

## Vragen en antwoorden over de transparantieregeling wachttijden ggz (NR / REG - 2121)

### Landelijke stuurgroep wachttijden, 18 februari 2021

Meer weten over het invullen van de wachttijden ggz in het Vektisportaal:  
<https://www.vektis.nl/wachttijden-registreren/wachttijden-registreren-ggz>

## Algemeen

### V1: Waarom moet ik wachttijden aanleveren?

De wachttijden in de ggz zijn soms langer dan de normen die in Nederland zijn afgesproken. Met name voor specifieke diagnosegroepen. Patiënten zijn daarvan de dupe. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, het ministerie van VWS, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties hebben daarom afgesproken om de wachttijden terug te dringen. Door inzicht in de wachttijden kunnen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gerichte acties opzetten om wachttijden terug te dringen. Daarnaast kunnen patiënt en huisarts de wachttijd meewegen bij de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder.

### V2: Moet ik de wachttijden ook op mijn website vermelden?

De verplichting om wachttijden op uw website te vermelden bestond al. Vanaf 1 januari 2018 vermeldt u specifiek de wachttijden van de afgelopen twee maanden op uw eigen website. Dit zijn de zogenaamde retrospectieve wachttijden. Iedere maand moet u deze uiterlijk op de 10e actualiseren. Op deze manier komt de informatie op de website overeen met die van Vektis én met de informatie zoals die op [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl) wordt getoond. Het betreffen gemiddelde cijfers die niet continu (real time) ververs worden. De wachttijd kan in individuele gevallen afwijken. In plaats van de retrospectieve wachttijden mag u ook geschatte toekomstige wachttijden vermelden. Retrospectieve aanlevering heeft de voorkeur.

**V3: Wat gebeurt er met de aangeleverde wachttijden?** Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties en de overheid gebruiken de wachttijdinformatie om een gezamenlijk beleid te voeren dat is gericht op het verkleinen van wachttijden. Door het verplicht aanleveren van het aantal wachtenden krijgen beleidsmakers 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.

Daarnaast is de informatie over de wachttijden vooral bedoeld om patiënten en huisartsen te helpen bij het kiezen van een zorgaanbieder. De aantallen wachtenden worden niet gepubliceerd op [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl) omdat deze informatie niet direct relevant is voor een patiënt die op zoek is naar een zorgaanbieder. Voor die patiënt is met name de wachttijd relevant. De aantallen worden geaggregeerd gepubliceerd op <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/wachttijden/geestelijke-gezondheidszorg.nl>. Tot slot worden de aantallen wachtenden gebruikt in de regionale transfertafels. Over de precieze invulling van de informatiebehoefte van de transfertafels lopen de gesprekken regionaal.

### V4: Welke aanbieders moeten de gegevens aanleveren?

Artikel 5 geldt voor aanbieders die vallen onder artikel 4b Wet Toetreding Zorgaanbieders. Dat wil zeggen zorgaanbieders met meer dan tien zorgverleners. Deze wet treedt in januari 2022 in werking.

**V5: Hoe om te gaan met aanbieders die aangeven geen nieuwe patiënten meer aan te nemen vanwege afbouwen praktijk? Willen we dat deze groep ook patiëntenstop aan vinkt, al hebben zij dan daarvoor een andere reden dan dat er een wachtlijst is.**

Ja, wel aanvinken. De reden voor het niet langer aannemen van patiënten is niet relevant in deze context.

**V6: Is het juist dat bij de actuele aantal wachtenden geen splitsing naar hoofddiagnosegroep gemaakt hoeft te worden? Van aangemelde cliënten hebben we geen diagnose. Formeel gaat het ook nog niet om cliënten, dus er zijn nog nauwelijks gegevens vastgelegd. Wij zien het nog niet voor ons hoe wij deze mensen moeten indelen in diagnosegroepen.**

Ja, dat klopt. Het actueel aantal aangemelde mensen op de wachtlijst hoeft om deze reden niet te worden gesplitst naar diagnosegroep. Hetzelfde geldt overigens ook voor het aantal mensen wachtend tussen intake en start van de behandeling.

**V7: Is het een idee om op extra AGB-codes aan te leveren voor FACT en ouderen, naast de bestaande AGB-code.**

Dit wordt (nu) niet aangeraden. We nemen dit punt mee in de evaluatie. Zeker ook omdat vanaf september 2021 ook de gegevens van de Consumer Quality Index gesplitst voor alle AGB-codes moeten worden aangeleverd.

**V8: Wat moet ik doen als ik meerdere locaties heb?**

Als u meerdere locaties heeft, levert u de wachttijden voor iedere locatie afzonderlijk aan. Zijn deze locaties binnen één gemeente of minder dan 10 kilometer van elkaar, dan mag u hiervan de wachttijdinformatie samenvoegen (clusteren onder 1 AGB-vestigingscode). Op [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl) kan het publiek op plaats of postcode zoeken en aangeven binnen hoeveel kilometer gezocht moet worden. Voor veel patiënten is reisafstand een belangrijk criterium. Het opnemen van veel vestigingen kan helpen om het lokale aanbod goed zichtbaar te maken. Maar bij het leveren van informatie op veel vestigingen moet wel de afweging worden gemaakt of de aantallen per vestiging en per periode niet te klein worden (waardoor er over de tijd heen waarschijnlijk uitschieters te zien zullen zijn omdat de berekende wachttijd op te kleine aantallen gebaseerd kan zijn).

**V9: Hoe gaan we om met digitale teams die geen vestigingslocatie hebben?**

Er is nu nog geen eenduidig antwoord op. Deze teams zouden op [www.kiezenindeggz.nl](http://www.kiezenindeggz.nl) getoond moeten worden bij de zoekresultaten, ongeacht woonplaats of postcode. Maar dan is het alleen relevant voor teams die een 100% online aanbod hebben. Goed punt dat meegenomen wordt in het gebruikersoverleg.

**V10: Hoe om te gaan met aanbieders die aangeven hun praktijk tijdelijk te sluiten, bij voorbeeld vanwege 4 maanden zwangerschapsverlof?**

De aanleverplicht blijft gewoon gelden. Op de eigen website kan een zorgaanbieder aangeven wat de specifieke stand van zaken is.

**V11: Het maandelijks invullen van het Vektis-formulier is erg tijdrovend. Liggen er plannen om een geautomatiseerde aanlevering mogelijk te maken? Dat zou de administratieve last weer een beetje beperken.**

Er is een kopieerfunctie van de vorige maand beschikbaar (voor iedereen die het handmatig invult). Geautomatiseerde aanlevering aan Vektis via een API was onder de oude regeling ook al mogelijk. Informatie van de website van Vektis: Via Vektis kunnen aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) hun wachttijdgegevens geautomatiseerd aanleveren. Hiermee maken we de registratie nog efficiënter. Wil je hier gebruik van maken, dan moet de zorgaanbieder enkele aanpassingen doorvoeren in de software. Neem hiervoor [contact](mailto:referentieproducten@vektis.nl) met Vektis op via [referentieproducten@vektis.nl](mailto:referentieproducten@vektis.nl). Vermeld in de onderwerpregel 'wachttijden automatisch leveren', zodat we ervoor kunnen zorgen dat je de benodigde informatie snel ontvangt.

**Definities** (zie ook de veel gestelde vragen op <https://www.vektis.nl/wachttijden-registreren/wachttijden-registreren-ggz> )

**V12: Wat voor soort cijfers moet ik aanleveren over het aantal wachtenden?**

Er worden twee verschillende aantallen opgevraagd. Ten eerste levert u het actueel totaal aantal wachtenden aan op concernniveau. Ten tweede levert u retrospectief bij de aanlevering van wachttijd in weken ook het aantal patiënten mee waarop de berekening van de wachttijd in weken is gebaseerd. Dat is eenvoudigweg bij iedere cel op het huidige format een extra cel daarnaast waarin wordt aangegeven op welk aantal het berekende getal is gebaseerd. Dat is nodig om de hotspotrapportage zuiver te kunnen maken. De retrospectieve periode is 2 maanden. Voor verdere toelichting: zie de instructies bij Vektis.

**V13: Welke wachtenden tellen we mee?**

Vanuit de wachttijdregeling bekeken worden alle cliënten meegeteld (of ze nu via een crisisdienst binnenkomen, of een wenswachtende zijn, of een no show hebben).

**V14: Moeten de actuele aantallen wachtenden gesplitst worden naar wachtenden voor bGGZ en wachtenden voor sGGZ?**

Het gaat om het totaal, dus de som van s-ggz en basis-ggz.

**V15: hoe operationaliseer ik de ‘datum aanmelding’ en ‘start behandelwachttijd’?**

Veel aanbieders nemen de automatische aanmelddatum (= datum uit digitale verwijstool, zoals Zorgdomein) als basis van de berekening. De definitie in art 1.d gaat echter uit van het eerste moment dat verwijzer of cliënt een afspraak maakt voor het plannen van een intake. In de praktijk zie je dat cliënten soms pas ruim na de Zorgdomein-datum contact opnemen om een afspraak te plannen. Het lijkt niet zuiver om die periode mee te tellen als wachttijd. Deze is immers niet door de aanbieder veroorzaakt. Zuiverder is om de datum van het eerste (telefonische) contact te nemen (indien dat geregistreerd wordt) tussen cliënt en secretariaat waarbij de intakeafpraak wordt vastgelegd. Dit punt wordt besproken in het gebruikersoverleg (NZa en partijen).

**V16: Hoe om te gaan met aanvullende diagnostiek; is dit start behandeling (W2)?**

In het veld is er geen eenduidige afbakening voor welk type contact behoort tot de intakefase en welk type contact behoort tot de behandelfase. Dit wordt besproken in het gebruikersoverleg (NZa en partijen).

**V17: Is het mogelijk om een (reken)voorbeeld te maken van actuele en retrospectieve aantal wachtenden? Zodat zorgaanbieders een beter idee hebben bij hoe ze dat moeten berekenen.**

Nog in te vullen.

## Generalistische Basis GGZ

**V18: wat moeten we doen als het intakecontact tevens het eerste behandelcontact is?**

Als de behandeling direct start na intake dan geldt het volgende:

Stel de aanbieder heeft 20 mensen in de afgelopen 2 maanden op intake gehad en deze allemaal op hetzelfde moment in behandeling genomen.

- De behandelwachttijd is dan voor al deze 20 mensen gelijk aan 0 dagen, en gemiddeld dus ook 0 dagen (afgerond naar boven : 0 weken)

- Het actuele aantal wachtenden voor behandeling is ook 0. Er staan geen mensen te wachten voor behandeling, na intake.
- De instroom bij behandeling kun je gewoon tellen. Het aantal wachtenden waarover de gemiddelde wachttijd is berekend is het aantal personen dat van intake naar behandeling is gegaan, in dit voorbeeld 20.

**V19: Hoe wordt omgegaan met de wachttijden voor het product ‘chronisch’ of voor ‘diagnostiek bij EMDR’ binnen de BGGZ?**

Voor BGGZ geldt dat aanmeld- en behandelwachttijden per vestigingslocatie moeten worden aangeleverd. Daarbinnen is er geen verdere onderverdeling naar de verschillende producten.

## Specialistische GGZ

**V20: Wat is de gehanteerde Treeknorm voor de behandelwachttijd? De scheiding tussen diagnostiek- en behandel fase wil nog weleens onduidelijk zijn.**

De Treeknormen worden beschreven in artikel 7: 4 weken van eerste contact tot start intake, en 10 weken van eerste intake tot start behandeling. In de praktijk wordt vaak gesproken over de totale wachttijd (intake + behandeling). Daarvoor geldt dan een Treeknorm van 4+10=14 weken.

**V21: Is er ook mogelijkheid om bij de retrospectieve aanlevering als optie voor**

**hoofddiagnosegroep ‘nog onbekend’ in te vullen?** In de retrospectieve bepaling vallen veel observaties door waar nog geen diagnose bekend is. Daarvoor kan de verwijzklacht / werkdiagnose gebruikt worden ter opvulling. Hoewel dit in de BI -tool wel in te richten is zijn er vanuit administratief en/of behandelinhoudelijk perspectief toch ook wel wat bedenkingen over. Daarbij komt dat, met uitzondering van ons centrum in plaats X, waar er een onderscheid is tussen een aantal disciplines hoog over (persoonlijkheid, SAS en autisme), deze cliënten allemaal op dezelfde wachtlijst hebben gestaan. De uitsplitsing naar diagnose is dus defacto willekeurig maar vertoont best wat variantie door het grote aantal diagnosegroepen.

Vektis biedt op dit moment niet de mogelijkheid om de hoofddiagnosegroep leeg in te vullen. De optie is om deze patiënten wel mee te tellen, en aan te leveren bij de hoofdgroep Restdiagnoses. Dit wordt weliswaar gedaan, maar is nadrukkelijk **niet** de bedoeling! Restgroep-diagnoses omvatten specifieke diagnoses. Waaronder dissociatieve stoornissen, waar momenteel veel aandacht voor is. Dit moet zeker niet de werkwijze worden / blijven. Dit punt wordt besproken in het gebruikersoverleg.

**V22: Is het correct het actueel aantal wachtenden op behandeling te definiëren als de groep die wel al een intake heeft gehad maar nog geen behandelcontact?** Een andere manier om deze in kaart te brengen is denk ik lastig, maar zoals terecht werd gezegd krijg je daardoor vermoedelijk een overschatting.

Dit punt zal worden meegenomen in het gebruikersoverleg die de evaluatie na Q1-2021 voorbereidt

**V23: Waarom wordt binnen de indeling in diagnosegroepen van de DBC productstructuur nog verder verfijnd (terwijl het zorgclustermodel straks een grovere indeling kent en er daarmee ook een hoger aantal wachtenden per categorie te zien zijn.**

De regeling is vastgesteld. De NZa heeft het verzoek van MIND om deze uitsplitsing op te nemen gewogen. Dit punt zal worden beoordeeld in de evaluatie na Q1-2021.