

Controles op de wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars – Samenvattend rapport 2020

Wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars in het algemeen op orde, nog enkele aandachtspunten bij sommige zorgverzekeraars.

Voor u ligt het rapport met de uitkomsten van de derde controlereeks die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft gedaan naar de inspanningen van zorgverzekeraars om de wachttijden te verminderen.

In Nederland hebben alle patiënten recht op passende zorg. We vinden het belangrijk dat iedereen op tijd de zorg krijgt die nodig en passend is. Een te lange wachttijd kan negatieve gevolgen hebben voor het fysieke en geestelijke welzijn van de patiënt. De toegang tot zorg is vaak goed geregeld. Het grootste gedeelte van de patiënten wordt tijdig geholpen. Helaas zijn in een aantal sectoren de wachttijden nog steeds langer dan de maximaal aanvaardbare Treeknorm. Daarnaast heeft de corona-pandemie aanzienlijke gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg. Dit is een ernstige zaak. Het betekent dat mensen te lang moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben.

Wachttijden zijn een complex probleem waar meerdere oorzaken aan ten grondslag liggen, zoals onder andere de vraag naar zorg, personeelstekorten, patiëntenstops en afschaling van reguliere zorgcapaciteit door corona. Er is niet één oplossing voor alle verschillende (oorzaken van) wachttijden. Er is ook niet één partij die hier alleen aan zet is. Dit rapport richt zich specifiek op de inspanningen van zorgverzekeraars om de wachttijden te verkorten. Zorgverzekeraars zijn in het kader van hun zorgplicht verantwoordelijk voor tijdige zorg voor hun verzekerden. Zij kunnen dit complexe probleem niet eigenstandig oplossen maar spelen een belangrijke rol. Als inkopers van zorg maken zij afspraken met zorgaanbieders om zorg in te kopen voor hun verzekerden.

De NZa heeft in 2020 voor het derde jaar op rij onderzocht op welke wijze zorgverzekeraars zich inspannen om de wachttijden in de medisch specialistisch zorg (msz), geestelijke gezondheidszorg (ggz) en wijkverpleging te verminderen. Deze samenvattende rapportage geeft een overzicht van onze belangrijkste bevindingen. Wij hanteren hierbij een beoordelingskader dat ingaat op aspecten als inzicht in actuele wachttijden, het bemiddelen van verzekerden en het maken van afspraken met zorgaanbieders. Dit beoordelingskader vind je in de bijlage. Het maakt onderdeel uit van de [duiding van de zorgplicht](#) die we eerder hebben gepubliceerd.

We zien in de controles door de jaren heen dat zorgverzekeraars steeds meer werk maken van de aanpak van wachttijden. Dat is een positieve ontwikkeling. Het inzicht in de wachttijden en de zorgbemiddeling zijn over het algemeen op orde. Er blijven enkele verbeterpunten waarbij wij verwachten dat de betreffende zorgverzekeraars, die ieder een individuele terugkoppeling hebben ontvangen, mee aan de slag gaan. Het maken van afspraken met zorgaanbieders, waaronder over de bijcontractering bij de ggz en wijkverpleging, en het volgen van deze afspraken is nog niet bij elke zorgverzekeraar op voldoende niveau. Ook aanbieders kunnen zich overigens nog verbeteren. Patiëntenstops worden niet altijd aan de zorgverzekeraar gemeld.

De NZa blijft de aanpak van wachttijden volgen. De vorm van de controles aan de hand van het beoordelingskader, zullen we in 2021 niet sectorbreed herhalen. Wij leggen de focus op verschillende regio's waar de wachttijden erg hoog zijn. In die specifieke regio's gaan we met zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) in overleg over de concrete aanpak ter plaatse. Daar zijn we al mee begonnen in de msz, wijkverpleging, en in de ggz in samenwerking met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Ook houden we signalen over lange wachttijden in de gaten. Het beoordelingskader blijft voor ons een belangrijk uitgangspunt voor de beoordeling van het handelen van zorgverzekeraars.

De uitbraak van het coronavirus in 2020 trekt een zware wissel op de toegankelijkheid van zorg. We zien sinds de start van de pandemie een fors lager aantal verwijzingen door huisartsen naar de msz en ggz, en dat de ziekenhuizen minder reguliere zorg leveren. De verwachting is dat er een aanzienlijke uitgestelde zorgvraag bestaat, waarvan de consequenties pas op wat langere termijn zichtbaar worden. Om de toegankelijkheid van zorg, zowel coronazorg als reguliere zorg, te borgen, zet de NZa sinds de start van de pandemie in op goede (regionale) samenwerking tussen alle zorgaanbieders in de keten en zorgverzekeraars. Daarnaast verzamelt en ontsluit de NZa data die ondersteunend is aan besluitvorming over hoe zorgcapaciteit zo goed mogelijk kan worden ingezet om toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te

borgen. Wij blijven de ontwikkelingen en de inspanningen van partijen volgen en zetten er de komende tijd specifiek op in dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders stappen zetten om oplopende wachttijden als gevolg van uitgestelde zorg terug te dringen.

1 Inleiding

Net als in de twee voorgaande jaren ([rapport](#) over 2018; [rapport](#) over 2019) hebben wij in 2020 controles uitgevoerd op de wachttijdenaanpak van de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten er vanuit hun zorgplicht voor zorgen dat verzekerden de zorg krijgen die zij nodig hebben. Tijdige toegang tot zorg maakt hiervan onderdeel uit. De NZa houdt toezicht op de zorgplicht van zorgverzekeraars. Dat laat onverlet dat zorgaanbieders als de verlener van de zorg een belangrijke verantwoordelijkheid hebben: bij hen vindt immers de behandeling en/of de verwijzing plaats, bij hen bestaan de (mogelijke) wachtlijsten. Ook de aansluiting op het sociaal domein is relevant voor raakvlakken op het gebied van werk, wonen en schulden bijvoorbeeld.

We hebben dit jaar gekozen voor een beknoptere publicatie omdat onze controles zich vooral beperken tot de verbeterpunten uit de controle van 2019. Dat betekent bijvoorbeeld, dat wij de bijcontractering in de msz niet nader hebben onderzocht. Een belangrijk verbeterpunt in 2019 was dat veel verzekeraars de effectiviteit en cliënttevredenheid van hun wachtlijstbemiddeling nog niet nagingen en hun dienstverlening hierop niet konden bijsturen. Ook zagen wij dat sommige zorgverzekeraars niet transparant waren over hun voorwaarden om extra zorg in te kopen als de aanbieder zijn omzetplafond bereikt. Dat is een mogelijke oorzaak van onnodige, vaak verborgen patiëntenstops.

Wij wilden met het vervolgonderzoek in 2020 verzekeraars niet te zeer belasten, gezien de grote impact van de coronacrisis op de zorg. Tegelijkertijd gaan we ervan uit dat we op den duur terugkeren naar een meer normale situatie. Vanwege de uitgestelde zorg als gevolg van corona zal ook die situatie veel inspanning vragen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarom blijven wij in de toekomst in dialoog over de structurele maatregelen die partijen nemen of genomen hebben om de wachttijden te beheersen.

De focus van de controles lag ook dit jaar op de wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars ten aanzien van de medisch specialistische zorg (msz), de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de wijkverpleging (wkv). In 2019 onderzochten wij bij elf zorgverzekeraars de aanpak ten aanzien van de ggz en de msz, en bij zes – alle met een duidelijk kernwerkgebied – ten aanzien van de wijkverpleging. In 2020 hebben we de tien zorgverzekeraars met resterende verbeterpunten voor de ggz gecontroleerd, zes met verbeterpunten voor de msz en zes zorgverzekeraars die we ook in 2019 voor wijkverpleging onderzochten. EUCare is niet in deze reeks onderzocht omdat bij hen geen nulmeting heeft plaatsgehad toen zij net de Nederlandse markt betraden. In coronatijd konden we geen omvangrijke nulmeting uitvoeren. We hebben de aanpak van wachttijden op andere manieren bij deze zorgverzekeraar onder de aandacht gebracht.

Op deze plaats vermelden we ten slotte dat iptiQ met ingang van 2021 is gestopt als zorgverzekeraar. De verschillende verzekerdenportefeuilles zijn overgenomen door VGZ en Zilveren Kruis. Onze bevindingen over de wachttijdenaanpak van iptiQ zijn opgenomen in deze rapportage.

Voordat we ingaan op de bevindingen van ons onderzoek naar de wachttijdenaanpak van de zorgverzekeraars, besteden we in het volgende hoofdstuk aandacht aan de coronapandemie en de samenhang met dit onderzoek.

2 Corona

De uitbraak van het coronavirus in 2020 trekt een zware wissel op de toegankelijkheid van zorg. We zien sinds de start van de pandemie een fors lager aantal verwijzingen door huisartsen naar de msz en ggz, en dat de ziekenhuizen minder reguliere zorg leveren. De verwachting is dat er een aanzienlijke uitgestelde zorgvraag bestaat, ook al leidt niet iedere 'ontbrekende' verwijzing door een huisarts in een later stadium alsnog tot een beroep op zorg. De consequenties hiervan worden hoe dan ook pas op wat langere termijn zichtbaar. Daarnaast ervaren veel zorgaanbieders dat de Corona pandemie hun financiële positie onder druk zet. Dit heeft te maken met inkomstenderving omdat zij tijdelijk geen of minder zorg leveren en/of omdat zij extra kosten maken door het treffen van voorzorgsmaatregelen tegen het Coronavirus en/of zorg aan Corona patiënten. De financiële kwetsbaarheid van zorgaanbieders kan een risico vormen voor de continuïteit van zorg voor verzekerden ook al beperken de financiële regelingen die zorgverzekeraars voor corona hebben getroffen, dit risico.

Om de toegankelijkheid van zorg, zowel coronazorg als reguliere zorg, te borgen, zet de NZa sinds de start van de pandemie in op goede (regionale) samenwerking tussen alle zorgaanbieders in de keten en zorgverzekeraars. Daarnaast verzamelt en ontsluit de NZa data die ondersteunend is aan besluitvorming over

hoe zorgcapaciteit zo goed mogelijk kan worden ingezet om toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te borgen. Ook heeft de NZa de prestaties 'continuïteitsbijdrage' en 'meerkosten' vastgesteld waarmee zorgverzekeraars zorgaanbieders kunnen compenseren voor het omzetverlies en de gemaakte extra kosten door het bestaan van Corona.

2.1 Regionale aanpak

Na de eerste golf van besmettingen hebben de Regionale Overleggen Acute Zorg (ROAZ) regio's op verzoek van de NZa het voortouw genomen in het verder opschalen van de reguliere ziekenhuiszorg. Het gaat om zorg die normaal gesproken in UMC's, ziekenhuizen of klinieken wordt verleend en de zorg die nodig is na de opname. Het doel was dat zij samen met de in de regio meest belangrijke zorgverzekeraars en zorgaanbieders alles in het werk stelden om de opstart van de reguliere zorg en de vervolgzorg die nodig is na een ziekenhuisopname, verder uit te breiden. Zorgverzekeraars en zorgkantoren worden hierbij actief betrokken en ondersteunen de samenwerking, onder meer door passende financiële randvoorwaarden te creëren. Als NZa onderhouden wij nauw contact met ROAZ'en en de daarbij aangesloten partijen zoals ziekenhuizen, huisartsen, zorgorganisaties in de wijkverpleging en langdurige zorg, zorgverzekeraars en zorgkantoren, zelfstandige klinieken en patiëntenorganisaties om knelpunten in de toegankelijkheid te identificeren en oplossingen te faciliteren.

2.2 Zorgbeeld

Samen met het Landelijk Centrum Patiënt Spreiding (LCPS) zorgen we voor een goede informatievoorziening, zowel landelijk als regionaal en ondersteunen we daarmee de samenwerking tussen de partijen in de regio en tussen de regio's. Het LCPS geeft dagelijks inzicht in de beschikbare Covid en non-Covid capaciteit in ziekenhuizen om ervoor te zorgen dat de Covid-zorg zo evenredig mogelijk over de ziekenhuizen wordt verspreid. De NZa biedt zorgaanbieders en ROAZ-regio's via het digitaal portaal Zorgbeeld inzicht in de beschikbaarheid van reguliere zorg in een regio. Dit portaal brengt in beeld welke zorg nog waar beschikbaar is, zodat de verschillende partijen hierover in ROAZ verband verantwoorde keuzes kunnen maken. Hiermee ondersteunen we de samenwerking tussen de diverse partijen om de beschikbare zorgcapaciteit zo goed mogelijk in te zetten. Zo kunnen we samen met ziekenhuizen, klinieken en zorgverzekeraars knelpunten oplossen.

2.3 Duiding zorgplicht

De corona-uitbraak stelt zorgmedewerkers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zwaar op de proef. Het is nu extra duidelijk hoe belangrijk het is dat iedereen die dat nodig heeft, op tijd zorg kan krijgen. Zoals hiervoor ook al is aangegeven is er niet één partij die hiervoor de sleutel in handen heeft. Het garanderen van tijdige toegang tot zorg is een samenspel tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en overheid.

De NZa heeft het afgelopen jaar gewerkt aan een [duiding van de zorgplicht](#) voor zorgverzekeraars. Deze duiding is een hulpmiddel waarmee we duidelijk maken wat we specifiek van hen verwachten als de toegankelijkheid en continuïteit van zorg onder druk staat. Dit kan hen helpen bij een bijzondere situatie zoals de corona-uitbraak, maar ook als een zorgaanbieder failliet dreigt te gaan of als de wachttijden voor bepaalde zorg structureel oplopen.

2.4 Samenhang met onderzoek wachttijdenaanpak zorgverzekeraars

In het voorliggende onderzoek naar de wachttijdenaanpak van zorgverzekeraars kijken we naar de manier waarop zorgverzekeraars zich inspannen om wachttijden te verminderen. Hebben zorgverzekeraars inzicht in de wachttijden van zorgaanbieders, maken zij afspraken met zorgaanbieders om de wachttijden te verkorten en bemiddelen zij verzekerden als deze te lang moeten wachten? Dat was, is en blijft onverminderd van belang, ook in tijden van corona. In dit rapport tref je onze bevindingen van dat onderzoek aan.

Het afgelopen jaar hebben we in ons wachttijdenonderzoek ook ingezet op een regionale aanpak, waarbij onze focus ligt op een gezamenlijke aanpak van de problematiek in de regio door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Daarbij proberen we zoveel als mogelijk gezamenlijk op te trekken met de IGJ. Onze hierboven toegelichte inzet voor het toegankelijk houden van Covid en non-Covid zorg in de medische specialistische zorg vormt een zelfde aanpak, namelijk het inzichtelijk maken van de problematiek door middel van het Zorgbeeld en het aansturen op samenwerking van partijen in de regio. Eén enkele partij in de regio lost de toegankelijkheidsproblematiek niet op, alleen samen kan er gewerkt worden aan het oplossen van knelpunten die de toegankelijkheid van de zorg verminderen. Wij blijven de ontwikkelingen en de inspanningen

van partijen volgen en zetten er de komende tijd specifiek op in dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders stappen zetten om oplopende wachttijden als gevolg van uitgestelde zorg terug te dringen..

3 Bevindingen wachttijdenaanpak zorgverzekeraars 2020

Wij hebben de zorgverzekeraars getoetst aan ons beoordelingskader per sector msz, ggz en wijkverpleging (zie het beoordelingskader in de bijlage), volgens vijf hoofdthema's:

- A. Inzicht in wachtlijstenproblematiek
- B. Handelen richting verzekerden
- C. Handelen richting zorgaanbieders
- D. Bedrijfsprocessen
- E. Agenderen

Op deze thema's verwachten we concrete inspanningen van zorgverzekeraars met het doel om de toegankelijkheid van zorg voor verzekerden te borgen. Voor wijkverpleging betreft hoofdthema A uitsluitend de casemanagement dementie; hoofdthema's B t/m E de volle breedte van de wijkverpleging.

Verder onderzochten wij buiten dit beoordelingskader of verzekeraars een mitigerende rol zien van digitale zorg toepassingen in de coronacrisis.

De onderzochte zorgverzekeraars hebben ieder een individuele terugkoppeling ontvangen met onze bevindingen. In de voorliggende rapportage treft u het algemene beeld per hoofdthema.

3.1 Inzicht in wachtlijstproblematiek

Voor het aanpakken van wachttijden is inzicht in de concrete wachttijden bij de zorgaanbieders van belang en het volgen van de ontwikkelingen daarin. Het onderstaande overzicht geeft een beeld van onze bevindingen op dit punt in 2019 en 2020. Het onderdeel wijkverpleging betreft – uitsluitend in deze paragraaf – alleen casemanagement dementie.

Inzicht in wachtlijstenproblematiek		VGZ		Asr		CZ		DFL		DSW		Eno		Menzis		ONVZ		ZK		Z&Z		IptiQ	
		19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20
GGZ	Inzicht in wachttijden																						
	Monitoren																						
MSZ	Inzicht in wachttijden																						
	Monitoren																						
Wijkverpleging	Inzicht in wachttijden																						
	Monitoren																						

[Groen = voldoet; oranje = voldoet gedeeltelijk; rood = voldoet niet; blanco = niet onderzocht]

In 2019 bleek dat nog één zorgverzekeraar onvoldoende actueel inzicht had in de wachttijden voor zowel de ggz als de msz. Voor de ggz heeft ook hij inmiddels de actuele wachttijden beschikbaar uit Vektis. Voor de msz zoekt hij nu bij elk bemiddelingsverzoek naar de wachttijden op de websites van gecontracteerde aanbieders en gaat hij bij de aanbieder na of de wachttijd klopt.

Ook bleek in 2019 één van de zes voor wijkverpleging onderzochte zorgverzekeraars onvoldoende van de wachttijdregistratie op de hoogte voor casemanagement dementie (CMD) in zijn kernwerkgebied. Inmiddels confronteert hij de landelijk beschikbare data (Vektis) wél met de opgaaf van de dementienetwerken en bespreekt deze met hen.

Conclusie 2020: Wij constateren dat beide zorgverzekeraars hun verbeterpunt hebben gerealiseerd. Zij hebben aannemelijk gemaakt voldoende actueel inzicht te hebben in de wachttijden. Dit betekent dat alle onderzochte zorgverzekeraars het inzicht in actuele wachttijdinformatie voldoende op orde hebben.

3.2 Handelen richting verzekerden

Verzekerden die lang wachten op zorg, kunnen bij hun zorgverzekeraar terecht voor zorgbemiddeling. De zorgverzekeraar kan de verzekerde bemiddelen naar andere zorgaanbieders waar eerder ruimte is. Dit is een belangrijke werkwijze om verzekerden de zorg te laten krijgen waar zij op aangewezen zijn. Het onderstaande overzicht geeft een beeld van onze bevindingen op dit punt in 2019 en 2020.

Handelen richting verzekerden		VGZ		Asr		CZ		DFL		DSW		Eno		Menzis		ONVZ		ZK		Z&Z		IptiQ	
		19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20
GGZ	Bemiddelen naar zorg																						
	Informeren over zorgbemiddeling																						
	Meten resultaten zorgbemiddeling																						
	Registratie van bemiddelingsverzoeken																						
MSZ	Bemiddelen naar zorg																						
	Informeren over zorgbemiddeling																						
	Meten resultaten zorgbemiddeling																						
	Registratie van bemiddelingsverzoeken																						
Wijkverpleging	Bemiddelen naar zorg																						
	Informeren over zorgbemiddeling																						
	Meten resultaten zorgbemiddeling																						
	Registratie van bemiddelingsverzoeken																						

[Groen = voldoet; oranje = voldoet gedeeltelijk; rood = voldoet niet; blanco = niet onderzocht]

Bij acht zorgverzekeraars zagen wij in 2019 nog onvolkomenheden in hun zorgbemiddeling voor ggz, msz en/of wijkverpleging. Wij zagen dat twee van deze zorgverzekeraars de bemiddeling in individuele gevallen in de wijkverpleging soms ten onrechte niet oppakten. Vier verzekeraars moesten op hun website duidelijker aangeven dat zij verzekerden kunnen bemiddelen voor één of meer van de onderzochte sectoren. Drie zorgverzekeraars moesten een duidelijke bemiddelingshandleiding gaan hanteren, waarvan één de bemiddelingsdossiers voor de ggz bovendien beter moest vastleggen. Zeven van de acht verzekeraars gingen ten slotte voor ggz, msz en/of wijkverpleging nog steeds niet systematisch na of de verzekerde daadwerkelijk gebruik heeft gemaakt van hun bemiddelingsadvies en of hij tevreden is.

Een van de goede voorbeelden die wij gezien hebben, betreft CZ. CZ maakt na *elk* bemiddelingsgesprek een terugbelafpraak met de verzekerde voor over twee maanden. CZ gaat dan bij de verzekerde na of hij daadwerkelijk in zorg is gekomen en of er zaken zijn, waarbij CZ hem nog kan helpen.

Conclusie 2020: Wij constateren dat bijna alle betrokken zorgverzekeraars alle verbeterpunten in de zorgbemiddeling voor ggz, msz en/of wijkverpleging in 2020 hebben doorgevoerd, en dit procesmatig goed op orde hebben. Alleen iptiQ heeft de meting van de resultaten van de zorgbemiddeling nog niet op orde, bij de ggz noch bij de msz. Ook handelt hij voor zijn verzekerden de bemiddelingsverzoeken voor de msz nog niet tijdig af. Wel heeft hij de bemiddeling van zijn verzekerden naar de ggz en de verzekerdeninformatie over zijn zorgservice in relatief korte tijd al verbeterd.

3.3 Handelen richting zorgaanbieders

Zoals eerder aangegeven is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg een zaak van meerdere partijen. Zorgaanbieders spelen hierin een zeer belangrijke rol. Wij kijken in dit onderzoek o.a. naar de manier waarop de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder werkt aan de aanpak van wachttijden. Verschillende onderwerpen passeren de revue:

- Concrete afspraken met zorgaanbieders en monitoring (ggz en msz),
- Afspraken met zorgaanbieders over zorgbemiddeling (wijkverpleging),
- Organisatie van acute/onplanbare zorg (ggz, wijkverpleging),
- Omzetplafonds en bijcontractering (ggz en wijkverpleging).

Het onderstaande overzicht geeft een beeld van onze bevindingen op dit punt in 2019 en 2020.

Handelen richting zorgaanbieders		VGZ		Asr		CZ		DFL		DSW		Eno		Menzis		ONVZ		ZK		Z&Z		IptiQ	
		19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20
GGZ	Concrete afspraken met zorgaanbieders in kernwerkgebied regio's	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje
	Voortgang afspraken monitoren	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
	Transparant over proces bijcontracteren	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
MSZ	Concrete afspraken met zorgaanbieders in kernwerkgebied regio's	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje
	Voortgang afspraken monitoren	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
	Transparant over proces bijcontracteren	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
Wijkverpleging	Afspraken elders organiseren zorg of verwijzen naar zorgverzekeraar	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
	Controleren of cliënten binnen tijdsgebiedsnormen zijn geplaatst of doorbemiddeld	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
	Organisatie specialistische en onplanbare zorg	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
	Doelmatige inzet personeel	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
	Dekking dementienetwerken	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
	Tijdige verlening PTZ	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje
	Transparant over proces bijcontracteren	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Rood	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje	Oranje

[Groen = voldoet; oranje = voldoet gedeeltelijk; rood = voldoet niet; blanco = niet onderzocht]

3.3.1 Concrete afspraken met zorgaanbieders en monitoring (ggz)

In 2019 zagen wij bij vijf zorgverzekeraars nog onvoldoende concrete planning om afspraken over de wachttijden ggz te evalueren.

Drie zorgverzekeraars met een kernwerkgebied maakten ons in 2019 onvoldoende aannemelijk dat zij, in ieder geval met systeemaanbieders, een plan van aanpak hadden om de wachttijden terug te dringen. Het betreft een breed scala aan onderwerpen, zoals substitutie naar de eerste lijn, wachttijdbegeleiding, het voorkomen van onder- of overbehandeling, inzet van digitale zorg, verkorte toegangstijd voor urgente cliënten en acceptatie van complexe cliënten. Twee andere zorgverzekeraars, zonder kernwerkgebied, wezen de ggz-aanbieder er onvoldoende op, dat zij cliënten zo nodig konden doorverwijzen naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar.

Een van de goede voorbeelden die we hebben gezien, betreft DSW. DSW maakt integrale afspraken met de systeemaanbieder GGZ Delfland om de toegankelijkheid in de regio te borgen. Het gaat zowel om JZOJP (Juiste Zorg op de Juiste Plek) en inzet van digitale zorg als om het voorkomen van overbehandeling, verkorte toegangstijd voor urgentie en een acceptatieplicht van (complexe) cliënten. Dit zijn tevens belangrijke noties van de [gespreksleidraad](#) die de landelijke partijen geformuleerd hebben voor het regionale overleg om tot wachttijdreductie in de ggz te komen.

Een ander goed voorbeeld betreft CZ. De verzekeraar heeft aangetoond de maandelijkse Vektis gegevens van elke aanbieder inmiddels systematisch te verwerken in een dashboard over de wachttijden. Hij volgt hiermee het effect van zijn afspraken met de aanbieder. Ook wil hij hiermee helder krijgen of wachtenden naar andere aanbieders moeten worden doorbemiddeld, bijcontractering met de betreffende aanbieder zinvol is, dan wel afspraken met alternatieve aanbieders.

Conclusie 2020: De eerstgenoemde drie zorgverzekeraars (CZ, VGZ, DSW) hebben vooruitgang geboekt bij het maken van afspraken. Eén van hen (DSW) voldoet volledig aan het verbeterpunt. De twee anderen (CZ en VGZ) maken aannemelijk de aanbieder periodiek te spreken, maar dit leidt nog niet tot een goede vastlegging van de escalatiemaatregelen op het hoogste niveau resp. van doelen en piketpaaltjes in de overeenkomst. Verder zien wij dat de twee zorgverzekeraars zonder kernwerkgebied (a.s.r., iptiQ) de aanbieders op hun website voldoende informeren over hun zorgbemiddeling. Zij hebben hun verbeterpunt gerealiseerd.

In 2019 zagen wij bij twee (CZ, DSW) van bovengenoemde drie zorgverzekeraars met een kernwerkgebied niet, dat zij de voortgang van de afspraken monitorden, en partijen op de voortgang hiervan aanspreken. Wij zien dat één van de twee (CZ) zijn verbeterpunt gerealiseerd heeft. Hij volgt de voortgang van de afspraken met zorgaanbieders systematisch door middel van actuele wachttijdeninformatie. Waar nodig overlegt hij over zorgbemiddeling, bijcontractering, andere maatregelen en zo nodig afspraken met alternatieve aanbieders. Bij de andere zorgverzekeraar (DSW) zien we een dergelijke inzet van data niet.

3.3.2 Concrete afspraken met zorgaanbieders en monitoring (msz)

In 2019 zagen wij bij vier zorgverzekeraars nog onvoldoende concrete planning om afspraken over de wachttijden msz te evalueren.

Drie zorgverzekeraars met een kernwerkgebied maakten ons in 2019 onvoldoende aannemelijk dat zij, in ieder geval met systeemaanbieders, een plan van aanpak hadden om de wachttijden terug te dringen. We kunnen hier bijvoorbeeld denken aan substitutie naar de eerste lijn, het voorkomen van onder- of overbehandeling, inzet van digitale zorg. Een vierde zorgverzekeraar, zonder kernwerkgebied, wees de msz-aanbieder er onvoldoende op, dat hij cliënten zo nodig kon doorverwijzen naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar.

Een goed voorbeeld betreft Zilveren Kruis. De verzekeraar heeft aangetoond de maandelijkse Vektis gegevens van elke aanbieder inmiddels systematisch te verwerken in een dashboard over de wachttijden. Hij volgt hiermee het effect van zijn afspraken met de aanbieder. Ook wil hij hiermee helder krijgen of wachtenden naar andere aanbieders moeten worden doorbemiddeld, bijcontractering met de betreffende aanbieder zinvol is, dan wel afspraken met alternatieve aanbieders.

Conclusie 2020: De drie zorgverzekeraars met een kernwerkgebied (CZ, DSW, Zilveren Kruis) hebben vooruitgang geboekt. Zij maken aannemelijk de aanbieder periodiek aan te spreken, maar dit leidt nog niet tot een gedegen plan van aanpak om een brede wachtproblematiek het hoofd te bieden. De vierde zorgverzekeraar (iptiQ), zonder kernwerkgebied, informeert de aanbieders op zijn website voldoende over zijn zorgbemiddeling. Hij heeft zijn verbeterpunt gerealiseerd.

In 2019 zagen wij bij bovengenoemde drie zorgverzekeraars (CZ, Zilveren Kruis, DSW) met een kernwerkgebied niet, dat zij de voortgang van de afspraken monitorden, en partijen op de voortgang hiervan aanspreken. Wij zien dat twee (CZ, Zilveren Kruis) van de drie hun verbeterpunt gerealiseerd hebben. Zij maken aannemelijk met actuele wachttijdeninformatie en een landelijk monitorsysteem de aanbieders te volgen. Waar nodig overleggen zij over zorgbemiddeling, bijcontractering, andere maatregelen en zo nodig afspraken met alternatieve aanbieders. Bij de derde zorgverzekeraar (DSW) zien we een dergelijke inzet van data niet.

3.3.3 Afspraken met zorgaanbieders over zorgbemiddeling (wijkverpleging)

In 2019 bleken drie van de zes op wijkverpleging onderzochte zorgverzekeraars de aanbieders contractueel te verplichten - ook na het bereiken van het omzetplafond - om nieuwe cliënten zelf door te zetten naar andere aanbieders. Wij vinden echter dat in zo'n situatie de aanbieder de cliënt naar de zorgbemiddeling van zijn zorgverzekeraar zou moeten verwijzen. Het ligt voor de hand dat de zorgverzekeraar in dit geval de regie over de zorgbemiddeling neemt om de zoektocht voor verzekerden niet nodeloos langer te maken. Dit geldt nog meer als de verzekeraar de aanbieder duidelijk heeft gemaakt dat hij hem niet gaat bijcontracteren na het bereiken van het omzetplafond.

Wij zien dat twee van de bovengenoemde zorgverzekeraars (CZ, Eno) de overeenkomst 2021 op dit punt hebben aangepast. De derde (Zilveren Kruis) heeft dit opgenomen op zijn webpagina over de omzetplafonds. Deze zorgverzekeraars geven dus aan dat de zorgaanbieder bij het bereiken van het omzetplafond nieuwe cliënten naar de zorgverzekeraar verwijst voor bemiddeling. Dit lijkt een belangrijke stap om informele stops terug te dringen in de wijkverpleging. Zorgverzekeraars zeiden dat aanbieders met de informele stops hun contractuele meld- en/of doorleverplicht soms willen ontlopen als het budgetplafond is bereikt. Een te ver doorgevoerde doorbemiddelingsverplichting voor de aanbieder maakt dit alleen maar erger.

Conclusie 2020: Wij constateren dat deze drie zorgverzekeraars (CZ, Eno en Zilveren Kruis) hun eerdere verbeterpunt hebben gerealiseerd. Zij bieden de wijkverpleging nu de mogelijkheid, als zij hun omzetplafond hebben bereikt, de cliënt naar de zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar te verwijzen.

3.3.4 Organisatie van acute resp. onplanbare zorg (ggz en wijkverpleging)

Wij zien dat zorgverzekeraars regionaal moeite hebben om de acute zorg in de ggz en de bereikbaarheid en beschikbaarheid van onplanbare zorg in de wijkverpleging te organiseren. Het mist nogal eens aan gelijkgerichtheid en samenwerking, zowel tussen aanbieders onderling als met zorgverzekeraars.

Onze [Monitor Contractering GGZ 2020](#) zag dat slechts één derde van de aanbieders en de helft van de zorgverzekeraars tevreden was met hun afspraken over de ggz-crisis zorg. Wij hebben dit punt besproken met de onderzochte zorgverzekeraars. Enkele zorgverzekeraars betwijfelen sterk of de nieuwe generieke module voor acute ggz leidt tot een betere zorgverlening. Zij wijzen daarbij op de noodzakelijke extra personeelsinzet en kosten, op onvoldoende ruimte voor regionale verschillen en/of op het feit dat niet elke regio vrij meedenkt uit angst voor de financiële consequenties. De meeste zorgverzekeraars zien echter geen grond voor macromeerkosten bij de financiële doorvertaling van de plannen. Hooguit zien zij nog wel een herverdeling van middelen in de acute ggz. Inmiddels zijn Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse GGZ het eens geworden over een ontwikkeld rekenmodel voor de inkoop van acute GGZ zorg in 2021. Zij willen hiermee lokale partijen toerusten om beter met elkaar het gesprek aan te gaan over een passend budget.

In de wijkverpleging maken twee van de zes onderzochte zorgverzekeraars (VGZ en Eno) aannemelijk dat zij hun afspraken over de bereikbaarheid van de onplanbare nachtzorg rond hebben in hun kernwerkgebied. Er is een centraal punt bij de huisartsenpost waar wordt vastgesteld wie op de melding afgaat; de ambulance, de thuiszorg of de (huis)arts. De beschikbaarheid hebben zij belegd bij de systeemaanbieders, die met hun samenwerkingspartners de zorg organiseren.

Een van de goede voorbeelden die we in de wijkverpleging hebben gezien, betreft VGZ. VGZ heeft in zijn gehele kernwerkgebied afspraken gemaakt over de onplanbare nachtzorg, over zowel de bereikbaarheid (via de HAP) als de beschikbaarheid (V&V aanbieder of een samenwerkingsverband met regio).

Alle zes ten aanzien van de wijkverpleging onderzochte zorgverzekeraars zeggen dat de afspraken zich in de praktijk in 2021 moeten bewijzen. Ook vinden zowel zorgverzekeraar als systeemaanbieder het lastig om alle (kleine) aanbieders te bereiken over hoe de onplanbare nachtzorg geregeld is, terwijl die dat eigenlijk wel moeten weten. Vier zorgverzekeraars hebben met de aanbieders ook nog discussie over de financiering. Zij wijzen erop dat hun tarief al een historisch bestanddeel voor oproepbare- en beschikbaarheidszorg bevat, en hun inzet voor de onplanbare nachtzorg vanzelfsprekend is. Verder blijkt samenwerkingsbereidheid tussen aanbieders niet overal aanwezig. Hierdoor blijkt het moeilijk om de bereikbaarheid en de triage in hun hele werkgebied in een goed functionerend coördinatiepunt te beleggen en om voldoende nachtzorg te borgen.

Conclusie 2020: In de wijkverpleging maken twee van de zes onderzochte zorgverzekeraars (VGZ en Eno) aannemelijk dat zij al vóór 1 januari 2021 hun afspraken over de bereikbaarheid van de onplanbare nachtzorg rond hebben in hun kernwerkgebied. De andere zorgverzekeraars zijn hier nog mee bezig. Zij hebben zich vastgelegd om dit in 2021 georganiseerd te hebben. We zijn van plan om de onplanbare zorg in 2021 verder te monitoren bij alle zorgverzekeraars met een kernwerkgebied.

3.3.5 Omzetplafonds en bijcontractering (ggz en wijkverpleging)

We hebben dit jaar specifiek gekeken naar de informele patiëntenstops, in relatie tot ons beoordelingskader. Bij een informele patiëntenstop neemt de aanbieder geen nieuwe patiënten meer in zorg. Hij doet dat echter zonder de zorgverzekeraar hiervan op de hoogte te brengen, alhoewel dat contractueel wel verplicht is.

Zorgverzekeraars hebben weinig grip op de informele stop omdat hij per definitie te laat – of helemaal niet – zichtbaar wordt. Hierdoor kunnen ze niet altijd de (extra) zorgbehoefte van de verzekerde inschatten en dus niet anticiperen. Als zorgverzekeraars een informele stop signaleren, nemen ze meteen actie en wijzen de betreffende aanbieder op zijn contractuele verplichtingen.

Onze Monitors Contractering [Wijkverpleging 2020](#) en [GGZ 2020](#) zagen al eerder dat zowel in de wijkverpleging als in de ggz zorgverzekeraars vaak niet op de hoogte zijn van patiëntenstops. Eerstgenoemde monitor zag dat een (dreigende) overschrijding van het omzetplafond door de aanbieder een mogelijke bron is van informele patiëntenstops.

In ons beoordelingskader (zie bijlage) is het toetspunt of de zorgverzekeraar tijdig een beslissing neemt op een verzoek van een zorgaanbieder om bijcontractering. Echter, wij kunnen vooralsnog bij geen enkele zorgverzekeraar vaststellen of hij tijdig op bijcontracteringsverzoeken voor de ggz of de wijkverpleging reageert. In 2019 zagen wij dat zorgverzekeraars over het algemeen niet transparant waren over hun beleid rond bijcontractering. Het gaat hier niet om een detail. Een heldere procedure kan vroegtijdige of onjuist ingediende bijcontracteringsverzoeken voorkomen. Dit levert over en weer duidelijke verwachtingen op, waar de budgettaire mogelijkheden voor de aanbieder eindigen en dus de zorgverzekeraar een alternatief moet zoeken voor de verzekerde. Ook kan dit stille of informele patiëntenstops voorkomen, waarmee de tijdige zorgverlening aan de verzekerde gediend is.

Wij richten ons bij de toepassing van ons beoordelingskader dan ook in eerste instantie op de transparantie van de bijcontractering. Wat is het tijdstip waarop de aanbieder het bijcontracteringverzoek bij de zorgverzekeraar moet indienen? Wat is de beslistermijn van de zorgverzekeraar op het verzoek, en wat zijn de criteria waarop hij een verzoek (gedeeltelijk) toewijst?

Wij hebben voor de ggz alle acht zorgverzekeraars met een kernwerkgebied hierop onderzocht. Wij concluderen dat zes van hen over de bijcontractering (extra) informatie hebben opgenomen op hun website, in hun inkoopdocument of onder de FAQ's. Wel moeten enkele van hen de beslistermijn beter aangeven. Een zevende heeft eveneens extra informatie – op zijn website – opgenomen, maar moet zijn toekenningscriteria nog preciseren. De achtste zorgverzekeraar boekt geen voortgang.

Alle zes op wijkverpleging onderzochte zorgverzekeraars kennen een kernwerkgebied. Wij zien dat vijf hiervan omzetplafonds toepassen en over de bijcontractering (extra) informatie hebben opgenomen op hun website, in hun inkoopdocument of onder de FAQ's. Een zesde heeft al eerder aangegeven een omzetplafond slechts incidenteel te hanteren.

Een van de goede voorbeelden die we gezien hebben, betreft Menzis. Menzis geeft een heldere uitleg van het proces (o.a. de voorwaarden en termijnen) van bijcontractering als onderdeel van zijn nieuwsbrief bij het inkoopdocument 2021 voor de wijkverpleging, en voor de ggz op zijn website.

Conclusie 2020: Wij constateren dat alle onderzochte zorgverzekeraars - op enkele aandachtspunten na - de informatie voor de bijcontractering voor de ggz en de wijkverpleging op orde hebben. Zij hebben tevens het – door ons voor de wijkverpleging gestelde – verbeterpunt gerealiseerd. Uitzonderingen hierop vormen Zorg en Zekerheid en DSW. Zorg en Zekerheid moet voor de ggz de toekenningscriteria preciseren. DSW heeft de voorwaarden voor de bijcontractering voor de ggz niet verduidelijkt, en is voor de wijkverpleging niet onderzocht.

3.4 Bedrijfsprocessen

Voor de wachttijdaanpak van een zorgverzekeraar is van belang dat de interne processen zodanig zijn dat de relevante informatie bij elkaar komt om te leiden tot de juiste acties.

In 2019 bleek dat nog één zorgverzekeraar (iptiQ) geen duidelijke operationele overlegstructuur had tussen zorgbemiddeling ggz en zorginkoop ggz. Inmiddels overleggen beide afdelingen maandelijks over de bemiddelingsresultaten. De algemene stand van zaken, lastige cases, structurele problemen en ontevreden cliënten komen hier aan de orde. De zorginkoop gaat eventuele opnamestops meteen na bij de betreffende aanbieder omdat deze in strijd zijn met het contract. Deze processen zijn inmiddels in de werkinstructies vastgelegd. Daarnaast bleek in 2019 dat nog één zorgverzekeraar (ONVZ) voor de msz onvoldoende stuurde op periodieke managementinformatie. Inmiddels wisselen zijn afdelingen van de zorginkoop resp. de zorgbemiddeling deze informatie op maandbasis uit.

Conclusie 2020: Wij constateren dat beide zorgverzekeraars hun eerdere verbeterpunt hebben gerealiseerd. Zij hebben hun interne afstemming tussen zorginkoop en zorgbemiddeling op orde.

3.5 Agenderen

Zorgverzekeraars die niet zelf bij machte zijn om bepaalde problemen in de wachttijden aan te pakken, zullen deze moeten agenderen waar deze wél aangepakt kunnen worden. Bijvoorbeeld bij regionale samenwerkingsverbanden, de NZa, andere overheden, zorgorganisaties en gemeenten. Het aanpakken van deze probleemsituaties, in afstemming met andere partijen, is een belangrijk onderdeel van de aanpak van wachttijden.

In 2019 hadden wij geen verbeterpunten meer geconstateerd bij de zorgverzekeraars op dit thema uit het beoordelingskader. Daarom is dit nu niet nader onderzocht.

3.6 Digitale zorg

Naast de onderwerpen uit het beoordelingskader hebben we ook voor de ggz en wijkverpleging besproken welke invloed digitale zorg en andere innovaties (kunnen) hebben op de wachttijden en welke rol de zorgverzekeraars voor zichzelf zien.

Alle onderzochte zorgverzekeraars zien het belang van digitale zorg toenemen door de coronacrisis in zowel ggz als wijkverpleging. Wel onderkennen zij dat digitale zorg niet voor alle ggz-diagnosegroepen en (complexe of nieuwe) thuiszorgpatiënten geschikt is. Een deel van de zorgverzekeraars wijst op de noodzaak dat concrete innovaties daadwerkelijk opschalen als zij zich in de praktijk bewezen hebben.

Voor de ggz maken zij over digitale zorg vooral afspraken met de grootste aanbieders, maar ook met gespecialiseerde aanbieders die (landelijk) digitale zorg leveren. Vooral in dunbevolkte gebieden met weinig aanbod kan digitale zorg of blended care uitkomst bieden. Bij kleinere aanbieders en vrijgevestigden zien verzekeraars weinig digitale zorginitiatieven. Eén zorgverzekeraar wijst daarnaast op het belang van samenwerking met digitale zorgleveranciers. Eén zorgverzekeraar ziet soms issues met gemeenten over de kostendeling van digitale zorg en cliëntondersteuning.

Alle zes voor de wijkverpleging onderzochte zorgverzekeraars maken afspraken over digitale zorg via de prestatie Thuiszorgtechnologie. Twee van hen benadrukken in de digitale zorg het nut van samenwerking met het gemeentelijk domein en gedeelde kosten. Daarnaast wijzen twee zorgverzekeraars op het belang van technologie thuis en benoemen hierbij concrete toepassingen.

4 Conclusies en vervolg

4.1 Conclusies controles wachttijdenaanpak zorgverzekeraars 2020

We zien dat de zorgverzekeraars steeds meer werk maken van de aanpak van wachttijden. Ten opzichte van 2019 zien wij in 2020 dat vrijwel alle zorgverzekeraars hun proces van wachttijstbemiddeling op orde hebben. Zij hanteren voor hun bemiddelingservice een duidelijke procedure. Ook gaan zij allemaal (steekproefsgewijs) na in hoeverre het bemiddelingsadvies de verzekerde heeft geholpen. Verder zien wij dat zorgverzekeraars transparanter zijn geworden over hun voorwaarden om extra zorg in te kopen als de aanbieder zijn omzetplafond bereikt. En kan de aanbieder niet bijcontracteren, dan kan hij de cliënt doorverwijzen naar de zorgbemiddeling van zijn zorgverzekeraar. Wij hopen dat hiermee vooral de patiëntenstops worden teruggedrongen, die zich voordoen buiten het blikveld van de zorgverzekeraars.

In 2019 bleken vier zorgverzekeraars nog geen volledig plan van aanpak te hebben met de regionale systeemaanbieders ggz en/of msz, om de wachttijden terug te dringen. Dit is niet verbeterd. Wél monitoren deze verzekeraars op één na inmiddels de aanbieders systematisch met landelijke wachttijdeninformatie en interveniëren op basis hiervan waar nodig. Ook zien wij dat zorgverzekeraars regionaal nog een hele kluit hebben aan het organiseren van de acute zorg in de ggz en de wijkverpleging. Het mist nogal eens aan gelijkgerichtheid en samenwerking, zowel tussen aanbieders onderling als met zorgverzekeraars. Ook gaat het over geld: wat mag het kosten, en wat zit er voor acute zorg al in het budget van de aanbieder?

Wij hebben elke zorgverzekeraar een individuele terugkoppeling gegeven, waarbij wij verwachten dat de zorgverzekeraar hiermee aan de slag gaat en ons hierover rapporteert.

4.2 Oproep aan de zorgaanbieders

Ook de zorgaanbieders roepen wij op om zich tot het uiterste in te spannen om wachttijden te verlagen. Door onder meer de eigen processen op orde te hebben, door transparant te zijn over de behandelmogelijkheden om verkeerde verwijzingen te voorkomen, door met zorgverzekeraars en andere betrokkenen samen te werken aan initiatieven om de wachttijden te verlagen. Dit betekent dus ook dat zorgaanbieders de zorgverzekeraar steeds op de hoogte brengen, als zij besluiten tot een patiëntenstop. Het vergt moed en soms kwetsbaar opstellen van alle partijen, maar het belang van een burger die op tijd de zorg krijgt die hij nodig heeft, is te groot om te laten liggen.

4.3 Vervolg: regionale focus

Wij zien dat het toetsen van alle zorgverzekeraars aan het beoordelingskader, wat wij drie achtereenvolgende jaren hebben gedaan, effect heeft gehad. Het bewustzijn onder partijen is vergoot en de zorgverzekeraars spannen zich steeds beter in op de thema's uit het beoordelingskader. Dat is een positieve constatering. Voor ons blijft dit beoordelingskader een belangrijk uitgangspunt voor de invulling van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Het maakt overigens onderdeel uit van [een bredere duiding van de zorgplicht](#) die we recent hebben gepubliceerd.

De NZa blijft de aanpak van wachttijden volgen. Wij leggen de focus meer en meer op verschillende regio's waar de wachttijden erg hoog zijn. In die specifieke regio's gaan we met zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) in overleg over de concrete aanpak ter plaatse. Daar zijn we reeds mee begonnen in de ggz (samen met de IGJ) de msz en de wijkverpleging.

Over onze ervaringen in de regio's met de gezamenlijke wachttijdenaanpak in de ggz, publiceerden we samen met de IGJ recent een [brief](#). We concluderen dat de intensivering van regionale samenwerking cruciaal is voor de reductie van wachttijden in de ggz. We doen aanbevelingen om de samenwerking te verbeteren.

- Stel vast wat succesfactoren zijn bij regio's met geen of korte(re) wachttijden.
- Bied inzicht in regionale capaciteit en zorgaanbod.
- Maak duidelijke afspraken over de instroom, doorstroom en uitstroom.
- Zorg voor een actieve(re) rol van zorgverzekeraars.
- Ontwikkel een visie voor de regionale aanpak van wachttijden en vertaal deze in afspraken.
- Stimuleer en faciliteer op landelijk niveau de samenwerking in de regio.

In andere sectoren is het niet anders: ook daar is de regionale samenwerking cruciaal om wachttijden te verminderen. De NZa zal dit nadrukkelijk blijven volgen.

5 BIJLAGE Toegepast beoordelingskader aanpak wachttijden (zorgplicht)

5.1 Geestelijke gezondheidszorg

5.1.1 Inzicht in wachtlijstproblematiek

De zorgverzekeraar met een naturapolis:

- Heeft actueel inzicht in de wachttijden in zijn kernwerkgebied regio's (i.e. regio met hoog marktaandeel) en bij zijn gecontracteerde zorgaanbieders. In het bijzonder heeft de zorgverzekeraar inzicht in de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden ('probleemdiagnoses'): autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek;
- Monitort waar mogelijk in samenwerking met andere zv, de ontwikkeling van de wachttijden in de regio's en bij gecontracteerde zorgaanbieders. In het bijzonder monitort de zorgverzekeraar de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden ('probleemdiagnoses'): autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek.

De zorgverzekeraar met uitsluitend restitutieverzekerden:

- Heeft op korte termijn actueel inzicht in de wachttijden in die regio's en/of die diagnosegroepen waarvoor regelmatig (meer dan twee keer per maand) een bemiddelingsverzoek bij de zorgverzekeraar wordt gedaan.
- Borgt gezien het dynamische karakter van deze informatiebehoefte dat hij dit inzicht snel kan krijgen, waar mogelijk in samenwerking met andere zorgverzekeraars.

5.1.2 Handelen richting verzekerden

De zorgverzekeraar:

- Bemiddelt zijn verzekerden naar zorg zodra zij erom vragen en hanteert daarbij een duidelijke handleiding;
- Informeert verzekerden over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, waaronder in ieder geval via de website;
- Meet de resultaten van zorgbemiddeling, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs te toetsen of de cliënt daadwerkelijk in zorg is genomen.
- Registreert en beheert op inzichtelijke wijze bemiddelingsverzoeken.

5.1.3 Handelen richting zorgaanbieders

De zorgverzekeraar met een naturapolis:

- Maakt concrete afspraken met zorgaanbieders en andere stakeholders in zijn kernwerkgebied regio's zodat de verzekerde binnen de treetnorm de benodigde zorg ontvangt;
- Monitort de voortgang van deze afspraken, en spreekt partijen erop aan als de voortgang van afspraken in het geding is;
- Neemt tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen, die correct zijn ingediend.

De zorgverzekeraar met uitsluitend restitutieverzekerden:

- Wijst zorgaanbieders er tenminste via zijn website op dat de zorgaanbieders, als zij een verzekerde niet (tijdig) in zorg kunnen nemen, de verzekerde hiervoor naar de zorgverzekeraar verwijzen voor zorgbemiddeling;
- Neemt – indien hij contractueel een omzetplafond is overeengekomen – tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen die correct zijn ingediend.

5.1.4 Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- Heeft een management van de organisatie dat stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten. Hiervoor is periodieke informatie over de toegankelijkheid van zorg beschikbaar;

- Kent een operationele overlegstructuur tussen tenminste zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.

5.1.5 Agenderen

De zorgverzekeraar:

- Werkt samen met relevante stakeholders (o.a. gemeenten) in zijn kern werkgebied aan de beschikbaarheid en tijdigheid van het (regionale) zorgaanbod en een goede afstemming tussen Wmo, Jeugdwet, Wlz en Zvw;

5.2 Wijkverpleging

5.2.1 Inzicht in wachtlijstproblematiek (betreft alleen casemanagement dementie)

De zorgverzekeraar met een naturapolis:

- Weet welke dementieregio in zijn werkgebied een adequate wachtlijstregistratie voert voor casemanagement dementie (CMD) en verkrijgt inzicht in de opzet van deze registratie;
- Overlegt zo nodig met de dementieregio over de voortgang van deze registratie en over het aantal wachtenden, en initieert waar nodig aanscherping van de registratie.

De zorgverzekeraar met uitsluitend restitutieverzekerden:

- Heeft op korte termijn actueel inzicht in de wachttijden CMD in die dementieregio's waarvoor regelmatig (meer dan twee keer per maand) een bemiddelingsverzoek bij de zorgverzekeraar wordt gedaan.
- Borgt gezien het dynamische karakter van deze informatiebehoefte dat hij dit inzicht snel kan krijgen, waar mogelijk in samenwerking met andere zorgverzekeraars.

5.2.2 Handelen richting verzekerden

De zorgverzekeraar:

- Bemiddelt zijn verzekerden naar zorg zodra zij erom vragen en hanteert daarbij een duidelijke handleiding;
- Informeert verzekerden over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, waaronder in ieder geval via de website;
- Meet de resultaten van zorgbemiddeling, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs te toetsen of de cliënt daadwerkelijk in zorg is genomen.
- Registreert en beheert op inzichtelijke wijze bemiddelingsverzoeken.

5.2.3 Handelen richting zorgaanbieders

De zorgverzekeraar met een naturapolis:

- Spreekt af met zorgaanbieders dat zij, als zij de cliënt niet in zorg kunnen nemen, zo nodig zorg elders in de regio organiseren of de cliënt hiervoor naar de zorgverzekeraar verwijzen;
- Spreekt met de zorgaanbieders af hoe hij bij hen controleert of cliënten binnen zijn tijdigheidsnormen geplaatst of doorbemiddeld zijn;
- Zorgt voor een efficiënte organisatie van specialistische en on-planbare zorg en belegt de verantwoordelijkheid in de regio duidelijk;
- Maakt met zorgaanbieders afspraken over een doelmatige inzet van personeel, rekening houdend met zorgzwaarteverschillen.
- Streeft naar een volledige dekking van zijn kernwerkgebied door dementienetwerken.
- Controleert of palliatief terminale thuiszorg tijdig verleend wordt aan verzekerden.
- Neemt tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen, die correct zijn ingediend.

De zorgverzekeraar met uitsluitend restitutieverzekerden:

- Wijst zorgaanbieders er tenminste via zijn website op dat de zorgaanbieders, als zij een verzekerde niet (tijdig) in zorg kunnen nemen, de verzekerde hiervoor naar de zorgverzekeraar verwijzen voor zorgbemiddeling;
- Neemt – indien hij contractueel een omzetplafond is overeengekomen – tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen, die correct zijn ingediend.

5.2.4 Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- Het management van de organisatie stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten. Hiervoor is periodieke informatie over de toegankelijkheid van zorg beschikbaar;
- Kent een operationele overlegstructuur tussen tenminste zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.

5.2.5 Agenderen

De zorgverzekeraar:

- Werkt samen met (regionale) stakeholders (o.a. gemeenten) in zijn kernwerkgebied aan de beschikbaarheid en tijdigheid van het (regionale) zorgaanbod en een goede afstemming tussen Wmo, jeugdwet, Wlz en Zvw;
- Stimuleert een goede doorstroming van de juiste cliënten naar de wijkverpleging via de indicatiestelling. Hij zet zorgaanbieders bijvoorbeeld aan tot intervisie of instructie van verpleegkundigen of toepassing van de transmurale zorgbrug.

5.3 Medisch specialistische zorg

5.3.1 Inzicht in wachtlijstproblematiek

De zorgverzekeraar met een naturapolis:

- Heeft actueel inzicht in de wachttijden in zijn kernwerkgebied regio's (i.e. regio met hoog marktaandeel) en bij zijn gecontracteerde zorgaanbieders. In het bijzonder heeft de zorgverzekeraar inzicht in de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden (marktscan NZa) oogheekunde, neurologie, neurochirurgie, reumatologie, revalidatiezorg, MDL, pijnbestrijding/anesthesiologie.
- Monitort waar mogelijk in samenwerking met andere zv, de ontwikkeling van de wachttijden in de regio's en bij gecontracteerde zorgaanbieders. In het bijzonder monitort de zorgverzekeraar de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden (marktscan NZa) oogheekunde, neurologie, neurochirurgie, reumatologie, revalidatiezorg, MDL, pijnbestrijding/anesthesiologie.

De zorgverzekeraar met uitsluitend restitutieverzekerden:

- Heeft op korte termijn actueel inzicht in de wachttijden in die regio's en/of die diagnosegroepen waarvoor regelmatig (meer dan twee keer per maand) een bemiddelingsverzoek bij de zorgverzekeraar wordt gedaan.
- Borgt gezien het dynamische karakter van deze informatiebehoefte dat hij dit inzicht snel kan krijgen, waar mogelijk in samenwerking met andere zorgverzekeraars.

5.3.2 Handelen richting verzekerden

De zorgverzekeraar:

- Bemiddelt zijn verzekerden naar zorg zodra zij erom vragen en hanteert daarbij een duidelijke handleiding;
- Informeert verzekerden over de mogelijkheid van zorgbemiddeling, waaronder in ieder geval via de website;
- Meet de resultaten van zorgbemiddeling, bijvoorbeeld door steekproefsgewijs te toetsen of de cliënt daadwerkelijk in zorg is genomen.

- Registreert en beheert op inzichtelijke wijze bemiddelingsverzoeken.

5.3.3 Handelen richting zorgaanbieders

De zorgverzekeraar met een naturapolis:

- Maakt concrete afspraken met zorgaanbieders en andere stakeholders in zijn kernwerkgebied regio's zodat de verzekerde binnen de treeknorm de benodigde zorg ontvangt;
- Monitort de voortgang van deze afspraken, en spreekt partijen erop aan als de voortgang van afspraken in het geding is;
- Neemt tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen, die correct zijn ingediend.

De zorgverzekeraar met uitsluitend restitutieverzekerden:

- Wijst zorgaanbieders er tenminste via zijn website op dat de zorgaanbieders, als zij een verzekerde niet (tijdig) in zorg kunnen nemen, de verzekerde hiervoor naar de zorgverzekeraar verwijzen voor zorgbemiddeling;
- Neemt – indien hij contractueel een omzetplafond is overeengekomen – tijdig een beslissing op verzoeken om een omzetplafond te verhogen, die correct zijn ingediend.

5.3.4 Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- Het management van de organisatie stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten. Hiervoor is periodieke informatie over de toegankelijkheid van zorg beschikbaar;
- Kent een operationele overlegstructuur tussen tenminste zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.