit onbenut blijft. Ons advies is echter niet om omzetplafonds zonder meer te verruimen.

Bij de vraag of verruiming van het omzetplafond van een individuele zorgaanbieder nodig is, gaat het erom dat er extra patiënten geholpen kunnen worden die anders op een wachtlijst zouden staan. Daarnaast moet verruiming alleen mogelijk zijn voor vrijgevestigden die ook daadwerkelijk bereid en in staat zijn extra patiënten te behandelen. Zonder aan deze randvoorwaarde te voldoen is het niet erg aannemelijk dat extra financiële middelen ten goede komen aan de toegankelijkheid van gespecialiseerde ggz.





1

2

3



De aanbevelingen aan zorgverzekeraars uit dit onderzoek zijn als volgt:

- Het is belangrijk dat zorgverzekeraars de capaciteit die beschikbaar is in de ggz ten volle benutten om de wachtlijsten in de ggz weg te werken. Om die reden loont het de moeite om, ondanks de geringe effecten, te bezien of uitbreiding van het omzetplafond tijdens het lopende jaar in specifieke gevallen noodzakelijk is om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren.
- Bij de uitbreiding van een omzetplafond kan het oormerken van (delen van) het budget een middel zijn om ervoor te zorgen dat het toekennen van extra financiële middelen ook daadwerkelijk betekent dat er extra patiënten in behandeling worden genomen uit die groepen patiënten waarvoor de wachttijden het langst zijn.
- Uit de gesprekken met vrijgevestigden blijkt dat het voor hen niet altijd duidelijk is waarom ze een bepaald omzetplafond krijgen. Het is van belang dat zorgverzekeraars hun keuzes kunnen onderbouwen en toelichten en de mogelijkheden voor hogere omzetplafonds bij bijvoorbeeld de diagnoses met de langste wachttijden expliciet benoemen en de randvoorwaarden die ze daarvoor stellen kunnen overbrengen.
- De NZa heeft bij een aantal zorgverzekeraars gegevens uitgevraagd. De vragen hadden betrekking op de

overschrijdingen van omzetplafonds en het aantal verzoeken om omzetplafonds te verhogen. Het viel ons daarbij op dat sommige verzekeraars meer moeite hadden om de vragen te beantwoorden dan anderen. Dit lijkt erop te duiden dat bepaalde informatie (zoals het aantal verzoeken voor verhoging van omzetplafonds) niet standaard wordt geregistreerd. We vragen van zorgverzekeraars een actieve houding bij het terugdringen van de wachttijden. Hierbij past ook dat de zorgverzekeraar actief informatie verzamelt waarmee zij deze taak goed kan uitvoeren. Om wachtenden adequaat te bemiddelen is ook goed inzicht nodig in de beschikbare capaciteit in de regio van de verzekerde.

De aanbevelingen aan vrijgevestigden zijn als volgt:

- Inzicht in de eigen wachttijden en vollopen van het omzetplafond is cruciaal. Zonder dit inzicht wordt het lastig een gesprek aan te gaan met zorgverzekeraars over eventuele uitbreiding. Zorgaanbieders (zowel vrijgevestigden als instellingen) moeten zorgverzekeraars tijdig informeren over het naderen van het omzetplafond om daarmee de kans op een patiëntenstop en belangrijker nog, om de kans op nadelige gevolgen voor de verzekerden van de betreffende verzekeraar te minimaliseren.





\*

1

2

3



- Biedt transparantie en informatie aan patiënten als er sprake is van een wachttijd. Wanneer kan de behandeling wel starten? Zijn er voor zover u weet andere opties voor de patiënt in de regio? Wees ook helder over wat de aanleiding is om iemand (nog) niet te kunnen behandelen: past uw zorgaanbod of behandelmethode niet bij de vraag of speelt het omzetplafond een rol? Verwijs door naar de zorgverzekeraar als het omzetplafond een rol speelt.

#### *Actie NZa: best practices in contractering*

In de eerder gepubliceerde voortgangsrapportage (december 2017) zijn een aantal succesfactoren benoemd voor contractering in de ggz. Deze hebben we in samenwerking met partijen concreter ingevuld om partijen handvatten te geven voor een succesvolle contractonderhandeling met (ook) een focus op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Deze *best practices* hebben we onder de aandacht gebracht van branchepartijen en gepresenteerd in een workshop op het landelijke congres over wachttijden in de ggz. In de bijlage zijn de *best practices* in contractering integraal opgenomen.

#### **Tegengaan tekorten op de arbeidsmarkt**

Eén van de oorzaken van de wachttijden is dat er onvoldoende specifieke behandelcapaciteit is en daardoor onvoldoende zorg op de juiste plek. Dit wordt deels

veroorzaakt door een (toenemend) personeelstekort in de ggz en een krappe arbeidsmarkt. Hierbij geldt wel dat Nederland in internationaal perspectief relatief veel psychiaters en psychologen heeft. Meer psychiaters is niet per definitie de oplossing. Wanneer men het heeft over de krapte op de arbeidsmarkt, zal in dit geval ook altijd gezamenlijk bekeken moeten worden of men de juiste dingen doet. Het is van belang dat iedereen goed wordt ingezet en dat de behandelaren op de juiste plek, daar waar de vraag naar bepaalde zorg is, werkzaam zijn. Zo zijn de uitkomsten voor de patiënt zo goed mogelijk. Ook is leren van elkaar en van *best practices* van belang. GGZ Nederland en ggz-aanbieders zetten ondertussen ook in op andere activiteiten om tekorten op de arbeidsmarkt te bestrijden, namelijk verdere taakherschikking, inzet van nieuwe beroepen en behoud van personeel.

#### *Verruimen opleidingscapaciteit en brede aanpak arbeidsmarkt*

Voor het personeelstekort is afgesproken dat de minister van VWS de opleidingscapaciteit zal verruimen om het tekort aan behandelcapaciteit aan te pakken.





\*

1

### Landelijke afspraak

Verruiming opleidingscapaciteit verschillende beroepsgroepen.

2

De acties op deze landelijke afspraak zijn uitgevoerd. Het zijn lange termijn oplossingen waarvan het effect pas op lange termijn zichtbaar is.

3

Zoals afgesproken heeft VWS de opleidingscapaciteit voor de gz-psychologen, psychotherapeuten, klinisch psychologen en verpleegkundig specialisten in 2018 uitgebreid door het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan te volgen. Voor de psychiater stelt VWS al sinds 2017 aanvullend op het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan tien extra opleidingsplaatsen beschikbaar. Ook in 2019 stelt VWS de opleidingscapaciteit volgens het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan beschikbaar. Voor de verpleegkundig specialist ggz stelt VWS in 2018 en 2019 telkens 102 opleidingsplaatsen beschikbaar, dat zijn 16 plaatsen meer dan het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan.



Uit de cijfers over de (door de Stichting TOP Opleidingsplaatsen) toebedeelde opleidingsplaatsen voor 2018 blijkt dat zorgaanbieders de opleidingscapaciteit hebben uitgebreid. Deze aanvullende plekken worden dus niet door VWS gefinancierd, maar zijn wel beschikbaar. De behoefte aan opleidingsplekken voor gz-psychologen echter, is bijna 50% hoger dan toegekend. Tegelijkertijd worden niet alle door VWS beschikbaar gestelde opleidingsplaatsen voor psychotherapeuten, klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen volledig ingevuld. De onderuitputting voor deze opleidingen bedraagt volgens het verdeelplan voor 2018 in totaal 83 plaatsen.

Om de onderuitputting en de tekorten aan regiebehandelaren aan te pakken heeft VWS besloten om in 2019 het geld dat overblijft door niet ingevulde opleidingsplaatsen van klinisch psychologen, psychotherapeuten en klinisch neuropsychologen aan te wenden voor de opleiding tot gz-psycholoog. Dit resulteert in 150 extra opleidingsplaatsen voor gz-psychologen die in 2019 beschikbaar worden gesteld, bovenop de 610 plekken die al eerder beschikbaar zijn gesteld op basis van het maximum advies van het Capaciteitsorgaan. Om te zorgen dat deze maatregel niet leidt tot verschuiving van private naar publieke financiering maar daadwerkelijk bijdraagt aan het verminderen van het personeelstekort, wordt van





\*

1

opleidende zorginstellingen verwacht dat ze met de extra beschikbare plaatsen ook daadwerkelijk nieuwe opleidingsplaatsen realiseren. Opleidingsinstituten zijn daarnaast van plan om in 2019 gz-psychologen op te leiden via verkorte, gepersonaliseerde trajecten op basis van eerder verworven kennis en competenties. Opleidende zorginstellingen worden opgeroepen om de extra beschikbare plaatsen zoveel mogelijk in te zetten voor dergelijke verkorte opleidingstrajecten, zodat de opgeleide professionals sneller beschikbaar komen op [de arbeidsmarkt](#).

2

3

Het Capaciteitsorgaan is momenteel bezig met een nieuwe raming voor de benodigde opleidingscapaciteit in de ggz vanaf 2020. Hierin wordt nadrukkelijk rekening gehouden met (mogelijke) tekorten aan behandelaren. Deze nieuwe raming zal eind 2018 gepubliceerd worden en voor VWS de basis vormen voor de beschikbaar te stellen opleidingsplaatsen vanaf 2020.

Wij hebben in 2018 onderzoek gedaan naar de kosten van ggz opleidingen. De uitkomst van dit onderzoek is dat vergoedingen voor vervolgoedingen in de ggz omhoog gaan. Het bieden van een kostendekkende vergoeding voor opleidingen kan het interessanter maken voor instellingen om personeel op te leiden. De nieuwe vergoedingsbedragen gaan in per 2020 en dit hangt samen met het

kostenonderzoek in de ggz wat ook per 2020 tot nieuwe tarieven moet leiden.

Naast het verruimen van de opleidingsplekken heeft VWS het actieprogramma 'Werken in de zorg' gelanceerd. De drie hoofdlijnen van dit programma zijn 'Meer kiezen voor de zorg', 'Beter leren in de zorg' en 'Anders werken in de zorg'. Het zwaartepunt van de aanpak ligt in de regio: de regionale actieplannen vormen de basis van de aanpak (Regionale Aanpak Arbeidsmarkt Tekorten). Voor de ggz is dit een belangrijke eerste stap om zicht te krijgen op de aard en de omvang van de arbeidsmarktproblematiek. Ook de volgende raming van het Capaciteitsorgaan, inclusief analyses van de vacatures in de ggz, zal een deel van die vraag beantwoorden. Daarnaast is de staatssecretaris momenteel met de sector in gesprek over bestuurlijke afspraken ggz voor de periode 2019–2022. De arbeidsmarkt is een belangrijk onderdeel van die gesprekken.

Ook voor het tegengaan van de tekorten op de arbeidsmarkt wordt, naast uitbreiding van de opleidingscapaciteit, ingezet op verdere taakherschikking, inzet van nieuwe beroepen en behoud van personeel.

Taakherschikking en inzet van nieuwe beroepen leidt echter soms tot verschuiving van problemen. Deels kan hiermee het tekort aan psychiaters enigszins opgevangen worden, maar





\*

1

2

3



het leidt tot een grotere vraag naar verpleegkundig specialisten en gz-psychologen. Voor de verpleegkundig specialisten is de opleidingscapaciteit uitgebreid, waarmee redelijk tegemoet gekomen wordt aan de opleidingsbehoefte. Voor de gz-psychologen daarentegen is er een enorme discrepantie tussen opleidingsbehoefte en beschikbare opleidingsplaatsen (1200 versus 600). Naast de uitbreiding van de opleidingscapaciteit – is er een grote behoefte aan de inzet van hbo-psychologen. Vanuit de ggz-sector wordt hier de belemmering ervaren dat hbo-psychologen binnen de huidige regelgeving geen declarabele productie kunnen leveren. Verder wordt met universiteiten de mogelijkheid van een driejarige masteropleiding verkend waarin psychologen direct klinische aansluiting bij een wetenschappelijke opleiding krijgen.

Tegengaan van arbeidsmarkttekorten betekent ook investeren in het behouden van personeel. Dit vraagt een veilige werkomgeving, goede werkomstandigheden, aandacht voor ontwikkeling, professionele autonomie en duurzame inzetbaarheid. Concreet ontplooiën ggz-aanbieders en GGZ Nederland hiervoor in samenwerking met het O&O-fonds GGZ diverse activiteiten. Bijvoorbeeld: exploreren van generatiebeleid, checklist gezond roosteren, aanpak voor terugdringen van regel- en werkdruk, vernieuwing van de arbocatalogus, oplevering van een app “Zorg voor minder stress”.



*Beschikbaarheid van behandelaren tijdens ANW-uren*  
Instellingen hebben moeite om voldoende behandelaren voor crisisdiensten en ANW-diensten beschikbaar te hebben. Partijen vinden het wenselijk de mogelijkheid te verkennen om het draaien van deze diensten via de herregistratie van behandelaren te verplichten.

#### **Aanvullende afspraak**

Voldoende beschikbaarheid tijdens ANW-uren.

GGZ Nederland heeft aan de NVvP gevraagd om het werken in ANW-uren als herregistratie-eis van psychiaters op te nemen. De staatssecretaris heeft met de NVvP gesproken over dit onderwerp. Zij zien niets in de verplichting. Wel zal de NVvP met een stuk komen waarin staat wat er van een psychiater verwacht mag worden.

Het is aan partijen om te bepalen of dit noodzakelijk is vanuit het kwaliteitsoogpunt. Vanuit het perspectief van de wachttijden zijn wij voorstander van het opnemen van een herregistratie-eis. We vermoeden dat daarmee de drukte op de crisisdienst meer evenredig wordt gedeeld over de psychiaters. In plaats dat de werkdruk eenzijdig bij een groep wordt neergelegd die daardoor minder ruimte hebben om de patiënten op de wachtlijsten aan te pakken. Bovendien zijn het met name grotere instellingen die



\*

1

crisisdiensten doen en tevens zwaardere patiënten behandelen. Doordat de druk op de crisisdiensten toenemen, komt ook minder tijd beschikbaar voor de zwaardere patiënten binnen die instelling.

2

### **Toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars**

De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Dit houdt in dat iedereen passende en tijdige zorg moet krijgen als zij die nodig hebben. We verwachten veel van zorgaanbieders. Maar ook zorgverzekeraars hebben een duidelijke taak en plicht om te zorgen voor tijdige zorg en een verbetering hierin. Hier sturen wij op.

3

Voor de problematiek van de lange wachttijden in de ggz hebben we de afgelopen jaren op de volgende manieren zorgverzekeraars aangesproken op hun zorgplicht. In 2016 en 2017 hebben we verbeterplannen opgevraagd bij zorgverzekeraars over de acties die zij ondernemen om de wachttijden in de ggz aan te pakken. Ook zijn wij halverwege 2017 in gesprek gegaan met de bestuurders van alle zorgverzekeraars om het besef van urgentie voor dit probleem te vergroten. In februari 2018 hebben we van alle zorgverzekeraars een update ontvangen over de uitvoering van de verbeterplannen. Daarnaast hebben we in mei 2018 intensieve controles uitgevoerd bij alle zorgverzekeraars. Ons toezicht op de zorgplicht in het algemeen en op de

wachttijden in de ggz in het bijzonder is hiermee in de afgelopen jaren fors geïntensiveerd. Al onze acties zijn erop gericht dat zorgverzekeraars zich maximaal inspannen om ervoor te zorgen dat de wachttijden worden verkort. Dit houdt onder andere in dat zij passende afspraken maken met zorgaanbieders, aandacht hebben voor specifieke doelgroepen en hun verzekerden goed naar zorg bemiddelen.

#### *Actie NZa: controlebezoeken bij zorgverzekeraars*

In mei 2018 hebben wij, als onderdeel van ons intensieve toezicht, bij alle zorgverzekeraars een controlebezoek afgelegd van een volledige dag. Het doel hiervan was om te controleren of zorgverzekeraars alles doen wat in hun mogelijkheid ligt om de wachttijden omlaag te krijgen.

De controles bestonden uit verschillende onderdelen. Ten eerste hebben wij gevraagd welke inzichten de zorgverzekeraars hebben rond de wachttijden, hoe zij aan de gegevens komen en hoe zij werken aan meer inzicht en grip op de wachttijden. Vervolgens hebben wij gekeken naar de wijze waarop de zorgverzekeraar de wachttijden bij de zorginkoop betreft. Hiervoor hebben wij medewerkers van zorgverzekeraars geïnterviewd en hebben wij de afspraken met zorgaanbieders met wachttijden opgevraagd. Daarnaast hebben wij gekeken naar de wijze waarop zorgverzekeraars hun verzekerden bemiddelen, hoe zij dit opnemen in hun





\*

1

2

3



administratie, hoe zorgverzekeraars hun bemiddelingsfunctie inrichten, (meer) kenbaar maken en tot welk resultaat dit heeft geleid. We hebben steekproefsgewijs een aantal bemiddelingsverzoeken gecontroleerd en besproken met zorgverzekeraars. Tenslotte is in bredere zin gesproken over de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars, waaronder de wijze waarop zorgverzekeraars de wachttijden en zorgplicht in hun bedrijfsvoering hebben opgenomen.

De uitkomsten van de controlebezoeken worden op dit moment geanalyseerd. Een eerste beeld is dat zorgverzekeraars aandacht hebben voor de wachttijden: op verschillende manieren bespreken zorgverzekeraars de wachttijden met ggz-aanbieders, bemiddelen zorgverzekeraars verzekerden zo veel als mogelijk naar tijdige zorg, en implementeren zorgverzekeraars ieder op een eigen wijze de landelijke afspraken om de wachttijden in de ggz terug te brengen (bijvoorbeeld door actieve deelname aan een regionale taskforce). Ook zien we aspecten die mogelijk beter kunnen zoals het nagaan van de resultaten van de zorgbemiddeling. De uitkomsten van de controles koppelen we in juli terug bij de zorgverzekeraars en op basis van de resultaten nemen wij vervolgstappen.

#### *Actie NZa: analyse inkoopbeleid ggz 2019*

Zorgverzekeraars brengen elk jaar op 1 april hun inkoopbeleid uit per sector. We zijn nagegaan wat hun inkoopbeleid is met het oog op de ggz-wachttijden. Gezien de urgentie verwachten wij op zijn minst specifiek beleid om de wachttijden in de ggz te verminderen. Bij de analyse is gekeken wat iedere zorgverzekeraar specifiek voor de ggz heeft opgenomen over de wachtlijstproblematiek.

Het merendeel van de zorgverzekeraars gaat in op de wachtlijstproblematiek in het inkoopbeleid. Er zijn er echter ook twee zorgverzekeraars die geen enkele verwijzing naar de wachtlijstproblematiek in het inkoopbeleid hebben opgenomen. Elke zorgverzekeraar omschrijft de activiteiten in het inkoopbeleid anders. Een grote zorgverzekeraar ziet het als een kerntaak om de wachttijden terug te brengen en had de meest uitgebreide en concrete oplossingen beschreven, onder andere samenwerking met verschillende stakeholders, actieve deelname aan de regionale taskforces en meerjarenafspraken. De meeste zorgverzekeraars benoemden dat ze samen met aanbieders de wachttijden willen verminderen, bijvoorbeeld door het opvragen van verbeterplannen en het verbeteren van transparantie. Kleine regionale zorgverzekeraars zetten vooral in op voldoende inkoop van zorg en zorgbemiddeling. De bevindingen zijn meegenomen in de controlebezoeken bij verzekeraars.



\*

1

2

3

💡

### Overige activiteiten

Tot slot is er een aantal activiteiten die niet onder één van de thema's vallen. Het betreft de uitbreiding van e-health en de samenwerking met de IGJ. In onderstaande paragrafen worden deze onderdelen uitgewerkt.

#### *Uitbreiding e-health*

In de ggz kan meer gebruik gemaakt worden van de mogelijkheden van e-health. Met e-health toepassingen en informatie-uitwisseling kunnen mensen die op de wachtlijst staan eerder worden geholpen.

#### **Landelijke afspraak**

Stimuleren van e-health.

Met de subsidieregeling zijn eerste stappen gezet om e-health te stimuleren. Er worden kleine stappen gezet door aanbieders en in de regio's. Er ligt hier nog veel potentieel. Er zijn in verschillende regio's initiatieven uitgerold, vaak niet onderdeel van de taskforce. De bal ligt nu bij instellingen en vrijgevestigden om e-health toepassingen (meer) in te gaan zetten.

In februari jl. heeft de staatssecretaris een brief naar de Tweede Kamer gestuurd over het verbeteren van de

digitalisering en e-health. Er is gesproken met onder meer GGZ Nederland, MIND, LVVP en de Patiëntenfederatie. Naar verwachting wordt op 1 juni 2018 de subsidieregeling voor instellingen gepubliceerd, een regeling voor vrijgevestigden zal daarna volgen.

Het kost tijd en geld om nieuwe werkwijzen te implementeren. Met de subsidieregeling worden instellingen (en straks vrijgevestigden) meer in staat gesteld om de zorgverlening daadwerkelijk aan te passen. De regeling zal resultaatsverplichtingen kennen die door een IT-auditor zullen worden getoetst, zodat er in 2020 wel een tastbaar resultaat zal zijn.

GGZ Nederland is nu met een nulmeting onder instellingen gestart en zal tussentijds de voortgang monitoren. De verwachting van GGZ Nederland is dat uiterlijk juni 2020 10%–15% van de ggz patiëntenpopulatie gebruik maakt van e-health.

GGZ Nederland heeft in december 2017 het plan @PATIENT connect gepubliceerd. Dit sluit voor een groot deel aan bij het VIPP-programma (versnelling informatieuitwisseling patiënt en professional) van VWS. Dit moet leiden tot een betere inzet van ICT, e-health en medicatieveiligheid.



\*

1

### *Actie NZa: samenwerking met de IGJ*

De NZa en de IGJ gaan meer samenwerken op het gebied van toezicht dat gericht is op het terugdringen van wachtlijsten in de ggz.

2

De samenwerking wordt als volgt ingericht. De IGJ en de NZa delen informatie over geplande toezichtsactiviteiten. Door het delen van de relevante uitkomsten van de controles van bij de zorgverzekeraars, en de inspectiebezoeken van de inspectie bij de individuele zorgaanbieders ontstaat een beter beeld van welke partijen zich nog onvoldoende inzetten en om welke regio's het met name gaat.

3

De IGJ en de NZa betrekken deze informatie ieder in hun eigen toezicht. Er worden ook gezamenlijke bezoeken afgelegd door de IGJ en NZa. Handhavende interventies worden zoveel als mogelijk afgestemd. Op deze manier versterken de NZa en de IGJ elkaar in hun inzet.



\*

# Status landelijke afspraken

1

Schematische weergave van de status van alle landelijke afspraken ggz

In deze tabel vindt u een overzicht van alle landelijke afspraken ggz met daarbij de stand van zaken en aangegeven welke partij input heeft geleverd voor deze voortgangsrapportage.

2

3



= de afspraak is nagekomen



= de afspraak is deels, maar niet voldoende nagekomen.



= de afspraak is onvoldoende nagekomen.

Landelijke afspraken	Stand van zaken eind mei 2018	Status afspraak	Wie levert informatie aan?
Verbeteren regionale en lokale ketensamenwerking			
Regionale aanpak uitbreiden en kennis verspreiden	KPMG heeft een quickscan gedaan onder de overige 23 zorgkantoorregios'; naar verwachting worden in 16 regio's nieuwe regionale taskforces gestart. Om kennis te delen is op 12 april een landelijk congres georganiseerd. Ook wordt er gewerkt aan de website.		KPMG
De beschikbare capaciteit aan behandelaren wordt op effectieve wijze ingezet.	Dit is in verschillende RT's aan de orde geweest maar het blijft een complex probleem dat nog niet is opgelost.		KPMG GGZ NL ZN LVVP
Optimale inzet capaciteit door wegnemen belemmeringen rond regiebehandelaarschap	De eerste stappen zijn gezet. Er is veel ruimte in de regelgeving voor de inzet van andere beroepen. Er is nog geen oplossing gevonden voor de korte termijn.		GGZ NL VWS
Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten zorgen ervoor dat ggz-cliënten op tijd de juiste integrale zorg van de juiste behandelaar krijgen.	Dit onderwerp is in veel regionale taskforces aan de orde geweest. De meeste taskforces hebben hun knelpuntanalyse uitgevoerd aan de hand van de in-, door-, en uitstroom van patiënten. Er zijn concrete oplossingen bedacht en in sommige gevallen worden deze uitgewerkt. Er is aangegeven dat de uitwerking tijd kost.		GGZ NL KPMG MIND ZN
Specifieke aandacht voor 18-/18+	Er is vanuit landelijk beleid aandacht voor, maar de afspraken bevinden zich nog in verkenningsfase. In twee regio's is er specifiek aandacht voor binnen de analyse over doorstroom.		KPMG VWS



\*

1

2

3



Landelijke afspraken	Stand van zaken eind mei 2018	Status afspraak	Wie levert informatie aan?
Informatiepositie van de burger versterken en transparantie vergroten			
Zorgaanbieders publiceren wachttijden	Meer aanbieders leveren hun wachttijden aan bij Vektis. Echter, de aangeleverde wachttijden zijn niet altijd volledig en soms onjuist. Wij gaan aanbieders aanspreken op het aanleveren van wachttijden en handhavend optreden als dat nodig is.		NZa
Zorgaanbieders begeleiden cliënten die ze zelf niet kunnen behandelen eventueel via hun zorgverzekeraar, naar een andere aanbieder.	Het aantal bemiddelingsverzoeken stijgt, maar de bekendheid kan nog beter.		ZN GGZ NL MIND
Actualiseren wachtlijsten per instelling	Een deel van de instellingen is hiermee bezig, maar nog niet allemaal hebben zij hun wachtlijsten al geactualiseerd. GGZ Nederland en de ggz-aanbieders kunnen op dit terrein meer actie ondernemen.		GGZ NL, in afstemming met Mind KPMG



\*

1

2

3



Landelijke afspraken	Stand van zaken eind mei 2018	Status afspraak	Wie levert informatie aan?
Verbeteren contractering, inkoop en bekostiging.			
In de zorgcontractering worden concrete afspraken gemaakt over het verkorten van behandeltrajecten bij met name 'lichtere' cliëntgroepen. De vrijgespeelde capaciteit wordt ingezet voor het wegwerken van de wachttijden bij de 'zwaardere' cliëntgroepen.	Er zijn geen concrete acties ondernomen op dit onderdeel. Zowel bij branchepartijen als in de regionale taskforces is dit onderwerp niet uitgebreid aan bod gekomen.		ZN GGZ NL KPMG
Zorgaanbieders melden zich tijdig bij zorgverzekeraars als lange wachttijden dreigen te ontstaan.	Er wordt weliswaar al vanuit verschillende hoeken aandacht besteed aan tijdige melding van overschrijding van treeknormen door zorgaanbieder, maar in de praktijk vindt dit nog onvoldoende plaats.		ZN GGZ NL NZa KPMG LVVP
Aandacht voor cliëntgroepen met de langste wachttijden.	Ondanks dat deze focus bij de wachttijdenaanpak meerdere malen is aangekaart, lijkt er nog weinig te zijn bereikt. Vanuit de ggz-aanbieders hebben we geen informatie gekregen over activiteiten op dit gebied. De enige concrete actie is dat Significant de opdracht heeft gekregen tot een onderzoek onder naar een -beperkt- aantal casussen met lange wachttijden.		Significant NZa KPMG
Organiseren regionale kennisuitwisseling tussen zorginkopers en zorgverkopers	Deze afspraak is uitgevoerd op het gebied van de beveiligde ggz. Op andere terreinen is hier nog geen invulling aan gegeven, mede doordat de afspraak niet duidelijk was.		ZN
Inzicht geven in contracteringsafspraken 2018 voor ambulante, beveiligde en acute ggz	Er is in 2018, ten opzichte van 2017, voor € 109 mln. extra gecontracteerd in de ggz. Uit de cijfers blijkt niet waar deze extra middelen aan worden besteed.		ZN



\*

1

2

3



Landelijke afspraken	Stand van zaken eind mei 2018	Status afspraak	Wie levert informatie aan?
Verbeteren contractering, inkoop en bekostiging.			
Zorgaanbieders doen concrete voorstellen aan zorgverzekeraars over wat er nodig is om de acute ggz in te richten. Zorgverzekeraars bekostigen goede voorstellen.	De afspraak over inrichting van de acute ggz en implementatie van goede voorstellen bleek in de praktijk moeilijk uitvoerbaar. Desondanks hebben alle partijen hierin goede stappen gezet en zal het probleem met het nieuwe bekostigingsmodel waarschijnlijk grotendeels kunnen worden opgelost.		NZa
De inkoop van beveiligde ggz voor cliënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen wordt direct verhoogd.	Er zijn de afgelopen periode goede afspraken gemaakt over de beveiligde ggz voor zowel de korte als de lange termijn zodat het probleem wordt opgelost.		GGZ NL ZN VWS NZa
Zorgaanbieders stellen concrete, integrale plannen op voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod.	Het Trimbos instituut monitort deze afspraak. Uit hun onderzoek naar de opbouw van de ambulante zorg blijkt dat de opbouw van de ambulante zorg achterblijft.		Trimbos






\*

1

2

3



Landelijke afspraken	Stand van zaken eind mei 2018	Status afspraak	Wie levert informatie aan?
Tegengaan tekorten op de arbeidsmarkt			
Verruimen opleidingscapaciteit en brede aanpak arbeidsmarkt	De originele afspraak is nagekomen en daarnaast zijn er ook nog andere activiteiten ontplooid om de arbeidsmarkttekorten tegen te gaan, zoals behoud van personeel.		VWS GGZ NL
Onderzoeken verplichting ANW/crisisdiensten	Hier is over gesproken, maar het idee van de verplichting lijkt te stranden bij de NvvP		GGZ NL VWS
Overige activiteiten			
De inzet van e-health wordt stevig uitgebreid en beter toegankelijk gemaakt.	Met de subsidieregeling zijn eerste stappen gezet om e-health te stimuleren. Er zijn al wel initiatieven binnen de regio's uitgerold, maar dit is nog beperkt. De bal ligt nu bij instellingen en vrijgevestigden om e-health toepassingen in te gaan zetten.		KPMG VWS GGZ NL





## 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 9.00-17.00 uur – lokaal tarief)

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

