

## Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars

*Besluit tot vaststelling van Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars*

Het College voor zorgverzekeringen, Gelet op artikel 111 van de Ziekenfondswet;

Heeft in zijn vergadering van 19 december 2002 besloten:

### *Artikel 1*

De in de bijlage opgenomen Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars worden vastgesteld.

### *Artikel 2*

Dit besluit wordt met de bijlage geplaatst in de Staatscourant. Het treedt in werking met ingang van 1 januari 2003.

*Voorzitter, L. de Graaf.*

*Algemeen Directeur, J.L.P.G. van Thiel.*

### **Bijlage bij besluit van het College voor zorgverzekeringen van 19 december 2002**

#### **Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars**

##### *Artikel 1 Definitiebepaling*

In deze gedragsregels wordt verstaan onder 'zorgverzekeraar':

- een ziekenfonds voor zijn verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet;
- een ingevolge artikel 1, onder c, van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering aangewezen verbindingkantoor voor de verzekerden ingevolge de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten binnen de bij die aanwijzing bepaalde regio;
- een uitvoeringsorgaan voor de verzekerden ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voor zijn verzekerden, voor zover de uitvoering van die wet niet is opgedragen aan een verbindingkantoor als bedoeld onder b.

##### *Artikel 2 Een actieve en transparante aanpak tijdige zorgverlening*

De zorgverzekeraar draagt met inachtneming van deze gedragsregels zorg voor een actieve en transparante aanpak van tijdige zorgverlening voor de verzekerden.

##### *Artikel 3 De factoren die de termijnen voor tijdige zorgverlening bepalen*

Bij het vaststellen en uitvoeren van zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening hanteert de zorgverzekeraar voor het bepalen van het tijdstip waarop de zorg aan de verzekerde moet worden verleend:

- medisch inhoudelijke factoren;
- algemeen geaccepteerde maatschappelijke normen van aanvaardbaarheid van wachttijden op basis van psychosociale, ethische en maatschappelijke factoren.

##### *Artikel 4 Systematisch beleid en aanpak tijdige zorgverlening*

1. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zijn beleid voor de aanpak van tijdige zorgverlening alle zorgaanspraken ingevolge de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten omvat.

2. De zorgverzekeraar draagt ten behoeve van tijdige zorgverlening zorg voor:

- een schriftelijk plan van aanpak waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de volgende fasen van het zorgverleningsproces: de planning, de inkoop en de exploitatie;
  - een op het plan van aanpak gebaseerde inkoop van zorg door middel van contracteren;
  - het sturen van de zorglevering in de exploitatiefase aan de hand van een systematische risicobewaking.
3. Bij de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten maakt het plan van aanpak voor tijdige zorgverlening onderdeel uit van het in zijn jaarplan opgenomen contracteerbeleid.

##### *Artikel 5 Informatie van aanbieders en anderen*

1. De zorgverzekeraar spant zich in om voldoende informatie van aanbiede-

ders en anderen te verkrijgen om zijn aanpak van tijdige zorgverlening te realiseren.

2. De zorgverzekeraar benut de informatie die hem op grond van overeenkomsten met aanbieders of anderen of op grond van het AWBZ-breed zorgregistratiesysteem ter beschikking staat ten behoeve van zijn aanpak van tijdige zorgverlening.

##### *Artikel 6 Zorgbemiddeling*

1. De zorgverzekeraar draagt zorg voor een actieve bemiddeling op individueel niveau bij door de verzekerden ondervonden knelpunten in het tijdig verlenen van zorg.

2. De zorgverzekeraar draagt daartoe voor de sector verpleging en verzorging en de sector gehandicaptenzorg in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in elk geval zorg voor:

- het opbouwen en onderhouden van een bestand van geïndiceerde verzekerden waarvan de zorg nog niet is aangevraagd en van een bestand van verzekerden waarvoor de zorg is aangevraagd;
- een vorm van overbruggingszorg in overleg met de verzekerde of zijn vertegenwoordiger, indien tijdige levering van zorg niet mogelijk blijkt.

##### *Artikel 7 Informatie aan verzekerden en openbaar maken wachttijden*

1. De zorgverzekeraar voorziet regelmatig in een algemene voorlichting aan de verzekerden over zijn aanpak van tijdige zorgverlening.

2. De zorgverzekeraar maakt de door hem gehanteerde individuele zorgbemiddeling op een eenvoudig toegankelijke wijze bekend aan de verzekerden.

3. De zorgverzekeraar spant zich in om te komen tot een systeem waarmee op eenvoudig toegankelijke wijze gestructureerd actuele en betrouwbare informatie openbaar wordt gemaakt over de feitelijke wachttijden van zorgverlening voor de verzekerden.

##### *Artikel 8 Systematische verzameling van beleidsinformatie*

De zorgverzekeraar voorziet in een

zodanige systematische verzameling van informatie over zijn aanpak van tijdige zorgverlening volgens de artikelen 2 tot en met 7 en de behaalde resultaten, alsmede voor zover redelijkerwijs beschikbaar over de feitelijke wachttijden van de verzekerden, dat op adequate wijze gegevens kunnen worden gegenereerd voor:

- a. het eigen beleid van de zorgverzekeraar;
- b. verantwoording, al dan niet via het uitvoeringsverslag;
- c. facilitering en sturing van tijdige zorgverlening vanuit landelijk niveau;
- d. evaluatie van deze gedragsregels.

#### *Artikel 9 Citeertitel*

Deze gedragsregels worden aangehaald als: Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars.

#### **Toelichting op de Gedragsregels aanpak tijdige zorgverlening zorgverzekeraars**

##### *Algemeen*

Op grond van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) heeft de verzekerde aanspraak op tijdige zorgverlening. Dit betekent dat de zorgverlening zo snel mogelijk moet aanvangen indien de verzekerde voldoet aan de voorwaarden voor de aanspraak. Bij de beoordeling of een verzekeraar voldoet aan zijn in dit verband geldende verplichtingen jegens de verzekerde, moet rekening worden gehouden met alle omstandigheden die van belang zijn bij tijdige zorgverlening, zonder dat sprake is van vrijblijvendheid aan de kant van de zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar niet voldoet aan de verplichting tot tijdige zorgverlening, moet hij daarop aan te spreken zijn, tenzij sprake is van overmacht. Een beroep op overmacht wordt niet zomaar gehonoreerd; de zorgverzekeraar moet daarvoor aannemelijk maken dat hij er alles aan heeft gedaan om aan zijn prestatieplicht te voldoen, maar daar desondanks niet in slaagde.

In de uitvoeringspraktijk blijkt dat tijdige zorgverlening aan de verzekerde door diverse omstandigheden niet altijd te realiseren is; er is een situatie ontstaan waarin verzekerden worden geconfronteerd met zodanige lange wachttijden, dat veelal niet meer kan worden gesproken van tijdige zorg-

verlening. In de brief van 26 maart 2002 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, heeft de voormalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het verdere traject uitgewerkt voor de aanpak van tijdige zorgverlening. Een nog steeds actueel onderdeel daarvan vormt de totstandkoming van de onderhavige gedragsregels voor de zorgverzekeraars inzake tijdige zorgverlening. Formeel gaat het daarbij om beleidsregels van het College van zorgverzekeringen (CVZ) op basis van artikel 111 van de Ziekenfondswet, gericht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen.

De gedragsregels bevatten de procedurele uitgangspunten die de zorgverzekeraars naar het oordeel van het CVZ minimaal in acht moeten nemen, ter bevordering van een actieve en transparant zorgverleningsproces. De in dat proces spelende ijkpunten die naar het oordeel van het CVZ specifieke aandacht behoeven zijn in de gedragsregels opgenomen. De gedragsregels staan daarmee enerzijds ten dienste aan de uitvoering van de taken van de zorgverzekeraars. Anderzijds bieden de gedragsregels voor de verzekerden goede aanknopingspunten om de zorgverzekeraar te houden aan een adequate uitvoering van zijn wettelijke taken, mede met inachtneming van de gedragsregels voor tijdige zorgverlening.

De zorgverzekeraars ontwikkelen in de praktijk al veel initiatieven om daadwerkelijk tot tijdige zorgverlening te komen. Voor sommige zorgverzekeraars zullen de gedragsregels daarom op onderdelen een bevestiging vormen van de bestaande praktijk. Voor andere zal er op een of meerdere punten een omslag moeten volgen om aan de gedragsregels te voldoen. Want in het kader van de verantwoording zullen zij daarop worden aangesproken. De gedragsregels gelden met ingang van 1 januari 2003.

Het is niet de bedoeling via de gedragsregels extra eisen te stellen waaraan gelet op de stand van zaken in de uitvoeringsorganisatie redelijkerwijs niet kan worden voldaan. Van de kant van de zorgverzekeraars is tijdens de voorbereiding van de gedragsregels benadrukt dat de gedragsregels niet te ver mogen

afstaan van de lopende inhoudelijke processen op het terrein van de uitvoeringsorganisatie. In verband daarmee is het van belang er op te wijzen dat de gedragsregels mede in samenhang moeten worden gezien met andere belangrijke ontwikkelingen in de uitvoeringspraktijk. Zo sluiten de gedragsregels aan op de twee grote AWBZ-projecten: de AWBZ-brede zorgregistratie en het convenant tussen de minister/staatssecretaris van VWS, het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland over de taken en beheerskosten van zorgkantoren. Bij de AWBZ-brede zorgregistratie gaat het om het optimaliseren van de informatievoorziening in de AWBZ-uitvoering, een belangrijk uitgangspunt voor een adequate aanpak van tijdige zorgverlening. In het genoemde convenant worden voor de zorgkantoren dezelfde normen geformuleerd ten aanzien van tijdige zorgverlening, waarbij tevens is aangegeven hoe de betrokken partijen de zorgkantoren hierbij kunnen faciliteren.

Ook van belang is de aansluiting van de gedragsregels op het rapport van het College toezicht op de zorgverzekeringen van 11 december 2002 inzake Initiatieven van ziekenfondsen en zorgkantoren bij wachtlijsten, met name het in dat rapport gehanteerde toetsingskader.

Op sommige punten zijn van de zorgverzekeraars gevraagde acties in de gedragsregels geformuleerd als een inspanningsverplichting. Dat hangt dan samen met de stand van zaken van de uitvoeringspraktijk. Op die manier wordt van de zorgverzekeraars niet meer gevraagd dan zij op dit moment kunnen waarmaken. Daarnaast is gewaakt voor onnodige administratieve belasting voor de zorgverzekeraars.

De onderhavige gedragsregels zijn beleidsregels op grond van artikel 111 van de Ziekenfondswet. Zij vormen een eerste stap om via het instrument van beleidsregels een gestructureerde aanpak van tijdige zorgverlening te bevorderen. Het tijdpad voor verdere opbouw van de gedragsregels is in belangrijke mate ook afhankelijk van de toekomstige ontwikkelingen, waarvan ook de zorgverzekeraars afhankelijk zijn bij een adequate aanpak van de tijdige zorgverlening.

## Artikelsgewijs

### *Artikel 1 Definitiebepaling*

De gedragsregels richten zich tot de zorgverzekeraars zoals die hier zijn gedefinieerd. Voor de ziekenfondsverzekerden richten de gedragsregels zich tot hun ziekenfondsen. Voor de AWBZ-verzekerden richten de gedragsregels zich tot de verbindingskantoren, in de praktijk ook wel zorgkantoren genoemd. Zij voeren de AWBZ namens de uitvoeringsorganen voor de AWBZ uit; daarbij is het om het even of zij dat doen op grond van het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering of krachtens directe machtiging van de betreffende uitvoeringsorganen. De gedragsregels werken daarmee materieel door naar de uitvoeringsorganen AWBZ voor de AWBZ voor wie de werkzaamheden worden uitgevoerd. Er zijn ook situaties mogelijk waarin de uitvoering van de AWBZ niet ligt bij een zorgkantoor. Voor die gevallen richten de gedragsregels zich rechtstreeks tot de betreffende uitvoeringsorganen voor de AWBZ.

### *Artikel 2 Algemene eis van actieve en transparante aanpak van tijdige zorgverlening*

In dit artikel is het algemene uitgangspunt verwoord, dat van de zorgverzekeraar een actieve en transparante aanpak van tijdige zorgverlening wordt verwacht. Dit algemene uitgangspunt wordt in het vervolg van de gedragsregels verder uitgewerkt op de verschillende aspecten die een rol spelen bij het proces van zorgverlening en de daarbij behorende informatiehouding en zorgbemiddeling.

### *Artikel 3 Factoren voor het bepalen van de termijn voor tijdige zorgverlening*

De aanspraak van verzekerden op zorgverlening betekent dat de zorg zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk moet worden verleend door de zorgverleners. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de zorgverzekeraar, tenzij er sprake is van overmacht. In dit artikel de factoren opgenomen die bepalend zijn voor de termijn van tijdige zorgverlening. Alle zorgverzekeraars dienen van deze factoren uit te gaan bij het vaststellen en de toepassing van hun beleid.

De opzet van het verzekeringssys-

teem en de schaarste in bepaalde sectoren, vereist een samenspel tussen alle betrokken actoren, de organisatie in instellingen en organisatieonderdelen. Van belang is op te merken dat het bestaan van wachttijden lang niet in alle gevallen onaanvaardbaar is. Er is binnen de in artikel 3 opgenomen factoren vrijwel altijd een korte termijn van wachten aanvaardbaar. De bedrijfsvoering van zorginstellingen maakt bovendien een bepaalde tijd voor het maken van afspraken en plannen van de zorg noodzakelijk. Overigens is deze organisatietijd in veel gevallen sterk te reduceren door gerichte inspanningen: de organisatietijd hoeft niet altijd 'voor lief' te worden genomen.

Een wachttijd is overigens iets anders dan een wachtlijst. Een wachttijd is een periode, bijvoorbeeld tussen aanmelding of indicatiestelling enerzijds en het begin van feitelijke zorglevering anderzijds. Een wachtlijst daarentegen is een lijst van mensen die op een bepaald moment in deze wachttijd zitten. Voor de individuele verzekerde is slechts de wachttijd voor zorg relevant. Wachtlijsten van verzekerden die allemaal binnen de volgens de criteria aanvaardbare normen liggen, hoeven daarmee op zichzelf nog geen probleem te zijn. Wachtlijsten hebben, hiermee samenhangend, dan ook eerder een functie bij de planning op het niveau van instelling en zorgverzekeraar, dan een functie in het individuele geval. De ernst van de wachtlijst hangt meer af van de individuele wachttijden van verzekerden op de lijst dan van de lijst zelf. De omvang van een wachtlijst kan stijgen, terwijl de wachttijd voor de betrokkene daalt. Verzekerden kunnen op verschillende wachtlijsten voorkomen, wat leidt tot dubbeltellingen. En verzekerden kunnen op eigen verzoek langer wachten. Bij dit alles moet de verzekeraar prioriteiten stellen waar de situatie dat vraagt. Deze overweging is van belang om een zekere wachttijd te rechtvaardigen die om bedrijfseconomische of organisatorische redenen te verkiezen is, mits vallend binnen de criteria.

Deze in dit artikel opgenomen factoren gelden in principe voor zowel de ziektespecifieke (bijvoorbeeld wachten in geval van een staaroperatie) als voor de voorzieningspecifieke (bijvoorbeeld wachten op het spreek-

uur van de huisarts) termijn. Op basis van een afweging van de diverse aspecten die voortvloeien uit de verzamelde gegevens wordt per zorgvorm of zorgsector de tijdige zorgverlening bepaald. Wellicht kan in veel gevallen een voorzieningspecifieke wachttijd worden gedefinieerd (bijvoorbeeld voor de huisarts in verband met en doelmatige planning), terwijl in andere gevallen een ziektespecifieke definitie van de wachttijd noodzakelijk is (bijvoorbeeld voor een heupoperatie).

Ten aanzien van de hardheid van medisch inhoudelijke elementen kunnen verschillende niveaus worden onderscheiden. Daarnaast gelden weegfactoren naar gelang de aard van de aandoening, zoals reversibele versus irreversibele schade, risico van verergering van het ziektebeeld en de gevolgen daarvan en de mate van lijden die langer wachten medisch niet verantwoord maakt.

De maatschappelijk geaccepteerde tijdige zorgverlening staat als criterium naast het geldende eerstgenoemde medische criterium. In tegenstelling tot het meer objectief te bepalen medisch criterium, is dit criterium het resultaat van consensus bij de betrokken partijen: zorgverzekeraar, zorgaanbieders en (organisaties van) verzekerden. Voor situaties waarin inhoudelijke medische factoren ontbreken geldt alleen het tweede criterium. Voor situaties waarin medisch inhoudelijke factoren spelen, vervult het tweede criterium een aanvullende, mogelijk corrigerende rol.

### *Artikel 4 Systematisch beleid en aanpak tijdige zorgverlening*

Een behoorlijke aanpak van tijdige zorgverlening is gebaseerd op een goed onderbouwd, transparant en actueel beleid. Voor een goed beleid voor tijdige zorgverlening moet bij de uitwerking onderscheid worden gemaakt tussen de verschillende sectoren in de zorg, ieder met zijn eigen dynamiek.

De zorg, verleend in het kader van de Ziekenfondswet kan nader worden onderscheiden in eerste- en tweedelijns zorg. In de eerste lijn vallen onder andere de huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg en fysiotherapie. Wat in deze sector opvalt is, dat schaarste van het aanbod niet vanzelfsprekend leidt tot wachttijden. Hoewel er een tekort aan verloskun-

digen is vinden de bevallingen uiter-aard wel plaats. Een tekort aan zorgaanbod kan ook andere gevolgen hebben dan wachttijden; bijvoorbeeld verlies van doelmatigheid of van kwaliteit van zorgverlening.

De tweedelijns zorg speelt zich voornamelijk af in het ziekenhuis. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen poliklinische en klinische zorg, en tussen diagnostiek en behandeling. In de praktijk zal het noodzakelijk blijken dit beleid toe te spitsen op bepaalde indicatiegebonden terreinen zoals boven vermeld. Is het risico hoger, dan wordt vaak wel ingegrepen (bijvoorbeeld met een luchtbrug). Men moet voorts bedacht zijn op cumulatieve wachttijden, bijvoorbeeld voor het eerste consult bij de specialist, vervolgens voor het diagnostische proces en dan voor de behandeling. Binnen de AWBZ-zorg wordt in de huidige praktijk onderscheid gemaakt tussen verpleging en verzorging (V&V), geestelijke gezondheidszorg (GG) en gehandicaptenzorg (GZ). In de sector V&V wordt de indicatie vastgesteld door het regionaal indicatiorgaan (RIO). Vanaf 1 januari 2003 komt ook de indicatiebeslissing in de GZ vanuit het RIO. Het plan is dat met de geplande modernisering AWBZ ook de indicatiestelling in de GG vanuit het RIO gaat lopen; op dit moment staat nog niet vast of en hoe dat precies gaat gebeuren. In alle drie AWBZ-sectoren vindt registratie van wachttijden plaats. In de sector GZ bestaat het zorgregistratiesysteem (ZRS), dat wordt beheerd door het CVZ. Het geleverde inzicht in de drie sectoren is vooralsnog beperkt, zeker in de sector GG, waar de indicatie nog wordt gesteld door een individuele zorgaanbieder. Een AWBZ-brede registratie is in aanbouw.

Het eisen van een zorginhoudelijke differentiatie bij de vaststelling van het beleid is thans niet opportuun. Het is beter de ontwikkelingen af te wachten en in een latere fase de aandacht te richten op mogelijke zorginhoudelijke differentiatie. Wel is van belang dat alle afspraken ingevolge de Ziekenfondswet de AWBZ in beeld komen. Daarbij zal de ene afspraak meer actie vergen dan de andere.

Voor een goed beheer van het totale proces moet onderscheid worden gemaakt in de verschillende fasen van

het zorgverleningsproces: planning, inkoop en exploitatie. Bij zorgverleningsproces gaat het hier dus niet om de inhoud van de zorgverlening, maar om het totale leveringsproces waar de zorgverzekeraar voor staat. Hoewel met name de fasen van de zorginkoop en exploitatie in elkaar lopen, is het toch zinvol dat de zorgverzekeraar in zijn beleid nadrukkelijk stilstaat bij de verschillende fasen. Het is niet goed mogelijk om op adequate wijze zorg in te kopen als een zorgverzekeraar geen aandacht besteedt aan de feitelijke vraag van de verzekerden en het beschikbare aanbod van zorg. Op uitdrukkelijk verzoek vanuit de zorgverzekeraars is in de gedragsregels afgezien van gedetailleerde voorschriften ten aanzien van het plan van aanpak.

#### *De planningsfase*

Logisch is dat de planning van de zorgverlening in een zorgsector voor elk kalenderjaar plaatsvindt, waar nodig in goed overleg met de te contracteren zorgverleners, instellingen en andere bij de uitvoering van de wettelijke verzekeringen betrokkenen. De omvang en kwaliteit van de in te kopen zorg moet in overeenstemming met de prognoses (vraaggericht) door de zorgverzekeraar. Daarbij hoort een plan van aanpak voor tijdige zorgverlening. Een en ander laat onverlet dat er ook meerjarenplannen tot stand komen, die in de loop der tijd worden geactualiseerd.

De zorgverzekeraar moet inzicht verwerven in de geprognosticeerde ontwikkeling van de zorgvraag van de verzekerden op de diverse terreinen van zorg. Immers, de zorgvraag is het uitgangspunt, en eventuele wachttijden een gevolg. Dit is een continu proces. Op dit moment bestaan voor veel zorgvormen nog geen bronnen waaruit betrouwbare informatie voor de verwachte zorgvraag per zorgverzekeraar beschikbaar komt. Hiervoor werd bij artikel 4 bovendien al gewezen op de ontwikkelingen van de wachttijdregistratie in de AWBZsectoren, die nog in aanbouw is.

Wachttijden vormen een signaal van mogelijk niet goed aansluiten van zorgvraag en zorgaanbod. De zorgverzekeraar dient dan ook inzicht te verwerven in de ontwikkeling van de wachttijden op basis van geschoonde gegevens, zowel objectieverbaar als

subjectief (door de verzekerden ervaren). Hij analyseert de oorzaak en de ernst van de problemen. Op grond van de aldus verkregen inzichten worden prioriteiten gesteld van aan te pakken problemen op het terrein van de zorginkoop.

Bij het plan voor tijdige zorgverlening gaat het met name ook om het beheer van wachtlijsten en wachttijden. De zorgverzekeraar kan in zijn planning, zo nodig in samenspraak met de aanbieders en anderen, een toetsbare doelstelling voor het bereiken van aanvaardbare wachttijden. Met name het onderdeel planning blijkt voor veel zorgverzekeraars in de praktijk nog niet goed te zijn ontwikkeld.

#### *De inkoopfase*

De zorginkoop vindt plaats in goed overleg met de te contracteren zorgverleners en instellingen. De omvang en kwaliteit van de ingekochte zorg zou in overeenstemming moeten zijn met de berekende prognoses (vraaggericht). Zonodig wordt een extra inspanning geleverd, door het bij elkaar brengen van vraag en aanbod in bijzondere situaties met behulp van bijzondere instrumenten. Dit kan bestaan uit organisatorische ondersteuning in de eerste lijn, wachttijdbemiddeling, door contracteren van zelfstandige behandelcentra of instellingen in het buitenland, via gesubsidieerde initiatiefrumte voor ziekenfondsen, het stimuleren van het gebruik van een persoonsgebonden budgetten (AWBZ), of het zelf leveren van zorg. Tot de afspraken behoort ook het geven van zodanige informatie door de zorgaanbieder dat een regelmatige monitoring van het proces van zorglevering mogelijk is. In de overeenkomst met de aanbieder staat welke informatie de laatste beschikbaar stelt. Gezamenlijk worden de in de begrotingsfase ontwikkelde doelstellingen voor aanvaardbare wachttijden nader ingevuld en worden parameters ontwikkeld om de voortgang daarvan te meten. De zorgverzekeraar is alert bij de inkoop van zorg en maakt daarbij duidelijk actief te zijn bij de zorgbemiddeling.

In de inkoopfase worden de afspraken vastgelegd die moeten leiden tot tijdige zorgverlening. De sturing door de zorgverzekeraar vindt plaats door middel van contracteren. Het maken van concrete en meetbare afspraken

vormt de basis voor de zorgverzekeraar om de zorgaanbieder aan nakoming te houden.

#### *De exploitatiefase*

In de exploitatiefase wordt de zorg daadwerkelijk verleend. De zorgverzekeraar bewaakt de verlening van de zorg, in het bijzonder op het punt van de wachttijden. Hij vergelijkt de gerealiseerde inkoop met het plan voor de verschillende sectoren van zorg. Zo nodig stuurt hij bij door (opnieuw) een extra inspanning te leveren, bijvoorbeeld door het bijkopen van zorg en het zoeken naar alternatieven binnen de wettelijke mogelijkheden. Het kan nuttig of noodzakelijk zijn bij gebleken knelpunten te zoeken naar beschikbare maar niet daadwerkelijk ingezette capaciteit, of extra incidentele voorzieningen te creëren. De zorgverzekeraar zou hiertoe over een systeem van risicobeheersing moeten beschikken, dat als vangnet dient als de gerealiseerde inkoop van de zorg niet voldoende blijkt te zijn of waarmee hij kan inspelen op belangrijke lopende ontwikkelingen.

Zoals gezegd is met name de planningsfase bij de zorgverzekeraars nog niet ontwikkeld. Een optimaal plan zoals geschetst en een daarop gebaseerde inkoop is op dit moment nog niet te realiseren. Ook een systematische risicobeheersing voor het sturen van de zorglevering in de exploitatiefase is nog niet goed ontwikkeld. Afhankelijk van de ontwikkelingen, ook op landelijk niveau, kan later worden gezien of en hoe aanscherping het beste kan plaats hebben. Het CVZ zal in elk geval bezien of het mogelijk is om systemen te ontwikkelen die zorgverzekeraars in het maken van de prognoses kunnen ondersteunen.

Het plan van aanpak dienst schriftelijk te worden vastgelegd. Voor de zorgkantoren geldt in de praktijk dat het plan van aanpak onderdeel uitmaakt van het in het jaarplan opgenomen contracteerbeleid. Het derde lid sluit aan op deze bestaande gedragslijn.

#### *Artikel 5 Informatie van aanbieders en anderen*

Het doel van dit artikel is te bereiken dat de zorgverzekeraar doorlopend zicht heeft op de huidige en de te verwachte omvang en aard van de zorg-

vraag en het zorgaanbod, om zo een effectieve beheersing van zorglevering mogelijk te maken. Voor de zorgverzekeraar vraagt het inspanningen om de nodige objectieve informatie te verwerven over wachttijden. Wanneer gegevens beschikbaar zijn, is niet altijd meteen duidelijk via welke methode die zijn verkregen. De zorgverzekeraar is in de praktijk voor zijn gegevens vaak mede afhankelijk van de zorgaanbieders.

De zorgverzekeraar moet inzicht verwerven in de ontwikkeling van de zorgvraag van zijn verzekerden op de diverse terreinen van zorg. Immers, de zorgvraag is het uitgangspunt, en eventuele wachttijden een gevolg. Om dat te bereiken moet de zorgverzekeraar met name met aanbieders concrete afspraken maken over het aanleveren van informatie rond zorglevering en de naleving daarvan controleren. Tot de te maken afspraken behoort ook het geven van zodanige informatie door de zorgaanbieder dat een regelmatige monitoring van het proces van zorglevering mogelijk is. In dit verband behoeft het geen betoog, dat ook een terugkoppeling van de informatie naar met name de aanbieders plaats heeft, om ook de aanbieder gelegenheid te geven in te spelen op de ontwikkelingen. Dit alles levert een continu complex proces op. Uiteindelijk gaat het er om dat de zorgverzekeraar zijn informatiesysteem zodanig opzet dat de verzamelde, verwerkte en verstrekte informatie juist, actueel en volledig is, zodat hij deze informatie kan gebruiken voor de volgende cyclus van zorginkoop dan wel voor het tussentijds bijsturen. Artikel 5 draagt de zorgverzekeraar op zich in te spannen dit proces te managen om zodoende voldoende adequate informatie te krijgen voor zijn aanpak van tijdige zorgverlening. In een latere fase wordt bezien of aanscherping van deze informatievergaring nodig is. De zorgverzekeraar dient de op grond van overeenkomsten beschikbare informatie daadwerkelijk te benutten. In aansluiting op de afspraken rond de AWBZ-brede registratie is vastgelegd dat het zorgkantoor de volgens dat systeem ontvangen informatie ook daadwerkelijk benut.

Bij informatievergaring kan onderscheid worden gemaakt tussen informatie op geaggregeerd niveau per zorgverzekeraar en informatie op

individueel verzekerdeniveau. De informatie op geaggregeerd niveau is vooral van belang voor het beheer de wachttijden in het algemeen. De informatie-uitwisseling op dat niveau is op dit moment nog niet voldoende, vooral ook buiten de AWBZ. Bij de in artikel 6 opgenomen zorgbemiddeling kan de zorgverzekeraar de benodigde informatie veelal via de verzekerde krijgen.

#### *Artikel 6 Zorgbemiddeling*

In het kader van het verlenen van tijdige zorg is het bemiddelingstraject voor de individuele verzekerden van groot belang. Verzekerden hebben niet altijd het overzicht van de zorgaanbieders, zoals de zorgverzekeraar dit wel heeft. Van de zorgverzekeraar wordt verwacht dat hij zijn verzekerden behoorlijk ondersteunt bij het tijdig realiseren van zijn zorgaanspraak. In de uitvoeringspraktijk hanteren zorgverzekeraars vaak al een of meer vormen van individuele zorgbemiddeling. Op dit moment is de zorgbemiddeling nog niet overal even adequaat ingevoerd. Met de invoering van de gedragsregels wordt dit anders. Van zorgverzekeraars wordt een actieve zorgbemiddeling verwacht. Uiteraard moet de zorgbemiddeling bij de verzekerden bekend worden gemaakt en wel op een eenvoudig toegankelijke wijze.

Binnen de AWBZ lopen voor de sectoren verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg al concrete afspraken over de zorgbemiddeling. Het gaat hier om het opbouwen en onderhouden van relevante bestanden en het regelen van overbruggingszorg als tijdige zorgverlening niet mogelijk is. In aansluiting op de bestaande praktijk zijn deze afspraken in het tweede lid vastgelegd.

#### *Artikel 7 Informatie aan verzekerden en anderen*

Met de in dit artikel bedoelde informatie zal het voor de verzekerden mogelijk zijn zelf mee te denken en te handelen om hun aanspraak tijdig te gelding te kunnen brengen; zij kunnen 'piepen' als er zaken mis gaan. Aan de hand van deze informatie moet de verzekerde een goed inzicht krijgen in zijn situatie bij de zorgverzekeraar. Bij de in het eerste lid bedoelde algemene voorlichting gaat het met name niet om bedrijfsgevoelige gegevens. De verzekerden hebben

---

voldoende aan inzicht op de hoofdlijnen van het beleid van de zorgverzekeraars. In het tweede lid is de bij artikel 6 besproken bekendmaking van de zorgbemiddeling besproken. De verzekerden moeten weten op welke wijze de zorgverzekeraar de zorgbemiddeling heeft georganiseerd en op welke wijze zij daarvan gebruik kunnen maken. De in het derde lid bedoelde informatiestroom ziet op de feitelijke wachttijden bij een zorgverzekeraar. De openbaarmaking is enerzijds voor de verzekerden van belang. Ook andere bij de uitvoering van de wettelijke verzekeringen betrokkenen kunnen belang hebben bij deze informatie. De informatie moet uiteraard actueel en betrouwbaar zijn en gestructureerd worden aangeboden, op een eenvoudig toegankelijke manier. Omdat het op dit moment feitelijk in veel gevallen niet mogelijk is voor de zorgverzekeraars de informatie over de wachttijden te verstrekken, is voor dit moment gekozen voor een inspanningsverplichting om daar naar toe te werken.

*Artikel 8 Systematische verzameling van beleidsinformatie*

De zorgverzekeraar moet komen tot een situatie, waarin hij zijn activiteiten op het gebied van de planning, de zorginkoop, de risicobeheersing en bewaking van de uitvoering inzichtelijk heeft. Het gaat om evaluatiepunten die essentieel zijn voor het realiseren van de uiteindelijke doestelling: tijdige levering van gepaste (vraaggestuurde) zorg. Het gaat daarbij om het meetbaar maken van de toereikendheid van het zorgaanbod en de aansluiting van geleverde zorg op de aard en de omvang van vraag. De hier aan de orde zijnde informatiebasis zal nodig zijn voor verschillende doelen. Die doelen staan geformuleerd. Allereerst heeft de zorgverzekeraar de informatie nodig voor zijn eigen beleidsvoering. Ook in het kader van de verantwoording is die informatie nodig. Verder speelt met name bij de aanpak van tijdige zorgverlening sturing en facilitering vanuit landelijk niveau. In dit verband kan met name worden gedacht aan de vele bestuurlijke en financiële maatregelen die in gang zijn gezet om de wachttijden te helpen aanpakken. Tenslotte is dergelijke informatie nodig voor de evaluatie van de gedragsregels.