

Regeling Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg

NR/REG-2421

Vastgesteld op 28 november 2023

Gelet op artikel 38, leden 4 en 7 en 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 wachttijden en wachttijdbemiddeling voor electieve medisch-specialistische zorg.

Artikel 1. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *Orderdatum behandeling*: datum waarop de instelling, op verzoek van een patiënt of arts, een afspraak maakt voor een behandeling. Wanneer reeds op een eerdere datum is vastgesteld dat een behandeling noodzakelijk is, dan geldt die eerdere datum als orderdatum.
- b. *afsprakdatum*: datum, vastgelegd in het digitale agendasysteem van de instelling, waarop een behandeling plaatsvindt.
- c. *rekenkundige wachttijd*: het aantal kalenderdagen tussen de orderdatum en de afspraakdatum.
- d. *waarnemingen*: het aantal waargenomen rekenkundige wachttijden voor een behandeling op de peildatum.
- e. *peildatum*: datum waarop een instelling per specialisme of subspecialisme de wachttijden voor behandeling, polikliniekbezoek of diagnostiek op de in deze regeling voorgeschreven wijze bepaalt en aanlevert.
- f. *wachttijd behandeling*: mediaan, uitgedrukt in kalenderdagen, van het totaal aantal rekenkundige wachttijden per behandeling op de peildatum.
- g. *wachttijd polikliniek, respectievelijk diagnostiek*: het aantal kalenderdagen tussen de peildatum en de datum die de derde mogelijkheid in het digitale agendasysteem van de instelling weergeeft waarop een patiënt voor polikliniekbezoek of diagnostiek terecht kan.
- h. *polikliniekbezoek*: contactmoment, fysiek ('face to face'), digitaal ('screen to screen'), telefonisch of schriftelijk, tussen patiënt en poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog waarbij sprake is van 'hulp door of vanwege het ziekenhuis' en waarbij de locatie (polikliniekbezoek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis, thuissituatie) tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen wordt.
- i. *diagnostiek*: toepassing van een diagnostische methode of techniek ter vaststelling van (de aard en ernst van) een ziekte of aandoening.
- j. *behandeling*: medisch-specialistische behandeling van een patiënt.
- k. *medisch-specialistische zorg*: bij ministeriële regeling aangewezen zorg die door een arts wordt verleend en valt binnen de bijzondere deskundigheid van artsen aan wie de bevoegdheid toekomt tot het voeren van een wettelijk erkende specialistentitel als bedoeld in artikel 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, met inbegrip van gespecialiseerde mondzorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden.
- l. *instelling*: een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent of doet verlenen, organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen of natuurlijk persoon die bedrijfsmatig zorg doet verlenen, met uitzondering van een instelling die binnen het kader van de binnen een andere instelling verleende zorg een deel van die zorg verleent.
- m. *locatie*: afzonderlijk gebouw of gebouwenbestand, dat tezamen met één of meer andere locaties in juridische zin de instelling vormt. Op een locatie kan polikliniekbezoek, diagnostiek of behandeling in het kader van medisch-specialistische zorg plaatsvinden.
- n. *kenmerkende zorgactiviteiten*: zorgactiviteiten die kunnen worden gebruikt bij de bepaling van de wachttijd voor een behandeling.
- o. *treeknorm*: de maximaal aanvaardbare termijn waarbinnen een patiënt zorg moet kunnen krijgen, een en ander zoals afgesproken door veldpartijen in het Treekoverleg en door de NZa overgenomen in de beleidsregel 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw' (TH/BR-025). Het is de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar deze tijdigheidsnorm te borgen voor haar verzekerden¹.
- p. *wachtlijst*: een door iedere instelling, die onder de reikwijdte van deze regeling valt, bij te houden lijst met patiënten die bij die instelling wachten op het plannen van een afspraak voor polikliniekbezoek of diagnostiek.

¹ Meer informatie hierover is te vinden in de beleidsregel 'Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars ZVW' (TH/BR-025).



Artikel 2. Doel van de regeling

Deze regeling beoogt wachttijden voor electieve medisch-specialistische zorg, onderverdeeld in wachttijden voor behandeling, polikliniekbezoek en diagnostiek, per (sub)specialisme op een eenduidige en toegankelijke manier inzichtelijk te maken voor zowel patiënten als zorgverzekeraars. Het periodiek aanleveren van wachttijden door instellingen die onder de reikwijdte van deze regeling vallen is niet vrijblijvend, maar heeft een verplicht karakter. In de regeling wordt nader uitgewerkt aan welke verplichtingen instellingen moeten voldoen en welke methodiek zij moeten hanteren om de wachttijden te berekenen.

Artikel 3. Reikwijdte

- Deze regeling is van toepassing op instellingen die:
 - geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) leveren, voor zover deze omvat zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden;
 - mondzorg als bedoeld in artikel 2.7 van het Bzv leveren, voor zo ver deze omvat gespecialiseerde mondzorg zoals kaakchirurgen die plegen te bieden.
- Deze regeling is niet van toepassing op abortusklinieken als bedoeld in artikel 1 van de Wet afbreking zwangerschap.

Artikel 4. Aanleveren wachttijden: verplichtingen

- Een instelling levert eens in de twee weken op de peildatum, uiterlijk om 23.59 uur, voor elke locatie een overzicht met de wachttijden voor behandeling, polikliniekbezoek en diagnostiek aan via het Zorgbeeldportaal².
- De aanleververplichting genoemd in het vorige lid geldt niet voor:
 - spoedafspraken voor behandeling, polikliniekbezoek of diagnostiek;
 - herhaalconsulten voor polikliniekbezoeken.
- Aanlevering van wachttijden voor behandeling blijft achterwege, indien er op de peildatum voor een behandeling op basis van de weergaven in bijlage 1, behorend bij deze regeling, minder dan 5 waarnemingen (van de rekenkundige wachttijd) zijn.
- De instelling verstrekt op eerste verzoek de wachttijden bedoeld in het eerste lid mondeling of schriftelijk aan eenieder die daarom verzoekt.
Behandeling
- Het aanleveren van de wachttijd voor *behandeling* geschiedt voor de behandelingen, weergegeven in bijlage 1, behorend bij deze regeling. In deze bijlage 2 is per behandeling aangegeven welke (kenmerkende) zorgactiviteiten gebruikt kunnen worden bij de vaststelling van de wachttijd voor een behandeling.
Polikliniekbezoek
- Het aanleveren van de wachttijd voor *polikliniekbezoek* geschiedt op het niveau van de specialisten, weergegeven met een cijfer in bijlage 1 bij deze regeling, voor zo ver deze specialismen binnen de polikliniek operationeel zijn. Instellingen die poliklinieken hebben georganiseerd op basis van sub-specialismen of specifieke zorgvragen, weergegeven met een letter in bijlage 1 bij deze regeling, leveren daarnaast de wachttijden op het niveau van deze onderdelen aan.
Diagnostiek
- Het aanleveren van de wachttijd voor *diagnostiek* geschiedt voor de diagnostische methoden of technieken, weergegeven in bijlage 1 behorend bij deze regeling.

Artikel 5. Aanleveren wachttijden: methodiek

- De wachttijden die op grond van deze regeling worden aangeleverd, worden uitgedrukt in kalenderdagen.
- De peildatum voor de aanlevering is iedere dinsdag van de even weeknummers. Aanlevering geschiedt dus één keer per twee weken.
Methodiek behandeling

² <https://zorgbeeld.nza.nl>

3. De methodiek om de wachttijden voor behandeling vast te stellen, luidt als volgt:
 - a in het digitale agendasysteem van de instelling wordt op de peildatum uiterlijk om 23:59 uur, op basis van de weergaven in bijlage 1 van iedere geplande afspraak voor een behandeling de rekenkundige wachttijd vastgesteld.
 - b bij het vaststellen van de rekenkundige wachttijd van iedere uitstaande afspraak bedoeld onder a gaat het om afspraken in de toekomst tot een maximum van twee maanden, gerekend vanaf de peildatum.
 - c vervolgens wordt, op basis van de weergaven in bijlage 1, de mediaan van het totaal aantal waarnemingen voor een behandeling bepaald.
 - d de uitkomst bij c is de wachttijd voor een behandeling, uitgedrukt in kalenderdagen, die op grond van artikel 4 moet worden aangeleverd.

Methodiek polikliniekbezoek, respectievelijk diagnostiek

4. De methodiek om de wachttijden voor polikliniekbezoek of diagnostiek vast te stellen, luidt als volgt:
 - a op de peildatum, uiterlijk om 23.59 uur, stelt de instelling ten behoeve van een denkbeeldige patiënt het aantal kalenderdagen vast tussen de peildatum en de datum die de derde mogelijkheid in haar digitale agendasysteem weergeeft waarop die patiënt voor polikliniekbezoek of diagnostiek terecht zou kunnen. Het bepalen van de derde mogelijkheid in de agenda gebeurt, voor zo ver sprake is van een wachtlijst, met inachtneming van (de patiënten op) die wachtlijst.
 - b de vaststelling onder a geschiedt op basis van de weergaven in bijlage 1 bij deze regeling.
 - c de uitkomst van de vaststelling bij a is de wachttijd voor polikliniekbezoek, respectievelijk diagnostiek, uitgedrukt in kalenderdagen, die op grond van artikel 4 moet worden aangeleverd.

Artikel 6. Informatieplicht wachtlijstbemiddeling

1. Een instelling publiceert voor elke locatie de volgende tekst op haar website:
‘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.’³
2. In aanvulling op het eerste lid geldt, dat een instelling de patiënt mondeling of schriftelijk informeert over de mogelijkheid van wachtlijstbemiddeling door diens zorgverzekeraar, indien haar wachttijden voor behandeling, polikliniekbezoek of diagnostiek de Treeknorm overschrijden.

Artikel 7. Intrekking oude regeling

De regeling ‘Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg’, met kenmerk NR/REG-2315, wordt ingetrokken.

Artikel 8. Overgangsbepaling

Tenzij in de voorliggende regeling (NR/REG-2421) anders is bepaald, blijft de regeling ‘Aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg’, met kenmerk NR/REG-2127 en NR/REG-2315, 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 9. Inwerkingtreding, publicatie en citeerregel

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2024.

Ingevolge artikel 5, aanhef en onder d, van de Bekendmakingswet, zal deze regeling met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De regeling, inclusief toelichting en bijlage, ligt ter inzage bij de NZa en is te raadplegen op www.nza.nl.

Deze regeling wordt aangehaald als: ‘Regeling aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg’.

*Nederlandse Zorgautoriteit
K. Raaijmakers
wnd. voorzitter Raad van Bestuur*

³ Zie ook de NZa-beleidsregel ‘Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw’ (TH/BR-025).



TOELICHTING

Algemeen

Wachttijdinformatie is van belang voor de keuze tussen zorgaanbieders, die patiënten kunnen maken. Wachttijdinformatie is relevant voor electieve zorg en niet voor acute zorg. Wachttijdinformatie biedt de patiënt o.a. inzicht in de aanvang van een behandeling, een polikliniekbezoek of diagnostiek en biedt hem/haar de mogelijkheid om zorgaanbieders op dit aspect onderling te vergelijken. Voor een betrouwbare onderlinge vergelijkbaarheid is essentieel dat alle zorgaanbieders dezelfde definitie van het begrip wachttijd en dezelfde methodiek om de wachttijd te berekenen, hanteren.

De daadwerkelijke gerealiseerde wachttijd kan op individueel niveau anders uitpakken dan aangeleverd. Er kunnen zich gebeurtenissen of omstandigheden voordoen die de wachttijd doen oplopen of juist verminderen. De aangeleverde wachttijd moet dan ook worden gezien als een zo realistisch mogelijke indicatie voor de patiënt hoe lang hij of zij moet wachten op een behandeling, een polikliniekbezoek of diagnostiek na het maken van een afspraak.

Ten opzichte van de vorige versie (NR/REG-2315) van de Regeling aanleveren wachttijden medisch-specialistische zorg is de nieuwe versie (NR/REG- NR/REG-2421) op één onderdeel gewijzigd. De definitie van een polikliniekbezoek is gelijkgetrokken met de definitie zoals die staat in de Regeling medisch specialistische zorg.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Onderdeel a: In de meeste gevallen zal de orderdatum de datum zijn waarop de instelling de afspraak voor de behandeling maakt. Maar het kan in de praktijk voorkomen dat op een eerdere datum de noodzaak van de behandeling is vastgesteld dan de datum waarop de afspraak wordt gemaakt. Als de noodzaak dus eerder is vastgesteld dan wordt die datum als orderdatum gehanteerd.

Onderdeel h: In de Regeling medisch specialistische zorg wordt uitgebreider ingegaan op de specifieke omschrijvingen en/of aanvullende registratievoorwaarden van een polikliniekbezoek.

Onderdeel m: de locatie wordt kenbaar gemaakt middels het KvK-vestigingsnummer.

Artikel 4

Lid 1: Als bij een instelling sprake is van een afwijkende wachttijd voor een specifieke zorgverzekeraar in verband met het bereikt hebben van het met die zorgverzekeraar overeengekomen omzetplafond, mag die afwijkende wachttijd ter vrije keuze van de instelling aanvullend worden aangeleverd. Deze keuzevrijheid staat los van de (op grond van deze regeling) op de instelling rustende verplichtingen omtrent het aanleveren van de wachttijden voor polikliniekbezoek, diagnostiek en behandeling. Die verplichtingen blijven dus onverkort van toepassing.

Lid 5: De kenmerkende zorgactiviteiten, zoals weergegeven in bijlage 2, kunnen, ter vrije keus van de instelling, gebruikt worden bij het bepalen van de wachttijd voor behandeling. Het is dus niet verplicht om hiervoor de kenmerkende zorgactiviteiten te gebruiken. Wanneer instellingen de wachttijden voor behandelingen, zoals weergegeven in bijlage 1, met behulp van andere gegevens kunnen berekenen, is dat ook toegestaan. Uit die berekening moet dan wel blijken welke andere gegevens door de instelling zijn gebruikt.

Artikel 5

Lid 3: Ter illustratie is hieronder een voorbeeldberekening van de wachttijd voor de behandeling 'initiële staaroperatie' uitgewerkt.

Om op de peildatum de wachttijd te bepalen voor de behandeling 'Initiële staaroperatie' wordt iedere geplande behandelafpraak in de toekomst tot een maximum van twee maanden bekeken.

Voor elke van deze geplande afspraken wordt de rekenkundige wachttijd bepaald (verschil in orderdatum en afspraakdatum, in kalenderdagen).

Stel, er zijn 11 waarnemingen: 7, 11, 13, 28, 35, 45, 46, 49, 51, 53 en 57 dagen. De mediaan van deze



waarnemingen (en dus de wachttijd zoals deze aangeleverd moet worden) is dan 45 dagen.

Lid 3, onderdeel a: Bij revalidatie (0327) gaat het niet om een eenmalige ingreep. Daarom wordt bij het bepalen van de geplande afspraak voor een behandeling uitgegaan van het eerste patiëntgebonden behandelcontact, na de orderdatum van de behandeling.

Lid 4, onderdeel a: De instelling kiest bij de berekening van de wachttijd niet de eerste, maar de derde mogelijkheid in haar digitale agenda. Op die manier worden eventuele toevalstreffers, die een realistische wachttijd nadelig kunnen beïnvloeden (zoals onverwachte afzegging van een afspraak), voorkomen.

De instelling gaat bij de berekening van de wachttijd uit van een denkbeeldige patiënt, die zich op het moment van die berekening voor een polikliniekbezoek of diagnostiek heeft gemeld.

De instelling is verplicht om, voor zo ver sprake is van een wachtlijst, de patiënten die op die wachtlijst staan te betrekken bij het berekenen van de wachttijd, resp. het bepalen van de derde agendamogelijkheid. De denkbeeldige patiënt komt immers achteraan op de wachtlijst te staan. Dat betekent, dat de derde agenda mogelijkheid voor deze denkbeeldige patiënt pas kan worden vastgesteld, nadat de overige patiënten op de wachtlijst een agendaplek hebben gevuld.

Artikel 6

Lid 1: De zorgaanbieder is verplicht om op de website 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 artikel 6.1 van deze regeling. Hierin wordt ook verwezen naar de Treeknormen in de medisch specialistische zorg. 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 medisch specialistische zorg de Treeknormen vastgesteld. 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 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 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 te vermelden dat patiënten bij een te lange wachttijd bij de zorgverzekeraar terecht kunnen voor wachtlijstbemiddeling.