



# Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden

## Samenvattend rapport 2019

December 2019

# Inhoud

- [Samenvattende conclusies](#)
- [Hoofdstuk 1. Inleiding](#)
- [Hoofdstuk 2. Geestelijke gezondheidszorg](#)
- [Hoofdstuk 3. Medisch-specialistische zorg](#)
- [Hoofdstuk 4. Wijkverpleging](#)
- [Bijlagen](#)

**Samenvattende conclusies**

# Samenvattende conclusies

Voor u ligt het rapport met de uitkomsten van de tweede 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 voor het fysieke en geestelijke welzijn van de patiënt hebben. 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. Dit is een ernstige zaak. Het betekent dat mensen te lang moeten wachten op de zorg die zij nodig hebben.

Wachttijden is een complex probleem waar meerdere oorzaken aan ten grondslag liggen, zoals de vraag naar zorg, personeelstekorten en patiëntenstops. 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.

## Uitkomsten controlebezoeken 2018

In 2018 hebben we voor het eerst controlebezoeken afgelegd om de inspanningen van zorgverzekeraars om wachttijden te verminderen in drie sectoren in kaart te brengen. Toen constateerden we dat de aanpak van wachttijden nog niet bij alle onderzochte zorgverzekeraars was verankerd in de werkprocessen. Het ontbrak in de drie sectoren bij een aantal zorgverzekeraars aan een structureel inzicht in de ontwikkeling van de wachttijden en in de resultaten van de verschillende ondernomen activiteiten. Zorgverzekeraars hadden nauwelijks inzicht in de opbrengsten van hun activiteiten en daarmee ontbrak een belangrijke randvoorwaarde om te kunnen bijsturen wanneer activiteiten niet voldoende bijdragen aan het verkorten van wachttijden.<sup>1</sup>

Naar aanleiding van onze bevindingen hebben we de zorgverzekeraars opgeroepen om verbeteringen te realiseren op in ieder geval drie onderwerpen:

- scherper zicht op de aard, omvang en de ontwikkeling van wachttijden;
- actieve inzet om wachttijden te beperken daar waar de knelpunten het grootst zijn;
- evaluatie van de effectiviteit van de wachtlijstbemiddeling en de gemaakte afspraken met zorgaanbieders.

## Uitkomsten controlebezoeken 2019

Dit jaar hebben we opnieuw controlebezoeken afgelegd waarin we hebben getoetst in hoeverre de aandachtspunten zijn gerealiseerd.

---

<sup>1</sup> [Samenvattend rapport Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden.](#)

We zien een positieve ontwikkeling in de inspanningen die zorgverzekeraars doen om de wachttijden te beperken:

- Zorgverzekeraars hebben beter inzicht in de aard, omvang en ontwikkeling van wachttijden gekregen. We zien in alle drie de sectoren een positieve ontwikkeling. De toegankelijkheid en kwaliteit van data van zorgaanbieders is verbeterd. Via data in Vektis krijgen zorgverzekeraars nu beter inzicht in de problematiek. Ook monitoren zorgverzekeraars de ontwikkeling van de wachttijden nu via interne rapportages.
- Zorgverzekeraars zetten zich actief in om wachtlijsten te beperken daar waar de knelpunten het grootst zijn. Het aantal zorgverzekeraars dat concrete afspraken maakt met aanbieders (of gaat maken in de contracten voor 2020) om te zorgen dat de verzekerde binnen de Treeknorm de benodigde zorg ontvangt is toegenomen. Ook zien we bij een aantal zorgverzekeraars dat de afspraken verder worden geconcretiseerd.

Op één van de gewenste verbeterpunten is in onvoldoende mate sprake van een verbetering. Evenals tijdens de controlebezoeken in 2018 stellen we opnieuw vast dat een aantal zorgverzekeraars de effectiviteit van wachtlijstbemiddeling en de gemaakte afspraken met zorgaanbieders (met name bij msz) nog onvoldoende evalueren. Dit is van belang om het effect hiervan te meten en indien nodig bij te sturen. Positief is dat het merendeel van de zorgverzekeraars aangeeft concrete plannen te hebben om de effectiviteit van bemiddeling en de gemaakte afspraken te gaan evalueren. Wij zullen de voortgang monitoren. Een klein aantal zorgverzekeraars heeft nog geen concrete verbeterplannen. Met hen gaan we in gesprek over hoe deze punten opgepakt kunnen worden.

Specifiek voor de wijkverpleging is bijcontractering een belangrijk aandachtspunt. De belangrijkste oorzaak van patiëntenstops is de onzekerheid rondom bijcontractering op het moment dat een aanbieder zijn omzetplafond bereikt. Aanbieders geven aan dat zorgverzekeraars de voorwaarden om extra zorg in te kopen niet goed communiceren en dat het lang duurt voor zorgverzekeraars daarover beslissen.

## Vervolg

Er is een positieve beweging gaande, die moeten we met elkaar zien vast te houden. Dit rapport is een samenvatting van de tweede ronde controlebezoeken. We stellen vast dat de aandachtspunten uit de eerste controle deels zijn aangepakt door de zorgverzekeraars. We zijn derhalve positief over de ontwikkeling die de zorgverzekeraars hebben doorgemaakt en zien tegelijkertijd ook nog een aantal concrete verbeterpunten.

Alle zorgverzekeraars moeten nog stappen zetten. De ene verzekeraar meer dan de andere. De meeste zorgverzekeraars geven aan dat ze hier ook al mee aan de slag zijn of dit op korte termijn gaan doen. Met CZ, Eno en DSW gaan we de komende tijd in gesprek over verdere verbeteringen. De andere zorgverzekeraars moeten op een beperkt aantal punten nog verbetering doorvoeren. Menzis en Zorg en Zekerheid steken er met hun aanpak in positieve zin bovenuit.

Uit onze berichtgeving over de wachttijden<sup>2</sup> blijkt dat ondanks de positieve ontwikkeling in de inspanningen van zorgverzekeraars, patiënten bij sommige diagnoses en specialismen nog steeds langer moeten wachten dan de vastgestelde toegankelijkheidsnorm.

Zoals hiervoor geschetst zijn meerdere actoren betrokken bij het oplossen van de wachttijden. Naar aanleiding van onze bevindingen nemen we daarom de volgende maatregelen:

- In september hebben we de zorgverzekeraars een definitieve individuele terugkoppeling gestuurd over wat goed gaat en welke aandachtspunten we nog zien. We zien verschillen tussen de zorgverzekeraars. Dit pleit voor een individuele benadering per zorgverzekeraar. Samen met de definitieve individuele beoordeling hebben we richting de zorgverzekeraars aangegeven hoe we de komende periode hun inspanningen gaan volgen en - zo nodig - bijsturen.

---

<sup>2</sup> Informatiekaart wachttijden ggz – december 2019 en wachttijden msz via [www.volksgezondheidenzorg.info](http://www.volksgezondheidenzorg.info) en [www.staatvenz.nl](http://www.staatvenz.nl).

- Verder richt de NZa zich specifiek op de regionale aanpak van wachttijden door veldpartijen. Op basis van de regionale wachttijdgegevens hebben we zicht op de regionale verschillen en knelpunten. We richten onze inspanningen op de grootste probleemgebieden. Zo kijken we, samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), in de regio's waar de wachttijden het langst zijn naar de wijze waarop aanbieders en zorgverzekeraars en andere partijen samenwerken om de wachttijden terug te brengen en naar de verbeteringen die hierin mogelijk zijn. Dit doen we sinds kort voor de ggz en we verkennen de mogelijkheden om ook voor de msz en voor CMD een passende gezamenlijke regionale aanpak uit te rollen. Met deze regionale aanpak stellen we vast of de inspanningen van zorgverzekeraars om de wachttijden terug te dringen, zoals we in deze rapportage beschrijven, ook daadwerkelijk leiden tot daling van de wachttijden. Waar dit structureel niet het geval is, gaan we gericht het gesprek aan.

Verder zien we naast ons beeld op basis van de controles dat aanbieders en zorgverzekeraars verschillende inspanningen doen om de wachttijden te verminderen. Zo hebben Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland en MEER GGZ een gespreksleidraad ontwikkeld om goede afspraken te maken in de contractering 2020 over het terugdringen van wachttijden. Doel is dat aanbieders en zorgverzekeraars concrete afspraken maken, zodat in 2020 de wachttijden significant dalen<sup>3</sup>. We vinden het positief dat dergelijke initiatieven worden ondernomen en verwachten dat dan ook terug te zien in onze regionale aanpak.

Ten slotte monitoren we de komende tijd of zorgverzekeraars stoppen met het toepassen van generieke afslagen. Bij kostendekkende tarieven, zoals deze op 1 augustus 2019 voor de ggz zijn bekendgemaakt, verhouden generieke afslagen zich niet goed tot het aanpakken van de wachttijdenproblematiek, wat maatwerk vereist. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij met zorgaanbieders vergoedingen afspreken die passen bij het zorgaanbod en de context waarbinnen de zorg geleverd wordt.

---

<sup>3</sup> <https://www.skivr.nl/actueel/id39854-aanpak-wachttijden-ggz-in-contract-met-zorgverzekeraar.html>

# 1. Inleiding

# 1. Inleiding

Toegankelijkheid is één van de speerpunten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). We vinden het belangrijk dat iedereen op tijd de zorg krijgt die nodig en passend is. Een te lange wachttijd kan negatieve gevolgen voor het fysieke en geestelijke welzijn van de patiënt hebben.

## 1.1 Aanpak

Wachttijden is een complex probleem waar meerdere oorzaken aan ten grondslag liggen zoals de vraag naar zorg, personeelstekorten en patiëntenstops. Er is niet één oplossing voor alle verschillende (oorzaken van) wachttijden. Er is ook niet één partij die hier alleen aan zet is. Alle betrokken partijen, waaronder aanbieders en zorgverzekeraars, moeten een bijdrage leveren aan het oplossen van de wachttijdproblematiek. Als NZa houden we toezicht op aanbieders en zorgverzekeraars. Van aanbieders verwachten we dat zij inzicht in de wachttijden geven. Als wachttijden te lang zijn, moeten aanbieders patiënten er op wijzen dat zij bij hun zorgverzekeraar om bemiddeling kunnen vragen naar een aanbieder die wel tijd heeft. Van zorgverzekeraars verwachten we dat zij alles doen wat er binnen hun mogelijkheden ligt om de wachttijden terug te dringen. We hebben dit jaar voor de tweede keer controles verricht op de inzet van zorgverzekeraars om de wachttijden te verminderen. Dit rapport bevat een samenvatting van onze bevindingen van de controlebezoeken bij zorgverzekeraars. We gaan daarbij met name in op de ontwikkelingen ten opzichte van de vorige controlebezoeken.<sup>4</sup>

## 1.2 Beoordelingskader

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dat is de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg of desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt

waar hij behoefte aan heeft en wettelijk aanspraak op heeft. Zorgplicht is een open norm. Met het oog op het verminderen van wachttijden hebben we deze open norm verder ingevuld in de vorm van een beoordelingskader. Op deze manier verduidelijken we wat de NZa van zorgverzekeraars verwacht. Het beoordelingskader is ten behoeve van de controlereeks in 2018 uitgewerkt. Op grond van die controlereeks hebben we in het kader op een aantal onderdelen onderscheid gemaakt tussen wat we verwachten van zorgverzekeraars met een naturapolis en zorgverzekeraars met uitsluitend restitutieverzekerden. In bijlage één is het beoordelingskader per sector opgenomen.

Het beoordelingskader bestaat uit vijf hoofdthema's:

1. Inzicht in wachtlijstenproblematiek
2. Handelen richting verzekerden
3. Handelen richting zorgaanbieders
4. Bedrijfsprocessen
5. Agenderen (geen onderdeel van beoordelingskader msz)

Omdat de drie onderzochte sectoren geestelijke gezondheidszorg (ggz), medisch-specialistische zorg (msz) en wijkverpleging verschillen, zijn deze vijf hoofdthema's per sector nader uitgewerkt in beoordelingscriteria.

Op grond van de controlebezoeken hebben we conceptbevindingen opgesteld. Deze zijn voorgelegd aan de zorgverzekeraars om de bevindingen waar nodig verder aan te scherpen en feitelijke onjuistheden te verbeteren (bijvoorbeeld omdat nieuwe informatie aan het licht is gekomen). We hebben het definitieve beeld uit de gesprekken teruggekoppeld naar de zorgverzekeraars. In bijlage twee, drie en vier zijn tabellen met daarin de beoordelingen naar aanleiding van de controlereeksen in 2018 en 2019 opgenomen voor de sectoren ggz, msz en wijkverpleging.

---

<sup>4</sup>Zie voor bevindingen vorige controlereeks: [Samenvattend rapport Controles zorgverzekeraars naar aanpak wachttijden](#).



### 1.3 Leeswijzer

In volgende hoofdstukken twee, drie respectievelijk vier leest u onze bevindingen terug per onderdeel van het beoordelingskader in de drie onderzochte sectoren. Waar mogelijk zijn goede voorbeelden opgenomen. Het beoordelingskader per sector is in bijlage één opgenomen. In bijlage twee, drie en vier zijn tabellen met daarin de beoordelingen naar aanleiding van de controlereeksen in 2018 en 2019 opgenomen. Per onderdeel van het kader is voor de zorgverzekeraars aangeven of zij op dat punt voldoen, ten dele voldoen of niet voldoen.

Toegankelijkheid is één van  
de speerpunten van de  
NZa.

## **2. Geestelijke gezondheidszorg**

## 2. Geestelijke gezondheidszorg

### 2.1 Inzicht in de wachtproblematiek

Wachttijdgegevens zijn cruciaal voor zorgverzekeraars om hun bemiddelingsfunctie uit te voeren en zorg in te kopen. Het inzicht van de zorgverzekeraars in de wachtlijstproblematiek in de ggz is ten opzichte van de vorige controlebezoeken sterk verbeterd. Toen constateerden we dat de helft van de zorgverzekeraars de monitoring van de ontwikkeling van de wachttijden nog niet structureel had geborgd en dat er van samenwerking op het gebied van monitoring in beperkte mate sprake was. Ook stelden we destijds vast dat zorgverzekeraars door verscheidene omstandigheden beperkt inzicht hadden in de wachttijden voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden (de zogenaamde 'problemdiagnoses' zoals autisme, persoonlijkheidsstoornissen, trauma, en licht verstandelijke beperking in combinatie met ggz-problematiek). In tabel 1 is voor ieder van de zorgverzekeraars de ontwikkeling op dit thema naar aanleiding van de controlebezoeken weergegeven. Alle zorgverzekeraars voldoen aan de normen in het beoordelingskader voor dit onderdeel. We zien een aantal ontwikkelingen die hebben bijgedragen aan de gesignaleerde verbetering van het inzicht in de wachtproblematiek en de monitoring.

Ten eerste verplicht de NZa aanbieders in de ggz vanaf 1 januari 2018 om hun wachttijdgegevens maandelijks aan te leveren via Vektis. Zorgverzekeraars kunnen de beschikbare data gebruiken om inzicht te krijgen in de problematiek. Bij de vorige controlebezoeken gaven zorgverzekeraars in de regel aan dat de (kwaliteit van de) data vaak nog slecht was, wat hen belemmerde om inzicht te verkrijgen. Uit de recente controlebezoeken komt naar voren dat Vektis nu voor hen bruikbaarere informatie aanlevert, waardoor het inzicht is verbeterd. Alle zorgverzekeraars maken gebruik van gegevens uit Vektis.

Ten tweede hebben zorgverzekeraars die bij de vorige beoordeling niet voldeden hun interne processen verder geprofessionaliseerd. Zo worden wachttijdgegevens periodiek gemonitord door de zorgverzekeraars met een naturapolis. Daarbij wordt door een enkele zorgverzekeraar specifiek gekeken naar aanbieders die de treeknorm naderen zodat tijdig kan worden bijgestuurd.

#### Goed voorbeeld

Een zorgverzekeraar doet een uitvraag om inzicht te krijgen in aantallen en oorzaken.

**Tabel 1. Ontwikkeling inzicht in wachtlijstproblematiek in de ggz per zorgverzekeraar 2018-2019**

Inzicht in wachtlijstproblematiek		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Inzicht in wachttijden	2018	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Red	Red	Green	Green
	2019	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Monitoren	2018	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Red
	2019	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green

Tot slot zijn voor dit thema de gestelde eisen aangepast voor zorgverzekeraars met uitsluitend restitutieverzekerden en zorgverzekeraars zonder kernwerkgebied. Drie zorgverzekeraars zijn derhalve anders beoordeeld dan in 2018. Het verschil in beoordeling bij de drie zorgverzekeraars op dit onderdeel is te verklaren door aanpassing van het beoordelingskader als gevolg waarvan een aantal toetspunten zijn gewijzigd. Zie bijlage één voor de wijze waarop zorgverzekeraars met uitsluitend restitutieverzekerden worden beoordeeld.

## 2.2 Handelen richting verzekerden

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het bemiddelen van verzekerden die te lang moeten wachten op zorg. De zorgverzekeraar bemiddelt verzekerden zodat deze eerder terecht kunnen bij een andere aanbieder. Hierbij hoort een goede registratie en meting van het resultaat, bijvoorbeeld door een (steekproefsgewijze) toetsing dat verzekerden na de bemiddelingsactie (eerder) in zorg zijn gekomen.

Zoals uit tabel twee blijkt komt bij drie van de vier normen uit het beoordelingskader – evenals tijdens de vorige controlebezoeken – een overwegend positief beeld naar voren. Zo informeren nagenoeg alle zorgverzekeraars hun verzekerden via hun website en andere kanalen over de mogelijkheden van zorgbemiddeling. Met betrekking tot het bemiddelen naar zorg, stellen we vast dat de meeste zorgverzekeraars voldoen. Bij twee zorgverzekeraars blijkt uit een steekproef van bemiddelingsdossiers dat zij verzekerden in de ggz niet in alle gevallen bemiddelen naar een alternatieve aanbieder. Dit is een verslechtering ten opzichte van het beeld uit 2018. Zo bleek bijvoorbeeld bij de dossiercontrole tijdens de controlebezoeken bij één zorgverzekeraar dat er geen alternatieven werden geboden, maar terug werd verwezen naar huisarts of Praktijkondersteuner Huisarts – ggz. Ook kon in een aantal gevallen geen passend alternatief worden geboden. Uit de recente controlebezoeken blijkt dat alle zorgverzekeraars de registratie van de bemiddelingsverzoeken nu op orde hebben.

**Tabel 2. Ontwikkeling in handelen richting verzekerden in de ggz per zorgverzekeraar 2018-2019**

Handelen richting verzekerden		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Informeren over zorgbemiddeling	2018										
	2019										
Bemiddelen naar zorg	2018										
	2019										
Meten resultaten zorgbemiddeling	2018										
	2019										
Registratie van bemiddelingsverzoeken	2018										
	2019										

Het meten van de resultaten van zorgbemiddeling blijft een aandachtspunt. Drie van de tien onderzochte zorgverzekeraars voldoen nog niet aan de norm uit het beoordelingskader. De zorgverzekeraars die niet voldoen aan de norm toetsen bijvoorbeeld niet steekproefsgewijs of de verzekerden daadwerkelijk in zorg zijn genomen, waardoor zij niet weten tot welke effect hun inspanningen hebben geleid.

### Goede voorbeelden

Een aantal zorgverzekeraars bellen verzekerden die een aantal weken eerder om bemiddeling verzocht hadden steekproefsgewijs terug om vast te stellen of de verzekerde daadwerkelijk in zorg is genomen.

Een zorgverzekeraar geeft aan iedere verzekerde die bemiddeld is één à twee weken nadat het eerste consult zou zijn, te bellen. Dat blijkt tevens uit de vijf geraadpleegde bemiddelingsdossiers. Hierin is vastgelegd wanneer verzekerde is teruggebeld en wat is besproken.

### 2.3 Handelen richting zorgaanbieders

Evenals in 2018 worden afspraken met aanbieders op het gebied van wachttijden in de regel ingepast in het reguliere proces, zoals bijvoorbeeld het inkoopproces. In 2018 was het bij een groot deel van de verzekeraars onduidelijk in hoeverre er concrete tijdsgebonden afspraken werden gemaakt over wanneer bepaalde doelen of verbeteringen gerealiseerd moeten zijn. Dit blijft een aandachtspunt, ook nu blijkt dit niet altijd uit de stukken. Wel zien we een verbetering ten opzichte van 2018. Het aantal verzekeraars dat concrete afspraken maakt (of gaat maken in de contracten voor 2020) is toegenomen. Ook zien we bij een aantal verzekeraars dat de afspraken verder worden geconcretiseerd.

**Tabel 3. Ontwikkeling handelen richting zorgaanbieders**

Handelen richting zorgaanbieders		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Concrete afspraken met zorgaanbieders in kernwerkgebied regio's	2018										
	2019										
Voortgang afspraken monitoren	2018										
	2019										
Tijdige beslissing verzoeken omzetplafond	2018										
	2019										

Voor de restitutieverzekeraars is het monitoren van de voortgang van de gemaakte afspraken dit jaar geen onderdeel van het beoordelingskader. Een verzekeraar van restitutieverzekeringen heeft een andere zorgplicht dan bij naturaverzekeringen, namelijk de vergoeding van de nota en bemiddeling indien daarom wordt gevraagd. Om die reden zijn de criteria uit het beoordelingskader op dit vlak minder vergaand dan bij een naturaverzekering. Zij hoeven niet proactief de wachttijden te monitoren maar moeten de wachttijdinformatie snel kunnen verzamelen op het moment dat zij een bemiddelingsverzoek krijgen.

### Goede voorbeelden

Een zorgverzekeraar maakt afspraken en plannen die gericht zijn op een concreet doel (bijvoorbeeld 40 extra patiënten behandelen, aantal intakes omhoog per die datum, budget erbij, extra capaciteit wachttijden, een extra behandelaar). Er is vanuit deze zorgverzekeraar op basis van cijfers periodiek (twee maandelijks) contact met de aanbieder en er vindt monitoring en bijsturing plaats.

Een aantal zorgverzekeraars heeft hebben veelal één dominante/belangrijke aanbieder in de regio en daar onderling contact mee (afspraken, delen inzicht wachttijden, veel 'over de vloer' en korte lijnen, gesprekken over voortgang). Een zorgverzekeraar heeft met de belangrijkste ggz-aanbieder gezamenlijke afspraken gemaakt met subdoelen, planning en financiële (bijsturing)afspraken. Bij succes wordt de gehanteerde aanpak verder uitgerold.

Een zorgverzekeraar heeft een werkwijze ingericht om plannen van aanpak van aanbieders te beoordelen en feedback hierop te geven (SMART). Iets soortgelijks doet een andere zorgverzekeraar ook: bij gecontracteerde aanbieders met een omzet van boven de twee miljoen en wachttijden worden plannen van aanpak opgevraagd. Daar wordt wekelijks op gestuurd vanuit deze zorgverzekeraar.

Een aantal zorgverzekeraars werkt met meerjarenafspraken, om lange termijn afspraken te maken en onderzoekt mogelijkheden dan wel biedt mogelijkheden voor shared savings.

Een zorgverzekeraar organiseert informatieavonden waarbij instellingen onderling hun aanpak delen om wachttijden te verkleinen en van elkaar te leren. Andere zorgverzekeraars hebben ook soortgelijke bijeenkomsten.

Een zorgverzekeraar financiert mede extra opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen.

Positief is dat dit jaar meer verzekeraars de gemaakte afspraken structureel monitoren. Monitoring stelt de verzekeraars in staat om (bij) te sturen op concrete resultaten. Bij twee verzekeraars is de monitoring van de voortgang van afspraken met zorgaanbieders nog niet structureel geborgd.

Het is de verantwoordelijkheid van aanbieders en zorgverzekeraars om tijdig met elkaar te overleggen als het omzetplafond wordt bereikt. Naar aanleiding van de controlebezoeken van dit jaar geven we geen oordeel over de tijdigheid van beslissingen op verzoeken om een omzetplafond te verhogen. Hier wordt naar aanleiding van de Monitor Contractering ggz 2019 nog nader onderzoek naar gedaan en we onthouden ons om die reden van een individueel oordeel per verzekeraar.

Op grond van de **Monitor Contractering ggz 2019** delen we hierna een aantal generieke verbeterpunten. Wij roepen verzekeraars op, als zij geen beleid hebben voor het proces van bijcontractering, om dit te maken. We vinden dat verzekeraars hun beleid rondom bijcontractering niet gedurende het jaar, maar gelijk met het inkoopbeleid voor het komende jaar moeten publiceren. Verzekeraars moeten in hun beleid ook aangeven welke criteria zij hanteren voor bijcontracteren, zodat aanbieders in één keer hun aanvraag goed in kunnen dienen.

Ten slotte heeft de NZa op 1 augustus 2019 de nieuwe tarieven ggz bekend gemaakt<sup>5</sup>. Daarbij is aangegeven dat dit kostendekkende tarieven zijn en dat generieke afslagen hierbij niet goed passen. Generieke afslagen verhouden zich niet goed tot het aanpakken van wachttijdenproblematiek. We verwachten van zorgverzekeraars dat zij met zorgaanbieders vergoedingen afspreken die passen bij het zorgaanbod en de context waarbinnen de zorg geleverd wordt. Wij zullen dit kritisch volgen en waar nodig partijen aanspreken.

#### 2.4 Bedrijfsprocessen

Bij de meest zorgverzekeraars stuurt het management of de directie - op basis van periodieke informatie over de toegankelijkheid van zorg - op zorgbemiddeling en zorginkoop ten behoeve van de aanpak van wachttijden.

<sup>5</sup> <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/08/01/nza-stelt-nieuwe-tarieven-ggz-vast-na-uitgebreid-kostprijsonderzoek>

**Tabel 4. Ontwikkeling in bedrijfsprocessen**

Inzichtelijke bedrijfsprocessen		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten	2018										
	2019										
Overlegstructuur tussen zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling	2018										
	2019										

Evenals vorig jaar lijkt de samenwerking tussen de afdelingen zorginkoop en zorgbemiddeling over het algemeen goed. Zorgverzekeraars lijken bewust bezig te zijn om de samenwerking tussen deze afdelingen te optimaliseren. Zo zien we bijvoorbeeld dat de afdeling zorgbemiddeling de afdeling zorginkoop inschakelt bij een ingewikkelde bemiddelingscasus.

#### 2.5 Agenderen

Naar aanleiding van de controlebezoeken 2019 stellen we wederom vast dat zorgverzekeraars in hun kernwerkgebied samenwerken met (regionale) stakeholders zoals aanbieders, gemeenten en zorgkantoren om wachttijden in de ggz terug te dringen. De Wmo, de Jeugdwet, de Wlz en de Zvw dienen hierbij goed op elkaar afgestemd te worden. We constateren dat het besef en de wil er zijn maar de afstemming met gemeenten en andere partners soms nog moeizaam verloopt. We zien dat met name regionale zorgverzekeraars goed samenwerken met gemeenten in de regio.

**Tabel 5. Ontwikkeling in agenderen**

Inzichtelijke bedrijfsprocessen		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Samenwerken aan tijdigheid zorgaanbod	2018										
	2019										

# **3. Medisch-specialistische zorg**

# 3. Medisch-specialistische zorg

## 3.1 Inzicht in wachtproblematiek

Het inzicht van de zorgverzekeraars in de wachtlijstproblematiek in de medische specialistische zorg (msz) is ten opzichte van de vorige controlebezoeken verbeterd.

**Tabel 1. Ontwikkeling inzicht in wachtlijstproblematiek**

Inzicht in wachtlijstproblematiek		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Inzicht in wachttijden	2018										
	2019										
Monitoren	2018										
	2019										

Dit jaar zijn op dit thema bij tien zorgverzekeraars controlebezoeken afgelegd (vorig jaar zes). Alle zorgverzekeraars voldoen volledig aan de normen in het beoordelingskader. Daarmee laten zorgverzekeraars zien dat zij periodiek inzicht hebben in de wachttijden in hun kernwerkgebieden. In het bijzonder voor de diagnosegroepen met de langste wachttijden (zoals allergologie, MDL en oogheelkunde). Ook monitoren de zorgverzekeraars de ontwikkelingen structureel.

### Goed voorbeeld

Een zorgverzekeraar monitort de maandelijkse wachttijdgegevens van de ziekenhuizen in de kernwerkgebieden. Tevens worden maandelijks gegevens geactualiseerd voor de data buiten het kernwerkgebied van de zorgverzekeraar. Met het inzicht dat zij ook buiten het kernwerkgebied creëert en monitort zet deze zorgverzekeraar een extra stap als kleine regionale zorgverzekeraar.

## 3.2 Handelen richting verzekerden

Zoals uit tabel twee blijkt komt bij drie van de vier normen uit het beoordelingskader – evenals tijdens de vorige controlebezoeken – een positief beeld naar voren. Zo informeren alle zorgverzekeraars hun verzekerden via hun website en andere kanalen over de mogelijkheden van zorgbemiddeling. Ook met betrekking tot het bemiddelen naar zorg stellen we vast dat zorgverzekeraars bemiddelen en daarbij een duidelijke handleiding hanteren.

**Tabel 2. Ontwikkeling in handelen richting verzekerden**

Handelen richting verzekerden		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Informeren over zorgbemiddeling	2018										
	2019										
Bemiddelen naar zorg	2018										
	2019										
Meten resultaten zorgbemiddeling	2018										
	2019										
Registratie van bemiddelingsverzoeken	2018										
	2019										

Het meten van de resultaten van zorgbemiddeling blijft ook bij msz een aandachtspunt. Drie van de tien onderzochte zorgverzekeraars voldoen niet aan de norm uit het beoordelingskader. Hier ontbreekt dus het inzicht of verzekerden daadwerkelijk in zorg zijn genomen. De zorgverzekeraars die niet voldoen aan de norm toetsen bijvoorbeeld niet steekproefsgewijs of de verzekerden daadwerkelijk in zorg zijn genomen. Hiermee mist een zorgverzekeraar mogelijk relevante informatie die bemiddeling kan verbeteren.



### 3.3 Handelen richting zorgaanbieders

Bij de beoordeling van de ggz zagen we een aantal verbeteringen in het handelen richting zorgaanbieders ten opzichte van 2018. Die zien we ook in de msz, zij het in beperktere mate. Helaas stellen we opnieuw vast dat niet alle zorgverzekeraars concrete afspraken maken met zorgaanbieders. Indien er geen concrete afspraken zijn kunnen deze ook niet worden gemonitord. Dit roept de vraag op of de randvoorwaarden aanwezig zijn om samen met de aanbieders gericht aan vermindering van wachttijden te werken. Zo zien we bij een aantal zorgverzekeraars bijvoorbeeld nog geen expliciete afspraken met zorgaanbieders met lange wachtlijsten (voor allergologie, oogheelkunde, neurologie, reumatologie, neurochirurgie, revalidatiezorg, MDL, pijnbestrijding/anesthesiologie).

**Tabel 3. Ontwikkeling handelen richting zorgaanbieders<sup>6</sup>**

Handelen richting zorgaanbieders		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Concrete afspraken met zorgaanbieders in kernwerkgebied regio's	2018	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Voortgang afspraken monitoren	2018	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tijdige beslissing verzoeken omzetplafond	2018	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Positief is dat wij zowel in 2018 als in 2019 geen signalen hebben ontvangen over het niet tijdig nemen van een beslissing op een verzoek om een omzetplafond te verhogen.

<sup>6</sup> Voor ASR en ONVZ is voortgang afspraken monitoren niet gescoord, omdat het kader is aangepast.

### Goed voorbeeld

Een zorgverzekeraar is een taakstelling met reumatologen overeengekomen waarbij is afgesproken dat de reumatologen onder andere tot een praktische uitwerking van een provinciaal reumatologisch netwerk komen, waarin de triage/diagnostiek wordt gestroomlijnd/geüniformeerd en in nauwe samenwerking met de huisarts een taakverdeling plaatsvindt vanuit de gedachte van anderhalvelijnszorg.

### 3.4 Bedrijfsprocessen

Bij de meest zorgverzekeraars stuurt het management of de directie - op basis van periodieke informatie over de toegankelijkheid van zorg - op zorgbemiddeling en zorginkoop. Bij één zorgverzekeraar is niet gebleken dat vanuit het management actief gestuurd wordt. Het gaat om een zorgverzekeraar die in 2018 voor deze sector niet is beoordeeld.

**Tabel 4. Ontwikkeling in bedrijfsprocessen**

Inzichtelijke bedrijfsprocessen		VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten	2018	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Overlegstructuur tussen zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling	2018	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2019	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Bij alle zorgverzekeraars blijkt dat de zorgbemiddeling periodiek afstemt met de zorginkoop over eventuele knelpunten met betrekking tot wachttijden en mogelijke oplossingen. Dit gebeurt al dan niet in een structureel overleg.

# 4. Wijkverpleging

# 4. Wijkverpleging

## 4.1 Inzicht in de wachtproblematiek

Volgens de Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie moeten Aanbieders van casemanagement dementie (CMD) per 1 december 2018 wachttijden bijhouden en rapporteren. Ten tijde van de controlebezoeken in 2018 vonden zorgverzekeraars de wachtlijstregistratie voor CMD onvoldoende bruikbaar omdat deze ook cliënten registreerde zonder objectief vastgestelde zorgbehoefte en cliënten die nog geen zorg willen. Om die reden is in 2018 geen beoordeling gegeven van de mate van inzicht in de wachtlijstregistratie voor CMD.

**Tabel 1. Ontwikkeling inzicht in wachtlijstproblematiek<sup>7</sup>**

Inzicht in wachtlijstproblematiek		VGZ	CZ	Eno	Menzis	ZK	Z&Z
Inzicht in wachtlijstregistratie (CMD)	2018						
	2019						
Overlegt over voortgang van registratie en initieert waar nodig aanscherping	2018						
	2019						

Bovengenoemde Regeling ondervangt deze bezwaarpunten over de wachtlijstregistratie voor CMD. Bij de controlebezoeken in 2019 maken vijf van de zes onderzochte zorgverzekeraars ten minste per kwartaal gebruik van Vektis-data om inzicht te krijgen in wachtlijstregistratie voor CMD. De zorgverzekeraar die dit nog niet doet geeft aan hiermee op zeer korte termijn te zullen beginnen. De vijf verzekeraars die inzicht hebben in de Vektis-data overleggen deze periodiek met het dementienetwerk en sturen actief op de voortgang en aanscherping van de registratie.

<sup>7</sup> Voor de wijkverpleging hebben we 6 zorgverzekeraars beoordeeld.

Vijf van de zes zorgverzekeraars verplichten de aanbieder van wijkverpleging bovendien contractueel om zicht te houden op de wachttijden.

## 4.2 Handelen richting verzekerden

Vier van de zes op dit punt onderzochte zorgverzekeraars vermelden expliciet de mogelijkheid van zorgbemiddeling voor wijkverpleging op hun website. Daar zijn ook contactgegevens te vinden. De twee andere zorgverzekeraars vermelden de mogelijkheid voor zorgbemiddeling voor de wijkverpleging niet of onduidelijk op zijn website. Tijdens de controlebezoeken 2018 informeerde slechts één van de zorgverzekeraars over de mogelijkheden van zorgbemiddeling op de website.

**Tabel 2. Ontwikkeling in handelen richting verzekerden**

Handelen richting verzekerden		VGZ	CZ	Eno	Menzis	ZK	Z&Z
Informeren over zorgbemiddeling	2018						
	2019						
Bemiddelen naar zorg	2018						
	2019						
Meten resultaten zorgbemiddeling	2018						
	2019						
Registratie van bemiddelingsverzoeken	2018						
	2019						

Uit de onderzochte dossiers blijkt dat vier van de zes zorgverzekeraars in alle onderzochte dossier met succes hadden bemiddeld (of konden aantonen dat er sprake was van overmacht). Bij twee zorgverzekeraars bleek dat zij elk in één van de onderzochte dossiers de bemiddeling niet hadden overgenomen terwijl hiertoe aanleiding was. Bij één van deze zorgverzekeraars bleek de handleiding voor zorgbemiddeling onvoldoende toegesneden op de wijkverpleging.

In 2018 werden de resultaten van de zorgbemiddeling (bijvoorbeeld door steekproefsgewijze toetsing) nog door geen van de zes onderzochte zorgverzekeraars gemeten. Nu bellen vier van de zes onderzochte zorgverzekeraars systematisch na bij de bemiddelde cliënten of zij daadwerkelijk in zorg zijn genomen. De twee anderen doen dat nog niet.

### Goede voorbeelden

Een zorgverzekeraar voert vanaf het tweede kwartaal 2019 een pilot waarin iedereen die een bemiddelingsadvies heeft gekregen binnen één week wordt teruggebeld. Aangegeven wordt dat de bemiddelde verzekerden dit zeer op prijs stellen.

Twee andere zorgverzekeraar bemiddelen in alle onderzochte cases de cliënt met veel inzet en soms na meer dan vijf pogingen naar een geschikte aanbieder en/of houden contact met de verwijzer als dit (nog) niet lukt. Zij gaan na de bemiddeling op gestructureerde wijze na of de cliënt daadwerkelijk in zorg is van de betreffende aanbieder en leggen dit vast. Zij leggen op hun website duidelijk uit dat de cliënt hen om bemiddeling kan vragen voor wijkverpleging.

### 4.3 Handelen richting zorgaanbieders

Het beoordelingskader bestaat voor de wijkverpleging op dit onderdeel uit zeven punten. We gaan hierna in op de punten die wat ons betreft nog aandacht behoeven (zie tabel drie voor de ontwikkeling van de beoordelingen op dit onderdeel).

#### *Afspraken om wachttijden zoveel mogelijk te voorkomen*

We hebben net als in 2018 getoetst of zorgverzekeraars afspraken maken 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. In 2018 constateerden we dat drie van de vier onderzochte zorgverzekeraars hieraan onvoldoende invulling hadden gegeven. We zien een wisselend beeld.

Twee van de zes zorgverzekeraars geven duidelijk aan wat de aanbieder bij het bereiken van het omzetplafond te doen staat. Drie andere zorgverzekeraars zijn hierin onvoldoende duidelijk. Hierdoor wordt de cliënt mogelijk om budgettaire redenen door zorgaanbieders geweigerd en het zoekproces van de verwijzers bemoeilijkt. Bij de zesde zorgverzekeraar speelt dit probleem niet omdat er geen plafonds worden gehanteerd.

**Tabel 3. Ontwikkeling handelen richting zorgaanbieders**

Handelen richting zorgaanbieders		VGZ	CZ	Eno	Menzi s	ZK	Z&Z
Afspraken zorgaanbieders om elders in regio zorg te organiseren of verwijzen	2018						
	2019						
Controleert of binnen tijdigheidsnormen wordt geplaatst / doorbemiddeld	2018						
	2019						
Zorgt voor efficiënte organisatie van specialistische en on-planbare zorg	2018						
	2019						
Afspraken doelmatige inzet personeel met aanbieders	2018						
	2019						
Streeft naar volledige dekking door dementienetwerken	2018						
	2019						
Controle palliatief terminale thuiszorg	2018						
	2019						
Tijdige beslissing verzoeken om omzetplafond verhogen	2018						
	2019						

Alle zes zorgverzekeraars bespreken eventuele wachtproblematiek en stellen zich op de hoogte van de benodigde en beschikbare formatie van casemanagers in dementieregio's die om aandacht vragen.

### Goed voorbeeld

Een zorgverzekeraar legt in zijn inkoopdocumenten uit wat aanbieders moeten doen als zij hun omzetplafond bereiken. Ze mogen een stop instellen en iedere nieuwe cliënt naar Zorgbemiddeling verwijzen, mits zij aantoonbaar doelmatig werken en met de zorgverzekeraar deze stop overeengekomen zijn. Er worden ook overeenkomsten met aanbieders gesloten die bijcontractering tot een bepaald niveau kunnen aanvragen en dan blijven doorleveren aan nieuwe cliënten, mist de personeelscapaciteit dit toelaat.

#### *Efficiënte organisatie van specialistische en on-planbare zorg*

Uit de controlebezoeken blijkt een positieve ontwikkeling ten opzichte van 2018. De onderzochte zorgverzekeraars spannen zich allen in om de nachtzorg in hun kernwerkgebied goed te beleggen. Wij constateren dat zij de uitvoering van deze afspraken nog wel zullen moeten toetsen.

### Goed voorbeeld

Een zorgverzekeraar verlangt van alle zorgaanbieders samenwerking met andere aanbieders van wijkverpleging, huisartsposten, spoedeisende hulp en meldkamer, voor triage en doorgeleiding van aanvragen voor nachtzorg. Zo nodig wordt hiervoor een plan van aanpak opgevraagd.

#### *Tijdige beslissing op verzoeken om omzetplafond te verhogen*

In vergelijking met 2018 hebben wij dit punt uit het beoordelingskader meer specifiek onderzocht op contractuele afspraken. In onze monitor Contractering wijkverpleging 2019 vragen wij zorgverzekeraars om duidelijke afspraken te maken over de termijn van indiening, beslistermijn en de voorwaarden voor eventuele verhoging van het omzetplafond. Vijf van de zes onderzochte zorgverzekeraars werken met omzetplafonds voor een deel van hun gecontracteerde aanbieders. Geen van hen beschrijft in zijn inkoopdocumenten de voorwaarden voor noch de beslistermijn op een verzoek tot verhoging van het plafond. Ook de tijdstippen waarop de aanbieder het vollopen van het omzetplafond moet melden en mogelijkheden tot verhoging worden niet altijd duidelijk uitgelegd.

## 4.4 Bedrijfsprocessen

Evenals in 2018 stelt het management zich bij alle onderzochte zorgverzekeraars periodiek op de hoogte van de resultaten van

de zorgbemiddeling en leggen zij ook een link met de zorginkoop. We zien ook dat het management de input van zorgbemiddeling betreft om concrete maatregelen te nemen. Ook hebben nu alle zorgverzekeraars op operationeel niveau een duidelijke overlegstructuur waarin de resultaten van de zorgbemiddeling en de zorginkoop samenkomen.

**Tabel 4. Ontwikkeling in bedrijfsprocessen**

Bedrijfsprocessen		VGZ	CZ	Eno	Menzis	ZK	Z&Z
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten	2018						
	2019						
Overlegstructuur tussen zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling	2018						
	2019						

## 4.5 Agenderen

Naar aanleiding van de controlebezoeken 2019 stellen we wederom vast dat zorgverzekeraars in hun kernwerkgebied samenwerken met (regionale) zorgaanbieders en gemeenten. De onderzochte zorgverzekeraars staan open voor dialoog en samenwerking met gemeenten. Ook stimuleren de onderzochte zorgverzekeraars een goede doorstroming van de juiste cliënten naar de wijkverpleging via de indicatiestelling. Zo wordt de indicatiestelling besproken met zorgaanbieders. Bijvoorbeeld periodiek met elke aanbieder, of bij twijfel aan de rechtmatigheid van de indicatiestelling.

**Tabel 5. Ontwikkeling in agenderen**

Agenderen		VGZ	CZ	Eno	Menzis	ZK	Z&Z
Werkt samen aan de beschikbaarheid en tijdigheid van zorgaanbod	2018						
	2019						
Stimuleert goede doorstroming van cliënten naar wijkverpleging via de indicatiestelling	2018						
	2019						

# Bijlagen

# Bijlagen

## Bijlage 1. Beoordelingskader

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Dat is de verplichting ervoor te zorgen dat een verzekerde de zorg, of vergoeding van de kosten van zorg of desgevraagd zorgbemiddeling, krijgt waar hij behoefte aan en wettelijk aanspraak op heeft.

Zorgplicht is een open norm. Met het oog op het verminderen van wachttijden hebben we deze open norm verder ingevuld in de vorm van een beoordelingskader. Dit kader hanteren wij bij de beoordeling van de inzet van zorgverzekeraars tot het verminderen van wachttijden. Het verduidelijkt tevens wat de NZa van zorgverzekeraars verwacht.

Het beoordelingskader bestaat uit vijf hoofdpunten. Omdat de sectoren verschillen, zijn deze vijf hoofdpunten per sector nader ingekleurd. Bij de controles hebben we gekeken in hoeverre de zorgverzekeraars aan de punten uit het beoordelingskader voldoen. Als zij hieraan niet voldeden, is dat een aandachtspunt voor hen om op te pakken.

### *Wijkverpleging*

#### Inzicht in wachtlijstproblematiek

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.

#### 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.

#### 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 ten minste 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.

#### Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- Heeft een management 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 zorginkoop en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.

#### 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.

#### *Medisch-specialistische zorg*

##### 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) oogheelkunde, 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) oogheelkunde, 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.

##### 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.

#### 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 ten minste 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.

#### Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- Heeft een management 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 zorginkoop en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.

#### *Geestelijke gezondheidszorg*

##### 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 ('problemdiagnoses'): 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 ('problemdiagnoses'): 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.

##### 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.

#### 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 ten minste 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.

#### Bedrijfsprocessen

De zorgverzekeraar:

- Heeft een 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 zorginkoop en zorgbemiddeling. Individuele cases, periodieke uitkomsten en onderlinge verbeterafspraken zijn hierin duidelijk belegd.

#### 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.

Tabel 1. Beoordelingen 2018 ggz

	VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Inzicht in wachttijden	Red	Red	Green	Green	Red	Green	Red	Red	Green	Green
Monitoren	Red	Red	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Red
Informereren over zorgbemiddeling	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Bemiddelen naar zorg	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Meten resultaten zorgbemiddeling	Red	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Yellow	Red	Red
Registratie van bemiddelingsverzoeken	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green
Concrete afspraken met zorgaanbieders in kernwerkgebied regio's	Green	Green	Red	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red
Voortgang afspraken monitoren	Red	Red	Red	Green	Red	Red	Green	Green	Red	Green
Tijdige beslissing verzoeken omzetplafond	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Overlegstructuur zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Samenwerken aan tijdig zorgaanbod	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green

Tabel 2. Beoordelingen 2019 ggz

	VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Inzicht in wachttijden	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Monitoren	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Informereren over zorgbemiddeling	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Bemiddelen naar zorg	Green	Green	Yellow	Green	Green	Red	Green	Green	Green	Green
Meten resultaten zorgbemiddeling	Red	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green
Registratie van bemiddelingsverzoeken	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Concrete afspraken met zorgaanbieders in kernwerkgebied regio's	Yellow	Red	Red	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green
Voortgang afspraken monitoren	Green	White	Red	Green	Yellow	Green	Green	White	Green	Green
Tijdige beslissing verzoeken omzetplafond	White	White	White	White	White	White	White	White	White	White
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Overlegstructuur zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
Samenwerken aan tijdig zorgaanbod	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green

Toelichting: op de witte vakken heeft geen beoordeling plaatsgevonden. We geven dit jaar geen oordeel over de tijdigheid van beslissingen op verzoeken om een omzetplafond te verhogen. Hier wordt naar aanleiding van de Monitor Contractering ggz 2019 nog nader onderzoek naar gedaan en we onthouden ons om die reden van een individueel oordeel per verzekeraar.

Tabel 3. Beoordelingen 2018 msz

	VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Inzicht in wachttijden	■		■		■	■			■	■
Monitoren	■		■		■	■			■	■
Informereren over zorgbemiddeling	■		■		■	■			■	■
Bemiddelen naar zorg	■		■		■	■			■	■
Meten resultaten zorgbemiddeling	■		■		■	■			■	■
Registratie van bemiddelingsverzoeken	■		■		■	■			■	■
Concrete afspraken met zorgaanbieders in kernwerkgebied regio's			■		■	■			■	■
Voortgang afspraken monitoren	■		■		■	■			■	■
Tijdige beslissing verzoeken omzetplafond	■		■		■	■			■	■
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten	■		■		■	■			■	■
Overlegstructuur tussen zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling	■		■		■	■			■	■

Tabel 4. Beoordelingen 2019 msz

	VGZ	ASR	CZ	DFL	DSW	Eno	Menzis	ONVZ	ZK	Z&Z
Inzicht in wachttijden	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoren	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Informereren over zorgbemiddeling	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Bemiddelen naar zorg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Meten resultaten zorgbemiddeling	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Registratie van bemiddelingsverzoeken	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Concrete afspraken met zorgaanbieders in kernwerkgebied regio's	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Voortgang afspraken monitoren	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tijdige beslissing verzoeken omzetplafond	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Overlegstructuur tussen zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Toelichting: op de witte vakken heeft geen beoordeling plaatsgevonden. In 2018 zijn bij zes zorgverzekeraars controlebezoeken afgelegd voor de msz.

## Bijlage 4. Samenvatting beoordelingen wijkverpleging 2018-2019

### Tabel 5. Beoordelingen 2018 wijkverpleging

	VGZ	CZ	Eno	Menzis	ZK	Z&Z
Inzicht in wachtlijstregistratie (CMD)						
Overlegt over voortgang van registratie en initieert waar nodig aanscherping						
Informereren over zorgbemiddeling						
Bemiddelen naar zorg						
Metten resultaten zorgbemiddeling						
Registratie van bemiddelingsverzoeken						
Afspraken met zorgaanbieders om elders in de regio zorg te organiseren of verwijzen						
Spreekt af hoe hij wordt gecontroleerd of binnen tijdigheidsnormen wordt geplaatst / doorbemiddeld						
Zorgt voor efficiënte organisatie van specialistische en onplanbare zorg						
Maakt afspraken over voormatige inzet van personeel met aanbieders						
Streeft naar volledige dekking door dementienetwerken						
Controleert of palliatief terminale thuiszorg tijdig verleend wordt						
Tijdige beslissing op verzoeken om omzetplafond te verhogen						
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten						
Overlegstructuur tussen zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling						
Werkt samen aan de beschikbaarheid en tijdigheid van zorgaanbod						
Stimuleert goede doorstroming van cliënten naar wijkverpleging via de indicatiestelling						

### Tabel 6. Beoordelingen 2019 wijkverpleging

	VGZ	CZ	Eno	Menzis	ZK	Z&Z
Inzicht in wachtlijstregistratie (CMD)						
Overlegt over voortgang van registratie en initieert waar nodig aanscherping						
Informereren over zorgbemiddeling						
Bemiddelen naar zorg						
Metten resultaten zorgbemiddeling						
Registratie van bemiddelingsverzoeken						
Afspraken met zorgaanbieders om elders in de regio zorg te organiseren of verwijzen						
Spreekt af hoe hij wordt gecontroleerd of binnen tijdigheidsnormen wordt geplaatst / doorbemiddeld						
Zorgt voor efficiënte organisatie van specialistische en onplanbare zorg						
Maakt afspraken over voormatige inzet van personeel met aanbieders						
Streeft naar volledige dekking door dementienetwerken						
Controleert of palliatief terminale thuiszorg tijdig verleend wordt						
Tijdige beslissing op verzoeken om omzetplafond te verhogen						
Management stuurt op het behalen en inzichtelijk maken van resultaten						
Overlegstructuur tussen zorg(inkoop)beleid en zorgbemiddeling						
Werkt samen aan de beschikbaarheid en tijdigheid van zorgaanbod						
Stimuleert goede doorstroming van cliënten naar wijkverpleging via de indicatiestelling						

Toelichting: In 2018 zijn bij vier zorgverzekeraars controlebezoeken afgelegd voor de wijkverpleging. Dit jaar bij zes zorgverzekeraars.

