



Regeling Wachttijden en wachttijdbemiddeling medisch specialistische zorg

Vastgesteld op 26 september 2017
REGELING NR/REG-1823

Gelet op artikel 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 wachttijden en wachttijdbemiddeling voor electieve medisch specialistische zorg.

Artikel 1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

a. *Wachttijd polikliniek:*

Het aantal dagen tussen het moment dat een patiënt een afspraak maakt voor de polikliniek tot het moment dat de patiënt terecht kan.

Hierbij wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister op het moment dat de patiënt de afspraak maakt.

b. *Wachttijd behandeling:*

De wachttijd voor één dbc-zorgproduct is de tijd (in dagen) tussen het ordermoment en het uitvoeren van de behandeling binnen dat subtraject, getypeerd door de kenmerkende zorgactiviteiten.

c. *Wachttijd diagnostiek:*

Het aantal dagen tussen het moment dat de patiënt van buiten de instelling een afspraak maakt voor gebruik van een diagnostische techniek tot het moment van toepassing van de diagnostiek. Hierbij wordt gekozen voor de derde mogelijkheid in het afsprakenregister in de actuele situatie.

d. *Vestigingslocatie:*

Locatie waar medisch specialistische zorg of diensten geleverd worden.

e. *Actuele situatie:*

De derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak.

f. *Retrospectieve wachttijden:*

De gemiddelde effectieve wachttijd van de laatste drie maanden.

g. *dbc-zorgproduct:*

Een dbc-zorgproduct is een declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten via de beslisbomen. Een subtraject leidt in combinatie met de geleverde zorgactiviteiten tot een declarabel dbc-zorgproduct als het voldoet aan de voorwaarden van de beslisbomen.

h. *Subtraject:*

Een afgebakende periode binnen het zorgtraject van de patiënt die op een vooraf bepaald moment wordt afgesloten. Dat moment wordt bepaald door de sluitregels in het hoofdstuk 'Registreren' van de regeling medisch specialistische zorg. Een subtraject kan door een grouper worden afgeleid tot een (dbc-)zorgproduct of een uitvalproduct.

i. *Kenmerkende zorgactiviteiten:*

Zorgactiviteiten die bepalen of een dbc-zorgproduct meegenomen moet worden bij de bepaling van de wachttijd voor een bepaalde behandeling. In bijlage 2¹ is een overzicht van de kenmerkende zorgactiviteiten opgenomen.

j. *Ordermoment:*

De datum waarop patiënt en arts besluiten dat een behandeling (gedefinieerd aan de hand van de kenmerkende zorgactiviteiten) noodzakelijk is.

k. *Treeknorm:*

De maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de patiënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg en vastgelegd in het 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' (TH/BR-018). Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar deze tijdigheidsnorm te borgen voor zijn verzekerden².

l. *Zorgaanbieder:*

Natuurlijk persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de Wmg, die medisch specialistische zorg levert.

¹ Vanaf 2017 is bijlage 2 opgenomen in de reguliere release van het dbc pakket voor de ziekenhuiszorg. Op de website werkenmet-dbc.nl (<http://werkenmetdbcs.nza.nl/>), onderdeel ziekenhuiszorg, is altijd de meest recente versie van bijlage 2 te vinden (de eerste versie van de tabel is '20170101 Wachttijden tabel v20160701').

² Zie hierover 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars ZVW' (TH/BR-018).



Artikel 2. Doel van de regeling

Deze regeling beoogt wachttijden voor electieve medisch specialistische zorg op eenduidige wijze transparant en vergelijkbaar beschikbaar te maken voor patiënten. Daarnaast verplicht deze regeling zorgaanbieders patiënten te wijzen op de mogelijkheid tot wachttijdbemiddeling bij het overschrijden van de Treeknormen.

Artikel 3. Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op instellingen voor medisch-specialistische zorg en trombosediensten als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder de nummers 1 en 3 van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

Artikel 4. Publiceren wachttijd

- 4.1 Een zorgaanbieder dient voor elke vestigingslocatie de lijst met wachttijden voor polikliniek, behandeling en diagnostiek te publiceren op haar website.
- 4.2 De wachttijden worden uitgedrukt in kalenderdagen.
- 4.3 Wachttijd voor polikliniek
Het publiceren van de wachttijd voor polikliniek is verplicht voor alle specialismen (zie genummerde lijst in bijlage 1) die binnen de polikliniek operationeel zijn. Zorgaanbieders die poliklinieken georganiseerd hebben rond sub-specialismen (aangegeven met een letter in bijlage 1) kunnen wachttijden publiceren voor deze subspecialismen. Mocht er geen wachttijd per specialisme (aangegeven met een cijfer in bijlage 1) meetbaar zijn, dan geldt de laagste³ wachttijd van de subspecialismen onder dit specialisme.
- 4.4 Wachttijd voor behandeling
Een zorgaanbieder is verplicht de wachttijd van behandelingen op haar website te publiceren. In dit verband gaat het om alle behandelingen weergegeven in bijlage 2, die binnen een instelling voor medisch-specialistische zorg geleverd worden.
In bijlage 2 is per behandeling aangegeven welke zorgactiviteiten bepalen of een dbc-zorgproduct wordt meegenomen bij de vaststelling van de wachttijd van een behandeling. Bij sommige behandelingen is het nodig om ook de diagnosetyping mee te nemen, om er voor te zorgen dat de juiste dbc-zorgproducten worden geselecteerd voor de bepaling van de wachttijd. Waar dit van toepassing is, is dit in bijlage 2 aangegeven.
De mediaan van de wachttijd van alle afgesloten⁴ dbc-zorgproducten in de afgelopen drie maanden behorende bij een bepaalde behandeling bepaalt de wachttijd die de zorgaanbieder op grond van deze regelgeving dient te publiceren op haar website.
- 4.5 Bij de publicatie van de wachttijd polikliniek en diagnostiek⁵ dient de zorgaanbieder op haar website te vermelden;
- of deze wachttijden actueel of retrospectief zijn door gebruik te maken van de zin: [actuele / driemaandelijks gemiddelde] wachttijden per [datum actualisatie]
 - de datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden.
- 4.6 De gegevens op de website moeten minimaal één keer per maand worden geactualiseerd tussen de eerste en de tiende dag van de maand.
- 4.7 a. De wachttijdinformatie bedoeld in dit artikel wordt ook direct op iemands verzoek mondeling of schriftelijk verstrekt.
b. Wanneer de zorgaanbieder geen website heeft, wordt de wachttijdinformatie bedoeld in dit artikel op verzoek van eenieder direct mondeling of schriftelijk verstrekt, in een vorm die aansluit bij de behoefte van de verzoekende partij.

Artikel 5. Informatieplicht mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling

- 5.1 Een zorgaanbieder dient (voor elke vestigingslocatie) de volgende tekst (bij de wachttijdinformatie) op haar website te publiceren:

³ Het is niet toegestaan dat de wachttijd van het algemene specialisme bepaald worden als de gemiddelde wachttijd van de aangeboden subspecialismen.

⁴ De afgesloten dbc's hoeven nog niet gedeclareerd, maar wel door de grouper te zijn afgeleid. Deze dbc's zijn derhalve wel gereed voor declaratie.

⁵ De wachttijd voor behandeling is per definitie retrospectief.



‘Wanneer u de wachttijd te lang vindt, kunt u altijd contact met ons opnemen, of uw zorgverzekeraar vragen om wachtlijstbemiddeling.

Uw zorgverzekeraar kan u hierin ondersteunen, zodat u mogelijk sneller geholpen kunt worden. De maximaal aanvaardbare wachttijd die door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk is overeengekomen (de Treeknorm) bedraagt voor de toegang tot de polikliniek en diagnostiek 4 weken. Voor behandeling is de maximaal aanvaardbare wachttijd 7 weken’.⁶

5.2 Naast de verplichting die voortvloeit uit het eerste lid van artikel 5 is een zorgaanbieder ook verplicht de patiënt (mondeling of schriftelijk) te informeren over de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling door de zorgverzekeraar, indien de wachttijden voor deze betreffende patiënt voor polikliniek, diagnostiek of behandelingen de Treeknorm overschrijden.

Artikel 6. Intrekking oude regeling en overgangsbepaling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling ‘Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg’, met kenmerk NR/REG-1728, ingetrokken.

Laatstgenoemde regeling blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten) van zorgaanbieders die onder de werkingssfeer van die regeling vielen en die zijn aangevangen – en al dan niet beëindigd – in de periode dat die regeling gold.

Artikel 7. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2018. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zal deze regeling met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling wachttijden en wachtlijstbemiddeling medisch specialistische zorg.

Hoogachtend,

*Nederlandse Zorgautoriteit
M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur*

⁶ Zie in dit verband ook ‘Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars ZVW’ (TH/BR-018).



TOELICHTING

Algemeen

Wachttijdinformatie is van belang voor de keuze tussen zorgaanbieders die patiënten kunnen maken. Wachttijdinformatie is relevant voor electieve zorg en dus niet voor acute zorg. Wachttijdinformatie biedt de patiënt inzicht in de aanvang van een behandeling en de mogelijkheid om zorgaanbieders op dit aspect onderling te vergelijken. Voor onderlinge vergelijkbaarheid is het essentieel dat alle zorgaanbieders eenzelfde definitie van het begrip wachttijd hanteren.

De daadwerkelijke gerealiseerde wachttijd kan op individueel niveau 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 moet wachten na het maken van een afspraak.

In afwijking van de Regeling verplichte publicatie wachttijden somatische zorg, met kenmerk NR/REG-1728 die gelijktijdig met de invoering van deze regeling wordt ingetrokken, is in deze regeling expliciet gemaakt dat zorgaanbieders verplicht zijn om de patiënt erop te wijzen dat zij een zorgverzekeraar kunnen verzoeken tot zorgbemiddeling indien de patiënt bij de betreffende zorgaanbieder niet binnen de Treeknorm terecht kan. Ook is de wijze waarop de 'wachttijd behandeling' berekend dient te worden aangepast. Waar in de vorige regeling het moment van openen van het subtraject als startmoment van de wachttijd werd gerekend, wordt in de voorliggende regeling het ordermoment aangehouden als startmoment. Op deze wijze wordt een vanuit de patiënt gezien zuiverder definitie van de wachttijd berekend die bovendien ook beter aansluit bij de definitie van de Treeknormen.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Onderdelen a en c:

De zorgaanbieder kiest de derde mogelijkheid om eventuele toevalstreffers, die een realistische wachttijd kunnen beïnvloeden (zoals onverwachte afzegging van een afspraak), te voorkomen.

Onderdeel b:

Ter illustratie is hieronder de berekening van de wachttijd voor een cataract behandeling uitgewerkt. Op basis van bijlage 2 is de lijst/opsomming van de kenmerkende zorgactiviteiten voor de behandeling 'cataract' als volgt:

- 031241: Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens (zie 031242 voor m.b.v. niet standaard materialen, of uitgevoerd in amblyogene leeftijd).
- 031242: Cataractoperatie extracapsulair, met inbrengen van kunststoflens, m.b.v. niet standaard materialen of technieken, of uitgevoerd in de amblyogene leeftijd.
- 031243: Verwijdering van geluxeerde lens.
- 031250: Cataractoperatie intracapsulair.
- 031251: Cataractoperatie intracapsulair, met inbrengen van kunststoflens.
- 031268: Cataractoperatie extracapsulair.

Om op 1 januari jaar t de wachttijd te bepalen voor 'cataract' wordt gekeken naar de afgesloten dbc's in de maanden oktober-november-december jaar t-1 die (ten minste) één van bovenstaande kenmerkende zorgactiviteiten bevatte.

Stel, er zijn 11 waarnemingen: 7, 11, 13, 28, 35, 45, 46, 49, 51, 57 en 99 dagen. De mediaan van deze waarnemingen (en dus de wachttijd zoals deze gepubliceerd moet worden) is dan 45 dagen.

Onderdeel l:

In het kader van deze regeling vallen onder zorgaanbieder zowel instellingen voor medisch specialistische zorg als trombosediensten.

Zie ook artikel 3 over de reikwijdte.

Artikel 5

Lid 1: De zorgaanbieder is verplicht om op de website waar de wachttijden gepubliceerd worden, te vermelden dat de cliënt eventueel contact op kan nemen met de zorgaanbieder, of de zorgverzekeraar



kan vragen om wachtlijstbemiddeling. Wachtlijstbemiddeling is een taak van de zorgverzekeraar waar cliënten niet altijd van op de hoogte zijn.

De tekst die de zorgaanbieder moet plaatsen op de website is opgenomen in artikel 6.1 van deze regeling. Hierin wordt ook verwezen naar de Treeknormen in de msz. Om als patiënt te kunnen afwegen of een wachttijd kort of lang is, moet er een ijkpunt zijn wat aanvaardbaar is. Hiervoor zijn in de msz de Treeknormen vastgesteld. Dit is een tijdigheidsnorm voor zorgverzekeraars waarbinnen de cliënten hun zorg moeten krijgen. Patiënten kunnen zelf kiezen om langer te wachten wanneer zij naar een specifieke zorgaanbieder willen, maar de zorgverzekeraars zijn verplicht de patiënten 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.

Lid 2: De verplichting om de patiënt mondeling of schriftelijk (bijvoorbeeld middels een informatiefolder) te informeren over de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling geldt naast de verplichting om op de website (bij de wachttijd informatie) op te nemen dat patiënten bij een te lange wachttijd bij de zorgverzekeraar terecht kunnen voor wachtlijstbemiddeling.