

Rapport

Initiatieven van ziekenfondsen en zorgkantoren bij wachtlijsten

Publicatienummer 15

Uitgave

College van toezicht op de zorgverzekeringen
Postbus 459
1180 AL Amstelveen
Fax (020) 34 75 766
E-mail info@ctz.nl
Internet www.ctz.nl

Auteurs

A. Cornelissen, E. Koek, H. Lieverdink (projectleider) en
M. Rooseboom

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
1	1.a. Aanleiding
1	1.b. Doel- en vraagstelling
2	1.c. Normatieve kader
4	1.d. Methode van onderzoek
5	1.e. Leeswijzer
6	2. Medisch-specialistische zorg
6	2.a. Inleiding
6	2.b. Verzamelen van beleidsinformatie
8	2.c. Operationeel beleid
9	2.d. Interventies
9	2.d.1. Zorginkoop
10	2.d.2. Wachtlijstbemiddeling
10	2.e. Outputmeting
11	2.f. Financiële rechtmatigheid
11	2.g. Conclusie
13	3. Verpleging en verzorging
13	3.a. Inleiding
13	3.b. Verzamelen van beleidsinformatie
15	3.c. Operationeel beleid
16	3.d. Interventies
16	3.d.1. Zorginkoop
17	3.d.2. Vergroting zorgcapaciteit
17	3.d.3. Wachtlijstbemiddeling
17	3.e. Outputmeting
18	3.f. Financiële rechtmatigheid
18	3.g. Conclusie
20	4. Gehandicaptenzorg
20	4.a. Inleiding
20	4.b. Verzamelen van beleidsinformatie
21	4.c. Operationeel beleid
23	4.d. Interventies
23	4.d.1. Zorginkoop

23	4.d.2. Vergroting zorgcapaciteit
24	4.d.3. Wachtlijstbemiddeling
24	4.e. Outputmeting
25	4.f. Financiële rechtmatigheid
25	4.g. Conclusie
27	5. Conclusies
27	5.a. Inleiding
27	5.b. Medisch-specialistische zorg
28	5.c. V&V
29	5.d. Gehandicaptenzorg
31	6. Aanbevelingen

Samenvatting

Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) heeft een onderzoek naar wachtlijstinitiatieven van ziekenfondsen en zorgkantoren laten uitvoeren. De doelstelling van het onderzoek is vast te stellen of ziekenfondsen en zorgkantoren zich actief tonen bij de bestrijding van wachtlijsten. Hiermee kan het CTZ initiatieven ondernemen richting ziekenfondsen en zorgkantoren en bestuurlijke organen omtrent de rol van ziekenfondsen en zorgkantoren bij de bestrijding van wachtlijsten.

De onderzoeksvragen luiden:

1. Hoe hebben ziekenfondsen en zorgkantoren in 2001 zorg gedragen voor wachtlijst- en zorgregistratie, aanvullende zorginkoop, wachtlijstbemiddeling voor individuele verzekerden en het monitoren en evalueren van wachtlijstactiviteiten?
2. In welke mate hebben de in vraag 1 genoemde activiteiten geresulteerd in de uitkomsten waarvoor deze activiteiten zijn opgezet? Uitdrukkelijk wordt hier onder de uitkomsten de zogenaamde output of prestatie van ziekenfondsen en zorgkantoren verstaan: bijvoorbeeld daadwerkelijk inzicht in wachtlijsten of afspraken met zorgaanbieders om extra productie te leveren. Het CTZ heeft niet onderzocht of deze prestaties vervolgens ook hebben geleid tot een reductie van wachtlijsten of wachttijden (outcome).
3. Welke factoren zijn van invloed op de uitvoering van de genoemde activiteiten door ziekenfondsen en zorgkantoren?
4. Ondernemen ziekenfondsen en zorgkantoren activiteiten ter borging van de financiële rechtmatigheid van wachtlijstactiviteiten? Omdat tijdens het onderzoek bleek dat de rechtmatigheidsvraag in het kader van de wachtlijstinitiatieven nauwelijks additionele waarde heeft, krijgt deze onderzoeksvraag minder aandacht dan de andere onderzoeksvragen.

Het onderzoek richt zich op enkele medische specialismen met erkend grote wachtlijstproblemen (orthopedie, oogheekunde, en plastische chirurgie), de verpleging en verzorging (V&V), en de gehandicaptenzorg (exclusief zintuiglijk). Het referentiejaar is 2001, maar waar verantwoord zijn bevindingen doorgetrokken naar 2002. Uitvoering vond in 2002 plaats door middel van een schriftelijke enquête onder alle ziekenfondsen en zorgkantoren. Tevens heeft een verdiepend onderzoek plaatsgevonden bij acht ziekenfondsen, zeven zorgkantoren voor de verpleging en verzorging (V&V) en zes voor de gehandicaptenzorg. Het verdiepend onderzoek biedt de mogelijkheid de conclusies over bepaalde aspecten door te trekken naar 2002.

Het CTZ baseert zich bij de beoordeling van de wachtlijstactiviteiten van ziekenfondsen en zorgkantoren op het volgende normatieve kader. Centraal staat dat ziekenfondsen en zorgkantoren vanuit hun zorgplicht informatie behoren te verzamelen over de verhouding tussen vraag naar en aanbod van zorg ten behoeve van het inkopen van zorg. Hierbij dienen zij gebruik te maken van overeenkomsten met afspraken over onder andere het volume van de te leveren zorg door zorgaanbieders. Zorgkantoren en ziekenfondsen dienen de overeenkomsten te monitoren en te evalueren. Tenslotte dienen zij in geval van niet-tijdige zorgverlening aan individuele verzekerden te voorzien in wachtlijstbemiddeling. Het CTZ heeft hierbij oog voor speerpunten die partijen onderling voor de verschillende zorgsectoren overeen zijn gekomen. Een voorbeeld zijn de taken voor zorgkantoren op het terrein van wachtlijstbeheer in het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren 2001.

Bij de beoordeling van de uitkomsten van activiteiten heeft het CTZ nadrukkelijk meegenomen dat voor ziekenfondsen en zorgkantoren voor een aantal wachtlijstactiviteiten een transitietraject bestaat.

In de rapportage wordt een overzicht gegeven van de manier waarop ziekenfondsen en zorgkantoren wachtlijstactiviteiten ondernemen, in welke uitkomsten zij hebben geresulteerd en welke achtergronden daarbij spelen. Het CTZ onderscheidt daartoe een aantal logisch samenhangende stappen in het proces van wachtlijstactiviteiten:

- het verzamelen van beleidsinformatie;
- het formuleren van operationeel beleid;
- het plegen van interventies;
- het meten van de output.

Medisch-specialistische zorg

Over het algemeen ondernemen ziekenfondsen verschillende wachtlijstactiviteiten. Door problemen bij de wachtlijst-informatie zijn ziekenfondsen minder in staat de daaropvolgende stappen adequaat te zetten. Ook heeft het CTZ geconstateerd dat verbeteringen in de samenhang van activiteiten mogelijk zijn.

Beleidsinformatie

De meeste ziekenfondsen ontvangen op regelmatige basis informatie over wachttijden en toegangstijden. Het inzicht wordt echter negatief beïnvloed door onvoldoende betrouwbaarheid van de gegevens en het ontbreken van informatie over de achtergronden van en samenhang tussen wachtlijsten. De kwaliteit van de wachtlijst-informatie dient verbeterd te worden om van nut te zijn voor de andere wachtlijstactiviteiten. Het CTZ heeft daarop gerichte initiatieven van ziekenfondsen gesignaleerd.

Operationeel beleid

Bij het operationeel beleid hebben alle ziekenfondsen

	aandacht voor wachtlijstbemiddeling. Minder nadruk ligt op een actieve zorginkoop bij wachtlijstproblemen. Voor een gericht zorginkoopbeleid ontbreekt veelal de beleidsinformatie. Ook ervaren ziekenfondsen niet-beïnvloedbare oorzaken van wachtlijsten.
Interventies	Bij de interventies volgen ziekenfondsen over het algemeen dan ook de initiatieven van ziekenhuizen bij het maken van productieafspraken. Daarnaast contracteren zij in wisselende mate zelfstandige behandelcentra en buitenlandse ziekenhuizen. Alle ziekenfondsen bieden wachtlijstbemiddeling aan.
Outputmeting	Outputmetingen concentreren zich op het aantal wachtlijstbemiddelingen. Daarnaast worden productierealisaties gevolgd ten behoeve van de nacalculatie.
	Verpleging en verzorging (V&V) Gebleken is dat zorgkantoren een begin gemaakt hebben met een aantal activiteiten, met name op het terrein van de wachtlijstregistratie. Zij zijn echter nog nauwelijks toegekomen aan de latere stappen in het proces van wachtlijstactiviteiten. Ook de inbedding ervan in een samenhangende aanpak verkeert in een beginstadium.
Beleidsinformatie	In het kader van het project AWBZ-brede zorgregistratie ondernemen zorgkantoren activiteiten voor wachtlijstregistratie. Dit heeft vooralsnog niet geleid tot een tevredenstellend inzicht in wachtlijsten.
Operationeel beleid	De sturing van met name de afspraken over aanvullende productie ligt vooralsnog in handen van instellingen. Zorgkantoren hebben de rol van toetser van beleidsregels ten behoeve van de financiering. Voor een meer sturende rol van zorgkantoren ontbeert de beleidsinformatie de benodigde kwaliteit. Daarnaast zijn zorgkantoren bezig met de structurering van wachtlijstbemiddeling.
Interventies	Zorgkantoren leveren een bijdrage aan de aanpak van wachtlijsten door in te stemmen met voorstellen van instellingen voor extra productie of door instellingen te wijzen op mogelijkheden tot capaciteitsvergroting. Afspraken worden alleen gemaakt als de capaciteit, de beschikbaarheid van personeel en de realisatie van productieafspraken dat toelaten. Wachtlijstbemiddeling vindt nog niet overal plaats.
Outputmeting	Outputmetingen beperken zich tot het volgen van de realisatie van productieafspraken.
	Gehandicaptenzorg Geconstateerd is een tendens bij zorgkantoren om vanuit de zorgketen werkprocessen te structureren. Hiervan gaat een positief effect uit op de regionale aanpak van wachtlijsten. Deze vooruitgang doet zich vanaf 2002 voor; in 2001 zijn nog tekortkomingen bij de uitvoering van wachtlijstactiviteiten geconstateerd.
Beleidsinformatie	Het Zorgregistratiesysteem (ZRS) heeft de zorgkantoren ondersteund bij het opzetten van wachtlijstregistratie. Over

	het algemeen hebben zorgkantoren in 2002 inzicht in wachtlijsten op individueel cliëntniveau, maar het inzicht voor lichamelijk gehandicapten blijft achter bij dat voor verstandelijk gehandicapten.
Operationeel beleid	Zorgkantoren sluiten over het algemeen aan bij het principe van vraagsturing waarbij cliënt en instelling het voortouw nemen bij het bewerkstelligen van zorg. Wachtlijstbemiddeling krijgt veel beleidsmatige aandacht.
Interventies	Zorgkantoren leveren een bijdrage aan de aanpak van wachtlijsten door in te stemmen met voorstellen tot extra productie, onder voorwaarde dat instellingen hun reguliere productie halen. Ook worden gedurende het jaar de extra productieafspraken vaak naar boven bijgesteld. Tevens voert een meerderheid van de zorgkantoren wachtlijstbemiddeling uit.
Outputmeting	Outputmetingen concentreren zich op het volgen van de zorgrealisatie van instellingen.

Aanbevelingen

Het CTZ heeft geconstateerd dat ziekenfondsen en zorgkantoren in 2001/2002 verschillende wachtlijstactiviteiten ter hand hebben genomen, maar vaak nog in bescheiden mate. Tevens is gebleken dat er ziekenfondsen en zorgkantoren zijn die in de uitvoering van taken voor de aanpak van wachtlijsten verder zijn dan anderen. Er is dus sprake van voorlopers die aantonen dat er mogelijkheden tot verbetering zijn die nog niet door alle ziekenfondsen en zorgkantoren worden benut. Tenslotte is vastgesteld dat de uitvoering van taken nog verschillende tekortkomingen vertoont. Dit verschilt overigens wel per sector. Hiervoor zijn factoren verantwoordelijk die gedeeltelijk beïnvloedbaar zijn door ziekenfondsen en zorgkantoren.

De aanbevelingen hebben betrekking op die wachtlijstactiviteiten waarvan het CTZ vindt dat met name daar verbeteringen zouden moeten optreden en waar van ziekenfondsen en zorgkantoren of bestuurlijke organen (het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ)) inspanningen mogen worden verwacht. Het gaat hierbij in de eerste plaats om het verkrijgen van inzicht in wachtlijsten. Het CTZ heeft geconstateerd dat het ontwikkelen van wachtlijstinitiatieven in grote mate afhankelijk is van de beschikbaarheid van kwalitatief goede gegevens die als beleidsinformatie dienst kunnen doen. Daarnaast hebben de aanbevelingen betrekking op de verwachtingen ten aanzien van ziekenfondsen en zorgkantoren bij de uitvoering van activiteiten en de aanwezigheid van een samenhangende aanpak van ziekenfondsen en zorgkantoren.

Aanbeveling 1

Het CTZ verwacht van ziekenfondsen dat zij hun informatie systemen zodanig ontwikkelen dat zij een goed inzicht krijgen in de situaties waarin de vraag naar en het aanbod van zorg uiteenlopen. Dit inzicht dient als basis voor het formuleren van concrete beleidsvoornemens en het maken van afspraken met ziekenhuizen.

Voor de voeding van de informatie systemen vormt de uitwisseling van gegevens op basis van de bepalingen daaromtrent in de uitkomst van overleg ziekenfonds-ziekenhuis een goed uitgangspunt. In aanvulling daarop kunnen ziekenfondsen de aanlevering van gegevens door ziekenhuizen sturen in overeenstemming met de eigen behoefte.

Het CTZ acht het hierbij van belang dat de bestuurlijke organen aangeven wanneer de hier genoemde prestaties verwacht mogen worden (zie ook aanbeveling 3).

Aanbeveling 2

Het CTZ beveelt het ministerie van VWS aan met vaart de implementatie en toepassing van de AWBZ-brede zorgregistratie te bevorderen met het oog op een adequate wachtlijstregistratie- en beheer. Het CTZ vraagt het ministerie daarbij oog te hebben voor de bevindingen van dit onderzoek ten aanzien van de kwaliteit en de onvolledigheid van de wachtlijstgegevens in de V&V (zie paragraaf 3.b.). Het CTZ beveelt in dit kader aan realistische en heldere doelstellingen vast te leggen voor de implementatie en toepassing van de AWBZ-brede zorgregistratie, bijvoorbeeld in het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren.

Aanbeveling 3

Het CTZ verzoekt de verantwoordelijke bestuurlijke organen helder aan te geven welke prestaties van ziekenfondsen en zorgkantoren bij de verschillende activiteiten ten behoeve van de inkoop van voldoende en tijdige zorg mogen worden verwacht. Het CTZ denkt hierbij in eerste instantie aan de Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars die door het CVZ worden opgesteld.

Bij de uitvoering van de genoemde activiteiten is mogelijkerwijze sprake van een transitietraject. In dat geval acht het CTZ het van belang dat ook wordt aangegeven op welk moment in de komende jaren de activiteiten door ziekenfondsen en zorgkantoren moeten worden uitgevoerd.

Ziekenfondsen en zorgkantoren dienen zich te verantwoorden over hun wachtlijstactiviteiten door middel van een samenhangende aanpak. Daarin geven zij aan hoe zij de in dit onderzoek onderscheiden wachtlijstactiviteiten (en eventueel andere activiteiten) in hun onderlinge relatie (van plan zijn te) realiseren. Dit stimuleert ziekenfondsen en zorgkantoren tot een resultaatgerichte aanpak van wachtlijsten.

De informatie over het opvolgen van de aanbevelingen gericht op ziekenfondsen en zorgkantoren komt door middel van de

uitvoeringsverslagen beschikbaar. Langs deze weg gaat het CTZ na of de aanbevelingen worden opgevolgd. Vanwege noodzakelijke aanpassingen van het uitvoeringsverslag kan het zijn dat deze informatie het CTZ pas in 2005 bereikt. Voorafgaande aan deze datum zal het CTZ op een andere wijze informatie vergaren over de voortgang bij de in de aanbevelingen genoemde activiteiten. Ook zal door middel van gericht onderzoek door het CTZ de uitvoering van de zorginkooptaak ten behoeve van de meting van de prestaties van de zorgverzekeraars worden vastgesteld.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) heeft in het werkprogramma voor 2001 een onderzoek naar wachtlijstinitiatieven van ziekenfondsen en zorgkantoren opgenomen.¹ Het hier voorliggende verslag is een weergave van de bevindingen van dit onderzoek.

1.b. Doel- en vraagstelling

Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is vast te stellen of ziekenfondsen en zorgkantoren zich actief tonen bij de bestrijding van wachtlijsten. De op de doelstelling aansluitende onderzoeksvragen luiden:

1. Hoe hebben ziekenfondsen en zorgkantoren in 2001 zorg gedragen voor wachtlijst- en zorgregistratie, aanvullende zorginkoop, wachtlijstbemiddeling voor individuele verzekerden en het monitoren en evalueren van de output van wachtlijstactiviteiten?
2. In welke mate hebben de in vraag 1 genoemde activiteiten geresulteerd in de uitkomsten waarvoor deze activiteiten zijn opgezet?
3. Welke factoren zijn van invloed op de uitvoering van de genoemde activiteiten door ziekenfondsen en zorgkantoren?
4. Ondernemen ziekenfondsen en zorgkantoren activiteiten ter borging van de financiële rechtmatigheid van wachtlijstactiviteiten?²

Het onderzoek leidt mogelijk tot initiatieven richting ziekenfondsen en zorgkantoren en bestuurlijke organen over de rol van ziekenfondsen en zorgkantoren bij de bestrijding van wachtlijsten.

Het onderzoek richt zich op de gehandicaptenzorg (exclusief zintuiglijk), de verpleging en verzorging en medisch-specialistische zorg in de oogheelkunde, orthopedie en plastische chirurgie (indicatie ZFW). De selectie heeft plaatsgevonden op basis van verschillen in omvang van wachtlijsten (met name tussen medisch-specialismen) en veronderstelde voortgang in wachtlijstregistraties.

¹ In dit voorstel wordt gesproken over zorgkantoren en, onder andere, hun taken en verantwoordelijkheden. In formele zin is dit onjuist. Voor de uitvoering van de AWBZ zijn de uitvoeringsorganen AWBZ verantwoordelijk. Uitvoeringsorganen AWBZ hebben ten behoeve van hun verzekerden op grond van mandaat en volmacht taken en bevoegdheden gegeven aan zorgkantoren.

² Gedurende het onderzoek is gebleken dat de rechtmatigheidsvraag in het kader van de wachtlijstinitiatieven nauwelijks additionele waarde had. Daarom krijgt deze onderzoeksvraag minder aandacht dan de andere onderzoeksvragen.

**Definitie
uitkomsten van
activiteiten**

Uitdrukkelijk wordt hier onder de uitkomsten de zogenaamde output of prestatie van ziekenfondsen en zorgkantoren verstaan: bijvoorbeeld daadwerkelijk inzicht in wachtlijsten of afspraken met zorgaanbieders om extra productie te leveren. De output staat nader gedefinieerd in paragraaf 1.c.. Het CTZ heeft niet onderzocht of deze prestaties vervolgens ook hebben geleid tot een reductie van wachtlijsten of wachttijden (outcome). Het bepalen van de relatie tussen wachtlijstactiviteiten van ziekenfondsen en zorgkantoren en de lengte van wachtlijsten vereist andersoortig onderzoek vanwege de veelheid van invloeden op de lengte van wachtlijsten. In dit onderzoek wilde het CTZ vooral inzicht krijgen in de uitvoering van de wettelijke taken van ziekenfondsen en zorgkantoren bij de aanpak van wachtlijsten.

Bij de beoordeling van de output heeft het CTZ nadrukkelijk meegenomen dat ziekenfondsen en zorgkantoren zich bij de uitvoering van een aantal wachtlijstactiviteiten in een transitietraject bevinden dat ten tijde van het onderzoek nog niet was afgerond.

1.c. Normatieve kader

Het algemene uitgangspunt is dat de uitvoering van de wachtlijstaanpak de verantwoordelijkheid is van uitvoerende organisaties, waaronder zorgkantoren en ziekenfondsen. De overheid heeft de verantwoordelijkheid om de wettelijke en financiële randvoorwaarden te scheppen. De wachtlijstaanpak haakt aan bij de bestaande verdeling van bevoegdheden, verantwoordelijkheden en taken zoals aangegeven in de ZFW en AWBZ (en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) en Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV)).³

Hierdoor geleid baseert het CTZ zich bij de beoordeling van de wachtlijstactiviteiten van ziekenfondsen en zorgkantoren op het volgende normatieve kader. Centraal staat dat ziekenfondsen en zorgkantoren vanuit hun zorgplicht informatie behoren te verzamelen over de verhouding tussen vraag naar en aanbod van zorg ten behoeve van het inkopen van zorg.⁴ Hierbij dienen zij gebruik te maken van overeenkomsten waarin afspraken worden vastgelegd over onder andere de prijs, het volume en de kwaliteit van de te

³ Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is op verzoek van de minister van VWS bezig gedragsregels voor ziekenfondsen en zorgkantoren op te stellen voor een aanpak voor tijdige zorgverlening. Naar verwachting worden deze gedragsregels eind 2002 vastgesteld. De gedragsregels bevatten **procedurele** uitgangspunten voor ziekenfondsen en zorgkantoren waarvan de doelstelling is verder richting te geven aan activiteiten die al door een aantal ziekenfondsen en zorgkantoren worden ondernomen. In **inhoudelijke** zin is sprake van activiteiten die voortvloeien uit met name de zorgplicht en die in deze zin al langer van ziekenfondsen en zorgkantoren worden verwacht. Een aantal is bijvoorbeeld reeds opgenomen in het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren (2001).

⁴ De inhoud van de uit te wisselen informatie staat niet wettelijk voorgeschreven. Wel staan in de Uitkomst van Overleg ziekenfonds-ziekenhuis (geïntegreerde verstrekking) bepalingen over welke informatie ziekenhuizen aan zorgverzekeraars zouden moeten verstrekken. Ook in de uitkomsten van overleg in de V&V staan bepalingen over informatieaanlevering. Bovendien bestaat binnen het project AWBZ-brede Zorgregistratie overeenstemming over de set van gegevens die zorgkantoren minimaal nodig hebben om een deugdelijke wachtlijstregistratie te kunnen voeren.

leveren zorg door zorgaanbieders. Zorgkantoren en ziekenfondsen dienen de overeenkomsten te monitoren en te evalueren. Tenslotte dienen zij in geval van niet-tijdige zorgverlening aan individuele verzekerden te voorzien in wachtlijstbemiddeling. Het CTZ heeft hierbij oog voor speerpunten die partijen onderling voor de verschillende zorgsectoren overeen zijn gekomen. Enkele van die speerpunten zijn onderdeel van het Convenant tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en betreffen vooral taken op het gebied van wachtlijstbeheer (wachtlijstregistratie en wachtlijstbemiddeling) waarvoor zorgkantoren beheerskostenvergoedingen ontvangen.⁵ Sommige speerpunten zijn in beleidsregels van bestuursorganen vastgelegd. Met name heeft het CTZ oog voor het principe van 'boter bij de vis' waardoor de monitoring- en evaluatieactiviteiten van zorgkantoren en ziekenfondsen van groot belang zijn.

**Concrete
wachtlijstactivi-
teiten en
uitkomsten**

Voor een adequate aanpak van wachtlijstproblemen dienen ziekenfondsen en zorgkantoren in staat te zijn zich te verantwoorden over de uitvoering van wachtlijstactiviteiten zoals in het normatieve kader is onderscheiden. Figuur 1 geeft aan welke stappen het CTZ daarbij onderscheidt. Het onderscheid in stappen sluit aan bij de planning- & controlcyclus die door ziekenfondsen moet worden gehanteerd bij de verantwoording in het uitvoeringsverslag. Voor de activiteiten heeft het CTZ de logisch afleidbare uitkomsten gedefinieerd.

Tussen de stappen bestaat een logische samenhang. Om bijvoorbeeld adequaat zorg in te kopen dient het ziekenfonds inzicht te hebben in de vraag, in dit geval in wachttijd of wachtlijst voor in te kopen zorg. Om bijvoorbeeld te weten of er extra zorg gerealiseerd wordt waarvoor wachtlijstproblemen bestaan, is outputmeting nodig. Dit betekent dat een aanpak waarin de verschillende stappen en activiteiten samenhang vertonen de meest wenselijke is.

De koppeling tussen verwachte wachtlijstactiviteiten en de door het CTZ onderscheiden stappen is als volgt.

Bij het **verzamelen van beleidsinformatie** gaat het om het verzamelen van wachtlijstgegevens en analyses van oorzaken. Dit moet leiden tot aantoonbaar inzicht in wachtlijsten bij zorgaanbieders⁶ - in een door het ziekenfonds/zorgkantoor hanteerbare vorm -, inzicht in de onderlinge samenhang van wachtlijsten, en inzicht in de achtergronden. Het **ontwikkelen van operationeel beleid** bouwt voort op het inzicht in de

⁵ Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren, gesloten op 13 maart 2001 tussen VWS, CVZ en ZN.

⁶ Ondanks de in principe landelijke werking van ziekenfondsen concentreren zij zich bij het maken van productieafspraken op de ziekenhuizen in de regio waar zij de marktleider zijn.

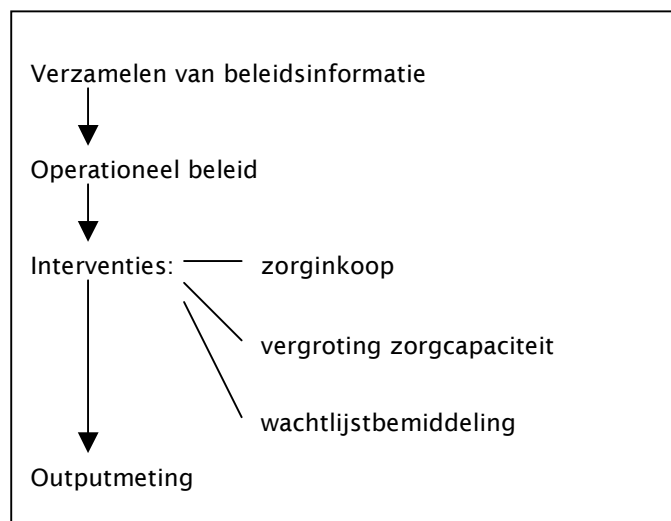
wachtljstproblematiek en betreft het voornemen tot interventies om de problemen bij wachtlijsten het hoofd te bieden, gedifferentieerd naar zorgsector. Dit beleid dient te leiden tot daadwerkelijke **interventies** die verschillende vormen kunnen aannemen.

Ten eerste is het mogelijk dat ziekenfondsen en zorgkantoren zorg inkopen in overeenstemming met de analyse van de wachtljstproblematiek. Hiervoor kunnen ziekenfondsen ook gebruik maken van de mogelijkheden die zelfstandige behandelcentra (ZBC) en het buitenland bieden.

Ook kunnen ziekenfondsen en zorgkantoren activiteiten ondernemen die vergroting van de zorgcapaciteit bewerkstelligen. Ten tweede moeten individuele verzekerden die langer zullen moeten wachten dan redelijk is bij hun verzekeraar terecht kunnen voor wachtljstbemiddeling. Bij **outputmeting** dienen ziekenfondsen en zorgkantoren informatie te verzamelen ten behoeve van:

- inzicht in de gerealiseerde wachtljstproductie resulterend in een adequate nacalculatie en eventueel aanpassing van gemaakte afspraken;
- inzicht in de uitkomsten van andere inkoopactiviteiten en eventueel aanpassen van activiteiten;
- Inzicht in aantallen gerealiseerde wachtljstbemiddelingen, de mate van succes ervan en eventueel aanpassen van activiteiten.

Figuur 1: onderdelen van aanpak van ziekenfonds/zorgkantoor van wachtljstproblemen



1.d. Methode van onderzoek

Het onderzoek is in de maanden januari tot en met augustus 2002 door het secretariaat van het CTZ uitgevoerd. Dit gebeurde in twee stappen.

Enquête

1. Een schriftelijke enquête bij alle ziekenfondsen en zorgkantoren (januari-mei).

**Verdiepend
onderzoek**

Voor drie terreinen (medisch-specialistische zorg, beperkt tot oogheelkunde, plastische chirurgie en orthopedie, en verpleging en verzorging (V&V) en gehandicaptenzorg (verstandelijk en lichamelijk) is een vragenlijst opgesteld op basis van de onderzoeksvragen. Deze vragenlijst had betrekking op alle genoemde wachtlijstactiviteiten, met uitzondering van het operationeel beleid; dit is bij het verdiepend onderzoek aan de orde gekomen. De enquêtegegevens over het hebben van inzicht bij en het maken van productieafspraken door ziekenfondsen, betreffen uitsluitend de ziekenfondsen die zelf productieafspraken maken. Dit zijn er negentien. De overige zes sluiten aan bij deze afspraken.

Om met name overlap en onnodige belasting van ziekenfondsen en zorgkantoren te voorkomen heeft over de vragenlijsten afstemming met het CVZ en ZN plaatsgevonden.

2. Verdiepend onderzoek bij een selectie van ziekenfondsen en zorgkantoren (mei-augustus).

Vanaf midden mei is bij acht ziekenfondsen, zeven zorgkantoren voor het onderdeel V&V en zes zorgkantoren voor het onderdeel gehandicaptenzorg een verdiepend onderzoek verricht door middel van semi-gestructureerde interviews en documentenonderzoek.

De selectie van onderzoeksobjecten was gebaseerd op enkele uitkomsten van de enquête. Een eenvoudige benchmark maakte het mogelijk onderscheid te maken tussen ziekenfondsen en zorgkantoren die relatief meer en minder bepaalde activiteiten uitvoeren. Daarnaast zijn meer algemene criteria gebruikt zoals de geografische spreiding, aantallen verzekerden, organisatorische inbedding (bijvoorbeeld onderdeel van een concern) en de mate waarin onderzoeksobjecten betrokken zijn geweest bij eerdere thematische onderzoeken.

De selectie is een deelwaarneming die niet een volledige representativiteit kan garanderen. Door evenwel zorgvuldig te selecteren en te concluderen, leidt het onderzoek tot een algemeen geldend beeld.

1.e. Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken wordt ingegaan op de wachtlijstactiviteiten in de medisch-specialistische zorg, V&V en gehandicaptenzorg.

Elk hoofdstuk is opgebouwd aan de hand van de stappen in het proces van wachtlijstactiviteiten (zie figuur 1). Elk hoofdstuk eindigt met conclusies. Het rapport eindigt met per zorgsector geformuleerde conclusies en tenslotte de aanbevelingen.

2. Medisch-specialistische zorg

2.a. Inleiding

In de komende paragrafen komen de verschillende wachtlijstactiviteiten aan de orde aan de hand van de stappen in het proces van wachtlijstactiviteiten zoals die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven. Daar waar mogelijk worden initiatieven van ziekenfondsen beschreven die als 'goed voorbeeld' kunnen dienen. Het hoofdstuk sluit af met de conclusie.

2.b. Verzamelen van beleidsinformatie

Ziekenfondsen ontvangen wachtlijstinformatie die kan bestaan uit:

- gegevens over de toegangstijd bij een specialisme: de tijd in dagen tussen de dag waarop de eerste afspraak wordt gemaakt voor een nieuwe patiënt bij een specialist voor een consult in de polikliniek en de dag waarop het consult plaatsvindt;
- gegevens over de wachttijd bij een specialisme: de tijd in dagen tussen het moment van registratie in een systeem en de dag van de ingreep;
- gegevens over de wachtlijst bij een specialisme: het aantal wachtende patiënten.

Overeenkomstig het uitgangspunt van de wachtlijstaanpak ligt het primaat bij het verzamelen en ontsluiten van wachtlijstinformatie bij de ziekenhuizen. Ziekenfondsen ontvangen dan ook informatie over toegangstijden, wachttijden en wachtlijsten van ziekenhuizen (en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)). Daarnaast ontvangen ziekenfondsen informatie van individuele verzekerden via zorgbemiddeling.

Via ziekenhuizen/NVZ

Het overgrote deel van de ziekenfondsen krijgt de informatie over de toegangstijden en wachttijden van de ziekenhuizen zelf, of haalt deze van de databank van de NVZ. Het grootste deel van de ziekenfondsen krijgt gegevens over toegangstijden, een iets kleiner aantal eveneens over wachttijden voor de ingreep. Op enkele na ontvangen ziekenfondsen deze gegevens minimaal per kwartaal.

Informatie over de lengte van wachtlijsten ontvangen ziekenfondsen aanmerkelijk minder. Iets meer dan een derde van de ziekenfondsen is in februari/maart 2002 in staat de omvang van wachtlijsten bij specialismen in gecontracteerde ziekenhuizen eind 2001 aan te geven. Deze overzichten zijn echter niet compleet.

Via individuele verzekerden

Ziekenfondsen krijgen ook wachtlijstinformatie van eigen verzekerden die om wachtlijstbemiddeling vragen.

Borging

Twee derde van de ziekenfondsen zorgt er door middel van schriftelijke afspraken voor dat ziekenhuizen informatie over toegangstijden aanleveren en de helpt voor wachtlijstgegevens.⁷

De meerderheid van de ziekenfondsen verwerkt de gegevens over toegangstijden en wachttijden in een eigen database ten behoeve van inzicht door de tijd heen. Ziekenfondsen verifiëren de gegevens veelal via signalen van verzekerden (bijvoorbeeld bij zorgbemiddeling of klachten).

Samenhang met wachtlijsten in de AWBZ

Verkeerde bed-patiënten zijn patiënten die vanwege wachtlijsten voor AWBZ-instellingen een bed in een ziekenhuis bezet houden, zonder nog medisch-specialistische behandeling nodig te hebben. Het betreft vaak patiënten met een orthopedische of neurologische aandoening. Doordat de verkeerde bed-patiënten het ziekenhuis niet verlaten wordt de instroom van nieuwe patiënten geblokkeerd. Hierdoor wordt de wachttijd voor behandeling langer en de personele capaciteit van het ziekenhuis wordt niet compleet ingezet voor het doel waarvoor het beschikbaar is gesteld.

Slechts een beperkt aantal ziekenfondsen heeft voor de aanpak van wachtlijsten structureel inzicht in het aantal verkeerde-bed patiënten per ziekenhuis of ziekenhuisafdeling of in de ligduur van speciale categorieën patiënten die vaak een verkeerd bed bezetten.

Verbeteringen gewenst

Ziekenfondsen zijn over het algemeen niet tevreden over de wachtlijstinformatie die zij ontvangen.⁸ Een meerderheid van de ziekenfondsen geeft aan dat zij niet altijd over voldoende gegevens beschikt om gericht productieafspraken te maken met ziekenhuizen teneinde de toegangs- en wachttijden te verminderen. Zij zouden graag verbeteringen zien optreden bij vooral de betrouwbaarheid, actualiteit, de mate waarin informatie gegeven wordt over de achtergronden van de wachtlijsten en de gestandaardiseerde aanlevering. Ziekenfondsen signaleren onvermogen bij ziekenhuizen om betrouwbare informatie (met name over de omvang van wachtlijsten) aan te leveren, met ICT-problemen als achtergrond.

Een kleine meerderheid van de ziekenfondsen uit het verdiepend onderzoek richt zich in 2002 op het beter structureren van de aanlevering van wachtlijstinformatie door ziekenhuizen. Zo worden bijvoorbeeld sjablonen gehanteerd. Dit houdt een verbetering in ten opzichte van de situatie in 2001 waarin het niet ontvangen van soorten van

⁷ De UVO ziekenfonds-ziekenhuis (geïntegreerde verstrekking) 2001 geeft een lijst van uit te wisselen (wachtlijst)informatie. Deze is in 2002 met terugwerkende kracht vastgesteld. De sturende invloed op afspraken tussen ziekenfonds en ziekenhuizen daaromtrent mag dus als klein worden verondersteld.

⁸ Ziekenfondsen waarderen de informatie over toegangstijden, wachttijden en wachtlijsten met gemiddeld een 5,8. Waarderingen lopen uiteen van 4,5 tot 7,0.

wachttijdgegevens ten dele voortkwam uit het ontbreken van afspraken over het verstrekken van gegevens of de naleving ervan.

Goed voorbeeld

Dit ziekenfonds volgt de afspraken in de uitkomst van overleg ziekenfonds-ziekenhuis (geïntegreerde verstrekking) over het maandelijks aanleveren van wachttijdgegevens. Daarnaast heeft het ziekenfonds zijn monitorsysteem aangepast waarmee de bewaking van wachtlijsten ten behoeve van de zorginkoop beter en sneller plaatsvindt.

2.c. Operationeel beleid

Algemeen

Ziekenfondsen hanteren gedragslijnen bij het verzamelen van gegevens, het inkopen van extra zorg, evaluaties en wachtlijstbemiddeling. Een enkel ziekenfonds uit het verdiepend onderzoek heeft deze gedragslijnen al ondergebracht in een samenhangende aanpak waarin wachtlijstactiviteiten samenkomen. In deze zin vormt het een best practice.

Goed voorbeeld

Dit ziekenfonds heeft een lange termijnvisie en een jaarplan met concrete doelstellingen op het terrein van tijdige zorgverlening. Het ziekenfonds volgt maandelijks de voortgang van de (wachttijd)productie, specifieke initiatieven en wachtlijstbemiddeling met behulp van daartoe ontworpen monitorsystemen. Tevens monitort het ziekenfonds ontwikkelingen in de toegangs- en wachttijden in aansluiting op de gemaakte afspraken in de overeenkomsten met ziekenhuizen. Bij het overleg waarin de monitorinformatie wordt besproken en eventuele bijsturing plaatsvindt, komen zorginkoop, zorgadministratie en wachtlijstbemiddeling samen. Managementrapportages vinden per kwartaal plaats.

Over het algemeen is echter sprake van separate activiteiten, die nog meer op elkaar betrokken moeten worden. De gedragslijnen staan meestal niet verwoord in schriftelijke notities waarin het eigen beleid staat verwoord. Geconstateerd is het volgende patroon.

Beleid zorginkoop

De in paragraaf 2.b. beschreven lacunes in de beleidsinformatie belemmeren het formuleren van operationeel beleid. Ook percipiëren ziekenfondsen oorzaken voor wachtlijsten die op korte termijn nauwelijks door hen te beïnvloeden zijn (personeelstekorten bij specialisten en verpleegkundigen, ziekenhuisorganisatie- en management). Wel kunnen zij instemmen met uitbreiding van het aantal specialistenplaatsen in een ziekenhuis. Maar ook dan blijven ziekenfondsen afhankelijk van het aanbod van specialisten die de ontstane vacatures kunnen invullen. Uit het onderzoek blijkt dan ook dat het initiatief bij het

maken van productieafspraken nog bij de ziekenhuizen ligt. Hun voorstellen worden door ziekenfondsen beoordeeld op basis van met name bestaande realisatiecijfers en capaciteitsgegevens. Ziekenfondsen baseren zich in mindere mate op wachtlijstinformatie in één of andere vorm. Ziekenfondsen zijn bereid in te stemmen met toeslagen op verrichtingen, mits onderbouwd.

Uit het verdiepend onderzoek blijkt dat het beleid voor het contracteren van zbc's en/of buitenlandse ziekenhuizen bij een meerderheid van de ziekenfondsen nog in ontwikkeling is, ook nog in 2002. Dit staat daadwerkelijke activiteiten evenwel niet in de weg (zie paragraaf 2.d.1).

***Beleid wachtlijst-
bemiddeling***

Wachtlijstbemiddeling staat bij ziekenfondsen hoog op de agenda. Wachtlijstbemiddeling vormt voor ziekenfondsen een directe methode voor interventie bij wachtlijstproblemen en draagt in belangrijke mate bij tot serviceverlening aan verzekerden. Bovendien verkrijgen ziekenfondsen zo informatie die bruikbaar is voor de aanpak van wachtlijsten. Bij enkele ziekenfondsen is de wachtlijstbemiddeling zo succesvol dat zij tot wachttijdgaranties zijn overgegaan.

2.d. Interventies

Binnen bovenstaande kaders blijken de volgende interventies plaats te vinden:

1. Inkoop van extra zorg:
 - lopende het jaar bijstellen van productieafspraken;
 - toeslagen op tarieven bij extra productie;
 - contractering van zelfstandige behandelcentra en buitenlandse ziekenhuizen.
2. wachtlijstbemiddeling

Zij worden in de volgende paragrafen toegelicht.

2.d.1. Zorginkoop

***Aanvullende
productie***

Ziekenfondsen en ziekenhuizen spreken aanvullende productie af, maar dit blijft achterwege als ziekenhuizen het reguliere productieniveau niet halen.

***Afspraken
bijstellen***

Ziekenhuizen kunnen het gehele jaar door extra productie voor de wachtlijstaanpak met de ziekenfondsen overeenkomen. Voorheen moesten in het voorjaar voor het gehele jaar productieafspraken gemaakt worden. Voor orthopedische en oogheelkundige ingrepen heeft een kleine meerderheid van de ziekenfondsen aanvullende productieafspraken gemaakt, voor plastische chirurgie heeft ongeveer een derde van de ziekenfondsen dit gedaan.

Toeslagen

In het algemeen zijn ziekenfondsen bereid toeslagen op verrichtingen te betalen om extra productie te bevorderen. Wachtlijstbeleidsregels stellen hen daartoe in staat. Voorwaarde is wel dat ziekenhuizen een onderbouwing van de extra kosten kunnen aanleveren en dat voor het betreffende

specialisme een wachtlijst bestaat. Ongeveer driekwart van de ziekenfondsen is een toeslag voor extra productie overeengekomen met één of meerdere ziekenhuizen.

ZBC/buitenland

Ongeveer de helft van de ziekenfondsen heeft in 2001 een contract met een zbc voor het uitvoeren van een cataractoperatie of een plastisch-chirurgische ingreep. Het aantal ziekenfondsen dat buitenlandse ziekenhuizen contracteert is beperkt (twee en vier voor respectievelijk cataract- en plastische chirurgische operaties). In 2001 heeft een derde van de ziekenfondsen contracten in het buitenland voor orthopedische ingrepen.⁹

2.d.2. Wachtlijstbemiddeling

Bemiddelingsactiviteiten vinden op grote schaal plaats. Elk ziekenfonds biedt zijn verzekerden wachtlijstbemiddeling aan. De helft doet dit in samenwerking met andere ziekenfondsen (concernverband). Er wordt niet uitbesteed aan derden. Ongeveer driekwart van de ziekenfondsen laat het aanbieden van bemiddeling afhangen van de redelijkheid en noodzakelijkheid gezien de medische indicatie. Eenzelfde hoeveelheid ziekenfondsen betreft de Treeknormen of een andere tijdslimiet in de vorm van een aanvullende voorwaarde bij de besluitvorming.¹⁰

Wachttijdgaranties

Zes ziekenfondsen bieden voor bepaalde orthopedische en oogheelkundige ingrepen wachttijdgaranties. Voor plastisch-chirurgische ingrepen doen vier ziekenfondsen dat.

2.e. Outputmeting

Bij de outputmeting van de verschillende wachtlijstactiviteiten door ziekenfondsen is het volgende patroon zichtbaar.

Productiegegevens

Ziekenfondsen ontvangen van ziekenhuizen gegevens op specialisameniveau over gerealiseerde productie. Meestal zijn dat kwartaalgegevens, maar ongeveer een derde van de ziekenhuizen levert (ook) maandelijkse gegevens aan. Alle ziekenfondsen stellen dat deze informatie voldoet met het oog op de jaarlijkse nacalculatie.¹¹ Productiegegevens zijn ook bruikbaar voor inzicht in de realisatie van afspraken over productie en extra productie. Ziekenfondsen brengen achterstanden in productie in het lokaal overleg onder de aandacht van de directies van ziekenhuizen. Tenslotte kunnen ziekenfondsen via productiegegevens de mogelijkheden voor extra productie inschatten.

⁹ Dit betreft een momentopname en heeft betrekking op eind 2001. In publicaties geven ziekenfondsen aan dat het aantal contracten met buitenlandse ziekenhuizen in 2002 fors is toegenomen, maar recente en betrouwbare informatie ontbreekt.

¹⁰ In het zogenaamde Treekoverleg zijn in 2000 voor verschillende zorgsectoren streefnormen voor wachttijden geformuleerd.

¹¹ Er is niet onderzocht of ziekenfondsen voldoende inzicht hebben in de realisatie van de lumpsum van medisch-specialisten.

ZBC/buitenland

Het systematisch volgen van de productie in zbc's en buitenlandse ziekenhuizen loopt achter bij de 'reguliere' ziekenhuizen. Een belangrijke factor daarbij is dat met name met zbc's geen budgetafspraken worden gemaakt, maar afrekening via afzonderlijke facturen plaatsvindt.

Wachtlijstbemiddeling

Ziekenfondsen monitoren naast de gerealiseerde productie vooral ook de uitkomsten van wachtlijstbemiddeling. Elk ziekenfonds is in staat het jaarlijkse aantal bemiddelingen aan te geven en bij verschillende ziekenfondsen is de graad van succes ook bekend. Ziekenfondsen maken bij deze gegevens niet vanzelfsprekend onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekerden. Onderlinge vergelijking is dus niet mogelijk.¹²

Goed voorbeeld

Dit ziekenfonds volgt de bemiddelingsactiviteiten door in kaart te brengen of bemiddelingen al dan niet tot stand komen, om welke ingreep het daarbij gaat, de verdeling van bemiddelde verzekerden over de diverse polissen, naar wie of wat is bemiddeld (buitenland, zbc etc) en de behaalde wachttijdwinst. Bovendien toetst het ziekenfonds de gecontracteerde zbc's op onder andere de bijdrage aan wachttijdreductie.

2.f. Financiële rechtmatigheid

Een accountantscontrole bij instellingen die plaatsvindt volgens de CTG-beleidsregels moet waarborgen dat ziekenfondsen slechts aanvullende wachtlijsttoeslagen betalen aan ziekenhuizen als de reguliere productie volledig is gerealiseerd. Voorwaarde voor het in aanmerking komen voor een aanvullende wachtlijsttoeslag is dat de ziekenhuizen deelnemen aan de NVZ-database voor wachtlijstgegevens. Alle ziekenfondsen hebben aangegeven dat ze de gecontracteerde ziekenhuizen hierop wijzen. Het risico van het ten onrechte betalen van wachtlijstproductie wordt hier dan ook als klein ingeschat.

2.g. Conclusie

Gedifferentieerd naar de verschillende stappen van het proces van wachtlijstactiviteiten komt uit het onderzoek het volgende naar voren.

Ziekenfondsen ontvangen over het algemeen op regelmatige basis gegevens over toegangstijden en wachttijden. Zij nemen tevens borgingsmaatregelen. De kwaliteit van deze informatie laat echter nog te wensen over. Zo is er nauwelijks tot geen inzicht in achtergronden en samenhang van wachtlijsten. Beïnvloedende factoren zijn aanleveringproblemen door ziekenhuizen en de mate waarin contractuele afspraken over het aanleveren van informatie worden aangegaan en

¹² Er is niet onderzocht hoe de beheerskosten voor wachtlijstbemiddeling worden toegerekend.

nageleefd.

Ziekenfondsen zijn zich bewust van deze knelpunten. Ziekenfondsen zijn in toenemende mate actief bij het verbeteren van het verkrijgen van informatie over toegangstijden, wachttijden en wachtlijsten.

Voor ziekenfondsen zijn verschillende oorzaken van wachtlijsten nauwelijks beïnvloedbaar. Dit maakt, in combinatie met de mankementen van de wachtlijstinformatie, dat het initiatief tot extra productie nog bij ziekenhuizen ligt. Sturend beleid voor de zorginkoop bij wachtlijstproblemen ontbreekt veelal nog.¹³ Verbeteringen daarin zijn echter wel realiseerbaar (zie het 'goede voorbeeld').

Ziekenfondsen maken, vanuit een over het algemeen volgende positie, in meerderheid afspraken met ziekenhuizen over aanvullende productie en toeslagen voor extra verrichtingen. De contractering van zbc's en buitenlandse ziekenhuizen is in ontwikkeling.

De aandacht voor wachtlijstbemiddeling is al breder verspreid. Bemiddeling vormt voor ziekenfondsen een directe methode om te interveniëren. Bij het onderzoek naar interventies is dan ook gebleken dat alle ziekenfondsen activiteiten voor wachtlijstbemiddeling ontwikkelen.

Ziekenfondsen zijn tenslotte in staat op basis van regelmatige gegevens over productie zorg te dragen voor een adequate nacalculatie. De kans dat toeslagen voor extra productie ten onrechte worden betaald wordt klein geacht. Ook volgen ziekenfondsen het aantal bemiddelingen. De outputmeting van zbc's en buitenlandse ziekenhuizen haalt nog niet het niveau van de reguliere productie.

¹³ Zoals beklemtoond door J. Hendriks (RvB AGIS): 'Om goede leveringsvoorwaarden te kunnen geven, moeten we precies afspreken hoeveel heupoperaties het ziekenfonds moet inkopen om aan de zorgvraag te voldoen. Met de huidige (*wachtlijst*)informatie kan ik daar geen antwoord op geven.' (Prismant, Jaarverslag 2001) (*cursivering CTZ*)

3. Verpleging en verzorging

3.a. Inleiding

In de komende paragrafen komen de verschillende wachtlijstactiviteiten aan de orde aan de hand van de stappen zoals die in het eerste hoofdstuk zijn beschreven. Daar waar mogelijk worden initiatieven van zorgkantoren beschreven die als 'goed voorbeeld' kunnen dienen. Het hoofdstuk sluit af met de conclusie.

3.b. Verzamelen van beleidsinformatie

Binnen de aanpak wachtlijsten van de overheid is het zorgkantoor verantwoordelijk gesteld voor het wachtlijstbeheer waaronder de wachtlijstregistratie, waarvoor het landelijk project AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) is gestart. In dat project wordt stapsgewijs toegewerkt naar een uniforme registratie voor alle sectoren binnen de V&V. Het zorgkantoor dient hiervoor gegevens te verzamelen en te bewerken.¹⁴ De stand van zaken is als volgt.

Wachtlijstinfor- matie

In 2001 baseren zorgkantoren hun inzicht in wachtlijsten over het algemeen op inventarisaties uitgevoerd in opdracht van de Taskforce aanpak wachtlijsten.¹⁵ Dit zijn jaarlijkse overzichten van aantallen wachtenden, onder andere gedifferentieerd naar zorgproducten.

Daarnaast is in 2001 de ontvangst van de gegevens over geleverde zorg en de indicatiegegevens (op cliëntniveau) door zorgkantoren op gang gekomen. Zorgkantoren ontvangen gegevens over geleverde zorg van instellingen, waarbij de thuiszorg enigszins achterblijft bij de V&V. Ongeveer de helft van de instellingen levert de gegevens minimaal maandelijks aan, andere minder frequent. Het niet ontvangen van realisaties heeft organisatorische en technische achtergronden zoals automatiseringsproblemen, aanlevering van gegevens niet volgens het format en het niet willen meewerken van instellingen. Dit geldt ook voor het ontvangen van indicaties, waarvan in het laatste kwartaal van 2001 een kwart van de zorgkantoren verstoken is gebleven.

Zorgkantoren hebben ten behoeve van wachtlijstregistratie databases ontwikkeld die met de binnenkomende informatie worden gevuld. Vanwege de nadruk op de implementatie van de wachtlijstregistratie en de nog tekortschietende kwaliteit van wachtlijstinformatie (zie hieronder) is het actief gebruik

¹⁴ In 2001 beperkt zich dit nog tot de zogenaamde 'minimale gegevensset V&V', met als belangrijkste onderdelen cliëntidentificerende gegevens (NAW-gegevens, RIO-cliëntnummer, etc...), gegevens over de indicatiestelling (datum, geïndiceerd product, geïndiceerde omvang, etc...) en gegevens over de gestarte zorg (datum, geleverd product, geleverde omvang, etc...). Voor geautomatiseerde gegevensuitlevering zijn zogenoemde 'externe integratiestandaarden' (EI's) ontwikkeld in overleg met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen (ZN, softwareleveranciers en de Meerjarenpartijen).

¹⁵ De uitvoering lag in handen van het onderzoeksbureau Hoeksma, Homans en Menting (HHM).

hiervan voor bijvoorbeeld zorginkoop nog vrijwel niet aan de orde.

Goed voorbeeld

Enkele zorgkantoren gebruiken de ter beschikking staande beleidsinformatie voor wachtlijstactiviteiten. Zij brengen de landelijke wachtlijstinventarisaties in bij gesprekken met individuele zorgaanbieders om knelpunten en oplossingen te inventariseren. Ook vinden opschoning van eigen wachtlijstinformatie plaats.

Geen van de zorgkantoren uit het verdiepend onderzoek heeft aangegeven dat het medio 2002 een tevredenstellend inzicht in wachtlijsten heeft. De kwaliteit van aangeleverde gegevens schiet nog tekort. Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- de aanlevering van gegevens door indicatieorganen en instellingen aan zorgkantoren is nog niet volledig en wordt nog niet volgens de afgesproken werkprocedures uitgevoerd;
- er is vervuiling door bijvoorbeeld cliënten die uit voorzorg op een wachtlijst staan. Ook blijven cliënten met overbruggingszorg op wachtlijsten staan, hoewel een aantal daarvan deze zorg als voldoende beschouwt.

Dit beeld wordt bevestigd door de meest recente evaluatie van het project AZR.¹⁶

Inzicht wachttijden

Het onvolledig de beschikking hebben over indicatiegegevens en gegevens over geleverde zorg én het niet ontvangen van wachtlijstgegevens maakt dat zorgkantoren geen tot nauwelijks inzicht hebben in de wachttijden per cliënt.

**Inzicht in
samenhang**

Door de nog niet volledig werkzame wachtlijstregistratiesystemen is voor zorgkantoren een onderbouwd inzicht in de samenhang van wachtlijsten binnen de V&V nog niet mogelijk.

**Borging van de
aanlevering van
gegevens**

Hierboven is aangegeven dat de kwaliteit van wachtlijstgegevens verbetering behoeft. Er worden echter wel afspraken gemaakt over de aanlevering van gegevens aan zorgkantoren op zich. Problemen doen zich voor bij de naleving ervan.

Uit dit onderzoek blijkt, in overeenstemming met de eerder genoemde evaluatie van de AZR, dat een grote meerderheid van de zorgkantoren schriftelijke afspraken heeft met instellingen en RIO's over de tijdigheid, inhoud en manier van het aanleveren van gegevens. In aanvulling daarop maakt de helft afspraken over de aanlevering van gegevens over aantal wachtenden en wachttijden.¹⁷ Zorgkantoren hebben inzicht in het navolgen van afspraken in het kader van de implementatie

¹⁶ Modernisering AWBZ, Brief Staatssecretaris VWS aan de Tweede Kamer, Tweede Kamer, 2001-2002, 26631, nr. 23, p. 3. Betreft de periode tot aan juni 2002.

¹⁷ Dit kunnen ook afspraken zijn met zorgtoewijzingscommissies of andere daartoe opgerichte organisaties.

van registratiesystemen; een meer actieve bewaking moet nog volgen.

Actie overheid

De wachtlijstregistratie loopt achter bij de planning van het project AZR. Dit is reeds aanleiding voor de overheid geweest om een actieplan op te stellen om de doelstellingen van het project AZR die voor 2001/2002 waren gesteld alsnog te halen. Zowel op het niveau van de projectaansturing als op het niveau van interventies ten behoeve van inhoudelijke verbeteringen zijn initiatieven genomen.

3.c. Operationeel beleid

Algemeen

Het jaar 2001 kan worden beschouwd als overgangsjaar. Dit staat voor zorgkantoren in het teken van het invullen van het wachtlijstbeheer, veelal op basis van een plan van aanpak. Zorgkantoren zijn tevens begonnen met het opzetten van structuren voor een adequate zorgtoewijzing. Uit het onderzoek blijkt dat voor veel zorgkantoren afronding op zijn vroegst in 2002 zal plaatsvinden. Ongeveer de helft van de zorgkantoren, betrokken in het verdiepend onderzoek, heeft een samenhangende beleidsvisie of meerjarenplan ten behoeve van de wachtlijstactiviteiten opgesteld.

Goed voorbeeld

Een synthese van voorlopende zorgkantoren bij het ontwikkelen van beleid heeft als kenmerk een beleidsvisie voor een aantal jaren voor de zorginkoop, het vergroten van zorgcapaciteit in de regio en de wachtlijstbemiddeling. De beleidsvisie wordt in jaarplannen uitgewerkt met daarin doelstellingen, activiteiten en verwachte resultaten. Hieraan verbonden is een plan van aanpak (ook wel handboek, werkinstructie of iets dergelijks genoemd). Voor het uitwerken van de zorginkoop kan bijvoorbeeld een capaciteitsplan opgesteld worden op basis van geïnventariseerde problemen in de regio. Tenslotte wordt voorzien in rapportages over de voortgang van de activiteiten ten behoeve van eventuele aansturing.

Beleid zorginkoop

De wachtlijstinformatie faciliteert zorgkantoren nauwelijks bij het ontwerpen van interventies. De wachtlijstinventarisaties in 2001 verschaffen zorgkantoren veelal het inzicht dat aanvullende productieafspraken voor vrijwel alle zorgvormen nodig zijn vanwege de alom aanwezig zijnde wachtlijsten. Zorgkantoren zullen de wachtlijstgegevens uit het wachtlijstregistratiesysteem in de toekomst pas ten volle gebruiken bij de inkoop van zorg. Uit het onderzoek komt dan ook naar voren dat de rol van zorgkantoren bij het maken van aanvullende productieafspraken die van toetsers is ten behoeve van de financiering (zoals de bewaking van de aansluiting met CTG-regels) en het realiteitsgehalte van voorstellen. De sturing van de afspraken over aanvullende productie komt nog vanuit de instellingen.

**Beleid vergroting
zorgcapaciteit**

Deze rolverdeling is ook van toepassing op activiteiten die zorgmogelijkheden vergroten (bijvoorbeeld uitbreiding toelating, initiatief bouw e.d.). Voorts proberen zorgkantoren zorgaanbieders te interesseren voor in de regio mogelijke activiteiten.

**Beleid
wachtlijstbemidde-
ling**

Ten aanzien van wachtlijstbemiddeling is het merendeel van de zorgkantoren bezig met het opzetten en de implementatie van een nieuwe structuur voor wachtlijstbemiddeling.¹⁸

3.d. Interventies

Binnen het kader van de in de vorige paragraaf beschreven uitgangspunten zijn zorgkantoren betrokken bij de volgende interventies:

1. inkoop extra zorg;
2. activiteiten om de zorgcapaciteit te vergroten;
3. activiteiten om in wachtlijstbemiddeling te (gaan) voorzien.

De interventies worden in de volgende paragrafen toegelicht.

3.d.1. Zorginkoop

In maart 2001 hebben 25 zorgkantoren aanvullende productieafspraken met thuiszorginstellingen gemaakt. Dit betrof bijna 80% van de toegelaten instellingen. Voor de V&V is met minder instellingen aanvullende productie afgesproken (50%). Dit relatief lage percentage is volgens de zorgkantoren te wijten aan een drietal factoren: capaciteit- en personeelsgebrek in beide sectoren, het niet kunnen halen van het reguliere productieniveau en afspraken over een flexibel budget.¹⁹

In de loop van het jaar zijn productieafspraken bijgesteld. Een meerderheid van de zorgkantoren heeft aanvullende productieafspraken naar boven bijgesteld en dan vooral in de thuiszorg. Een minderheid heeft de afspraken naar beneden bijgesteld, wederom vooral in de thuiszorg. De meest genoemde redenen waarom aanvullende productieafspraken niet zijn bijgesteld zijn:

- de realisatie is conform het verwachtingspatroon van de reeds gemaakte (aanvullende) productieafspraken;
- de realisatie loopt achter ten opzichte van de reeds gemaakte productieafpraak (regulier budget of aanvullend), maar gewacht wordt op de nacalculatie.

¹⁸ Wachtlijstbemiddeling vond her en der al wel plaats – door bijvoorbeeld instellingen -, echter nog zonder regionale coördinatie door het zorgkantoor.

¹⁹ Drie zorgkantoren hebben in 2001 toestemming gekregen om met instellingen een flexibel budget af te spreken. Deze systematiek houdt in dat er geen (aanvullende) productieafspraken vooraf gemaakt worden, maar grotendeels achteraf. De achterliggende gedachte is dat instellingen zo optimaal kunnen inspelen op ontwikkelingen in de zorgvraag. De zorgkantoren hebben in ruil wel de resultaatsverplichting op zich genomen om wachtlijsten weg te werken. Aan deze resultaatsverplichting hebben de zorgkantoren niet kunnen voldoen. De zorgkantoren hebben desondanks van de overheid toestemming tot voortzetting in 2002 gekregen omdat metingen in een éénjarige periode onvoldoende worden geacht om uitspraken over de effectiviteit van het flexibel budget te kunnen doen.

3.d.2. Vergroting zorgcapaciteit

Vrijwel alle zorgkantoren zijn bij een groot aantal andere activiteiten voor de reductie van de wachtlijsten betrokken, naast het maken van aanvullende productieafspraken (tabel 3). Er vinden ook onorthodoxe initiatieven plaats die voornamelijk betrekking hebben op zorg waarin wonen en zorg gescheiden worden en op activiteiten om de arbeidsproblematiek voor verzorgende beroepen in de regio te verlichten. Tenslotte staan de zorgkantoren met een flexibel budget als onorthodox initiatief vermeld.

Tabel 3: Activiteiten naast aanvullende productie (2001)

Activiteit	Aantal zorgkantoren
Uitbreiding subsidies (PGB etc)	30
Initiatief bouw	30
Zorg op maat	30
Uitbreiding toelating	27
Onorthodox: ²⁰	
• Scheiden wonen/zorg	28
• Arbeidsproblematiek	10
• Flexibel budget	3

3.d.3. Wachtlijstbemiddeling

Wachtlijstbemiddeling zal voor het overgrote deel van de (sub-) regio's van de zorgkantoren in 2002 van start gaan. In de al dan niet toekomstige structuren laat een grote meerderheid van de zorgkantoren de wachtlijstbemiddeling uitvoeren door anderen, zoals instelling, een zorgtoewijzingscommissie of een daarvoor opgerichte organisatie. De organisatorische vormgeving is zeer divers, en zelfs de arrangementen in subregio's binnen de regio van het zorgkantoor wijken van elkaar af. In deze nieuwe structuren is het toezicht van zorgkantoren veelal via uitvoeringsovereenkomsten, protocollen en handboeken voor zorgtoewijzing geregeld.

3.e. Outputmeting

Aanvullende productieafspraken

Over het algemeen wachten zorgkantoren niet op de geijkte momenten (presentatie jaarrekening, nacalculatie, voor- en najaarsoverleg) om inzicht te krijgen in de realisaties van instellingen. In plaats daarvan proberen zij de toelevering van realisatiegegevens te sturen (onder meer door middel van schriftelijke procedures). Verschillende zorgkantoren hanteren daarvoor ontwikkelde formats. Een meerderheid van zorgkantoren ontvangt verschillende keren per jaar van

²⁰ Onorthodox gebruikt zoals aangewezen door VWS. Over de term onorthodox bestaat verwarring. Het gaat daarbij om initiatieven die als anders dan 'regulier' zijn benoemd. Over het algemeen hebben overheid en bestuursorganen de onorthodoxe initiatieven als inpasbaar in al dan niet daartoe aangepaste reguliere kaders beoordeeld. Een voorbeeld is het in noot 19 beschreven experiment met flexibele budgetten. Een ander voorbeeld is het versnellen van de besluitvorming over bouwkundige voorzieningen door procedures aan te passen.

instellingen informatie over hun gerealiseerde productie. Van ongeveer tweederde van de instellingen ontvangen zorgkantoren minimaal per kwartaal, en vaak op maandelijkse basis, productiegegevens. De informatie betreft voor alle zorg de realisatie per product, maar over de V&V ontvangt een kwart van de zorgkantoren ook realisaties op cliëntniveau. Zorgkantoren bespreken met instellingen de eventuele achterstanden. Tevens kunnen productieafspraken bij achterlopende realisatie naar beneden worden bijgesteld.²¹

**Activiteiten
zorgcapaciteit**

De evaluatie en monitoring van activiteiten voor uitbreiding van de zorgcapaciteit staan nog in de kinderschoenen. Indien sprake is van evaluatie en monitoring dan gebeurt dit als onderdeel van periodieke overleggen tussen zorgkantoor en instellingen, zonder ingebed te zijn in procedures.

Wachtlisjbemiddeling

Uit het verdiepend onderzoek blijkt dat zorgkantoren die de wachtlijstbemiddeling hebben uitbesteed, evaluatie- of monitormomenten inbouwen. Aangezien wachtlijstbemiddeling zich bij de meeste zorgkantoren in de opstartfase bevindt, kunnen die nog geen gegevens over het aantal ingezette en/of het aantal succesvol afgeronde wachtlijstbemiddelingen geven.

Goed voorbeeld

Een zorgkantoor is bezig met het opzetten en implementeren van een 'early warning'-systeem waarmee het de bedrijfscontinuïteit van de zorgaanbieders zal gaan volgen. Een ander zorgkantoor heeft in 2002 op basis van eigen beleidsdoelstellingen bepaalde indicatoren ontwikkeld. Aan de hand van deze indicatoren zal de output worden gemeten.

3.f. Financiële rechtmatigheid

Bij indicatiestelling, zorginkoop en AWBZ-administratie vinden controles op rechtmatigheid plaats. Het risico op onrechtmatige bekostiging wordt tevens afgedekt in geval van een adequate uitvoering van het controleprotocol van het CTG voor de V&V. Het rechtmatigheidsrisico bij wachtlijstproductie wijkt niet af van het risico bij reguliere productie.

3.g. Conclusie

Gedifferentieerd naar de stappen in het proces van wachtlijstactiviteiten wordt het volgende geconcludeerd. Op met name het terrein van wachtlijstbeheer tonen zorgkantoren initiatieven. De uitkomsten daarvan zijn echter nog niet zodanig dat zorgkantoren in staat zijn in actieve zin

²¹ Het CTZ heeft reeds aanbevolen dat zorgkantoren binnen hun contractuele relatie actiever het functioneren van met name thuiszorginstellingen monitoren. Dit kan door middel van een early-warning-systeem, waarbij zorgkantoren aan de hand van vaste indicatoren het functioneren van instellingen analyseren (CTZ, Relatie thuiszorginstelling-zorgkantoor, 2002). Bij een zorgkantoor uit het verdiepend onderzoek zijn voorbereidingen voor de invoering van een dergelijk systeem gaande.

interventies te plannen en te plegen. De wachtlijstregistratie ontbeert daarvoor nog de kwaliteit. Oorzaken zijn onder andere technische problemen bij de aanlevering van gegevens, maar ook het ontbreken van volledige medewerking van instellingen.

De wel beschikbare wachtlijstgegevens hebben bij zorgkantoren tot het uitgangspunt geleid dat er extra productie moet worden ingekocht voor vrijwel alle zorg in de V&V. Over het algemeen hebben instellingen het initiatief bij productievoorstellen en toetsen zorgkantoren de voorstellen aan de formele regels ten behoeve van financiering. Deze rol geldt ook voor activiteiten gericht op de zorgcapaciteit. Zorgkantoren zijn daarnaast bezig met de structurering van wachtlijstbemiddeling.

Aanvullende productieafspraken komen met name in de thuiszorg tot stand en minder in de verpleeghuis- en verzorgingshuissector. Daar is volgens zorgkantoren sprake van capaciteitsgebrek en ook halen instellingen soms niet hun reguliere productieniveau. Wachtlijstbemiddeling moet over het algemeen nog van start gaan in 2002. Ook ten aanzien van deze activiteit is ten tijde van het onderzoek geconstateerd dat de wachtlijstinformatie nog tekort schiet.

Overeenkomstig het bovenstaande is gebleken dat monitoring en evaluaties vooralsnog beperkt worden tot het volgen van de realisatie van productie. De uitkomsten hiervan worden gebruikt bij het bijstellen van productieafspraken.

4. Gehandicaptenzorg

4.a. Inleiding

In de komende paragrafen komen de verschillende wachtlijstactiviteiten aan de orde aan de hand van de stappen zoals die in het eerste hoofdstuk zijn beschreven. Daar waar mogelijk worden initiatieven van zorgkantoren beschreven die als 'goed voorbeeld' kunnen dienen. Het hoofdstuk sluit af met de conclusie.

4.b. Verzamelen van beleidsinformatie

Inzicht

In formele zin fungeren zorgkantoren vanaf 1 januari 2001 als regionaal houder van het Zorgregistratiesysteem (ZRS). Dit is een systeem waarin op cliëntniveau indicatie- en realisatiegegevens worden vastgelegd en dat met name wachtlijstbeheer ondersteunt. Daadwerkelijk is het regionaal houderschap eind 2001 overgedragen. Bij de overdracht van het ZRS is uitgegaan van verantwoordelijkheid van het Landelijk Centrum voor Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG) voor de indicatiestelling en van het zorgkantoor voor de zorgtoewijzing. Het LCIG is dan ook verantwoordelijk gesteld voor de invoer van indicatiegegevens in het ZRS, het zorgkantoor is er voor verantwoordelijk dat het ZRS alleen geldige indicatieadviezen en tevens de zorgrealisaties bevat. Hiervoor dienen instellingen gegevens aan te leveren. Zorgkantoren hebben bij een goed functionerende wachtlijstregistratie op basis van het ZRS een actueel inzicht in wachtlijsten en wachttijden op het niveau van individuele cliënten.

Ongeveer driekwart van de zorgkantoren heeft de wachtlijstregistratie in 2001 opgestart. Van de overige zorgkantoren heeft het merendeel ten tijde van het onderzoek de registratie nog niet opgestart. Deze zorgkantoren hebben voornamelijk problemen met de betrouwbaarheid van gegevens in het ZRS.

Daar waar de wachtlijstregistratie loopt, is een actueel beeld van wachtlijsten beschikbaar. De frequentie van het aanleveren van indicatiegegevens is namelijk hoog. Vrijwel alle zorgkantoren ontvangen minimaal maandelijks zowel indicatiegegevens als gegevens over geleverde zorg. In veel gevallen ligt de frequentie nog hoger, zeker als het gaat om indicatiegegevens. Deze gegevens bieden inzicht in wachttijden op individueel cliëntniveau.

Achtergrondinformatie

Zorgkantoren ontvangen tevens achtergrondinformatie van instellingen. Voor vrijwel alle zorgkantoren heeft deze informatie betrekking op capaciteitsproblematiek. Driekwart krijgt tevens managementinformatie en een kleine meerderheid gegevens over personeelstekort.

**Aanvullende
informatie**

De helft van de zorgkantoren vraagt informatie over aantallen wachtenden en wachttijden van instellingen voor zorg aan verstandelijk gehandicapten. Een kwart doet dat voor zorg aan lichamelijk gehandicapten. Zorgkantoren doen dit omdat zij lacunes in het ZRS ten aanzien van zorgrealisatie ervaren of omdat zij meer kennis van wachtlijstproblemen op instellingsniveau willen hebben.

Het inzicht in wachtlijsten voor lichamelijk gehandicapten blijft bij de verschillende aspecten achter bij verstandelijk gehandicapten. Dit kan worden verklaard doordat het ZRS alleen in de sector van de verstandelijk gehandicapten werd toegepast tot de start van het LCIG in 2001. Bovendien was de toewijzing van zorg voor lichamelijk gehandicapten niet op het regioniveau van het zorgkantoor georganiseerd.

Goed voorbeeld

Dit zorgkantoor beheert het ZRS. Op basis van output van dit systeem heeft het zorgkantoor inzicht in te lange wachttijden op individueel niveau. Deze informatie wordt onder meer gebruikt in een regionale commissie die de inzet van wachtlijstmiddelen regisseert.

Borging

Borging vindt plaats door:

- afspraken binnen de ZRS-structuur over de invoer in het ZRS van indicatieadviezen door de regionale LCIG-teams;
- het zekerstellen van de aanlevering van gegevens over zorgrealisatie door instellingen (bijvoorbeeld door middel van een addendum bij een overeenkomst). Meer dan 90 procent van de zorgkantoren heeft hierover afspraken met zorginstellingen. Gegevens worden evenwel niet altijd conform de afspraken aangeleverd. Ongeveer 20 procent van de zorgkantoren krijgt de gegevens over geleverde zorg niet overeenkomstig de afspraken. Met name betreft dit de tijdigheid;
- afspraken over wachtlijstregistratie. In bijna de helft van de gevallen voert een zorgtoewijzingscommissie, de Sociaal Pedagogische Dienst (SPD) of een andere organisatie deze taak voor het zorgkantoor uit. Bij uitbesteding maken zorgkantoren over het algemeen schriftelijke afspraken met de uitvoerder.

Vaak is bij de aanlevering nog sprake van een 'leertraject' waarin het zorgkantoor indicatiestellers en instellingen wijst op de waarde van het juist en tijdig aanleveren van gegevens.

4.c. Operationeel beleid

Algemeen

Uit het verdiepend onderzoek blijkt dat verschillende zorgkantoren operationeel beleid formuleren in de vorm van een protocol, eventueel neergelegd in een handboek. Het doel van deze handboeken is het leggen van duidelijke relaties tussen de verschillende onderdelen van de zorgketen (hulpvraagverduidelijking, indicatiestelling, zorgtoewijzing en

zorgrealisatie) om werkprocessen zo optimaal mogelijk te laten verlopen. In de helft van de gevallen vindt invoering overigens pas in 2002 plaats.

Het opstellen van een protocol is bevorderd door de introductie van het regionale team van het LCIG als nieuw indicatieorgaan, de nadruk op de rol van het zorgkantoor bij het aanpakken van wachtlijsten, en het verkrijgen van het beheer van het ZRS door zorgkantoren.

Beleid zorginkoop

In de gehandicaptenzorg staat voor zorgkantoren niet het selectief afspreken van aanvullende productie op basis van inventarisaties van wachtlijsten centraal, maar het bewerkstelligen van meer zorg, hoe dan ook.²² Bovendien sluiten zorgkantoren bij het afspreken van aanvullende productie over het algemeen aan op het principe van vraaggestuurde zorg. Eerst maken cliënt en instelling onderling afspraken over de te verlenen zorg, waarna het zorgkantoor na beoordeling de financiering waarborgt. De financiering van wachtlijstproductie gebeurt bij voorkeur door middel van het verlenen van een Persoonsvolgend Budget (PVB).

Beleid wachtlijstbemiddeling

Zorgkantoren vertonen een sturende rol bij wachtlijstbemiddeling. Over het algemeen hanteren zorgkantoren in overeenstemming met vraaggestuurde zorg het uitgangspunt dat de cliënt zelf zijn zorg dient te regelen. Het zorgkantoor speelt vooral een rol als de cliënt in de problemen komt bij het verkrijgen van zorg. Hierbij spelen signalen vanuit de wachtlijstregistratie een belangrijke rol. Het zorgkantoor houdt uiteraard de formele verantwoordelijkheid voor een tijdige zorgtoewijzing en dient dus voldoende zorg te contracteren.

Goed voorbeeld

Dit zorgkantoor heeft een meerjarige beleidsvisie opgesteld, gericht op wachtlijstregistratie en tijdige zorgverlening. De registratie zal gaan dienen als basis voor de zorginkoop.

Daarnaast heeft het zorgkantoor een plan van aanpak voor het terugdringen van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg in de regio opgesteld. Naast projecten staat daarin het handboek 'Gehandicaptenzorg' centraal. Daarin wordt het proces van hulpvraag tot en met zorgrealisatie beschreven. Over de inhoud bestaat overeenstemming met andere regionaal betrokken organisaties. Voor elk deelproces zijn werkafspraken en verantwoordelijkheden gedefinieerd. Zo ook wat er gebeuren moet als cliënten er niet in slagen tijdig zorg te krijgen. Tevens staat beschreven wat dient te gebeuren in het kader van wachtlijstregistratie en wachtlijstbeheer.

²² Of zoals een respondent de regionale strategie verwoordde: "Pakken wat je pakken kunt, binnen is binnen."

Informatiestromen worden toegelicht. Tenslotte zijn evaluatiemomenten ingebouwd.

4.d. Interventies

Binnen het in de vorige paragraaf beschreven kader zijn zorgkantoren betrokken bij de volgende interventies:

1. inkoop van extra zorg;
2. activiteiten voor uitbreiding van zorgcapaciteit;
3. wachtlijstbemiddeling.

Deze interventies worden in de volgende paragrafen toegelicht.

4.d.1. Zorginkoop

Volgens de reguliere cyclus maken zorgkantoren en instellingen productieafspraken vóór 1 maart. Alle zorgkantoren hebben voor die datum met het grootste deel van de instellingen voor verstandelijk gehandicapten aanvullende productieafspraken voor 2001 gemaakt. Voor zorg voor lichamelijk gehandicapten ligt het aantal afspraken wat lager.

Het ontbreken van aanvullende afspraken heeft veelal als reden dat instellingen hun reguliere productie niet halen of dat gedurende het jaar productieafspraken worden bijgesteld. Dat laatste gebeurt in de gehandicaptenzorg op grote schaal. In 2001 zijn voor het merendeel van de instellingen voor verstandelijk gehandicapten de productieafspraken gedurende het jaar verhoogd. De voornaamste reden voor het niet ophogen gedurende het jaar is dat extra productie niet nodig of niet haalbaar is.

Het PVB, dat gedurende het jaar voortdurend kan worden toegekend, bewerkstelligt mutaties in het budget van instellingen omdat die optreden als beheerder van het PVB.

4.d.2. Vergroting zorgcapaciteit

Zorgkantoren zijn betrokken bij aanvullende productieafspraken die een vergroting van het zorgvolume veroorzaken. Er zijn echter ook nog andere initiatieven met als voornaamste doel de zorgcapaciteit te vergroten (tabel 4).

Tabel 4: Betrokkenheid van zorgkantoren bij volume-gerelateerde wachtlijstactiviteiten

Activiteit	Aantal zorgkantoren
1. Uitbreiding toelating	30
2. Initiatief bouw	29
3. Uitbreiding PGB	26
4. Onorthodoxe initiatieven	23
5. Uitvoering plannen arbeidsproblematiek	9
6. Overig	10

Ongeveer de helft van de zorgkantoren is ook betrokken bij activiteiten zonder direct effect op het volume, maar wel met een veronderstelde bijdrage aan de oplossing van de wachtlijstproblematiek. Hieronder verstaan zij verschillende zaken: van het herstructureren van de regionale zorgketen tot aan het toekennen van de hardheidsclausule.²³

4.d.3. Wachtlijstbemiddeling

Ten tijde van de afsluiting van het onderzoek is in 26 regio's wachtlijstbemiddeling opgestart. Als er geen of beperkte bemiddeling plaatsvindt, is dit volgens zorgkantoren te wijten aan personeelstekort of onvrede over de bruikbaarheid van het ZRS.²⁴

In ongeveer tweederde van de regio's voert een andere organisatie dan het zorgkantoor de wachtlijstbemiddeling uit, eventueel in samenwerking met het zorgkantoor. Vaak doet een zorgtoewijzingscommissie of de SPD de bemiddeling. Daarbij is over het algemeen sprake van formele waarborgen voor toezicht door het zorgkantoor.

Goed voorbeeld

Een zorgkantoor zit een regionale commissie voor de verdeling van wachtlijstmiddelen voor die hulpvraagverduidelijkingen van wachtenden verzamelt. Deze worden doorgestuurd naar instellingen die offertes op de hulpvraagverduidelijking kunnen uitbrengen. Instelling en cliënt komen vervolgens tot een arrangement dat financieel wordt afgehandeld door het zorgkantoor. Een onderdeel van het zorgkantoor beheert het ZRS en is daardoor in staat de regionale commissie te voeden met overzichten van wachtenden.

4.e. Outputmeting

Monitoring en evaluaties hebben met name betrekking op de aanvullende productieafspraken en in mindere mate op de wachtlijstbemiddeling.

Aanvullende productie

De realisatie van productieafspraken wordt regelmatig gemonitord. Alle zorgkantoren ontvangen hierover informatie, twee derde maandelijks of vaker. Op enkele na ontvangen zorgkantoren zorgrealisatiegegevens op cliëntniveau en ongeveer de helft ontvangt (ook) informatie op zorgproduct- en budgetcategorieniveau.

Ongeveer tweederde van de zorgkantoren gebruikt het ZRS voor het verkrijgen van informatie, maar alle betrekken hun gegevens (ook) van de instellingen zelf. Bijna tachtig procent van de zorgkantoren heeft hiervoor een procedure opgesteld

²³ Onder de hardheidsclausule wordt verstaan dat bij de toekenning van een PVB aan een cliënt de formeel toegestane bedragen voor bepaalde budgetcategorieën verhoogd mogen worden.

²⁴ Voor de gehandicaptensector was in 2001 een bedrag van f5,1 miljoen beschikbaar, waarvan f2,5 miljoen voor wachtlijstbeheer en f2,6 miljoen voor de registratie en begeleiding van gehandicapten (Regeling besteedbare middelen beheerskosten AWBZ 2001, Staatscourant 19 december 2000, nr. 246). In het verdiepend onderzoek bleek een enkel zorgkantoor vanwege personeelsgebrek de bemiddeling te beperken tot crisisopvang.

met daarin veelal afspraken over de gegevens die worden uitgewisseld en de onderwerpen van eventueel overleg. Wat minder vaak is de frequentie van informatie-uitwisseling en overleg geregeld.

De kwaliteit van de aanlevering van gegevens door de instellingen kan beter; ongeveer de helft van de zorgkantoren heeft hierdoor problemen bij het volgen van de realisaties. Ook ondervinden verschillende zorgkantoren problemen van een nog niet goed functionerend ZRS.

Monitoring leidt met name tot bruikbare informatie ten behoeve van het bijstellen van aanvullende productieafspraken en tot continuering van overleg met instellingen.

Wachtlijstbemiddeling

Een kleine meerderheid van de zorgkantoren houdt niet bij voor hoeveel cliënten bemiddeld is en in hoeveel gevallen dit succesvol verlopen is. Indien aanwezig vinden evaluaties binnen de uitvoering van protocollen plaats.

4.f. Financiële rechtmatigheid

Bij indicatiestelling, zorginkoop en AWBZ-administratie vinden controles op rechtmatigheid plaats. Het risico op onrechtmatige bekostiging wordt tevens afgedekt in geval van een adequate uitvoering van het controleprotocol van het CTG voor de gehandicaptenzorg. Het rechtmatigheidsrisico bij wachtlijstproductie wijkt niet af van het risico bij reguliere productie.

4.g. Conclusie

Gedifferentieerd naar de stappen in het proces van wachtlijstactiviteiten wordt het volgende geconcludeerd.

Zorgkantoren hebben met het ZRS een instrument in handen waarmee een betrouwbare wachtlijstregistratie mogelijk wordt. Een meerderheid van de zorgkantoren is daar ten tijde van het onderzoek in geslaagd.

Zorgkantoren hanteren geen selectieve inkoopstrategie, maar proberen over het algemeen zoveel mogelijk zorg te realiseren. Daarnaast trachten zij over het algemeen beleidsmatig aan te sluiten bij vraaggestuurde zorg. Bij zorgkantoren staat een adequate regionale structuur voor wachtlijstbemiddeling hoog op de agenda.

Zorgkantoren interveniëren door in te stemmen met voorstellen van instellingen voor extra productie. Voorwaarde is dat zij hun reguliere productie gehaald hebben. Bijstellingen van productieafspraken gedurende het jaar komen op grote schaal voor. Ook zijn zorgkantoren betrokken bij andere activiteiten, waaronder initiatieven gericht op vergroting van de zorgcapaciteit. In maart 2002 is op vijf regio's na wachtlijstbemiddeling tot stand gebracht.

Zorgkantoren zijn over het algemeen actief in het verkrijgen van gegevens over de realisatie van productieafspraken, maar de kwaliteit van gegevens is voor verbetering vatbaar. Ook bij de meting van het succes van wachtlijstbemiddeling zijn bij een meerderheid van de zorgkantoren verbeteringen mogelijk.

5. Conclusies

5.a. Inleiding

Dit onderzoek moest inzicht geven in de manier waarop ziekenfondsen en zorgkantoren vorm geven aan wachtlijstactiviteiten en in hoeverre deze activiteiten hebben geleid tot de gewenste output. Tevens moest blijken of ziekenfondsen en zorgkantoren in staat zijn de stappen van het proces van wachtlijstactiviteiten te nemen en welke factoren van invloed zijn op de uitvoering ervan.

In dit hoofdstuk worden bovenstaande vragen beantwoord door de initiatieven van ziekenfondsen en zorgkantoren te bespreken aan de hand van de door het CTZ onderscheiden stappen in het proces van wachtlijstactiviteiten.

5.b. Medisch-specialistische zorg

Voor het geheel van wachtlijstactiviteiten van ziekenfondsen bij medisch-specialistische zorg geldt het volgende beeld. Over het algemeen ondernemen ziekenfondsen verschillende wachtlijstactiviteiten. Bij een enkel ziekenfonds is sprake van een samenhangende aanpak. Over het algemeen gaat het nog om separaat uitgevoerde activiteiten.

Ziekenfondsen leggen de nadruk op wachtlijstbemiddeling. Zij zijn minder in staat het proces van activiteiten 'aan de voorkant' te beheersen omdat het inzicht in wachtlijsten en oorzaken niet voldoet. Meer gespecificeerd naar de stappen van ziekenfondsen is de stand van zaken als volgt.

Het verzamelen van beleidsinformatie: de wachtlijstregistratie

De meeste ziekenfondsen ontvangen op regelmatige basis informatie over toegangstijden en wachttijden. Het inzicht wordt echter negatief beïnvloed door onvoldoende betrouwbaarheid en het ontbreken van informatie over de achtergronden van en samenhang tussen wachtlijsten. Hoewel oorzaken gedeeltelijk buiten de invloedssfeer van ziekenfondsen liggen, kunnen ziekenfondsen bijdragen aan verbeteringen door de informatieaanlevering van wachtlijstgegevens meer te sturen. Het CTZ heeft daarop gerichte initiatieven van ziekenfondsen gesignaleerd.

Operationeel beleid

Gebleken is dat alle ziekenfondsen wachtlijstbemiddeling voor hun verzekerden belangrijk vinden. Daarentegen richt men zich minder op een op wachtlijsten gericht actief zorginkoopbeleid. Niet alleen schiet de beleidsinformatie daarvoor tekort, ook ervaren ziekenfondsen oorzaken voor wachtlijsten die zij niet kunnen beïnvloeden. Uit het onderzoek komt naar voren dat een samenhangende aanpak voor wachtlijstproblemen vaak nog ontbreekt.

Interventies

Binnen bovenstaande beleidskaders dragen ziekenfondsen vanuit hun verantwoordelijkheid zorg voor interventies. Zij

stemmen in met extra productievoorstellen van ziekenhuizen en betalen vaak ook toeslagen op verrichtingen, mits onderbouwd. Over het contracteren van zbc's en buitenlandse ziekenhuizen bestaat een wisselend beeld. De helft van de ziekenfondsen probeert via zbc's wachtlijsten te bekorten, terwijl alleen voor orthopedische ingrepen het buitenland van substantieel belang is. Opgemerkt wordt dat dit het beeld is ultimo 2001. Tenslotte is gebleken dat elk ziekenfonds zijn verzekerden wachtlijstbemiddeling aanbiedt.

Outputmeting

Naast het volgen van de realisatie van productieafspraken met het oog op de nacalculatie, dragen ziekenfondsen met name zorg voor het monitoren van wachtlijstbemiddeling in de vorm van aantallen en, in mindere mate, hun succes.

5.c. V&V

Zorgkantoren voeren het proces van wachtlijstactiviteiten nog niet in zijn geheel uit. Het jaar 2001 is een 'omslagjaar' gebleken: zorgkantoren hebben weliswaar een begin gemaakt met de structurering van de regionale zorgketen (van indicatiestelling tot aan zorgtoewijzing) vanuit hun verantwoordelijkheden, maar daadwerkelijke implementatie zet zich nog door tot in 2002 en later. Bovendien vertoont het verzamelen van beleidsinformatie belangrijke tekortkomingen die het ondernemen van overige wachtlijstactiviteiten ernstig belemmeren. Meer gespecificeerd naar de stappen van zorgkantoren is de stand van zaken als volgt.

Het verzamelen van beleidsinformatie: de wachtlijstregistratie

Zorgkantoren worden binnen het landelijk project AZR aangezet tot een uniforme wachtlijstregistratie. Hoewel in 2002 vooruitgang is geboekt, hebben zorgkantoren in het algemeen ten tijde van het onderzoek nog geen eenduidig en doorlopend inzicht in de ontwikkeling in de wachtlijsten per regio, hun oorzaken, de onderlinge samenhang of de wachttijden per individuele cliënt. Naast de beperkte kwaliteit van wachtlijstgegevens spelen technische en organisatorische factoren een rol. Zij zijn gedeeltelijk beïnvloedbaar door zorgkantoren, met name als het gaat om de afstemming met instellingen.

Operationeel beleid

Zorgkantoren spelen met name de rol van financierder en toetser aan beleidsregels van bestuursorganen. De sturing van de voorstellen voor aanvullende productie ligt vooralsnog bij de instellingen. Bij de structurering van de wachtlijstbemiddeling hebben zorgkantoren een meer sturende rol.

Interventies

Daar waar de capaciteit, de beschikbaarheid van personeel en bestaande realisaties het toelaten, maken zorgkantoren met instellingen aanvullende productieafspraken. Daarnaast zijn zorgkantoren betrokken bij activiteiten waardoor de

zorgcapaciteit wordt vergroot. Zij proberen zorgaanbieders daarvoor te interesseren. Tenslotte is gebleken dat ten tijde van het onderzoek de wachtlijstbemiddeling nog niet volledig is opgetuigd.

Outputmeting

Zorgkantoren gebruiken informatie over de realisatie van (aanvullende) productieafspraken bij de bijstelling van de (aanvullende) productieafspraken. Voor de andere wachtlijstactiviteiten zijn outputmetingen nog weinig ontwikkeld.

5.d. Gehandicaptenzorg

Bij zorgkantoren is een duidelijke tendens waar te nemen waarin zorgkantoren hun verantwoordelijkheid voor de aanpak van wachtlijstproblemen vorm geven door protocollen voor de zorgketen op te stellen. Hierdoor zijn ook wachtlijstproblemen aan te pakken. Het hanteren van protocollen leidt er toe dat wachtlijstactiviteiten van het zorgkantoor op elkaar aansluiten. Dit was in 2001 nog niet het geval. Met name ontbrak de aansluiting tussen beleidsinformatie en interventies. Meer gespecificeerd naar de stappen van zorgkantoren is de stand van zaken als volgt.

Het verzamelen van beleidsinformatie: de wachtlijstregistratie

De meeste zorgkantoren zijn na een opstartfase in 2001 uiteindelijk in 2002 in staat om via het ZRS inzicht te verkrijgen in wachtlijsten op individueel cliëntniveau. Ook verzorgen zij borging van inzicht via onder andere afspraken met instellingen over aanlevering van zorgrealisatie. Het inzicht in wachtlijsten voor lichamelijk gehandicapten blijft achter bij dat voor verstandelijk gehandicapten.

Operationeel beleid

Zorgkantoren laten zich bij het realiseren van extra productie veelal leiden door het principe van vraaggestuurde zorg en financiering via PVB. Hierdoor ligt het initiatief bij de cliënt en de instelling waarna het zorgkantoor de financiering waarborgt. Zorgkantoren sturen de ontwikkeling van wachtlijstbemiddeling.

Interventies

Onder voorwaarde dat de reguliere productie gehaald wordt, komen zorgkantoren met instellingen aanvullende productie overeen. Bovendien worden als gevolg van de vraagsturing gedurende het jaar productieafspraken aangepast. Het grootste deel van de zorgkantoren voert bovendien wachtlijstbemiddeling uit. Inmiddels maakt de wachtlijstregistratie bij verschillende zorgkantoren problemen op individueel cliëntniveau inzichtelijk hetgeen actieve individuele bemiddeling mogelijk maakt.

Outputmeting

Zorgkantoren zijn in staat de zorgrealisatie van instellingen te volgen. Deze informatie wordt vervolgens gebruikt bij het (meestal naar boven) aanpassen van productieafspraken. Het

aantal gevallen van wachtlijstbemiddeling wordt daarentegen slechts door een minderheid van de zorgkantoren geregistreerd. Voor de outputmeting geldt in het algemeen dat verbeteringen mogelijk zijn.

6. Aanbevelingen

Het CTZ heeft geconstateerd dat ziekenfondsen en zorgkantoren in 2001/2002 verschillende wachtlijstactiviteiten ter hand hebben genomen, maar vaak nog in bescheiden mate. Tevens is gebleken dat er ziekenfondsen en zorgkantoren zijn die in de uitvoering van taken voor de aanpak van wachtlijsten verder zijn dan andere. Er is dus sprake van voorlopers die aantonen dat er mogelijkheden tot verbetering zijn die nog niet door alle ziekenfondsen en zorgkantoren worden benut. Tenslotte is vastgesteld dat de uitvoering van taken nog verschillende tekortkomingen vertoont. Dit verschilt overigens wel per sector. Hiervoor zijn factoren verantwoordelijk die gedeeltelijk beïnvloedbaar zijn door ziekenfondsen en zorgkantoren.

De aanbevelingen hebben betrekking op die wachtlijstactiviteiten waarvan het CTZ vindt dat met name daar verbeteringen zouden moeten optreden en waar van ziekenfondsen en zorgkantoren of bestuurlijke organen (het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ)) inspanningen mogen worden verwacht. Het gaat hierbij in de eerste plaats om het verkrijgen van inzicht in wachtlijsten. Het CTZ heeft geconstateerd dat het ontwikkelen van wachtlijstinitiatieven in grote mate afhankelijk is van de beschikbaarheid van kwalitatief goede gegevens die als beleidsinformatie dienst kunnen doen. Daarnaast hebben de aanbevelingen betrekking op de verwachtingen ten aanzien van ziekenfondsen en zorgkantoren bij de uitvoering van activiteiten en de aanwezigheid van een samenhangende aanpak van ziekenfondsen en zorgkantoren.

Aanbevelingen ten aanzien van het inzicht in wachtlijsten

Uit het onderzoek is gebleken dat de inspanningen bij het verkrijgen van wachtlijstinformatie met name in de sectoren van de medisch-specialistische zorg en V&V nog niet hebben geleid tot een tevredenstellend inzicht in de wachtlijstproblematiek bij ziekenfondsen en zorgkantoren. Dit belemmert het ontwikkelen van een adequaat beleid van interventies. Niet alleen is dit nodig om huidige knelpunten bij tijdige zorgverlening op te lossen, ook moeten informatievergaring en een daarop gebaseerd zorginkoopbeleid ziekenfondsen en zorgkantoren in staat stellen vanuit hun wettelijke taken bij te dragen tot het voorkómen van onaanvaardbare wachttijden en wachtlijsten in de toekomst.

Er zijn mogelijkheden tot verbetering, waarbij de inzet van verschillende partijen vereist is. Op de korte termijn biedt naleving van de bepalingen omtrent de uitwisseling van wachtlijstinformatie in de uitkomst van overleg ziekenfonds-

ziekenhuis (geïntegreerde zorg) 2002 mogelijkheden om de kwaliteit van beleidsinformatie te verhogen. Bovendien komt uit het onderzoek naar voren dat sommige ziekenfondsen actief sturing geven aan de informatieaanlevering door ziekenhuizen door bijvoorbeeld eigen sjablonen te gebruiken. Ook zijn enkele verder in de verwerking van informatie. Het CTZ is van mening dat deze mogelijkheden door ziekenfondsen ter hand genomen dienen te worden. In de V&V heeft het project AWBZ-brede zorgregistratie nog niet de gewenste resultaten opgeleverd, maar de overheid heeft aangegeven activiteiten te ontwikkelen om alsnog de doelstellingen van 2002 te halen.

Aanbeveling 1

Het CTZ verwacht van ziekenfondsen dat zij hun informatie systemen zodanig ontwikkelen dat zij een goed inzicht krijgen in de situaties waarin de vraag naar en het aanbod van zorg uiteenlopen. Dit inzicht dient als basis voor het formuleren van concrete beleidsvoornemens en het maken van afspraken met ziekenhuizen.

Voor de voeding van de informatie systemen vormt de uitwisseling van gegevens op basis van de bepalingen daaromtrent in de uitkomst van overleg ziekenfonds-ziekenhuis een goed uitgangspunt. In aanvulling daarop kunnen ziekenfondsen de aanlevering van gegevens door ziekenhuizen sturen in overeenstemming met de eigen behoefte.

Het CTZ acht het hierbij van belang dat de bestuurlijke organen aangeven wanneer de hier genoemde prestaties verwacht mogen worden (zie ook aanbeveling 3).

Aanbeveling 2

Het CTZ beveelt het ministerie van VWS aan met vaart de implementatie en toepassing van de AWBZ-brede zorgregistratie te bevorderen met het oog op een adequate wachtlijstregistratie- en beheer. Het CTZ vraagt het ministerie daarbij oog te hebben voor de bevindingen van dit onderzoek ten aanzien van de kwaliteit en de onvolledigheid van de wachtlijstgegevens in de V&V (zie paragraaf 3.b.).

Het CTZ beveelt in dit kader aan realistische en heldere doelstellingen vast te leggen voor de implementatie en toepassing van de AWBZ-brede zorgregistratie, bijvoorbeeld in het Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren.

Aanbeveling met betrekking tot de taken van ziekenfondsen en zorgkantoren

Het CTZ is bij dit onderzoek uitgegaan van de taken van ziekenfondsen en zorgkantoren die volgen uit de zorgplicht en afspraken die gemaakt zijn in het kader van de wachtlijstaanpak voor de verschillende sectoren. Het CTZ heeft geconstateerd dat het voor ziekenfondsen en zorgkantoren niet bij elk onderdeel van het proces van wachtlijstactiviteiten precies duidelijk is wat van hen mag worden verwacht.

Bekend is dat bestuurlijke organen momenteel bezig zijn met het opstellen van kaders die de wachtlijstactiviteiten van ziekenfondsen en zorgkantoren raken (bijvoorbeeld Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening, Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren).

Aanbeveling 3

Het CTZ verzoekt de verantwoordelijke bestuurlijke organen helder aan te geven welke prestaties van ziekenfondsen en zorgkantoren bij de verschillende activiteiten ten behoeve van de inkoop van voldoende en tijdige zorg mogen worden verwacht. Het CTZ denkt hierbij in eerste instantie aan de Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars die door het CVZ worden opgesteld.

Bij de uitvoering van de genoemde activiteiten is mogelijkerwijze sprake van een transitietraject. In dat geval acht het CTZ het van belang dat ook wordt aangegeven op welk moment in de komende jaren de activiteiten door ziekenfondsen en zorgkantoren moeten worden uitgevoerd.

Verantwoording door ziekenfondsen en zorgkantoren

Het CTZ constateert dat ziekenfondsen en zorgkantoren weliswaar verschillende activiteiten ondernemen maar dat de samenhang daarin verbeterd kan worden. In geval van volledige uitvoering van de verschillende onderdelen van het geheel van wachtlijstactiviteiten (van informatie verzamelen tot aan het evalueren van de activiteiten) zijn zij beter in staat om onder andere de effectiviteit van de eigen inspanningen vast te stellen.

Het CTZ heeft geconstateerd dat er mogelijkheden tot verbetering zijn. In de gehandicaptenzorg structureren verschillende zorgkantoren door middel van protocollen op een pragmatische manier de werkzaamheden van betrokken organisaties ten behoeve van adequate zorgtoewijzing. Ook voor de V&V bestaan voorbeelden van zorgkantoren met een meerjarige visie op de zorginkoop en/of plannen van aanpak. Voor de inkoop van voldoende medisch-specialistische zorg heeft een enkel ziekenfonds al een gestructureerd raamwerk opgezet.

Het CTZ verwacht van ziekenfondsen en zorgkantoren dat zij zich verantwoorden over hun wachtlijstactiviteiten door middel van een samenhangende aanpak. Daarin geven zij aan hoe zij de in dit onderzoek onderscheiden wachtlijstactiviteiten (en eventueel andere activiteiten) in hun onderlinge relatie (van plan zijn te) realiseren. Dit stimuleert ziekenfondsen en zorgkantoren tot een resultaatgerichte aanpak van wachtlijsten.

De informatie over het opvolgen van de aanbevelingen gericht op ziekenfondsen en zorgkantoren komt door middel van de uitvoeringsverslagen beschikbaar. Langs deze weg gaat het

CTZ na of de aanbevelingen worden opgevolgd. Vanwege noodzakelijke aanpassingen van het uitvoeringsverslag kan het zijn dat deze informatie het CTZ pas in 2005 bereikt. Voorafgaande aan deze datum zal het CTZ op een andere wijze informatie vergaren over de voortgang bij de in de aanbevelingen genoemde activiteiten. Ook zal door middel van gericht onderzoek door het CTZ de uitvoering van de zorginkooptak ten behoeve van de meting van de prestaties van de zorgverzekeraars worden vastgesteld.

College van toezicht op de zorgverzekeringen

Prof.dr. W. van Voorden
Voorzitter

Dr. M.E. Homan
Algemeen directeur