nivel

institute of
Health Policy
& Management

Universiteit Utrecht

De medisch specialist en correct registreren:

een onderzoek naar de beleving van medisch specialisten

De medisch specialist en correct registreren:

een onderzoek naar de beleving van medisch specialisten

Steffie van Schoten
Cordula Wagner
Iris Wallenburg
Roland Bal
Judith van Erp

ISBN 978-94-6122-407-1

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting 5

1 Inleiding en doelstelling van het onderzoek 9

2 Uitvoering van het onderzoek 11

3 Bevindingen interviews 15

4 Bevindingen vragenlijst onderzoek 25

5 Conclusies, ervaren knelpunten en aanbevelingen 39

Referenties 47

Bijlage 1- Topiclijst interviews 49

Bijlage 2- Vragenlijst 51

Bijlage 3- Respons per deelnemend ziekenhuis 59

Bijlage 4- Aanvullende gegevens respons 61

Bijlage 5- Vergelijking groep gedeeltelijk en geheel ingevulde vragenlijsten 63

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek was om te achterhalen hoe medisch specialisten die werkzaam zijn in Nederlandse ziekenhuizen het thema correct registreren beleven. Daarnaast is onderzocht hoe medisch specialisten de rol van andere partijen binnen het ziekenhuis – zoals de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, een eventuele compliance-afdeling en de zorgadministratie – op het terrein van correct registreren waarderen. Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van interviews (n=17) en vragenlijsten (n=697).

Beleving van het thema correct registreren

Medisch specialisten vinden het thema correct registreren belangrijk, voelen zich verantwoordelijk voor correcte registraties en vinden het belangrijk dat de NZa toeziet op correct registreren. Intrinsieke motivatie en professionaliteit lijken de belangrijkste reden te zijn om correct te registreren; druk van buitenaf of het maatschappelijk belang spelen volgens medisch specialisten een minder prominente rol. Het proces van registeren wordt enerzijds als eenvoudig ervaren ('ik doe het gewoon') en anderzijds ook vaak als complex en onduidelijk omschreven. Registreren kost veel tijd en gaat volgens artsen ten koste van de patiëntenzorg. Artsen zien onder-registratie als een groter probleem dan over-registratie. Deze onder-registratie komt volgens hen met name voort uit de complexiteit van het registratie systeem, het niet kunnen declareren van bepaalde zorg en onbedoelde fouten in het registreren. Er zijn geen verschillen gevonden tussen specialismen, wel geven minder medisch specialisten uit algemene ziekenhuizen aan dat zij het belangrijk vinden dat de NZa toeziet op correct registreren. Artsen lijken zich soms genoodzaakt te voelen om andere keuzes te maken in het registratieproces, waarbij zorginhoudelijke en organisatorische afwegingen een rol spelen. Bijvoorbeeld wanneer bepaalde combinaties van behandelingen volgens de medisch specialisten niet ingevoerd kunnen worden. Het is voor medisch specialisten niet altijd duidelijk waarom, en hoe hiermee om te gaan. Patiëntenzorg heeft een hoge prioriteit: correct registreren wordt zoveel mogelijk volgens de regels gedaan, maar hier wordt vanaf geweken wanneer dit in de ogen van de arts noodzakelijk is.

Waardering van andere partijen in het ziekenhuis die zijn betrokken bij correct registreren

De ondersteuning bij het registreren ontbreekt volgens medisch specialisten vaak. Het rapportcijfer dat zij geven aan de ondersteuning is een onvoldoende. De meeste ondersteuning komt van de DBC-consulent. Afspraken over registreren zijn vastgelegd in instructies en komen vooral vanuit het management en de zorgadministrateur. Zorgadministrateurs spelen in toenemende mate een rol in de ondersteuning van de arts bij het correct registreren. De zorgadministrateur lijkt terughoudend te zijn met het toepassen

van de registratie regels ('wil niet op de stoel van de arts gaan zitten'), maar geeft vooral aan bij de arts wanneer een registratie onjuist is. Zorgadministrateurs lijken op dit moment vooral een belangrijke taak te hebben in het voorkómen van onder-registratie en daarmee het mislopen van financiële compensatie voor het ziekenhuis en medisch specialisten.

Ervaren knelpunten bij het registreren

Medisch specialisten ervaren enkele knelpunten tijdens bepaalde situaties in het proces van registreren:

- Onvoldoende ondersteuning bij het registreren
- Complexiteit van het DOT- Systeem
- Voortdurend veranderende regelgeving op het gebied van registreren
- Onduidelijkheid over welke DBC's bij bepaalde behandelingen horen
- Onder-registratie
- ICD-10 koppeling met DOT
- Patiënt met meerdere aandoeningen
- Telefonische consulten kunnen niet gedeclareerd worden
- Patiënt komt binnen een jaar terug met dezelfde aandoening
- Langere consulten kunnen niet gedeclareerd worden
- Bepaalde combinaties van behandelingen 'mogen' niet

Deze knelpunten kunnen een teken zijn van tekortkomingen in het systeem, maar ook van onvoldoende bekendheid met de registratieregels en de mogelijkheden van het systeem.

Overstijgende aanbevelingen

Op basis van de resultaten van dit onderzoek en bovengenoemde knelpunten kan een drietal meer overstijgende aanbevelingen geformuleerd worden:

1. *Bevorderen van wederzijds vertrouwen door open dialoog tussen de NZa en medisch specialisten*

Medisch specialisten hebben het gevoel dat de NZa hen wantrouwt. Het bevorderen van onderling vertrouwen is mogelijk wanneer beide partijen de dialoog met elkaar aangaan en luisteren naar de beweegredenen van elkaars handelen. Zo kan er gezamenlijk een weg voor verbetering van het registratieproces in worden geslagen. Uit het onderzoek blijkt dat hier een goede voedingsbodem voor is.

2. *Reduceren van complexiteit van het systeem van registreren*

Het systeem van registreren wordt door medisch specialisten als complex ervaren. Hierdoor gaat er volgens hen veel tijd verloren en worden er fouten

gemaakt die achteraf gecorrigeerd moeten worden. Een vereenvoudiging van het systeem is wenselijk, zodat artsen meer inzicht hebben in de consequenties van het kiezen voor bepaalde registratiecodes, en zij minder tijd kwijt zijn met het registreren en achteraf corrigeren. Het is hierbij belangrijk dat er allereerst wordt bekeken of deze punten daadwerkelijk tekortkomingen zijn van het systeem of dat er sprake is van een kennishiaat en de oplossing in het verbeteren van kennisuitwisseling gezocht moet worden.

3. Gerichtere ondersteuning aan medisch specialisten bij het registreren

Medisch specialisten ervaren onvoldoende ondersteuning bij het registreren. Dit zou mogelijk verbeterd kunnen worden door vanuit de NZa meer gerichte scholing en training aan te bieden aan medisch specialisten (naast de algemene voorlichting die al gegeven wordt). Hierbij kan gedacht worden aan vakinhoudelijke besprekingen van medisch specialisten in samenwerking met de NZa, door bijvoorbeeld een netwerk op te richten van medisch specialisten die zich specialiseren in het thema correct registreren en deze kennis via hun eigen vakgroep kunnen verspreiden. Bij medisch specialisten ligt dan de verantwoordelijkheid om gebruik te maken van deze platforms voor kennisuitwisseling.

Conclusie

Alle partijen hebben een rol om het proces van correct registreren makkelijker te maken en te verbeteren, de medisch specialisten zelf, de ziekenhuisorganisatie en de NZa. Een constructief en gezamenlijke dialoog tussen partijen is hiervoor een belangrijke vervolgstap.

1 Inleiding en doelstelling van het onderzoek

De directie Toezicht & Handhaving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is verantwoordelijk voor het toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De NZa heeft zowel aandacht voor het controleren en bestraffen 'aan de achterkant', als het voorkómen van fouten en fraude 'aan de voorkant' door onder meer voorlichting en governance-, risk- en compliance-assistance. In het kader hiervan heeft de NZa een onderzoek laten uitvoeren naar de beleving van het thema correct registreren door medisch specialisten en de perceptie van medisch specialisten op de wijze waarop het ziekenhuis medisch specialisten hierin ondersteunt.

De afgelopen jaren zijn reeds diverse activiteiten en onderzoeken uitgevoerd naar het terugdringen van onjuiste declaraties (Van Baalen et al, 2016; Kerpershoek et al, 2016; Koelewij et al, 2016; KPMG, 2014; Van Erp et al. 2013). Het betreft zowel verschillende rapportages en handhavingsactiviteiten van de NZa als wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd door derden naar het declaratiegedrag van instellingen en medisch specialisten. Ook vanuit het veld van de medisch specialisten zijn enkele acties ondernomen, zoals de zelfonderzoeken ziekenhuizen (een initiatief van verzekeraars en zorgaanbieders), de gedragsregel Correct registreren van de Federatie van Medisch Specialisten, en initiatieven vanuit instellingen zelf die zorg dragen voor juiste declaraties.

Wat betreft het wetenschappelijke onderzoek wordt regelmatig verwezen naar de rapportage van Van Erp en Mein (2013). Uit dit *kwalitatieve* onderzoek bleek dat de bereidheid tot naleving van de registratie- en declaratievoorschriften over het algemeen hoog is maar dat de gepercipieerde onduidelijkheid (keuzen en dilemma's in individuele patiëntsituaties) van de registratie- en declaratievoorschriften een optimale naleving hiervan belemmert. Binnen deze onderzoeken is de medisch specialist zelf weinig aan bod geweest. De NZa vindt het belangrijk dat ook medisch specialisten zich kunnen uitspreken over deze thematiek. Zij staan immers aan het begin van de registratieketen.

Het onderhavige onderzoek betreft een *gecombineerd kwalitatief en kwantitatief* onderzoek en beperkt zich tot artikel 35 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg), waarin de verplichting is opgenomen voor ziekenhuizen en medisch specialisten om zorg correct te registreren en een juiste rekening aan patiënten te sturen. In dit grootschalige kwantitatief onderzoek gaat het vooral om de beleving van medisch specialisten ten aanzien van correct registreren en de ondersteuning die zij krijgen van de ziekenhuisorganisatie.

Doelstelling

Het doel van het onderzoek was tweeledig:

1. Het primaire doel van het onderzoek was om te achterhalen hoe medisch specialisten[1] die werkzaam zijn in Nederlandse ziekenhuizen het thema correct registreren beleven.
2. Secundair was het doel om te achterhalen hoe medisch specialisten de rol van andere partijen binnen het ziekenhuis – zoals de Raad van Bestuur, de Raad van Toezicht, een eventuele compliance-afdeling en de zorgadministratie – op het terrein van correct registreren waarderen.

Vraagstelling

Uit de doelstellingen van het onderzoek zijn twee centrale onderzoeksvragen afgeleid: een vraag over de normbeleving en een vraag over de organisatorische facilitering van het registratie- en declaratieproces.

1. *Hoe beleven medisch specialisten in ziekenhuizen de normen op het gebied van correct registreren en declareren van zorg?*

2. *Hoe percipiëren medisch specialisten in ziekenhuizen de rol van ziekenhuisbestuurders, interne toezichthouders, DBC-consulenten, hoofden economische en administratieve diensten (HEAD's) en andere actoren op het terrein van correct registreren en declareren van zorg?*

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvragen is tevens nagegaan wat mogelijke knelpunten zijn in de dagelijkse praktijk en worden suggesties ter verbetering van correct registreren gedaan die door de NZa kunnen worden gebruikt in het formuleren van nader beleid en maatregelen. Tevens kunnen de uitkomsten van dit onderzoek door het veld zelf gebruikt worden om het registratie- en declaratiegedrag verder te verbeteren en nog beter te borgen.

2 Uitvoering van het onderzoek

In dit onderzoek zijn kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gecombineerd. Het onderzoek is uitgevoerd in twee delen:

Deel 1 Kwalitatieve interviews ter voorbereiding en ontwikkeling van de vragenlijst;

Deel 2 Grootschalig kwantitatief cross-sectioneel vragenlijstonderzoek onder medisch specialisten naar de beleving van het thema correct registreren en de waardering van de organisatorische facilitering hierbij.

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden onder medisch specialisten die werkzaam zijn in Nederlandse ziekenhuizen. Alle specialismen zijn meegenomen in dit onderzoek. Medisch specialisten die uitsluitend in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) werkzaam zijn, zijn niet in het onderzoek meegenomen. Physician assistants en verpleegkundig specialisten zijn ook buiten beschouwing gebleven. Arts-assistenten maken alleen deel uit van het kwantitatieve onderzoek.

Deel 1: Kwalitatieve interviews ter voorbereiding en ontwikkeling van de vragenlijst

Het nauwkeurig en feitelijk formuleren van vragen voor een vragenlijst vraagt veel inhoudskennis van een onderwerp. Te algemene of tendentieuze vragen kunnen tot verkeerde of nietszeggende resultaten leiden. Om aan te kunnen sluiten op de dagelijkse praktijk van registreren door medisch specialisten en de beleving hiervan, is daarom allereest een aantal diepte-interviews uitgevoerd met medisch specialisten en brancheorganisaties van artsen en ziekenhuizen en met de NZa (afdeling Regulering en afdeling Toezicht & Handhaving). Deze informatie is gebruikt om een goede vragenlijst voor de kwantitatieve studie op te kunnen stellen. Ten tijde van een eerder uitgevoerde, vergelijkbare kwalitatieve studie (Van Erp en Meijn, 2013) was er nog weinig ervaring met het werken met de DBC's op weg naar Transparantie (DOT)- systematiek. Ook zijn er sindsdien een aantal ontwikkelingen geweest die naar verwachting van invloed zijn op de declaratiepraktijk, zoals de toegenomen aandacht voor juiste declaraties, de invoering van integrale bekostiging en de organisatieveranderingen als gevolg daarvan (zoals de vorming van Medisch Specialistisch Bedrijven (MSB's)). Om deze redenen is het zinvol om een nieuwe, beperkte kwalitatieve studie uit te voeren en na te gaan hoe medisch specialisten op dit moment naar het thema kijken.

Er zijn zes interviews gehouden met medisch specialisten van verschillende specialismen. De interviews hadden een etnografisch karakter in de zin dat ze gericht waren op concrete ervaringen en de beleving van medisch specialisten met het registreren en declareren van zorg. Tijdens de interviews zijn de

stappen in het declaratieproces doorgenomen aan de hand van concrete casus en is meegekeken (observaties) in het systeem hoe de declaratie in de praktijk verloopt en welke keuzen daarin (moeten) worden gemaakt. In aanvulling op de interviews met medisch specialisten zijn vier zorgadministrateurs ('DBC consulenten') geïnterviewd. Dit is gedaan op aanraden van de medisch specialisten die aangaven dat zorgadministraties in toenemende mate een rol spelen in het registratie- en declaratieproces. De casussen uit deze interviews zijn ook gebruikt als basis voor voorbeelden in de vragenlijst.

In de interviews is gevraagd naar de wijze waarop de organisatie van het declaratieproces in het ziekenhuis is vormgegeven. Ook is gevraagd naar hoe keuzen in het declaratieproces (intern) worden verantwoord en hoe wordt omgegaan met eventuele dilemma's die in de declaratiepraktijk naar voren komen en of hiervoor binnen het ziekenhuis processen zijn ontwikkeld.

Daarnaast zijn drie gesprekken gevoerd met brancheorganisaties, namelijk: de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Vereniging Nederlandse Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie Universitaire medische centra (NFU). Het doel hiervan was om, naast het genereren van inzicht in het registratie- en declaratiebeleid, draagvlak te creëren voor het ontwikkelen van de vragenlijst en voor het onderzoek.

De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen en getranscribeerd. Het concept hoofdstuk is vervolgens voor een member check voorgelegd en opmerkingen zijn verwerkt. Van de interviews is een verslag gemaakt dat onderdeel uitmaakt van dit eindrapport (hoofdstuk 3) en het verslag is tevens gebruikt als startpunt voor het ontwikkelen van de vragenlijst voor deel 2 van dit onderzoek.

Deel 2: Grootschalig kwantitatief cross-sectioneel vragenlijstonderzoek onder medisch specialisten naar de beleving van het thema correct registreren en de waardering van de organisatorische facilitering hierbij

Het tweede deel van dit onderzoek bestond uit een grootschalig kwantitatief cross-sectioneel vragenlijstonderzoek onder medisch specialisten naar de beleving van het thema correct registreren en de waardering van de organisatorische ondersteuning die zij hierbij ontvangen.

Opstellen en testen vragenlijst

Op basis van relevante literatuur, de observaties en interviews met medisch specialisten en de brancheorganisaties uit deel 1 van het onderzoek hebben de onderzoekers een eerste opzet gemaakt voor de vragenlijst. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is speciaal gelet op het feit dat de vragenlijst een aanvulling en verdieping moest zijn op reeds bestaande kennis en onderzoek op het terrein van correct registreren. Daarnaast was het uitgangspunt dat de vragen

en antwoordopties afwisselend moesten zijn om de medisch specialist bewust stil te laten staan bij de afzonderlijke vragen tijdens het invullen van de vragenlijst. De vragenlijst bevat daarom naast gesloten vragen ook open vragen. Het eerste concept van de vragenlijst is voorgelegd aan twee medisch specialisten van verschillende specialismen. Het doel hiervan was om de vragenlijst te testen op eenduidigheid van de vragen, volledigheid van de vragen en antwoord categorieën, en de beleving van de vragen set. Op basis van de feedback is de vragenlijst bijgesteld. De concept-vragenlijst is vervolgens voorgelegd aan de NZa en naar aanleiding hiervan zijn nog enkele aanpassingen gedaan. De vragenlijst is vervolgens gedigitaliseerd om de drempel tot invullen zo laag mogelijk te maken.

De uiteindelijke vragenlijst is opgebouwd uit de volgende onderdelen: (1) algemene vragen, (2) het proces van registreren van zorgproducten, (3) beleving registratieregels NZa, (4) dilemma's van registreren in de praktijk, (5) achtergrondgegevens respondent. De gehele vragenlijst is te lezen in bijlage 2. Het invullen van de vragenlijst kostte ongeveer vijftien minuten.

Selectie en steekproefomvang

Per e-mail is een uitnodiging voor deelname aan het onderzoek gestuurd naar de raden van bestuur van alle Nederlandse ziekenhuizen (N=79). In deze e-mail is het onderzoek kort toegelicht met het verzoek om deel te nemen. In de begeleidende e-mail stond een korte uitleg met het belang van het onderzoek en werd de anonimiteit van de respondent gegarandeerd. In de begeleidende e-mail lag de nadruk op het feit dat het onderzoek gaat om de beleving van medisch specialisten en verbeterpunten voor het systeem, en niet het opsporen van onjuiste declaraties. De e-mail bevatte een link naar de vragenlijst (elk ziekenhuis had een aparte link) met het verzoek deze link door te sturen naar 40 medisch specialisten. Een bredere verspreiding was toegestaan. In dat geval werd men verzocht om het precieze aantal deelnemers door te geven aan de onderzoeker in verband met het berekenen van de respons. Na vier weken zijn alle ziekenhuizen die deelnamen aan het onderzoek geïnformeerd over de respons en verzocht om de medisch specialisten een herinnering te sturen. De ziekenhuizen die nog niet deelnamen aan het onderzoek zijn telefonisch benaderd met het verzoek alsnog deel te nemen. De dataverzameling is na 8 weken gesloten.

Statistische analyses

De statistische analyses van de gegevens uit de vragenlijsten zijn uitgevoerd met behulp van het programma Stata. De antwoorden op de onderzoeksvragen zijn beantwoord aan de hand van beschrijvende analyses en correlaties.

3 Bevindingen interviews

Inleiding

In voorbereiding op de vragenlijst zijn interviews gehouden met medisch specialisten[2], koepelorganisaties, zorgadministrateurs en DBC-consulenten. De zorgadministrateurs en DBC-consulenten zijn toegevoegd naar aanleiding van de interviews met medisch specialisten die zelf iemand van de zorgadministratie meenamen naar het interview, dan wel aanraadden om met medewerkers van de zorgadministratie te gaan praten omdat '*zij er veel meer van weten*' (vaatchirurg, 5 februari 2016). Daarnaast hebben we gesproken met drie experts op het gebied van declaraties in de ziekenhuiszorg, en met medewerkers van de NZa. In totaal zijn 17 interviews uitgevoerd.[3]

Uit de analyse van de interviews komen vier thema's naar voren die hieronder verder worden uitgewerkt: (1) het proces van registeren; (2) ervaren prikkels en dilemma's; (3) de rol van de zorgadministratie; (4) aanpassen van zorg aan declaratieregels.

Bevindingen

Leeswijzer:
Interview resultaten spreken door de opgenomen citaten vaak tot de verbeelding, waarbij de lezer de uitspraken, als deze aansluiten bij de eigen ervaringen, snel zal generaliseren. Stellige interpretaties komen dan voor, maar gaan voorbij aan de beperkte generaliseerbaarheid van individuele uitspraken uit interviews. De interviewresultaten in deze studie geven ons zicht op de veelzijdigheid, gelaagdheid en complexiteit van de dagelijkse registratiepraktijk, maar zeggen niets over hoe vaak bepaalde situaties

---

2 In totaal zijn zes medisch specialisten zijn geïnterviewd. Getracht is een brede variëteit van specialisten te includeren. Drie chirurgen (een vaatchirurg, een transplantatiechirurg, en een mammachirurg), een gynaecoloog, een neuroloog, en een internist zijn geïnterviewd. De specialisten waren werkzaam in loondienst of in een MSB, in een academisch ziekenhuis of in een algemeen ziekenhuis.

3 In aanvulling op dit kwalitatieve deel van het onderzoek hebben twee masterstudenten een (scriptie)onderzoek uitgevoerd naar declareren en registeren in ziekenhuis. Deze scripties zijn naar verwachting eind augustus 2016 gereed. De bevindingen worden daarom niet meegenomen in deze eindrapportage.

optreden. De kwantitatieve resultaten in het volgende hoofdstuk laten daarentegen zien hoe een grote groep medisch specialisten de dagelijkse registratiepraktijk ervaart en denkt over het thema correct registreren. Ogenschijnlijke tegenstrijdigheden in resultaten hebben dan ook te maken met verschillen die bestaan tussen individuele ervaringen en de ervaring of mening van een grote groep. De interviews kunnen wel gebruikt worden om de resultaten uit de vragenlijst meer diepgang te geven en zijn tevens gebruikt om de vragenlijst op te stellen.

Het proces van registreren

Het registreren van behandelingen is een dagelijkse realiteit van de zorgverlening. Bij alle interviews waren artsen in eerste instantie verbaasd over onze vraag naar de registratiepraktijk. "*Het is niet ingewikkeld, je registreert gewoon wat je doet*" (vaatchirurg, 5 februari 2016). En: "*het DBC systeem bestaat al ruim 10, 15 jaar dus ik weet eigenlijk wel welke [codes] ik kan gebruiken*" (neuroloog, 8 februari 2016). Andere specialisten zeiden dat ze weleens vergaten te registreren, of dat het er soms bij inschiet:

> We hebben ooit eens gezegd, naja dan moet je iedere vrijdagmiddag zorgen dat de week daarvoor klopt. Maar het is, het is altijd al zo vol en we hebben al ontzettend veel extra administratie gekregen. En dan krijg je een lijst terug van wat niet klopt, maar daar staat niet altijd bij, of nee, ik weet, misschien als je de tijd erin stopt kan je er wel achter komen wat er niet klopt, maar dat ligt niet voor de hand altijd. Dus je krijgt gewoon een lijst [met] niet kloppende DBC's en hup alsjeblieft ga je gang. En dan denk je, ja weet je… (transplantatiechirurg, 22 februari 2016)

Tijdens de interviews gaven medisch specialisten aan zoveel mogelijk tijdens het consult te registreren, maar dat lukt niet altijd ("*je wilt niet de hele tijd zitten te tikken*"), en dan moet het achteraf. De medisch specialist in de bovenstaande quote geeft aan dat het bijwerken en corrigeren van registraties een tijdrovende bezigheid is die niet de voorkeur heeft. Registraties blijven dan liggen. Vaak zijn het de zorgadministrateurs die het dan weer onder de aandacht brengen van de specialisten, of hen helpen de registraties te corrigeren zodat een factuur naar de zorgverzekering kan. Hoe eenvoudig of complex het registreren is hangt af van het specialisme en van de ziekenhuissetting. In de academie, waar hoog-complexe zorg wordt verleend en het bij aanvang van een behandeltraject lang niet altijd duidelijk is welke behandeling gaat worden gegeven, of waarin een traject gedurende de behandeling wordt gewijzigd, vraagt het registreren om voortdurende oplettendheid om te voorkomen dat een DBC 'uitvalt', dan wel dat de Grouper tot het verkeerde zorgproduct komt:

> Als jij een enkelvoudig probleem hebt, noem een liesbreuk, dat is heel gemakkelijk, dat kan een secretaresse al invullen. (…) Wij hebben heel

> vaak patiënten waarbij de diagnose nog niet bekend is. Dus daar moet je gaan kijken welke diagnose ga ik alvast invullen. En de behandeling ken je ook nog niet. Dus dat is vaak een zoeken *naar*. Terwijl als je begint ergens, moet je met een zorgvraag beginnen. En die zorgvraag die kan al klein beetje, die kan, die kun je al op verschillende manieren interpreteren, dat kost tijd. (…) Nou, omdat je dan dingen gaat invullen die in het latere traject anders gaan, dus dan, dan ga je dingen later toevoegen die niet bij je begindiagnose passen. En bijna alle, meerdere patiënten van ons gaan over meerdere disciplines, die komen niet bij ons binnen, maar die beginnen vaak bijvoorbeeld in het maag-darm-lever ziekte of nefrologie, of interne geneeskunde, of komen ergens anders binnen. Daar zit dan een diagnose onder. Dan heb je parallelle trajecten, want dan komen ze bij ons en dan gaan wij vaak in een vergelijkbare diagnose door en dan zijn het meestal patiënten die al een traject bij ons hebben. (transplantatiechirurg, 22 februari 2016)

In deze casus ging het registreren "*de pet van de specialist te boven*". Het gaat hier om specialistische zorg waarbij de uiteindelijke diagnose en behandeling vooraf onduidelijk zijn. De ingezette en geregistreerde initiële behandeling kan dan afwijken van de uiteindelijke (hoofd)behandeling. In dit geval pakt de Grouper die bijsturing niet op, waardoor, zonder tussentijdse correctie, de dure transplantatie niet wordt vergoed. Om registraties 'correct', d.w.z. in lijn met de ingezette behandeling, te laten verlopen en geen inkomsten te verliezen was door deze vakgroep een DBC-expert ingehuurd om registraties te faciliteren en te controleren (de rol van DBC-experts en 'de zorgadministratie' wordt hieronder apart besproken). In alle casussen was ook een maatschap-/ of vakgroeplid aangewezen die zich met de DBC's en registraties bezig hield. Deze medisch specialist staat in contact met de zorgadministratie en adviseert collega's over het registreren van behandelingen. Maar in geen van de gevallen was het een dagelijks gespreksonderwerp in de vakgroep of maatschap. Specialisten gaven aan het registreren niet echt interessant te vinden; de core business is patiëntenzorg en niet registreren. Registreren is secundair. Tegelijkertijd wordt het wel belangrijk gevonden. Het is onderdeel van het systeem en artsen werken niet voor niets:

> De huisarts vindt het nodig om te verwijzen. Dan vind ik het redelijker om een onzin DBC aan te maken dan niks te doen. Maar moet je kijken wat voor, nou hier is het dan niet goed gegaan, dus uiteindelijk kom je er altijd wel uit hoor. Maar dan is het vaak wel even een minuut-lang zoeken in een oneindige lijst. (internist, 10 februari 2016)

De geïnterviewde artsen waren ogenschijnlijk niet echt bezig met wat het registreren hen financieel opleverde. Gesteld werd dat het veelal toch onduidelijk is wat er uit de Grouper komt, en dat de marges klein zijn. Hoewel bijna alle specialisten voorbeelden konden geven van manieren om lucratief te registreren, werd gezegd dat dit uiteindelijk weinig oplevert en dat 'winsten'

alleen van tijdelijke aard zijn. Financieel aantrekkelijke declaraties, zo stelden de artsen, leiden tot heronderhandelingen met de zorgverzekeraar of zijn in het geval van een *lump sum* contract zelfs zinloos. Ook maakt de benchmark, waarin de productiviteit ('zorgproductie') van artsen met elkaar wordt vergeleken, lucratief coderen op de langere termijn onhoudbaar:

> Want op het moment dat ik dit ga doen en het zou al nuttig zijn, hang ik mezelf natuurlijk een strop op. Want dat betekent dat de volgende keer de benchmark gaat vergelijken met toen ik het idioot goed deed en dan moet ik het opeens de rest van mijn leven idioot goed gaan doen, dan ben ik de rest van mijn leven alleen maar een soort boekhouder in plaats van dokter. (internist, 10 februari 2016)

Het registreren van behandelingen is niet alleen bedoeld om uitgevoerde behandelingen te declareren bij de zorgverzekeraar, maar ook om behandelingen en behandeltrajecten intern zichtbaar en verrekenbaar te kunnen maken. Behandelingen die volgens de NZa regels niet mogen worden geregistreerd, bijvoorbeeld een eerste consult op de polikliniek tijdens een ziekenhuisopname, moeten dan toch in het systeem komen te staan. Dit vraagt om een zogenoemde 'work around'; het omzeilen van het systeem om een bepaalde inhoudelijke doelstelling te bereiken:

> Tijdens een klinische opname mag je geen consulten registreren. Maar dat gebeurt [toch] door [andere] overwegingen, [bijvoorbeeld] omdat de arts op een gegeven moment een afspraak met iemand heeft. (…) Als zij weten, deze activiteit heeft plaatsgevonden en het is niet gedeclareerd, dan maken wij een soort fake code aan zodat ze kunnen zien dat wij een controle hebben uitgevoerd. Die eigen code moet Value Care[4] wel signaleren als 'dit mag wel tijdens een opname'. Dan zeggen wij, als je die verrichting ziet in deze gevallen, dan moet je dat gewoon accepteren bijvoorbeeld. (zorgadministrateur 4, 31 maart 2016)

Registeren dient dus meerdere doelen; het gaat over het afleggen van verantwoording, declareren en het zichtbaar maken van werkstructuren en personeelsinzet. In dit geval ging het om een verrichting die niet declarabel is volgens de NZa-regels maar die het ziekenhuis om interne redenen (bijvoorbeeld een interne verrekening of het verantwoorden van fte toekenning) wel wenste te registreren. De verrichting komt dan niet bij de zorgverzekeraar terecht, maar telt binnen het ziekenhuis wel mee.

ICT speelt een cruciale rol in het registreren en het 'oplossen' van dergelijke praktijken. In alle casussen werd ICT ingezet om het registeren te faciliteren en

[4] Value Care is een programma dat 'op de achtergrond' meedraait in het systeem waar medisch specialisten in registreren en dat de registraties controleert op consistentie en volledigheid.

foutieve of onvolledige registraties tijdig te signaleren. Een aantal ziekenhuizen had ValueCare geïnstalleerd in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Hiermee werden gestandaardiseerde controles uitgevoerd, of een behandeling als een dagbehandeling mag worden geregistreerd bijvoorbeeld. Andere ziekenhuizen hebben soortgelijke programma's ingebouwd in hun EPDs. Artsen gaven aan dat het handige 'check ups' zijn om te zien of niets wordt vergeten om de registratie volledig en daarmee declareerbaar te maken. Voor zorgadministrateurs helpt het om de controles achteraf te verminderen:

> Het is wel zo, ik ga niet mensen laten corrigeren tot in het oneindige. Want ik vind dat het bij de bron goed moet gaan. Dat is ook waarom wij met dat EPIC zo druk bezig zijn, omdat ik wil dat het systeem ook faciliteert dat een arts het goed doet. Dat dus ook dingen die niet mogen, dat je daar niet achteraf een controlelijst voor maakt, maar dat je dat aan de voorkant dichttimmert. Dat lijkt mij verreweg de beste manier. (zorgadministrateur 3, 16 maart 2016)

ICT faciliteert en stroomlijnt het registratieproces, maar kan deze ook belemmeren. Een gynaecoloog beschreef dat het in het betreffende ziekenhuis niet mogelijk was om verloskunde consulten op de SEH in het EPD te registeren, waarmee declaraties werden gemist:

> Wij zien heel veel eerste hulp zwangeren en gynaecologie op een kamer waar wij geen declaraties kunnen maken, omdat EPIC het herkent als kliniek en niet als polikliniek. Daarom hebben wij dus 3800 declaraties vorig jaar niet uitgestuurd, omdat het systeem dat niet kan. Klaar. (gynaecoloog, 15 februari 2016)

Uit de interviews blijkt dat ziekenhuizen zoekende zijn om de registraties goed te laten verlopen en daarbij sommige 'verliezen' (nog) accepteren, veelal tot frustratie van de artsen. De interviews leverden een ambigu beeld op wat betreft het registreren van behandelingen. Aan de ene kant gaven artsen aan dat registeren niet moeilijk is en dat ze er (soms) slordig mee zijn: het behandelen zelf gaat voor het registeren van die behandeling. Aan de andere kant worden allerlei activiteiten en medewerkers ingezet om het registeren te faciliteren en te verbeteren. De specialisten willen betaald worden voor de zorg die zij leveren. ICT speelt een belangrijke rol in het verbeteren van het registratieproces en met name om ervoor te zorgen dat dit proces al 'aan de voorkant' is geborgd. ICT blijkt soms echter een *blessing in disguise* als het niet goed aansluit bij het feitelijke zorgproces.

Ervaren prikkels en dilemma's

Upcoding, het bewust anders registreren met als doel meer geld te verdienen, is voor de geïnterviewden een 'no go': "*Nou ik weet heel zeker dat mijn Raad van Bestuur heel zenuwachtig zou worden als ik zou frauderen. Die hebben liever geen fraude en minder verdienen*" (internist, 10 februari 2016). Hoewel de

geïnterviewde specialisten bijna allemaal voorbeelden konden geven van dubieuze registraties – altijd van anderen, nooit van henzelf, iets wat van Erp & Mein (2013) ook al constateerden in hun eerder onderzoek naar registratiepraktijken in ziekenhuizen – gaven zij aan dit zelf niet te doen:

> **Vaatchirurg**: Dus je kan er op een slimme manier mee omgaan ook, hé. Je kan ook zeggen, het traject is natuurlijk gedefinieerd wanneer het is teruggekomen, maar als ze over een jaar en een dag terugkomen, dan kan je weer opnieuw beginnen. Dus je moet er wel slim mee omgaan denk ik. Sommigen zijn er slimmer in. Sommigen zeggen: je kan beter je spreekuur iets minder druk maken en zorgen dat je je DBC's goed regelt dan dat je meer patiënten ziet.
> **Interviewer** : Als je slordig bent, dan verlies je inkomsten?
> **Vaatchirurg**: Ja, precies ja!
> **Interviewer**: Maar zo wil jij niet werken?
> **Vaatchirurg**: Nee. Natuurlijk niet. Jij ook niet toch?
> (Interview met vaatchirurg, 5 februari 2016)

De geïnterviewde medisch specialisten en zorgadministrateurs waren unaniem van mening dat bewuste upcoding niet kan. Dit neemt niet weg dat in de ziekenhuizen wel werd geworsteld met regels en criteria, zeker als die niet aansluiten bij lopende zorgprocessen en zo inkomsten worden gemist:

> Ik kreeg vorige week nog een mail van iemand uit een ander ziekenhuis: 'oh, ik kom er net achter dat verloskundigen geen consulten mogen registreren, dat heb ik nu nooit geweten!' Ik weet niet onder welke steen jij dan heb geleefd! Wij zijn daar twee jaar geleden inmiddels wel heel druk mee bezig geweest. Joh, dat mag gewoon écht niet! Maar de belangen zijn natuurlijk héél groot. De verloskundigen hebben heel veel afspraken met hun patiënten. Op het moment dat je die allemaal kwijtraakt, dat scheelt natuurlijk nogal. Zo geldt het ook wel voor meerdere soorten zorgverleners die veel patiënten zien, maar die voorheen meestal geen consulten mochten registreren. Dus het is best wel, het is altijd een lastige discussie. Wat er dan gebeurt: uiteindelijk heb ik ze zover gekregen, oké, wij gaan voor verloskundigen geen consulten meer registreren, dat was een hele stap. Dat scheelde echt duizenden consulten per jaar.
> (zorgadministrateur 3, 16 maart 2016)

Als regels en praktijken niet synchroon lopen, lopen ziekenhuizen inkomsten mis. Soms worden dan zorgprocessen aangepast, iets wat we in het laatste deel van dit hoofdstuk zullen uitwerken. Soms wordt ook (tijdelijk) genoegen genomen met gemiste inkomsten. Ziekenhuizen en vakgroepen spenderen veel tijd en mankracht om de registraties goed in te regelen en nemen er (voor nu) genoegen mee dat niet alles in één keer kan. In een van de bezochte ziekenhuizen was een groep werkstudenten ingehuurd om alsnog registraties goed in het nieuwe EPD in te voeren en niet nog meer declaraties te missen.

Maar regels en richtlijnen zijn niet altijd duidelijk en eenduidig, en artsen zijn soms huiverig om te terughoudend om te gaan met registraties en richtlijnen, iets wat tot discussies leidt in de ziekenhuizen:

> Ziekenhuizen gaan heel verschillend om met registratie. En die regels zijn wat dat betreft, enerzijds zijn ze heel zwart wit, maar anderzijds kun je ze daardoor ook op meerdere manieren, soort van op je eigen manier interpreteren… Als je met artsen praat, ja maar, het is wel belangrijk dat wij die patiënt eerst wel opnemen, want het is nog niet zeker of er wat aan de hand is, dat soort discussies krijg je dan. Maar waar het op neerkomt is, als blijkt in die benchmark dat heel veel ziekenhuizen het op een bepaalde manier doen en wij zouden het netter willen doen, dan zeggen ze: 'ja, maar wij gaan niet het braafste jongetje van de klas zijn, wánt de benchmark'. En alle andere ziekenhuizen doen het ook op die manier, dus dan doen wij het ook. (zorgadministrateur 3, 16 maart 2016)

Dit interviewfragment laat zien dat binnen de ziekenhuizen wordt geworsteld met correct registeren. Fraude mag niet, maar je moet ook niet het 'braafste jongetje van de klas willen zijn' en daarmee (onnodig) inkomsten mislopen. Voor de geïnterviewde artsen woog de benchmark zwaarder dan de directe inkomsten die uit een declaratie gegenereerd worden. Waar zorgadministrateurs vooral bezorgd zijn over DBC's die niet of onvolledig worden geregistreerd en daardoor komen te vervallen, zijn artsen meer gericht op de benchmark: het registeren van aantallen behandelingen en dus 'volume van zorg'. De benchmark is op twee manieren van belang: voor de inkomsten uit het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) en voor het behoud van fte's. Een DBC-expert beschreef het MSB als een 'race to the bottom'; het maakt dat artsen steeds meer zorg willen verlenen om zoveel mogelijk 'uit de gemeenschappelijke pot te halen'. De registraties zijn daarbij onderliggend en dus belangrijk. Voor artsen in loondienst geldt een andere prikkel: zij moeten 'het goed doen op de benchmark' om te laten zien dat zij hun personeelsomvang waard zijn:

> Je krijgt dan te horen wat je nu doet met 6 internisten had je met 5.2 kunnen doen. Dus waar heb je die 0,8 voor nodig. Ja dat is wel een soort onderhandeling die dan plaatsvindt vervolgens… (internist, 10 februari 2016)

Raden van Bestuur gebruiken de benchmark om de productiviteit van hun medisch specialisten te monitoren en te vergelijken met andere vakgroepen. Artsen gaven aan dat zij fte verliezen als ze onvoldoende presteren op de benchmark. De benchmark genereert een prikkel om meer zorgvolume te produceren, iets wat ook blijkt uit het citaat van de gynaecoloog hierboven.

De prikkels die artsen ervaren om te registreren zijn dus tweeledig; registreren genereert inkomsten en registraties worden gebruikt voor de benchmark om

productiviteit te meten. Artsen stellen dat upcoderen uit den boze is; de 'Antonius casus' uit het nieuws werd veelvuldig genoemd als *het* voorbeeld dat je niet wilt meemaken. Tegelijkertijd willen artsen geen inkomsten mislopen door de regels te streng op te volgen en vinden zij dat ze wel gecompenseerd moeten worden voor de diensten die worden geleverd. De benchmark hangt hiermee nauw samen; de registraties 'bepalen' de productiviteit van de artsen, en in het geval van het MSB ook het inkomen. Een hoger zorgvolume loont; artsen voelen de druk om meer productie te leveren.

De rol van de zorgadministratie

De 'Antonius casus' en daarop volgende nadruk op correct registreren heeft een 'boost' gegeven aan de (door)ontwikkeling en professionalisering van zorgadministraties. Zorgadministraties zijn uitgebreid met (hoopopgeleide) DBC-consulenten en financieel experts. Zij kennen de NZa regels vaak tot in detail. De artsen die we interviewden raadden ons allemaal aan om ook met een administrateur te spreken, of namen die uit eigen beweging mee naar het interview.

> Maar ik denk dat het belangrijkste is dat, en dan spreek ik voor velen, het belangrijkste probleem is de tijdrovendheid en de relatieve complexiteit. Ik bedoel, wij [artsen] hebben geen zin om ons erin te verdiepen. Dat zou wel kunnen, maar dat kost veel tijd. [De DBC-consulent] is dagen bezig om alles wat wij niet goed doen te corrigeren. (transplantatiechirurg, 22 februari 2016)

Het beeld dat uit de interviews naar voren komt is dat zorgadministraties in toenemende mate proberen het registratiegedrag van artsen te faciliteren, te structureren en te controleren. Artsen registreren 'aan de voorkant'; zorgadministraties zitten 'aan de achterkant'. De zorgadministrateurs worden in eerste instantie vooral ingezet om te voorkomen dat declaraties worden gemist doordat DBC's vervallen als gevolg van foutieve registraties, of dat een arts helemaal niet registreert. Dit werk bestaat uit het controleren van registraties en achterliggende documentatie. Daarnaast ontwikkelen zorgadministrateurs applicaties in EPD's om het registreren te standaardiseren en worden trainingen opgezet om correct registreren te faciliteren.

> We zijn nu een ontzettende inhaalslag aan het maken eigenlijk, want we liepen redelijk achter qua jaren en ja dat, je wil zeker nu natuurlijk naar de voorkant gaan werken, dus dat… nu krijgen we pas echt een beetje inzicht waar het fout gaat. En waar je op kan anticiperen en waar je aan de voorkant al op kan inhaken om het beter te krijgen. (zorgadministrateur 1, 5 februari 2016)

De zorgadministrateurs die wij spraken waren bijna dagelijks in contact met medisch specialisten en zorgmanagers om het registreren en declareren te verbeteren. Het beroep werd omschreven als 'een ervaringsberoep'; gaandeweg

leren de administrateurs de regels kennen en die toe te passen op zorgprocessen. Zij zijn daarbij terughoudend om niet op de stoel van de arts te gaan zitten:

> Ja, ik kan, ja ik doe alleen medisch gezien niks, ik doe niks met een diagnose of een uh, ik bedoel daar heb ik ook natuurlijk niet de juiste opleiding voor gehad. (zorgadministrateur 3, 16 maart 2016)

Zorgadministrateurs zijn terughoudend in het zelf corrigeren van registraties. Ze geven het terug aan de arts en ondersteunen het zoekproces (bijvoorbeeld het terughalen van een ontslagbrief, het in het systeem zoeken naar de oorzaak van een foutieve registratie). Wel zitten ze in toenemende mate dicht op het zorgproces, bijvoorbeeld door het bijwonen van vergaderingen en overdrachten. Getracht wordt vertaalslagen te maken tussen de zorg en veranderingen in de zorgverlening en de registratie hiervan:

> Hoe interpreteren wij nu wat hier staat? En hoe kan je dat, wat tegenwoordig heel belangrijk is (…) [Het is] altijd een issue geweest dat je zo correct mogelijk registreert. Of het kan volgens de regels. Dan probeer je alles wat je doet wel te verantwoorden met wat er staat. Je hebt iets op papier staan, maar wat is ons verhaal? Wat is onze vraag? Daar zijn wij wel mee bezig. (zorgadministrateur 4, 31 maart 2016)

Zorgadministrateurs maken vertaalslagen tussen de zorg, de NZa regels en de onderhandelingen en afspraken met de zorgverzekeraar. De zorgadministrateur in het bovenstaande citaat legt uit dat de praktijk soms een andere is dan de regels voorschrijven. Als regels niet passen moet een vertaling worden gemaakt: de praktijk wordt zo geformuleerd dat het past binnen de regelgeving. De administrateur in het bovenstaande citaat is voorzichtig geen regels te overtreden en gemaakte keuzen te kunnen verantwoorden door deze vast te leggen. Dit is ook ter bescherming van de arts: '*De arts blijft uiteindelijk verantwoordelijk voor de registraties*'. (zorgadministrateur 4, 31 maart 2016)

Hoewel het aantal interviews beperkt is, kwam het beeld naar voren dat er grote verschillen zijn tussen de ziekenhuizen wat betreft de inzet van zorgadministrateurs. In een van de ziekenhuizen waren zorgadministrateurs vooral bezig het EPD aan te passen om het registreren via het EPD mogelijk te maken en te verbeteren, terwijl in een ander ziekenhuis werd getracht de registratiesystemen zo te optimaliseren dat een koppeling kon worden gemaakt met de productieafspraken met zorgverzekeraars. In alle bezochte ziekenhuizen was de ontwikkeling zichtbaar dat zorgadministraties steeds verder professionaliseren en dat registreren steeds minder iets van de arts (alleen) is, en steeds meer van een groeiend aantal financieel en bedrijfskundig experts.

Aanpassen van zorg aan externe regulering

Medisch specialisten zijn huiverig de regels te overtreden; upcoderen ten behoeve van financieel gewin was 'not done' volgens onze respondenten. Ook zorgadministrateurs waren voorzichtig met het toepassen van regels en criteria. Tegelijkertijd werden zorgadministrateurs ingezet om geen financiële verliezen te lijden. In plaats van het overtreden van regels –zoals *upcoding* bijvoorbeeld – kwamen we voorbeelden tegen van hoe de zorgverlening zelf werd aangepast om te handelen binnen de kaders van de NZa en zorgverzekeraars, en tegelijkertijd de financiële vergoeding te krijgen voor de zorg die wordt geleverd. Een chirurg vertelde bijvoorbeeld dat ze steeds vaker patiënten voor een second opinion naar het ziekenhuis laten komen in plaats van een MRI gemaakt in een ander ziekenhuis op afstand te beoordelen. De chirurg gaf aan dat de uitkomst nooit een andere is, maar dat enkel het beoordelen van een MRI niet mag worden geregistreerd volgens de geldende regels. De second opinion mag wel worden geregistreerd als de patiënt naar het ziekenhuis komt. De arts gaf aan dat dit eigenlijk tegen zijn professioneel gevoel in gaat; '*het gaat om heel zieke mensen die dan toch helemaal hierheen moeten komen*'. Daaraan voegde hij toe dat patiënten het zelf zelden vervelend vonden omdat het ook een geruststellend gevoel gaf '*door de prof*' te zijn gezien.

Een ander voorbeeld van veranderende zorgverlening is het langer opnemen van patiënten om aan de criteria van een verpleegdag te kunnen voldoen; in plaats van 'onterecht' een verpleegdag te registreren (zoals in de Antonius casus gebeurde) wordt van de behandeling een verpleegdag 'gemaakt' om een duurdere DBC te kunnen registreren die in de bekostiging beter aansluit bij de zorg die is geleverd. Artsen gaven aan dat ze hier een ongemakkelijk gevoel bij hebben, maar dat de regelgeving hen hier min of meer toe dwingt; '*Het is onderdeel van het systeem, en daar wen je ook wel weer aan*'.

Deze voorbeelden geven aan dat de declaratieregels van invloed zijn op de feitelijke zorgverlening; om zorg vergoed te krijgen die anders niet, of tegen een lager tarief declarabel is, worden soms keuzen gemaakt om extra zorg te verlenen zodat er alsnog een (andere) DBC kan worden geopend. Specialisten voelen zich hier niet *senang* bij, maar in hun perceptie dwingt de regelgeving hiertoe. Het laat ook het pragmatisme zien waarmee artsen met de registratie- en declaratieregels omgaan. Het opvolgen van deze regels wordt belangrijk gevonden, en is een (steeds meer) geaccepteerd onderdeel van de dagelijkse zorgverlening, maar moet wel passen bij die zorg. Als het niet past worden andere keuzes gemaakt, zoals het aanpassen van de zorg.

4 Bevindingen vragenlijst onderzoek

De bevindingen uit het vragenlijst onderzoek zullen hieronder besproken worden per thema uit de vragenlijst. Deze thema's komen voort uit de resultaten van het kwalitatieve gedeelte van dit onderzoek zoals beschreven in hoofdstuk 3. De gegevens zijn gebaseerd op 690 respondenten. Meer uitleg over de respons is te vinden in Bijlage 4.

Bevindingen

Leeswijzer:
De percentages die in dit hoofdstuk worden gegeven, geven aan hoeveel medisch specialisten een bepaalde mening hebben of een specifieke situatie hebben meegemaakt. De cijfers geven daarmee aan in welke mate zich een probleem, dilemma of onduidelijkheid voordoet, en helpt zodoende bij het prioriteren van verbetermaatregelen. De gegeven citaten zijn opgenomen ter illustratie.
Een aantal knelpunten die medisch specialisten noemen, zoals 'bepaalde producten mogen niet' of 'een code kan niet twee keer gebruikt worden', zijn volgens de NZa onjuist. Desondanks zijn de citaten blijven staan omdat het in dit hele onderzoek gaat om de beleving van de medisch specialisten zelf. Deze beleving, terecht of onterecht, kan het vertrekpunt zijn voor een dialoog tussen partijen en mogelijke verbetermaatregelen.

Beleving ten aanzien van het correct registreren van zorgproducten

Medisch specialisten vinden het correct registreren van zorgproducten belangrijk tot zeer belangrijk (totale groep 88%). De grootste groep voelt zich hier grotendeels tot geheel voor verantwoordelijk (totale groep 80%). De meerderheid vindt het belangrijk dat de NZa toeziet op correct registreren (totale groep 65%). De groep niet-snijdende en snijdende specialismen verschillen op deze punten niet van elkaar.

Bovenstaande drie vragen zijn ook bekeken per type ziekenhuis. Ziekenhuizen verschillen niet significant van elkaar op de vragen over het belang van correct registreren en de mate van verantwoordelijkheid die men voelt ten aanzien van correct registreren. Op de vraag of men het belangrijk vindt dat de NZa toeziet op correct registreren zijn wel significante verschillen gevonden tussen typen ziekenhuizen: algemene ziekenhuizen scoren significant iets lager op deze vraag (algemeen 58%, topklinisch 69% en academisch 73%).

Aan respondenten is gevraagd om een schatting te geven van het gemiddeld percentage correcties van registraties: dit is geschat 9% (95% Betrouwbaarheidsinterval (BI): 7.6-9,9). Indien de NZa over-registratie

constateert wordt dit volgens 35% van de respondenten achteraf gecorrigeerd. Echter, 58% geeft aan niet te weten of dit gebeurt. Ook in het geval van onderregistratie zegt de meerderheid (56%) niet te weten of dit achteraf wordt gecorrigeerd, 19% van de respondenten geeft aan dat dit gedaan wordt.

> *'Weinig toezicht op juiste registratie, waardoor onbedoeld verkeerde registratie. Deze wordt niet teruggekoppeld en daarmee geen verbetering/lering'.*

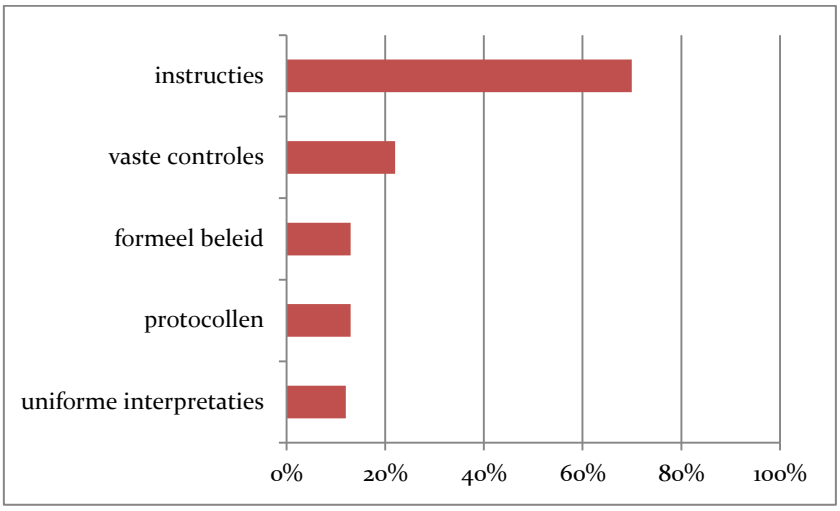
92% ervaart de verwachting dat er volledig, juist en tijdig geregistreerd wordt. Deze verwachting komt met name vanuit de Raad van Bestuur (27%), zorgverzekeraars (25%) en op basis van eigen motivatie (22%). Slechts een paar procent ervaart deze verwachting vanuit de politiek, patiënten, beroepsgroep of wetgeving.

Beleving ten aanzien van organisatorische ondersteuning bij het registreren

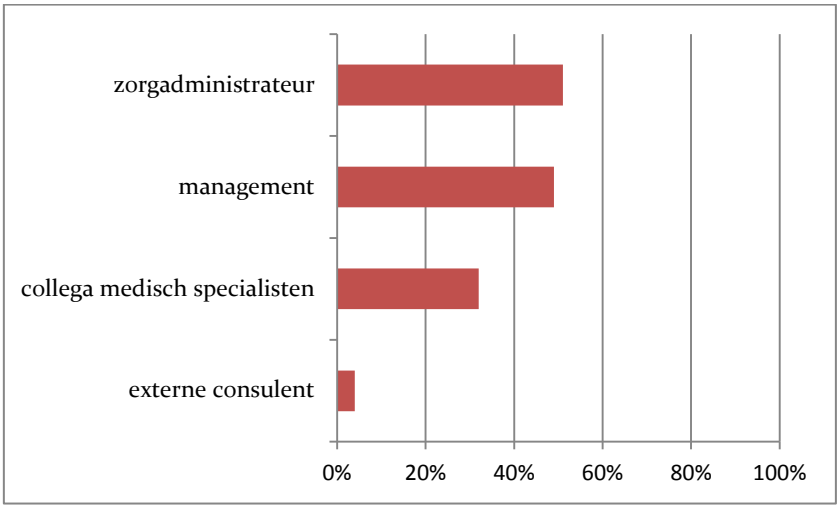
Medisch specialisten is gevraagd een rapportcijfer toe te kennen aan de organisatorische ondersteuning. Zij gaven gemiddeld een 5,4 (95% BI: 5.3-5.6). Medisch specialisten ontvangen vanuit een aantal verschillende hoeken ondersteuning bij het registreren: zorgadministratie, medisch secretaresse, het Elektronisch Patiënten Dossier, een aangestelde projecteigenaar, collega's, ICT, DBC onderhoud, modulewerkgroep, polikliniek medewerkers, doktersassistente, beroepsvereniging enzovoorts. Ondersteuning vindt vooral op een reactieve manier plaats (wanneer er zich een probleem voor doet).

Het invoeren van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) heeft volgens de respondenten (61%) geen invloed gehad op de organisatorische ondersteuning door het ziekenhuis bij het registratieproces. 35% vindt deze vraag niet van toepassing; dit hangt samen met het feit dat ongeveer de helft van de respondenten in loondienst is en daarom niet te maken heeft met het MSB.

Op de vraag of er binnen het ziekenhuis afspraken zijn gemaakt over de wijze van registreren antwoordt 72% ja. Deze afspraken zijn als volgt vastgelegd:



Daarnaast is er sprake van (mondelinge) individuele terugkoppelingen, afspraken per vakgroep, mededelingen, eenmalige voorlichtingen (workshops en voorlichtingsbijeenkomsten), via de wetenschappelijke verenigingen en door middel van e-mails. Deze afspraken worden vastgelegd door:



Het gaat hier niet zozeer om financiële afspraken maar afspraken over hoe te registeren en de verdeling van verantwoordelijkheden hierbij.

Medisch specialisten geven in grote aantallen aan dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor het registreren van behandelingen. De medisch secretaresse speelt in veel gevallen een belangrijke rol in de ondersteuning bij het registreren en

controleren van registraties en geeft de arts feedback wanneer er nog geen DBC code is aangemaakt voor een patiënt.

> *'Een zeer goed onderlegde medisch secretaresse lost veel fouten vanuit Value Care op en houdt in de gaten of de goede zorgproducten en verrichtingen aan de DOT gekoppeld zijn'.*

De rol van de DBC-consulent is in de ogen van de artsen het opsporen van fouten en dit doorgeven aan de medisch specialist en daarnaast is de DBC-consulent een aanspreekpunt bij vragen en problemen. Hierbij geven medisch specialisten aan dat de DBC-consulent niet altijd in staat blijkt te zijn om goed advies te geven of voldoende tijd beschikbaar te maken voor ondersteuning aan de medisch specialist.

> *'Bij problemen in de registratie kan de hulp gevraagd worden van een DBC-consulent'.*

> *'DBC-consulent heeft te weinig tijd en heeft onvoldoende bevoegdheid om fouten aan te passen'.*

Verbetermogelijkheden liggen volgens medisch specialisten in het verminderen van het aantal veranderingen in regelgeving en het specialiseren van DBC-consulenten.

> *'Beste werkt een goed in de materie zittende DBC- consulent, echter door continu verandering van regels blijft het lastig om up-to-date te blijven. Bovendien is de DBC- consulent voor het gehele ziekenhuis en niet specifiek voor mijn vakgebied'.*

Eén medisch specialist geeft aan een systematische analyse te maken van fouten in Value Care en deze terug te koppelen aan de betrokken artsen. Zo'n feedback mechanisme kan leiden tot het voorkomen van herhaling van veelvoorkomende fouten.

Ongeveer 61% mist regelmatig tot vaak ondersteuning bij het registreren van zorgproducten. In de open toelichting geven medisch specialisten aan dat zij vooral ondersteuning missen in de vorm van tijd, wanneer er sprake is van meerdere diagnoses, het wegwijs maken in het complexe systeem en enkele geven aan dat zij het registreren graag zouden willen delegeren. Medisch specialisten geven aan dat zij vooral ondersteuning missen bij het doorgronden van de (continu wisselende) regelgeving. Volgens de medisch specialisten veranderen de regels vaak, zijn ze complex, onduidelijk en moeilijk uitvoerbaar. De veranderingen in regelgeving worden vaak niet goed gecommuniceerd.

> *' Volstrekt onbegrijpelijk systeem, dat steeds verandert'.*

'We krijgen af en toe een mail, maar het is ondoenlijk om alle veranderingen steeds te kunnen volgen. Eigenlijk snap ik het hele proces niet meer'.

'Er zijn regelmatig nieuwe ontwikkelingen of regels waar ik dan bij toeval achter kom regelmatige gestructureerde updates zouden welkom zijn'.

Hierdoor zijn zij veel tijd kwijt aan het registreren, wat ten koste gaat van de tijd die er aan de patiënt besteedt kan worden.

'Teveel registratie last bij de specialisten/artsen. Hierdoor te weinig tijd voor patiënten'.

Medisch specialisten zouden graag zien dat het ziekenhuis iemand aanstelt die zich specialiseert in het registreren en de regelgeving hieromtrent, zodat dit werk uit handen van de medisch specialist genomen kan worden.

'Het lijkt mij goed dat de DBC's niet door de artsen, maar door ervaren mensen worden ingevuld'.

'Ik denk dat het inhuren van mensen hiervoor minder kost dan de uitval die we nu hebben door fout registreren'.

'In principe is dit geen artsenwerk, kost uren per week die beter aan patiëntenzorg gewijd kunnen worden. Begrip van de vele veranderingen en uitsluitingen en deze doorvoeren is moeizaam en tijdrovend'.

Op dit moment hebben ondersteuners volgens medisch specialisten nog vaak geen adequate antwoorden op de problemen die de artsen tegenkomen bij het registreren.

'Ondersteuners hebben te weinig kennis van zaken'.

'De DBC-consulent spreekt zo'n andere 'taal' dan de artsen, dat die hulp me vaak niet verder helpt'.

'De hele systematiek is soms zo complex dat niemand goed antwoord kan geven hoe iets nou moet'.

Daarnaast geven medisch specialisten aan dat de registratie van DBC's en ICD-10 codes vaak verwarrend is en leidt tot dubbele registraties. De koppeling met ICD- 10 codes heeft de situatie nog complexer gemaakt.

'Duidelijkheid over welke DBC bij bepaalde diagnose geregistreerd moet worden. Welke ingreep/behandeling mag/moet bij welke DBC gekoppeld worden. Onhandige "dubbele" registratie DBC en ICD 10'.

'De registratie van de ICD-10 code is niet meegenomen in deze enquête. maakt alles nog meer tijdsintensief; meer meervoudig interpretabel en zeker niet minder fout gevoelig'.

De grootste groep (84%) geeft aan dat het ziekenhuis zelden tot nooit trainingen/cursussen/opleidingen organiseert voor medisch specialisten over geldende registratieregels. 16% zegt dat dit regelmatig gebeurt, en 0,5% vaak. Als mogelijkheden voor verbetering zien zij feedback cycli en het opnemen van registratieregels in de opleiding.

'De huidige systemen zijn te weinig meedenkend. We zouden ook RealTime feedback moeten krijgen als iets tot uitval leidt'.

'Idealiter zit er iemand op de afdeling en de poli die direct aangesproken kan worden, en zijn er gestructureerde momenten waarop er een leer cyclus in stand wordt gehouden'.

'Desnoods een cursus bij indiensttreding. Het is geen onderdeel van de opleiding. Je doet het erbij en leert van schade en schande'.

Dilemma's

Respondenten is gevraagd om negen aan de zorg gerelateerde thema's te ordenen naar belangrijkheid. Hierbij moet worden opgemerkt dat in het vrije tekstveld vaak werd aangegeven dat de vraag moeilijk te interpreteren was, en dat alle thema's min of meer als even belangrijk worden gezien. Desondanks kwam de volgende indeling in volgorde van belangrijkheid naar voren:

1. *Patiëntveiligheid*
2. *Patiëntgerichte zorg*
3. *Zorgkwaliteit*
4. *Bijhouden vakinhoudelijke kennis*
5. *Teamwork*
6. *Kwaliteitsbewaking door beroepsgroepen*
7. *Incident melden*
8. *Kwaliteitsindicatoren meten*
9. *Correct registreren*

De respondenten plaatsten het onderwerp correct registreren voornamelijk op de laatste plaats van belangrijkheid.

Meer dan de helft (59%) twijfelt regelmatig over de wijze waarop correct geregistreerd moet worden. 8% twijfelt vaak. Voorbeelden van deze situaties zijn:

'Soms is het onduidelijk onder welke DBC een diagnose valt, meest passende diagnose kies ik dan'.

'Als met meerdere specialismen een patiënt behandeld wordt'.

'Meerdere klachten tijdens 1 consult waarbij verschillende verrichtingen nodig zijn bij aanwezigheid van meerdere ziektebeelden'.

'Vaak gaat het om wel/niet toegestane combinaties, of dat bepaalde ingrepen wel of niet binnen een DBC 'mogen''.

Uit de interviews kwam naar voren dat de regelgeving er soms toe leidt dat artsen andere keuzes maken in de zorgverlening, bijvoorbeeld door een patient vaker te laten komen. Uit de analyse van de antwoorden op de vragenlijst blijkt dat 67% van de respondenten nog nooit een patiënt extra langs heeft laten komen omdat activiteiten/behandelingen anders onvoldoende gedeclareerd konden worden. 8% geeft aan dat dit regelmatig gebeurt. 36% registreert nooit een andere verrichting of handeling dan dat er in werkelijkheid is verricht (omdat het niet past binnen bestaande registratiecodes van het vakgebied). 20% doet dit wel regelmatig, en 2% vaak. Respondenten zeggen dat dit met name voorkomt wanneer er geen correcte code beschikbaar is voor de diagnose, of als er sprake is van meerdere diagnoses. In dat geval zoekt de medisch specialist naar een code die erbij in de buurt ligt. Medisch specialisten geven aan dat zij hierbij geen inzicht hebben in verschillen in vergoedingen die hiermee samenhangen.

'Het is vaak de omschrijving van de ingreep die niet past en dan kiezen we de ingreep die het beste de lading dekt'.

'Je moet wat kiezen en ik neem dan een code die de lading misschien een beetje dekt. Weet nooit of dit prijstechnisch in het voordeel of nadeel van het ziekenhuis is. Wil ik ook niet weten'.

Een andere situatie die een aantal keer is genoemd als reden voor het registreren van een andere behandeling is wanneer een patiënt binnen een jaar twee keer dezelfde aandoening heeft gekregen. Dit kan niet worden ingevoerd in het systeem.

'Iemand krijgt in een jaar twee keer dezelfde aandoening waarvoor weer alle diagnostiek en werk nodig is, dan kan die code niet nog een keer gebruikt worden, maar het werk wordt wel gedaan'.

Vrijwel alle respondenten (92%) zijn nooit door een collega/bestuurder/patiënt gevraagd om een duurdere (be)handeling te kiezen dan nodig werd geacht. 8% zegt dat dit regelmatig tot vaak is gebeurd. Wanneer dit wel is gebeurd geven de respondenten de volgende voorbeelden: een patiënt terug laten komen voor controle, de opnameduur verlengen, patiënten die aandringen op dure diagnostiek terwijl ze hier niet medisch voor geïndiceerd zijn of een patiënt die een andere diagnose vraagt omdat een bepaalde voorziening niet vergoed

wordt. Medisch specialisten geven aan dat zij vrijwel nooit tegemoetkomen aan dergelijke verzoeken.

> *'Dat zou echt onvergeeflijk zijn, ik ben ervan overtuigd dat dit ook vrijwel nooit gebeurt, vooral niet door collegae of patiënten'.*

Uit de vraag of er registratiecodes zijn die te veel of te weinig opleveren blijkt dat de meeste respondenten dit niet weten (59%); een wat kleinere groep (39%) geeft aan dat deze codes wel bestaan. In de open tekst werden veel voorbeelden gegeven van enerzijds hele specifieke diagnoses (uiteenlopend) die te veel of te weinig opleveren. Medisch specialisten geven hier vaak aan dat zij niet weten welke vergoeding hoort bij een bepaalde registratiecode.

> *'Ik heb geen idee wat welke code oplevert'.*

Naast een aantal hele specifieke aandoeningen die volgens hen te veel of juist te weinig opleveren wordt vaak genoemd dat een uitgebreide analyse van de klachten van een patiënt niets oplevert, evenals de tijd nemen voor het verhaal van de patiënt. Terwijl dit in hun ogen juist onderdeel is van kwaliteit van zorg.

> *'In het algemeen leveren gesprekken (veel) te weinig op (kijk & luistergeld) en ingrepen veel te veel!!'.*

42% zegt dat er regelmatig tot vaak situaties voorkomen waarin de wijze van financiering de manier van zorg verlenen beïnvloedt. Voorbeelden die hier worden gegeven zijn: belafspraken leveren niks op dus in plaats daarvan de patiënt laten komen, de polis en het eigen risico van de patiënt bepalen welke keuzes voor behandelingen worden gemaakt, patiënt vaker terug laten komen. Daarnaast is aan respondenten gevraagd om de belangrijkste reden aan te geven om correct en volledig te registreren. Zij konden hierbij kiezen uit zes redenen die zij op volgorde van belangrijkheid moesten zetten. Hier kwam de volgende indeling uit (waarbij nummer 1 de reden is die door de medisch specialisten het meest belangrijk wordt gezien, en 6 minst belangrijk):

1. *Ik wil geen regels overtreden*
2. *Correct en volledig registreren hoort bij mijn taken als arts*
3. *Correct en volledig registreren is in mijn eigen belang*
4. *Patiënten verwachten van mij dat ik correct en volledig registreer*
5. *Via correct en volledig registreren draag ik bij aan de doelmatigheid van de zorg.*
6. *De zorgverzekeraar verwacht van mij dat ik correct en volledig registreer.*

Intrinsieke motivatie en professionaliteit lijken de belangrijkste reden te zijn om correct te willen registreren; druk van buitenaf of het bijdragen aan doelmatigheid van de zorg via correct registreren worden door medisch specialisten als minder belangrijk ervaren.

Onder aanvaardbare redenen om af te wijken van een declaratieregel of juiste registratiecode worden het meest genoemd:

1. *wanneer patiënten gelijktijdig meerdere behandelingen krijgen (56%),*
2. *multi-morbiditeit van de patiënt (51%),*
3. *als belangrijk geachte onderzoeken niet passen binnen de van toepassing zijnde declaratiecode (38%),*
4. *bij hoog complexe behandelingen (23%),*
5. *als medisch noodzakelijke behandelingen niet vergoed worden vanuit de basisverzekering (16%),*
6. *bij innovatieve behandelmethoden (16%),*
7. *bij gebruik van minder invasieve behandelmethoden (6%),*
8. *bij een te lage vergoeding voor een DBC (3%).*

Dilemma's bij het registreren en declareren zijn vooral onderwerp van gesprek binnen de eigen vakgroep en in mindere mate met de Raad van Bestuur.

Regelgeving

De helft van de ondervraagde medisch specialisten geeft aan globaal bekend te zijn met de regels van de NZa. Ongeveer een kwart is er inhoudelijk mee bekend, en zo'n 6% geeft aan er zeer goed mee bekend te zijn. Er is een groep van zo'n 18% die aangeeft niet bekend te zijn met de regels van de NZa. Informatie over regelgeving komt met name vanuit de beroepsvereniging, collega's en/of de DBC-consulent. Maar ook via de ziekenhuisadministratie, medisch secretaresse en het ziekenhuis. Hierbij geeft een groep medisch specialisten aan niet geïnformeerd te worden. Respondenten geven aan dat zij zelden tot nooit worden geïnformeerd over regelgeving door de zorgverzekeraar of NZa. Een groep van zo'n 16% geeft aan ook zelf op zoek te gaan naar informatie hierover. Een op de tien geeft aan (ook) op andere manieren geïnformeerd te worden; dit is dan in de meeste gevallen de zorgadministratie van het ziekenhuis. Meer dan de helft ervaart de voorlichting over de regelgeving als onvoldoende tot slecht. 33% ervaart dit als voldoende, 3% als ruim voldoende.

Meer dan de helft (58%) vindt dat de NZa onvoldoende tot geen inzicht toont in de zorgsector. Een groep van 30% heeft hier geen mening over en 12% geeft aan dat de NZa voldoende tot ruim voldoende inzicht toont in de zorgsector. 41% vindt dat de NZa regels zelden tot nooit eenduidig zijn toe te passen in de dagelijkse praktijk. 32% is van mening dat deze regels regelmatig tot vaak eenduidig zijn toe te passen. Een kwart had geen mening hierover. Uit de toelichting bij deze vraag komt het algemene beeld naar voren dat het eenduidig toepassen van de regels met name lastig is wanneer er sprake is van patiënten met meerdere diagnoses of er sprake is van parallelle DBC's. Daarnaast geven respondenten aan dat de regels erg complex zijn, niet aansluiten bij de praktijk en te vaak veranderen.

'Er zijn teveel uitzonderingen en voorwaardes. Zelfs een DBC consulent heeft moeite met bijhouden van de regels, laat staan een medisch specialist die ook nog andere taken heeft (namelijk patiëntenzorg.)'.

'Telefonisch consult niet vergoed, terwijl dit weinig tijdswinst geeft, maar voor oudere patiënt klantvriendelijk is. Wat bij multidisciplinair spreekuur: kost veel meer tijd, echter mag niet gedeclareerd worden door afzonderlijke specialisten'.

'In mijn beleving wordt het artsen vak onder druk gezet om de praktijk aan te passen aan de regelgeving. Dat kan niet de bedoeling zijn, van DBC registratie, terwijl het wel een ongewenst bijeffect blijkt te zijn'.

'Bepaalde producten mogen niet maar zijn wel realiteit. Bijvoorbeeld twee x curettage miskraam in een jaar'.

'In dit voorbeeld namelijk, kan de hechting pas in rekening gebracht worden als een ándere arts die wond komt hechten. Te bizar voor woorden, onnodig en gevaarlijk'.

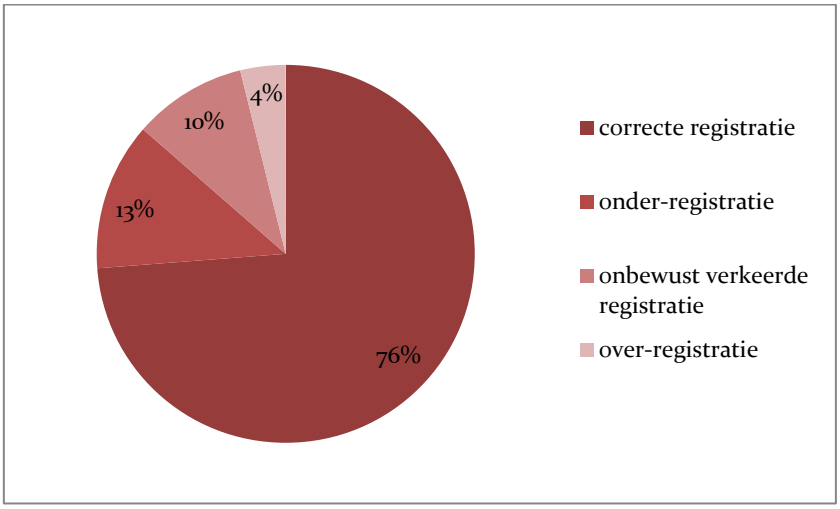
'Spoedeisende geneeskunde heeft geen eigen DBC's'.

'Sommige ziektes behandel je (bijv. sarcoidose) en zijn daarna rustig. Gezien blijvende schade na behandeling moet patiënt onder controle blijven. En dan blijft de DOT altijd vragen om verwachtte therapie bij diagnose (bijv. immunotherapie). Dit moet telkens door DBC-consulent onderdrukt worden. waarom blijft die actie opkomen na herhaald onderdrukken?'

'Het ergste is dat de registratie de hele tijd weer wordt aangepast. Telkens verzinnen ze daar bij de NZa weer iets nieuws. Je krijgt de kans niet om aan een systeem te wennen'.

'Regels zijn voor vele uitleg vatbaar en zeker niet duidelijk. Bij voorleggen discussie stukken aan NZa herhaaldelijk antwoord gekregen: 'er wordt niet ingegaan op individuele casuïstiek. De regels zijn helder en duidelijk'.

Respondenten hebben een schatting gegeven van het percentage waarin bepaalde situaties met betrekking tot registreren voorkomen in hun ziekenhuis. Hieruit kwam het volgende beeld naar voren:



Uit de toelichting die bij de vraag gegeven kon worden blijkt dat respondenten het erg lastig vinden om hier een schatting voor te geven, dat zij de schatting baseren op hun eigen afdeling en niet weten of dit ook op andere afdelingen zo is, en dat zij met name onder-registratie als een probleem ervaren.

> *'Aangezien ik niet weet welk zorgproduct de DBC die ik invul oplevert, kán ik niet eens aan up coding doen. Ik ben ervan overtuigd dat iedereen, ook ik ,wel eens een registratie vergeet en dat er dus onder registratie is. Daar hoor je vanuit het NZA, de verzekeraars en de regering nooit wat over. Wel heeft men de mond vol van 'fraude' waar het over-, overgrote deel gewoon per abuis foutief gecodeerde DBC's zijn'.*

De meerderheid (79%) geeft aan het belangrijk tot zeer belangrijk te vinden dat registratieregels correct worden toegepast. In de toelichting geven respondenten aan dat het belang ook zit in de financiële gevolgen die correct registreren met zich mee brengen. En ook geven zij aan dat de registratieregels op dit moment te complex en onduidelijk zijn. Met name wanneer er patiënten met meerdere diagnoses zijn of parallelle DBC's. Volgens medisch specialisten is er de wil om correct te registreren maar maakt de complexiteit van het systeem het lastig om dit te doen.

> *'Echter moeten de regels eenvoudig zijn en recht doen aan werkelijke medische situatie.is belangrijk, maar kost veel tijd en gaat duidelijk ten koste van de primaire zorgtaken'.*

'Het gaat mij niet om correct toepassen van de regels, maar om het verrichten van doelmatige zorg waarbij patiëntgerichtheid en -vriendelijkheid bovenaan staan. Niet het naleven van regels en daar de zorg op aan moeten passen. Dus eerst bottom-up zorg goed organiseren, dan volgt correcte registratie en declaratie vanzelf'.

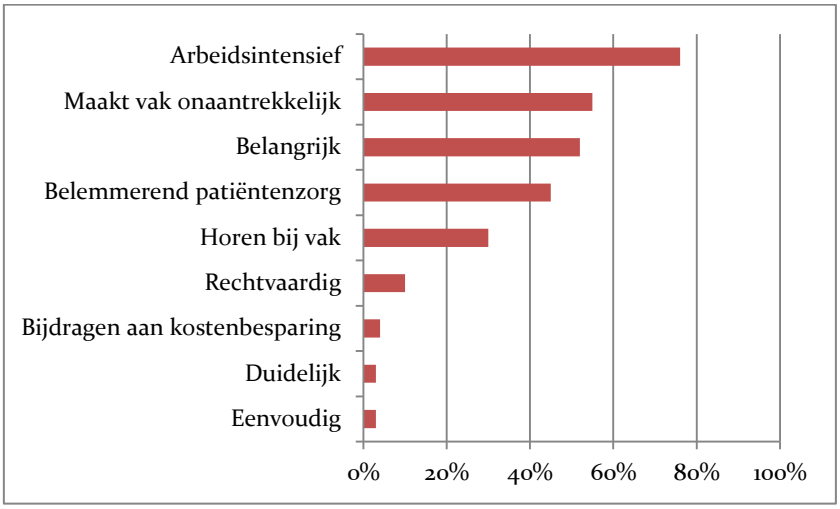
'Het zou correct moeten zijn, maar er gaat zoveel aandacht naar, dat het lijkt alsof het alleen om de correcte declaratie en registratie gaat dan om de patiënt'.

'Als die regels maar werkbaar en begrijpelijk zijn. De regels van het huidige systeem zijn dermate complex dat dit registreren/declareren niet van zorgprofessionals verwacht kan worden'.

'Helaas is dit voor de gemiddelde academisch geschoolde medicus met 12 jaar opleiding niet meer te snappen. Wie is dan gek, de dokter of het systeem'.

'Als dokter wil ik niet steeds bezig zijn met registraties en indicatoren die helemaal niets zeggen. Ik wil gewoon mijn patiënt helpen. Er wordt veel te veel gecontroleerd door mensen die helemaal niet weten wat je werk inhoud'.

Op een schaal van 1 tot 10 duiden respondenten het belang van volledig, juist en tijdig registreren van zorgproducten gemiddeld aan met een 8. Over het algemeen vinden respondenten het registreren van zorgproducten:



Respondenten geven hierbij nog aan dat het systeem dusdanig complex en ondoorzichtig is dat het een grote tijdinvestering vraagt en daardoor afleidt van de patiëntenzorg en bijdraagt aan stijging van kosten in de zorg.

Dat de NZa ziekenhuizen beboet bij het onjuist registreren en declareren van zorgproducten is 12% het (helemaal) mee eens, de grootste groep is het hier gedeeltelijk mee eens/oneens (71%). In de toelichting geven zij aan dat dit afhankelijk is van de situatie en gerechtvaardigd is wanneer er is aangetoond dat er sprake was van bewuste fraude. Maar volgens de respondenten is het in het huidige complexe systeem onvermijdbaar dat er fouten worden gemaakt bij het registreren en vinden zij dat medisch specialisten en ziekenhuizen niet afgerekend mogen worden op deze fouten zolang het systeem niet wordt verbeterd.

> *'Maar systeem is dermate weinig transparant, dat het te onoverzichtelijk is om actief fraude te plegen'.*
>
> *'NZa moet reëel blijven, je kunt niet jaarlijks en soms met terugwerkende kracht regels gaan veranderen. Boete aan NZa zou meer op zijn plaats zijn'.*
>
> *'Ik vind dat fraude gestraft moet worden, maar ik vind het vervelend dat ik op deze wijze gedwongen fraudeur word gemaakt!!!!'*
>
> *'Het continue wantrouwen van de zorgverzekeraars en het feit dat de ziekenhuizen publiekelijk schuldig worden verklaard aan fraude in plaats van te zeggen dat het systeem misschien ook wel eens (onnodig) complex zou kunnen zijn en dat dit de oorzaak is van enige foutieve declaraties. Daarnaast wordt er alleen maar gekeken naar foutief te hoog gedeclareerde producten maar er is geen ziekenhuis in NL waar extra geld wordt toegekend indien er wordt vastgesteld dat er onterecht te laag gedeclareerd is'.*
>
> *'Bij aanwijzingen voor bewuste fraude lijkt het mij zeer terecht, maar frequent is een juiste registratie en dus declaratie gewoon niet mogelijk binnen de regels van het systeem of alleen met zodanig veel moeite dat dat zeer ernstig ten koste zou gaan van patiëntenzorg en een enorme extra belasting oplevert voor de organisatie als geheel'.*

Overige opmerkingen

Aan het einde van de vragenlijst had de medisch specialist de mogelijkheid om algemene opmerkingen te maken. Naast enkele opmerkingen over de lengte en de moeilijkheid van de vragen kwamen er ook een aantal algemene thema's naar voren die de hierboven beschreven antwoorden mogelijk in een bredere context plaatsen.

Allereerst werd nogmaals benadrukt dat de medisch specialisten het huidige systeem te complex, ondoorzichtig en tijdrovend vinden en dat zij meer ondersteuning wensen bij het registreren en voldoen aan de registratieregels.

'Het huidige systeem is buitengewoon ondoorzichtig en heeft voor de medisch specialist een niet te controleren relatie met zijn omzet'.

Zij vinden dat er op dit moment een sfeer heerst van wantrouwen terwijl zij vinden dat er meer van uit moet worden gegaan dat de artsen goede intenties hebben. Het onderwerp van onder registratie is in hun ogen onvoldoende belicht, en is volgens hen een minstens net zo groot probleem als over registratie.

'Benader het van de positieve kant: naar mijn indruk is de intentie van de meerderheid van de artsen om zo goed als mogelijk te registreren, niet om te frauderen. Die laatste indruk lijkt nogal eens de overhand te nemen, in ieder geval in de media: Laat ook eens zien hoeveel er wordt ondergeregistreerd'.

'Er is een probleem waar je nooit iets over hoort: onder-registratie. Hoe zou het ziekenhuis erachter moeten komen dat er ondergeregistreerd wordt? Dat dat gebeurt staat voor mij honderd procent vast, gezien de tijdsdruk op een poli en OK en de ingewikkeldheid van de regels. Er zou niet zo hoog van de toren geblazen moeten worden door NZA en verzekeraars bij 'vermeende fraude', die dan grotendeels blijkt te berusten op per abuis foutieve DBC registratie. Want de onder registratie waardoor het ziekenhuis inkomsten misloopt waar zij wel recht op heeft, blijft volkomen toegedekt. Eigenlijk zou er standaard 5% opslag moeten komen ter compensatie van de alom aanwezige onder-registratie'.

De macht van de verzekeraar vinden zij zorgwekkend, en ze vragen zich af wie er in deze vrije markteconomie nou eigenlijk beter van is geworden. Wegen de kosten van het huidige systeem wel op tegen de baten?

'De zorg wordt duurder vanwege inefficiëntie van het directe zorgproces en door wantrouwen over en weer van de verschillende partijen in het veld'.

'De zorg kan de helft goedkoper maar dokters worden zwaar in het defensief geduwd waardoor iedereen elke dag door de PET scan moet'

5 Conclusies, ervaren knelpunten en aanbevelingen

Samenvatting resultaten

Beleving medisch specialisten ten aanzien van het thema correct registreren

In dit rapport gaat het om de beleving en ervaring van medisch specialisten. De interviews met medisch specialisten, zorgadministrateurs en experts leveren een ambigu beeld op. Enerzijds is registreren voor de geïnterviewde artsen 'geen issue' en min of meer verworden tot een routinematige handeling ('*dat doe ik gewoon*'). Anderzijds is het een belangrijk onderdeel van hun werk waar velen dagelijks mee bezig zijn. Het registreren van behandelingen en de (ICT) systemen en experts die hiervoor worden ingezet symboliseren de gelaagdheid en complexiteit van het thema 'correct registreren', maar ook de toenemende verstrengeling van de organisatie van de zorg ('het ziekenhuis') en het medisch specialistisch handelen. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat artsen de registratie- en declaratieregels accepteren als een onderdeel van de dagelijkse zorgpraktijk en dat hier zo goed mogelijk mee wordt omgegaan. Up-coderen of 'fraude' zijn *not done*. Tegelijkertijd zijn artsen pragmatisch: artsen willen geen geld mislopen en leggen de nadruk op het probleem van gemiste declaraties. In sommige gevallen wordt de zorg aangepast om die volgens de geldende regels (toch) te kunnen declareren. Dit gaat gepaard met morele discussies en dilemma's. Uit de interviews en observaties is een beeld ontstaan van de manier waarop medisch specialisten zich verhouden tot het proces van registreren en declareren, welke ervaringen zij hiermee hebben en hoe ze proberen om te gaan met de soms lastige keuzen die ze in het proces van registreren moeten maken.

Uit de resultaten van het vragenlijst-onderzoek komt een soortgelijk beeld naar voren al is dit op sommige vlakken meer genuanceerd en soms ogenschijnlijk tegenstrijdig met de individuele interviewresultaten. Een grote groep medisch specialisten geeft in de vragenlijst aan het thema correct registreren belangrijk te vinden, en zich verantwoordelijk te voelen voor correcte registraties. Zij vinden het ook belangrijk dat de NZa toeziet op correct registreren. Deze positieve grondhouding bij een grote groep medisch specialisten neemt echter niet weg dat er ook medisch specialisten zijn die zich liever niet in het onderwerp verdiepen en het graag meer over zouden laten aan iemand die zich erin heeft gespecialiseerd.
Intrinsieke motivatie en professionaliteit lijken de belangrijkste reden te zijn om correct te registreren; druk van buitenaf of het maatschappelijk belang spelen volgens medisch specialisten een minder prominente rol. Aan de andere kant ervaren enkele artsen (zie interviews) prikkels om goed te scoren op de productiebenchmark. Ondanks het belang dat de meeste medisch specialisten

aan correct registreren zeggen te hechten, is voor hen alles wat met de patiënt te maken heeft nog belangrijker.
Het proces van registeren wordt enerzijds als eenvoudig ervaren ('onderdeel van de dagelijkse praktijk' en bij 'eenvoudige aandoeningen') en anderzijds ook vaak als complex en onduidelijk omschreven. De complexiteit wordt vooral ervaren wanneer een patiënt meerdere aandoeningen heeft. De patiënt heeft dan vaak parallelle diagnoses wat volgens artsen moeilijk in het registratiesysteem te zetten is. Medisch specialisten ervaren vaak dat het complexe proces van registreren ten koste gaat van de patiënt; registreren kost tijd die een arts liever aan de patiënt besteedt. Artsen zien onder-registratie bovendien als een groter probleem dan over-registratie; zij maken zich vooral zorgen over het vervallen van DBC's door incomplete of foutieve registraties. Artsen geven aan dat hier een kennishiaat zit met de regels, en dat ICT systemen nog onvoldoende aansluiten op de eisen die aan registraties gesteld worden.

Een groot gedeelte van de medisch specialisten vindt het registreren arbeidsintensief. Dit heeft als gevolg dat het vak als minder aantrekkelijk wordt ervaren. Het belang van correct registreren en het ervaren gevoel hiervoor verantwoordelijk te zijn wordt bij alle specialismen in dezelfde mate ervaren. Ook zijn er geen verschillen gevonden tussen specialismen in de mate waarin medisch specialisten het belangrijk vinden dat de NZa toeziet op correct registreren. Het belang van correct registreren en het verantwoordelijkheidsgevoel wordt in verschillende typen ziekenhuizen (algemeen, topklinisch en academisch) niet anders ervaren. Wel geven minder medisch specialisten uit algemene ziekenhuizen aan dat zij het belangrijk vinden dat de NZa toeziet op correct registreren.
Naast het feit dat artsen aangeven dat correct registreren belangrijk is blijkt uit dit onderzoek ook dat de praktijk leidend is voor artsen: als de zorg complex en/of meervoudig is, of tarieven de zorg niet dekken, worden andere keuzes gemaakt. Medisch specialisten geven aan dat het systeem dermate complex is dat zij niet bewust registraties kunnen manipuleren voor grotere financiële compensaties. Daarnaast zegt 40% dat de financiering de wijze van zorgverlening beïnvloedt en 20% registreert regelmatig een andere verrichting. Artsen lijken zich soms genoodzaakt te voelen om andere keuzes te maken, waarbij zorginhoudelijke en organisatorische afwegingen een rol lijken te spelen. Zij geven aan dat het ze niet gaat om er financieel beter van te worden maar om de zorg passend te maken bij het systeem. Patiëntenzorg heeft een hoge prioriteit: correct registreren wordt zoveel mogelijk volgens de regels gedaan, maar hier wordt vanaf geweken wanneer dit in de ogen van de arts noodzakelijk is om de zorg te kunnen bieden die zij nodig achten. Er worden dan situationele oplossingen gezocht voor de dilemma's die zich afspelen in deze 'grijze gebieden'. Het kwalitatieve deel van dit onderzoek laat zien dat zorgadministraties hierbij in toenemende mate een rol spelen; zij hebben de taak om de regels van de NZa en zorgverzekeraars 'correct' toe te passen tegen het licht van een dynamische en dus niet altijd voorspelbare zorgcontext. We gaan hieronder verder in op de rol van de zorgadministraties.

Ervaren knelpunten in het registratieproces

In dit onderzoek hebben medisch specialisten aangegeven hoe zij aankijken tegen het thema correct registreren en hoe zij de organisatorische ondersteuning hierbij ervaren. Hieruit zijn een aantal knelpunten af te leiden: zaken waar medisch specialisten tegenaan lopen in het registratieproces en die het correct registreren in hun ogen soms lastig of onmogelijk maakt. Deze knelpunten zullen hieronder besproken worden en kunnen dienen als aanknopingspunten voor het verbeteren van het registratieproces en de uitkomsten hiervan.

Complexiteit van het DOT- Systeem

Medisch specialisten geven aan dat zij zich verantwoordelijk voelen voor correct registreren en dat dit onderdeel is van hun dagelijkse werkzaamheden. Desondanks vinden zij het proces van registreren complex en tijdrovend. Dit komt in hun ogen met name door de complexiteit van het DOT-systeem waardoor zij weinig inzicht hebben in de consequenties van bepaalde keuzes in het registratieproces en zijn zij bovendien veel tijd kwijt aan het registreren. Dit gaat ten kostte van de directe patiëntenzorg. Een aantal specifieke punten dragen volgens hun bij aan de complexiteit namelijk:

Onduidelijkheid over welke DBC's bij bepaalde behandelingen horen

Door de grote hoeveelheid aan DBC's is het voor de medisch specialist in veel gevallen moeilijk te bepalen onder welke DBC een bepaalde behandeling valt. Daarnaast is het ingewikkeld dat er aan het begin van het traject een bepaalde diagnose gesteld moet worden om een DBC te kunnen openen, terwijl de diagnose dan nog niet definitief is vastgesteld. Dit gedurende het proces aanpassen kost de medisch specialist tijd en is foutgevoelig. Niet altijd is er een correcte DBC-code beschikbaar voor een aandoening en in die gevallen moet de medisch specialist zelf een andere keuze maken en doet dit meestal door een DBC te kiezen die hier inhoudelijk bij in de buurt ligt. Daarnaast geven medisch specialisten aan dat het voor hen onduidelijk is welke vergoedingen bij bepaalde behandelingen horen. Op een bewuste manier meer geld verdienen is volgens hen dan ook niet mogelijk.

Onder-registratie

Medisch specialisten hebben het gevoel dat zij veel geld mislopen door onder-registratie. Deze onder-registratie komt volgens hen met name voort uit de complexiteit van het registratie systeem, het niet kunnen declareren van bepaalde zorg en onbedoelde fouten in het registreren. Zij denken dat het probleem van onder-registratie een veel grotere omvang kent dan het probleem van (bewuste) over-registratie. Het ziekenhuis zou veel geld mislopen door niet gedeclareerde zorg.

ICD-10 koppeling met DOT

De koppeling van DOT en ICD-10 heeft het registreren volgens veel medisch specialisten nog ingewikkelder gemaakt. Zij hebben daardoor het gevoel dat zij alles twee keer (dubbel) moeten registreren.

Waardering door medisch specialisten van de organisatorische ondersteuning bij het registreren

Ten aanzien van de organisatorische ondersteuning lopen de bevindingen uit het kwalitatieve en kwantitatieve deel van dit onderzoek uiteen. Uit het kwalitatieve deel van het onderzoek komt naar voren dat medisch specialisten registreren zien als een collectieve activiteit. Het belang van ICT wordt breed gedeeld, en maakt dat 'derden' (consultants, ICT-experts) nauw betrokken zijn. Dit hangt samen met het feit dat de regelgeving en daarmee samenhangende administratieve handelingen als dermate complex worden beschouwd dat hier 'andere' professionals voor nodig zijn. Het gevolg hiervan is dat artsen het gevoel hebben dat het onderwerp verder van hen afstaat; artsen laten de details over aan anderen en willen vooral patiënten behandelen. Registraties en declaraties moeten daarop volgen. Tegelijkertijd willen zij geen inkomsten mislopen, of onvoldoende scoren op de benchmark. Om die reden worden experts ingehuurd en wordt gezocht naar mogelijkheden om de zorgverlening zo te laten verlopen dat de zorgverlening aansluit bij afspraken met de zorgverzekeraar en de regelgeving van de NZa. Hoewel de invloed van het MSB op de declaratie- en registratieprocessen nog onbekend is, lijkt de komst van het MSB wel van invloed doordat het een nieuwe productieprikkel genereert om het goed te doen op de benchmark.

Uit de kwalitatieve interviews komt naar voren dat zorgadministrateurs in grotere mate een rol hebben gekregen in de ondersteuning van de arts bij het correct registreren. De zorgadministrateur lijkt terughoudend te zijn met het toepassen van de registratie regels ('wil niet op de stoel van de arts gaan zitten'), en geeft vooral aan bij de arts wanneer een registratie onjuist is. Zorgadministrateurs lijken op dit moment vooral een belangrijke taak te hebben in het voorkomen van onder-registratie en daarmee het mislopen van financiële compensatie voor het ziekenhuis en medisch specialisten. Ook blijken er grote verschillen tussen ziekenhuizen en het werk van zorgadministrateurs. Uit de interviews blijkt dat zorgadministraties momenteel een professionaliseringsslag doormaken. Deze begint vaak bij de inrichting van ICT systemen, waarna gestaag 'naar de voorkant' gewerkt wordt; het trainen van artsen en het inrichten van ICT-systemen om correct registreren te faciliteren en fouten tijdig op te sporen en te corrigeren. Bij deze ondersteuning is er sprake van direct contact tussen de arts en de zorgadministratie, worden fouten hersteld en is er sprake van kennisoverdracht. Uit het kwantitatieve onderzoek komt dit beeld minder sterk naar voren en hieruit blijkt vooral dat er grote verschillen bestaan tussen ziekenhuizen. De discrepantie tussen het kwalitatieve en kwantitatieve deel van het onderzoek hangt mogelijk samen met het feit dat zorgadministraties zich momenteel in een fase van

ontwikkeling en professionalisering bevinden en dat deze ontwikkeling grotendeels 'achter de schermen' plaatsvindt. Deze ontwikkeling is relevant om te volgen omdat medisch specialisten aangeven de registratiekennis niet te bezitten en ook weinig ambities ervaren in die richting, waardoor mogelijk een (nog) grote(re) rol voor zorgadministraties in het verschiet ligt.

Ervaren knelpunten in de ondersteuning

Ondersteuning bij het registreren

In de vragenlijsten hebben medisch specialisten aangegeven dat de ondersteuning bij het correct registreren op een aantal punten nog kan verbeteren. Een van de meest genoemde is het feit dat de ondersteuning nog vooral op een reactieve manier plaatsvindt: pas wanneer zich een probleem heeft voorgedaan komt eventuele ondersteuning om de hoek kijken. Daarnaast is er over het algemeen weinig feedback op registratiehandelingen vanuit de zorgadministratie of DBC-consulent zodat medisch specialisten niet leren van gemaakte fouten en worden er weinig trainingen aangeboden. Daarnaast ervaren medisch specialisten dat de DBC-consulenten weinig tijd hebben door het grote aantal aanvragen voor ondersteuning dat zij ontvangen en dat zij vaak onvoldoende gespecialiseerde kennis hebben om de vragen te beantwoorden.

Voortdurend veranderende regelgeving op het gebied van registreren.

Regels op het gebied van correct registreren worden erg vaak aangepast en de medisch specialist ontvangt hier niet altijd op een adequate manier informatie over. Daarnaast worden regels ook weleens met terugwerkende kracht aangepast. Hierdoor is het volgens de medisch specialist moeilijk om bij te houden wat nu wel en niet mag.

Ervaren knelpunten in specifieke situaties

Naast de genoemde meer algemene knelpunten over het registratiesysteem en de ondersteuning hebben medisch specialisten ook een aantal knelpunten benoemd waar zij in specifiekere situaties tegenaan lopen (Box 1). Of deze specifieke knelpunten werkelijk tekortkomingen zijn van het registratiesysteem of dat er sprake is van onvoldoende kennis(overdracht) over de mogelijkheden van het systeem is een belangrijke vervolgvraag. Uit de interviewgesprekken met de NZa bleek dat enkele door medisch specialisten ervaren en benoemde tekortkomingen in ogen van de NZa wel degelijk in het systeem mogelijk zijn. Een dialoog tussen partijen is hier een belangrijke vervolgstap.

Box 1: In de praktijk ervaren knelpunten in specifieke situaties

Patiënt met meerdere aandoeningen

Wanneer een patiënt met meerdere klachten de spreekkamer binnen komt of door meerdere specialismen gezien wordt is het voor de medisch specialist onduidelijk hoe er geregistreerd moet worden.

Telefonische consulten kunnen niet gedeclareerd worden

Telefonische consulten mogen niet gedeclareerd worden. Dit terwijl het in de ogen van de medisch specialist in veel gevallen veel patiëntvriendelijker is om de patiënt niet op consult te laten komen. Een telefonisch consult kost echter wel tijd, tijd die op dit moment niet vergoed wordt.

Patiënt komt binnen een jaar terug met dezelfde aandoening

Wanneer een patiënt binnen een jaar terugkomt met dezelfde aandoening dan mag de behandeling niet opnieuw in het systeem gezet worden. Onderzoeken moeten echter wel opnieuw gedaan worden en de arts is tijd kwijt met de behandeling. Deze tijd wordt niet vergoed.

Langere consulten kunnen niet gedeclareerd worden

Het kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg wanneer een arts de tijd neemt voor de patiënt, luistert naar zijn of haar verhaal. Deze tijd wordt niet vergoed.

Bepaalde combinaties van behandelingen 'mogen' niet

Bepaalde combinaties van behandelingen kunnen niet ingevoerd worden. Het is voor de medisch specialist niet altijd duidelijk waarom, en hoe hiermee om te gaan.

Overstijgende aanbevelingen

Op basis van de resultaten van dit onderzoek en de door medisch specialisten ervaren knelpunten kan een drietal meer overstijgende aanbevelingen geformuleerd worden:

1. *Bevorderen van wederzijds vertrouwen door open dialoog tussen de NZa en medisch specialisten*

Uit dit onderzoek blijkt dat medisch specialisten het gevoel hebben dat de NZa medisch specialisten wantrouwt. De NZa heeft als toezichthouder in de zorg de 'frauderende arts' als referentiekader en reageert volgens medisch specialisten vaak te snel vanuit de gedachte van bewust verkeerd handelen van artsen. De medisch specialist ervaart dat zij moeten werken volgens regels die zijn opgesteld door een partij die te weinig weet heeft van de klinische praktijk en daardoor regels oplegt die in de dagelijkse werkzaamheden van de medisch

specialist niet te handhaven zijn. Berichtgeving vanuit de media over frauderende artsen draagt in negatieve zin bij aan het onderlinge vertrouwen. Om het proces van registreren te verbeteren, is onderling vertrouwen een basisvoorwaarde. Het bevorderen van onderling vertrouwen kan wanneer beide partijen de dialoog met elkaar aangaan en luisteren naar de beweegredenen van elkaars handelen. Zo kan er gezamenlijk een weg voor verbetering van het registratieproces in worden geslagen. Uit het onderzoek blijkt dat er een goede voedingsbodem is: de NZa geeft met de opdracht voor dit onderzoek aan oprecht geïnteresseerd te zijn in de beleving van medisch specialisten bij het thema correct registreren, en medisch specialisten hebben in dit onderzoek kenbaar gemaakt dat zij zich verantwoordelijk voelen voor correcte registraties en de intentie hebben om op een juiste manier te registreren.

2. *Reduceren van complexiteit van het systeem van registreren,*

Uit dit onderzoek blijkt dat het systeem van registreren door medisch specialisten in sommige situaties als complex wordt ervaren. Hierdoor gaat er volgens hen veel tijd verloren en worden er fouten gemaakt die achteraf gecorrigeerd moeten worden. Een vereenvoudiging van het systeem is wenselijk, zodat artsen meer inzicht hebben in de consequenties van het kiezen voor bepaalde registratie codes, en zij minder tijd kwijt zijn met het registreren en achteraf corrigeren. De mogelijkheden voor het reduceren van de complexiteit zal in samenspraak moeten gaan met verschillende veldpartijen (NZa, medisch specialisten, ziekenhuizen, MSB's, zorgverzekeraars etcetera) en zijn ook afhankelijk van wat er op dat gebied technisch gezien mogelijk is. Dit onderzoek biedt aanknopingspunten voor plekken waar volgens de medisch specialisten verbetering gewenst is (zie ook de genoemde knelpunten hierboven). Hoewel het goed mogelijk is dat bij de opgesomde knelpunten sprake is van een kennishiaat (iets wat buiten het bestek van dit onderzoek valt), is het van belang om meer helderheid te geven over de regels en deze blijvend te laten aansluiten bij de dynamiek van de zorgpraktijk. Zoals eerder genoemd is het belangrijk dat er allereerst wordt bekeken of deze punten daadwerkelijk tekortkomingen zijn van het systeem of dat er sprake is van een kennishiaat (en kan er meer dan de medisch specialist weet) en de oplossing in die richting gezocht moet worden.

3. *Gerichtere ondersteuning aan medisch specialisten bij het registreren*

Uit dit onderzoek blijkt dat medisch specialisten onvoldoende ondersteuning ervaren bij het registreren. Dit zou mogelijk verbeterd kunnen worden door vanuit de NZa meer gerichte scholing en training aan te bieden aan medisch specialisten. Hierbij kan gedacht worden aan vakinhoudelijke besprekingen van medisch specialisten in samenwerking met de NZa, door bijvoorbeeld een netwerk op te richten van medisch specialisten die zich specialiseren in het thema correct registreren en deze kennis via hun eigen vakgroep kunnen verspreiden. Bij medisch specialisten ligt dan de verantwoordelijkheid om gebruik te maken van deze platforms voor kennisuitwisseling. Een andere

manier is door het organiseren van bijeenkomsten door medisch specialisten van eenzelfde beroepsvereniging waarin zij inhoudelijk kennis uitwisselen op het gebied van correct registreren en voorbeelden van mogelijke problemen en oplossingen kunnen bespreken.

Naast de NZa en de medisch specialisten zou ook het ziekenhuis en MSB een verantwoordelijkheid kunnen nemen in het aanbieden van gerichtere ondersteuning door bijvoorbeeld meer middelen (tijd/geld) beschikbaar te maken voor ondersteuning vanuit medische secretariaten, zorgadministraties en DBC-consulenten. Een belangrijk aspect hierbij is het ondersteunen van (verdere) professionalisering en specialisering van deze ondersteuning. Gedacht kan worden aan DBC-consulenten met een specifiek aandachtsgebied, bijvoorbeeld interne geneeskunde waarbij de problematiek van multi-morbiditeit erg leeft. Ook zou er vakgroep overstijgend een analyse gemaakt kunnen worden van veelvoorkomende problemen bij het registreren en passende oplossingen, en deze ziekenhuis breed te verspreiden. Ook hier heeft de medisch specialist zelf een verantwoordelijkheid om enerzijds input te geven voor een dergelijke analyse, en anderzijds informatie vanuit het ziekenhuis tot zich te nemen en toe te passen in zijn of haar dagelijkse praktijk.

Slotconclusie

Dit rapport beschrijft de beleving van medisch specialisten. Bij het thema correct registreren spelen vier thema's een centrale rol: het proces van registreren, ervaren prikkels en dilemma's, de rol van de zorgadministratie, en het aanpassen van patiëntenzorg aan declaratieregels. In veel gevallen is het registreren routine geworden, maar er zijn sommige situaties die het registreren complex maken en veel vragen oproepen. Medisch specialisten zien registreren als hun taak en vinden correct registreren belangrijk, maar als zij voor hun gevoel moeten kiezen, gaat de zorg voor de patiënt voor en legitimeert dat voor hen het afwijken van declaratieregels. Er komen situaties voor, zoals de productiebenchmark, waarin sommige medisch specialisten een productieprikkel ervaren. In het algemeen hebben medisch specialisten het gevoel dat onder-registratie een groter probleem is dan over-registratie. De ondersteuning en scholing in ziekenhuizen kan beter, en medisch specialisten zien meerwaarde in personen die zich tot in detail in het correct registreren specialiseren. DBC-consulenten zijn aan het professionaliseren, maar de situatie in ziekenhuizen verschilt sterk.
Voor de toekomst is het van belang dat de ervaren knelpunten zo veel mogelijk worden opgelost. Hierin hebben alle partijen een rol: de medisch specialisten zelf, de ziekenhuisorganisatie en de NZa.

Referenties

Van Baalen, M.R. et.al. (2016). *Compliant registreren-van erkend probleem tot gedeelde ambitie.* Utrecht: Berenschot & Nederlandse Zorgautoriteit.

Van Erp, J., and Mein, A. (2013). *Doelgroepenanalyse medisch-specialistische zorg.* (2013). Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Kerpershoek, E., Groenleer, M., De Bruijn, H. (2016). *Unintended responses to performance management in dutch hospital care: Bringing together the managerial and professional perspectives.* Public Management Review, 2016, Vol. 18, No. 3, 417–436.

Koelewijn, W. et al. (2016). *Quick scan integrale bekostiging en governance.* Tilburg:TIAS.

KPMG. (2014). *Self-assessment Declareren Medisch Specialistische Zorg.* Utrecht: KPMG.

Bijlage 1- Topiclijst interviews

Interviews met medisch specialisten

Inleiding onderzoek, oa:

- Onderzoek van NZa: na focus op bestuur nu op medische specialisten, hun beleving
- Onze interesse in hoe behandelingen worden geregistreerd;
- Hoe dit binnen de vakgroep/maatschap en binnen het ziekenhuis wordt georganiseerd;
- Welke afwegingen daarbij worden gemaakt, de mogelijke dilemma's die worden ervaren en hoe hiermee wordt omgegaan
- Graag meekijken met het registreren van behandelingen of verrichtingen: hoe doe je het?

Topics:

- Is het registreren van zorg over het algemeen ingewikkeld of meer routine?
    - Hoe heeft zich dat de afgelopen drie jaar ontwikkeld?
- Hoe en wanneer registreer je een behandeling of verrichting?
    - Doorvragen op keuzes die moeten worden gemaakt, afwegingen die daarbij spelen.
- Bij welk soort verrichtingen is het registratiesysteem ontoereikend en wat is het aandeel van deze verrichtingen in het totaal?
- Waar haal je je informatie over registreren en declareren vandaan; wat zijn je bronnen?
- Welke afspraken over registeren zijn gemaakt binnen de maatschap/vakgroep en met het ziekenhuis?
    - Doorvragen op MSB, en op ontwikkelingen door de tijd (bv na invoering DBC en nu).
- Wie zijn er bij het registreren betrokken? Hoe vindt overleg plaats en waarover wordt overlegd of worden afspraken gemaakt?
    - Doorvragen op relaties met controllers, DBC consulenten;
    - Welke effecten hebben de interacties met de controllers/DBC consulenten op het registeren?
    - Doorvragen op hoe interne controle wordt ervaren;
    - Welk effect hebben interne controles op de manier waarop wordt geregistreerd?
    - Doorvragen op 'slimme trucjes' die worden uitgelegd/gedeeld
    - Doorvragen of er ruimte is om dilemma's waar je tegenaan loopt te bespreken—met wie? Wat gebeurt daar dan mee?
    - Doorvragen op rol van Raad van Bestuur. Hoe communiceert de RvB over registraties?
- Je ervaart ongetwijfeld wel eens dilemma's bij het registreren; waar speelt dit het meest? Wat is het grootste dilemma?
- Hoe ga je met die dilemma's om?
    - Doorvragen of ze bespreekbaar worden gemaakt, zo ja met wie en hoe, met welke mogelijke consequenties.

- Wat vind je van de discussie rondom registreren en fraude ten aanzien van registeren?
    - Doorvragen op hoe hier binnen de instelling op wordt gereageerd en mee om wordt gegaan (controllers, DBC-consulent, MSB-bestuur, raad van bestuur)
    - Op welke manier beïnvloeden deze discussies het registreren van behandelingen/verrichtingen?
    - Hoe ervaar je opgelegde boetes aan zorginstellingen zoals in het geval van het Antonius Ziekenhuis? Heeft deze casus gevolgen gehad voor de manier waarop je registreert? Hoe?
- Hoe ervaar je de regelgeving vanuit de NZa?
- Wat is de invloed op volumeafspraken met zorgverzekeraars op het registreren van behandelingen/verrichtingen?

Bijlage 2- Vragenlijst

Geachte medisch specialist,

Deze vragenlijst gaat over uw beleving, ervaring en opvatting als medisch specialist met het registreren van zorgproducten voor het declaratieproces in de dagelijkse zorgpraktijk. Het onderzoek wordt op verzoek van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) uitgevoerd door het NIVEL, het iBMG/Erasmus Universiteit en de faculteit Recht, Economie, Bestuur en Organisatie/Universiteit Utrecht.

Met het invullen van deze vragenlijst kunt u bijdragen aan het waar mogelijk verbeteren en makkelijker maken van het registratieproces binnen ziekenhuizen. De vragenlijst is anoniem. Het invullen kost circa 15-20 minuten. De vragenlijst kan tussendoor niet onderbroken worden. Wij willen u vriendelijk verzoeken de vragenlijst binnen 2 weken in te vullen. De resultaten van het onderzoek worden rond de zomer 2016 neergelegd in een openbaar rapport, dat via de beroepsverenigingen en ziekenhuizen zal worden verspreid. In de eerste fase van het onderzoek zijn interviews met individuele medisch specialisten gehouden alsmede met de organisaties van medisch specialisten en ziekenhuizen.

Met deze vragenlijst willen wij een beter beeld krijgen van uw opvattingen over de normen voor registreren van de NZa, de mate van organisatorische ondersteuning die u in het ziekenhuis krijgt bij het registreren van zorgproducten voor het declaratieproces, en de dilemma's die u hierbij tegen komt. Uw medewerking is hiervoor essentieel. Wij benaderen alle ziekenhuizen voor deelname aan het onderzoek.
Waarom dit onderzoek? Inzicht in de werking van de registratiepraktijk is van groot belang voor een genuanceerde discussie over declaraties. In eerder onderzoek naar de registratiepraktijk in ziekenhuizen zijn veelal bestuurders, DBC-consulenten, en managers van de administratie of compliance afdeling bevraagd. In dit onderzoek staat echter de medisch specialist zelf centraal. Daarmee willen wij recht doen aan uw opvatting over en ervaring met de registratiepraktijk.

Met uw antwoorden kunt u ons een reëel beeld geven van het belang van correct registreren, de geldende registratieregels en het registratieproces.

Indien u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met dr. Steffie van Schoten (030-2729700; s.vanschoten@nivel.nl)

Met vriendelijke groet,
Prof.dr. Cordula Wagner, NIVEL
Prof.dr. Roland Bal, iBMG/Erasmus Universiteit
Prof.dr. Judith van Erp, Universiteit Utrecht

De medisch specialist en correct registreren: een onderzoek naar de beleving van medisch specialisten

De vragenlijst bestaat uit vijf delen:
1) algemene vragen,
2) proces van registreren,
3) beleving registratieregels NZa,
4) dilemma's in de praktijk,
5) achtergrond respondent.

1) Algemene vragen

1.1) Hoe belangrijk vindt u het correct registreren van DBC-zorgproducten?
(onbelangrijk, enigszins belangrijk, belangrijk, zeer belangrijk)

1.2) Hoe belangrijk vindt u het dat de NZa actief toeziet op het correct registreren van DBC-zorgproducten?
(onbelangrijk, enigszins belangrijk, belangrijk, zeer belangrijk)

1.3) Hoe verantwoordelijk voelt u zich voor het correct registreren van DBC-zorgproducten?
(niet verantwoordelijk, enigszins verantwoordelijk, grotendeels verantwoordelijk, geheel verantwoordelijk)

2) Het proces van registreren van zorgproducten (DBC/DOT-registratie)

De beleidsdocumenten van de Federatie van medisch specialisten en de NVZ stimuleren het volledig, juist en tijdig registreren. Binnen ziekenhuizen komt er steeds meer scholing en ondersteuning voor medisch specialisten om de volledigheid en juistheid te verbeteren (voorkomen van onder- of over registratie).

2.1) Ervaart u het administratieve proces van registreren van zorgproducten in uw ziekenhuis over het algemeen als gemakkelijk?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

2.2) Ontvangt u in uw ziekenhuis organisatorische ondersteuning bij het registreren van zorgproducten? (meerdere antwoorden mogelijk)
(Nee, Ja, van: DBC-consulent, medisch secretaresse, RvB, MSB, vakgroep, HEAD, softwaresysteem (bv. Value Care, anders, nl.)

Kunt u kort omschrijven welke rol of verantwoordelijkheden de verschillende partijen in uw ziekenhuis hebben? (open vraag)

2.3) Mist u nog ondersteuning bij het registreren van zorgproducten?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)
Zo ja, kunt u kort aangeven welke ondersteuning u mist? (open toelichting)

2.4) Organiseert het ziekenhuis trainingen/cursussen/opleidingen voor medisch specialisten over de geldende registratieregels?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

2.5) Welk rapportcijfer geeft u voor de organisatorische ondersteuning bij het registreren van zorgproducten in uw ziekenhuis?
(van 1 tot 10)

2.6) Heeft het oprichten van het medisch specialistische bedrijf (MSB) invloed gehad op de organisatorische ondersteuning van het registratieproces in uw ziekenhuis? (Nee, Ja, niet van toepassing: kunt u uw antwoord toelichten?)

2.7) Zijn er binnen uw ziekenhuis afspraken gemaakt over de wijze van registreren? (Nee, Ja, hoe zijn deze afspraken vastgelegd? (via instructies, protocollen, vaste controles, uniforme interpretaties, formeel beleid, anders (open tekstveld)) (meerdere antwoorden mogelijk)

Door wie zijn deze afspraken opgesteld? (management, zorgadministrateur, externe consulent, collega medisch specialisten, anders) (meerdere antwoorden mogelijk)
Kunt u aangeven over welke (financiële) afspraken het gaat?

2.8) Moet u wel eens registraties achteraf (na sluiten DBC of na declaratie) corrigeren? (bv. na bericht van de zorgadministratie of DBC-consulenten) (nooit, zelden, regelmatig, vaak)

Kunt u een schatting geven van het gemiddeld percentage correcties?

2.9) Ervaart u dat van u wordt verwacht dat u volledig, juist en tijdig de zorg registreert?
(Nee, Ja, wie verwacht dit het meest van u: RvB, directe collega's, zorgverzekeraars, patiënten, beroepsgroep, politiek, wetgeving, eigen motivatie)

2.10) Weet u vooraf tot welk DBC-zorgproduct een registratie leidt?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

2.11) Indien de NZa of zorgverzekeraars over-registratie constateren, wordt deze dan achteraf nog gecorrigeerd?
(Nee, Soms, Ja, niet bekend)

2.12) Indien (de zorgadministratie van) het ziekenhuis onder-registratie constateert, wordt deze dan achteraf nog gecorrigeerd?
(Nee, Soms, Ja, niet bekend)

3) Beleving registratieregels NZa
De NZa heeft de taak tarieven vast te stellen, is toezichthouder op correct registreren en declareren en adviseert het ministerie van VWS om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

3.1) In hoeverre bent u bekend met de declaratie- en registratie-regels die de NZa vaststelt voor uw vakgebied?
(niet bekend, globaal mee bekend/van gehoord, inhoudelijk mee bekend, goed op de hoogte van details (expert))

3.2) Hoe wordt u geïnformeerd over de declaratie- en registratie-regels van de NZa of DBC-onderhoud? (meerdere antwoorden mogelijk)
(via beroepsvereniging, via DBC-consulent, via collega's, via zorgverzekeraar, via NZa, ga zelf op zoek, anders namelijk: …)

Hoe ervaart u de voorlichting? (ruim voldoende, voldoende, onvoldoende, slecht, geen mening)

3.3) Toont de NZa volgens u bij het toezicht en de handhaving inzicht in de zorgsector?
(ruim voldoende, voldoende, onvoldoende, slecht, geen mening)

3.4) Zijn de NZa regels volgens u eenduidig in de dagelijkse praktijk toe te passen?
(Nooit, zelden, regelmatig, vaak, geen mening)

Kunt u uw antwoord toelichten of een voorbeeld geven van een 'grijs gebied' binnen uw vakgebied?

3.5) Als u in het algemeen naar de registratiepraktijk in uw ziekenhuis kijkt, in welke mate/percentage komen dan onderstaande situaties voor? (verdeel 100% over de genoemde categorieën)
(correcte registratie, onder-registratie, onbewuste verkeerde registratie, over-registratie (up-coding)
Ruimte voor toelichting:

3.6) Hoe belangrijk vindt u het correct toepassen van declaratie- en registratie-regels?
(onbelangrijk, deels onbelangrijk, deels belangrijk, belangrijk, zeer belangrijk)
Ruimte voor toelichting:

3.7) Hoe belangrijk vindt u het volledig, juist en tijdig registreren van zorgproducten?
(schaal 1 – 10)

3.8) Wat vindt u in het algemeen van het registreren van zorgactiviteiten (diagnose en behandeling) voor declaratiedoeleinden? (DBC/DOT-registratie) (meerdere antwoorden mogelijk)
(belangrijk, duidelijk, eenvoudig, rechtvaardig, arbeidsintensief, belemmerend voor patiëntenzorg, draagt bij aan kostenbesparingen, hoort bij mijn vak, maakt mijn vak minder aantrekkelijk, anders namelijk: ….)

3.9) In hoeverre bent u het er mee eens dat de NZa ziekenhuizen beboet bij het onjuist registreren en declareren van zorg(producten, DBC)?
(helemaal mee oneens, mee oneens, deels mee eens, mee eens, helemaal mee eens)
Ruimte voor toelichting:

4) Dilemma's van registreren in de praktijk

In interviews die wij voor dit onderzoek hebben gehouden, hebben medisch specialisten aangegeven soms dilemma's te ervaren bij het correct registreren. In deze vragenlijst willen wij nagaan of u ook dilemma's ervaart, hoe u hiermee omgaat en in welke mate dat binnen uw vakgebied speelt. Ga hier met uw cursor staan voor enkele voorbeelden.

Voorbeeld casus 1:
In uw behandelkamer treft u een patiënt die graag van zijn spataderen af wil komen. U onderzoekt hem en komt vervolgens tot de conclusie dat de mate waarin de aandoening zich voordoet, geen recht geeft op vergoeding door de zorgverzekeraar. De patiënt moet dus zelf betalen.
Dilemma: *stelt u de classificatie dusdanig dat de zorg voor vergoeding in aanmerking komt of niet? Wordt uw beslissing beïnvloed als u weet dat de patiënt de kosten niet zelf kan betalen?*

Voorbeeld casus 2:
Voor het verwijderen van oorsmeer en/of lichaamsvreemde voorwerpen uit het oor zijn meerdere declaratiemogelijkheden waarbij de vergoeding uiteenloopt van € 100,00 tot € 1.200,00.
Dilemma: *U voelt druk van het ziekenhuis om vaker voor een hogere vergoeding te kiezen, maar u wilt declareren wat het beste past bij uw behandeling.*

Voorbeeld casus 3:
De beoordeling van een CT-scan of MRI gemaakt in een ander ziekenhuis (second opinion) wordt alleen vergoed als u de patiënt op uw spreekuur laat komen, terwijl u de beoordeling ook op afstand zou kunnen uitvoeren zonder de patiënt te laten komen.
Dilemma: *Laat u de patiënt wel of niet komen?*

4.1) Hoe belangrijk zijn onderstaande thema's voor u? (Kunt u onderstaande thema's prioriteren door de thema's op volgorde van belangrijkheid een score te geven)
Het voor u belangrijkste thema krijgt een 1, het bijna belangrijkste thema krijgt een 2, het volgende thema een 3, enzovoorts.
(thema's: patiëntveiligheid, patiëntgerichte zorg, bijhouden vakinhoudelijke kennis, zorgkwaliteit, correct registreren, meten kwaliteitsindicatoren, teamwork, incident melden, kwaliteitsbewaking door beroepsgroep, anders)

4.2) Zijn er praktijksituaties waarbij u twijfelt op welke wijze u de zorg correct moet registreren (bijv. zorgactiviteit code of diagnose code)?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

Kunt u aangeven om welke situaties het gaat en hoe u tot een keuze komt?

4.3) Heeft u weleens een patiënt extra langs laten komen omdat u anders uw activiteiten/behandeling onvoldoende of niet kon declareren?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

4.4) Komt het weleens voor dat u een andere verrichting of handeling registreert dan in werkelijkheid is verricht omdat het niet past binnen bestaande registratiecodes van uw vakgebied?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

Kunt u aangeven om welke situatie(s) het gaat en wat de reden is?

4.5) Bent u wel eens door een collega/bestuurder/patiënt gevraagd om een duurdere (be)handeling te kiezen dan u eigenlijk nodig achtte?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

Kunt u aangeven om welke situatie het ging?

4.6) Zijn er volgens u registratiecodes die veel te veel of veel te weinig opleveren?
(nee, niet bekend, ja)

Kunt u aangeven om welke situatie(s) het gaat?

4.7) Zijn er situaties waarin volgens u de wijze van financiering de manier van zorg verlenen beïnvloedt?

(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

Kunt u aangeven om welke situaties het gaat?

4.8) Kunt u aangeven in welke mate onderstaande factoren van invloed zijn op uw manier van registreren? (verdeel 100% over de genoemde categorieën)
(zorgvraag patiënt, productieprikkel, tijdsdruk, afspraken met collega, afspraken ziekenhuis)

4.9) Wat is voor u de belangrijkste reden om correct en volledig te registreren? Wilt u de redenen nummeren van 1 tot 6 waarbij 1 de belangrijkste reden voor u is en 6 de minst belangrijke reden.
(ik wil geen regels overtreden, correct en volledig registreren is in mijn eigen belang, de zorgverzekeraar verwacht van mij dat ik correct en volledig registreer, correct en volledig registreren hoort bij mijn taken als arts, patiënten verwachten van mij dat ik correct en volledig registreer, via correct en volledig registreren draag ik bij aan de doelmatigheid van de gezondheidszorg)

4.10) Wat zijn voor u aanvaardbare redenen om van een declaratieregel of juiste registratiecode af te wijken? (meerdere antwoorden mogelijk)
(bij multi-morbiditeit van een patiënt, wanneer patiënten gelijktijdig verschillende typen behandelingen krijgen, als belangrijk geachte onderzoeken niet passen binnen de van toepassing zijnde diagnosecode, als medisch noodzakelijke behandelingen niet vergoed worden vanuit basisverzekering, bij hoog-complexe behandelingen, bij gebruik van innovatieve behandelmethoden, bij gebruik van minder invasieve behandelmethoden, bij een te lage vergoeding voor een DBC, het is niet mogelijk om af te wijken)

4.11) Zijn dilemma's bij het registreren en declareren onderwerp van gesprek binnen uw vakgroep?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

4.12) Zijn dilemma's bij het registreren en declareren onderwerp van gesprek met de raad van bestuur en de raad van toezicht?
(nooit, zelden, regelmatig, vaak)

5) Achtergrondgegevens respondent

1. Leeftijd? (open tekstveld)
2. Geslacht? (man/vrouw)
3. Type ziekenhuis (algemeen/topklinisch/academisch/ZBC) (meerdere antwoorden mogelijk)
4. Specialisme ? (open tekstveld)
5. Jaren werkervaring (inclusief opleiding)? (open tekstveld)
6. Jaren werkzaam binnen huidige ziekenhuis (open tekstveld)
7. Managementfunctie binnen ziekenhuis of MSB?
8. Bent u in loondienst of vrijgevestigd?

Zou u bereid zijn deel te nemen aan een bijeenkomst met medisch specialisten, onderzoekers en NZa waarin dieper wordt ingegaan op het onderwerp correct registreren? Indien u interesse heeft, kunt u hieronder uw e-mailadres invullen: (open tekstveld)

Mocht u liever uw e-mailadres niet invullen in de vragenlijst dan kunt u ook een e-mail sturen aan de onderzoekers: s.vanschoten@nivel.nl. U wordt dan te zijner tijd nader geïnformeerd.

Overige opmerkingen en suggesties voor onderzoekers, ziekenhuisbestuur of NZa

Vrij tekstveld

Bijlage 3- Respons per deelnemend ziekenhuis

	Uitgenodigd	Deelname
1	40	42
2	40	9
3	40	58
4	40	13
5	79	12
6	40	20
7	57	8
8	40	5
9	40	14
10	40	0
11	40	21
12	86	11
13	40	12
14	40	10
15	40	24
16	40	3
17	87	14
18	40	22
19	40	8
20	40	10
21	40	15
22	40	7
23	40	4
24	40	11
25	40	43
26	40	13
27	130	30
28	40	21
29	75	9
30	40	4
31	40	17
32	40	6
33	40	16
34	40	38
35	242	14
36	40	5
37	40	17
38	200	36
39	40	26
40	40	20
41	273	29
Totaal	**2509**	**697**
		27,8%

Bijlage 4- Aanvullende gegevens respons

Respons ziekenhuizen en medisch specialisten

Alle Nederlandse ziekenhuizen (N=79) zijn uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek. In totaal hebben 41 ziekenhuizen de vragenlijst verspreid. De respons voor het aantal deelnemende ziekenhuizen ligt daarmee op 52%. Van deze 41 deelnemende ziekenhuizen hebben 32 ziekenhuizen de vragenlijst verstuurd naar 40 medisch specialisten (het gevraagde aantal), en 9 ziekenhuizen hebben de vragenlijsten breder uitgezet (variërend van 50-280 medisch specialisten). In totaal zijn er 2509 vragenlijsten verzonden. 697 medisch specialisten zijn de vragenlijst gestart en hebben ten minste de eerste drie algemene vragen beantwoord. De respons voor het aantal deelnemende medisch specialisten komt hiermee op 28%. Er zijn geen gegevens bekend over non-respondenten. Het grote aantal deelnemende medisch specialismen, en de vertegenwoordiging van bijna de helft van alle Nederlandse ziekenhuizen, verschillende typen ziekenhuizen en verschillende specialismen geeft vertrouwen dat de antwoorden een representatief beeld geven van de ervaringen van medisch specialisten met het thema correct registreren. Zeven vragenlijsten zijn niet meegenomen in dit onderzoek omdat de medisch specialist heeft aangegeven alleen bij een ZBC te werken. Het totale aantal respondenten dat meegenomen is in dit onderzoek is 690.

Respons analyse

Omdat niet alle respondenten die de vragenlijst zijn gestart deze ook volledig hebben ingevuld is een check gedaan van verschillen tussen de groep respondenten die de vragenlijst is begonnen maar niet heeft afgemaakt en de groep die de vragenlijst volledig heeft ingevuld. De twee groepen zijn vergeleken op de eerste drie vragen, omdat deze door beide groepen allemaal zijn ingevuld en omdat het drie algemene vragen zijn. Deze drie algemene vragen lenen zich goed om de groepen te onderzoeken op eventuele verschillen in beleving en denken over het thema correct registreren. De tabellen zijn opgenomen in de bijlage. Op basis van deze tabellen en statistische toetsing blijkt dat de groepen niet significant van elkaar afwijken. Om deze reden is besloten dat alle gegevens worden meegenomen in de analyse, ook wanneer de respondent de vragenlijst slechts gedeeltelijk heeft ingevuld. De groep respondenten blijft daarmee 690 maar zal verschillen per vraag, en over het algemeen lager zijn bij de vragen die verderop in de vragenlijst aan bod kwamen. Door het afronden van percentages zullen de weergegeven percentages niet altijd op 100% uitkomen.

Beschrijvende gegevens deelnemende ziekenhuizen en medisch specialisten

529 medisch specialisten hebben aangegeven in welk type ziekenhuis zij werkzaam zijn. Het grootste gedeelte is werkzaam in een algemeen ziekenhuis (47%), gevolgd door topklinisch (36%) en academisch (19%). De groep bestond voor 64% uit mannen en 37% vrouwen. Het gemiddeld aantal jaren werkervaring als medisch specialist was 20,2 jaar (range 4-50). Het gemiddeld aantal jaren werkervaring binnen het huidige ziekenhuis was 11,8 jaar (0-50). De grootste groep (61%) had geen managementfunctie binnen het ziekenhuis of het MSB. De verdeling van medisch specialisten die in loondienst of vrijgevestigd werkzaam zijn was nagenoeg gelijk, respectievelijk 48% en 52%. Respondenten hebben hun specialisme aangegeven. Er is voor dit onderzoek een indeling gemaakt in snijdende en niet snijdende specialismen. 40% heeft een niet-snijdend specialisme en 60% snijdend. Deze indeling van specialismen is een gangbare indeling die veel wordt gebruikt in onderzoek (zie bijvoorbeeld 'Monitor Zorggerelateerde Schade, 2013).

Bijlage 5- Vergelijking groep gedeeltelijk en geheel ingevulde vragenlijsten

Omdat niet alle respondenten die de vragenlijst zijn gestart deze ook volledig hebben ingevuld is een check gedaan van verschillen tussen enerzijds de groep respondenten die de vragenlijst is begonnen maar niet afgemaakt en anderzijds de groep die de vragenlijst volledig heeft ingevuld. De twee groepen zijn vergeleken op de eerste drie vragen, omdat deze door beide groepen allemaal zijn ingevuld en omdat het drie algemene vragen zijn en zich daardoor goed lenen om de groepen te onderzoeken op eventuele verschillen. Op basis van deze tabellen en statistische toetsing blijkt dat de groepen niet significant van elkaar afwijken. Om deze reden is besloten dat alle gegevens worden meegenomen in de analyse, ook wanneer de respondent de vragenlijst slechts gedeeltelijk heeft ingevuld.

Hoe belangrijk vindt u het correct registreren van DBC-zorgproducten?

	Groep starters N= 166
onbelangrijk	4%
enigszins belangrijk	8%
belangrijk	40%
zeer belangrijk	48%

Hoe belangrijk vindt u het dat de NZa actief toeziet op het correct registreren van DBC-zorgproducten?

	Groep starters N=166
onbelangrijk	5%
enigszins belangrijk	26%
belangrijk	51%
zeer belangrijk	17%

Hoe verantwoordelijk voelt u zich voor het correct registreren van DBC-zorgproducten?

	Groep starters N= 166
niet verantwoordelijk	7%
enigszins verantwoordelijk	18%
grotendeels verantwoordelijk	51%
geheel verantwoordelijk	23%

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Postadres	Postbus 1568, 3500 BN Utrecht
Bezoekadres	Otterstraat 118-124, Utrecht
Telefoon	(030) 27 29 700
Fax	(030) 27 29 729
Website	www.nivel.nl
	www.nivel.eu



@nivel_research