



## Transparantieregeling zorgaanbieders ggz NR/REG-2219a

Regeling NR/REG-2219a

Vastgesteld op 23 augustus 2022

Ingevolge de artikelen 38, leden 4 en 7, artikel 62 en 68 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.

### 1 Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *Actuele wachttijd*: de derde beschikbare mogelijkheid in de agenda voor het maken van een afspraak.
- b. *Zorgaanbieder*: de natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 eerste lid, onderdeel c van de Wet marktordening gezondheidszorg.
- c. 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.
- d. *Retrospectief*: de gemiddelde gerealiseerde wachttijd van de laatste twee maanden.
- e. *Aanmeldingswachttijd*: het aantal weken tussen het moment dat een cliënt of verwijzer een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek, tot het moment dat de cliënt hiervoor bij de zorgaanbieder terecht kan. De aanmeldingswachttijd wordt retrospectief of actueel berekend.
- f. *Behandelingswachttijd*: het aantal weken tussen de eerste intake en de start van de behandeling. De behandelingswachttijd wordt retrospectief of actueel berekend.
- g. *Vestigingslocatie*: locatie waar geestelijke gezondheidszorg wordt geleverd.
- h. *Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg*: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, behalve de generalistische basis-ggz en acute psychiatrische hulpverlening. Dit omvat behandeling al dan niet gepaard met verblijf.
- i. *Geneeskundige basis-ggz*: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, niet zijnde gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.
- j. *Hoofddiagnosegroep*: De 14 hoofddiagnosegroepen die zijn gebaseerd op de DSM-5 diagnosetyperingen: 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen, 2 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen, 3 Bipolaire stemmingsstoornissen, 4 Depressieve stemmingsstoornissen, 5 Angststoornissen, 6 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen, 7 Trauma en stress gerelateerde stoornissen, 8 Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen, 9 Voedings- en eetstoornissen, 10 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen, 11 Neurocognitieve stoornissen, 12 Persoonlijkheidsstoornissen, 13 Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn en 14 RESTGROEP (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; Disruptieve impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van medicatie). Wanneer in deze regeling verwezen wordt naar de hoofddiagnosegroep wordt de gestelde werkdiagnose bedoeld. Treeknorm: de maximaal aanvaardbare wachttijd waarbinnen de cliënt zorg moet kunnen krijgen, zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar deze tijdsnorm te borgen voor zijn verzekerden.  
*Gebruik van de DSM-5 op grond van deze regeling valt onder licentie van de Nederlandse Staat ten behoeve van het Zorgprestatie-model. Bij het gebruik van de DSM-5 op grond van deze regeling hoort de volgende copyright notice. Looptijd: 2022, 2023. De Nederlandse Staat heeft tot 1 januari 2024 een licentie op het gebruik van de DSM-5 classificatie ten behoeve van het Zorgprestatie-model verkregen van Boom uitgevers Amsterdam BV.*  
*Boom uitgevers Amsterdam BV*  
*Prinsengracht 747-751*  
*Postbus 15970*  
*1001 NL Amsterdam*  
*info@boomamsterdam.nl*  
*Reprinted with permission © 2000-2013 American Psychiatric Association, p/a Uitgeverij Boom, Amsterdam. Alle rechten voorbehouden*  
*\*DSM and DSM-5 are registered trademarks of the American Psychiatric Association, and are used with permission herein. Use of these terms is prohibited without permission of the American Psychiatric Association. Use of this trademark does not constitute endorsement of this product by the American Psychiatric Association.*
- k. *Kwaliteitsstatuut*: het statuut opgesteld door de zorgaanbieder. Dit moet voldoen aan het model kwaliteitsstatuut ggz, dat geregistreerd is in het openbare Register van het Kwaliteitsinstituut.



l. *Het format*: het format dat door het veld, aan de hand van het model kwaliteitsstatuut ggz, is ontwikkeld en overeengekomen. Het doel van dit format is de zorgaanbieder een structuur te geven die hij/zij nader uitwerkt tot een overzichtelijk en allesomvattend kwaliteitsstatuut, dat in lijn is met het model kwaliteitsstatuut ggz.

m. *Kwaliteitsinstituut*: het instituut, als onderdeel van Zorginstituut Nederland, dat zich richt op het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland.

n. *Plaatsen op de website*: de informatie kan zowel zelfstandig op de website staan als op de website geplaatst zijn in een los document.

o. *Schriftelijk*: zowel op papier als digitaal, bijvoorbeeld via e-mail of een brochure.

p. *Acute psychiatrische hulpverlening*: hulpverlening die deel uitmaakt van de gespecialiseerde ggz en welke gericht is op personen in een crisissituatie waarvan het vermoeden bestaat dat zij een acute psychiatrische stoornis hebben. De zorg wordt geleverd conform de generieke module acute psychiatrie.

q. *Wachtenden*: cliënten die bij een zorgaanbieder op de wachtlijst staan voor een aanmeldgesprek of start van de behandeling.

## 2 Doel

Deze regeling beoogt de beschikbaarheid van informatie voor de (potentiële) cliënt en de verwijzer in de geestelijke gezondheidszorg te vergroten. Door het verplicht publiceren van de wachttijden worden de cliënt en verwijzer geïnformeerd over de wachttijd tot aan de intake en de start van de behandeling. En door het verplicht aanleveren van het aantal wachtenden krijgen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, overheid, toezichthouders en de samenleving als geheel beter inzicht in het aantal wachtenden. Dit helpt om de urgentie per diagnosegroep en per regio beter in kaart te brengen en in te spelen op eventuele knelpunten. Om de begrijpelijkheid en de vergelijkbaarheid van de informatie te vergroten, en de NZa in staat te stellen de wachttijden en het aantal wachtenden nauwgezet inde gaten te houden, verplicht de regeling zorgaanbieders deze informatie aan de NZa aan te leveren. Ook moeten zorgaanbieders de cliënt wijzen op de mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling bij het overschrijden van de treeknormen. Ten slotte wordt door de verplichte publicatie van het kwaliteitsstatuut de cliënt geïnformeerd over de wijze waarop de zorgverlening bij de zorgaanbieder is georganiseerd.

## 3 Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) leveren als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw). Uitzondering is dat:

- Artikel 4, 5, 6 en 7 niet van toepassing is op zorgaanbieders die enkel acute psychiatrische hulpverlening leveren. Zij zijn uitgezonderd van de verplichting tot het publiceren en aanleveren van wachttijden.
- Artikel 8 niet van toepassing is op zorgaanbieders die volgens de overgangsregeling 18-/18+ zijn uitgezonderd van het hebben van een kwaliteitsstatuut.

## 4 Verplichtingen – publiceren wachttijden

De zorgaanbieder publiceert op zijn website:

- 1) Voor iedere vestigingslocatie en voor elke hoofddiagnosegroep, die wordt geleverd, de aanmeldingswachttijd en de behandelingswachttijd. Er zijn uitzonderingen voor de publicatie per vestigingslocatie en differentiatie naar hoofddiagnosegroepen te weten:
  - a) Clustering wachttijd vestigingslocaties: 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, maar op maximaal tien kilometer afstand van elkaar bevinden.
  - b) Clustering hoofddiagnosegroepen: Als aanmeldingswachttijd en/of behandelingswachttijd niet verschillen per hoofddiagnosegroep, dan hoeft de aanmeldings- en behandelingswachttijd niet per hoofddiagnosegroep vermeld te worden.
  - c) Uitzondering generalistische basis-ggz: De aanmeldingswachttijd en behandelingswachttijd hoeft voor de generalistische basis ggz niet uitgesplitst te worden naar hoofddiagnosegroep.
- 2) Indien de wachttijd afhankelijk is van de zorgverzekeraar, dan wordt de wachttijd voor cliënten van die betreffende zorgverzekeraar vermeld. Dit geldt voor zowel de aanmeldingswachttijd als de behandelingswachttijd.
- 3) De datum van de laatste actualisatie van de getoonde wachttijden.
- 4) De publicatie van de wachttijden is in weken. Voor publicatie in weken worden de dagen omgerekend naar hele weken door naar boven af te ronden.
- 5) De gegevens op de website moeten minimaal 1 keer per maand worden geactualiseerd tussen de eerste en de tiende dag van de maand.
- 6) De wachttijdinformatie als bedoeld in dit artikel wordt aan de (potentiële) cliënt of verwijzer op



verzoek van eenieder direct mondeling of schriftelijk verstrekt in een vorm die aansluit bij de behoefte van de verzoekende partij.

- 7) De aanbieder mag naast bovenstaande stappen ook een link plaatsen op de website naar [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl), mits hiermee wordt voldaan aan de hierboven beschreven voorwaarden (1 t/m 6).

## 5 Verplichtingen – aanleveren aantal wachtenden

- 1) Dit artikel geldt voor zorgaanbieders zoals bedoeld in artikel 4, onder b, van de Wet toetreding zorgaanbieders.
- 2) De zorgaanbieders bedoeld in lid 1 leveren de volgende actuele aantallen aan:
  - a) Wachtenden op een aanmeldgesprek binnen en buiten de treeknorm.
  - b) Wachtenden op de start van de behandeling binnen en buiten de treeknorm.
- 3) De zorgaanbieders bedoeld in lid 1 leveren de volgende retrospectieve aantallen aan:
  - a) Wachtenden op een aanmeldgesprek binnen en buiten de treeknorm.
  - b) Wachtenden op de start van de behandeling binnen en buiten de treeknorm.De aantallen in dit lid splitst de zorgaanbieder voor gespecialiseerde ggz uit per diagnosehoofdgroep. Uit de hoofdgroep ‘angststoornissen’ wordt ‘trauma- en stressgerelateerde stoornissen’ afgesplitst. De aantallen in dit lid zijn uitgesplitst per vestigingslocatie. Het is toegestaan om het aantal wachtenden van verschillende vestigingslocaties te clusteren wanneer: de vestigingslocaties zich binnen één gemeente bevinden of de vestigingslocaties zich op maximaal tien kilometer afstand van elkaar bevinden.

## 6 Aanleveren wachttijden en aantallen

- 1) Zorgaanbieders verstrekken eenmaal per maand elektronisch de wachttijdgegevens zoals genoemd in artikel 4. De levering hiervan vindt uiterlijk de tiende dag van de maand plaats.
- 2) Zorgaanbieders verstrekken eenmaal per maand elektronisch de aantallen wachtenden zoals genoemd in artikel 5.
- 3) Aanlevering vindt plaats via het Zorgbeeldportaal van de NZa. Voor aanlevering wordt gebruik gemaakt van de meest recente aanleverspecificatie met de daarin opgenomen technische vereisten. Deze aanleverspecificatie kan vanaf de datum van inwerkingtreding van deze regeling worden geraadpleegd op de website van de NZa.
- 4) Door de feitelijke verstrekking verklaart de zorgaanbieder de wachttijdgegevens en het aantal wachtenden volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.

## 7 Informatieplicht-mogelijkheid tot wachtlijstbemiddeling

Een zorgaanbieder dient de volgende informatie (bij de wachttijd informatie) te publiceren op zijn website:

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

Uw zorgverzekeraar kan u ondersteunen, zodat u binnen 4 weken vanaf uw eerste contact met een zorgaanbieder een intakegesprek 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)“.

## 8 Verplichtingen – publiceren kwaliteitsstatuut

- 1) De zorgaanbieder plaatst zijn kwaliteitsstatuut op zijn website.
- 2) Wanneer de zorgaanbieder geen website heeft of op verzoek van eenieder, wordt het kwaliteitsstatuut door de zorgaanbieder aan eenieder schriftelijk verstrekt.

## 9 Intrekking oude regeling en overgangsbepaling

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling ‘transparantieregeling zorgaanbieders ggz’, met kenmerk NR/REG-2219, ingetrokken. De ‘transparantieregeling zorgaanbieders ggz’, met kenmerk NR/REG-2219, 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.

## 10 Inwerkingtreding en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 oktober 2022. Ingevolge artikel 5, aanhef en onder d,



---

van de Bekendmakingswet zal deze regeling in de Staatscourant worden geplaatst. Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Transparantieregeling zorgaanbieders ggz'.

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



## TOELICHTING

Om een (potentiële) cliënt of een verwijzer goed inzicht te geven in wat hij / zij kan verwachten en om een weloverwogen keuze te kunnen maken voor een zorgaanbieder is informatie nodig. Daarnaast is er accurate informatie voor overheid, zorgverzekeraars en toezichthouders nodig om in de gaten te kunnen houden en gericht te kunnen anticiperen wanneer er (regionaal) knelpunten ontstaan. Om ervoor te zorgen dat de informatie transparant en zo eenduidig mogelijk openbaar wordt gemaakt is onderliggende transparantieregeling voor zorgaanbieders in de ggz ontwikkeld. Daarnaast is en blijft de 'algemene' beleidsregel "Transparantie zorgaanbieders" ook van toepassing op ggz zorgaanbieders. Hierin zijn bijvoorbeeld verplichtingen opgenomen over het informeren van (potentiële) cliënten over (mogelijke) eigen betalingen.

In onderliggende regeling zijn de verplichtingen opgenomen over de informatie die de website van een zorgaanbieder in de ggz minimaal moet bevatten. Dit betreft (1) de verplichting tot het publiceren van de wachttijden en (2) de verplichting tot het publiceren van het kwaliteitsstatuut. Daarnaast bevat deze regeling de verplichting tot het aanleveren van de wachttijdgegevens en het aantal wachtenden.

Hieronder volgt een korte toelichting over de totstandkoming van de verplichtingen en daarna volgt een artikelsgewijze toelichting.

### (1) Achtergrondinformatie publiceren van wachttijden

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 De Nederlandse ggz, LPGGZ (tegenwoordig MIND), VWS, RIVM, ZN, NVZ, NFU, OMS en NZa vertegenwoordigd waren. Het hoofddoel van deze verplichting is de beschikbaarheid van keuze-informatie voor de cliënt en de verwijzer. Als iedere zorgaanbieder de wachttijden op eenzelfde wijze berekent en publiceert, zijn deze transparant en onderling vergelijkbaar voor de cliënt. Alle zorgaanbieders in de ggz (basis ggz en gespecialiseerde ggz en zowel intramuraal als extramuraal) moeten hun wachttijden publiceren, zodat de cliënt, ongeacht waar hij/zij geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen, inzicht heeft in de wachttijden. Naast informatie over de wachttijden moet de zorgaanbieder ook verplicht algemene informatie, ter aanvulling op de keuze-informatie voor de cliënt en verwijzer, op zijn website te plaatsen. Naast het publiceren van wachttijden op de eigen website van een zorgaanbieder, is het ook toegestaan om een link te plaatsen naar de website [kiezenindeggz.nl](http://kiezenindeggz.nl) (mits voldaan wordt aan de voorwaarden zoals beschreven in artikel 4)."

### (2) Achtergrondinformatie publiceren van het kwaliteitsstatuut

In het in 2015 gepubliceerde rapport van de commissie 'Hoofdbehandelaarschap GGZ' is o.a. het advies uitgebracht de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de regiebehandelaar en mede-behandelaren vast te leggen in een kwaliteitsstatuut. Dit statuut fungeert als kwaliteitseis op basis waarvan zorgverzekeraars kwalitatief verantwoorde ggz kunnen inkopen. Ook kunnen zorgaanbieders hierin laten zien hoe zij de zorg voor hun cliënten hebben georganiseerd en zijn daarop ook aanspreekbaar.

Het hebben, registreren en naleven van het kwaliteitsstatuut is vanaf 1 januari 2017 een wettelijke verplichting. Per 1 januari 2017 moeten alle aanbieders in de ggz op basis van het model een eigen kwaliteitsstatuut hebben opgesteld en zijn geregistreerd bij het Kwaliteitsinstituut. Deze verplichting vloeit voort uit artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). In dit artikel is bepaald dat de zorgaanbieder goede zorg aan moet bieden, dat onder andere inhoudt dat de zorg moet voldoen aan de professionele standaard opgenomen in het openbare Register op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) en de transparantiekalender van het Zorginstituut. In het openbare Register is hiervoor het model kwaliteitsstatuut opgenomen, dat door veldpartijen is ontwikkeld en overeengekomen. Daarnaast zijn door het veld formats ontwikkeld die nader ingevuld worden door de zorgaanbieder om zo tot een gedegen en inzichtelijk kwaliteitsstatuut te komen, dat in lijn is met het model kwaliteitsstatuut. Het model en de formats zijn overeengekomen door de veldpartijen en vormen de veldnorm waaraan ieder kwaliteitsstatuut moet voldoen.

De verplichting tot het publiceren van het kwaliteitsstatuut, zoals volgt uit deze regeling, is bedoeld om voor eenieder inzichtelijk te maken wat er in het kwaliteitsstatuut staat. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan het verschaffen van duidelijkheid over waarop de partijen en in de eerste plaats de (potentiële) cliënten bij de zorgverlening mogen rekenen.



### (3) Achtergrond informatie aanleververplichting

De NZa vindt het belangrijk dat er informatie over wachttijden en het aantal wachtenden beschikbaar is. De wachttijd is in de allereerste plaats belangrijk voor de cliënt en de verwijzer. Maar ook is het belangrijk om over deze informatie te beschikken om de wachttijden in de gaten te kunnen houden en eventuele knelpunten tijdig te signaleren. Daarom is in 2017 aan de onderliggende regeling toegevoegd dat zorgaanbieders verplicht zijn om wachttijdgegevens aan te leveren.

Op verzoek van de landelijke stuurgroep wachttijden is daar in 2020 aan toegevoegd dat bepaalde zorgaanbieders tevens verplicht zijn het aantal wachtenden aan te leveren.

Per 1 oktober 2022 is gewijzigd dat aanlevering van wachttijden en aantallen niet langer plaatsvindt aan Vektis, maar via het Zorgbeeldportaal van de NZa

### Artikelsgewijs

#### Artikel 1

##### Definities rondom wachttijden

Bij de wachttijpublicatie wordt onderscheid gemaakt tussen aanmeldings-wachttijd en behandelings-wachttijd. De aanmeldingswachttijd is de wachttijd van het moment dat de cliënt contact opneemt met de zorgaanbieder voor een eerste afspraak en de datum dat de intake plaatsvindt. Deze wachttijd wordt retrospectief berekend (een gemiddelde van de afgelopen twee maanden) dan wel actueel berekend (derde afspraak in de agenda). De behandelingswachttijd is de wachttijd vanaf het moment van de eerste intake tot aan de start van de behandeling. Dit is voor alle behandelingen van de zorgaanbieder of een gemiddelde van de afgelopen twee maanden en wordt dus ook retrospectief berekend of de derde afspraak mogelijkheid in de agenda en wordt daarmee actueel berekend.

##### *Retrospectief*

Op het moment dat een zorgaanbieder kiest voor de retrospectieve methode houdt dit in dat de zorgaanbieder zijn wachttijden berekent op basis van de gemiddelde wachttijd van de afgelopen twee maanden.

##### *Actueel*

Op het moment dat een zorgaanbieder kiest voor de actuele methode houdt dit in dat de zorgaanbieder zijn wachttijden berekent aan de hand van het afsprakenregister. De zorgaanbieder moet zich bij de berekening dus de vraag stellen: "Als er nu een cliënt 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.

Hierbij is van belang dat in deze regeling met hoofddiagnosegroep van de cliënt de gestelde werkdiagnose wordt bedoeld. Reden voor deze nuancering is dat gedurende het zorgtraject de diagnose van de cliënt bijgesteld kan worden. Zie hiervoor ook de toelichting bij artikel 4.

De daadwerkelijk gerealiseerde wachttijd kan voor een individuele cliënt 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 cliënt hoe lang hij naar verwachting op de intake of behandeling zal moeten wachten.

##### *Definities rondom het kwaliteitsstatuut*

Door middel van het kwaliteitsstatuut wordt bewerkstelligd dat een zorgaanbieder de juiste hulp, op de juiste plaats en door de juiste zorgprofessional, binnen een professioneel en kwalitatief verantwoord netwerk, levert. Onder andere het hele proces van verwijzing, aanmelding, intake, diagnostiek, behandeling, afsluiting en nazorg voor de individuele cliënt wordt hierin beschreven. De zorgaanbieder bevordert hiermee gepaste zorg.

In het openbare databestand van het Kwaliteitsinstituut wordt per 1 januari 2017 de status van het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder weergegeven (aanwezig of niet aanwezig). Voor registratie in het openbare databestand van het Kwaliteitsinstituut levert de zorgaanbieder het document aan bij



een derde partij volgens een vastgesteld format. Op deze manier wordt de kwaliteit en eenduidigheid van de inhoud geborgd. Er is een format voor vrijgevestigden en een format voor instellingen. Beide formats zijn bij de kwaliteitsstandaard opgenomen en te vinden via [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl).

## **Artikel 2**

Het doel van deze regeling is dat alle zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg de (potentiële) cliënt op een heldere en transparante wijze informeren over wat zij kunnen en mogen verwachten van de zorgaanbieder. Dit geeft niet alleen duidelijkheid voor de cliënt, maar kan ook helpen bij de keuze voor een zorgaanbieder.

## **Artikel 3**

Alle zorgaanbieders die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg leveren onder de Zorgverzekeringswet moeten er voor zorgen dat zij voldoen aan de verplichtingen uit deze regeling. De verplichtingen gelden dus voor alle zorgaanbieders die gespecialiseerde ggz en/of basis ggz leveren, zowel ambulant als intramuraal.

- Zorgaanbieders die enkel acute psychiatrische hulpverlening leveren zijn uitgezonderd van de verplichting tot het publiceren van de wachttijden, zoals omschreven in artikel 4. Reden hiervoor is dat het bij acute psychiatrische hulpverlening gaat om opname/behandeling op zeer korte termijn en hier dus geen sprake zal zijn van een wachttijd zoals bedoeld in deze regeling.
- Om de continuïteit van behandelen te borgen, voor de doelgroep die gedurende zijn/haar behandeling 18 jaar wordt en daarmee van de Jeugdwet wordt overgedragen naar de Zorgverzekeringswet, is door het veld de overgangsregeling 18-/18+ overeengekomen. Zorgaanbieders die volgens deze regeling zijn uitgezonderd van het hebben van een kwaliteitsstatuut kunnen deze logischerwijs niet publiceren en zijn dan ook uitgezonderd van de verplichting als bedoeld in artikel 7.

## **Artikel 4**

### *Lid 1*

De aanmeldingswachttijd en de behandelingswachttijd moeten per vestigingslocatie en (voor de gespecialiseerde ggz) per hoofddiagnosegroep worden vermeld. Op het moment dat de locaties zich binnen één gemeente bevinden (of dichter dan 10km van elkaar bevinden), mogen de locaties ook geclusterd worden. Wanneer de wachttijden niet verschillen per hoofddiagnosegroep, kan volstaan worden met het vermelden van de algemene aanmeld- en behandelwachttijd.

In de generalistische basis-ggz wordt niet gewerkt met hoofddiagnosegroepen, zij hoeven dan ook niet de wachttijden hiernaar uit te splitsen.

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.

### *Lid 2*

Indien de aanmeldings- en/of behandelingswachttijd afhankelijk is van waar de cliënt verzekerd is, dan moet dit worden vermeld. De situatie kan zich voordoen dat een cliënt van zorgverzekeraar X langer moet wachten dan een cliënt 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 cliënten van een bepaalde zorgverzekeraar minimaal één week verschilt met de wachttijd voor cliënten van de andere zorgverzekeraars waarmee de zorgaanbieder een contract heeft dan moet dit vermeld worden op de website. Ook als de zorgaanbieder geen cliënten van bepaalde zorgverzekeraars (meer) aanneemt moet dit worden vermeld.



## Lid 6

Wachttijdinformatie moet aan de cliënt kenbaar gemaakt worden. Dit geldt ook als deze informatie wel op de website staat maar de cliënt de zorgaanbieder daar om verzoekt. Dit kan zich bijvoorbeeld voor doen wanneer de cliënt of verwijzer geen toegang heeft tot internet. Wanneer de zorgaanbieder geen website heeft dan wordt de wachttijdinformatie, zoals beschreven in dit artikel, mondeling of schriftelijk verstrekt.

## Artikel 5

Artikel 5 verplicht instellingen om aantallen wachtenden binnen en buiten de treeknorm aan te leveren. Hoe deze aantallen aangeleverd moeten worden specificieert de regeling niet. De verantwoordelijkheid ligt bij de instelling, maar de invulling van de verplichting is vormvrij. Het staat instellingen bijvoorbeeld vrij om het voldoen aan de verplichting zo vorm te geven dat zij de aanlevering van aantallen wachtenden uitbesteden aan een tussenpersoon zoals een ICT-leverancier.

## Artikel 6

De NZa zal de wachttijden en aantallen in de ggz nauwlettend in de gaten blijven houden. Per 1 oktober 2022 gaat het aanleveren van wachttijden over van Vektis naar het Zorgbeeldportaal van de NZa.

## Artikel 7

De zorgaanbieder is verplicht om op de website waar de wachttijden gepubliceerd worden, te vermelden dat de cliënt 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 lid 1 van dit artikel. Hierin wordt ook verwezen naar de treeknormen in de ggz. Om voor de cliënt 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 cliënten hun zorg moeten krijgen. Cliënten kunnen zelf kiezen om langer te wachten wanneer zij naar een specifieke aanbieder willen, maar de verzekeraars zijn verplicht de cliënt 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 cliënt. Hiermee kan de cliënt de gepubliceerde wachttijden beter op waarde schatten.

## Artikel 8

De zorgaanbieder plaatst zijn kwaliteitsstatuut op zijn website. Om ervoor te zorgen dat iedere zorgaanbieder dezelfde inhoudelijke punten toelicht in zijn/haar kwaliteitsstatuut zijn veldpartijen, naast het model kwaliteitsstatuut ggz, twee formats overeengekomen (een format voor vrijevestigden en een format voor instellingen). Zowel het model kwaliteitsstatuut als beide formats zijn als kwaliteitsstandaard opgenomen in het openbare register van het Kwaliteitsinstituut (als onderdeel van het Zorginstituut) en zijn op de website [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl) gepubliceerd. Voordat het Kwaliteitsinstituut in haar openbare databestand registreert of een zorgaanbieder beschikt over een kwaliteitsstatuut, wordt het kwaliteitsstatuut, conform het format, aangeleverd bij een derde partij. Doordat iedere zorgaanbieder deze route dient te bewandelen, wordt transparantie en consistentie in de inhoud van de kwaliteitsstatuten geborgd. Als iedere zorgaanbieder zijn/haar kwaliteitsstatuut inhoudelijk op dezelfde wijze, (d.w.z. conform het format) opstelt, dan komt dit de doeltreffendheid, juistheid, inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de kwaliteitsstatuten ten goede en kan dit bijdragen aan de keuze-informatie voor de (potentiële) cliënt.

Het kwaliteitsstatuut moet aan een ieder kenbaar gemaakt worden. Dit geldt ook als het kwaliteitsstatuut wel op de website staat maar de cliënt of eenieder de zorgaanbieder daar om verzoekt. Dit kan zich bijvoorbeeld voor doen wanneer de cliënt geen toegang heeft tot internet. De zorgaanbieder verstrekt zijn kwaliteitsstatuut dan schriftelijk, bijvoorbeeld in de vorm van een brochure. Het zelfde geldt als de zorgaanbieder geen website heeft. Ook dan wordt desgevraagd het kwaliteitsstatuut schriftelijk verstrekt.