

Regeldruk in de curatieve zorg

Regels die eenvoudiger kunnen of als overbodig worden ervaren





Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zet zich actief in om de regeldruk binnen onder andere de curatieve zorg te verminderen. TNS Nipo is gevraagd om inzicht te geven in concrete overheidsregels die volgens zorgprofessionals en (staf)medewerkers binnen de curatieve zorg eenvoudiger kunnen of overbodig zijn. Dit door onder hen een vragenlijst uit te zetten waarbij zorgprofessionals zowel problemen als mogelijke oplossingen konden melden. In augustus en september 2015 heeft TNS Nipo deze vragenlijst uitgezet om de volgende vraag te kunnen beantwoorden:

Welke concrete overheidsregels binnen de curatieve zorg zijn overbodig of kunnen volgens zorgprofessionals en (staf)medewerkers eenvoudiger?

Het uitgangspunt van dit onderzoek is om zoveel mogelijk meldingen te verzamelen van regels die in de ogen van zorgprofessionals en (staf)medewerkers eenvoudiger kunnen of overbodig zijn. Op basis van de binnengekomen meldingen is er met een tekstanalyse per sector (eerstelijns- en ketenzorg, ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, curatieve geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelen en medische technologie) een zo concreet mogelijk overzicht gemaakt van thema's waarover de meeste meldingen zijn gedaan. Het doel van dit onderzoek is niet om een representatief beeld te geven van hoe groot de regeldruk is. Wel is het doel om meer inzicht te krijgen in de knelpunten die zorgprofessionals ervaren bij overheidsregels en ook welke mogelijk oplossingen zij zien. Een verdere toelichting van de analyse en de onderzoeksaanpak is te vinden in de onderzoeksverantwoording.

Hieronder volgt per sector een overzicht van regels en thema's die volgens zorgprofessionals en (staf)medewerkers overbodig zijn of eenvoudiger kunnen. Bij een aantal thema's of regels geven we tevens aan wat volgens de doelgroep een (onbedoeld) gevolg is van een specifieke regel of thema.

Curatieve geestelijke gezondheidszorg

- Vasthouden aan DSM-classificaties leidt tot problemen. Een onbedoeld gevolg hiervan is dat zorgprofessionals een alternatieve classificatie gebruiken om toch zorg te kunnen leveren en vergoeding te krijgen voor de geleverde zorg.
- De DSM-diagnose die door de huisarts is opgegeven, bepaalt waar iemand recht op heeft. Daardoor is het niet mogelijk dat de hoofdbehandelaar in de GGZ met een cliënt samen mag bepalen welke behandeling hij/zij krijgt. Een onbedoeld gevolg hiervan is dat er onnodig heen en weer wordt geschakeld tussen cliënt en doorverwijzer.
- De door de NZa vastgestelde maximumtarieven voor zorgverleners met een BIG registratie worden niet door alle zorgverzekeraars gebruikt.
- GZ-psychologen: zij dienen 150% meer uren te werken dan andere zorgverleners. Dit wordt door de betreffende artsen als onrealistisch ervaren.
- De DBC-registratie van zorg in minuten. Suggestie wordt geopperd om op te geven hoeveel behandelingen/verrichtingen zijn gedaan. Dat bespaart in de ogen van zorgprofessionals tijd.
- Het verplicht op bepaalde momenten inzetten van de ROM-meting.
- De eisen aan verwijsbriefjes: bijvoorbeeld dat de datum van de behandeling niet later mag zijn dan de datum van verwijzing.
- Het afschaffen een verplichte verwijsbrief voor huisarts/POH, basis GGZ en specialistische GGZ.

Eerstelijns- en ketenzorg

- BTW betalen over personeelskosten als er wordt samengewerkt met een andere partij. Dit geldt ook voor de BTW-afdracht bij de inkoop van zorg buiten de basiszorg.
- De voorwaarden om een vergoeding van medicatie en/of een hulpmiddel te krijgen, zijn te streng.
- De machtiging voor vergoedingen verbandmiddelen.
- Een verplichte verwijsbrief van de huisarts.
- Regels die de samenwerking tussen huisartsen belemmeren. Bijvoorbeeld; bij onderhandelingen met zorgverzekeraars.
- De plicht om jaarlijks een contract af te sluiten met een zorgverzekeraar.
- Het verplicht los moeten declareren van 'prestaties' en 'geneesmiddelen' bij apothekers.
- Afschaffen van het CIZ en zorgprofessionals zoals de huisarts of wijkverpleegkundige de indicatie laten stellen.
- De prescriptieregel bij apothekers.

Geneesmiddelen en medische technologie

- BNG-tarief: splitsen van 1e uitgifte zorg- tarief en aflevertarief, dit zorgt voor veel onbegrip en wantrouwen bij patiënten.
- Het beleid dat er voor zorgt dat zorgverzekeraars zelf mogen beslissen welke geneesmiddelen en hulpmiddelen ze willen vergoeden. Dit zorgt voor veel onduidelijkheid. Voorbeeld uit de praktijk: zaken die in eerste instantie wel lijken te worden vergoed door een zorgverzekeraar worden soms, met terugwerkende kracht, alsnog afgekeurd.
- Opiumwetadministratie waardoor opiumwetrecepten zonder origineel recept niet mogen worden afgeleverd. Het blijkt in de praktijk niet werkbaar om te werken zonder geldigheid van fax of elektronische recepten.
- De vele en verschillende ZN-formulieren voor machtigingen van geneesmiddelen en hulpmiddelen die apothekers gebruiken. Deze verplichting door NZa en zorgverzekeraars zorgt voor wantrouwen vertraging.
- Preferentiebeleid zorgt voor veel onduidelijkheid en logistieke belasting bij apothekers. Dit resulteert in verlaging van de therapietrouw en onnodige kosten.
- De groei aan verplichte certificaten voor apotheken.

Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg

- Registreren van DBC/DOT/ICD-10 geeft grote administratieve last. De ICD-10 codering kost tijdens spreekuur extra tijd wat direct ten koste gaat van de tijd voor de patiënt.
- Grote overlap van regels vanuit IGZ, ministerie, verzekeraars, beroepsgroepen en NZa.
- Adhoc regels vanuit de IGZ die na een bepaald incident direct worden ingevoerd. Deze worden gezien als ondoordacht en niet praktisch.
- Prestatie-indicatoren kosten veel tijd maar geven niet werkelijk de kwaliteit van zorg weer omdat het in de praktijk zeer situatieafhankelijk is.
- Regels die gelden voor het indienen en uitvoeren van patiëntgebonden onderzoek.



Onderzoeksverantwoording

Veldwerk

- De doelgroep van het onderzoek zijn zorgprofessionals en (staf)medewerkers werkzaam binnen de curatieve gezondheidszorg. Er is in dit onderzoek een onderscheid gemaakt tussen de volgende sectoren: eerstelijns- en ketenzorg, ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, curatieve geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelen en medische technologie.
- In totaal hebben 1282 respondenten meegedaan aan het onderzoek. TNS Nipo beschikt over een eigen panel met daarin zorgprofessionals die bereid zijn om deel te nemen aan onderzoek. Onder deze groep zijn in totaal 3981 zorgprofessionals aangeschreven. Van deze groep deden 611 respondenten mee aan het onderzoek. Dit komt neer op een responspercentage van 15,3%. In totaal is er één reminder verzonden naar deze groep.
- Hiernaast is er aan zorgprofessionals gevraagd om de link naar de vragenlijst door te sturen naar collega's en relaties in hun netwerk die ook werkzaam zijn binnen de curatieve zorg. Ook heeft het ministerie van VWS een email gestuurd naar koepelorganisaties met daarin het verzoek om de link naar de vragenlijst te verspreiden. Door deze acties hebben nog eens 671 zorgprofessionals aan het onderzoek deelgenomen wat neerkomt op een totaal netto aantal van 1282.
- Het veldwerk is online uitgevoerd en heeft plaatsgevonden in de periode van 7 augustus 2015 tot en met 10 september 2015.

Analyse

De kern van het onderzoek bestond uit een open vraag waarin we de respondenten vroegen welke overheidsregels in hun optiek overbodig of ingewikkeld zijn. Er is om een aantal redenen gekozen om niet met gesloten vragen te werken:

- De curatieve zorg kent verschillende sectoren die ieder met verschillende overheidsregels te maken hebben.
- Niet alle zorgprofessionals en (staf)medewerkers zijn even goed op de hoogte van de regels die er zijn.
- Het doel was om een open inventarisatie te maken en zorgprofessionals en (staf)medewerkers zoveel mogelijk ruimte te geven om vanuit hun dagelijkse praktijk aan te geven welke regels eenvoudiger kunnen of overbodig zijn.

Voor de analyse van de antwoorden op de vraag welke overheidsregels overbodig of ingewikkeld zijn, is er gebruik gemaakt van 'text mining'. Hiermee kunnen relatieve frequenties van woorden in teksten in kaart worden gebracht. Naast deze standaard vorm van 'text mining', is er in de analyse ook gekeken naar de relaties tussen woorden. Door na te gaan hoe vaak combinaties van woorden (woordclusters) voorkwamen in de antwoorden, hebben we onderwerpen/thema's kunnen ontdekken. In de analyse is er gekozen voor een overzicht van regels/thema's per sector: eerstelijns- en ketenzorg, ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg, curatieve geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelen en medische technologie.

Na deze fase van de analyse zijn de automatisch gegenereerde clusters per sector als 'trechter' gebruikt. Dit om op basis van de grote hoeveelheid open antwoorden, concrete regels/thema's te destilleren. Dit is gedaan door handmatig na te gaan welke samenhang door respondenten is genoemd. In deze fase van de analyse is er vooral gekeken naar specifieke thema's/instanties die in combinatie met andere thema's zijn genoemd. Op deze wijze is er per woordcluster naar de ruwe data (open antwoorden) gekeken en geanalyseerd in welke context de woorden uit de clusters worden genoemd. Op basis van deze antwoorden is vervolgens de vertaling gemaakt naar concrete regels of thema's.