Nederlandse Zorgautoriteit

Voortgangsrapportage

Wachttijden in de ggz

Inhoud

Samenvatting

Opbouw rapportage

Wachttijden in de ggz: van probleem naar afspraken

Wachttijden in de ggz: van afspraken naar activiteiten

Tabellen

Samenvatting

Achtergrond

De wachttijden in de ggz overschrijden al langere tijd de Treeknormen. Met name voor cliënten met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperkingen in combinatie met ggz-problematiek, zijn de wachttijden lang. Mensen krijgen hierdoor niet op tijd de zorg die zij nodig hebben en waar zij recht op hebben. Dit kan leiden tot een verslechtering van de gezondheidssituatie en daardoor tot een nog grotere zorgvraag. Ook zitten mensen misschien onnodig lang thuis.

Om de wachttijden in de ggz terug te dringen zijn er verschillende initiatieven opgezet. Zo zijn er landelijke afspraken gemaakt voor de aanpak van wachttijden in de ggz (hierna: landelijke afspraken ggz) en hebben wij een Actieplan wachttijden in de zorg opgesteld.

In de landelijke afspraken ggz staat dat de wachttijden in de ggz uiterlijk 1 juli 2018 binnen de Treeknormen moeten zijn. Eén van de onderdelen van de landelijke afspraken ggz is dat wij alle acties nauwgezet monitoren. Hierbij betrekken we onze eigen aanpak van de wachttijden, die voortvloeit uit ons Actieplan wachttijden in de zorg. De voortgang van het actieplan en de landelijke afspraken ggz brengen we twee keer in beeld via een voortgangsrapportage. Dit is de eerste. De tweede volgt in 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

Deze rapportage is tot stand gekomen met behulp van informatie die wij van bovenstaande partijen hebben ontvangen. Een volledig overzicht van alle initiatieven en activiteiten om de wachttijden in de ggz terug te dringen wordt niet gegeven. Zo kan het voorkomen dat een individuele zorgaanbieder en een zorgverzekeraar goede afspraken hebben gemaakt die bij ons en bovenstaande partijen niet bekend zijn. Ook zijn er na de informatie-aanlevering nog nieuwe activiteiten ondernomen. Deze rapportage betreft de periode van juli 2017 tot half november 2017, en voor de regionale taskforces tot eind november 2017. Naast twee voortgangsrapportages leveren

we in het voorjaar een tussentijdse kwantitatieve rapportage op over de wachttijden in de ggz.

GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en MIND hebben zichzelf als 'trekkers' van de landelijke afspraken ggz aangesteld. In periodieke overleggen bespreken zij, mede namens de andere partijen van de landelijke afspraken, hoe zij invulling geven aan de landelijke afspraken ggz. Daarnaast hebben zij KPMG gevraagd om in acht regio's taskforces in te richten om de afspraken die regionaal van aard zijn op te pakken. Ook is advies- en onderzoeksbureau Significant gevraagd om in drie andere regio's een analyse te doen aan de hand van concrete praktijkervaringen. Hierbij wordt specifiek gekeken naar de doelgroepen waar de langste wachttijden gelden.

Voortgang landelijke afspraken ggz

De betrokken partijen bij de landelijke afspraken ggz, maar ook individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars, voelen de urgentie om de wachttijden in de ggz terug te dringen. De afgelopen maanden zijn partijen gestart met het uitwerken en uitvoeren van de landelijke afspraken ggz. Enerzijds door het probleem structureel aan te pakken. Anderzijds door knelpunten te adresseren die relatief snel op te lossen zijn. Bijvoorbeeld bij dreigende overschrijdingen van budgetplafonds, of door bemiddeling van individuele wachtenden. We constateren bovendien dat er steeds meer samenwerking is tussen verschillende partijen. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en gemeenten zitten regelmatig bij elkaar aan tafel en doen samen hun best er voor te zorgen dat cliënten niet te lang hoeven te wachten op zorg. Deze samenwerking is essentieel om de wachttijden in de ggz terug te dringen, en daarom een goede ontwikkeling.

In de voortgang van de landelijke afspraken ggz kan grofweg een tweedeling worden gemaakt in regionale en landelijke activiteiten.

Regionale activiteiten

Er zijn goede eerste stappen gezet in de activiteiten die regionaal en lokaal opgepakt worden. De acht regionale taskforces, die zijn opgestart onder begeleiding van KPMG, zijn veelbelovend en wekken hoge verwachtingen. Zij moeten bijdragen aan concrete oplossingen voor het probleem van de wachttijden, waarbij expliciet aandacht wordt besteed aan de doelgroepen met de langste wachttijden. Hierbij wordt aangesloten bij de bestaande landelijke afspraken ggz. Soms komen in deze taskforces nieuwe onderwerpen aan bod die nog niet in de landelijke afspraken ggz staan, maar die wél kunnen bijdragen aan de oplossing van het probleem in de betreffende regio. De aanpak van Significant in drie regio's draagt bij aan het verkrijgen van inzichten in het ontstaan van lange

wachttijden, met name voor de cliëntgroepen waar de wachttijden het langst zijn.

We pleiten voor een intensivering, versnelling en uitbreiding van het regionaal implementeren van oplossingen. Nog maar een deel van de regio's in Nederland werkt met de huidige aanpak van KPMG en Significant. Met als gevolg dat wat landelijk wordt afgesproken nog niet altijd in alle regio's leidt tot oplossingen die bijdragen aan het terugdringen van de wachttijden. Door te onderzoeken hoe in overige regio's de vruchten kunnen worden geplukt van de regionale activiteiten, wordt het haalbaarder om op korte termijn de wachttijden binnen de Treeknormen te krijgen. Bij het opstellen van deze voortgangsrapportage zijn de betrokken regio's net opgestart. Daar moeten logischerwijs dus nog forse stappen worden gezet. Een kanttekening hierbij is dat de landelijke afspraken ggz, die worden belegd bij de regio's veelal de kern van de problematiek betreffen. Deze problematiek is veelomvattend en oplossingen zijn niet eenvoudig te realiseren. Bovendien heeft de implementatie van de landelijke afspraken ggz tijd nodig om te leiden tot kortere wachttijden.

Landelijke activiteiten

Een aantal landelijke afspraken ggz is ondertussen gerealiseerd, zoals het uitbreiden van de opleidingscapaciteit. Het effect hiervan is echter pas zichtbaar op langere termijn. Voor de beveiligde ggz verschillen GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland van mening. Op basis van de informatie die wij hebben ontvangen, hebben wij niet kunnen concluderen dat er concrete afspraken gemaakt zijn voor het direct verhogen van de inkoop van beveiligde ggz. Bij de acute zorg lijken de partijen te wachten op ons bekostigingsmodel voor het verder invullen van de acute zorg. Dat is begrijpelijk. Toch is er ook binnen de huidige situatie ruimte om invulling te geven aan de afspraak om goede, concrete voorstellen die zorgaanbieders doen bij zorgverzekeraars te bekostigen.

Bij de ambulante zorg worden nu inzichten verzameld en ligt er een inspiratiedocument. Ons is nog niets bekend geworden over concrete plannen voor de opbouw van de ambulante zorg naar aanleiding van de landelijke afspraken ggz. Die afspraken zijn voor deze onderwerpen daarom nog minder ver dan de regionale afspraken. Een totaaloverzicht van de voortgang van de landelijke afspraken ggz vindt u in het hoofdstuk Tabellen.

Voortgang actieplan NZa

We hebben de regierol om samen met andere betrokken partijen de wachttijden in de ggz terug te dringen. Vanuit die rol monitoren we de voortgang van de landelijke afspraken ggz, maar hebben we ook een eigen aanpak van de wachttijden ggz die voortvloeit uit het Actieplan

wachttijden in de zorg. Dit rapport schetst tevens de voortgang daarvan. In onze eigen aanpak richten we ons op de randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om de wachttijden binnen de Treeknorm te krijgen. Zo bevorderen we de juistheid en actualiteit van de informatie over wachttijden, stimuleren we wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars en versterken we de informatiepositie van de cliënt. Ook sporen we zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan om goede afspraken te maken over de contractering van ggz-zorg. Daarnaast werken we aan de aanpak van de wachttijdproblematiek per regio, landelijk en per specialisme. Dit heeft geleid tot de volgende tussenresultaten:

- De Transparantieregeling zorgaanbieders ggz is aangepast. Ggz-aanbieders zijn verplicht om per 1 januari 2018 hun wachttijdgegevens centraal aan te leveren bij Vektis. Zo ontstaat er een actueel overzicht van de wachttijden. De aanleverplicht bij Vektis sluit aan bij het breed gedragen initiatief van de koepel van cliënten- en familieorganisaties in de ggz, ggz-aanbieders en zorgverzekeraars voor een nieuwe keuzewebsite voor patiënten in de ggz.
- Via een meldactie hebben we mensen opgeroepen zich te melden bij ons wanneer ze werden geconfronteerd met lange wachttijden in de ggz. Een deel van de melders kon hierdoor sneller zorg ontvangen. Bij een ander deel bleek dit moeilijk te zijn, wat de urgentie van de wachttijden in de ggz onderstreept en meer inzicht geeft in de knelpunten.
- De afgelopen periode hebben we actiever bemiddeld tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, en hebben we dreigende patiëntenstops beoordeeld.
- We hebben gesprekken gevoerd met ggz-aanbieders over hun ervaringen in de contractering met zorgverzekeraars. Ook is de zorginkoop onderwerp van gesprek geweest met zorgverzekeraars. Met informatie uit deze gesprekken hebben we een aantal succesfactoren voor contractering opgesteld.
- Ondertussen zijn de plannen van aanpak van zorgverzekeraars beoordeeld en hebben we in onze bevindingen nogmaals de urgentie van de wachttijdenproblematiek duidelijk gemaakt. Het gevoel van urgentie wordt breed gedeeld. Tegelijkertijd zien we dat niet elke zorgverzekeraar alle mogelijkheden benut om de wachttijden aan te pakken. Wij roepen daarom alle zorgverzekeraars op om extra stappen te zetten en initiatieven te nemen om de wachttijden in de ggz binnen de Treeknormen te krijgen. Dit is niet alleen de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, maar ook van zorgaanbieders. Beide moeten zich maximaal inspannen om de wachttijden in de ggz terug te dringen.

In 2018 gaan we door met het uitvoeren van het actieplan wachttijden in de zorg. Dit doen we door toe te kijken of

zorgaanbieders zich houden aan hun verplichtingen in onze transparantieregeling. Ook werken we aan meer bekendheid voor wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars. Verder gaat ons traject met de zorgverzekeraars een nieuwe fase in, namelijk het operationaliseren van acties en het behalen van resultaten. Daarnaast houden we contact met de zorgverzekeraars over de voortgang en intensiveren we waar nodig. Ook volgt er onderzoek of door omzetplafonds bij vrijgevestigden capaciteit onbenut blijft. Daarnaast vervolgen we ook onze meldactie. Cliënten die te lang moeten wachten op zorg, kunnen zich ook in 2018 bij ons melden. Wij kunnen dan gericht actie ondernemen richting de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar. Tot slot blijven we in 2018 de voortgang van de landelijke afspraken ggz intensief monitoren.

Conclusies

De activiteiten die we in deze rapportage beschrijven hebben veelal nog niet geresulteerd in het afnemen van de wachtlijsten in de ggz. Dat is onder andere verklaarbaar door de complexiteit van de problematiek, maar onmiskenbaar belangrijk om te signaleren met het oog op de ambities die uitgesproken zijn in de landelijke afspraken ggz. In de landelijke afspraken werd duidelijk wát er moest gebeuren, maar nog niet hóe dit moest gebeuren. Bovendien kost het tijd voordat plannen en acties daadwerkelijk leiden tot resultaat. Ook sluiten de uitgevoerde activiteiten niet altijd aan bij de gemaakte afspraken. Als dit komt door voortschrijdend inzicht, is dit geenszins een probleem. Zorgwekkender is de situatie dat discussies tussen partijen ertoe leiden dat afspraken niet nagekomen worden.

In de voortgang van de landelijke afspraken ggz zien we een aantal aandachtspunten. Een volledig overzicht vindt u in het hoofdstuk Tabellen.

- Wij hebben geen informatie ontvangen over acties om de afspraken over de beveiligde ggz en de acute ggz na te leven. Het is van belang dat aanbieders en verzekeraars op korte termijn gezamenlijk actie ondernemen op dit punt. Hierbij moet worden aangemerkt dat het mogelijk is dat in de reguliere zorginkoopgesprekken wel degelijk is gesproken over het verhogen van de inkoop beveiligde ggz of de bekostiging van acute ggz. Wij realiseren ons dat het huidige bekostigingsmodel voor de acute ggz niet ideaal is en werken aan een nieuw bekostigingsmodel. We vragen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in afwachting daarop de ruimte die er nu is, te benutten.
- Het terugdringen van de praktijkvariatie komt niet expliciet aan bod. Wel geeft KPMG aan dat dit onderwerp meegenomen wordt in vier regio's waar een regionale taskforce actief is. Recent is afgesproken dat KPMG dit onderwerp expliciet aan bod laat komen in alle regionale taskforces.

- Uit de ontvangen informatie blijkt niet dat er concrete maatregelen genomen worden om ervoor te zorgen dat zorgaanbieders zich tijdig melden bij zorgverzekeraars en gemeenten als er lange wachttijden dreigen te ontstaan. Het is wel mogelijk dat dit in de gesprekken tussen individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars of gemeenten ter sprake komt. Als ook andere regio's betrokken zijn bij de regionale activiteiten, moet onderzocht worden hoe dit onderwerp opgepakt wordt. Wij blijven dit monitoren.
- Om ervoor te zorgen dat ggz-cliënten tijdig de juiste integrale zorg van de behandelaar krijgen, wordt door partijen verwezen naar de Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf. Maar het garanderen van de juiste integrale zorg omvat meer dan het verblijfsaspect van de ggz. Het is daarom de vraag of met de werkwijzer voldoende aangesloten wordt op de gemaakte afspraak. Ook is onbekend wat de status wordt van deze werkwijzer. Het onderwerp juiste integrale zorg is wel onderdeel van de regionale taskforces. Bij het vervolg daarvan monitoren we specifiek of deze afspraak voldoende tot resultaten leidt.
- Op het gebied van e-health en het stimuleren van ambulante opbouw zijn plannen gemaakt, maar de uitrol daarvan laat nog op zich wachten. Wij verwachten dat alle betrokkenen daar de komende tijd op inzetten om voor 1 juli 2018 resultaten te behalen.
- Op het gebied van de overgang van cliënten van de leeftijd 18- naar 18+ wordt nog weinig actie ondernomen. VWS organiseert de Jongvolwassenentop om extra aandacht te krijgen voor het belang van een soepele overgang van 18- naar 18+. In de regionale taskforces is dit onderwerp niet expliciet naar voren gekomen.

Alle partijen die de landelijke afspraken ggz hebben ondertekend vinden het onacceptabel dat de wachttijden langer zijn dan de Treeknormen en delen de urgentie om dit op te lossen. Het is positief dat de urgentie wordt gevoeld, maar alle zeilen moeten worden bijgezet om de doelstelling van de landelijke afspraken ggz te halen. Uiterlijk 1 juli 2018 moeten alle ggz-wachttijden binnen de Treeknormen vallen. Dat vergt samenwerking, intensivering, versnelling én uitbreiding. Het is hoe dan ook een grote uitdaging om de doelstelling te behalen. Wij roepen daarom alle partijen die hebben getekend, op om de wachttijden hoog op de agenda te houden en de verantwoordelijkheid te nemen voor het nakomen van de gemaakte afspraken. Ook vragen we in het bijzonder zorgverzekeraars en ggz-aanbieders inspanningen te (blijven) verrichten om de wachttijden terug te dringen. We blijven dit intensief monitoren. Ook blijven we ons inzetten voor het terugdringen van de wachttijden ggz door het uitvoeren van de activiteiten in ons actieplan.

1. Opbouw rapportage

In deze voortgangsrapportage 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.

In het volgende hoofdstuk leest u meer informatie over de achtergrond, het proces en een overzicht van alle activiteiten. De voortgang van de activiteiten wordt in hoofdstuk 3 beschreven. In het hoofdstuk Tabellen vindt u een overzicht van de stand van zaken van alle landelijke activiteiten en is aangegeven welke organisaties input hebben geleverd voor de voortgang van de verschillende activiteiten.

Aangezien een groot deel van de activiteiten recent is gestart, is het niet altijd mogelijk concrete resultaten van de activiteiten te noemen. Ook uitspraken doen over het effect van de activiteiten op de wachttijden is daardoor lastig. Deze voortgangsrapportage focust dan ook met name op een kwalitatieve beschrijving van het proces van de activiteiten. Vanzelfsprekend zijn waar mogelijk ook resultaten van de activiteiten benoemd. Daarnaast is in de bijlage een overzicht te vinden van de actuele wachttijden in de ggz. We streven ernaar om in een volgende rapportage ook kwantitatieve informatie op te nemen waardoor effecten en resultaten beter inzichtelijk worden.

Het rapport is voor externe consultatie voorgelegd aan de tien partijen die de landelijke afspraken hebben ondertekend. Deze consultatie is grotendeels verwerkt in het rapport. Een deel van de reacties betrof nadere analyses en oplossingsrichtingen rond de wachttijden in de ggz die buiten de directe scope van dit rapport vallen. Deze input nemen we mee in de gesprekken over de volgende stappen rondom de wachttijden in de ggz.

2. Wachttijden in de ggz: van probleem naar afspraken

Achtergrond

Op 1 juni 2017 publiceerden wij de Marktscan ggz 2016. Daarin concluderen we dat de aanmeldwachttijd voor gespecialiseerde ggz in 2016 gemiddeld 6 weken is, en is gestegen ten opzichte van 2015. Bij vrijgevestigden is de aanmeldwachttijd 8,6 weken. De aanmeldwachttijden voor de basis-ggz liggen op of boven de Treeknorm.

Treeknormen
De Treeknomen komen tot stand in het zogenoemde Treekoverleg. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken in dit overleg afspraken over wat aanvaardbare wachttijden zijn voor de verschillende zorgsectoren.

Voor een aantal cliëntgroepen zijn de wachttijden bijzonder lang. Dit geldt voor de diagnoses autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. Om de wachttijden in de ggz terug te dringen, hebben we een Actieplan wachttijden in de zorg opgesteld. In dit actieplan wordt duidelijk wat we gaan doen, maar ook wat wij verwachten dat andere partijen gaan doen – en hoe wij hier toezicht op houden.

Er is sprake van te lange wachttijden als deze de Treeknormen overschrijden. Voor de ggz geldt een Treeknorm van 4 weken voor de aanmeldingswachttijd (de 'intake') en van 10 weken voor behandeling (een combinatie van 4 weken wachttijd tussen aanmelden en diagnose, en 6 weken wachttijd tussen diagnose en start behandeling). Te lange wachttijden zijn een probleem: mensen krijgen niet op tijd de zorg die zij nodig hebben en waar zij recht op hebben. Treeknormen zijn vanuit de cliënt gezien natuurlijk maar een gegeven. Welke wachttijd in een individuele situatie aanvaardbaar is, verschilt per persoon. Overigens zijn er met name overschrijdingen van de Treeknormen bij de aanmeldwachttijden. De behandelwachttijden vallen over het algemeen wel binnen de Treeknormen.

Uit de marktscan komt naar voren dat de wachttijden onder andere een gevolg zijn van een tekortschietende organisatie en onvoldoende samenwerking, specifieke behandelcapaciteit en zorg op de juiste plek. De minister van VWS heeft daarom landelijke afspraken gemaakt voor

onder andere de aanpak van wachttijden in de ggz. Alle partijen die daarbij betrokken zijn delen de urgentie om de lange wachttijden aan te pakken. Daarom is afgesproken de wachttijden in de ggz uiterlijk 1 juli 2018 binnen de Treeknormen te krijgen. Dit geldt in het bijzonder voor mensen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en een licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz problematiek. Ook wordt er specifieke aandacht besteed aan de overgang van jeugd-ggz naar volwassen ggz.

De landelijke afspraken ggz gaan over diverse thema's:

- De effectieve inzet van beschikbare capaciteit van ggz-behandelaren (en de uitbreiding daarvan).
- De inzet van e-health.
- De verbetering van samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de ggz.
- De beschikbaarheid van ambulante zorg, acute ggz en beveiligde ggz.

Wij monitoren de gemaakte landelijke afspraken ggz en betrekken daarbij ook ons eigen actieplan wachttijden in de zorg. Dit is de eerste voortgangsrapportage ggz aan de minister van VWS. De eindrapportage volgt in juli 2018. In april 2018 brengen we een tussentijdse update wachttijden uit. Een volledig overzicht van de landelijke afspraken ggz en de activiteiten uit ons actieplan vindt u in Tabel 1.

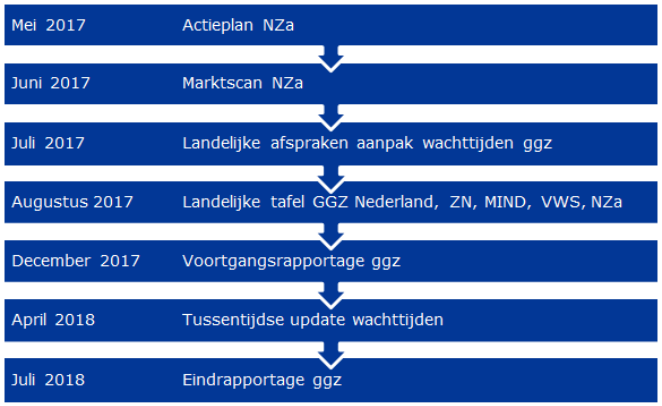
Van afspraken tot resultaat: het proces

Om succesvol invulling te geven aan de landelijke afspraken ggz is het nodig dat partijen landelijk, regionaal (bijvoorbeeld met de zorgkantoorregio) en op lokaal niveau samenwerken. Sommige afspraken lenen zich voor landelijke uitvoering, andere vergen meer regionale samenwerking. Zo is het uitbreiden van de opleidingscapaciteit bij uitstek iets dat op landelijk niveau gebeurt. Terwijl het garanderen van de juiste integrale zorg juist vergt dat ggz-aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten op regionaal niveau samenwerken.

Na ondertekening van de landelijke afspraken constateerden we dat nog onduidelijk is hoe concreet invulling gegeven moet worden aan de verschillende acties. Ook is niet duidelijk wie daarvoor verantwoordelijkheid is. Primair ligt de verantwoordelijkheid bij de partijen die de afspraken hebben gemaakt. GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en MIND hebben vanaf augustus 2017 namens alle partijen zitting genomen aan een landelijke tafel. Hier is uitgewerkt hoe invulling wordt gegeven aan de landelijke afspraken ggz. Samen met VWS nemen wij deel aan deze tweewekelijkse overleggen om direct op de hoogte te zijn van de ondernomen activiteiten en om mogelijke knelpunten tijdig te signaleren. We hebben in het overleg besproken welke partij verantwoordelijk is om ons op de hoogte te houden per landelijke afspraak.

Voor de activiteiten die lokaal of regionaal uitgevoerd moeten worden, hebben GGZ Nederland, MIND en ZN adviesbureau KPMG Health gevraagd om acht taskforces in te richten. Dit is gebeurd in de regio's Noord-Limburg, Zuid-Limburg, Utrecht, Zuid-Holland noord, Friesland, Groningen en West- en midden-Brabant. De taskforces bestaan uit cliënten- en familieorganisaties, huisartsen, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en sociale wijkteams. Er wordt gewerkt aan concrete oplossingen die bijdragen aan het verminderen van de wachttijden. Met deze taskforces worden acht van de 31 (zorgkantoor)regio's gedekt. Hiernaast is advies- en onderzoeksbureau Significant gevraagd om in drie andere regio's (Amsterdam, Rotterdam en Midden-IJssel) een analyse te doen aan de hand van concrete praktijkervaringen waarbij de ervaringen van individuele cliënten centraal staan.

Figuur 1. Overzicht in tijd van de verschillende stappen



De activiteiten: integraal een complex problemen aanpakken

De oorzaken van de lange wachttijden in de ggz zijn divers en liggen bij verschillende partijen. De oplossingen dus ook. Daarom moeten partijen intensief met elkaar samenwerken. Het is daarbij cruciaal dat de verschillende partijen hun verantwoordelijkheid nemen. Een beperkte beschikbaarheid van geld wordt niet gezien als reden dat er te lange wachttijden zijn. In de landelijke afspraken ggz is opgenomen dat dit bijvoorbeeld blijkt uit de onderschrijding van € 288 miljoen van het macrokader over het jaar 2016. Een andere belangrijke indicatie is dat er ggz-aanbieders zijn met lange wachttijden èn een onderschrijding van het ter beschikking gestelde omzetplafond door de zorgverzekeraars. Hier kan bijvoorbeeld sprake zijn van een gebrek aan personeel door vacatures die niet worden gevuld. Arbeidsmarktproblematiek is een oorzaak van de lange wachttijden.

Een middelgrote ggz-instelling in het westen van het land bevestigde dit beeld. Zij geven aan dat het afgesproken budget met zorgverzekeraars niet de oorzaak is voor hun lange wachttijden. Wel is er een groot aantal moeilijk te vervullen vacatures, bijvoorbeeld voor psychiaters, gz-psychologen en verpleegkundig specialisten.

In Tabel 1 staan alle activiteiten die voortvloeien uit ons actieplan wachttijden in de zorg en de landelijke afspraken ggz. De verschillende activiteiten zijn onder te verdelen in vijf thema's:

- regionale en lokale ketensamenwerking;
- de informatiepositie van de cliënt;
- contractering en inkoop;
- arbeidsmarkt;
- overige activiteiten.

In de tabel wordt kort toegelicht welke onderliggende problemen per thema worden aangepakt. Door de complexiteit van de problematiek en de integraliteit van de activiteiten, is het veelal niet mogelijk een specifieke activiteit één-op-één aan een oorzaak of probleem te koppelen. Het totaal aan activiteiten moet daarom als een geheel worden gezien.

Tabel 1. Landelijke afspraken en activiteiten actieplan NZa

Probleem	Activiteiten	Landelijke afspraak of actieplan NZa?	
		Landelijke afspraak	Actieplan NZa
Ketenproblematiek, ingewikkelde samenwerking en afstemming, en suboptimale inzet van de beschikbare capaciteit	Verbeteren regionale en lokale ketensamenwerking		
De processen in de ggz zijn complex. Er spelen vaak veel verschillende partijen een rol en er zijn verschillende soorten problemen. Zodra zorg wordt verleend, wordt de beschikbare capaciteit niet altijd juist ingezet. Als 'lichte' patiënten relatief lang worden doorbehandeld, blijven 'zwaardere' patiënten op de wachtlijst staan. Het is dus belangrijk om te sturen op tijdige afronding van behandelingen waar dat mogelijk is. Ook is veel praktijkvariatie zichtbaar. Daarnaast zijn er soms onduidelijkheden over hoe de zorg van een specifieke cliënt gefinancierd of optimaal georganiseerd moet worden. Vanuit de Wmo, Zvw of Wlz, bij een overgang van basis-ggz naar gespecialiseerde ggz of van de overgang van jeugd-ggz naar volwassen ggz. Zorgverzekeraars zijn tot slot niet altijd op de hoogte als er wachttijden dreigen te ontstaan bij zorgaanbieders.	De beschikbare capaciteit van behandelaren wordt op een effectieve manier ingezet.	√	
	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.	√	
	Partijen zorgen ervoor dat ggz-cliënten tijdig de juiste integrale zorg van de juiste behandelaar krijgen.	√	
	Specifieke aandacht voor cliënten met de leeftijd 18-/18+.	√	
	Zorgaanbieders melden zich tijdig bij zorgverzekeraars als lange wachttijden dreigen te ontstaan.	√	

Gebrek aan inzichten in de wachttijden en aan kennis bij de burger over wachttijdbemiddeling	Versterken van de positie van de burger en vergroten van transparantie		
In sommige gevallen ontstaan er wachttijden door een allocatieprobleem: bij de ene zorgaanbieder is geen plek, maar ergens anders wel. Cliënten kunnen bij lange wachttijden gebruik maken van wachtlijstbemiddeling, wat kan helpen dit allocatieprobleem op te lossen. Eén van de problemen is dat cliënten zich niet melden. Bovendien is het aanbod bij de verschillende aanbieders niet altijd inzichtelijk.	Zorgaanbieders publiceren wachttijden en begeleiden cliënten die ze zelf niet kunnen behandelen naar een andere aanbieder.	√	
	Onze Transparantieregeling zorgaanbieders ggz wordt aangepast waardoor ggz-aanbieders hun wachttijdinformatie centraal moeten aanleveren bij Vektis.		√
	Meldactie burgers en opvolgen meldingen.		√
Contractering en inkoop is niet optimaal	Verbeteren contractering, inkoop en bekostiging		
De kwaliteit, beschikbaarheid en samenwerking binnen de keten van acute ggz is nog niet optimaal. Ook is in het eindrapport van het programma Continuïteit van zorg geconstateerd dat er onvoldoende beveiligde plekken zijn voor mensen zonder strafrechtelijke titel. Dit komt omdat hier onvoldoende aandacht voor is in de zorgcontractering. Bovendien worden er contractueel verschillende afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars die mogelijk tot financiële problemen bij een aanbieder kunnen leiden. Dit kan minder aanbod tot gevolg hebben.	Zorgaanbieders doen concrete voorstellen aan zorgverzekeraars over wat er nodig is om de acute ggz in te richten. Zorgverzekeraars bekostigen goede voorstellen.	√	
	De inkoop van beveiligde ggz, voor cliënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen, wordt direct verhoogd.	√	
	Zorgaanbieders stellen concrete, integrale plannen voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod op.	√	
	De contractvoorwaarden worden geanalyseerd en beoordeeld.		√
Tekort op de arbeidsmarkt	Tegengaan tekorten op de arbeidsmarkt		
Er is een tekort aan behandelcapaciteit voor cliënten met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. Voor een gedeelte wordt dit veroorzaakt door personeelsgebrek en een krappe arbeidsmarkt.	Zorgaanbieders houden opleidingscapaciteit op peil en breiden die waar mogelijk uit.	√	
	De minister zal de opleidingscapaciteit van de betreffende beroepen verruimen, door het volgen van het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan.	√	
	Voor de verpleegkundig specialist ggz wordt aanvullend op het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan de opleidingscapaciteit verruimd.	√	
Overig	Overige activiteiten		
-	De inzet van e-health wordt stevig uitgebreid en e-health wordt beter toegankelijk gemaakt.	√	
	Rapportages die we hebben gevraagd van zorgverzekeraars, over de verbeteringen op het gebied van zorgplicht en wachttijden, worden beoordeeld.		√

3. Wachttijden in de ggz: van afspraken naar activiteiten

In dit hoofdstuk leest u de voortgang van alle activiteiten die vallen onder de landelijke afspraken ggz en ons actieplan wachttijden in de zorg om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Het hoofdstuk is thematisch ingedeeld, waarbij de activiteiten zijn gebundeld naar een overkoepelend thema (zie Tabel 1 in hoofdstuk 2).

In iedere paragraaf beginnen we met een korte inleiding en samenvatting over het thema.

Verbeteren regionale en lokale ketensamenwerking

Inleiding en samenvatting

De processen in de ggz zijn complex en er spelen vaak veel verschillende partijen een rol. Veel van de benodigde oplossingen vergen een regionale of lokale aanpak. Met het oog hierop hebben GGZ Nederland, MIND en ZN adviesbureau KPMG Health gevraagd om regionale taskforces in te richten in 8 van de 31 (zorgkantoor)regio's. Het doel van de taskforces is om na een gezamenlijke probleemanalyse, zo snel mogelijk tot concrete oplossingen te komen die bijdragen aan het verminderen van de wachttijden. Ook is advies- en onderzoeksbureau Significant gevraagd om in drie andere regio's een analyse te doen aan de hand van concrete praktijkervaringen, waarbij de ervaringen van individuele patiënten centraal staan. Deze analyse richt zich met name op mensen met de diagnose autisme, persoonlijkheidsstoornis, trauma of licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. Wij verwachten dat de casuïstiek-aanpak meer inzicht zal opleveren in specifieke knelpunten en mogelijke oplossingen voor deze doelgroepen.

De volgende acties uit de landelijke afspraken ggz zijn meegenomen in de regionale aanpak:

- effectieve inzet van behandelcapaciteit;
- verkorten lichte behandeltrajecten;
- juiste integrale zorg (naast regionaal thema ook een landelijke actie);
- specifieke aandacht voor cliënten met de leeftijd 18-/18+;
- zorgaanbieders informeren zorgverzekeraars tijdig over lange wachttijden.

KPMG is met de opdracht gestart in september 2017 en Significant in oktober 2017. In november heeft KPMG met alle acht regio's een eerste taskforcebijeenkomst georganiseerd. GGZ Nederland, MIND, en ZN hebben in de maanden oktober, november en december partijen uitgenodigd om praktijkvoorbeelden aan te leveren voor het onderzoek van Significant.

De start van de regionale taskforces is veelbelovend en wekt hoge verwachtingen. We zien dat op lokaal niveau veel partijen samen om de tafel gaan en al bezig zijn met ideeën of daadwerkelijke acties om de wachttijden in de ggz terug te dringen. Uit de eerste bijeenkomsten blijkt met name dat het effectief inzetten van de beschikbare behandelcapaciteit een aandachtspunt is in de regio. Andere onderwerpen uit de landelijke afspraken ggz komen minder aan de orde. Wel is afgesproken dat KPMG zich in de regionale taskforces onder andere gaat focussen op de specifieke doelgroepen (mensen met een diagnose autisme, persoonlijkheidsstoornis, trauma of licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek) en de doelgroepen 18-/18+.

Omdat de regionale taskforces pas recent zijn gestart, hebben deze nog niet geleid tot kortere wachttijden. Op termijn is de verwachting dat juist de regionale samenwerking kan helpen om de wachttijden terug te dringen. Het is van belang dat alle lokale relevante partijen aansluiten. Er zijn nog wel een aantal aandachtspunten:

- In alle regio's (met uitzondering van de regio Zuid-Limburg) zijn vrijgevestigden minder betrokken bij de taskforces. Terwijl zij van belang zijn bij de uitwerking van oplossingsrichtingen.
- Het is essentieel dat ook de andere 23 regio's, waar nu nog geen taskforce is, worden bereikt. Bijvoorbeeld door een landelijk congres, waar bestuurlijke dillema's rondom het terugbrengen van wachttijden worden besproken en ervaringen over het tegengaan van wachttijden worden uitgewisseld.
- Het onderwerp 'informeren van zorgverzekeraars over lange wachttijden door zorgaanbieders' uit de landelijke afspraken ggz zijn nog niet opgepakt door de taskforces.
- In de activiteiten die plaatsvinden ligt tot nu toe nog niet expliciet de nadruk op mensen met de diagnose autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, en licht verstandelijke beperkingen in combinatie met ggz-problematiek. Wel is afgesproken dat in de volgende stappen van de regionale taskforces de focus op deze groepen wordt gelegd.

In de volgende paragrafen worden de verschillende activiteiten die door de regionale taskforces meegenomen worden tot in detail uitgewerkt.

*

1

2

3

Effectieve inzet beschikbare capaciteit

Landelijke afspraak
Capaciteit van zorg voor specifieke doelgroepen.

Er is een tekort aan beschikbare zorg voor cliënten met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek. Mogelijk is hier sprake van een verdeelprobleem van behandelcapaciteit tussen zorgprogramma's en/of locaties van een zorgaanbieder. Afgesproken is daarom dat zorgverzekeraars en aanbieders er lokaal op korte termijn voor zorgen dat beschikbare ggz-behandelaren op een effectieve manier worden ingezet. Hierbij wordt specifiek aandacht besteed aan voldoende beschikbaarheid van behandelaren tijdens avond-, nacht- en weekenduren (anw-uren).

KPMG geeft aan dat in alle acht regio's suboptimale organisatie van capaciteit in de regio wordt genoemd als knelpunt voor de wachttijden. De in-, door- en uitstroom van cliënten binnen de ggz-aanbieders laat ruimte zien voor verbetering.
Er lopen in de verschillende regio's initiatieven om te kijken hoe de instroom effectiever kan. Dit betreft de aansluiting tussen de huisartsenzorg en specialistische ggz, maar ook door bijvoorbeeld e-health en ervaringsdeskundigen in het sociaal domein beter in te zetten. Hierdoor kan de vraag aan de specialistische ggz ook gerichter worden. Voor de door- en uitstroom worden verschillende oorzaken genoemd:

- Er is onvoldoende kennis van en verbinding tussen alternatieven en/of afschalingsmogelijkheden in de regio.
- Er is onvoldoende 'uitstroombegeleiding' en warme ambulante overdracht voor de cliënt.
- In de richtlijnen/protocollen zijn geen duidelijke uitstroomcriteria opgenomen.
- Er is sprake van schotten in de regels en financiering tussen verschillende ketenpartners.
- Er is suboptimale inzet van capaciteit vanwege gebrek aan flexibiliteit door vergaande specialisatie van behandelaren.

Om de knelpunten aan te pakken is inzicht in het proces nodig. Bij de aanbieders om te kijken waar de mogelijkheden liggen tot verbetering. En in de keten om te kijken welke voorwaarden daarvoor nodig zijn.

In alle acht regio's wordt de komende periode actief onderzocht hoe de beschikbare capaciteit op effectieve wijze kan worden ingezet in de regio.

*

1

2

3

Verkorten lichte behandeltrajecten

Landelijke afspraak
Terugdringen van praktijkvariatie en vergroten van transparantie.

Als de zorg is gestart, zijn er verschillen in kosten en duur van de behandeling zichtbaar tussen regio's en instellingen. Sommige behandelaren en instellingen hebben veel langere behandeltrajecten en minder 'lichte' cliënten dan gemiddeld. Dit kan leiden tot wachttijden omdat er dan weinig ruimte beschikbaar is voor nieuwe instroom. Niet altijd is duidelijk wat de oorzaak van deze verschillen is.
Daarom moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de zorgcontractering concrete afspraken maken over het verkorten van behandeltrajecten van met name 'lichtere' cliëntgroepen. Dit mag 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' cliëntgroepen. Het is dus belangrijk om, waar dat mogelijk is, te sturen op tijdige afronding van behandelingen.

Afgesproken is dat dit in lokaal overleg wordt opgepakt. KPMG geeft aan dat concrete afspraken en/of acties rondom het verkorten van lichte behandeltrajecten niet ter sprake zijn gekomen in de regionale taskforces, maar dat dit wel een onderdeel kan zijn van het effectief inzetten van de beschikbare capaciteit.

Juiste integrale zorg

Landelijke afspraak
Partijen zorgen ervoor dat ggz-cliënten tijdig de juiste integrale zorg van de juiste behandelaar krijgen.

In de landelijke afspraken ggz staat dat partijen ervoor zorgen dat ggz-cliënten 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).

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en gemeenten (vanaf nu gezamenlijk 'het veld' genoemd) ontwikkelen samen een Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf. De aanleiding voor deze werkwijzer is een rapport van Zorginstituut Nederland en niet een van de landelijke afspraken ggz.

De werkwijzer verduidelijkt aan de ene kant de afbakening tussen gemeentelijk en zorgverzekeringsdomein. Aan de andere kant geeft het een handvat voor een vloeiende overgang tussen beide domeinen. Zo wordt duidelijker wie voor welke activiteit verantwoordelijk is: de gemeente of de zorgverzekeraar. Het doel is om te stimuleren dat cliënten na een klinische opname op het juiste moment naar huis kunnen en dat dan de juiste dingen geregeld zijn voor een 'warme overdracht'.

Van juli 2017 tot nu is er gewerkt aan het uitwerken van de werkwijzer. Betrokken partijen in de zorg zijn MIND, VNG, ZN en GGZ Nederland. De insteek is dat er voor 1 januari 2018 bestuurlijk draagvlak is voor een definitieve versie van de werkwijzer en dat er een plan ligt voor implementatie. De vier organisaties brengen de werkwijzer vervolgens actief onder de aandacht van hun achterban.

Lokale partijen zullen dan over een concrete werkwijzer beschikken waardoor:

- duidelijk is wat de grenzen zijn tussen medisch-noodzakelijk verblijf en verblijf met rechtvaardigingsgrond;
- het (zorg)proces van zorgaanbieders en gemeenten verbeterd kan worden in afstemming met en aansluiting op de behoefte van de cliënt;
- partijen lokaal afspraken kunnen maken over samenwerking en over een warme overdracht van een cliënt. Het doel is het realiseren van de gewenste doorstroom in de keten, en de juiste zorg door de juiste aanbieder op het juiste moment op de juiste plaats.

Het is nog onbekend wat de status wordt van deze werkwijzer.

Het garanderen van de juiste integrale zorg omvat meer dan het verblijfsaspect van de ggz. Hiervoor lopen ook andere trajecten, zoals de (door)ontwikkeling van kwaliteitstandaarden. Zorgstandaarden en modules geven in meer of mindere mate inhoudelijke criteria. Daarnaast is het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) een traject begonnen voor een algemene module op- en afschalen. Voorlopig is dit stilgelegd omdat de meningen verschillen over hoe – via het NKO of langs de weg van de productstructuur – de normen ontwikkeld moeten worden.

Ook op regionaal niveau vinden in de diverse taskforces activiteiten plaats op het gebied van integrale zorg. In de regionale taksforces wordt aangegeven dat de juiste integrale zorg nauw samenhangt met een effectieve inzet van beschikbare capaciteit. Er wordt onder andere gekeken hoe de door- en uitstroom van cliënten bij ggz-aanbieders kan worden verbeterd.

Specifieke aandacht voor 18-/18+

Landelijke afspraak
Specifieke aandacht voor cliënten met de leeftijd 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 niet wenselijk dat een jeugdige bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar moet wisselen van behandelaar omdat deze wel door de gemeente, maar niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd is. Er wordt gestreefd naar continuïteit in de behandeling en de behandelaar. 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.

Afgesproken is dat het onderwerp 18-/18+ in lokaal/regionaal overleg wordt opgepakt. KPMG geeft aan dat concrete afspraken en/of acties rondom de overgang van 18- naar 18+ niet specifiek ter sprake zijn gekomen in de regionale taskforces. De deelnemers hebben wel aangegeven wachtlijstproblematiek te ervaren in de jeugd-ggz. Mogelijk wordt de overgang 18-/18+ in het vervolg nog onder de aandacht gebracht.

Daarnaast is er een landelijk initiatief om extra aandacht te krijgen voor het belang van een soepele overgang van 18- naar 18+. VWS organiseerde samen met andere partijen de Jongvolwassenentop op 27 november 2017. Wij verwachten dat afspraken over betere samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars op dit thema nog niet op de Jongvolwassenentop gemaakt zijn. Hiervoor moet een ander traject worden gevolgd. Dit wordt nader uitgewerkt. Met de branches gespecialiseerde Jeugdzorg is vanuit VWS afgesproken dat ze voor iedere jeugdige tijdig een integraal toekomstplan vaststellen. VWS zal de implementatie daarvan volgen.

Zorgaanbieders informeren zorgverzekeraars tijdig over lange wachttijden

Landelijke afspraak
Zorgaanbieders informeren zorgverzekeraars tijdig over lange wachttijden.

De verdeling van ggz-zorg over verschillende wetten vergt veel afstemming en samenwerking. Dat gaat niet altijd goed en is daarmee een belangrijke oorzaak van wachttijden in de ggz. Als er onvoldoende doorstroming en uitstroom is, stagneert de instroom. 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 cliënten zo snel mogelijk bij een juiste aanbieder terecht kunnen. Bij specialistische zorg zal dit vaak regionale of zelfs landelijke voorzieningen betreffen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zorgen voor voldoende van deze regionale en landelijke capaciteit.

KPMG geeft aan dat in de regionale taskforces niet expliciet is gesproken over het informeren van verzekeraars over lange wachttijden door zorgaanbieders.

Informatiepositie van de cliënt versterken en de transparantie vergroten

Inleiding en samenvatting

Soms ontstaan er wachttijden door een allocatieprobleem: bij de ene zorgaanbieder is geen plek, terwijl een andere zorgaanbieder nog wel ruimte heeft om cliënten te behandelen. Verzekerden kunnen bij lange wachttijden gebruik maken van wachtlijstbemiddeling door hun zorgverzekeraar. Dit kan helpen bij de verdeling van cliënten over de beschikbare zorgaanbieders. Eén van de problemen is dat verzekerden zich niet melden. Dat kan zijn omdat ze een voorkeur hebben voor de ggz-instelling waar zij op de wachtlijst staan, maar ook omdat zij niet weten dat zorgverzekeraars kunnen helpen de wachttijd te verkorten met behulp van wachtlijstbemiddeling. Bovendien kan de transparantie beter: het actuele zorgaanbod bij de verschillende aanbieders is niet altijd inzichtelijk. Het is daarom belangrijk dat cliënten en verwijzers (zoals huisartsen) juiste en volledige informatie krijgen over wachttijden. Cliënten kunnen zo tijdig geholpen worden. Ook moeten mensen meer worden gewezen op het bestaan van en hun recht op wachtlijstbemiddeling.

Er worden veel activiteiten ontwikkeld op het gebied van transparantie in de wachttijden, het informeren van de cliënt en het aanmoedigen om in actie te komen: een campagne 'wegvandewachtlijst', een meldactie bij ons en een aanpassing van de informatieverplichtingen van ggz-aanbieders. Afgelopen periode hebben deze acties op individueel niveau al geleid tot kortere wachttijden wanneer er via zorgbemiddeling een mogelijkheid was voor een andere zorgaanbieder.

De volgende stap is dat de goed geïnformeerde cliënt zich vanaf nu ook steeds vaker structureel zal melden bij de

zorgverzekeraar wanneer er sprake is van lange wachttijden. Dit leidt tot een kortere wachttijd indien wachtlijstbemiddeling mogelijk is. Daarnaast leidt het voor de zorgverzekeraar tot meer inzicht in de wachttijden en wachtlijsten.

De campagne 'wegvandewachtlijst' zal de ingezette trend naar verwachting voortzetten en versterken. We zien veel potentie in dit initiatief, maar dit moet nog wel worden waargemaakt. Ook zullen ggz-zorgaanbieders meer in hun rol moeten groeien om wachtenden te verwijzen naar de zorgverzekeraar voor wachtlijstbemiddeling, of direct naar een andere zorgaanbieder.

Hieronder staan de verschillende activiteiten om de informatiepositie van de cliënt te versterken en de transparantie rond wachttijden te vergroten in meer detail uitgewerkt.

Informeren van de cliënt over wachtlijstbemiddeling

Landelijke afspraak
Zorgaanbieders publiceren wachttijden en begeleiden cliënten die ze zelf niet kunnen behandelen naar een andere aanbieder.

GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en MIND werken samen met alle andere partijen aan de campagne 'wegvandewachtlijst'. De campagne is erop gericht om mensen te informeren over wat zij zelf kunnen doen wanneer zij op een wachtlijst staan. Daarnaast is het doel om de achterban van de deelnemende organisaties te betrekken en hen te laten weten wat zij aan andere mogelijkheden kunnen bieden aan mensen die op een wachtlijst staan. Deze campagne richt zich op plekken waar mensen die te maken hebben met wachttijden ook daadwerkelijk komen. Zoals de wachtkamers van huisartsen, ggz-aanbieders, wijkteams en Wmo-loketten.
Doelstellingen van de campagne zijn in eerste instantie het vergroten van de kennis van veldpartijen. Door deze partijen te enthousiasmeren en te betrekken, wordt er bewustzijn gecreëerd over de aanpak van wachttijden ggz. De wens is dat er een gedragsverandering bij betrokken stakeholders plaatsvindt. Dit moet ertoe leiden dat mensen die lang moeten wachten, weten wat ze daaraan kunnen doen, en hopelijk sneller zorg kunnen krijgen. Tot slot kunnen de resultaten van de campagne gedeeld worden met de media en politiek en andere relevante stakeholders. Om deze doelstellingen te bereiken zijn de volgende producten ontwikkeld: informatiebrieven voor ggz-aanbieders, huisartsen en gemeenten; een toolbox (zoals posters en flyers) en de website wegvandewachtlijst.nl.

In oktober 2017 vond het drukwerk plaats. Ggz-aanbieders, huisartsen en gemeenten kunnen vanaf eind oktober via de website een toolbox bestellen. Er zijn 2000 toolboxen gedrukt. Om de campagne meer aandacht te geven komt er een gezamenlijk persbericht en een nieuwsbericht op de website en social media kanalen. Op 24 oktober is de gezamenlijke campagne gelanceerd via een persbericht.

Half november zijn de eerste 200 bestelde toolboxen verstuurd en uitgedeeld op de algemene leden vergadering van GGZ Nederland. Een vervolgactie is dat GGZ Nederland huisartsenpraktijken gericht een e-mail stuurt met informatie over de campagne en de link om de toolbox te bestellen.

Naast het initiatief 'wegvandewachtlijst' is er ook in vier van de acht regionale taskforces aangegeven dat er onvoldoende inzicht is in de verschillende typen aanbod en actuele wachttijden bij de verschillende aanbieders in de regio. Hierdoor is er geen inzicht in alle mogelijkheden voor een cliënt. In twee regio's wordt reeds actie ondernomen om dit te verbeteren. Twee andere regio's gaan de komende periode verkennen hoe dit inzicht kan worden verkregen. Daarnaast geven verzekeraars in de regionale taskforces aan dat zij nog maar beperkt benaderd worden door cliënten voor zorgbemiddeling.

Actieplan NZa: Transparantieregeling zorgaanbieders ggz - publicatie van de wachttijden

Om mensen en verwijzers (zoals huisartsen) juiste en volledige informatie te geven over wachttijden, zijn zorgaanbieders in de ggz sinds 2010 verplicht om hun wachttijden te publiceren. Eind 2016 is een traject gestart om de manier van berekenen van de wachttijden te evalueren. Het doel is dat mensen die zorg nodig hebben keuzes kunnen maken op basis van volledige en betrouwbare informatie over de wachttijden. Het evaluatietraject heeft geleid tot aanpassingen in de regels. De grootste wijziging is dat de gemiddelde aanmeldwachttijd wordt berekend op basis van de gerealiseerde wachttijden van de laatste twee maanden (retrospectieve wachttijd). Daarnaast wordt de aanmeldwachttijd, wanneer van toepassing, uitgesplitst naar hoofddiagnosegroepen. Ook komt er één overzichtelijk bronbestand van de wachttijden voor alle zorgaanbieders. Zorgaanbieders hebben hiervoor een aanleverplicht. Deze gegevens kunnen dan bijvoorbeeld gebruikt worden voor de website 'kiezen in de ggz'. Op deze website kunnen mensen actuele informatie vinden over de wachttijden waardoor ze vervolgens een keuze kunnen maken voor aan ggz-aanbieder. Deze website is naar verwachting beschikbaar in het laatste kwartaal van 2018.

De nieuwe Transparantieregeling zorgaanbieders ggz gaat in op 1 januari 2018. Vektis gaat de wachttijdgegevens verzamelen. Wij krijgen de aangeleverde gegevens van Vektis en monitoren deze. Op die manier is er een uniform, actueel en vergelijkbaar overzicht van de wachttijden in de ggz en hoeven aanbieders deze maar één keer aan te leveren. Door de maandelijks aanlevering van de gegevens over de wachttijden zal een beter beeld ontstaan en kunnen knelpunten worden voorzien. Ook sluit de aanleverplicht bij Vektis aan bij het breed gedragen initiatief van de koepel van cliënten- en familieorganisaties in de ggz, ggz-aanbieders en zorgverzekeraars voor een nieuwe keuzewebsite voor patiënten in de ggz.

Realtime publiceren van wachttijden

In de landelijke afspraken ggz is opgenomen dat zorgaanbieders realtime hun wachttijden moeten publiceren op hun website. Dit is ook zo opgenomen in de transparantieregeling. Veldpartijen hebben met elkaar invulling gegeven aan het aanbieden van realtime wachttijdinformatie. Zo moeten ggz-aanbieders de wachttijden op hun website updaten als daar een goede reden voor is. Dit kan vaker zijn dan een keer per maand.

Actieplan NZa: melden bij de NZa

Mensen die te maken krijgen met lange wachttijden in de ggz hebben vaak een acuut probleem. Daarom hebben wij onze reguliere werkwijze aangepast. Zo zijn we op casusniveau met verzekeraars in gesprek gegaan om daar waar mogelijk problemen op te lossen. Daarnaast deed het televisieprogramma Kassa op 29 april 2017 een oproep aan mensen die te maken hebben met lange wachttijden in de ggz. Ze werden uitgenodigd om bij ons een melding te doen van lange wachttijden. Hier is gehoor aan gegeven en we hebben ruim 100 meldingen ontvangen. Uit ongeveer de helft van deze meldingen bleek dat de melder op dat moment te maken had met een (te lange) wachttijd. Ook meldden mensen over hun ervaringen met de lange wachtlijsten.

Een melder geeft aan dat er te weinig plekken zijn voor een traumabehandeling. Hij is meer dan drie jaar bezig geweest om op de juiste plek terecht te komen. Meerdere keren werd hij na een paar maanden weer naar een andere aanbieder verwezen. De wachttijd van meer dan een half jaar tot een jaar begon voor hem dan weer opnieuw.

Dit is een fictief voorbeeld op basis van echte meldingen.

Een deel van deze melders werd meteen door de zorgverzekeraar geholpen toen zij voor zorgbemiddeling belden. Voor een aantal melders was het minder eenvoudig op te lossen. We hebben, voor de melders die hiermee instemden, contact gezocht hun zorgverzekeraar om hun melding onder de aandacht te brengen. Daarbij moet opgemerkt worden dat voor een deel van wachtenden ggz-cliënten bellen met de zorgverzekeraar geen optie is, vanwege de stoornis die zij hebben of om privacy redenen.

Een melder heeft een wachttijd gekregen van zijn ggz-aanbieder die de Treeknorm ruim overschrijdt. Hij geeft aan gesproken te hebben met zijn zorgverzekeraar, maar geeft ook aan dat er geen oplossing lijkt te zijn. Wij zochten contact met zijn zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kon inderdaad niets doen aan de wachttijd bij de zorgaanbieder waar de melder zich had ingeschreven. Wat zijn zorgverzekeraar wel kan doen is helpen met zogenoemde 'overbruggingszorg' of het zoeken naar een andere ggz-aanbieder met een kortere wachttijd.

Dit is een fictief voorbeeld op basis van echte meldingen.

Zorgverzekeraars hebben vervolgens contact opgenomen met de melders om tot een oplossing te komen. Wij zijn vervolgens op de hoogte gesteld van de uitkomsten.
Ook in 2018 gaan we door met de meldactie. Cliënten die te lang moeten wachten op zorg, kunnen zich melden bij ons Meldpunt. Wij kunnen dan gericht actie ondernemen richting de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar.

Verbetering contractering, inkoop en bekostiging

Inleiding en samenvatting
In de afgelopen periode 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: Ook is in het eindrapport van het programma Continuïteit van zorg geconstateerd dat er onvoldoende beveiligde plaatsen zijn voor mensen zonder strafrechtelijke titel. In de zorgcontractering 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 cliënt 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.

Daarnaast spelen er ook op algemeen niveau een aantal issues rond contractering, inkoop en bekostiging in de ggz. Er worden contractafspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars die mogelijk tot financiële problemen bij een aanbieder kunnen leiden. Dit kan leiden tot minder aanbod als instellingen of vrijgevestigden hierdoor failliet gaan.

De implementatie van de uitbreiding van de acute ggz, beveiligde zorg en ambulante zorg blijft achter bij de landelijk gemaakte afspraken. De verschillende partijen zitten niet altijd op een lijn en zijn afwachtend als het gaat om (het financieren van) uitbreiding op deze onderdelen van de ggz. Voor de acute ggz werken we samen met partijen aan een passend en toekomstbestendig bekostigingsmodel. Dit bekostigingsmodel sluit aan bij de nieuwe kwaliteitsstandaard, de generieke module Acute psychiatrie. Er lijkt te worden gewacht op dit nieuwe bekostigingsmodel of op meer inzichten (vanuit een veldnorm of vanuit onderzoeken). Naast beperkte resultaten voor de acute ggz, beveiligde zorg en ambulante zorg, verloopt ook het maken van contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het algemeen soms moeizaam.

Om de wachttijden terug te dringen is het noodzakelijk dat zorgaanbieders èn zorgverzekeraars een gezamenlijke visie uitdragen en dit ook implementeren. Hierbij is het van belang dat beide niet wachten op externe factoren of partijen maar zo snel mogelijk zelf aan de slag gaan.

Hieronder staan de verschillende activiteiten op het gebied van de acute ggz, de beveiligde ggz, de ambulante zorg en op algemene issues rond contractering in meer detail uitgewerkt.

Inrichting acute ggz

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

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 als 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 lopen.

Opstopping of stagnatie op één plek beïnvloedt andere schakels. Het gevolg hiervan is onder andere lange wachttijden. Over de bekostiging van concrete voorstellen hebben wij geen informatie gehad. Met betrekking tot de stand van zaken in de acute ggz is onderstaande gerapporteerd.

Generieke module Acute psychiatrie

De generieke module Acute psychiatrie is een nieuwe richtlijn voor de acute ggz. Het beschrijft de nieuwe organisatie, de normen en ordening van de acute psychiatrische zorg. Deze kwaliteitsstandaard is in maart 2017 opgeleverd. Inschrijving van deze module bij het Kwaliteitsinstituut volgt nog. We werken op dit moment aan een passend en toekomstbestendig bekostigingsmodel voor de acute psychiatrische zorg volgens deze generieke module. We verwachten het advies voor de bekostiging van de acute ggz begin 2018 naar VWS te sturen. Het is de bedoeling dat het nieuwe bekostigingsmodel per 2019 wordt ingevoerd. We merken hierbij op dat de implementatie en naleving van de generieke module niet op alle punten hoeft te wachten op invoering van het bekostigingsmodel in 2019.

Crisisbedden en BOPZ-bedden

In het implementatieplan van de generieke module Acute psychiatrie staat dat er bestuurlijke afspraken op regionaal niveau komen over crisis- en BOPZ-bedden. MIND herkent deze afspraken op regionaal niveau niet. GGZ Nederland en ZN geven aan dat beschikbare crisisbedden en crisisbehandelingen (ter voorkoming van opname) belangrijk zijn voor het bekostigingsadvies. De generieke module vormt hiervoor het uitgangspunt. Pas als er een passende bekostiging is, kunnen zij de module implementeren en kan het beschikbaar houden van een crisisbed geregeld worden in elke regio. Op dit moment maken GGZ Nederland en ZN in elke regio, zover mogelijk binnen de huidige bekostiging en keten, afspraken over het beschikbaar houden van de crisisfunctie en bijbehorende bedden. Dit zijn de reguliere afspraken tussen zorgverzekeraars en aanbieders op crisiszorg.

Een wachttijd voor vrijwillige crisisopname komt nog steeds voor. GGZ Nederland en ZN geven aan dat dit gaat om situaties die niet de hoogste urgentie hebben. GGZ Nederland en ZN meldden dat in de crisisbehandeling steeds meer ingezet wordt op intensieve thuisbehandeling om opname te voorkomen. MIND merkt dit niet in de praktijk en noemt daarbij dat het aantal Intensive Home Treatment-teams (IHT) nog klein is. Daarnaast geeft MIND aan dat wanneer er wel voldoende plek is, het alsnog moeilijk is om een crisisbed te vinden. Zij constateren dat er een slechte toegang is tot crisisbedden. Ook krijgen zij signalen dat mensen te vroeg ontslagen worden omdat een andere cliënt urgenter is. GGZ Nederland is van mening dat een passende

bekostiging de uitbreiding van het aantal IHT-teams en het aantal beschikbare (lege) crisisbedden stimuleert.

Time-out voorzieningen

Een time-out voorziening is niet gericht op behandeling. Dit is een plek waar mensen, na verwijzing, naartoe kunnen gaan omdat de thuissituatie bijvoorbeeld moet stabiliseren. De behandelaar van de cliënt die gebruik maakt van de time-out voorziening blijft verantwoordelijk. Deze bedden zijn van belang in de wachttijdenproblematiek omdat zij onnodig medicijngebruik voorkomen en de druk op crisiszorg verkleinen. Omdat in een dergelijke voorziening geen behandeling plaatsvindt, valt dit onder de Wmo en daarmee onder de regie en uitvoering van gemeenten. MIND geeft aan dat er vaak onduidelijkheid bestaat over wie er precies voor moet betalen: de gemeente of de zorgverzekeraar. Een dergelijke voorziening hoeft ook niet perse door een ggz-organisatie geregeld te worden. Er komen dankzij de verwarde personen discussie wel meer initiatieven. Zo heeft een zorgverzekeraar samen met een gemeente een logeerhuis geopend. Dit gebeurt niet op structurele wijze. MIND verwijst naar het tussenrapport van het Schakelteam personen met Verward Gedrag, waarin staat dat er niet genoeg time-out bedden beschikbaar zijn en deze gemist worden door cliënten en hun naasten.

Beveiligde ggz voor cliënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen

Landelijke afspraak
De inkoop van beveiligde ggz voor cliënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen, wordt direct verhoogd.

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, met mogelijk een verhoogde vraag om beveiligde zorg als gevolg.

Zowel bij aanbieders als bij verzekeraars zijn de knelpunten in de regio's voor civielrechtelijke beveiligde zorg op dit moment zichtbaar. De inkoop van beveiligde ggz voor cliënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen is in de afgelopen periode – in tegenstelling tot de gemaakte afspraken – nog nauwelijks structureel verhoogd. Wij hebben signalen ontvangen dat aanbieders de extra inkoop in de gesprekken met zorgverzekeraars hebben geagendeerd, maar dat dit niet leidt tot structurele oplossingen. Pas bij schrijnende individuele gevallen komt er beweging bij zorgverzekeraars. GGZ Nederland heeft namens ggz-instellingen ook melding gedaan bij ons over het

achterblijven van de inkoop van beveiligde bedden. ZN geeft aan dat ggz-aanbieders volgens zorgverzekeraars niet met concrete plannen of aanvragen komen.

Aanbieders vinden het lastig een getal te noemen voor het aantal plekken dat ze structureel zouden willen en kunnen bieden. Verzekeraars weten niet hoeveel plekken ze moeten inkopen. Er wordt nu gewerkt aan een veldnorm waaruit moet blijken wat het capaciteitstekort is. In de veldnorm staat zowel de kwaliteit, de kwantiteit als de organisatie van de keten centraal. De veldnorm is 1 april 2018 klaar en heeft een verplicht karakter zodra die bij het Zorginstituut is ingediend.

Ambulante zorg

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

Nu de klinische capaciteit in de ggz afgebouwd wordt, is het van groot belang dat ambulante zorg evenredig en met gelijke snelheid wordt opgebouwd. Wanneer dit niet of onvoldoende gebeurt, leidt dit tot wachttijden en/of inadequate zorg voor (ambulante) behandeling. Of zelfs tot crises, omdat mensen niet tijdig de zorg ontvangen die zij nodig hebben.

Het Trimbos-instituut heeft in haar Monitor ambulantisering 2016 aangegeven dat de opbouw van de ambulante zorg te langzaam gaat. Deze opbouw moet versneld plaatsvinden. Bovendien is het belangrijk dat mensen die niet meer primair behandeling, maar vooral sociale begeleiding en ondersteuning nodig hebben, sneller doorstromen naar bijvoorbeeld gemeentelijke voorzieningen uit de Wmo. Als deze doorstroom niet of onvoldoende tot stand komt, kan de ambulante en klinische behandelcapaciteit niet doelmatig worden ingezet voor mensen die op behandeling wachten. Met andere woorden: als passende doorstroom tijdig plaatsvindt, komt er meer ambulante en klinische behandelcapaciteit vrij.

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden voor uitbreiding van de ambulante zorg en de ontwikkeling van de ambulante zorg, heeft VWS opdracht gegeven tot een aantal onderzoeken:

- Een verdiepend (actie)onderzoek naar ambulantisering in de regio Dordrecht door onderzoeksbureau Significant.
- De jaarlijkse monitor ambulantisering wordt in 2017 uitgebreid met extra kwalitatief onderzoek door het Trimbos-instituut.

- Een quickscan van de plannen van zorgaanbieders voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod en de financiering van zorgverzekeraars. Deze quickscan wordt gedaan door het Trimbos-instituut en wordt verwacht in maart 2018.

Omdat het Trimbos-instituut uitgebreid in zal gaan op de voortgang van de afspraak over ambulantisering in het voorjaar van 2018, gaan wij in deze rapportage niet diepgaand op het onderwerp in. Wel wijzen wij ggz-aanbieders graag op het inspiratiedocument dat door GGZ Nederland is opgesteld. Hierin worden aanbieders geholpen bij het voeren van het in-/verkoopgesprek met zorgverzekeraars en gemeenten over de opbouw van ambulante zorg. Zo wordt gewezen op de mogelijkheid om bijvoorbeeld extra volumeafspraken te maken voor FACT- of IHT-teams. Bovendien wordt gewezen op de € 288 onderschrijding en het benutten van deze financiële middelen. Daarnaast wordt gewezen op de IPS-methodiek om mensen met een psychische kwetsbaarheid te ondersteunen in re-integratie op hun werk en de mogelijkheid om hierover in de contractering afspraken te maken.

Actieplan NZa: analyse en beoordelen contractvoorwaarden gespecialiseerde ggz

Naast specifieke onderdelen van de ggz, zoals acute en beveiligde ggz, zien we ook op algemeen niveau dat bepaalde kanten van de contractering in de gespecialiseerde ggz kunnen leiden tot langere wachttijden. Een voorbeeld hiervan is het omzetplafond. Een zorgaanbieder spreekt dan met de zorgverzekeraar af dat zij zorg leveren tot het omzetplafond is bereikt. Daarna nemen ze in principe geen nieuwe cliënten (van de desbetreffende verzekeraar) meer aan. Een ander voorbeeld is de gemiddelde prijs per cliënt. Dit houdt in dat er een gemiddelde prijs per verzekerde is en de zorg voor deze prijs geleverd moet worden aan een verzekerde. Duurdere cliënten worden door dergelijke afspraken 'onaantrekkelijk'. Deze afspraken hebben als doel om de zorg betaalbaar te houden, maar kunnen ook de toegankelijkheid van ggz-zorg beïnvloeden.

Ondanks de inspanningen om de contractering transparanter te maken, zien we dat de onderhandelingen in een aantal gevallen moeizaam verliepen. Bijvoorbeeld als gedurende het jaar blijkt dat het omzetplafond wordt bereikt en de zorgaanbieder aanvullende financiële afspraken wil maken, stagneren in sommige gevallen de gesprekken. Soms leidt dit tot een (publiekelijke aangekondigde) cliëntenstop.

Over de contractvoorwaarden hebben we gesproken met brancheorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarnaast hebben we verschillende werkbezoeken afgelegd bij zorgaanbieders. In deze gesprekken zijn onder andere contractvoorwaarden in zijn algemeenheid besproken, het verloop van het contracteerproces en knelpunten die daarin worden ervaren. Daarbij is gekeken welke rol contractvoorwaarden spelen in het contracteerproces. We hebben goede voorbeelden gezien van zorgaanbieders die 'in control' zijn en kunnen goed sturen op zowel de zorginhoudelijke kant als de financiële kant van de zorgverlening.

De NZa heeft de afgelopen tijd actiever bemiddeld tussen zorgaanbieders/zorgverzekeraars en (dreigende) cliëntenstops beoordeeld. Het meest in het oog springende voorbeeld daarvan is de zorginstelling Emergis, waarbij partijen vastgelopen waren in de onderhandelingen. Ons belangrijkste doel bij deze soort bemiddeling is dat stevige onderhandelingen niet ten koste mogen gaan van de zorg voor (toekomstige) cliënten in de regio. Van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars verwachten wij dat er in het kader van toegankelijkheid van zorg altijd constructief overleg wordt gevoerd.

Na onze gesprekken en bezoeken hebben we de volgende lijst met succesfactoren voor het maken van goede afspraken in de contractering en inkoop opgesteld:

- Zorgverzekeraars hebben inzicht in de verzekerdenpopulatie en het zorgaanbod bij de aanbieder. Gedetailleerd inzicht in zorgvraag en -aanbod ondersteunt het maken van afspraken waarbij de grootste knelpunten (in termen van wachttijd) gericht worden aangepakt.
- Zorgaanbieders maken de effectiviteit en doelmatigheid van hun behandelingen inzichtelijk. Zorgaanbieders kunnen zo aantonen dat zij zelfstandig en gericht eventuele ondoelmatige werkwijzen aanpakken.
- Duidelijkheid over welke informatie zorgaanbieder en zorgverzekeraar zelf nodig hebben, inzicht in wat de ander nodig heeft;
- Als er duidelijkheid is over welke informatie nodig is, moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars zorgen voor goede informatiestromen tussen beide. Daarnaast biedt de zorgaanbieder een actueel overzicht van de wachttijden.
- Zorgaanbieders kunnen onderbouwen wat het gevolg is van een tekort aan financiële middelen op de wachttijden én hoe eventuele extra middelen de toegankelijkheid van zorg ten goede komen.
- Zorgaanbieder en zorgverzekeraar gaan tijdig in gesprek met elkaar om cliëntenstops te voorkomen.

- Zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben oog voor maatwerk en de mogelijkheid van aanpassing van financiële afspraken gedurende het jaar.

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

> We hebben gezien dat een aanbieder informatie richting de zorgverzekeraars op een inzichtelijke manier kan verstrekken. Zo is er inzicht in de wijze waarop zorg wordt verleend, hoe zorg het beste verleend kan worden en wat de effectiviteit van behandelingen is. De aanbieder kan daarmee sturen op zowel de zorginhoudelijke kant als de financiële kant van de zorgverlening. Deze factoren zijn essentieel voor het gesprek tussen de aanbieder en verzekeraar.

Naast de inkoop van 'reguliere' zorg hebben veel zorgaanbieders plannen om verbeteringen van zorg door te voeren of innovaties te implementeren. Bij dit soort plannen zijn effecten soms pas jaren later merkbaar. Een contract dat voor één jaar wordt afgesloten, biedt dan onvoldoende mogelijkheden. Enerzijds voor de zorgaanbieders om goed te onderbouwen wat het effect voor hun zorgverlening. En anderzijds voor de zorgverzekeraars om verantwoorde lange termijn investeringen te doen. Afspraken voor een langere termijn dan één jaar (bijvoorbeeld in de vorm van meerjarencontracten) kunnen hierbij helpen. Via de zorginkoop hebben zorgverzekeraars veel sturingsmogelijkheden, richting de zorgaanbieders waar ze contracten mee sluiten en richting de gehele sector. Zorgverzekeraars dienen deze mogelijkheden maximaal te benutten om de wachttijden te verminderen en daarmee de toegankelijkheid van zorg te borgen. De contractrelatie biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars de kans om bij wachttijden gedetailleerd na te gaan hoe en voor welke cliëntgroepen de knelpunten ontstaan. Met dit inzicht zijn ze in staat om afspraken te maken die ten goede komen aan groepen waarvan bekend is dat er lange wachttijden voor zijn, zoals autisme en persoonlijkheidsstoornissen. Wat er nodig is kan per organisatie verschillen; zoals sturing op doelmatigheid, uitbreiden van e-health toepassingen, specifieke opleidingsplekken en extra middelen die geoormerkt zijn voor bijvoorbeeld bepaalde doelgroepen.

We blijven in gesprek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars om het effect van contractvoorwaarden op de toegankelijkheid te monitoren. Hierbij zullen we specifiek kijken naar het effect van contractvoorwaarden, zoals naar de gemiddelde prijs per cliënt, het omzetplafond, de

doorleverplicht, de absolute hoogte van tarieven en de wachttijden in de ggz. Ook gaan we nader onderzoek doen naar de vraag of door omzetplafonds bij vrijgevestigden capaciteit voor het reduceren van wachttijden onbenut blijft.

Tegengaan tekorten op de arbeidsmarkt

Inleiding en samenvatting

Er zijn verschillende analyses gedaan naar de wachttijden in de ggz. Hieruit blijkt dat het probleem meerdere oorzaken kent. In onze brief aan de minister over integrale en waardegedreven zorg geven we ook aan dat niet één organisatie dit zelf kan oplossen. Een gezamenlijke aanpak is noodzakelijk.

> Uit onderzoek van inkooporganisatie Intrakop en accountant Verstegen wordt duidelijk dat de ggz moeite heeft met het vinden van genoeg geschikt personeel. Het totaal aantal vacatures in deze sector is in 2016 met 28,5% gestegen. Van de openstaande vacatures (in 2016 ongeveer 5000) waren er bijna duizend moeilijk te vullen.

Een van de oorzaken van de wachttijden in de ggz is onvoldoende specifieke behandelcapaciteit en daardoor onvoldoende zorg op de juiste plek. Dit wordt deels veroorzaakt door een (toenemend) personeelstekort in de ggz en een krappe arbeidsmarkt. Hierdoor is het moeilijk om voldoende goed opgeleid personeel te vinden. Hieronder wordt ingegaan op activiteiten om de tekorten op de arbeidsmarkt tegen te gaan.

De oplossing voor de krapte op de arbeidsmarkt voor professionals in de ggz lijkt simpel: zorg dat er meer mensen opgeleid worden voor de ggz. Maar zo eenvoudig is het niet. Het verhogen van de opleidingscapaciteit is een maatregel die pas op de langere termijn effect heeft op de wachttijden. Het opleiden van deze zorgverleners kost namelijk tijd en doet in de tussentijd juist een extra beroep op de capaciteit van behandelaren in de sector. De maatregelen om de opleidingscapaciteit uit te breiden, zullen daarom op korte termijn nog niet leiden tot kortere wachttijden. GGZ Nederland werkt ook aan andere oplossingen voor het tekort op de arbeidsmarkt. Het is nog onduidelijk wat deze oplossingen gaan opleveren voor de capaciteit en daarmee voor de wachttijden. Bovendien moet gekeken worden hoe nieuw opgeleide zorgprofessionals ook aan de slag gaan waar de nood het hoogst is. Regio's en instellingen met moeilijk te vullen vacatures moeten ook aantrekkelijke plekken zijn om te werken.

Verruimen opleidingscapaciteit en behoud personeel

Landelijke afspraak
Verruimen opleidingscapaciteit verschillende beroepsgroepen in de ggz.

Voor het personeelstekort is afgesproken dat de minister van VWS de opleidingscapaciteit van de beroepen zal verruimen om het tekort aan behandelcapaciteit aan te pakken. De minister volgt daarbij het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan. De aanpak voor cliënten met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek heeft daarbij prioriteit. Daarnaast wordt voor de verpleegkundig specialist ggz aanvullend op het maximumadvies de opleidingscapaciteit verruimd.

Overheid

De minister van VWS heeft een aantal opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld voor de beroepen gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en de verpleegkundig specialist ggz. Hierbij heeft VWS het maximumadvies gevolgd van het Capaciteitsorgaan. In Tabel 2 staan de precieze aantallen van de beschikbaar gestelde opleidingsplaatsen per beroep per jaar.

Tabel 2. Aantal beschikbare opleidingsplaatsen in de ggz

Beroep	Aantal plekken 2015-2017	Aantal plekken 2018
Gz-psycholoog	500	610
Psychotherapeut	120	224
Klinisch psycholoog	140	255
Klinisch neuropsycholoog	20	27
Verpleegkundig specialist ggz	87	102

In het kader van de opleidingscapaciteit is daarmee voldaan aan de gemaakte landelijke afspraak. Daarnaast heeft de minister aangegeven de ggz-sector uitdrukkelijk op te roepen om de opleidingsplaatsen, die buiten de beschikbaarheidsfinanciering om worden gerealiseerd, niet te minderen.

Zorgaanbieders

Door de personeelstekorten staat de interne opleidingscapaciteit onder druk. Het is voor instellingen in tijden van arbeidsmarktkrapte moeilijker om beschikbare capaciteit vrij te maken om mensen op te leiden. Toch geven ggz-instellingen aan dat zij niet bezuinigen op het aantal opleidingsplekken en zo nodig binnen hun financiële

mogelijkheden boven-budgettair (voor rekening van de instelling) mensen opleiden.

Alleen het opleiden van meer mensen is niet de oplossing. Er is namelijk ook sprake van structureel minder aanbod van personeel, bijvoorbeeld door pensionering.

> Uit verschillende hoeken krijgt de NZa signalen dat psychiaters uit dienst gaan bij ggz-instellingen en zich als zzp'er laten inhuren. Dit leidt enerzijds tot een stijging in de zorgkosten en anderzijds tot minder beschikbaarheid voor bijvoorbeeld het draaien van crisisdiensten. Dit leidt vervolgens weer tot extra werkdruk bij degenen die nog wel in dienst zijn van instellingen, wat deze situatie verder versterkt. Een genoemde oplossingsrichting is het verplichten van het draaien van crisisdiensten voor (her)registratie van psychiaters. We roepen veldpartijen op om gezamenlijk na te denken over hoe om te gaan met deze ontwikkelingen.

Naast uitbreiding van de opleidingscapaciteit wordt ook nagedacht over minder voor de hand liggende oplossingen voor een structureel arbeidsmarkttekort. De verkenning daarvan is begin 2018 gepland. Het gaat bij het terugdringen van personeelstekorten niet alleen om het binnenhalen van nieuw personeel, maar vooral ook om het behouden van personeel. Zo pleit GGZ Nederland voor een meerjarenafspraak over ruimere scholingsbudgetten om de verwachte tekorten voor verpleegkundigen voor te zijn. Ook gaan zij in overleg met hogescholen voor verhoging van de studentenaantallen en oplossingen voor stageproblematiek.

Ook op regionaal niveau worden initiatieven ontplooid, zoals het verkennen in hoeverre de regio gezamenlijk kan investeren in de verruiming van het opleidingsaanbod in de regio. Denk bijvoorbeeld aan cofinanciering van opleidingen vanuit de ggz-aanbieders in de regio. Een grote instelling verzorgt daarbij de opleiding, maar zorgt voor terugkeergarantie van de medewerker naar de cofinancierende ggz-aanbieder zodra de opleiding is afgerond. Ook geven een aantal regio's aan dat zij het gevoel hebben dat de opleidingsplekken niet altijd goed zijn verdeeld over het land. De indruk bestaat dat mensen vaak daar settelen waar de opleidingsplek is en hierdoor de verdeling binnen Nederland niet optimaal is.

Overige activiteiten

Tot slot zijn er een aantal activiteiten die niet onder een van de thema's vallen. Het betreft de uitbreiding van e-health en het uitvragen van verbeterplannen bij zorgverzekeraars. In onderstaande twee paragrafen worden deze twee onderdelen verder uitgewerkt.

Uitbreiding e-health

Landelijke afspraak
Stimuleren van e-health.

In de ggz kan meer gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden van e-health. Met e-health en informatie-uitwisseling kunnen cliënten die op de wachtlijst staan eerder worden geholpen. Ook kan er al intensiever contact zijn tussen de behandelaar en de cliënt op de wachtlijst. Verergering van de klachten kan zo worden voorkomen. Ook wordt e-health ingezet om medicijngebruik te voorkomen, mensen zelfredzamer te maken en zo de groei van de vraag naar ggz in goede banen te leiden. Verbeterde informatie-uitwisseling draagt bij aan effectievere zorgverlening en samenwerking, wat ook bijdraagt aan het terugdringen van de wachttijden. Investeringen in e-health zorgen ervoor dat de ggz in de toekomst beter is uitgerust om het groeiend aantal cliënten te kunnen helpen.

Op de VWS-begroting is voor 2018 € 25 miljoen beschikbaar gesteld om e-health uit te breiden en toegankelijker te maken. Ook in 2019 komt ditzelfde budget beschikbaar. Op dit moment werkt VWS samen met de sector aan de concrete invulling van de landelijke afspraken. Daarin worden niet alleen instellingen, maar ook vrijgevestigden meegenomen.

Naar verwachting zal het plan van aanpak aan het einde van 2017 gereed zijn en in 2018 en 2019 worden uitgevoerd.

Ook op regionaal niveau wordt het belang van het inzetten van meer e-health gezien en worden diverse initiatieven opgezet. De oproep is vooral om meer ervaringen uit te wisselen, initiatieven rond e-health op elkaar aan te laten sluiten en te kijken hoe we de wachttijden door de inzet van e-health kunnen terugdringen.

Actieplan NZa: Rapportages zorgverzekeraars over gevraagde verbeteringen op het gebied van zorgplicht en wachttijden
We hebben zorgverzekeraars in 2016 gevraagd om plannen aan te leveren om de wachttijden in de ggz te verminderen. We hebben informatie gevraagd over structureel inzicht in de wachttijden en over de oorzaken van overschrijdingen. Daarnaast hebben we een plan van aanpak uitgevraagd met concrete acties die worden genomen en de termijn waarbinnen het plan wordt geïmplementeerd. We hebben de door zorgverzekeraars aangeleverde (en aangevulde) informatie beoordeeld. In juni 2017 hebben we in de Commissie Toezicht aan alle verzekeraars een algemene terugkoppeling gegeven. Ook hebben we alle zorgverzekeraars individueel terugkoppeling gegeven over hun plan van aanpak. Deze terugkoppeling is gevolgd door

een gesprek. In de Commissie Toezicht van 7 december is het onderwerp nogmaals met elkaar besproken.

Het opvragen en beoordelen van de plannen van aanpak van zorgverzekeraars heeft opgeleverd dat wij de urgentie van de problematiek nogmaals duidelijk hebben kunnen maken aan zorgverzekeraars. Dit gevoel van urgentie wordt breed gedeeld. Daarbij hebben wij uit de gesprekken en de verbeterplannen kennis kunnen nemen van verschillende voorbeelden van concrete acties om de wachttijden terug te dringen. Daarnaast heeft het verzoek om plannen van aanpak en de gesprekken hierover opgeleverd dat zorgverzekeraars een inventarisatie van de problematiek hebben gemaakt en bewust zijn gaan nadenken over hun verantwoordelijkheid en de rol die zij in deze problematiek moeten nemen.

Tegelijkertijd maken we ons zorgen. Niet elke zorgverzekeraar ziet de mogelijkheden of pakt het even goed op. Wij zien verschillen in de rolopvatting van zorgverzekeraars. Er zijn zorgverzekeraars die zich uitgebreid inzetten om samen met aanbieders en/of gemeenten de problemen van de wachttijden breed aan te pakken. Sommige zorgverzekeraars hebben een meer afwachtende houding en nemen pas actie als een verzekerde contact opneemt. Uit de gesprekken blijkt bovendien dat het merendeel van de zorgverzekeraars zijn sturingsmogelijkheden als beperkt ervaart.

Wij vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars proactief handelen en niet pas in actie komen als een verzekerde contact opneemt. Bij veel cliënten is zorgbemiddeling een onbekend fenomeen. Daarnaast is het niet voor elke ggz-cliënt even makkelijk om zelf actief contact op te nemen met de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars moeten zich daarom niet alleen reactief opstellen, maar moeten ook proactief de wachtlijsten aanpakken. Dat er mogelijkheden zijn, blijkt uit de verschillende concrete acties die door sommige zorgverzekeraars worden ondernomen. We roepen alle zorgverzekeraars op om extra stappen te zetten en initiatieven te nemen om de wachttijden in de ggz binnen de Treeknormen te krijgen. Het oplossen van wachttijdproblematiek is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Wij streven ernaar om initiatieven die hierin worden genomen te faciliteren of te ondersteunen. We stimuleren daarbij dat zorgverzekeraars:

- Inzicht verzamelen in de problematiek door proactief actuele wachttijdinformatie te verzamelen en te monitoren.

- Handelen richting verzekerden door te bemiddelen en bijvoorbeeld het initiatief 'wegvandewachtlijst' te ondersteunen en uit te dragen.
- Samenwerken met zorgaanbieders om (contractuele) afspraken te maken, landelijke afspraken ggz te implementeren en in contact te blijven met zorgaanbieders over knelpunten bij wachttijden. Hierbij dient specifieke aandacht besteed te worden aan cliëntgroepen waarvan bekend is dat er lange wachttijden bestaan.
- Zich melden bij andere partijen wanneer de problemen niet door henzelf opgelost kunnen worden.

Het traject ons en de plannen van aanpak van zorgverzekeraars heeft een functie van bewustwording en stimulering. We gaan nu een volgende fase in. Een fase van het verder operationaliseren van acties en het behalen van resultaten. Het plan van aanpak is daarbij niet een bindend kader dat het handelen van de zorgverzekeraar beperkt. Het gaat erom dat de zorgverzekeraar alles doet wat in zijn mogelijkheid ligt om de wachttijden omlaag te krijgen. Wij houden contact met de zorgverzekeraars over de voortgang en intensiveren waar nodig. Uiteindelijk telt voor ons het resultaat: een afname van de wachttijden in de ggz.

Tabellen

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.

Afspraken	Stand van zaken	Input geleverd door:
Verbeteren regionale en lokale ketensamenwerking		
De beschikbare capaciteit aan behandelaren wordt op effectieve wijze ingezet.	Dit onderwerp wordt door de regio's, waar een regionale taskforce actief is, gezien als een belangrijk knelpunt. Het wordt daar opgepakt.	KPMG VWS
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.	Hier zijn geen nadere afspraken over gemaakt. In de regio's waar een regionale taskforce actief is, wordt dit gezien als onderdeel van het effectiever inzetten van de beschikbare capaciteit.	KPMG
Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten zorgen ervoor dat ggz-cliënten op tijd de juiste integrale zorg van de juiste behandelaar krijgen.	Dit wordt deels ingevuld via de Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf. Verder wordt het besproken in de regionale taskforces; waar is aangegeven dat de juiste integrale zorg nauw samenhangt met een effectieve inzet van beschikbare capaciteit.	GGZ Nederland KPMG MIND VNG ZN
Specifieke aandacht voor 18-/18+	VWS organiseert de Jongvolwassenentop om extra aandacht te genereren voor het belang van een soepele overgang van 18- naar 18+. Dit onderwerp zou ook regionaal worden aangepakt, maar de regio's hebben deze doelgroep niet naar voren gebracht.	KPMG VWS
Zorgaanbieders melden zich tijdig bij zorgverzekeraars als lange wachttijden dreigen te ontstaan.	Dit zou regionaal worden opgepakt, maar in de regio's met een regionale taskforce is dit onderwerp niet naar voren gekomen.	KPMG

Afspraken	Stand van zaken	Input geleverd door:
Informatiepositie van de cliënt versterken en transparantie vergroten		
Zorgaanbieders publiceren wachttijden en begeleiden cliënten die ze zelf niet kunnen behandelen naar een andere aanbieder.	Wachttijden worden op de website gepubliceerd volgens de Transparantieregeling zorgaanbieders ggz. Daarnaast krijgen zorgaanbieders een aanleverplicht bij Vektis per 1-1-2018, zodat er een centraal bronbestand ontstaat. Eind 2017 is een campagne 'wegvandewachtlijst' gestart. Wachtenden krijgen informatie over de mogelijkheden om sneller zorg te krijgen. Daarnaast worden verschillende partijen geactiveerd om wachtenden te informeren en te bemiddelen naar een andere aanbieder.	GGZ Nederland MIND ZN
Verbeteren contractering, inkoop en bekostiging		
De inkoop van beveiligde ggz voor cliënten die agressief of gevaarlijk gedrag vertonen wordt direct verhoogd.	Over de extra inkoop van beveiligde ggz is geen overeenstemming tussen de verschillende partijen, met als gevolg dat ons niet bekend is geworden dat op dit terrein activiteiten zijn ondernomen.	GGZ Nederland ZN
Zorgaanbieders doen concrete voorstellen aan zorgverzekeraars over wat er nodig is om de acute ggz in te richten. Zorgverzekeraars bekostigen goede voorstellen.	Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn in gesprek en maken binnen de huidige bekostiging en ketens afspraken. De huidige situatie is niet ideaal voor de acute ggz, daarom werken we aan een nieuw bekostigingsmodel. De ggz-sector lijkt te wachten op ons bekostigingsadvies voor het verder invullen van acute zorg.	GGZ Nederland MIND ZN
Zorgaanbieders stellen concrete, integrale plannen op voor de opbouw van het ambulante zorgaanbod.	Voorbereidende fase: er worden verschillende onderzoeken gedaan. Vanuit GGZ Nederland is een inspiratiedocument opgesteld waarin staat wat ggz-aanbieders kunnen doen. Het Trimbos-instituut monitort de ambulantisering en rapporteert hierover.	VWS

Afspraken	Stand van zaken	Input geleverd door:
Tegengaan tekorten op de arbeidsmarkt		
Zorgaanbieders houden opleidingscapaciteit op peil en breiden die waar mogelijk uit.	Ggz-instellingen bezuinigen niet op het aantal opleidingsplekken en leiden mensen op wanneer nodig. Soms bovenbudgettair.	GGZ Nederland
De minister zal de opleidingscapaciteit van de betreffende beroepen verruimen door het volgen van het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan.	Gedaan	VWS
Voor de verpleegkundig specialist ggz wordt aanvullend op het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan de opleidingscapaciteit verruimd.	Gedaan	VWS
Overige activiteiten		
De inzet van e-health wordt stevig uitgebreid en beter toegankelijk gemaakt.	Dit is nu in aanloopfase: VWS heeft zowel voor 2018 als voor 2019 € 25 miljoen beschikbaar gesteld. VWS werkt tevens samen met de sector aan een plan voor invulling.	KPMG VWS
Aandacht voor cliëntgroepen met de langste wachttijden.	Bij de casuïstiek-aanpak van Significant wordt specifiek gekeken naar deze cliëntgroepen, te weten autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek.	Significant

Gemiddelde wachttijden in november 2017

Hoofddiagnosegroep	Aanmeldwachttijd in weken*	Wachttijd tot behandeling in weken **
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	4,4	2,6***
Somatoforme stoornissen	4,8	3,7***
Depressieve stoornissen	6,0	6,7***
Eetstoornissen	6,0	5,4***
Overige stoornissen kindertijd	7,3	Niet beschikbaar
Angststoornissen	6,7	8,7***
Bipolair en overige stemmingsstoornissen	6,9	5,8***
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen	7,7	7,8***
Persoonlijkheids-stoornissen	8,2	9,8***
Pervasieve stoornissen	10,1	8,7***
Geen onderscheid naar hoofddiagnosegroepen	6,0	3,9***

** Treeknorm is 4 weken; ** Treeknorm is 10 weken tot behandeling;
*** Wachttijd tot diagnose is samen genomen met wachttijd tussen diagnose en behandeling.

Op basis van de data van Mediquest is de gemiddelde aanmeldwachttijd en behandelwachttijd berekend. Mediquest haalt de gegevens direct van de websites van ggz-aanbieders. De indeling naar hoofddiagnosegroepen is gebaseerd op de DSM-IV. De cijfers betreffen een momentopname van half november. Het is niet mogelijk om de cijfers een op een te vergelijken met de eerder gepubliceerde wachttijden per hoofddiagnosegroep in onze Marktscan ggz 2016. De gegevens over hoofddiagnosegroepen in de marktscan zijn namelijk gebaseerd op een andere bron, namelijk gedeclareerde dbc's uit het dbc-informatiesysteem (DIS).

De keuze is gemaakt om in deze rapportage de cijfers te baseren op de Mediquest-gegevens omdat dit de meest actuele stand van zaken weergeeft. Cijfers gebaseerd op DIS-data lopen per definitie achter op het zorgjaar omdat het gedeclareerde dbc's betreft.

De vier groepen waar de focus op ligt (personen met autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma en licht verstandelijke beperkingen in combinatie met ggz-problematiek) vallen als volgt in deze indeling:

- Een autistische stoornis valt onder de hoofdgroep pervasieve ontwikkelingsstoornissen;
- Persoonlijkheidsstoornissen is een hoofddiagnosegroep;

*

1

2

3

- Trauma in de vorm van posttraumatische stress-stoornis valt onder de angststoornissen;
- Een verstandelijke beperking is an sich geen diagnose voor de curatieve ggz. Mensen met een verstandelijke beperking komen in aanmerking voor een dbc als er sprake is van een andere stoornis, die wel behandeld kan worden. Zij kunnen daarom in elk van de hoofddiagnosegroepen zitten.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

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

Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

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