



**NEDERLANDSE VERENIGING
VAN DIËTISTEN**

Nederlandse Zorgautoriteit
Secretariaat directie Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Datum: 27 mei 2009
Ons kenmerk: BBB.09.DH.NB.059
Betreft: Visiedocument Functionele bekostiging
vier niet-complexe chronische zorgvormen

Geachte heer/mevrouw,

Alvorens wij ingaan op de consultatievragen willen wij eerst de NZa complimenteren met de uitgebreide analyse naar de mogelijkheden en voorwaarden voor de invoering van functionele bekostiging van niet-complexe zorg voor diabetes, COPD, cardiovasculaire risico's en hartfalen. Het toenemende aantal chronisch zieken en de huidige knelpunten in de eerste lijn om kwalitatief verantwoorde geïntegreerde zorg te realiseren, maken het noodzakelijk om tot een andere aanpak te komen. De vraag is echter of het verstandig is om dit al per 1 januari 2010 voor alle vier de zorgvormen te veranderen. De betrokken partijen moeten er immers klaar voor zijn en de randvoorwaarden moeten zijn ingevuld. Gezien de mogelijk nadelen die deze zorgvormen met functionele bekostiging met zich brengen, pleiten wij voor een geleidelijke invoering waarbij goed wordt gevolgd of de doelen worden gerealiseerd.

In uw economische analyse in bijlage C, beschrijft u heel duidelijk welke risico's er met name voor de kleinere beroepsgroepen kleven aan het op deze wijze inrichten, organiseren en financieren van de zorg. Helaas zijn voor een aanzienlijk deel van onze leden deze risico's reeds werkelijkheid geworden. Vanuit die optiek doen wij dan ook een zwaar appèl op u om het instrumentarium van de WMG in te zetten om deze risico's zo veel mogelijk te voorkomen. Wij zijn van mening dat u verschraving van de zorg kunt voorkomen door te zorgen voor meer evenwichtige machtsverhoudingen in het veld.

Tevens willen wij nog ten algemene opmerken dat u in dit visiedocument steeds spreekt over monodisciplinaire zorggroepen. Wij zijn van mening dat dit geen gewenste ontwikkeling is en pleiten dan ook voor multidisciplinair samengestelde zorggroepen, waarin andere zorgaanbieders een gelijkwaardige positie innemen naast de huisarts. In de bijlage treft u onze antwoorden aan op de consultatievragen.

Met vriendelijke groet,
mede namens het hoofdbestuur,

Mevr.mr. T.P.J.A. van den Heuvel,
directeur

Bijlage: Reactie op de consultatievragen

Vraag 1:

Wellicht ten overvloede bevestigen wij dat wij ons in uw economische analyse herkenning zo ver die betrekking hebben op onze ervaringen met de diabetesketenDBC zoals die nu op verschillende wijzen in de eerste lijn wordt aangeboden en ingekocht. Wij krijgen echter de indruk dat u een en ander niet beperkt tot ketenzorg voor de vier genoemde niet-complexe chronische zorgvormen, maar gelijk doortrekt naar alle zorg in de eerste lijn. Daarbij loopt u naar ons idee te hard van stapel, want er is nog heel veel reguliere enkelvoudige zorg nodig die helemaal niet door een zorggroep geleverd hoeft te worden.

Vraag 2:

Allereerst is het verstandig om de aansturing van het proces en de vakinhoud uit elkaar te trekken. Voor de vier genoemde diagnoses lijkt het logisch om vanuit de vakinhoud de huisarts de regie te geven, maar voor vele andere diagnoses zoals bijvoorbeeld obesitas is dat maar de vraag. Voor de aansturing van het proces, zijn wij van mening dat het van groot belang is dat er sprake is van een multidisciplinaire zorggroep waarin de andere zorgaanbieders een gelijkwaardige positie hebben als de huisarts. Wat betreft de bredere toepasbaarheid verwijzen we tevens naar het antwoord op vraag 1.

Vraag 3:

Wij zijn van mening dat het van belang is dat alle paramedische beroepsgroepen direct toegankelijk zijn zonder verwijzing. En zoals eerder aangegeven dienen zorggroepen niet monodisciplinair, maar multidisciplinair ingevuld te worden met een gelijkwaardige positie voor alle partijen.

Vraag 4 en 5:

Gezien het gevaar dat taken worden uitgevoerd door steeds lager gekwalificeerde hulpverleners, vinden wij het belangrijk dat inzichtelijk wordt welke taken op welk niveau worden uitgevoerd. Daarbij horen uiteraard ook prestatieindicatoren die inzage geven in het resultaat en niet alleen in het proces. Nu is veelal alleen zichtbaar of een voedingsadvies en/of dieetadviesing is gegeven. Hoe, wat en door wie is niet transparant. Op zich kan een voedingsadvies ook door een andere zorgaanbieder worden gegeven, maar vanaf een bepaald moment is het noodzakelijk dat de patiënt door een diëtist wordt gezien. Dan zijn de kennis, maatwerk en competenties van de diëtist onmisbaar om tot adequate zorg te komen.

Vraag 6, 7, 8 en 9:

Wij delen uw conclusie en zien daarvan in de praktijk de gevolgen. Zo is het bijna niet mogelijk om een combinatieprogramma van een diëtist, fysiotherapeut en eerstelijns psycholoog aan te bieden, want verzekeraars willen dit veelal niet inkopen. Tevens zien we dat zorgverzekeraars nog geen COPDketenDBC op de markt zetten omdat zij dit liever in de tweede lijn inkopen, aangezien ze voor de eerstelijns volledig risicodragend zijn. Als we er echt naar toe willen dat de schotten verdwijnen en dat er door alle muren heen samenwerking tot stand komt, dan moeten financiering, prestaties en aanspraken daar ook de mogelijkheid toe bieden. De vraag is wel in welk tempo dat zou moeten en of middels experimenten niet eerst moet blijken of dit inderdaad de voordelen en resultaten opleveren die we nodig hebben. Overigens geldt ten algemene dat indien we zorg kwalificeren als noodzakelijk zorg, dit onder de aanspraken moet vallen.

Vraag 10:

Op grond van de geschetste voor- en nadelen is de NVD voorstander van een tussenvorm van een algemene en een strikt omschreven prestatie. De prestatiebeschrijving moet voldoende houvast geven aan de patiënt en de zorgaanbieders, zodat duidelijk is wat men over en weer van elkaar kan en mag verwachten. Daarbij moet er tevens voldoende ruimte zijn om maatwerk te leveren. Gezien de al eerder geschetste risico's, het hoge tempo en dat nog niet aan alle randvoorwaarden is voldaan vinden wij het van groot belang om dit in ieder geval niet voor meer diagnoses te doen dan de vier die in dit document centraal staan.