



NZa
mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Betreft: consultatie overheveling verpleging

Krimpen aan den IJssel, 22 september 2013

Geachte heer Langejan,

Hierbij de reactie van enkele partijen van het Wondplatform Nederland op het 'Consultatiedocument Overheveling verpleging'.

Het Wondplatform Nederland is in april 2010 opgericht met als doel om met zoveel mogelijk partijen die betrokken zijn bij wondzorg samen te werken aan gezamenlijke doelen. De partijen die momenteel zijn aangesloten bij het Wondplatform Nederland zijn:

WCS Kenniscentrum Wondzorg, V&VN Wondconsulenten, Nefemed (belangenorganisatie van producenten, importeurs en handelaren van medische hulpmiddelen), FHI (collectief van technologiebedrijven, cluster medische technologie), opleidingsplatform wondopleidingen, EWMA (European Wound Management Association), Verenso, NVDV, NVvH, NVPC, NHG, NVH, ZN, NPCF, Huidpatiënten Nederland, platform wetenschap wondzorg, NVvDP (Nederlandse Vereniging van Diabetes Podotherapeuten).

Deze reactie op het consultatiedocument is afkomstig van enkele partijen vanuit dit platform; overige partijen zijn wel op de hoogte van deze reactie.

Tijdens het Technisch Overleg Complexe Wondzorg 10 september jl. onder leiding van Bart Jeroen Hasselbekke werd ons gevraagd te reageren op dit document zowel wondgerelateerd als in het algemeen. Wij reageren dus niet alleen op de consultatievragen.

Vanuit WCS Kenniscentrum Wondzorg enkele opmerkingen.

In het rapport wordt op bladzijde 6 gesteld dat een medische diagnose door een huisarts dient te worden gesteld, alvorens de verpleegkundige daarbinnen de aard, inhoud en omvang, oftewel de indicatiestelling, van de nodige verpleegkundige zorg kan vaststellen. Later wordt op bladzijde 24 gesteld dat 'de verpleegkundige niet (BIG-) bevoegd is tot het stellen van deze diagnoses. De diagnose hiervan is, kortweg, voorbehouden aan de huisarts of medisch specialist.' En ook op bladzijde 25 stelt u hetzelfde.

Deze informatie is onjuist. Het stellen van een diagnose (medisch of verpleegkundig) is geen voorbehouden handeling en is als zodanig ook niet voorbehouden aan een huisarts of medisch specialist. Graag zou het WCS Kenniscentrum Wondzorg deze omissie uit het document verwijderd zien.

De verpleegkundige zou dus zowel een diagnose als indicatie kunnen stellen. Omdat zorg altijd in samenwerkingsverband verleent dient te worden, zou het stellen van een diagnose ook in samenwerking van de diverse disciplines dienen plaats te vinden.

Op bladzijde 20 beschrijft u ketenzorgfinanciering. Multidisciplinaire zorgverlening kan bij een groot aantal chronische aandoeningen (DM type II, VRM, COPD, maar ook wondzorg) met een aparte prestatie bekostigd worden. Wondzorg zal binnenkort aan de gestelde voorwaarden voldoen met het ontwikkelen van een kwaliteitsstandaard wondzorg. Voor het declareren van wondzorg lijkt ketenzorg ons de beste methode, de integrale bekostiging (de zogenaamde keten-dbc) met een bijbehorend ketentarief. Te meer omdat niet alleen verpleegkundige kosten, maar ook kosten van andere disciplines daarin kunnen worden meegenomen. Samenwerking op alle vlakken zal daarmee worden gestimuleerd. Beloning op uitkomst zal daarbij een positieve stimulans zijn voor het leveren van kwalitatief goede en betaalbare zorg, voor het Wondplatform Nederland van groot belang.

Ook het opleidingsplatform wondopleidingen ziet in de indicatiestelling een rol weggelegd voor verpleegkundig specialisten. Graag ziet zij dat vastgelegd onder paragraaf 3.2. Overigens worden verpleegkundig specialisten en tariefstelling voor de zorg die zij leveren, alleen op bladzijde 18 van uw document genoemd. Dit terwijl de verpleegkundig specialist bevoegdheden heeft die juist bij het coördineren en samenwerken van zorg van groot belang zijn en voor efficiëntie in de zorg leiden. Met de komst van dit beroep en de mogelijkheid tot financiering in 2015, zou ook het DBC/DOT tarief ter sprake dienen te worden gesteld.

Nefemed stelt dat zij haar bedenkingen heeft over de snelheid van invoeren. Voor beide bekostigingsmodellen staat aangegeven dat de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek per 1 januari 2015 niet haalbaar is. Het is ook een van de consultatievragen en zij pleiten voor een zorgvuldigere invoering, dan nu dreigt te gebeuren. Het risico bestaat op volumegroei, wanneer een aantal elementen niet goed zijn ingevoerd (zie onder meer op bladzijde 53, nadelen van bekostigingsmodel integrale prestaties) en het ontbreken van beschreven prestaties als gekozen wordt voor datzelfde bekostigingsmodel. Om dit met draagvlak van het veld te doen, is echt meer tijd nodig. Er is een voorkeur voor het bekostigingsmodel integrale prestaties, en wel vanwege drie elementen:

- a. De aangegeven inperking van de keuzevrijheid van de patiënt bij de populatiebekostiging,
- b. De wijze waarop binnen ook datzelfde bekostigingssysteem, zorgaanbieders moeten gaan concurreren, niet op zorginhoudelijke elementen, maar (sec) op tarief. Dat is tegen de wijze waarop de ZVW op dit moment opgetuigd wordt: doelmatige en effectieve zorg (kwaliteitsaspecten) levert de beste prijs op. Alleen sturen op prijs, levert geen goede kwaliteit.
- c. Ondanks de nadelen van de het bekostigingssysteem Integrale prestaties, ziet de Nefemed in dit model wel de meeste ruimte voor de inhoudelijke expertise van de verpleegkundigen en tevens voor de ruimte om te bepalen in samenspraak met de patiënt, wat de best passende zwaarte van zorgvraag is. Ook de inkoop van zorg via prestatiebekostiging, is aansluitend op de inkoop van zorg in de overige eerstelijnszorg binnen ZVW.

De overige partijen van het Wondplatform Nederland onthouden zich van een gezamenlijke reactie.

Vertrouwende u hiermee voldoende te hebben genformeerd,

Met vriendelijke groet

Karin C. Timm

Voorzitter Wondplatform Nederland