

Betreft: gespreksleidraad t.b.v. afspraken in de contractering 2020 over terugdringen wachttijden

Datum: 29 mei 2019 (definitief)

Deze gespreksleidraad helpt u om goede afspraken te maken in de contractering 2020 over het terugdringen van wachttijden.

De leidraad is door de Stuurgroep Wachttijden opgesteld aan de hand van de actuele inzichten over wachttijden in de GGZ. Dat zijn er veel:

- We hebben 21 regionale plannen gevraagd waarmee partijen laten zien hoe zij de wachttijden aanpakken
- We hebben vier verdiepende onderzoeken laten uitvoeren naar [wachttijstondersteuning](#), hoe je op casusniveau kunt [samenwerken aan complexe casussen](#), waarom bij [bepaalde cliëntgroepen de wachttijd zo lang is](#) en [hoe ervaringsdeskundigen kunnen helpen](#) om de wachttijden aan te pakken
- We hebben diverse toonaangevende sprekers en denkers hun visie op de wachttijden uiteen laten zetten in blogs
- We hebben bijzonder veel inspirerende voorbeelden en hoopvolle ontwikkelingen een podium geboden, zowel online via [wegvandewachttijst.nl](#) als tijdens het tweede 'Weg van de wachtlijst'-congres van 11 april jl.
- We hebben via de Vektisrapportages op landelijk, regionaal én instellingsniveau de wachttijden transparant gemaakt

Het doel is nu dat er, naast het regionale, ook concrete(re) afspraken gemaakt worden tussen aanbieders en verzekeraars, zodat in 2020 de wachttijden significant dalen. Daarvoor is het nodig dat er een zinvolle en inhoudelijke dialoog plaatsvindt tussen aanbieders en verzekeraars. Uit alle inzichten hebben wij daarom vier inhoudelijke en een financieel thema geïdentificeerd:

1. De cliënt/patiënt direct op de juiste plek
2. Voorkom over- en onderbehandeling
3. Zorg voor wachtlijstbegeleiding
4. Vergroot de beschikbare capaciteit
5. Maak afspraken over inhoud en financiën

De gespreksleidraad is bedoeld als een handreiking voor een goed gesprek, die helpt om focus aan te brengen en te concretiseren waar het wringt, initiatieven in samenhang te bekijken en afspraken te maken over inhoud en financiën en zo bij te dragen aan een duurzame verandering. Het betreft geen afvinklijst waarop contractpartners elkaar gaan uitvragen/controleren. In dialoog wordt bepaald op welke onderdelen winst is te behalen en waar (extra) op wordt ingezet.

Onze tip voor de toepassing is om daarbij een twee sporen beleid te hanteren: Zorg er aan de ene kant voor dat de 'processen op orde' zijn/komen, en stimuleer en investeer aan de andere kant in 'leren en ontwikkelen'. Het ene werkt met format en best practices, het andere is gebaat bij inhoud, inspiratie, aansluiten bij de intrinsieke motivatie van professionals en ruimte geven aan opkomende, nieuwe praktijken. Financieringsafspraken zijn ondersteunend aan beiden!

Contracteren is in zo'n proces slechts een voortzetting van een doorlopend inhoudelijk gesprek met een financiële component. Wij wensen u een constructieve dialoog toe!

1. De cliënt/patiënt direct op de juiste plek

Door de cliënt direct op de juiste plek te krijgen voorkomen we a. cliënten op meerdere wachtlijsten tegelijk, b. verspilling door dubbele diagnostiek, c. dat capaciteit voor complexe, gespecialiseerde problematiek wordt ingezet voor lichtere problematiek die ook elders kan worden behandeld, en d. verspilling door onderbehandeling en/of overbruggingsbehandeling.

De cliënt direct op de juiste plek krijgen vraagt echter om het in samenhang oplossen van een aantal problemen waarbij (regionaal) meerdere partijen in de keten betrokken zijn. Contractpartners kunnen hier invloed op uitoefenen. De dialoog kan gaan over:

De juiste informatie van de verwijzer

- Afspraken van de zorgverzekeraar met verwijzers 'naar' de ggz (relatie huisartseninkoop en ggz inkoop)
- Afspraken van de zorgaanbieder met verwijzers over de aan te leveren informatie bij een verwijzing
- Aandacht voor specifieke complicerende factoren zoals LVB/ZB, sociale problematiek, autisme, en mogelijk middelengebruik
- Wordt tenminste de NHG standaard volledig ingevuld door de verwijzer of POHGGZ?

Inzicht zorgaanbod voor cliënt en verwijzer

- Inzichtelijkheid voor verwijzers en cliënten van het zorgaanbod van de zorgaanbieder
- Inzichtelijkheid voor verwijzers en cliënten in de in- en exclusiecriteria per diagnosegroep
- Is hierbij ook aandacht voor specifieke complicerende factoren zoals LVB/ZB, sociale problematiek, autisme, en mogelijk middelengebruik?
- Is er een aanspreekpunt voor verwijzers die hier vragen over hebben?
- Is er een aanspreekpunt voor cliënten die hier vragen over hebben?

Samenhangend regionaal aanbod

- Zijn de in- en exclusiecriteria van het (regionaal) zorgaanbod zodanig dat er geen cliënten tussen wal en schip vallen?
- Is hierbij ook aandacht voor specifieke complicerende factoren zoals LVB/ZB, sociale problematiek, autisme, en mogelijk middelengebruik?

2. Voorkom over- en onderbehandeling

Overbehandeling bestaat zowel uit het verder behandelen van een op zich succesvol behandeltraject zonder additioneel resultaat, als ook uit het verder behandelen wanneer de behandeling niet aanslaat. Hier is een significant deel van de behandelcapaciteit mee gemoeid.

De dialoog kan gaan over het bewustzijn en de gehanteerde werkwijzen m.b.t. de volgende onderwerpen:

- *Vaststellen of de behandeling aanslaat*
- *Het verantwoord afsluiten van de behandeling en zo nodig begeleid doorverwijzen naar andere GGZ-aanbieders of het sociaal domein*
- *Interne benchmarking behandelgemiddelde*

3. Zorg voor wachtlijstbegeleiding

Wachtlijsten zijn onwenselijk en zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn er uiteraard primair op gericht om deze te voorkomen. Echter, als er toch wachtlijsten zijn voor specifieke diagnosegroepen heeft de zorgaanbieder tevens een verantwoordelijkheid om de cliënt tijdens te wachten te ondersteunen. De dialoog kan gaan over:

- Heeft de zorgverzekeraar een beleid op wachtlijstbemiddeling?
 - Heeft de zorgaanbieder een beleid voor ondersteuning van cliënten op wachtlijsten?
 - Wijst de zorgaanbieder de wachtende cliënt op de mogelijkheid van de wachtlijstbemiddeling?
 - Is er een plan om periodiek contact te hebben met cliënten op een wachtlijst?
 - Stellen zorgverzekeraar en zorgaanbieder actief zelfhulpmiddelen beschikbaar aan wachtende cliënten?
- Is er een beleid voor eventueel noodzakelijke overbruggingsbegeleiding of –behandeling?

4. Vergroot de beschikbare capaciteit

Natuurlijk kan de totale personele bezetting worden uitgebreid door middel van werving en opleiding. De beschikbare capaciteit kan eveneens worden vergroot zonder personele uitbreiding. De dialoog kan gaan over:

- Gebruik maken van logistieke lessen, waardoor je met dezelfde capaciteit meer mensen kunt helpen
- Gebruik maken van e-health
- Gebruik maken van aanvullende expertise of ander gekwalificeerd personeel, intern of in samenwerking met anderen.

5. Maak afspraken over inhoud en financiën

Inmiddels weten alle veldpartijen dat het probleem van de wachttijden een dynamisch probleem is, dat door de tijd heen door heel veel en soms nauwelijks beïnvloedbare factoren groter of kleiner wordt. Dit maakt dat het voor zorgaanbieders niet mogelijk is om vooraf aan te geven (en zich daaraan te committeren) welk resultaat in termen van wachttijdreductie binnen een jaar zal worden gerealiseerd.

Vanuit de stuurgroep adviseren wij partijen daarom om weliswaar concrete afspraken te maken en deze ook vast te leggen in de contracten voor 2020, maar dit niet te doen op resultaten (het 'wat') maar op activiteiten en inspanningen (het 'hoe').

Met andere woorden: als partijen het er op basis van de gesprekken over bovenstaande onderwerpen gezamenlijk over eens zijn dat het veranderen van een bepaalde werkwijze bij de zorgaanbieder of het maken van afspraken met verwijzers door zorgverzekeraars en/of zorgaanbieders bijdraagt aan het terugdringen van wachttijden, maak dan concrete afspraken over het doorvoeren van deze veranderingen in plaats van (met name vanuit de verzekeraars) het maken van afspraken over het terugdringen van de wachttijden als resultaat.

En last but not least: Benut de dialoog ook om financiële afspraken te maken over incidenteel/structureel volume, impact wijzigingen in patiëntenpopulatie op gemiddelde prijs, mogelijkheden voor bijcontractering, e.d.