

## REGELING NR/CU-557

### Regeling publicatie wachttijden GGZ

Ingevolge de artikelen 38, leden 4 en 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van de informatievoorziening van zorgaanbieders.

#### Artikel 1. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die geestelijke gezondheidszorg (GGZ) leveren als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgaanbieders die enkel crisis GGZ leveren vallen niet onder de reikwijdte van deze regeling.

#### Artikel 2. Doel

Deze regeling beoogt de beschikbaarheid van keuze-informatie voor de patiënt en de verwijzer te vergroten door het publiceren van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg.

#### Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. Zorgaanbieder: de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 van deze regeling.

Waar in deze regeling wordt gesproken van zorgaanbieder wordt tevens bedoeld op degene die een administratie voert als bedoeld in artikel 44, van de Wmg.

- b. Actuele situatie: de derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak.
- c. Retrospectieve wachttijd: de gemiddelde gerealiseerde wachttijd van de laatste twee maanden.
- d. Aanmeldingswachttijd: het aantal weken tussen het moment dat een patiënt of verwijzer een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek, tot het moment dat de patiënt hiervoor bij de zorgaanbieder terecht kan. Voor de bepaling van de aanmeldingswachttijd wordt gekozen voor de actuele situatie.
- e. Behandelingswachttijd: het aantal weken tussen de intake en de start van de behandeling. De behandelingswachttijd is de retrospectieve wachttijd van de laatste twee maanden voor alle behandelingen bij de vestigingslocatie(s) van de zorgaanbieder.
- f. Vestigingslocatie: locatie waar geestelijke gezondheidszorg wordt geleverd.
- g. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, behalve de generalistische basis-GGZ en crisis GGZ. Dit omvat behandeling al dan niet gepaard met verblijf.

- h. Generalistische basis-GGZ: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.
- i. Hoofddiagnosegroep: DSM-IV diagnosetyperingen zijn ingedeeld in 14 hoofddiagnosegroepen; aandachtstekort-en gedrag, pervasief, overige kindertijd, delirium dementie en overig, alcohol, overige aan een middel, schizofrenie, depressie, bipolair en overig, angst, restgroep diagnoses, persoonlijkheid, somatoforme & eetstoornis. Wanneer in deze regeling verwezen wordt naar de hoofddiagnosegroep wordt de gestelde werkdiagnose bedoeld.
- j. Treeknorm: de maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar deze tijdigheidsnorm te borgen voor zijn verzekerden.<sup>1</sup>

**Kenmerk**  
NR/CU-557

**Pagina**  
2 van 7

#### **Artikel 4. Verplichtingen**

1. De zorgaanbieder publiceert voor iedere vestigingslocatie de volgende informatie op zijn website<sup>2</sup>:
  - a. De aanmeldingswachttijd.
  - b. De behandelingswachttijd, indien hier sprake van is. Als de zorgaanbieder (ook) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg levert en voor de behandeling van (een) bepaalde hoofddiagnosegroep(en) een langere wachttijd is dan de wachttijd voor behandeling van de overige hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert, dan moet dit expliciet vermeld worden. Als er géén sprake is van een behandelingswachttijd of als de behandelingswachttijd voor de hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert niet onderling verschilt, dan moet dit expliciet vermeld worden.
  - c. Een uitleg wanneer wachttijden mede afhankelijk zijn van de zorgverzekeraar waar de patiënt verzekerd is. Indien dit het geval is dan wordt de wachttijd voor patiënten van die betreffende zorgverzekeraar vermeld. Dit geldt voor zowel de aanmeldingswachttijd als de behandelingswachttijd. Als de wachttijd niet afhankelijk is van waar de patiënt verzekerd is, dan moet dit expliciet vermeld worden.
  - d. De datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden.
  - e. De volgende tekst: "Wanneer u de wachttijd te lang vindt, kunt u altijd contact opnemen met de zorgaanbieder, of uw zorgverzekeraar vragen om wachtlijstbemiddeling. Uw zorgverzekeraar kan u ondersteunen, zodat u binnen 4 weken vanaf uw eerste contact met een zorgaanbieder een intake gesprek krijgt, en dat binnen 10 weken vanaf de intake, de behandeling is gestart. Dit zijn de maximaal aanvaardbare wachttijden die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk zijn overeengekomen (de treeknormen)."
2. Voor publicatie van de wachttijden worden deze omgerekend naar hele weken door naar boven af te ronden.
3. Het is toegestaan om de wachttijden van vestigingslocaties te clusteren tot een enkele wachttijd wanneer verschillende vestigingslocaties zich bevinden binnen één gemeente (of deelgemeente) of wanneer vestigingslocaties van een aanbieder zich in verschillende gemeentes,

<sup>1</sup> Zie hierover 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars ZVW' (TH/BR-018).

<sup>2</sup> Zie voor een schematische weergave de tabel in de toelichting.

maar op maximaal tien kilometer afstand van elkaar bevinden.

4. De gegevens op de website moeten minimaal 1 keer per maand worden geactualiseerd tussen de eerste en de tiende dag van de maand.

**Kenmerk**  
NR/CU-557

**Pagina**  
3 van 7

#### **Artikel 5. Alternatief medium**

Wanneer de zorgaanbieder geen website heeft of de patiënt of verwijzer geen toegang heeft tot internet en contact opneemt met de zorgaanbieder, wordt de wachttijd-informatie zoals opgenomen in artikel 4 direct mondeling of schriftelijk verstrekt.

#### **Artikel 6. Intrekking oude regeling**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'publicatie wachttijden ambulante tweedelijns GGZ', met kenmerk GG/NR 100.106, ingetrokken.

#### **Artikel 7. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 april 2016. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling publicatie wachttijden geestelijke gezondheidszorg'.

Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw  
voorzitter Raad van Bestuur

## TOELICHTING

Vanaf 2010 zijn zorgaanbieders binnen de ambulante gespecialiseerde GGZ verplicht wachttijden op hun website te plaatsen. Deze regeling is destijds tot stand gekomen op basis van definities en afspraken gemaakt in de 'Werkgroep Wachttijden', waarin GGZ Nederland, LPGGZ, VWS, RIVM, ZN, NVZ, NFU, OMS en NZa vertegenwoordigd waren. Het hoofddoel van de regeling is de beschikbaarheid van keuze-informatie voor de patiënt en de verwijzer. Als iedere zorgaanbieder de wachttijden op eenzelfde wijze berekent en publiceert, zijn deze transparant en onderling vergelijkbaar voor de patiënt. In deze regeling is de verplichting uitgebreid naar zorgaanbieders die basis GGZ en intramurale GGZ leveren, zodat de patiënt, ongeacht in welke sector hij/zij geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen, inzicht heeft in de wachttijden. Daarnaast is de wijze van differentiëren gewijzigd, omdat de oude regeling hiervoor achterhaald was. Met deze regeling wordt de zorgaanbieder ook verplicht algemene informatie, ter aanvulling op de keuze-informatie voor de patiënt en verwijzer, op zijn website te plaatsen. Hierna volgt een artikelsgewijze toelichting.

**Kenmerk**  
NR/CU-557

**Pagina**  
4 van 7

### *Artikelsgewijs*

#### *Artikel 1*

Alle zorgaanbieders die geestelijke gezondheidszorg leveren moeten hun wachttijden op hun website publiceren volgens vaste, landelijke definities. De verplichting geldt zowel voor alle zorgaanbieders die ambulante of intramurale GGZ leveren, als voor alle zorgaanbieders die gespecialiseerde GGZ en/of basis GGZ leveren. Deze regeling is niet van toepassing op de crisis GGZ.

#### *Artikel 2*

Het doel van deze regeling is dat zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg hun wachttijden en algemene informatie over treeknormen en wachtlijstbemiddeling op een transparante wijze openbaar maken, om de keuze-informatie voor patiënten en verwijzers te vergroten.

#### *Artikel 3*

Bij de wachttijdpublicatie wordt onderscheid gemaakt tussen aanmeldingswachttijd en behandelingswachttijd. De aanmeldingswachttijd is de wachttijd van het moment dat de patiënt contact opneemt met de zorgaanbieder voor een afspraak en de datum dat de intake plaatsvindt. Deze wachttijd moet actueel zijn. Dit houdt in dat de zorgaanbieder deze berekent aan de hand van het afsprakenregister. De zorgaanbieder moet zich bij de berekening dus de vraag stellen: "Als er nu een patiënt belt, wanneer kan deze dan terecht?". De zorgaanbieder kiest dan niet de eerste mogelijkheid in de agenda, maar de derde mogelijkheid. De zorgaanbieder kiest de derde mogelijkheid om eventuele toevalstreffers, die een realistische wachttijd kunnen beïnvloeden (zoals onverwachte afzegging van een afspraak), te voorkomen.

De behandelingswachttijd is de wachttijd vanaf het moment van intake tot aan de start van de behandeling. Dit is voor alle behandelingen van de zorgaanbieder een gemiddelde van de afgelopen twee maanden. De behandelingswachttijd wordt alleen vermeld als hier sprake van is. Indien de zorgaanbieder (ook) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg levert en de wachttijden voor de behandeling van de hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert onderling verschilt moet dit worden vermeld. Hierbij is van belang dat in deze regeling met hoofddiagnosegroep van de patiënt de gestelde werkdiagnose wordt bedoeld. Reden voor deze nuancering is dat

gedurende het zorgtraject de diagnose van de patiënt bijgesteld kan worden. Zie hiervoor ook de toelichting bij artikel 4 lid 1 sub b.

**Kenmerk**  
NR/CU-557

**Pagina**  
5 van 7

De daadwerkelijk gerealiseerde wachttijd kan voor een individuele patiënt anders uitpakken dan gepubliceerd. Er kunnen zich gebeurtenissen of omstandigheden voordoen die de wachttijd doen oplopen of verminderen. De gepubliceerde wachttijd is dan ook niet meer dan een zo realistisch mogelijke indicatie voor de patiënt hoe lang hij naar verwachting op de intake of behandeling zal moeten wachten.

#### *Artikel 4*

##### *Lid 1*

In het eerste lid van dit artikel worden de elementen genoemd die de zorgaanbieder verplicht is te publiceren op de website. Deze elementen bestaan uit de wachttijdinformatie van de betreffende zorgaanbieder, algemene informatie over de treeknormen en de mogelijkheid tot wachttijstbemiddeling. Tabel 1 geeft een schematisch overzicht van de verplichtingen die volgen uit sub a t/m c. De wijze waarop de wachttijdinformatie wordt vormgegeven, is vrij voor de zorgaanbieder. Dit kan bijvoorbeeld in een tabel of schema, zolang alle verplichte elementen uit deze regeling worden gepubliceerd. De zorgaanbieder is ook vrij om meer uitleg of informatie over de wachttijden te publiceren.

De regeling sluit niet uit dat een zorgaanbieder de wachttijdinformatie niet publiceert op de eigen website, maar op die van een andere organisatie, bijvoorbeeld op de website van een organisatie waarbij de zorgaanbieder is aangesloten. De zorgaanbieder moet in zo'n geval op de eigen website vermelden dat de informatie over de wachttijden op de site van die andere organisatie te vinden is, bijvoorbeeld door het opnemen van een link. Ook de via een andere website gepubliceerde wachttijdinformatie moet aan deze regeling voldoen. De zorgaanbieder blijft daarvoor zelf verantwoordelijk.

##### *Sub a*

Iedere zorgaanbieder moet de aanmeldingswachttijd op de website vermelden. De wijze waarop deze aanmeldingswachttijd berekend wordt, staat vermeld onder de toelichting bij artikel 3. Indien deze wachttijd mede afhankelijk is van waar de patiënt verzekerd is, dan moet dit worden vermeld (zie hiervoor ook art. 4 lid 1 sub c).

##### *Sub b*

Indien er na de intake nog een wachttijd is voordat de behandeling van de patiënt kan starten, moet deze wachttijd worden vermeld. Is er *geen* behandelingswachttijd dan moet dit expliciet op de website te worden vermeld.

Voor een zorgaanbieder die (ook) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg levert geldt daarnaast nog het volgende: als de wachttijd voor behandeling van een specifieke hoofddiagnosegroep verschilt met de wachttijd voor behandeling van de andere hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert, dan moet de zorgaanbieder de wachttijd voor die specifieke hoofddiagnosegroep ook vermelden.<sup>3</sup> Er is sprake van een verschil als de wachttijd voor een behandeling van een hoofddiagnosegroep

---

<sup>3</sup> Voorbeeld: een zorgaanbieder in de gespecialiseerde GGZ behandelt alle hoofddiagnosegroepen en heeft een gemiddelde behandelingswachttijd van 12 weken, maar voor de behandeling van depressie is de behandelingswachttijd iets langer, namelijk 13 weken. De zorgaanbieder vermeldt dan: 'de gemiddelde behandelingswachttijd bedraagt 12 weken. Voor de behandeling van depressie is de behandelingswachttijd 13 weken'.

minimaal één week langer is dan de wachttijd voor de andere hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert. Is er *geen* verschil tussen de behandelingswachttijd van hoofddiagnosegroepen dan moet dit expliciet op de website worden vermeld.

**Kenmerk**  
NR/CU-557

**Pagina**  
6 van 7

Ook voor de behandelingswachttijd geldt dat als deze wachttijd mede afhankelijk is van waar de patiënt is verzekerd, dan moet dit expliciet worden vermeld (zie hiervoor ook art. 4 lid 1 sub c).

#### *Sub c*

Indien de wachttijd mede afhankelijk is van waar de patiënt verzekerd is, dan moet dit worden vermeld. De situatie kan zich voordoen dat een patiënt van zorgverzekeraar X langer moet wachten dan een patiënt van zorgverzekeraar Y. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat het omzetplafond voor die zorgverzekeraar is bereikt. Een zorgaanbieder heeft veelal met meerdere zorgverzekeraars contractafspraken gemaakt. Als de wachttijd voor patiënten van een bepaalde zorgverzekeraar minimaal één week verschilt met de wachttijd voor patiënten van de andere zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder een contract heeft dan moet dit vermeld worden op de website. Ook als de zorgaanbieder geen patiënten van bepaalde zorgverzekeraars (meer) aanneemt moet dit worden vermeld. De zorgaanbieder moet daarnaast vermelden dat deze specifieke patiënten contact op kunnen nemen met de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar voor eventuele vragen en andere behandelmogelijkheden.

Wanneer de wachttijd niet afhankelijk is van waar de patiënt is verzekerd, moet de zorgaanbieder dit expliciet vermelden.

**Tabel 1. Schematisch overzicht – wachttijden publicatie**

<b>Type wachttijd</b>	<b>Vermelden indien:</b>	<b>Differentiatie verplicht indien:</b>
Aanmeldwachttijd (uitgedrukt in weken)	Altijd	Als de aanmeldwachttijd, tussen zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder een contract heeft, onderling verschilt dan moet dit vermeld worden. <u>Anders expliciet vermelden:</u> de aanmeldwachttijd is niet afhankelijk van waar de patiënt is verzekerd.
Behandelingswachttijd (uitgedrukt in weken)	Indien de zorgaanbieder <i>geen</i> behandelingswachttijd heeft, moet dit expliciet worden vermeld.	N.v.t.
	Indien de zorgaanbieder <i>wel</i> een behandelingswachttijd heeft moet deze vermeldt worden op de website.	Als de zorgaanbieder (ook) gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg levert én de wachttijden voor de behandeling van de hoofddiagnosegroepen die de zorgaanbieder levert onderling verschilt, dan moet ook de wachttijd voor die specifieke hoofddiagnosegroep vermeld worden. <u>Anders expliciet vermelden:</u> de behandelingswachttijd verschilt niet tussen hoofddiagnosegroepen.
		Als de behandelingswachttijd, tussen zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder een contract heeft, onderling verschilt dan moet dit vermeld worden. <u>Anders expliciet vermelden:</u> de aanmeldwachttijd is niet afhankelijk van waar de patiënt is verzekerd.

*Sub e*

De zorgaanbieder is verplicht om op de website waar de wachttijden gepubliceerd worden, te vermelden dat de patiënt eventueel contact op kan nemen met de zorgaanbieder, of de zorgverzekeraar kan vragen om wachtlijstbemiddeling. Wachtlijstbemiddeling is een taak van de zorgverzekeraar waar patiënten niet altijd van op de hoogte zijn.

De tekst die de zorgaanbieder moet plaatsen op de website is opgenomen in sub e. Hierin wordt ook verwezen naar de treeknormen in de GGZ. Om voor de patiënt te kunnen afwegen of een wachttijd kort of lang is, moet er een ijkpunt zijn van wat aanvaardbaar is. Hiervoor zijn in de GGZ de treeknormen opgesteld. Dit is een tijdigheidsnorm voor zorgverzekeraars waarbinnen de patiënten hun zorg moeten krijgen. Patiënten kunnen zelf kiezen om langer te wachten wanneer zij naar een specifieke aanbieder willen, maar de verzekeraars zijn verplicht de patiënt de mogelijkheid te bieden binnen de treeknorm zorg te krijgen. Het publiceren van de informatie over de treeknormen en wachtlijstbemiddeling draagt bij aan de keuze-informatie van de patiënt. Hiermee kan de patiënt de gepubliceerde wachttijden beter op waarde schatten.

*Artikel 5*

Wachttijdinformatie, zoals bedoeld in artikel 4 van deze regeling moet aan de patiënt kenbaar gemaakt worden. Dit geldt ook als deze informatie wel op de website staat maar de patiënt op een andere manier met de zorgaanbieder contact opneemt. Ook in die gevallen moet de wachttijdinformatie, zoals beschreven in artikel 4 van deze regeling, direct mondeling of schriftelijk worden verstrekt.

De NZa ziet toe op de naleving van deze regeling. De wachttijdpublicatie impliceert dat de zorgaanbieder zijn administratie, zoals bijvoorbeeld het afsprakenregister, goed bijhoudt en bewaart, zodat de wachttijden juist berekend kunnen worden. Wanneer dit nodig is voor het toezicht, kan de NZa deze administratie of andere bronbestanden op basis waarvan de wachttijdberekening is uitgevoerd opvragen bij de zorgaanbieder.