



Onderdeel van  
CQT Zorg & Gezondheid

 **Q-Consult zorg**

**Rapportage**

# **Vervolgonderzoek Merkbaarheidsscan Huisartsen**

Noortje Molenaar & Joanne Amse

5 september 2017

# Inhoud

- 1. Aanleiding en doelstelling onderzoek**
- 2. Onderzoeksopzet**
- 3. Onderzoeksresultaten**
  - Voorschrijven genees- en hulpmiddelen
  - Verwijzingen
  - Declaratieverkeer
  - Overige maatregelen
- 4. Conclusies**
- 5. Aanbevelingen**

**Bijlage 1. Knelpunten geïnccludeerd in huidig onderzoek**

**Bijlage 2. Nieuwe/andere knelpunten**

# 1. Aanleiding en doelstelling onderzoek

# Aanleiding

## Uitkomsten eerder onderzoek

### Merkbaarheidsscan Eerstelijns (Mei 2017)

- Begin 2017 heeft Q-Consult Zorg voor het ministerie van VWS een Merkbaarheidsscan Eerstelijns uitgevoerd.
- In de merkbaarheidsscan is onder andere onderzocht in hoeverre de maatregelen genomen in het kader van 'Het roer gaat om' hebben geleid tot een vermindering van de ervaren regeldruk bij huisartsen.

### Opmerkelijke uitkomsten eerder onderzoek

- Uit de enquête van het eerdere onderzoek (n = 200) kwamen enkele opmerkelijke uitkomsten:
  - 76% van de huisartsen ervaart (nog) geen vermindering van de regeldruk n.a.v. de genomen maatregelen.
  - 86% van de huisartsen is wel bekend met de genomen maatregelen.
- Uit de onderzoeksdata valt niet te verklaren waarom deze grote groep huisartsen (nog) geen effect ervaart van de genomen maatregelen t.a.v. de ervaren regeldruk.

# Doelstelling

## Huidig onderzoek

### Doelstelling

Het doel van het onderzoek is:

*“Meer inzicht verkrijgen in de oorzaken waarom een grote groep huisartsen (nog) geen effect ervaart van de genomen maatregelen in het kader van ‘Het roer gaat om’ ter vermindering van de ervaren regeldruk.”*

In bijlage 1 zijn de maatregelen weergegeven die geïnccludeerd zijn in het huidige onderzoek.

### Deelvragen

Om meer inzicht te verkrijgen in de oorzaken waarom een grote groep huisartsen (nog) geen effect ervaart van de genomen maatregelen, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- Welke oorzaken zijn mogelijk van invloed geweest op het wel/niet ervaren van het effect van de genomen maatregelen ter vermindering van de regeldruk?
- Wat zijn aanbevelingen om de effecten van de maatregelen te vergroten?

## 2. Onderzoeksopzet

# Plan van aanpak (1)

De onderzoeksopzet bestond uit de volgende stappen:



Gedurende het onderzoek heeft een afvaardiging van de branchepartijen bijgedragen aan het onderzoek middels het aanleveren van contactgegevens van huisartsen en zorgverzekeraars voor de interviews en het geven van feedback op de conceptrapportage. Deze afvaardiging bestond uit een vertegenwoordiging van ZN, VGZ, NZa, LHV, VPH, InEén, NHG en het ministerie van VWS.



# Plan van aanpak (2)

## Keuze steekproef

- Huisartsen zijn benaderd via brancheverenigingen (LHV en VPH) en het eigen netwerk Q-Consult Zorg. Zorgverzekeraars zijn benaderd via ZN.
- Bij de samenstelling van de steekproef van de huisartsen is rekening gehouden met de volgende aspecten:
  - Huisartsen in een groepspraktijk vs. huisartsen in een solopraktijk
  - Huisartsen die alleen patiënten behandelen vs. huisartsen met (kennis van) neventaken zoals inkoop en declaratie
  - Spreiding van huisartsen over Nederland
  - Aantal werkzame jaren als huisarts
- Bij het selecteren van de te interviewen zorgverzekeraars is met name gekeken naar de functie en de kennis over de inkoop, declaratie en contractering.
- Vanwege het kwalitatieve, verdiepende karakter van dit onderzoek is gekozen voor een beperkte steekproef onder de huisartsen en zorgverzekeraars. Hiermee wordt een algemeen beeld geschetst en wordt niet getracht uitputtend te zijn.

## Uitvoering interviews

- Kwalitatief onderzoek middels 11 interviews met huisartsen en 3 interviews met zorgverzekeraars (medewerker backoffice en inkopers).
- Afhankelijk van de taken die de huisarts en zorgverzekeraar uitvoert en de bekendheid met de maatregelen, zijn enkele of alle maatregelen in het kader van 'Het roer gaat om' besproken.
- Interviews zijn telefonisch afgenomen in de periode 1 augustus 2017 t/m 17 augustus 2017. De gemiddelde duur van de interviews was 45 minuten.
- Het doel van de interviews met huisartsen en zorgverzekeraars is het achterhalen bij welke maatregelen huisartsen geen verbetering ervaren ten aanzien van de regeldruk en wat hiervan de oorzaak is.

# Analyse (1)

- De mogelijke oorzaken van het niet-merken van het effect van de maatregelen zijn gerangschikt naar de vier categorieën oorzaken van de PRISMA-methodiek (**P**revention **R**ecovery **I**nformation **S**ystem for **M**onitoring and **A**nalysis).
  - Organisatorische oorzaken
  - Menselijke oorzaken
  - Technologische oorzaken
  - Overige oorzaken
- De PRISMA-methodiek is een veel gebruikte methodiek voor systematische (incidenten)analyse. De methodiek is bij uitstek geschikt om trends en patronen te constateren in oorzaken van incidenten en/of terugkerende gebeurtenissen op basis van kwalitatieve gegevens.
- In de tabel op de volgende sheets is een overzicht weergegeven van de mogelijke hoofd- en suboorzaken van het niet-merken van het effect van de maatregelen die als uitgangspunt hebben gediend voor de analyse.

# Analyse (2)

Hoofdoorzaak	Suboorzaak	Oorzaak	Uitleg oorzaak
Organisatie	Intern	TVB's	De administratieve handeling wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel met name merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).
		Frequentie inzetten waarnemers	De huisarts maakt niet/nauwelijks gebruik van waarnemers.
	Extern	Aantal preferente zorgverzekeraars	De huisarts heeft maar één preferente zorgverzekeraar
		Keten - ziekenhuis	Het ziekenhuis is niet bekend met de maatregel.
		Keten - GGZ	De GGZ is niet bekend met de maatregel.
		Keten - apotheek	De apotheek is niet bekend met de maatregel.
		Keten - hulpmiddelenleverancier	De hulpmiddelenleverancier is niet bekend met de maatregel.
		Keten - paramedici	De paramedici zijn niet bekend met de maatregel.
		Keten - interne communicatie	De maatregel vraagt om afstemming binnen de organisatie waardoor nog niet iedereen op de hoogte is van de maatregel.
		Verschillen tussen zorgverzekeraars	De maatregel is verschillend geïmplementeerd per verzekeraar.
		Invoering Wmo	De maatregel loopt door elkaar met de invoering van de Wmo
Mens	Gedrag	Pro-activiteit - huisarts	De huisarts gaat niet op zoek naar de bron van het probleem en/of spreekt de ander niet aan.
		Verminderen administratieve last voor patiënt	De huisarts wil de patiënt niet belasten met de wijziging t.a.v. de maatregel
		Eigen werkwijze	De huisarts heeft lokale/regionale werkafspraken die samenhangen met de maatregel waardoor de administratieve last m.b.t. de maatregel minder is.
	Kennis	Informatie verkrijgen	De maatregel is niet bekend bij de huisarts, omdat hij/zij niet actief kennis heeft genomen van de nieuwe maatregel/nieuwe werkwijze (ontvanger)
		Informatie verstrekken	De maatregel is niet bekend bij de huisarts, vanwege onvolledige, niet tijdige en/of onduidelijke overdracht van informatie (verzender).
	Ervaring & gewenning	Ervaring uit het verleden	De huisarts merkt dat maatregel in de praktijk niet werkt.
		Gewenning	De huisarts moet merken dat er een nieuwe werkwijze is ingevoerd door terug te krijgen dat het nog niet goed loopt.

\* TVB's = Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

# Analyse (3)

Hoofdoorzaak	Suboorzaak	Oorzaak	Uitleg oorzaak
Technologie	Automatisering	Maatregel geautomatiseerd	De impact van de maatregel is niet/nauwelijks merkbaar door ondersteuning van het HIS.
		Functioneren automatisering	De maatregel is geautomatiseerd, maar blijkt in de praktijk toch nog wel is niet goed te werken.
Overig	Tijd & frequentie	Frequentie impact maatregel	De maatregel heeft maar één keer per jaar effect en heeft daarom minder impact op de ervaren regeldruk.
		Tijdstip invoering maatregel	De maatregel is pas onlangs ingevoerd door overheid of verzekeraar.
	Verduidelijking werkwijze	Geen verandering in werkwijze, enkel verduidelijking	De maatregel betreft geen verandering in werkwijze, enkel een verduidelijking van reeds gemaakte afspraken.
	Patientpopulatie	Frequentie patientpopulatie	De maatregel heeft met name impact op een bepaalde patientpopulatie die zich (niet) frequent aandient bij de desbetreffende huisartsenpraktijk, b.v. ouderen.
	Associatie	Associatie specifiek product	De huisartsen hebben een negatieve of neutrale associatie met de maatregel, omdat zij administratieve lasten ervaren ten aanzien van een specifiek product.

## 3. Onderzoeksresultaten

# Inleiding

Op de volgende pagina's worden de onderzoeksresultaten van het onderzoek gepubliceerd. Er wordt gestart met een korte schets van de interviewees.

Na de schets van de interviewees worden per thema de volgende onderwerpen uitgelicht:

- Belangrijkste oorzaken van het niet merkbaar zijn van de effecten van de maatregel (organisatorisch, menselijk, technologisch en overig)
- Voorbeelden m.b.t. individuele maatregelen

De visie van de huisartsen en zorgverzekeraars over de oorzaken van het niet merkbaar zijn van de effecten van de maatregelen is vergelijkbaar. Daarom is ervoor gekozen om in de presentatie van de resultaten geen onderscheid te maken tussen de resultaten van beide groepen.

# Kenmerken interviewees

## Interviewees huisartsen

De steekproef van de 11 geïnterviewde huisartsen is als volgt samengesteld:

- 0 – 30 jaar ervaring als huisarts.
- 6 groepspraktijken, 3 solopraktijken, 1 waarnemer, 1 POH.
- 8 huisartsen met directe (kennis van) neventaken, zoals inkoop en declaratie, 3 huisartsen zonder directe (kennis van) neventaken.
- Gebruik van diverse HIS-systemen, waaronder Medicom, Promedico ASP, MicroHis X en MIRA.

## Interviewees zorgverzekeraars

De 3 geïnterviewde medewerkers van zorgverzekeraars zijn als volgt te omschrijven:

- Afkomstig van twee zorgverzekeraars.
- Administratief relatiebeheerder, eerste zorginkoper, zorginkoper integrale zorg.
- Allen bekend met administratieve processen, zoals contractering en declaratie.

# Verschillen in beleving regeldruk

De beleving t.a.v. regeldruk verschilt per huisarts. Sommige huisartsen geven aan dat het er bij hoort als praktijkhouder. Andere huisartsen benadrukken de toenemende regeldruk. Deze verschillende beelden kunnen mede de ervaren regeldruk beïnvloeden.

*Huisarts 1: "Huisartsen zijn in het huidige zorglandschap zorgverlener én ondernemer met de bijbehorende randvoorwaarden en administratie. Er zijn veel regels aan verbonden. Dit gaat niet veranderen. Hierbij moet je je afvragen: Doe je alles zelf of kun je hierover werkafspraken maken en/of afstemming zoeken met andere (collega-)huisartsen? Als je deze regels niet aan kan, ga dan in loondienst. Veel huisartsen zijn niet geschikt voor een solopraktijk."*

*Huisarts 2: "De praktijkbelasting wordt steeds groter vanwege: 1) steeds meer complexe en veeleisende vragen van patiënten, de zorgvraag wordt langer, complexer en veeleisender. 2) Steeds meer ouderen, de zorg complexer. Toename van aantal ouderen wordt het moeilijker, 3) steeds meer multidisciplinair overleg. Intern bij gemeente ook nog ontbreken van kennis over zorgpraktijk. Er is geen erkenning en begrip voor de ontwikkelingen."*



# **A. Voorschrijven genees- en hulpmiddelen**

# Onderzoekresultaten

## Maatregel 1. Medische noodzaak

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten (externe organisatie)**
  - De apotheek is niet bekend met de maatregel.

### Menselijke oorzaken

- **Eigen werkwijze**
  - De huisarts heeft lokale/regionale werkafspraken die samenhangen met de maatregel waardoor de impact van de maatregel minder is.

#### **Maatregel 1. Medische noodzaak – Generiek voorschrijven**

*Huisarts 1: "We schreven ook al voor de invoering van de maatregel veel medicatie generiek voor. Hierdoor is er bij ons niet veel veranderd en ervaren wij hiervan geen administratieve last."*

**Oorzaak: Eigen werkwijze**

# Onderzoekresultaten

## Maatregel 2. Speciale voeding en dieetpreparaten

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Interne organisatie**
  - De administratieve handeling wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel met name merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).
- **Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten (externe organisatie)**
  - De hulpleverancier is niet bekend met de maatregel.
  - De paramedici zijn niet bekend met de maatregel.
  - De maatregel is verschillend geïmplementeerd per verzekeraar.

### Overige oorzaken

- **Associatie specifiek product**
  - De huisartsen hebben een negatieve of neutrale associatie met de maatregel, omdat zij administratieve lasten ervaren ten aanzien van een specifiek product, in dit geval het aanvragen van bijvoeding (Nutridrink).

### **Maatregel 2. Speciale voeding en dieetpreparaten – Eigen leveranciers**

*Huisarts 1: "Verschillende verzekeraars hebben verschillende afspraken gemaakt met (eigen) leveranciers. Het werkt bij elke verzekeraar weer anders met machtigingen, verwijzingen naar de apotheek, vergoedingen, formulieren, etc. Het kost veel tijd om op de websites van de zorgverzekeraars deze afspraken te achterhalen.*

**Oorzaak: Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten**

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 3. Geneesmiddelen in Baxter-rol

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Menselijke oorzaken

- **Eigen werkwijze**
  - De huisarts heeft lokale/regionale werkafspraken die samenhangen met de maatregel waardoor de impact van de maatregel minder is.

#### **Maatregel 3. Geneesmiddelen in Baxter-rol – Eigen overzicht Baxtermedicatie**

*Huisarts 1: "Wij draaien periodiek extra controlelijsten uit van de apotheker voor complexe patiënten met complexe casuïstiek die gebruik maken van geneesmiddelen in een Baxter-rol. Wij doen dan geen controle op grove fouten, maar meer een algemene check op medicatie en baxters. Dit doen wij voornamelijk om overzicht te houden. Op deze manier hebben wij dus onze eigen check op de Baxterrol, los van de maatregel."*

**Oorzaak: Eigen werkwijze**

### Overige oorzaken

- **Patiëntpopulatie**
  - De maatregel heeft met name impact op een bepaalde patiëntpopulatie die zich (niet) frequent aandient bij de desbetreffende huisartsenpraktijk, namelijk ouderen.

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 4. Gespecificeerde geneesmiddelen

De volgende oorzaak is genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Technologische oorzaken

- **Automatisering**
  - De impact van de maatregel is niet/nauwelijks merkbaar door ondersteuning van het HIS.

#### ***Maatregel 4. 23 gespecificeerde geneesmiddelen – HIS Medicom***

*Huisarts 1: "Wij werken met Medicom. Hierin vult het systeem na de probleemanalyse en het recept de ICPC code automatisch in. Wij hoeven dit niet zelf in te vullen."*

***Oorzaak: Automatisering***

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 5. Stoppen met roken medicatie

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

#### Interne organisatie

- De administratieve handeling wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel met name merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).

### Overige oorzaken

#### Patiëntpopulatie

- De maatregel heeft met name impact op een bepaalde patiëntpopulatie die zich (niet) frequent aandient bij de desbetreffende huisartsenpraktijk, namelijk rokers.

**Maatregel 5. Stoppen met roken-medicatie – Verdeling taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden**

*Huisarts 1: "In het eerste jaar begeleid je minder patiënten met dit soort dingen. Op het gebied van motiverende gespreksvoering moet je hiervoor meer in thuis zijn. Ook worden de SMR-gesprekken meer uitgevoerd door praktijkondersteuners."*

**Oorzaak: Interne organisatie**

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 6. Verbandmiddelen langdurige wondzorg

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten (externe organisatie)**
  - De apotheek is niet bekend met de maatregel.
  - De maatregel is verschillend geïmplementeerd per verzekeraar (zie quote maatregel 2).

### Overige oorzaken

- **Patiëntpopulatie**
  - De maatregel heeft met name impact op een bepaalde patiëntpopulatie die zich (niet) frequent aandient bij de desbetreffende huisartsenpraktijk, namelijk ouderen.

**Maatregel 6. Verbandmiddelen langdurige wondzorg – Vestigingsplek huisarts**

*Huisarts 1: "Wij zijn een praktijk in opbouw. Wij zijn gevestigd in een VINEX-wijk met relatief weinig ouderen en veel jongeren en gezinnen. Wij hebben hier dus nog niet zoveel mee te maken gehad."*

**Oorzaak: Patiëntpopulatie**

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 7. Hulpmiddelen chronische aandoeningen (1)

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten (externe organisatie)**
  - De hulpmiddelenleverancier is niet bekend met de maatregel.
  - De maatregel is verschillend geïmplementeerd per verzekeraar (zie quote maatregel 2).
  - De maatregel loopt door elkaar met de invoering van de Wmo.

#### ***Maatregel 7. Hulpmiddelen chronische aandoeningen – Incontinentiemateriaal***

*Huisarts 1: "Een patiënt wil incontinentiemateriaal. De huisarts gaat de apotheek bellen om te kijken waar iemand verzekerd is en welke firma gecontacteerd moet worden. We hebben dit eerst zelf bijgehouden maar dit verandert zo snel, dus het heeft geen zin om zelf bij te houden. Nu bellen we dus elke keer de apotheek om te overleggen. Ook speelt mee dat dit soort zaken maar voor korte duur worden voorgeschreven."*

***Oorzaak: Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten***



# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 7. Hulpmiddelen chronische aandoeningen (2)

### Overige oorzaken

- **Tijd & frequentie**
  - De maatregel heeft maar één keer per jaar effect en heeft daarom minder impact op de ervaren regeldruk.
- **Patiëntpopulatie**
  - De maatregel heeft met name impact op bepaalde patiëntpopulaties (namelijk ouderen) en de huisarts bedient deze groep niet.

## B. Verwijzingen

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 8. Vereiste informatie verwijsbrief

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Technologische oorzaken

#### Automatisering

- De impact van de maatregel is niet/nauwelijks merkbaar door ondersteuning van het HIS.

### Overige oorzaken

#### Verduidelijking werkwijze

- De maatregel betreft geen verandering in werkwijze, enkel een verduidelijking van reeds gemaakte afspraken

#### **Maatregel 8. Vereiste informatie verwijsbrief – Wat is er veranderd?**

*Huisarts 1: "De informatie staat al automatisch in de verwijsbrief. We werken veel meer met Zorgdomein (doorkoppeling van het HIS). Hierin maak je een verwijsbrief die alle benodigde informatie uit het HIS haalt en die online verstuurd wordt naar de patiënt. Op de verwijsbrief staan aanwijzingen voor de patiënt en/of de actie die de patiënt moet ondernemen, bijv. "U wordt gebeld" of "U moet zelf bellen".*

*Huisarts 2: "Dit was al geen probleem en is nu ook geen probleem. Ik herken de verbetering niet."*

**Oorzaak: Automatisering & verduidelijking werkwijze**

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 9. Afgeven verwijzing

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten (externe organisatie)**
  - Het ziekenhuis is niet bekend met de maatregel.

### Menselijke oorzaken

- **Vermindering administratieve last voor patiënt**
  - De huisarts wil de patiënt niet belasten met de wijziging t.a.v. de maatregel.

#### **Maatregel 9. Afgeven verwijzing – (Jaarlijkse) controle**

*Huisarts 1: "Alle verwijzingen waarbij er geen klinische beslissing plaatsvindt, zou ik niet hoeven te tekenen. Ik doe hier helemaal niks bij, behalve de administratieve handeling. Ik ben wel bevoegd, maar ik heb het zelf niet bedacht, bijv. de jaarlijkse controle van de logopedist, de oogarts of KNO-arts"*

*Huisarts 2: "Dit gaat nog redelijk vaak fout, met name in relatie tot patiënten met late complicaties na bijvoorbeeld een operatie. Wanneer een complicatie kort na de operatie optreedt dan weet de patiënt nog dat hij bijvoorbeeld contact op moet nemen met de internist. Als dit langer geleden is dan zegt het ziekenhuis dat er een nieuwe verwijzing nodig is van de huisarts."*

**Oorzaak: Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten**

# Onderzoekresultaten

## Maatregel 10. Verwijzen specialistische GGZ (1)

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten (externe organisatie)**
  - De GGZ is niet bekend met de maatregel.

### Menselijke oorzaken

- **Pro-activiteit huisarts**
  - De huisarts gaat niet op zoek naar de bron van het probleem en/of spreekt de ander niet aan.
- **Vermindering administratieve last voor patiënt**
  - De huisarts wil de patiënt niet belasten met de wijziging t.a.v. de maatregel.

### Overige oorzaken

- **Tijd & frequentie**
  - De maatregel is pas onlangs ingevoerd door overheid of verzekeraar.

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 10. Verwijzen specialistische GGZ (2)

### **Maatregel 10. Verwijzen specialistische GGZ – Kennis en toepassing van de maatregel**

*Huisarts 1: "De GGZ is onbekend met de maatregel. De kennis mist dat ze de aanpassing van BGGZ naar SGGZ of andersom zelf mogen doen, waardoor patiënten actief zelf worden terugverwezen naar de huisarts. In de praktijk merk ik dat als patiënten van de BGGZ naar de SGGZ gaan, dat ze dan weer bij mij terugkomen."*

*Huisarts 2: "Het wordt nog bij herhaling gevraagd. Ik pas mij dan aan en schrijft een nieuw formulier uit met juiste bewoording. Je wilt de patiënt er niet mee belasten en doet het daarom zelf maar."*

**Oorzaak: Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten & pro-activiteit**

## C. Declaratieverkeer

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 11. Foutief afgewezen declaraties

## Maatregel 12. Foutief afgewezen gecombineerde declaraties (1)

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Interne organisatie**
  - De administratieve handeling wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel met name merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).
- **Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten (externe organisatie)**
  - De maatregel is verschillend geïmplementeerd per verzekeraar.
  - De maatregel vraagt om afstemming binnen de organisatie waardoor nog niet iedereen op de hoogte is van de maatregel.

#### **Maatregel 11 & 12. Foutief afgewezen (gecombineerde) declaraties – Zorgadministratie**

*Huisarts 1: "Het declaratieverkeer is belegd bij de financiële administratie (zorgadministratie). Wij doen zelf de controles of het klopt of niet. De zorgadministratie doet de controle met de zorgverzekeraar. Ik zie zelf de afwijzingen niet."*

*Huisarts 2: "Wij hebben hier met name last van met kleine verzekeraars. Grote verzekeraars keuren het over het algemeen wel goed."*

**Oorzaak: Interne organisatie**



# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 11. Foutief afgewezen declaraties

## Maatregel 12. Foutief afgewezen gecombineerde declaraties (2)

### Menselijke oorzaken

- **Pro-activiteit huisarts**
  - De huisarts gaat niet op zoek naar de bron van het probleem en/of spreekt de ander niet aan.
- **Kennis**
  - De maatregel is niet bekend bij de huisarts, omdat hij/zij niet actief kennis heeft genomen van de nieuwe maatregel/nieuwe werkwijze (ontvanger).
  - De maatregel is niet bekend bij de huisarts, vanwege onvolledige, niet tijdige en/of onduidelijke overdracht van informatie (verzender).
- **Gewenning en ervaring**
  - De huisarts moet merken dat er een nieuwe werkwijze is ingevoerd door terug te krijgen dat het nog niet goed loopt.
  - De huisarts merkt dat maatregel in de praktijk niet werkt.

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 11. Foutief afgewezen declaraties

## Maatregel 12. Foutief afgewezen gecombineerde declaraties (3)

### **Maatregel 11 & 12. Foutief afgewezen (gecombineerde) declaraties – Gemak**

*Huisarts 1: "We boeken het tweede consult op de volgende dag om van het gedonder af te zijn en geen terugkoppeling van afwijzing te ontvangen."*

**Oorzaak: Pro-activiteit huisarts**

### **Maatregel 12. Foutief afgewezen gecombineerde declaraties – Maatregel implementeren**

*Verzekeraar 1: "Bij meerdere contacten op 1 dag moet je het advies van het 'Het roer gaat om' volgen en alle contacten in 1 declaratiebestand invullen. Doe je dit niet (namelijk de contacten verdelen in meerdere bestanden), dan worden de declaraties afgewezen. In het begin zorgt dit voor irritaties, maar na enkele afwijzingen hebben huisartsen door hoe het werkt en komt het minder voor."*

**Oorzaak: Gewenning en ervaring**

# Onderzoekresultaten

## Maatregel 13. Foutief afgewezen declaraties inschrijftarief en moduletarief

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Interne organisatie**
  - De administratieve handeling wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel niet merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).

### Technologische oorzaken

- **Automatisering**
  - De maatregel is geautomatiseerd, maar blijkt in de praktijk toch nog weleens niet goed te werken.

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 14. Declaraties waarnemers

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Interne organisatie**
  - De administratieve handeling wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel met name merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).
  - De huisarts maakt niet of nauwelijks gebruik van waarnemers.

### Technologische oorzaken

- **Automatisering**
  - De impact van de maatregel is niet/nauwelijks merkbaar door ondersteuning van het HIS.

**Maatregel 14. Declaraties waarnemers – Frequentie inzetten waarnemers**

*Verzekeraar 1: "Het effect verschilt in hoeverre je veel waarnemers inzet als huisarts zijnde."*

**Oorzaak: Interne organisatie**

# Onderzoekresultaten

## Maatregel 15. Afgewezen declaraties overstap zorgverzekeraar (1)

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Interne organisatie**
  - De administratieve handeling wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel niet merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).

### Overige oorzaken

- **Verduidelijking werkwijze**
  - De maatregel betreft geen verandering in werkwijze, enkel een verduidelijking van reeds gemaakte afspraken

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 15. Afgewezen declaraties overstap zorgverzekeraar (2)

### **Maatregel 15. Afgewezen declaraties overstap zorgverzekeraar**

*Huisarts 1: "We voeren eerst een ION-check/COV-check uit voordat de declaratie wordt uitgevoerd. Begin januari is het nog een potje. Na doorloop van de checks worden de declaraties eind januari verstuurd. Als we het eerder doen dan is het teveel werk met crediteren en opnieuw declareren."*

*Verzekeraar 1: "We adviseren huisartsen om in januari pas aan het einde van de maand te declareren."*

*Verzekeraar 2: "De patiënt kan hele maand januari gebruiken om te switchen. Dan heb je een probleem als huisarts."*

**Oorzaak: Beleid & Patiëntpopulatie**

## D. Overige maatregelen

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 16. Digitaal volgsysteem

De volgende oorzaak is genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Technologische oorzaken

- **Automatisering**
  - De maatregel is geautomatiseerd, maar blijkt in de praktijk toch nog niet goed te werken.

#### ***Maatregel 16. Digitaal volgsysteem***

*Huisarts 1: "Voor nieuwe modules kun je kruisjes zetten bij andere verzekeraars dat zij die module ook moeten vergoeden. Soms dan heb je een vinkje gezet, maar dan gaat de declaratie toch niet goed. Hier moet je weer achteraan bellen."*



# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 17. Afgewezen declaratie indicatie Wlz

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Overige oorzaken

- **Tijd & frequentie**
  - De maatregel is onlangs pas ingevoerd door overheid of verzekeraar.
- **Patiëntpopulatie**
  - De maatregel heeft met name impact op een bepaalde patiëntpopulatie die zich (niet) frequent aandient bij de desbetreffende huisartsenpraktijk, namelijk nieuwe Wlz-cliënten.

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 18 t/m 20. Overige maatregelen (1)

De overige maatregelen betreffen het aanleveren informatie zorginkoop (maatregel 18), de contracten zorgverzekeraars (maatregel 19) en de kwaliteitsindicatoren ketenzorg (maatregel 20).

De volgende oorzaken zijn genoemd voor het niet-merken van de effecten van de maatregel:

### Organisatorische oorzaken

- **Interne organisatie**
  - De administratieve handeling wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel met name merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).
- **Bekendheid, afstemming en implementatie in de keten (externe organisatie)**
  - De huisarts heeft maar één preferente zorgverzekeraar

### Overige oorzaken

- **Tijd & frequentie**
  - De maatregel is onlangs pas ingevoerd door overheid of verzekeraar.
- **Verduidelijking werkwijze**
  - De maatregel betreft geen verandering in werkwijze, enkel een verduidelijking van reeds gemaakte afspraken

# Onderzoeksresultaten

## Maatregel 18 t/m 20. Overige maatregelen (2)

### **Maatregel 19. Contracten zorgverzekeraars – Tijdstip van invoeren**

*Verzekeraar 1: "Huisartsen met meerdere verzekeraars hebben het meeste baat bij het hanteren van uniforme contracten waarin gekozen wordt voor één formulering van artikelen waar iedereen mee te maken heeft. De contracten voor 2016/2017 waren echter reeds afgesloten ten tijde van de invoering van de maatregel. Met de inkoop van 2018 zal het effect van deze maatregel dus pas zichtbaar zijn."*

**Oorzaak: Tijd & frequentie**

### **Maatregel 20. Kwaliteitsindicatoren – Taken verantwoordelijken en bevoegdheden**

*Huisarts 1: "Deze informatie draai ik niet zelf uit. POH's doen hierin de voorbereiding."*

**Oorzaak: Interne organisatie**

## 4. Conclusies

# Inleiding

Het doel van het onderzoek is:

*“Meer inzicht verkrijgen in de oorzaken waarom een grote groep huisartsen (nog) geen effect ervaart van de genomen maatregelen in het kader van ‘Het roer gaat om’ ter vermindering van de ervaren regeldruk.”*

Op basis van de resultaten kunnen conclusies getrokken worden ten aanzien van het niet merken van de effecten van de maatregelen.

Vanwege het kwalitatieve, verdiepende karakter van dit onderzoek en de beperkte steekproef wordt een algemeen beeld geschetst en wordt niet getracht uitputtend te zijn.

# Conclusie (1)

Op basis van de resultaten kunnen de volgende conclusies getrokken worden waarom een grote groep huisartsen (nog) geen effect ervaart van de genomen maatregelen ter vermindering van de ervaren regeldruk:

- Alle betrokken huisartsen in dit onderzoek zijn **bekend** met het 'Het roer gaat om' en kennen meerdere of alle maatregelen van het programma. Dit komt overeen met het eerdere onderzoek Merkbaarheidsscan Huisartsen (mei 2017). Als reden voor de bekendheid wordt benoemd dat huisartsen regelmatig geïnformeerd zijn over 'Het roer gaat om' via bijvoorbeeld de LHV.
- De meeste huisartsen erkennen dat de (meeste) maatregelen van 'Het roer gaat om' hebben geleid tot een **vermindering van de ervaren regeldruk**.
- Er is **niet één hoofdoorzaak** aan te wijzen waarom huisartsen (nog) geen effect ervaren van de genomen maatregelen ter vermindering van de ervaren regeldruk, ondanks dat de maatregelen wel in gang zijn gezet.
- De **meest genoemde oorzaken** waarom huisartsen (nog) geen effect ervaren van de genomen maatregelen ter vermindering van de ervaren regeldruk waren:
  - De administratieve handeling van de betreffende maatregel wordt niet uitgevoerd door de huisarts zelf, waardoor de impact van de maatregel met name merkbaar is voor ondersteuners van de huisarts (o.a. praktijkondersteuners, assistenten, zorgadministratie).
  - De samenwerkende partijen in de keten rondom de huisartsen (o.a. ziekenhuis, GGZ, apotheek, hulpmiddelenleverancier, paramedici, zorgverzekeraar) zijn niet of onvoldoende bekend met de maatregel, waardoor de oude werkwijze van vóór de maatregel wordt aangehouden.
  - De maatregel is niet volledig geïmplementeerd bij de huisarts dan wel in de keten. Men spreekt elkaar hier niet of onvoldoende op aan, waardoor de oude werkwijze van vóór de maatregel wordt aangehouden.

# Conclusie (2)

De mate waarin de oorzaken waarom een grote groep huisartsen (nog) geen effect ervaart van de genomen maatregelen te beïnvloeden zijn, varieert:

- Een deel van de oorzaken is een **logisch gevolg** van de wijze waarop huisartsen georganiseerd zijn en/of de patiëntenpopulatie die zij bedienen.
  - Deze oorzaken zijn **niet of moeilijk beïnvloedbaar**, waardoor de huisartsen niet of nauwelijks effect ervaren van de genomen maatregelen.
- Een deel van de oorzaken is een gevolg van de **onvolledige implementatie** van de genomen maatregelen bij de huisartsen en/of de ketenpartijen, waardoor de 'oude werkwijze' van vóór de maatregel wordt aangehouden.
  - Deze oorzaken zijn **wel beïnvloedbaar** door daadwerkelijk uitvoering te geven aan de 'nieuwe werkwijze' ten gevolge van de maatregel. Dit geldt zowel voor de huisartsen zelf als de ketenpartijen.

Tevens zal een deel van de effecten van de genomen maatregelen ter vermindering van de ervaren regeldruk pas **het komend jaar merkbaar** worden vanwege het tijdstip van het invoeren en/of de jaarcyclus van de bedrijfsvoering. Dit geldt met name voor de maatregelen betreffende de zorginkoop- en verantwoording.

## 5. Aanbevelingen



# Inleiding

Op basis van de conclusies kunnen aanbevelingen op verschillende niveaus worden gedaan. Ten eerste worden algemene aanbevelingen gedaan om de merkbaarheid van de maatregelen te verhogen. Ten tweede worden aanbevelingen gedaan voor specifieke thema's, maatregelen. Tot slot worden tips gegeven aan huisartsen om de impact van de maatregelen te vergroten.

# Aanbevelingen (1)

Op basis van de conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan om de **merkbaarheid van de maatregelen te verhogen**:

## Algemeen

- Werkgroep: Meer **bekendheid genereren** van de maatregelen bij de organisaties in de **keten**.\*
- Huisartsen en zorgverzekeraars: Het bevorderen van de **feedback- en aanspreekcultuur** tussen de organisaties in de keten\* bij het niet (juist) opvolgen van de getroffen maatregelen om een lerend effect te creëren.
- Huisartsen en zorgverzekeraars: Het bevorderen van het gesprek tussen de organisaties in de keten\* over **het proces, de uitvoering en de gevolgen** van de maatregelen voor hun eigen bedrijfsvoering en elkaars afhankelijkheden hierin.
- Huisartsen en zorgverzekeraars: Indien van toepassing, daadwerkelijk **uitvoering** geven aan de 'nieuwe werkwijze' ten gevolge van de genomen maatregel.
- Werkgroep: De merkbaarheid van de maatregelen met de oorzaak 'Verduidelijking werkwijze' in 2018 **nogmaals evalueren**, omdat dan pas de merkbaarheid van de maatregelen duidelijk wordt in de praktijk.

\* Met organisaties in de keten worden ziekenhuizen, paramedici, GGZ-instellingen, hulpmiddelenleveranciers, apotheken bedoeld.

# Aanbevelingen (2)

## Voorschrijven genees- en hulpmiddelen

- Werkgroep: Uitzoeken in hoeverre de regeldruk rondom bijvoeding (Nutridrink) verminderd kan worden.

## Declaratieverkeer

- LHV: Meer **bekendheid genereren** van de maatregelen betreffende het declaratieverkeer, bijvoorbeeld door de declareerwijzer nogmaals rond te sturen.
- Huisartsen: Het actief **verkrijgen van informatie** over (wijzigingen) in declaratieverkeer.
- Zorgverzekeraars: Onderzoeken hoe huisartsen **effectief geïnformeerd** kunnen worden over (wijzigingen) in declaratieverkeer.
- Huisartsen, zorgverzekeraars en brancheverenigingen: Neem bij het horen van problemen rondom de automatisering van het declaratieverkeer **contact op met de softwareleverancier**.

# Tips voor huisartsen

Hieronder zijn de tips weergegeven die door de interviewees zelf zijn aangedragen om het effect van de genomen maatregelen ter vermindering van de ervaren regeldruk te vergroten:

## **Declaratieverkeer**

- *Zorgverzekeraar: "Maak gebruik van de declaratiewijzer van de LHV om na te gaan wat er wel/niet gedeclareerd kan worden en op welke wijze."*
- *Zorgverzekeraar: "Zorg dat je zo snel mogelijk akkoord geeft op de contracten via Vecozo."*
- *Zorgverzekeraar: "Onderzoek de mogelijkheden voor het gebruik maken van praktijkmanagers vanuit zorgverzekeraars voor het oppakken van de niet-patiëntgebonden zaken."*
- *Zorgverzekeraar: "Neem contact op met zorgverzekeraars bij praktijkoverdracht. Samen kan gekeken worden hoe de administratie zo gemakkelijk mogelijk geregeld kan worden."*

## **Overige maatregelen**

- *Huisarts: "Maak een onderverdeling in deelgebieden tussen huisartsen die verantwoordelijk zijn voor het aanleveren van de algemene, proces gerelateerde informatie en huisartsen die verantwoordelijk zijn voor het aanleveren van de inhoudelijke informatie over patiëntgroepen en ziektebeelden t.b.v. de zorginkoop."*
- *Huisarts: "Maak een handleiding voor collega-huisartsen in de praktijk in begrijpbare taal met minder juridische, bestuurlijke termen voor het aanleveren van de benodigde informatie voor de zorginkoop: Welke modules wil je hebben en welke voorinformatie heb je hiervoor nodig?"*
- *Zorgverzekeraar: "Stap als huisarts over van eenjarige naar tweejarige overeenkomsten, waardoor de piekbelasting aangaande de zorgverkoop beter verdeeld kan worden."*
- *Zorgverzekeraar: "Vraag meer openheid en duidelijkheid over het proces rondom de inkoop van de zorgverzekeraar en zorg dat je aan tafel zit op het moment dat de inhoudelijke discussie gevoerd wordt."*

**Bijlage 1.  
Knelpunten geïnccludeerd in  
huidig onderzoek**

# Knelpunten geïnccludeerd in huidig onderzoek (1)

Knelpunt	Maatregel
<b>A. Voorschrijven van genees- en hulpmiddelen</b>	
<b>1. Medische noodzaak</b> Voorschrijven recepten op medische noodzaak (met uitzondering van geneesmiddelen zoals vermeld in bijlage 2 van ZN)	Per 1 januari 2016 zijn geen aanvullende formulieren meer nodig bij een recept op 'medische noodzaak'
<b>2. Speciale voeding en dieetpreparaten</b> Voorschrijven recepten voor speciale voeding en dieetpreparaten	Per 1 januari 2016 kan speciale voeding worden voorgeschreven zonder een aanvullend formulier
<b>3. Geneesmiddelen in Baxter-rol</b> Verstrekking geneesmiddelen in Baxter-rol	Per 1 januari 2016 hoeft de huisarts de aflevering van geneesmiddelen in een Baxter-rol nog maar één keer te machtigen
<b>4. 23 gespecificeerde geneesmiddelen</b> Voorschrijven één van 23 gespecificeerde geneesmiddelen	Per 1 januari 2016 is vermelding van de ICPC-code op recepten niet langer een vereiste. Er is één uitzondering, namelijk voor de 23 geneesmiddelen
<b>5. Stoppen met roken-medicatie</b> Voorschrijven stoppen-met-roken medicatie	Per 1 januari 2016 is bij het voorschrijven van stoppen-met-roken medicatie vermelding van de letters SMR op een recept voldoende. Huisartsen hoeven daarnaast geen aanvullend formulier aan te leveren
<b>6. Verbandmiddelen langdurige wondzorg</b> Voorschrijven van verbandmiddelen bij langdurige wondzorg	Per 1 januari 2016 kunnen huisartsen verbandmiddelen voor langdurige wondzorg voorschrijven zonder een aanvullend formulier
<b>7. Hulpmiddelen chronische aandoeningen</b> Aanvragen hulpmiddelen bij chronische aandoeningen	Per 1 januari 2016 hoeven huisartsen de aanvraag voor hulpmiddelen voor chronische aandoeningen niet meer jaarlijks opnieuw te ondertekenen
<b>B. Verwijzingen</b>	
<b>8. Vereiste informatie verwijsbrief</b> Invullen vereiste informatie op een verwijsbrief zoals reden van verwijzing, AGB-code en type verwijzer	Naast de normale informatie over de reden van verwijzing, is in de verwijsbrief vermelding van de AGB-code en het type verwijzer vereist. Per 1 januari 2016 wordt geen aanvullende informatie meer gevraagd
<b>9. Afgeven verwijzing</b> Afgeven verwijzing naar de specialist voor patiënten waarvoor behandeling voor dezelfde aandoening langer doorloopt	Zolang een patiënt onder behandeling blijft van een medisch specialist voor dezelfde aandoening of kwaal (en dus niet is terugverwezen naar de eerste lijn) hoeft de huisarts geen nieuwe verwijzing af te geven
<b>10. Verwijzen specialistische GGZ</b> Verwijzing naar specialistische ggz voor patiënten in basis ggz	De eerder gemaakte afspraak roept veel vragen op in het veld. Daarom is de werkgroep Bureaucratie & administratieve lasten in gesprek met GGZ Nederland om meer helderheid te kunnen bieden

# Knelpunten geïnccludeerd in huidig onderzoek (2)

Knelpunt	Maatregel
<b>C. Declaratieverkeer</b>	
<b>11. Foutief afgewezen declaraties</b> Verwerken van foutief afgewezen declaraties voor meerdere contacten voor één patiënt op dezelfde dag	De regelgeving staat meerdere declaraties voor één patiënt op dezelfde dag niet in de weg. Om afwijzing te vermijden (zoals in het verleden regelmatige gebeurde), wordt geadviseerd dergelijke declaraties in één declaratiebestand aan te bieden. Wanneer er toch een afwijzing volgt, kan de huisarts het beste direct contact opnemen met de verzekeraar
<b>12. Foutief afgewezen gecombineerde declaraties</b> Verwerken van foutief afgewezen gecombineerde declaraties van consult en verrichtingen	De regelgeving staat gecombineerde declaraties niet in de weg. Wanneer er toch een afwijzing volgt, kan de huisarts het beste direct contact opnemen met de verzekeraar
<b>13. Foutief afgewezen declaraties inschrijftarief en moduletariief</b> Verwerken van foutief afgewezen declaraties waarbij het inschrijftarief en het moduletariief zijn gekoppeld en het inschrijftarief als eerste is gedeclareerd	Voor de koppeling van module- en inschrijftarieven gelden geen aanvullende voorwaarden
<b>14. Declaraties waarnemers</b> Declaraties van waarnemers en vermelden van AGB-code	Waarnemers kunnen op declaraties volstaan met vermelding van de AGB-code van de contractant. Dat wil zeggen: de code van de praktijk houdende huisarts voor wie zij waarnemen of de code van diens praktijk
<b>15. Afgewezen declaraties overstap zorgverzekeraar</b> Verwerken van declaraties die zijn afgewezen omdat patiënten zijn overgestapt naar een andere zorgverzekeraar na een jaarovergang	Wanneer een patiënt bij de jaarovergang overstapt naar een andere verzekeraar is het helaas niet helemaal uit te sluiten dat declaraties worden afgewezen. De overstap is in die gevallen nog niet verwerkt.
<b>D. Overig</b>	
<b>16. Communicatie preferente Zorgverzekeraar</b> Communicatie over afspraken van de preferente zorgverzekeraar aan andere zorgverzekeraars	Per 1 januari 2016 hoeft de huisarts het contract met zijn preferente zorgverzekeraar niet meer zelf naar andere zorgverzekeraars door te sturen. Wanneer een huisarts zijn zorgverzekeraar daarvoor toestemming geeft, wisselen zorgverzekeraars de preferente contracten onderling digitaal uit
<b>17. Afgewezen declaratie indicatie Wlz</b> Verwerken van declaraties die zijn afgewezen omdat de patiënt een indicatie heeft voor de Wet langdurige zorg van het CIZ wat niet bekend is bij de huisarts	CIZ gaat automatisch een indicatie verstrekken aan de huisarts
<b>18. Aanleveren informatie zorginkoop</b> Aanleveren van informatie ten behoeve van zorginkoop aan zorgverzekeraar	Afspraken werkgroep 'Samenwerking en Gelijkwaardigheid' en gebruik zorginkoopportaal Vecozo
<b>19. Contracten zorgverzekeraars</b> Doornemen van afgesloten contracten van verschillende verzekeraars	Uniformering van de structuur en generieke elementen van huisartsencontracten
<b>20. Kwaliteitsindicatoren ketenzorg</b> Aanleveren van informatie voor kwaliteitsindicatoren voor de ketenzorg	Terugbrengen van aantal indicatoren tot 8 kwaliteitsindicatoren per keten

## **Bijlage 2. Nieuwe/andere knelpunten**



# Nieuwe/andere knelpunten (1)

Hoewel het niet binnen de scope van het huidige onderzoek valt, zijn door de geïnterviewde huisartsen een aantal nieuwe/andere knelpunten aangedragen. Ter informatie worden deze hieronder weergegeven. Deze lijst is niet uitputtend.

## Voorschrijven van genees- en hulpmiddelen

- **Machtigingen voor materialen, o.a. incontinentiemateriaal**

*“Op de website van de leverancier moet ik een online machtiging aanmaken. Ik moet inloggen en de patiëntgegevens handmatig invoeren. De leverancier neemt vervolgens direct contact op met de patiënt en vraagt wat nodig is. De leverancier beoordeelt de aanvraag. Het incontinentiemateriaal wordt vervolgens middels een koerier bij de patiënt thuis gebracht. Hierdoor heb ik geen zicht meer op welke materialen precies worden verstrekt en wanneer deze materialen bij de patiënt bezorgd worden.”*

- **Aanvragen van bijvoeding Nutridrink**

*“Huisarts 1: “Om Nutridrink te bestellen moet je een beslisboom aflopen. Ik heb geleerd van een andere huisarts dat je oonderaan moet beginnen, namelijk bij het gewenste antwoord. Vervolgens werk je naar boven om te kijken hoe je tot het gewenste antwoord kan komen.”*

*“Huisarts 2: “Wij mogen Nutridrink niet uitschrijven zonder betrokkenheid en fiat van diëtiste. De diëtiste wil bijv. de zwaar gehandicapte patiënt dan toch zien voor goedkeuring.”*

# Nieuwe/andere knelpunten (2)

Hoewel het niet binnen de scope van het huidige onderzoek valt, zijn door de geïnterviewde huisartsen een aantal nieuwe/andere knelpunten aangedragen. Ter informatie worden deze hieronder weergegeven. Deze lijst is niet uitputtend.

## Verwijzingen

- **Doorverwijzingen in de GGZ**

*“Binnen Zorgdomein is het vaak moeilijk om binnen de GGZ de juiste afdeling en/of persoon te vinden in de lijst welke je moet hebben. Niet alle velden zijn goed ingevuld in het Zorgdomein. Bij ingewikkelde casussen moet je af en toe drie keer verwijzen voordat je iemand goed hebt doorverwezen.”*

## In contact blijven?

Hilde van Dongen

[Hilde.van.dongen@qconsultzorg.nl](mailto:Hilde.van.dongen@qconsultzorg.nl)

06 83 44 45 21

088 10 20 910



[www.qconsultzorg.nl](http://www.qconsultzorg.nl)

[samenwerken@qconsultzorg.nl](mailto:samenwerken@qconsultzorg.nl)

Onderdeel van CQT Zorg & Gezondheid