Nederlandse Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directie Langdurige Zorg
Directeur-generaal drs. E.B.K. (Ernst) van Koesveld
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door	Telefoonnummer	E-mailadres	Kenmerk
directie Regulering	088 770 8 770	info@nza.nl	0370825/596356

Onderwerp
Onderzoek Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten

Datum
5 juni 2020

Geachte heer Van Koesveld,

Met deze brief bieden wij u ons onderzoek *Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten* aan. U heeft ons per brief van 21 augustus 2019 (kenmerk 1558789- 193529-LZ-I) gevraagd om onderzoek te doen naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van medisch-generalistische zorg (MGZ) voor cliënten in de Wet langdurige zorg (Wlz).

Met dit rapport brengen we de complexe situatie rondom de bekostiging van MGZ in beeld. Daarnaast biedt het rapport aanknopingspunten voor een zorgvuldige dialoog met alle betrokken partijen over een toekomstbestendige positionering van MGZ voor patiënten met een Wlz-indicatie.

Knelpunten
We zien een toenemende schaarste van artsen en verpleegkundigen, artsen geven aan dat de randvoorwaarden voor goede MGZ niet overal op orde zijn, dat de onderlinge samenwerking tussen huisartsen, SO/AVG en verpleegkundig en verzorgend personeel niet overal goed tot stand komt en tot slot is de bekostiging van MGZ aanbiedersgericht en versnipperd over de Wlz en Zvw. We concluderen in ons rapport dat de doelmatige inzet en samenwerking moeten worden verbeterd. We doen u daarom twee aanbevelingen:

1) Breng de MGZ als geheel onder in de Wlz of de Zvw;
2) Zorg ervoor dat de kennis en kunde en samenwerkingsafspraken van de huisarts, SO en AVG op elkaar aansluiten.

Het onderbrengen van MGZ in de Wlz of Zvw is een belangrijke stap maar lost het gebrek aan afstemming, coördinatie en samenwerking tussen alle betrokkenen bij MGZ niet op. Om de onderlinge samenwerking te verbeteren zien wij een duidelijke opdracht voor huisartsen, SO en AVG. Vanuit ieders kennis en kunde en met samenwerkingsafspraken moeten de beroepsgroepen ervoor zorgen dat de zorg op elkaar aansluit en dat ieders verantwoordelijkheid helder is. Uit onze consultatie blijkt dat partijen dit breed erkennen en zien dat bestaande afspraken waar nodig moeten worden geactualiseerd.

In aanvulling daarop moeten alle betrokken partijen gezamenlijk afspraken maken over de randvoorwaarden voor goede MGZ. Een goed voorbeeld zijn de afspraken in het concept-convenant voor de MGZ voor de doelgroep ghz. Ook voor de doelgroep vv zien we duidelijke meerwaarde om te komen tot gezamenlijke afspraken over het invullen van de randvoorwaarden voor MGZ. Het is belangrijk dat op een dergelijk traject regie wordt gevoerd.

We zien ook dat huisartsen in een tweetal leidraden hebben aangegeven dat algemeen geneeskundige zorg voor de doelgroepen vv en ghz niet tot het basisaanbod huisartsenzorg behoort. In de praktijk leidt dat tot een "nee, tenzij" opstelling van huisartsen. Daarmee is de huisartsenzorg dus niet meer geborgd. Dit belemmert de samenwerking tussen artsen. Voor een verbetering van de toegankelijkheid is het essentieel dat dit principe wordt aangepast. We gaan hierover in gesprek met de LHV.

Vervolg
Wij hebben ons rapport geconsulteerd bij alle betrokken partijen. Vanwege de coronacrisis hebben enkele partijen aangegeven niet voldoende aandacht te hebben kunnen geven aan de reactie op ons rapport. We geven u dan ook graag mee om in het vervolgproces alle betrokken partijen mee te nemen en alle ruimte te geven voor inbreng tijdens de verdere uitwerking van een toekomstbestendige positionering van de MGZ.

Tot slot
Ons onderzoek is als bijlage bij deze brief gevoegd. De reacties van alle door ons geconsulteerde partijen zijn als een aparte bijlage bij het onderzoek opgenomen. We zien uit naar het vervolgtraject en dragen daaraan als NZa graag bij.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlage: onderzoek *Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten*

Onderzoek

Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten

Een onderzoek naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid.

25 mei 2020

Inhoud

Managementsamenvatting **3**

1. Inleiding **5**
1.1 Aanleiding 5
1.2 Opdracht 5
1.3 Aanpak en opzet van het onderzoek 6

2. Bekostiging en inkoop MGZ **7**
2.1 Medisch-generalistische zorg 8
2.2 Bekostiging en inkoop huisartsenzorg vanuit de Zvw 9
2.3 Bekostiging en inkoop MGZ in de Wlz 11

3. Analyse van de knelpunten **14**
3.1 De belangrijkste knelpunten 14
3.2 Beschouwing 18

4. Analyse prikkelwerking Wlz en Zvw **20**
4.1 Zorginkoop 20
4.2 Doelmatigheid (Zvw/Wlz) 24
4.3 Administratieve lasten 26
4.4 Voor- en nadelen per regime 27
4.4.1 Breng MGZ onder in één regime 27
4.4.2 Positionering MGZ in de Zvw 27
4.4.3 Positionering MGZ in de Wlz 29

5. Kernboodschap **31**

Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS **35**

Bijlage 2. Geraadpleegde partijen **36**

Bijlage 3. Prestaties H335 en H336 **37**

Bijlage 4. Consultatievragen en reacties **39**

Managementsamenvatting

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft ons gevraagd onderzoek te doen naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de medisch-generalistische zorg (MGZ) voor patiënten[1] met een Wlz-indicatie. Onder MGZ verstaan wij het geheel aan geneeskundige zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen verstandelijk gehandicapten (AVG) in samenspel plegen te bieden, zowel overdag als in de ANW-uren. In ons onderzoek richten we ons op de doelgroepen gehandicaptenzorg (ghz) en verpleging en verzorging (vv). Met dit onderzoek brengen we de complexe situatie rondom de bekostiging in beeld en de knelpunten die worden ervaren. Daarnaast biedt dit rapport aanknopingspunten voor een zorgvuldige discussie over een toekomstbestendige positionering van MGZ voor patiënten met een Wlz-indicatie.

We benoemen eerst de belangrijkste knelpunten:

1) *de zorgvraag is zwaarder geworden*; Mensen worden ouder en het aantal ouderen neemt de komende jaren sterk toe. Veel ouderen en mensen met een handicap wonen langer thuis of in kleinschalige woonvormen met (toenemende) complexe problematiek. De huisarts krijgt hierdoor met meer en zwaardere patiënten te maken. Er wordt door Wlz-aanbieders en huisartsen meer beroep gedaan op de SO en AVG, ook in de thuissituatie. Dit zet extra druk op toch al de schaarse capaciteit aan artsen en verpleegkundigen. Naast uitbreiding van de capaciteit is het belangrijk om de bestaande capaciteit doelmatig in te zetten. Met onze kernboodschappen zetten we daar op in.
2) *de randvoorwaarden zijn niet overal op orde*; Niet op elke locatie waar Wlz-patiënten verblijven zijn de randvoorwaarden voor MGZ goed ingevuld. Het ontbreekt op sommige locaties aan deskundig verzorgend en verpleegkundig personeel, de bereikbaarheid van de SO/AVG is niet op iedere locatie goed geregeld, de zorg in de avond-, nacht- en weekend-uren is niet op elke locatie geborgd en de uitwisseling van patiëntgegevens is niet afdoende geregeld. We benadrukken in de tweede kernboodschap het belang van gezamenlijke afspraken over de invulling van de randvoorwaarden voor goede MGZ.
3) *de samenwerking in de keten voor MGZ komt niet overal goed tot stand*; De kennis en kunde van huisarts, SO en AVG kennen geen helder grensvlak en lopen deels in elkaar over. Dit kan zowel positief als negatief uitwerken op de samenwerking. In regio's waar de samenwerking niet goed tot stand komt geeft het zorgaanbieders de ruimte om verantwoordelijkheden over en weer af te schuiven. Met onze tweede kernboodschap geven we aan wat nodig is voor het tot stand komen en verbeteren van de samenwerking.
4) *de bekostiging is aanbiedersgericht en versnipperd over de domeinen*; De huidige bekostiging van MGZ is aanbiedersgericht, de huisarts, en SO/AVG kennen ieder hun eigen prestaties en tarieven. De bekostiging van MGZ is per leveringsvorm anders en versnipperd over de Zvw en Wlz. Dit leidt tot onduidelijkheid bij artsen en Wlz-aanbieders. Met onze eerste kernboodschap zetten we in op een herkenbare positionering van de MGZ.

---

[1] Het rapport gaat over medisch-generalistische (door artsen) voor Wlz-cliënten. Omdat artsen in de regel patiënten hebben, hebben we ervoor gekozen patiënt aan te houden.

Wij zien de volgende perspectieven om de knelpunten te verminderen:

Breng de MGZ onder in de Wlz of de Zvw
Een belangrijke slag die doelmatige inzet van MGZ bevordert, is het op één lijn brengen van de inkoop van MGZ. Dat kan door MGZ in zijn geheel binnen de Zvw of Wlz onder te brengen. Daarmee is óf de zorgverzekeraar óf het zorgkantoor verantwoordelijk voor de inkoop van de MGZ. In dit rapport hebben wij op hoofdlijnen een aantal voor- en nadelen van positionering van MGZ binnen de Zvw of Wlz op een rij gezet. Een keuze tussen Zvw of Wlz heeft de voorkeur boven de huidige hybride vorm.

Zorginhoudelijk heeft deze kwetsbare groep patiënten een samenhangend pakket aan wonen, verzorging, begeleiding en behandeling nodig. MGZ is een onderdeel van het samenhangende pakket. Het onderbrengen van MGZ onder één regime leidt onvermijdelijk tot een nieuwe afbakening van zorg die valt onder de Zvw of Wlz. Het is – welke keuze ook gemaakt wordt - van belang om oog te hebben voor de samenhang van MGZ met verpleging en verzorging en met bijvoorbeeld geneeskundige zorg van specifiek gedragswetenschappelijke aard en farmacie. Verdere uitwerking vraagt om een intensieve dialoog met alle betrokkenen.

Samenwerkingsafspraken
Het onderbrengen van MGZ in de Wlz of Zvw zien we als een belangrijke stap maar lost het gebrek aan afstemming, coördinatie en samenwerking tussen alle betrokkenen bij MGZ niet op. Huisartsen hebben in een tweetal leidraden aangegeven dat algemeen geneeskundige zorg voor de doelgroepen vv en ghz niet tot het basisaanbod huisartsenzorg behoort. In de praktijk leidt dat tot een "nee, tenzij" opstelling van huisartsen. We hebben diverse signalen ontvangen dat huisartsen en huisartsenposten contracten met Wlz-aanbieders opzeggen of patiënten niet meer inschrijven. Daarmee is de huisartsenzorg dus niet meer geborgd.

Ten eerste zien wij hier een duidelijke opdracht voor huisartsen, SO en AVG. Vanuit ieders kennis en kunde en met samenwerkingsafspraken moeten de beroepsgroepen ervoor zorgen dat de zorg op elkaar aansluit en dat ieders verantwoordelijkheid helder is. Uit consultatie blijkt dat partijen dit breed erkennen en dat bestaande afspraken waar nodig moeten worden geactualiseerd.

In aanvulling daarop moeten alle betrokken partijen gezamenlijk afspraken maken over de randvoorwaarden voor goede MGZ. Een goed voorbeeld zijn de afspraken in het concept convenant voor de MGZ voor de doelgroep ghz. Ook voor de doelgroep vv zien we duidelijke meerwaarde om te komen tot gezamenlijke afspraken over het invullen van de randvoorwaarden voor MGZ. Het is belangrijk dat op een dergelijk traject regie wordt gevoerd.

Ten tweede is regionale sturing en afstemming noodzakelijk voor het borgen van de keten MGZ. Op dit moment is nergens vastgelegd wie primair verantwoordelijk is voor het organiseren van deze afstemming. Hier kan sterker op gestuurd worden. Afhankelijk voor de keuze voor een regime kunnen zorgverzekeraars of zorgkantoren hierin vanuit hun zorgplicht een sturende rol pakken.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Het Zorginstituut heeft geadviseerd[2] om de verschillen in aanspraak op overige zorgvormen[3] bij institutionele zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz) op te heffen. De overige zorgvormen omvatten geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), behandeling van een psychische stoornis, medicijnen en andere farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en speciale kleding. In de kamerbrief van 11 april 2019[4] heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aangegeven dit advies niet op te volgen. De belangrijkste overwegingen daarbij waren de extra uitgaven en de zorgen over de toegankelijkheid van de medisch-generalistische zorg (MGZ).

In de Kamerbrief medisch-generalistische zorg op de juiste plek[5] heeft de Minister de Kamer geïnformeerd over de actuele ontwikkelingen rondom de MGZ voor Wlz-patiënten.[6] Onder MGZ valt naast huisartsenzorg ook de zorg die wordt geleverd door de specialist ouderengeneeskunde (SO) en de arts verstandelijk gehandicapten (AVG).

Het onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is een van de acties die VWS in de brief heeft benoemd:

1. Artsen beter faciliteren: randvoorwaarden op orde;
2. Convenant MGZ in de gehandicaptenzorg;
3. Uitwerking bestuurlijke afspraken MGZ in ouderenzorg;
4. Goede voorbeelden van MGZ;
5. Onderzoek NZa MGZ voor patiënten met Wlz-indicatie.

1.2 Opdracht

VWS heeft de NZa gevraagd onderzoek te doen naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de MGZ, voor patiënten met een Wlz-indicatie. We richting ons in dit onderzoek alleen op de doelgroepen verpleging en verzorging (vv) en gehandicaptenzorg (ghz).

Het onderzoek moet de complexe situatie rondom de bekostiging van MGZ voor Wlz-patiënten in beeld te brengen. Daarnaast moet het onderzoek input zijn voor zorgvuldige discussies over een toekomstbestendige positionering van MGZ voor patiënten met een Wlz-indicatie. De opdrachtbrief is opgenomen in Bijlage 1.

---

[2] https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2017/10/26/zorginstituut-wil-eenvoudiger-systeem-voor-goede-wlz-zorg.

[3] Het zorginstituut spreekt over aanvullende zorgvormen. Om verwarring over het verzekerde pakket te voorkomen spreken we in dit rapport van overige zorgvormen.

[4] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/04/11/kamerbrief-over-standpunt-positionering-behandeling-in-de-wlz.

[5] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/12/20/kamerbrief-de-juiste-medisch-generalistische-zorg-op-de-juiste-plek.

[6] Het rapport gaat over medisch-generalistische (door artsen) voor Wlz-cliënten. Omdat artsen in de regel patiënten hebben, hebben we ervoor gekozen patiënt aan te houden..

1.3 Aanpak en opzet van het onderzoek

Het onderzoek bestaat uit vier deelvragen. De eerste twee vragen gaan over het beschrijven van de bekostiging en de inkooppraktijk voor MGZ vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wlz. In beide regimes wordt verschillend taalgebruik gehanteerd. Dit zorgt in de praktijk voor spraakverwarring. Om de complexe materie helder in beeld te brengen zullen we de huidige bekostiging en inkooppraktijk van de MGZ beschrijven. We baseren ons daarbij op actuele beleidsregels en regelingen van de NZa en informatie van zorgverzekeraars en zorgkantoren.

De Minister heeft de Kamer toegezegd om inzicht te geven in hoe zorgkantoren de SO contracteren en daarbij aan te geven of er knelpunten zijn in de zorginkoop. We beantwoorden deze vraag met informatie uit interviews met beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders en branchepartijen.

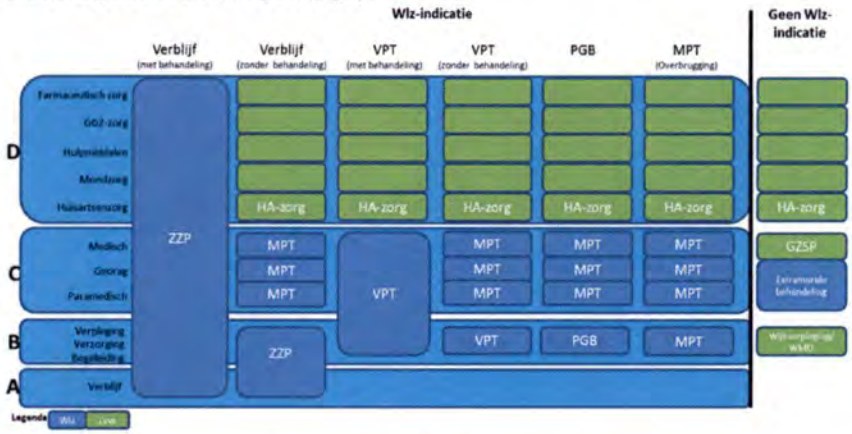
De toegankelijkheid van MGZ wordt steeds actueler. In het derde deel benoemen we de belangrijkste knelpunten aan de hand van signalen die we hierover hebben ontvangen en informatie die we uit de gesprekken hebben verkregen. We sluiten dit deel af met twee kernboodschappen:

1. breng de MGZ onder in één regime;
2. zorg ervoor dat de kennis en kunde en samenwerkingsafspraken van de huisarts, SO en AVG voor patiënten met een Wlz-indicatie op elkaar aansluiten.

De eerste kernboodschap werken we uit in deelvraag vier, een analyse van de prikkelwerking voor het bekostigen en inkopen van MGZ vanuit de Zvw of Wlz. We onderzoeken de prikkelwerking vanuit de invalshoeken zorgplicht, doelmatigheid en administratieve lasten. We gebruiken hiervoor de literatuur, signalen en informatie uit de gesprekken die we hebben gevoerd. De tweede en belangrijkste kernboodschap wordt uitgewerkt in het laatste hoofdstuk.

2. Bekostiging en inkoop MGZ

De Wlz geeft recht op zorg aan verzekerden, die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Om zorg vanuit de Wlz te krijgen, is een Wlz-indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De inhoud van de verzekerde zorg in de Wlz is wettelijk bepaald. Een Wlz-indicatie geeft recht op zorg in een instelling of thuis. Een Wlz-indicatie maakt geen onderscheid naar met of zonder behandeling. De patiënt bepaalt zoveel mogelijk zelf waar en hoe hij zorg krijgt. Hij kan kiezen uit verschillende leveringsvormen. De Wlz kent de leveringsvormen verblijf in een instelling (in de variant met of zonder behandeling), volledig pakket thuis (vpt, in de variant met of zonder behandeling), modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb).



Figuur 1: Overzicht huidige aanspraak en bekostiging.

De bovenstaande figuur geeft een schematisch overzicht van de bekostiging anno 2020. Zowel voor mensen met een Wlz-indicatie uitgesplitst per leveringsvorm als voor mensen zonder Wlz-indicatie. Het samenhangende pakket aan zorg bestaat uit de onderdelen A) verblijf, B) verzorging, verpleging en begeleiding, C) Wlz-behandeling en D) overige zorgvormen.

Wlz-behandeling
Alle patiënten met een Wlz-indicatie, ongeacht de leveringsvorm, hebben aanspraak op Wlz-behandeling (onderdeel C in Figuur 1). Wlz-behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde.[7] Het Zorginstituut heeft meer uitgebreid beschreven wanneer een behandeling behoort tot de aanspraak Wlz.[8]

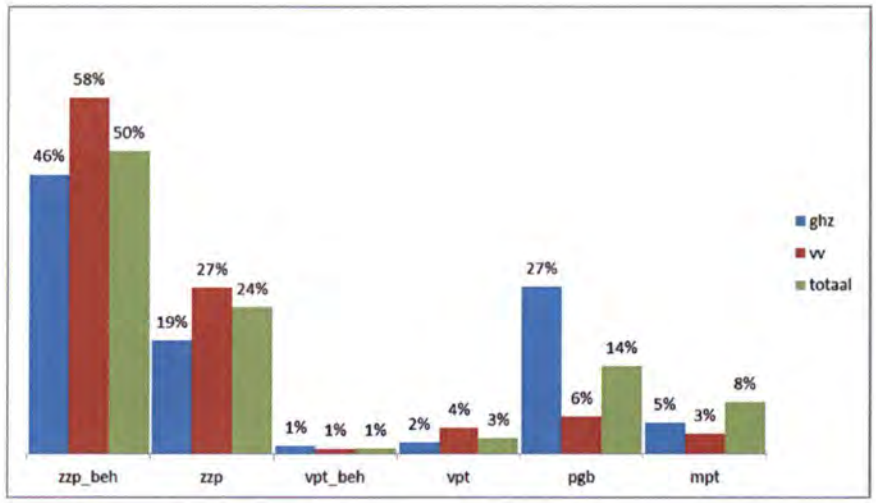
Overige zorgvormen
Er is sprake van verblijf met behandeling als de Wlz-instelling naast verblijf ook behandeling voor deze patiënten biedt. Bij verblijf met behandeling hebben patiënten binnen de Wlz aanspraak op de volgende aanvullende zorg (onderdeel D in Figuur 1): geneeskundige zorg van algemeen medische aard (huisartsenzorg), behandeling van een psychische stoornis, medicijnen en andere farmaceutische zorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en speciale kleding (niet

[7] Artikel 3.1.1, lid 1 Wlz.
[8] https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/behandeling-wlz

weergegeven in de figuur). Voor de andere leveringsvormen geldt dat de overige zorgvormen grotendeels worden vergoed vanuit het basispakket uit de Zvw.

Voor mensen met een Wlz-indicatie is per leveringsvorm voor de verschillende onderdelen van het samenhangende pakket aan zorg aangegeven of dit wordt bekostigd uit de Zvw (groen) dan wel Wlz (blauw). Voor mensen zonder Wlz-indicatie wordt alle zorg bekostigd uit de Zvw. Uitzondering hierop vormt de specifiek gedragswetenschappelijke, specifiek paramedische zorg en zorg in een groep (niet weergegeven in de figuur). Hiervoor is in 2020 de subsidieregeling extramurale behandeling[9] vanuit de Wlz van toepassing. Per 2021 wordt de zorg uit deze subsidieregeling overgeheveld naar de Zvw en ondergebracht in de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp).
Voor de voor dit onderzoek relevante onderdelen is ook aangegeven welke prestaties; zorgzwaartepakket (zzp) en vpt[10], mpt[11], pgb, HA-zorg[12] en gzsp[13] van toepassing zijn.

In de onderstaande figuur is het aantal Wlz-patiënten op peildatum januari 2018 per doelgroep vv en ghz en totaal, uitgesplitst naar leveringsvorm weergegeven. Ongeveer de helft van de Wlz-patiënten ontvangt zorg in de leveringsvorm verblijf in een instelling met behandeling. De andere helft ontvangt zorg via één van de andere leveringsvormen.



Figuur 2: verdeling aantal patiënten per doelgroep per leveringsvorm.

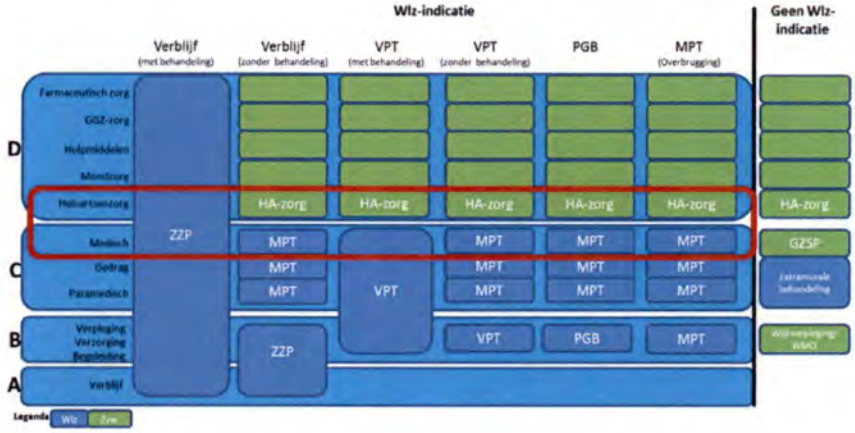
In het vervolg van dit hoofdstuk gaan we nader in op de definitie van MGZ en de wijze van bekostiging.

2.1 Medisch-generalistische zorg

VWS hanteert sinds het najaar van 2019 de term MGZ. De huisartsen hanteren de term MGZ ook in de kerntaken die zij hebben gedefinieerd.[14]

[9] https://wetten.overheid.nl/BWBR0036018/2020-01-01
[10] Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124b.
[11] Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2020 - BR/REG-20123a.
[12] Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133 en Beleidsregel huisartsendienstenstructuur - BR/REG-19138.
[13] Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen BR/REG-20139a.

De term MGZ wordt ook gebruikt om het verschil met medisch-specialistische zorg te benadrukken.
Onder MGZ verstaan we de geneeskundige zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten in samenspel plegen te bieden aan patiënten. Zowel overdag als in de avond-, nacht- en het weekend (ANW). Dit onderzoek richt zicht op de patiënten een Wlz-indicatie (in de doelgroep vv en ghz). Om die reden beperken het begrip MGZ tot deze groep.



Figuur 3: Medisch-generalistische zorg.

In de bovenstaande figuur is weergegeven dat MGZ ongeacht de leveringsvorm bestaat uit een deel huisartsenzorg en geneeskundige zorg van specifiek medische aard.

Huisartsgeneeskundige zorg
Iedereen die in Nederland woont of werkt heeft recht op zorg uit het basispakket. Dit is geregeld in de Zvw. Huisartsenzorg is onderdeel van het basispakket uit de Zvw.

Als een patiënt verblijft in een instelling en van dezelfde instelling behandeling ontvangt, welke wordt bekostigd op basis van een zzp met behandeling, dan valt de huisartsenzorg onder de Wlz. In alle andere gevallen valt de huisartsenzorg onder de Zvw.

2.2 Bekostiging en inkoop huisartsenzorg vanuit de Zvw

De reguliere bekostiging van huisartsenzorg maakt geen onderscheid naar doelgroepen vv of ghz. Er zijn diverse mogelijkheden om de huisartsenzorg aan mensen met een Wlz-indicatie overdag en in de avond-, nacht en weekeinde-uren (ANW) (extra) te belonen. Deze extra beloningsmogelijkheden zijn echter niet expliciet gekoppeld aan een Wlz-indicatie, behalve bij de prestatie 'Intensieve zorg'. In deze paragraaf geven we een overzicht van huisartsenbekostiging met de mogelijkheden die er zijn voor de doelgroep patiënten met een Wlz-indicatie, uitgezonderd patiënten met de leveringsvorm verblijf met behandeling.

Huisartsenzorg overdag
De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit drie segmenten. Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Segment twee en drie bieden mogelijkheden voor de huisarts om samen met de zorgverzekeraar specifieke afspraken te maken over toegepaste

[14] https://www.lhv.nl/uw-beroep/kwaliteit/toekomstvisie-2022/kernwaarden-en-kerntaken-huisartsenzorg

zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie vanuit het Zvw-regime. We beschrijven de relevante prestaties vanuit het perspectief van patiënten met een Wlz-indicatie.

In segment 1 van de bekostiging:

- *Inschrijftarief*; bij de inschrijftarieven van de huisartsenzorg wordt onderscheid gemaakt tussen ingeschrevenen woonachtig in een opslagwijk en tussen leeftijdsgroepen (-65 jaar; 65-75 jaar; 75-85 jaar; 85+ jaar). Deze opslag is leeftijdsgebonden en geldt niet specifiek voor patiënten met een Wlz-indicatie.
- *Intensieve zorg*; de prestatie 'Intensieve zorg' biedt de mogelijkheid om een hoger tarief te declareren voor het verlenen van intensieve zorg aan a) terminale patiënten, of b) patiënten met een Wlz-indicatie vv5 tot en met vv9. Dit is van oudsher de groep verpleeghuis patiënten. Om die reden valt de indicatie voor vv4 erbuiten. De prestatie 'Intensieve zorg' geldt niet voor de patiënten met een Wlz-indicatie voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) of ghz.

Segment 2 van de huisartsenzorg beschrijft een aantal prestaties op het gebied van ketenzorg en 'organisatie & infrastructuur'. Deze zorg is niet specifiek gekoppeld aan een Wlz-indicatie, maar het is wel goed voorstelbaar dat ouderen met of zonder Wlz-indicatie relatief meer gebruik maken van de zorg uit segment 2.

Segment 3 biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om aanvullende (belonings-) afspraken te maken over de resultaten van de inzet in huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg. Daarnaast is er ruimte om praktijk gebonden afspraken te maken rondom innovatieve vormen van huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg (zorgvernieuwing). De tarieven in dit segment zijn vrij onderhandelbaar tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Binnen segment 3 kunnen aanvullende afspraken gemaakt worden over het verbeteren van specifieke zorg aan kwetsbare ouderen. Deze resulteren bijvoorbeeld in:

- *financiering van zorgprogramma's*, gericht op specifieke zorgvragen, waarin aanvullende ondersteuning (bijvoorbeeld gespecialiseerd personeel of multidisciplinaire infrastructuur) overeen wordt gekomen;
- *financiering van inzet gespecialiseerde praktijk ondersteuners huisarts (poh).*

Ook voor deze extra contractafspraken over aanvullende zorg voor kwetsbare ouderen geldt dat deze niet specifiek zijn gekoppeld aan een Wlz-indicatie.

Huisartsenzorg in de avond, nacht en weekend-uren
Elke bij een huisarts op naam inschreven patiënt heeft 24 uur per dag, 7 dagen per week toegang tot huisartsenzorg. Om de toegankelijkheid van de huisartsenspoedzorg in de ANW te faciliteren, organiseren huisartsen zich in huisartsendienstenstructuren (hds). Doorgaans wordt de huisartsenspoedzorg geleverd op of vanuit een huisartsenpost (HAP). De hds declareert ANW-verrichtingen, waarbinnen geen onderscheid wordt gemaakt op patiëntkenmerken.

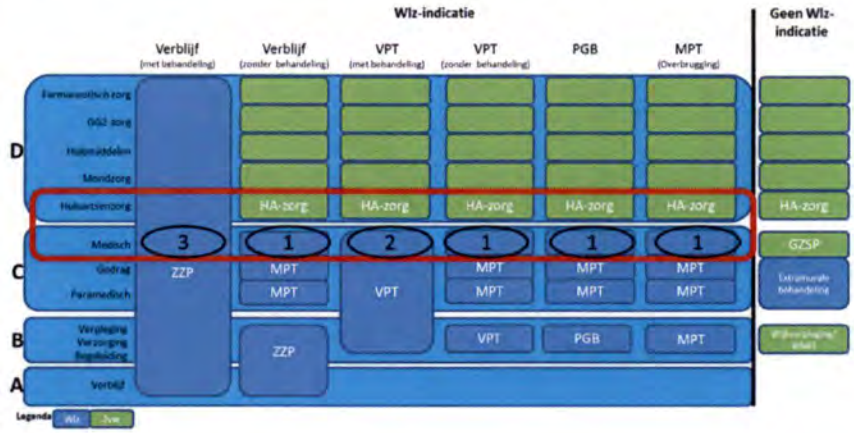
Binnen de budgettering van de hds bestaat echter wel ruimte om aanvullende afspraken te maken over de meerkosten. Bovenop het standaardbudget per inwoner is er maximaal 10% vrije ruimte waarbinnen de hds met de representerende zorgverzekeraars afspraken kan maken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan kosten voor

een SO of AVG die dienst draait op de HAP in de ANW of hiervoor telefonisch bereikbaar is. Aanvullend hierop kunnen ook nog afspraken worden gemaakt over substitutie van zorg vanuit de tweede lijn.

2.3 Bekostiging en inkoop MGZ in de Wlz

Huisartsenzorg
Huisartsenzorg wordt bij de keuze voor de leveringsvorm verblijf met behandeling bekostigd op grond van de Wlz. Het is dan onderdeel van het integrale dagtarief. De vergoeding van de zorgverleners die onderdeel zijn van het totaalpakket aan behandeling is niet gereguleerd door de NZa. Het is dan aan een Wlz-aanbieder en huisarts/HAP om afspraken te maken over de hoogte van en de wijze waarop de vergoeding plaatsvindt.

Geneeskundige zorg van specifiek medische aard
Geneeskundige zorg van specifiek medische aard wordt afhankelijk van de leveringsvorm bekostigd op basis van mpt (1), als onderdeel van het dagtarief vpt (2) of als onderdeel van het dagtarief zzp (3).



Figuur 4: Bekostiging Wlz-behandeling.

Voor de prestatie zzp met behandeling wordt geneeskundige zorg van specifiek medische aard bekostigd uit het integrale zzp-dagtarief. In de prestatie en het tarief wordt geen onderscheid gemaakt tussen een bedrag voor verblijf, verpleging, verzorging en begeleiding, Wlz-behandeling en de overige zorgvormen.

Voor de leveringsvorm vpt met behandeling wordt geneeskundige zorg van specifiek medische aard bekostigd uit het vpt-dagtarief. In de prestatie en het tarief wordt geen onderscheid gemaakt tussen een bedrag voor verpleging en verzorging en Wlz-behandeling.

Er zijn een aantal toeslagen waarin een vergoeding voor de arbeidskosten van behandelaren en hun materiële kosten zitten verdisconteerd. Deze toeslagen kunnen aanvullend op een zzp en vpt met behandeling worden gedeclareerd. Tot slot kunnen de kwaliteitsgelden verpleeghuiszorg (deels) (onder voorwaarden) worden ingezet voor behandelaren.

Als bij de andere leveringsvormen (tijdelijk) Wlz-behandeling nodig blijkt, wordt dit bekostigd met mpt-prestaties. Er zijn twee mpt-prestaties, één voor de SO (prestatiecode H335) en één voor de AVG (prestatiecode H336). Deze prestaties omvatten behandeling van specifiek medische aard en kunnen worden gedeclareerd als de zorg is geleverd door een arts of verpleegkundig specialist (VS). Uit de consultatiereacties blijkt dat niet alle zorgaanbieders en zorgkantoren op

de hoogte zijn van de mogelijkheid dat een VS deze zorg zelfstandig mag leveren. In Bijlage 3 zijn om die reden de prestatiebeschrijvingen opgenomen.

Deze prestatie kan worden gedeclareerd indien sprake is van één van de volgende vier situaties:

- gericht overleg met de behandelend arts van patiënt;
- consulten, face tot face of telefonisch, gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg;
- functionele diagnostiek bestaande uit (multidisciplinair) onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft;
- uitvoering en regie op het behandelplan, die bestaat uit specifieke zorg die verleend wordt vanwege de specialistische expertise van een SO of AVG. Het kenmerk van deze doelgroep is, dat over het algemeen de behandeling het expertiseniveau van de huisarts overstijgt. De behandeling vindt plaats onder medische eindverantwoordelijkheid van en onder regie van een SO of AVG met kennis van specifieke doelgroepen. Afspraken hierover moeten duidelijk zijn vastgelegd tussen huisarts en SO/AVG: bij welke patiënt wordt welke zorg gedurende welke periode overgenomen.

De zzp- en vpt-prestaties zijn dagtarieven, waarin beschikbaarheid is verwerkt. Er wordt dus geen onderscheid gemaakt in de zorg overdag en in de ANW. Deze prestaties veronderstellen dat integrale zorg dag en nacht beschikbaar is en geleverd wordt. De tarieven van mpt-prestaties zijn op basis van direct patiëntgebonden tijd waarbij geen onderscheid wordt gemaakt in de vergoeding voor overdag en in de ANW. Zolang het volume behandeling in de ANW niet stijgt, is hier bij partijen ook geen behoefte aan.

Inkooppraktijk

Voor de leveringsvorm verblijf met behandeling is het de verantwoordelijkheid van de Wlz-aanbieder om de huisartsenzorg en zorg door de SO/AVG of VS te organiseren, faciliteren en borgen. Onderzoeksbureau Significant[15] heeft in opdracht van VWS inzicht gegeven in de bestaande uitvoeringspraktijk. De huidige praktijk laat zien dat dit op veel verschillende manieren kan worden ingevuld. Bijvoorbeeld een SO of AVG in loondienst of afspraken met een externe behandeldienst. Huisartsen kunnen in onderaannemerschap zorg leveren zowel overdag als in de ANW-uren. Met name in de ghz zien we veel overeenkomsten (zie ook de modelovereenkomst van de LHV[16]) tussen huisartsen, hds en Wlz-aanbieder over huisartsenzorg overdag en in de ANW. De zorg die door de huisarts in onderlinge dienstverlening wordt geleverd kan op veel verschillende manieren worden vergoed. In de uitvoeringstoets integrale zorg voor Wlz-patiënten[17] hebben we beschreven dat het voorkomt dat er een bedrag per handeling, een bedrag per uur of soms een totaalbedrag per jaar voor de inzet voor de gehele populatie wordt afgesproken.

Veel aanbieders in de ouderenzorg hebben SO's in dienst, al dan niet georganiseerd in een behandeldienst. De SO neemt vaak de gehele MGZ voor zijn rekening. Een aantal aanbieders zowel in de ghz als in de vv

[15] https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/13/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling.pdf

[16] https://nvavg.nl/samenwerking-huisarts-en-avg/

[17] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_267107_22/1/

kiest ervoor om voor de SO en of AVG samen te werken met een collega zorgaanbieder of sluit een contract met een externe behandeldienst. Ook zijn er aanbieders die in taakherschikking een mogelijkheid zien om een VS in te zetten voor MGZ.

Een specifieke vraag betreft de inkoop van Wlz-behandeling door het zorgkantoor, in aanvulling op de levering van huisartsgeneeskundige zorg via de Zvw. De minister heeft de Tweede Kamer toegezegd na te gaan hoe de SO wordt gecontracteerd door het zorgkantoor en of daar knelpunten bij zijn. De NZa voert momenteel ook een quickscan uit naar de contractering van de SO/AVG binnen de GZSP.18 De resultaten van deze quickscan worden in de zomer van 2020 verwacht.

De NZa heeft geconstateerd dat zorgkantoren met name Wlz-behandeling contracteren bij bestaande Wlz-aanbieders, die van oudsher intramurale behandeling leveren. We zien dat zorgkantoren Wlz-aanbieders stimuleren om hun behandelaren ook buiten de muren van de eigen instelling in te zetten. Echter, de focus ligt bij veel Wlz-aanbieders toch vooral binnen de eigen organisatie. Zorgverzekeraars geven aan dat in de ghz wel een aantal voorbeelden zijn van zorgaanbieders die gebruik maken van een behandeldienst van grote ghz-aanbieders.
Er zijn de laatste jaren ook nieuwe organisatievormen (bijvoorbeeld Novicare) aan het ontstaan die Wlz-behandeling als dienst aanbieden. Sinds kort contracteren zorgkantoren ook deze aanbieders. Vooral organisatievereisten zijn voor het zorgkantoor of de zorgverzekeraar een reden om samenwerkingsverbanden van SO/AVG al dan niet te contracteren.

[18] Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen BR/REG-20139a.

3. Analyse van de knelpunten

In dit hoofdstuk benoemen de belangrijkste knelpunten voor de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de MGZ. Vervolgens koppelen we hieraan onze kernboodschappen.

3.1 De belangrijkste knelpunten

Op basis van de ons ter beschikking staande informatie uit de literatuur, signalen en interviews zien wij dit als de belangrijkste knelpunten voor de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de MGZ:

- Voor alle artsen is de zorgvraag zwaarder geworden;
- Volgens artsen zijn de randvoorwaarden voor MGZ niet overal op orde;
- Samenwerking in de keten voor MGZ komt niet overal goed tot stand;
- De bekostiging is aanbiedersgericht en versnipperd over de domeinen.

Voor alle artsen is de zorgvraag zwaarder geworden
Het beleid van de overheid[19] is erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. De extramuralisatie van zorg heeft ertoe geleid dat mensen minder snel in de Wlz terecht komen. Voorheen werden ook mensen geïndiceerd met lagere (lees lichtere) zorgprofielen, bijvoorbeeld vv1, 2 en 3. Deze profielen zijn vanaf 2013 afgeschaft. Gevolg hiervan is dat huisartsen voor deze patiënten (met name de vv3) verantwoordelijk blijven. Huisartsen geven dan ook aan te maken te hebben met een toegenomen complexiteit en zorgvraag. De zorgvraag van patiënten in verpleeghuizen en kleinschalige woonvoorzieningen is door de extramuralisatie van zorg ook gemiddeld genomen zwaarder geworden. Tot slot is de populariteit van kleinschalige woonvoorzieningen toegenomen. De huisarts levert in de meeste gevallen ook de huisartsenzorg in kleinschalige woonvoorzieningen.

Nu steeds meer ouderen en mensen met een handicap thuis of in kleinschalige woonvoorzieningen verblijven, worden de SO en AVG in toenemende mate ingezet buiten de muren van de traditionele Wlz-aanbieder. Dit zet extra druk op de schaarse capaciteit aan SO en AVG.

Volgens artsen zijn de randvoorwaarden voor MGZ niet overal op orde
Huisartsen hebben in november 2018 in de "Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen"[20] en juli 2019 in de "Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen"[21], het ontbreken van de juiste randvoorwaarden aangekaart. In de leidraden wordt aangegeven dat de algemeen medische zorg voor deze doelgroepen niet tot het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg behoort. In de praktijk leidt dat tot een "nee, tenzij" opstelling van huisartsen.
Huisartsen geven aan dat op veel locaties waar Wlz-zorg wordt geleverd de randvoorwaarden voor het bieden van MGZ niet (voldoende) ingevuld

[19] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis.
[20] https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen
[21] https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-zorg-voor-verstandelijk-gehandicapten-zorginstellingen

zijn. Voor de ghz speelt dit zowel bij instellingen die verblijf met behandeling leveren als bij vpt en pgb gefinancierde kleinschalige woonvormen. Voor de vv speelt dit vooral bij kleinschalige woonvormen. Belangrijke randvoorwaarden die huisartsen noemen zijn 1) deskundig verzorgend en verpleegkundig personeel bij Wlz-aanbieder op de groep, 2) (telefonische) bereikbaarheid van de SO/AVG, 3) borging van de zorg in de ANW (al dan niet via een overeenkomst met de HAP) en 4) uitwisseling van patiëntgegevens tussen de betrokken professionals.

Hieronder beschrijven wij de problematiek allereerst vanuit de visie van met name artsen en daarna vanuit het perspectief van de Wlz-aanbieders van verblijf.

Ad 1) Te weinig medisch geschoold personeel op een zorglocatie leidt ertoe dat het personeel op de zorglocatie niet goed kan inschatten wanneer een huisarts of de HAP moet worden geraadpleegd. Huisarts of de HAP wordt bijvoorbeeld gebeld met vragen over medicatie. Het zorgpersoneel op de zorglocatie moet in veel gevallen zelf deze kennis hebben. AVG's herkennen dit en wijzen op een gat tussen de huisarts/AVG en de agogische begeleider. In de gehandicaptenzorg is het medische model vervangen door kleinschaligheid en begeleiding door agogisch medewerkers. Agogen zijn niet medisch onderlegd en daarmee is het gat tussen de AVG en zorgmedewerkers, die in dagelijks contact staan met de patiënten, vergroot. Op veel plekken wordt daarom steeds meer gewerkt met verpleegkundigen en VS'en, die bijvoorbeeld ingezet worden voor triage naar de huisarts. De uitdaging is nu om de verpleegkundigen ook op plekken in te zetten waar dat nu nog niet het geval is in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking.

In de ouderenzorg is dit probleem kleiner en hier zien partijen veel variatie tussen zorgaanbieders of afdelingen. Dit komt omdat verpleegkundigen veelal wel in dienst zijn bij een verpleeghuis en als voorwacht kunnen fungeren. Volgens zorgkantoren is door een tekort aan verpleegkundigen dat soms ook niet haalbaar. Ook is het opleidingsniveau en de deskundigheid van het verzorgend en verpleegkundig personeel op of in de nabijheid van de woongroep van patiënten niet altijd toereikend. SO's ervaren soms nog een tekort aan, en onvoldoende kennis bij, het zorgpersoneel werkzaam in kleinschalige woonvormen, zo blijkt uit het rapport "De rol van de SO in kleinschalige woonvormen". Een van de oorzaken die in het rapport worden genoemd is het ontbreken van een bestuurlijke visie op de zorg. SO's constateren meer knelpunten bij zelfstandige kleinschalige initiatieven dan kleinschalige woonvormen opgezet vanuit een grotere organisatie.

Ad 2) Huisartsen geven aan dat vooral bij kleinschalige woonvormen de achterwacht door de SO/AVG niet goed is geregeld. Dit zijn in de regel vpt of pgb gefinancierde woonvormen. Om deze reden hebben huisartsen patiënten die verhuisd zijn naar een dergelijk, vaak nieuw, initiatief niet op naam ingeschreven. Huisartsen geven aan dat met name de gedragsproblematiek een belemmering vormt en dat men op dat moment een SO/AVG wil kunnen inschakelen of dat de zorg wordt overgenomen door de SO/AVG.

Huisartsen willen dat een SO/AVG bij voorkeur fysiek bereikbaar is maar ten minste telefonisch bereikbaar is. AVG's zien echter telefonische beschikbaarheid in de ANW als enig haalbare optie gezien de schaarse capaciteit en de spreiding van de locaties. Ook zorgverzekeraars en zorgkantoren zien dat de achterwacht van SO en AVG niet altijd goed geregeld is.

Ad 3) Wlz-aanbieders hebben de MGZ voor patiënten met verblijf met behandeling in de ANW-uren niet altijd vooraf geregeld. Er zijn dan geen schriftelijke afspraken met een HAP gemaakt over de juiste randvoorwaarden voor goede zorg. In plaats daarvan gaat de Wlz-aanbieder ervan uit dat iedere patiënt in de ANW bij een HAP terecht kan. Veel zorgaanbieders in de ghz geven aan dat het moeilijk is de ANW te organiseren. Uit een enquête van VGN blijkt dit voor zo'n 13.000 patiënten het geval is. Hierdoor zijn de Wlz-aanbieders soms gedwongen om de 24/7 beschikbaarheid op een alternatieve wijze in te vullen. Vaak is de alternatieve zorg dan duurder, bijvoorbeeld als een commerciële aanbieder de zorg biedt.

Wlz-aanbieders geven aan dat het voor patiënten met verblijf zonder behandeling ook niet altijd lukt om de reguliere dag-zorg in te kopen. Er zijn onvoldoende huisartsen die de zorg willen/kunnen leveren. Bijvoorbeeld omdat er geen plaats is in de praktijk of omdat de huisarts zich niet bekwaam acht de zorg te leveren. In de gevallen dat de huisarts toch de zorg levert, behandelt de huisarts de patiënt vaak alleen bij spoed als passant (niet op naam ingeschreven). In andere gevallen zijn de Wlz-aanbieders voor huisartsgeneeskundige zorg aangewezen op alternatieve oplossingen. Wlz-aanbieders nemen bijvoorbeeld eigen huisartsen in dienst of als ZZP-er of zetten de SO of AVG in voor huisartsgeneeskundige zorg. Andere oplossingen die genoemd worden zijn de inzet van basisartsen, VS'en, regieverpleegkundigen, verpleegkundige steunpunten, POH-ers, de HAP bij het ziekenhuis en de spoedeisende hulp.

Indien verpleeghuizen de SO willen inzetten voor het verlenen van algemeen medische zorg en daarmee het huisartsentekort willen oplossen in een regio, hetgeen vanuit een medisch generalistische visie op ouderenzorg logisch is, lopen ze weer tegen nieuwe problemen aan. Zo zijn zorgkantoren niet geneigd om als vanzelfsprekend meer verblijf met behandeling in te kopen en sturen liever op andere oplossingen aan. Zorgkantoren kopen alleen verblijf met behandeling in indien de patiënt een structurele ofwel continue, systematisch en langdurige behoefte heeft aan Wlz-behandeling.

Ad 4) De uitwisseling van patiëntgegevens tussen de betrokken professionals is een belangrijk aandachtspunt. Digitale gegevensuitwisseling is landelijk een thema. Alle betrokken partijen hebben een rol in het uitwisselen van gegevens.

Deze ontwikkelingen, die zich gelijktijdig afspelen, leiden ertoe dat op veel plaatsen de toegankelijkheid en organiseerbaarheid van de MGZ verder onder druk komt te staan. HAP's zeggen contracten met Wlz-aanbieders op en gaan daarna in onderhandeling met Wlz-aanbieders over betere randvoorwaarden. Daarmee is de huisartsenzorg dus niet (meer) geborgd. Hoewel we diverse signalen hebben ontvangen dat huisartsen en HAP's contracten eenzijdig opzeggen, hebben wij geen signalen ontvangen dat patiënten in spoedgevallen niet worden geholpen. Soms wordt in spoedsituaties uitgeweken naar de SEH.

Samenwerking in de keten voor MGZ komt niet overal goed tot stand
Wlz-patiënten hebben een samenhangend pakket aan verblijf, verzorging, begeleiding en behandeling nodig. MGZ maakt deel uit van deze keten. Dit vraagt dat de zorg door de huisarts en SO/AVG op elkaar aansluit en in het verlengde ligt van de verpleging, verzorging en begeleiding. Wlz-aanbieder, huisarts, SO/AVG zijn ieder voor zich verantwoordelijk voor hun aandeel in het samenhangend pakket aan wonen, zorg, begeleiding en behandeling. Voor vv patiënten is de

zorgaanbieder op basis van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg verantwoordelijk voor beschikbaarheid van MGZ. Verenso geeft aan dat deze verantwoordelijkheid niet altijd door kleinschalige initiatieven wordt opgepakt. Ook de zorgkantoren merken dit op en stimuleren deze Wlz-aanbieders om verantwoordelijkheid te nemen en de zorg naar een hoger plan te brengen.

Het zorgaanbod MGZ dat door een huisarts en/of SO/AVG en/of overig aanbod wordt geleverd, is niet scherp afgebakend. Afhankelijk van de expertise en de lokale of regionale afspraken kan het aandeel van de verschillende disciplines in het zorgaanbod groter of kleiner zijn. Dat is niet direct problematisch. Dit brengt wel met zich mee dat coördinatie en afstemming nodig is tussen de verschillende disciplines binnen de keten om het geheel aan zorg te borgen. Zowel fysieke afstemming als over infrastructuur (gegevensuitwisseling etc.). In een handreiking van het Zorginstituut[22] staat vermeld dat de zorgaanbieder waar de patiënt verblijft, verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg. De invloed en sturingskracht van de zorgaanbieder op de artsen is echter wel begrensd.

De schaarste in het aanbod vergroot de noodzaak tot goede afstemming binnen de zorgketen en heldere afspraken over ieders verantwoordelijkheid en taken in de regio. Voor de leveringsvorm verblijf met behandeling is helder waar de verantwoordelijkheid ligt voor de organisatie van het samenhangende zorgaanbod. Het zorgkantoor dient voldoende zorg in te kopen en de samenhang in aanbod contractueel overeen te komen. De zorgaanbieder dient vervolgens deze samenhang te borgen. Voor de andere leveringsvormen is sprake van versnippering in de zorginkoop. De zorgverzekeraar koopt huisartsenzorg in. Het zorgkantoor koopt geneeskundige zorg van specifiek medische aard in en zorgt voor beschikbaar zijn van deze zorg bij de Wlz-aanbieder. De Wlz-aanbieder coördineert de inzet van de verschillende behandelaren. In de praktijk leidt dit tot afstemmingsproblemen. Bijvoorbeeld dat de huisarts niet op de hoogte is van de gecontracteerde SO/AVG. Of dat het zorgkantoor onvoldoende SO/AVG heeft kunnen contracteren. Taken van huisarts, SO en AVG kennen geen helder grensvlak en lopen deels in elkaar over. Deze overlap zorgt er in de huidige situatie ook voor dat artsen de verantwoordelijkheid voor zorglevering naar elkaar toe kunnen schuiven of zich onttrekken aan de zorgverlening.

Dat het ook anders kan en dat partijen elkaar ook wel kunnen vinden om de zorg goed te organiseren, blijkt uit onderstaand voorbeeld.

In de woonzorgcentra van WelThuis ontvangen bewoners medische zorg regulier via de huisartsenpraktijk en huisartsenpost. De huisarts kan de SO inschakelen op het moment dat dit nodig is. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen huisarts en de SO vanuit de behandeldienst van Goudenhart. Daarnaast wordt van oudsher door meerdere partijen, ook voor de extramurale inzet van SO's, samengewerkt met de Stichting Georganiseerde eerstelijns Zorg (SGZ) in Zoetermeer.

Bron: https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/welthuis-goudenhart-samenwerking-complexe-zorgvraag/

De bekostiging is aanbiedersgericht en versnipperd over de domeinen

[22] https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/12/09/handreiking-behandeling-in-de-wlz-per-1-januari-2021

De bekostiging van een samenhangend pakket aan Wlz-zorg inclusief MGZ verschilt per leveringsvorm. In hoofdstuk 2 is de bekostiging in meer detail beschreven.

Huisartsen noemen de onduidelijkheid over het wel of niet hebben van een (verzilverde) Wlz-indicatie en de leveringsvorm van hun patiënten als aanhoudend punt van frustratie. Dit zorgt voor afwijzing van declaraties zowel bij de huisarts als de huisartsenpost. Zorgverzekeraars controleren sinds begin 2019 op de samenloop van declaraties tussen Wlz en Zvw.

Daarnaast ervaren huisartsen dat de zorg voor ouderen en mensen met een beperking meer tijd kost dan er beschikbaar is voor een regulier consult. Hiervoor kent de huisartsenbekostiging een toeslag intensieve zorg. Voor ouderen kan de huisarts de toeslag declareren vanaf vv-5. De ondergrens van vv-5 is historisch bepaald, patiënten tot en met vv-4 waren in het AWBZ-tijdperk de verzorgingshuisbewoners. Voor de doelgroepen ghz en ggz bestaat de toeslag intensieve zorg niet.

Wlz-aanbieders bieden vaak verschillende leveringsvormen aan en hebben daarom te maken met zowel zorgkantoren als zorgverzekeraars. Afhankelijk van de leveringsvorm wordt zorg in onderaannemerschap ingekocht bij huisartsen, huisartsenposten, zelfstandige behandeldiensten, zzp'ers, etc.

Zorgverzekeraars en zorgkantoren erkennen de complexiteit van de bekostiging voor huisartsen, SO/AVG en Wlz-aanbieders, maar geven aan dit niet als belangrijkste knelpunt te ervaren. Er is wel een knelpunt bij de verantwoordelijkheid van een huisarts om 24 uur per dag 7 dagen per week zorg te borgen (zie hoofdstuk 4.1). Zorgverzekeraars en zorgkantoren zoeken binnen de bestaande bekostiging en inkoop naar *incentives* om samenwerking en onderlinge dienstverlening te faciliteren en te stimuleren. Een voorbeeld daarvan is het belonen van Wlz-aanbieders die hun SO/AVG ook buiten de muren van de Wlz-instelling beschikbaar stellen.

3.2 Beschouwing

De beschikbaarheid, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van MGZ komen verder onder druk door een aantal trends. Mensen worden ouder en het aantal ouderen neemt de komende jaren sterk toe. Veel mensen wonen langer thuis met (toenemende) complexe problematiek. Het beroep op de Wlz neemt toe. Patiënten stromen later met een zwaardere zorgvraag in en verblijven korter. Een groter aandeel van de Wlz-patiënten heeft structureel behoefte aan Wlz-behandeling, waaronder de inzet van de SO of AVG. Daarmee neemt de behoefte aan de leveringsvorm verblijf met behandeling toe. Om te voorzien in de wensen van patiënten ontstaan steeds meer en kleinschaligere woonvormen, aangeboden door bestaande en nieuwe zorgaanbieders.

De verschuiving van de zorgvraag en de hierboven benoemde trends verscherpen een onderliggend probleem met het aanbod. Zowel qua capaciteit van plaatsen in de Wlz-zorg als ook in toenemende mate het tekort aan huisartsen, SO, AVG, verpleegkundigen en VS'en.
Naast acties op het gebied van de arbeidsmarkt voor de artsen en verpleegkundigen, geven verschillende partijen aan dat ook op het vlak opleiding het nodige moet gebeuren. Vanuit het Ministerie van VWS lopen al diverse arbeidsmarktinitiatieven. Bijvoorbeeld het actieprogramma 'Werken in de zorg'. Ook een betere samenwerking van de huisartsen, SO/AVG en zorgprofessionals is cruciaal. Daarnaast kan

taakherschikking helpen de tekorten te verminderen of op te lossen. In het concept convenant ghz zijn veel acties en goede voornemens opgenomen die kunnen bijdragen aan het verlichten van de arbeidsmarkt problematiek en het tekort aan artsen kunnen verminderen.

Juist bij schaarste is het belangrijk dat de beschikbare capaciteit doelmatig wordt ingezet. Daarvoor is een goede afstemming nodig tussen alle schakels in de keten, waarbij ook de inkoop van deze keten logisch samenhangt. Deze logische samenhang in inkoop wordt nu niet optimaal gefaciliteerd. De bekostiging van MGZ is complex, aanbiedersgericht en versplinterd over de domeinen. Dit leidt tot onduidelijkheid. Dit kan verbeteren door de MGZ voor alle Wlz-patiënten onder te brengen in één regime. Dit maakt verantwoordelijkheid of opdracht voor de zorginkoop en zorgplicht door de zorgverzekeraar of het zorgkantoor eenduidiger. Beide regimes hebben voor- en nadelen. In hoofdstuk 4 werken we de twee scenario's nader uit.

Gezamenlijke verantwoordelijkheid
Het onderbrengen van MGZ in één regime is evenwel niet voldoende en lost de belangrijkste problemen niet op. Er is meer nodig om het gebrek aan afstemming, coördinatie en samenwerking op te lossen. MGZ is een belangrijk onderdeel van het samenhangende pakket aan verblijf, verzorging, begeleiding en behandeling dat de meest kwetsbare groepen in onze samenleving nodig hebben. MGZ wordt geleverd door huisartsen, SO en AVG in samenspraak met alle overige betrokkenen. De zorg zoals huisartsen en SO/AVG plegen te bieden moet dus op elkaar aansluiten. Hier ligt een duidelijke opdracht voor huisartsen, SO/AVG en Wlz-aanbieders. In veel regio's wordt deze taak ook als zodanig ervaren en wordt het aanbod regionaal goed op elkaar afgestemd. In regio's waar deze afstemming moeizaam verloopt, ontstaan knelpunten in afstemming en daarmee in de borging van zorg. In hoofdstuk 5 gaan we hier nader op in.

4. Analyse prikkelwerking Wlz en Zvw

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de prikkelwerking die uitgaat van de Zvw en Wlz. Wij gaan bij de positionering van de MGZ in de Wlz en in de Zvw uit van de huidige situatie. In de huidige situatie wordt voor de leveringsvorm verblijf met behandeling een integraal pakket aan wonen zorg en behandeling inclusief MGZ vanuit de Wlz geleverd. Voor de andere leveringsvormen geldt dat de MGZ deels uit de Wlz en deels uit de Zvw wordt bekostigd.

We beschrijven de patronen die we zien vanuit een drietal invalshoeken; juridisch, doelmatigheid en administratieve lasten. Vanuit de juridische invalshoek kijken we vooral vanuit zorginkoop en de zorgplicht van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Doelmatigheid zien we vanuit samenwerking en personele schaarste.

4.1 Zorginkoop

Positionering in de Zvw
Binnen de Zvw heeft de zorgverzekeraar zorgplicht. De zorgverzekeraar moet voldoende zorg inkopen om het gehele zorgaanbod waar de patiënt binnen de aanspraak recht op heeft tijdig en binnen redelijke afstand beschikbaar te stellen. Inkoop van het geheel aan MGZ via de Zvw bestaat uit:

- Inkoop huisartsenzorg overdag (huisartsenpraktijken);
- Inkoop huisartsenzorg ANW (huisartsenposten);
- Inkoop SO en AVG (alleen voor patiënten zonder Wlz-indicatie).[23]

Hoewel de elementen allemaal samenhangende onderdelen zijn van MGZ, is de inkoop en bekostiging afzonderlijk per aanbieder ingericht.

Huisartsenzorg overdag
Voor huisartsenzorg overdag vult de zorgverzekeraar de zorgplicht in door huisartsenpraktijken te contracteren voor het geheel aan aanbod dat zij leveren voor de populatie die bij hen is ingeschreven. Bijzonder aan de huisartsenzorg is dat hier een zeer hoge contracteergraad gebruikelijk is. Vrijwel iedere praktijk in Nederland sluit een contract af met de meest dominante verzekeraar in de vestigingsregio en de overige zorgverzekeraars volgen in de regel dit contract. In dit contract worden een aantal afspraken gemaakt rondom betalingen als gevolg van inspanningen voor specifieke doelgroepen. In dit contract wordt in de regel geen sturing gegeven aan de opbouw van de populatie van een huisartsenpraktijk. Als de huisarts een patiënt met een specifiek kenmerk behandelt (bijvoorbeeld met een Wlz-indicatie voor verblijf), dan gelden daar alleen onder voorwaarden aanvullende vergoedingsmogelijkheden. De huisartsenzorg wordt daarmee binnen de Zvw niet specifiek ingekocht voor de groep met Wlz-indicatie verblijf, maar wordt generiek ingekocht over de hele breedte van de verzekerde populatie.

[23] Vanaf 2021 ook de gedragswetenschapper en de overige elementen in de beleidsregel gzps.

Huisartsenzorg ANW
De huisartsenzorg in de ANW-uren wordt voor het overgrote deel van Nederland ingekocht via de huisartsenposten. Deze posten ontvangen een budget dat door de NZa wordt gereguleerd op basis van populatiekenmerken, waarbij zorgverzekeraar en aanbieder aanvullend binnen een bandbreedte regionale maatwerkafspraken maken. Ook hier geldt dat de inkoop gericht is op de gehele verzekerde populatie en de bijbehorende kosten. Er vindt geen separate inkoop van ANW-huisartsenzorg plaats rondom een specifieke groep patiënten met een Wlz-indicatie. Wel kunnen binnen het overeengekomen budget aparte afspraken worden gemaakt voor aanvullende kosten/extra inzet die gekoppeld is aan een specifieke populatie. Het van dit budget afgeleide tarief per consult/visite in de ANW-uren is vervolgens voor iedere patiënt gelijk. Ook hier volgen overige zorgverzekeraars de afspraken die de representerende zorgverzekeraars in een regio maakt, maar in dit geval als gevolg van een representatiemodel bij inkoop. En ook hier geldt dat alle huisartsenposten in Nederland in de regel gecontracteerd worden door alle zorgverzekeraars.

SO/AVG
De inzet en ondersteuning van SO/AVG of VS als "geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen" kan als aanvulling op de zorg die de huisarts biedt vanaf 2020 afzonderlijk worden ingekocht door zorgverzekeraars binnen de Zvw voor patiënten zonder Wlz-indicatie. Declaratie vindt hier nu (nog) plaats op basis van een uurtarief. Inkoop gaat in 2020 bij de helft van de zorgverzekeraars gepaard met omzetplafonds.

Door de groeiende vraag (zowel vanuit Wlz als Zvw) is schaarste aan SO's en AVG's ontstaan. Niet alleen in de reguliere Wlz-instellingen, maar ook voor inzet in kleinschalige woonvormen bekostigd op basis van vpt of pgb, moet het zorgkantoor voldoende capaciteit inkopen van zorg door de SO of AVG. Zorgverzekeraars moeten ook voldoende capaciteit inkopen van zorg door de SO of AVG voor patiënten zonder Wlz-indicatie. Naast de toenemende vraag voor patiënten in de thuissituatie, met of zonder Wlz-indicatie, kan op verzoek van de huisarts de inzet van de SO of AVG gewenst zijn. Er is dus toenemende druk om de schaarse capaciteit zowel overdag als in de ANW zo efficiënt mogelijk in te zetten.

Samenhang
Zodra de zorg binnen de Zvw bekostigd wordt, heeft de zorgverzekeraar een belang om de zorg zo efficiënt en samenhangend mogelijk rondom de patiënt in te kopen. Tegelijkertijd heeft de zorgverzekeraar binnen de Zvw nu van doen met een aanbiedersgerichte bekostiging die integrale benadering van inkoop van zorg rondom een groep kwetsbare patiënten niet gemakkelijk maakt.

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het voldoende inkopen van de zorg die de patiënt nodig heeft. Een specifieke bijzonderheid hier rond huisartsenzorg is dat de zorgverzekeraar vrijwel alle beschikbare huisartsencapaciteit al inkoopt. Als een patiënt moeite heeft om een huisarts te vinden in een specifieke regio, ligt de oplossing voor de zorgverzekeraar daarmee niet in het inkopen van meer zorg, zoals bij andere markten wel het geval is. De oplossing moet dan liggen in alternatieve vormen van aanbod/ondersteuning of een sterkere regionale sturing op efficiency en samenhang in het bestaande aanbod. Hoe meer regionale schaarste in aanbod een risico vormt op de beschikbaarheid van zorg voor de verzekerde, hoe meer de verzekeraar vanuit zorgplicht de noodzaak zal voelen om actief te sturen in zijn inkoopbeleid op efficiënte inzet van de beschikbare middelen.

Positionering Wlz
Wlz-uitvoerders voeren de Wlz uit en hebben een zorgplicht. Ze zorgen er voor dat er een passende plek is en dat passende MGZ wordt geleverd.[24] Wlz-uitvoerders hebben de werkzaamheden gemandateerd aan de zorgkantoren. Zorgkantoren kopen daarom de zorg in.

Binnen het kader van zijn zorgplicht moet het zorgkantoor waarborgen dat alle patiënten met een Wlz-indicatie indien nodig Wlz-behandeling kunnen krijgen. Dit doen zij voor een deel door leveringsvormen 'met behandeling' in te kopen. Voor patiënten voor wie een integraal pakket met alle zorg bekostigd wordt met een zzp met behandeling, is het de verantwoordelijkheid van de Wlz-aanbieder te voorzien in de noodzakelijke artsen die Wlz-behandeling en algemeen medisch zorg kunnen verlenen. De huidige praktijk laat zien dat dit op veel verschillende manieren kan worden ingevuld. Bijvoorbeeld een arts in loondienst of afspraken met een externe behandeldienst. Huisartsen kunnen in onderaannemerschap zorg leveren. Onderzoeksbureau Significant[25] heeft in opdracht van VWS inzicht gegeven in de bestaande uitvoeringspraktijk.

Naast leveringsvormen met behandeling koopt het zorgkantoor ook leveringsvormen in waar behandeling geen onderdeel van uitmaakt. Welk deel van de Wlz-zorg wordt ingekocht met of zonder behandeling, hangt af van een samenspel van factoren: de (verwachte) behoefte aan Wlz-behandeling, het beschikbare aanbod aan leveringsvormen met en zonder behandeling, de keuze van patiënten voor een bepaalde zorgaanbieder of woonvorm, en ook de beschikbare contracteerruimte. In het gemeenschappelijk Beleidskader contractering Wlz van de zorgkantoren[26] staat dat "indien de vraag om behandeling van patiënten structureel van aard wordt, overwogen kan worden om het zzp zonder behandeling om te zetten naar een zzp met behandeling. Een Wlz-instelling dient dit altijd te bespreken met de zorginkoper van het zorgkantoor. Het is regionaal beleid en afhankelijk van de beschikbare contracteerruimte van het zorgkantoor hoe het betreffende zorgkantoor met dit verzoek omgaat."

Zorgkantoren geven aan terughoudend te zijn bij het contracteren van leveringsvormen met behandeling. Er zijn voorbeelden dat de zorgbehoefte bestaat en de Wlz-aanbieder alle randvoorwaarden op orde heeft maar het zorgkantoor toch geen verblijf met behandeling wil contracteren. De contracteerruimte is krap en de wachtlijsten nemen nog steeds toe. Door niet alles met behandeling in te kopen kunnen zorgkantoren meer mensen Wlz-zorg bieden.

Zorgkantoren beoordelen verzoeken tot omzetting van zonder naar met behandeling ook vanuit het oogpunt van kostenbeheersing. Niet alle patiënten in de Wlz hebben namelijk ook alle vormen van Wlz-behandeling nodig. Het is dan aan de zorgaanbieder om aan te tonen waarom het noodzakelijk is met behandeling te contracteren. Daarnaast speelt dat wlz-aanbieders zich er ook niet altijd bewust van zijn dat het om meer gaat dan alleen het regelen van behandelaars. Tandheelkundige zorg, farmacie etc. moeten ze ook allemaal inregelen.

---

[24] Zie ook het Toezichtkader zorgplicht Wlz TH/BR021, https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21629_22/1/.

[25] https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2018/04/13/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling/onderzoek-uitvoeringspraktijk-wlz-behandeling.pdf.

[26] Beleidskader contractering Wlz, versie september 2019, ZN

Er is meer behoefte aan contractering van leveringsvormen met behandeling dan omvang van de contracteerruimte toelaat. Zowel zorgkantoren als ook branchepartijen en zorgaanbieders geven dit aan. Extra middelen toevoegen aan het macrokader om daarmee te voldoen aan de zorgbehoefte van de patiënt lost slechts deels de doelmatige inzet van artsen en gebrekkige samenwerking op.

Ook als het gaat om leveringsvormen zonder behandeling moet het zorgkantoor zich ervan verzekeren dat de Wlz-aanbieder de MGZ afdoende heeft geborgd. Als het gaat om een (tijdelijke) behoefte aan Wlz-behandeling, bieden zorgkantoren zorgaanbieders de mogelijkheid om dit te leveren in de vorm van een mpt (zie hoofdstuk 2). In hun Voorschrift zorgtoewijzing[27] geven zorgkantoren aan dat (bij een leveringsvorm met verblijf) in deze situaties vooraf geen toestemming hoeft te worden gevraagd bij het zorgkantoor als die tijdelijke behandeling past binnen de beschikbare financiële ruimte van het zzp-tarief inclusief behandeling. Het zorgkantoor toetst achteraf of de behandeling doelmatig is ingezet en voldoet aan de criteria die daarover bij het contracteren zijn gemaakt. Het Voorschrift zorgtoewijzing stelt daarbij wel dat, als voor een patiënt langdurige Wlz-behandeling noodzakelijk is, verblijf inclusief behandeling voor een patiënt een betere oplossing is.

Bij het contracteren van vpt met behandeling geven zorgkantoren aan dat Wlz-aanbieders vaak de behandeling niet georganiseerd krijgen. Zorgkantoren kopen dan vaak in op basis van losse uren mpt. Zorgkantoren constateren dat vooral bij de kleine Wlz-aanbieders die verblijf of vpt zonder behandeling bieden, de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van zorg nog niet afdoende wordt ingevuld. De samenwerking met huisartsen vormt dan soms een uitdaging. De samenwerkingsverbanden tussen Wlz-aanbieders en SO's kunnen hier een oplossing zijn. Daarin vragen ze dan om ook een stukje opleiding en coaching van de andere aanbieder op zich te nemen, zodat de randvoorwaarden op orde komen en de basiszorg bij dit soort Wlz-aanbieders naar een hoger niveau kan groeien.

In sommige regio's merken zorgkantoren dat er een tekort is aan beschikbare AVG's. Met sommige partijen maken ze daarom afspraken over de inzet van AVG's bij patiënten die thuis wonen of in een instelling verblijven. Zorgkantoren merken op dat de partij die behandeling biedt niet volledig kan voldoen aan de vraag van de patiënt.

Het zorgkantoor kan met het oog op het waarborgen van de toegang tot huisartsenzorg bijvoorbeeld eisen dat er een schriftelijke overeenkomst bestaat tussen Wlz-aanbieder en huisarts of dat alle patiënten ingeschreven staan bij een huisarts in het huisartsinformatiesysteem (HIS). Ook tussen de HAP en Wlz-aanbieder moet de samenwerking contractueel geborgd zijn. Uit ons onderzoek blijkt dat Wlz-aanbieders nu niet altijd een overeenkomst hebben met een HAP. Men gaat uit van het gebruik en toegankelijkheid van de HAP zoals dat in de Zvw geldt voor iedere op naam ingeschreven patiënt.

Het zorgkantoor is dus in beide situaties (gemandateerd) verantwoordelijk om te waarborgen dat de Wlz-patiënt toegang heeft tot MGZ. Als er dan problemen blijken in de beschikbaarheid van bijvoorbeeld huisartsen, kan het zorgkantoor daarover in overleg gaan met de zorgverzekeraar. Verruimen van het aanbod zal dan afhangen van (het

[27] Voorschrift zorgtoewijzing 2020, december 2019, ZN

succes van) arbeidsmarktbeleid en het beschikbaar zijn van opleidingsplaatsen.

Een aanbieder die verblijf met behandeling biedt, maar niet in de huisartsgeneeskundige zorg kan voorzien, kan niet flexibel uitwijken naar een prestatie die voorziet in een heel pakket aan Wlz-zorg exclusief huisartsgeneeskundige zorg. Het leveren van een andere prestatie heeft grote gevolgen voor de patiënt en voor de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder. De eerstvolgende prestatie die in de buurt komt is verblijf zonder behandeling of vpt met alleen Wlz-behandeling. Verblijf zonder behandeling heeft als nadeel dat bijvoorbeeld de zorg van gedragsdeskundigen anders moet worden geregistreerd en gedeclareerd. Daarbij is er geen prestatiestructuur of tariefstructuur in de Wlz die voorziet in een vergoeding voor de geneesmiddelen of een afzonderlijke vergoeding/prestatie voor geneeskundige zorg van algemeen medische aard. Een andere mogelijkheid is uitwijken naar een vpt met behandeling. In dat geval moet de patiënt zelf zijn verblijf organiseren en bekostigen, hetgeen op korte termijn zeer lastig te organiseren is.

De afhankelijkheid van de huisarts zoals beschreven in de vorige alinea geeft huisartsen en huisartsenposten onderhandelingsmacht.
de eerder aangehaalde leidraden van de LHV maken de afnemende bereidheid van huisartsen en huisartsenposten extra zichtbaar. En uiten zich in opzeggingen van overeenkomsten en een vergrote onderhandelingsmacht. Wlz-aanbieders, met name in de ghz, hebben steeds meer moeite om de geneeskundige zorg van algemene aard i.c.m. huisartsenzorg en zorg door de AVG te organiseren, faciliteren en borgen. In de ghz werken de AVG en de huisarts complementair en is de AVG niet opgeleid als huisarts. Ze zijn dus beiden nodig. Voor de vv geldt dat Wlz-aanbieders in vrijwel alle gevallen de MGZ overdag als in de ANW-uren hebben georganiseerd met de SO en of via taakherschikking met de VS of door inzet van basisartsen etc.
Wanneer Wlz-aanbieders deze zorg niet rond krijgen kunnen ze hiervan melding maken bij het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft zorgplicht en zal in dit geval in actie moeten komen, indien nodig samen met de betrokken zorgverzekeraars. Voor zzp's met behandeling kan dit betekenen dat het zorgkantoor de betreffende aanbieders ertoe beweegt de MGZ op een andere wijze te organiseren. Wij begrijpen dat aanbieders de problemen met beschikbaarheid van de huisarts oplossen door via de SO deze zorg te leveren. Voor Wlz-aanbieders kan dit een oplossing voor tekort aan huisartsen of opzegging van contracten zijn. Theoretisch is er de mogelijkheid dat Wlz-aanbieders bij het zorgkantoor vragen om terug te vallen op contracteren zonder behandeling omdat men het niet geregeld krijgt. We hebben echter geen signalen hiervan ontvangen.
Als de patiënten (nog wel) zijn ingeschreven bij een huisarts, dan is de huisarts verplicht om voor deze patiënt ook zorg in de ANW te borgen. InEen onderschrijft dit. De HAP moet aan deze patiënten in alle gevallen zorg verlenen. Uit signalen blijkt dat dit niet altijd gebeurt, er zijn voorbeelden van HAP's die zorg hebben geweigerd.

Samenhang
Zodra zorgkantoren alle MGZ voor Wlz-patiënten zouden organiseren hebben ze er een belang bij om de samenwerking tussen artsen en de zorg op de groep ofwel verpleegkundige voorwachten te optimaliseren.

4.2 Doelmatigheid (Zvw/Wlz)

In het kader van haar toezichthoudende functie op de doelmatige uitvoering van de Wlz door Wlz-uitvoerders legt de NZa het

doelmatigheidsbegrip uit als het bewaren van de balans tussen kosten, kwaliteit en volume van de zorg, schematisch als volgt weer te geven.[28]



Figuur 5: Schematische weergave doelmatige zorg.

Voor dit onderzoek kijken we vooral naar het doelmatig(er) inzetten van het schaarse aanbod van artsen en verpleegkundigen. Bij een tekort aan behandelaren is van belang dat de productiviteit van behandelaren stijgt en behandeldiensten effectief zijn georganiseerd, zeker voor de ANW-zorg. Uit ons onderzoek, maar ook uit onderzoeken van anderen en goede voorbeelden die ons zijn aangereikt, blijkt dat hier nog winst te behalen is.

Mogelijkheden voor doelmatigheidsverbetering
De sleutel tot het verbeteren van doelmatigheid, waarbij de patiënt een goede uitkomst ervaart, ligt op de eerste plaats in het bundelen van krachten waarbij door samenwerking de expertise van zorgorganisaties en artsen in de regio effectief wordt ingezet. Dit kan in principe onder beide regimes. Hierbij moeten werkmethodes op elkaar worden afgestemd, toegang tot informatie gefaciliteerd en professionals middels opleiding worden ondersteund (woonbegeleiders in gezondheidsvaardigheden, huisartsen en triagisten in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking). Bovenstaande aanbevelingen van Marloes Heutmekers[29] sluiten naadloos aan op onze bevindingen.

Daarnaast zien wij ook dat er mogelijk nog winst te behalen is in de ghz door taakherschikking naar niet-artsen. Dit volgt uit rapporten van het capaciteitsorgaan. In een aantal organisaties voor verstandelijk gehandicapten worden taken van de AVG en/of andere artsen overgenomen door VS'en, Physician Assistants (PA) of (praktijk)verpleegkundigen. Dit is het geval voor bijna een derde van de organisaties voor gehandicaptenzorg (32%). De ondersteunende professionals zijn uitsluitend werkzaam in organisaties waar ook artsen werkzaam zijn. De helft van deze organisaties met artsen (50%, N=53) heeft één of meer van deze ondersteuners in dienst.
(Praktijk)verpleegkundigen zijn werkzaam in bijna een kwart (24%) van de organisaties voor ghz, de VS is werkzaam in 11% van de

[28] https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2017/03/21/doelmatige-zorg-in-de-wlz
[29] Out-of-hours, primary care for people with intellectual disabilities: Out-of-sight, out-of-touch, out-of-mind

gehandicaptenorganisaties[30]. Voor verpleeghuizen liggen deze cijfers veel hoger[31]. Een andere mogelijkheid is dat verpleeghuizen en aanbieders van zorg voor mensen met een verstandelijk beperking meer samenwerken op dit terrein. Dit is in principe ook in beide regimes mogelijk.

We zien een aantal initiatieven in het land ontstaan die aansluiten op de bevindingen van bovenstaande onderzoeken. Daarbij is specifiek aandacht voor een gepaste inzet van behandelaren in de ANW-uren die door samenwerking ontstaat.

Een HAP en een zorgaanbieder van ghz zijn overeengekomen dat:
- De zorgaanbieder aangeeft voor welke patiënten een zzp met behandeling van toepassing is en dat deze patiënten worden ingeschreven bij de huisarts met als debiteur de naam van deze zorgaanbieder. Waar dus normaliter de naam van de verzekeraar in de administratie staat van een huisarts, staat nu de naam van de zorgaanbieder. Op deze wijze is de huisarts in staat om de declaratie naar de zorgaanbieder te sturen. Tevens kan de HAP dan de dossiergegevens van ingeschreven patiënten zien tijdens de ANW.
- Een ambulant verpleegkundig team met een specialisatie in mensen met een verstandelijke beperking fungeert als voorwacht. Dat betekent dat alle medische vragen van de begeleiders eerst bij hen terecht komen. Zij beantwoorden de vraag, verlenen zo nodig zorg en bepalen ook of het een huisartsgeneeskundige vraag is of een vraag voor de AVG. Dit betekent voor de HAP dat er alleen maar huisartsgeneeskundige vragen bij hen komen.
- De achterwacht is een AVG. De achterwacht komt voort uit een regionale samenwerking van meerdere aanbieders van ghz. In deze afspraak worden naar rato van het aantal patiënten dat ze hebben, diensten gedraaid welke ze per maand verdelen. Vanwege de psychische en psychiatrische co-morbiditeit van de patiëntpopulatie is er ook altijd een gedragswetenschapper per instelling welke dienst heeft gedurende de ANW.
- De aanbieder van zorg voor mensen met een beperking heeft tevens het aanbod gedaan om scholingen te geven wanneer huisartsen dit wensen.

4.3 Administratieve lasten

De huisarts/HAP en de SO/AVG verlenen zorg aan patiënten met en zonder Wlz-indicatie. De patiënten met indicatie kunnen de zorg in diverse leveringsvormen afnemen. Voor elk van de leveringsvormen is de bekostiging anders. Met name voor de leveringsvorm verblijf met behandeling ervaren huisartsen en Wlz-aanbieders administratieve belasting.

Wlz-aanbieders bieden vaak Wlz-zorg in verschillende leveringsvormen aan. Wlz-aanbieders hebben dus te maken met de verschillen in bekostiging tussen leveringsvormen. Voor de leveringsvorm verblijf met behandeling moeten Wlz-aanbieders met de huisarts/HAP in SO/AVG naast zorginhoudelijke afspraken ook financiële afspraken maken. De declaratie van huisartsgeneeskundige zorg verloopt voor verblijf met behandeling niet tussen huisarts en zorgverzekeraar maar tussen

[30] Werkcontext en tijdsbesteding Arts voor Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018 (oktober, 2019)
[31] Werkcontext en tijdsbesteding Specialist Ouderengeneeskunde: Herhaalmeting 2018 (oktober, 2019)

huisarts en Wlz-aanbieder. Dit geldt overigens voor alle overige zorgvormen. Huisartsen, maar ook Wlz-aanbieders, geven aan dat dit administratief belastend is. Zo wordt al geruime tijd gewerkt aan informatie-uitwisseling over de indicatie en de leveringsvorm, zodat huisartsen in administratieve zin geen hinder ondervinden van werken in onderaannemerschap. Wij begrijpen echter dat deze gegevensuitwisseling nog niet goed is geregeld. Bij positionering van MGZ in de Zvw vervalt de noodzaak de indicatie en leveringsvorm uit te wisselen tussen Wlz-aanbieder en huisarts als we de prestatie intensieve zorg zouden afschaffen, dan wel de prestatiebeschrijving zouden wijzigen zodat deze onderscheidend en herkenbaar is voor huisartsen. Bij positionering in de Wlz blijft deze noodzaak bestaan, ook blijven samenloop controles van Wlz en Zvw declaraties door verzekeraars dan nodig.
Verwacht mag worden dat bij verblijf met behandeling er duidelijke afspraken zijn tussen zorginstelling en huisartsen en huisartsenposten over de patiënten waaraan de huisarts in onderlinge dienstverlening zorg levert. In de praktijk is dit vaak niet het geval. "Begeleiders bellen een huisartsenpost en kunnen bij een spoedvisite niet aangeven of sprake is van een patiënt die verblijf met of zonder behandeling heeft".

4.4 Voor- en nadelen per regime

4.4.1 Breng MGZ onder in één regime

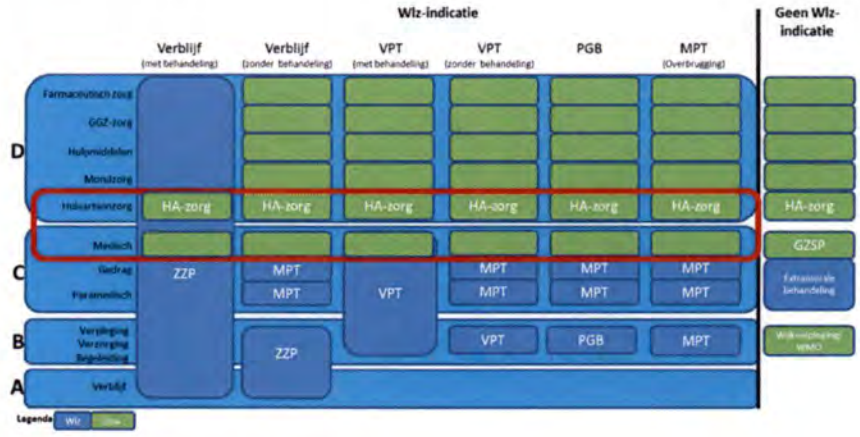
De huidige aanspraak en bekostiging vanuit de Wlz en Zvw is complex en verschilt per leveringsvorm. Dit leidt tot onduidelijkheid. Dit kan verbeteren door de MGZ voor alle Wlz-patiënten onder te brengen in één regime. Dit maakt verantwoordelijkheid voor de zorginkoop door de zorgverzekeraar of het zorgkantoor eenduidiger. Beide regimes hebben voor- en nadelen, we kijken daarbij naar integrale inkoop, administratieve lasten en samenwerking van zorgaanbieders.

Een keuze voor de Zvw of Wlz vraagt een zorgvuldige afweging. De afweging moet leiden tot een herkenbare positionering van de MGZ. Zorginhoudelijk heeft deze kwetsbare groep patiënten een samenhangend pakket aan wonen, verzorging, begeleiding en behandeling nodig. MGZ is een onderdeel van het samenhangende pakket. Ook de zorg door de huisarts en SO/AVG moet dus op elkaar aansluiten. Dit raakt ook de keuzevrijheid van patiënten om een eigen artsen te kiezen. Zowel de Zvw als de Wlz bieden op verschillende manieren keuzevrijheid. Het onderbrengen van MGZ onder één regime leidt onvermijdelijk tot een nieuwe afbakening van zorg die valt onder de Zvw of Wlz. Het is daarbij van belang om de samenhang tussen, 1) de verschillende overige zorgvormen zoals huisartsenzorg en bijvoorbeeld farmacie, 2) de onderdelen van Wlz-behandeling zoals geneeskundige zorg van specifiek medische aard, specifiek gedragskundige en specifiek paramedische aard, en 3) met de verpleging, verzorging en begeleiding mee te nemen in de afweging. Verdere uitwerking vraagt om een intensieve dialoog met alle betrokken. Het belang van de zorginhoud en de individuele keuzevrijheid moet nader worden afgewogen.

4.4.2 Positionering MGZ in de Zvw

Bij positionering van de MGZ in de Zvw ontvangen alle Wlz-patiënten zowel huisartsenzorg als de zorg die SO/AVG leveren vanuit de Zvw. Het verschil met de huidige situatie is dat dan ook de huisartsgeneeskundige zorg voor de leveringsvorm verblijf met behandeling vanuit de Zvw wordt bekostigd en dat geneeskundige zorg van specifiek medische aard voor alle leveringsvormen wordt overgeheveld naar de Zvw. Vanzelfsprekend moeten de prestaties en tarieven voor deze zorg verder worden

uitgewerkt. Mogelijk kan daarbij worden aangesloten op de huidige prestaties in de Zvw.



Figuur 6: Positionering MGZ in de Zvw.

De voor- en nadelen van positionering van MGZ in de Zvw zijn:

+	In lijn met (thuiswonende) patiënten zonder Wlz-indicatie.
+	Synergie voordelen voor organisatie MGZ in de eerstelijn en Wlz.
+/-	Vermindering administratieve lasten door afzonderlijke bekostiging HA/HAP. Toename van administratieve lasten voor Wlz-aanbieders met eigen artsen in dienst.
-	Mogelijke productieprikkel door prestatiebekostiging HA en SO/AVG.
-	Behoefte aan coördinatie en afstemming tussen Wlz-aanbieder en aanbieders MGZ neemt toe.
-	Zorgplicht voor zowel zorgverzekeraar (MGZ) als zorgkantoor (verblijf). Dit geeft een risico op afstemmingsproblemen tussen zorgverzekeraar, zorgkantoor en Wlz-aanbieder.

Belangrijk voordeel van positionering van MGZ in de Zvw is dat de aanspraak en de bekostiging voor alle patiënten hetzelfde is ongeacht of ze een Wlz-indicatie hebben. Als gaat om begrippen en definities biedt positionering in de Zvw meer helderheid voor alle betrokkenen.
Verwacht mag worden dat hierdoor ook synergie voordelen te behalen zijn voor de organisatie van MGZ. De bestaande eerstelijnsstructuren voor patiënten zonder Wlz-indicatie en reguliere huisartsenposten kunnen uitgroeien tot 24/7 beschikbaarheidsstructuur voor MGZ waarin ook de SO en AVG een plek krijgen. Dit biedt kansen voor functiedifferentiatie en taakherschikking en het doelmatig inzetten van schaarse capaciteit aan artsen. De zorgverzekeraar is hierop vanuit de zorginkoop/zorgplicht aanspreekbaar.
Positionering in de Zvw maakt dat Wlz-aanbieders en huisartsen geen afspraken over onderaannemerschap meer hoeven te maken. Dit vermindert de administratieve lasten en maakt samenloopcontroles door zorgverzekeraars overbodig. Tegelijk moeten de Wlz-aanbieders met eigen artsen in dienst wel contracten sluiten met de zorgverzekeraars.

Vanuit de bekostiging gezien is er geen sprake meer van een integrale prestatie bij verblijf met behandeling. Er ontstaat daarmee een mogelijke productieprikkel als iedere arts vanuit zijn eigen prestatielijst wordt bekostigd.
De coördinatie en afstemming tussen Wlz-aanbieder (voor het aanbod van wonen, zorg en behandeling uitgezonderd MGZ) en de aanbieders van MGZ (zeer diverse mix van huisartsenpraktijken, huisartsenposten, behandeldiensten, zzp'ers, etc.) vraagt in dit model nadrukkelijk

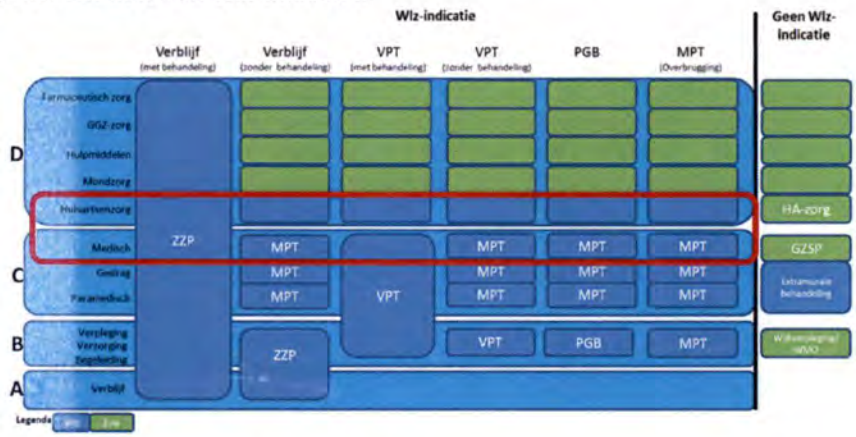
aandacht. Landelijke samenwerkingsafspraken over ieders taak en verantwoordelijkheid en gelijke opvattingen over taakherschikking zijn hierbij belangrijk. Dat is nu ook al zo deels zo voor de huisartsenzorg en in mindere mate voor de leveringsvorm verblijf met behandeling voor de doelgroep vv.

Tot slot zorgt positionering van MGZ in de Zvw ervoor dat voor alle leveringsvormen zowel de zorgverzekeraar (MGZ) als het zorgkantoor (verblijf, verzorging en begeleiding en Wlz-behandeling en overige zorgvormen uitgezonderd MGZ) verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop. In de huidige situatie is dit ook al zo, uitgezonderd verblijf met behandeling. Dit geeft een risico op afstemmingsproblemen tussen zorgkantoor, zorgverzekeraar en Wlz-aanbieder.

Het belangrijkste voordeel van plaatsing in de Zvw is integrale inkoop van de huisartsenzorg, zorg door de SO en AVG. De coördinatie en afstemming tussen Wlz-aanbieders en aanbieders van MGZ en de afstemmingsproblemen tussen zorgkantoren, zorgverzekeraars en zorgaanbieders vraagt daarbij nadrukkelijk aandacht.

4.4.3 Positionering MGZ in de Wlz

Bij positionering van de MGZ in de Wlz ontvangen alle Wlz-patiënten zowel huisartsenzorg als geneeskundige zorg van specifiek medische aard vanuit de Wlz. Het verschil met de huidige situatie is dat dan ook de huisartsgeneeskundige zorg voor alle leveringsvormen vanuit de Wlz wordt gecontracteerd en bekostigd. Vanzelfsprekend moeten de prestaties en tarieven voor huisartsenzorg in de Wlz verder worden uitgewerkt. Geneeskundige zorg van specifiek medische aard (zorg zoals SO/AVG leveren) is ook nu al onderdeel van de Wlz, als het gaat om patiënten met een Wlz-indicatie.



Figuur 7: Positionering MGZ in de Wlz.

De voor- en nadelen van positionering van MGZ in de Wlz zijn:

+	Zorgplicht zorgkantoor voor samenhangend pakket aan zorg.
+	Stimuleert het nemen van verantwoordelijkheid door de Wlz-aanbieder voor de coördinatie van zorg / bewaken van het samenhangende aanbod van zorg en het borgen MGZ.
-	Onderscheid tussen aanspraak en bekostiging MGZ patiënten met en zonder Wlz-indicatie.
-	Bij keuze voor integrale prestatie leidt dit tot toename van administratieve lasten bij HA/HAP en zorgverzekeraar/zorgkantoor, door HA/HAP als onderaannemer.
-	Meer ruimte voor huisartsen om zich te onttrekken aan de verantwoordelijkheid voor leveren van huisartsenzorg.

Belangrijk voordeel van positionering van MGZ in de Wlz is dat het zorgkantoor het enige aanspreekpunt is voor de zorginkoop van MGZ. Het zorgkantoor draagt zorg voor het inkopen van een samenhangend pakket aan wonen, zorg en behandeling voor iedere Wlz-patiënt. Overigens is het zo dat voor alle leveringsvormen anders dan verblijf met behandeling de overige zorgvormen (bijvoorbeeld farmaceutische zorg, zie Figuur 7) vooralsnog worden bekostigd uit de Zvw. Zorgkantoren moeten voor alle leveringsvormen uitgezonderd verblijf met behandeling huisartsenzorg inkopen.

Een ander voordeel van positionering in de Wlz is dat de verantwoordelijkheid voor het organiseren, faciliteren en borgen van MGZ voor de meeste patiënten eenduidig belegd kan worden bij een Wlz-aanbieder (van verblijf).
Een integrale prestatie (voor MGZ) geeft Wlz-aanbieders een prikkel tot doelmatige inzet van MGZ. Een integrale prestatie biedt ook kansen voor taakherschikking voor zowel de huisarts als de SO/AVG. Integrale prestaties voor MGZ geven een mogelijk risico op onderbehandeling (ingecalculeerde zorg niet leveren) of patiëntselectie.

Nadeel van positionering in de Wlz is dat onderscheid wordt gemaakt tussen patiënten met en zonder indicatie. MGZ voor patiënten zonder indicatie blijft bekostigd vanuit de Zvw. Dat is nu ook al zo voor geneeskundige zorg van specifiek medische aard.
De huisarts heeft, net als nu, voor zijn reguliere patiënten te maken met de Zvw en voor zijn patiënten met een Wlz-indicatie met het Wlz regime. Dit betekent dat de huisarts en HAP te maken hebben met de zorgverzekeraars en tevens als onderaannemer huisartsenzorg leveren aan één of meer Wlz-aanbieders voor de daar woonachtige patiënten met een Wlz-indicatie. Naast de evidente zorginhoudelijke relatie is er dus ook een financiële relatie tussen de Wlz-aanbieder en de huisarts. Gelet op de schaarste aan huisartsen en de toename van de vraag van zowel patiënten met als zonder Wlz-indicatie hebben huisartsen, en in het bijzonder HAP's, een stevige onderhandelingspositie ten opzichte van de Wlz-aanbieder. Regulering van deze onderlinge dienstverlening kan hierbij worden overwogen. Ook blijft het noodzakelijk voor de huisarts om de Wlz-indicatie vooraf inzichtelijk te hebben en zullen zorgverzekeraars moeten blijven controleren op samenloop van declaraties Wlz en Zvw.
Tot slot kan positionering in de Wlz de huidige tendens van het opzeggen van contracten versterken. Een bij wet geregelde acceptatieplicht voor inschrijving bij de huisarts van iedere burger zou een oplossing kunnen zijn voor dit probleem.

Het belangrijkste voordeel van plaatsing in de Wlz is het eenduidiger beleggen van de zorginkoop bij het zorgkantoor en de verantwoordelijkheid voor het organiseren van samenhangend aanbod bij de Wlz-aanbieder. Dit vraagt echter nadrukkelijk aandacht voor de positie van de huisarts die dan door de Wlz-aanbieder wordt gecontracteerd.

5. Kernboodschap

MGZ is het geheel aan geneeskundige zorg zoals huisartsen, SO en AVG in samenspel plegen te bieden, zowel overdag als in de ANW-uren. Juist voor kwetsbare patiënten met een Wlz-indicatie is het van belang dat deze verschillende expertises en organisatievormen binnen MGZ in samenhang worden aangeboden. Deze samenhang komt kwaliteit en doelmatigheid ten goede. Schaarste in gekwalificeerd aanbod zet het realiseren van doelmatige en passende zorg onder druk.

Een belangrijke slag die doelmatige inzet kan bevorderen is het op één lijn brengen van de inkoop van de verschillende elementen die samen MGZ vormen. Dat kan door het gehele zorgpakket of binnen de Zvw of binnen de Wlz onder te brengen, waarmee óf de zorgverzekeraar óf het zorgkantoor verantwoordelijk is voor de inkoop van de MGZ. In dit rapport hebben wij een aantal voor- en nadelen van positionering van MGZ binnen de Zvw of Wlz op een rij gezet. We spreken hierbij geen voorkeur uit voor één van de regimes, beide routes verdienen de voorkeur boven de huidige hybride vorm. De samenhang in zorglevering staat voorop, waarmee ook samenhang in zorginkoop van de verschillende elementen van MGZ geborgd moet zijn. Uit de huidige signalen over knelpunten die we uit het veld hebben opgehaald, blijkt echter dat meer nodig is dan alleen het op één lijn brengen van de inkoop van MGZ.

Schaarste in gekwalificeerd aanbod maakt de noodzaak tot doelmatige inzet en goede onderlinge afstemming groter. De zorg door huisartsen en SO/AVG moet dus goed op elkaar aansluiten, waarbij gebruik kan worden gemaakt van de gedeeltelijk overlappende expertises van de aanbieders binnen de keten. Juist deze overlap in expertise zorgt ervoor dat in regio's waar deze gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gevoeld ook meerdere oplossingen mogelijk zijn om de noodzakelijke zorg vorm te geven. Dan wel primair bij de huisartsen, met achterwacht van SO en/of AVG, of primair bij de SO/AVG via de instelling, met inzet van de huisarts waar nodig. Waarbij in de overdagsituatie en de ANW-situatie ook verschillende keuzes kunnen worden gemaakt in primair aanspreekpunt.

De schaarste lokt in regio's waar het knelt ook juist een omgekeerde beweging uit. Omdat de expertisegebieden van huisarts, SO en AVG elkaar gedeeltelijk overlappen, zien de betrokken beroepsgroepen in deze regio's kennelijk de ruimte om verantwoordelijkheden over en weer af te schuiven. Huisartsen geven aan dat het "bordje vol genoeg is" en dat de zorg voor de complexe patiënten met een Wlz-indicatie vooral bij de SO en/of AVG moet liggen. 'De AVG biedt complexe behandeling in aanvulling op de basiszorg door de huisarts. De SO neemt nu veelal ook de huisartsenzorg voor zijn rekening. Het is volgens Verenso voorstelbaar de SO zich in de toekomst net als de AVG ook meer zal gaan richten op het bieden van complementariteit met de basiszorg van de huisarts. De landelijke leidraden die de LHV in 2018 en 2019 publiceerde voor zorg aan deze doelgroepen versterkt het beeld dat de bijdrage van de huisarts "optioneel" is. We zien concrete voorbeelden waarbij de HAP in de ANW-uren de samenwerking met Wlz-aanbieders rondom deze patiëntgroep opzegt vanuit deze argumentatie. Vervolgens is vanuit SO/AVG ook nog niet helder wat hun aandeel in de borging van 24/7 beschikbaarheid van MGZ zou moeten zijn, waardoor ook hier een individuele aanbieder moeilijk kan worden aangesproken op zijn eigen verantwoordelijkheid in het borgen van de zorg in de keten. Dit creëert

een grijs gebied waarbinnen geen van de zorgaanbieders zich primair verantwoordelijk voelt voor de borging van een belangrijk deel van de zorg voor deze kwetsbare groep.

Onze indruk is dat het regionaal overleg tussen de verschillende zorgaanbieders binnen de keten van zorg voor deze kwetsbare patiënten op veel plekken (nog) goed gaat. Goede regionale afstemming is de enige weg om schaars aanbod zinvol in te zetten. Uit de signalen blijkt echter dat het vaker niet lukt. En de centrale drijfveer achter het mechanisme om de verantwoordelijkheid voor het aandeel in de keten af te schuiven is schaarste in aanbod. Deze schaarste in aanbod neemt eerder toe dan af. Het is daarom essentieel dat alle betrokken beroepsgroepen hun rol vervullen en dus verantwoordelijkheid nemen.

We zien hiervoor twee mogelijke verbeterslagen die door de betrokken partijen kunnen worden ingezet. De eerste is een landelijke ingreep door de beroepsgroepen zelf. Huisartsen, SO en AVG zorgen er via ieders kennis en kunde en samenwerkingsafspraken voor dat de zorg op elkaar aansluit en een logische keten vormt. De huidige taakopvattingen en samenwerkingsafspraken laten blijkbaar teveel ruimte om binnen deze keten grijze gebieden te vormen waarbij naar elkaar gewezen kan worden om de bal op te pakken. Dat is een onacceptabele situatie.

De tweede is meer regionale sturing. Voor het borgen van de keten van MGZ is regionale afstemming nodig. We zien alleen knelpunten in die regio's waar het ontbreekt aan deze afstemming. Nergens is echter vastgelegd wie primair verantwoordelijk is voor het organiseren van deze afstemming. Hier kan sterker op gestuurd worden. Bijvoorbeeld door van zorgverzekeraars of zorgkantoren te verlangen hier regionaal een keuze te maken en dit expliciet in contracten vast te leggen. Als zorgverzekeraars en zorgkantoren hier onvoldoende regie nemen dan kunnen we dit in ons toezicht betrekken.

Zou geen van de twee hiervoor genoemde mogelijkheden worden ingezet of niet tot de benodigde resultaten leiden, dan zullen zorgverzekeraars en zorgkantoren op enig moment hun zorgplicht niet meer kunnen waarmaken. Ook wanneer hen geen verwijt zou treffen, bijvoorbeeld omdat huisartsen of SO/AVG niet tot afspraken bewogen kunnen worden, zou met inzet van de zorgplicht ingegrepen kunnen worden. Op basis artikel 45 van de Wmg kunnen voorwaarden gesteld worden over de wijze van totstandkoming van overeenkomsten met betrekking tot zorg of tarieven. Daarbij is het steeds beoogd geweest de inzichtelijkheid en mededinging op de zorgmarkten te kunnen bevorderen, door bijvoorbeeld regels te kunnen stellen ten aanzien van contractvoorwaarden.[32]

Daarbij kan het uitdrukkelijk ook gaan om voorwaarden omtrent (het signaleren van) risico's ten aanzien van de continuïteit van zorg. De NZa kan dan zorgaanbieders en zorgverzekeraars verplichten voorwaarden in hun overeenkomsten op te nemen met het oog op de signalering van risico's voor de continuïteit van cruciale zorg, waaronder alle Wlz-zorg valt.[33] Overigens kan, gezien de zorgplicht van de zorgverzekeraars, verwacht worden dat zij (ook) over deze andere, niet cruciale zorg, met de zorgaanbieders afspreken dat zij van dreigende discontinuïteit op de hoogte worden gesteld.[34]

---

[32] Kamerstukken 30 186, nr.3, p. 64.
[33] Kamerstukken 33 253, nr. 3, p. 6-7.
[34] Kamerstukken 33 253, nr. 3, p. 27.

Alle betrokkenen moeten ervoor zorgen dat de noodzakelijke randvoorwaarden voor het leveren van MGZ adequaat ingevuld zijn. Afhankelijk voor de keuze voor een regime hebben zorgverzekeraars of zorgkantoren hierin vanuit hun zorgplicht een sturende rol. Lokale knelpunten kunnen onder regie van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor worden besproken en opgelost. De NZa ziet hierop toe en kan waar nodig ingrijpen. Huisartsen, SO en AVG moeten via landelijke beroepsrichtlijnen en samenwerkingsafspraken ervoor zorgen dat de zorg op elkaar aansluit en een logische keten vormt.

Samengevat zien we twee noodzakelijke ingrepen:

1. Maak een einde aan de situatie waarbij de samenhangende keten van zorgaanbod dat samen MGZ vormt, ingekocht wordt vanuit twee regimes. Of het zorgkantoor of de zorgverzekeraar moet verantwoordelijk zijn voor de inkoop van de samenhangende keten MGZ. Daarmee is vanuit zorgplicht ook één partij aanspreekbaar op het moment dat deze keten niet tot stand komt.
2. Ook de verschillende aanbiedersgroepen binnen de keten MGZ moeten via samenwerkingsafspraken ervoor zorgen dat de zorg voor deze doelgroepen op elkaar aansluit. De ruimte die er nu blijkbaar is om weg te lopen bij de verantwoordelijkheid voor zorgverlening voor deze doelgroepen mag niet meer bestaan. Dat kan door te verplichten het geheel aan zorg gezamenlijk regionaal te borgen, en/of door de samenwerkingsafspraken dusdanig op te stellen dat ieders verantwoordelijkheid vooraf helder is. De beweging die nu lijkt te worden gemaakt met het concept convenant voor de MGZ voor de doelgroep ghz stemmen positief. Ook voor de doelgroep vv, in het bijzonder de kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen heeft het meerwaarde om te komen tot gezamenlijke afspraken over het invullen van de randvoorwaarden voor MGZ. Het is belangrijk dat op een dergelijk traject regie wordt gevoerd.

Consultatie partijen

De NZa heeft het concept-rapport voor consultatie voorgelegd aan betrokken partijen. Wij hebben hun opmerkingen in Bijlage 4 van dit rapport opgenomen en hun mening over de kernboodschap hieronder kort samengevat.

Veel respondenten vinden dat de MGZ voor Wlz-patiënten moet worden ondergebracht in één domein. Hierbij benadrukken partijen dat een zorgvuldig proces moet worden bewandeld waarbij in elk geval aandacht moet zijn voor de volgende zaken:

- De zorginhoudelijke kant en de zorgbehoefte van de patiënt;
- de wijze waarop de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van zorg kan realiseren;
- de samenhang met de adviezen van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen.

Het Zorginstituut benadrukt dat voor Wlz-verzekerden die verblijven in een instelling de MGZ het beste vanuit de Wlz kan worden geleverd. De medische zorg en gedragskundige behandeling zullen vaak interactief moeten zijn, en de behandeling moet ook worden afgestemd met de verpleging, verzorging en begeleiding.

Ieder(in) ziet als gevaar dat een overheveling naar de Wlz de keuzevrijheid van de patiënt voor een arts zou kunnen beperken. De LHV vindt dat één partij verantwoordelijk moet zijn voor de organisatie van de integrale zorg inclusief de medisch zorg. Dit zou de best beschikbare

oplossing voor het toegankelijkheidsprobleem zijn. Het onderbrengen onder één regime maakt volgens de LHV nog niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de organisatie van de zorg. Zowel Verenso als ZN geven aan dat aanvullend onderzoek nodig is, alvorens men zich een oordeel kan vormen over een wijziging van de Zvw en Wlz.

Alle respondenten vinden dat middels landelijke beroepsrichtlijnen en samenwerkingsafspraken de zorg voor deze doelgroepen op elkaar aangesloten dienen te worden. Hierbij geeft men aan dat een update handig kan zijn en dat hierop ook al initiatieven lopen. Aandacht voor taakherschikking en taakdifferentiatie is hierbij van belang.

Bijlage 1. Opdrachtbrief VWS

De opdrachtbrief is als aparte bijlage opgenomen.

Bijlage 2. Geraadpleegde partijen

Verzekeraars
- Menzis - Zorgverzekeraar en zorgkantoor
- CZ - Zorgverzekeraar en zorgkantoor
- Zilverenkruis - Zorgverzekeraar en zorgkantoor

Aanbieders vv/ghz
- Welthuis
- Woongroep Samen (kop van Noord-Holland)
- De Koperhorst (Amersfoort)
- Van Neynselgroep ('s-Hertogenbosch en Vught)
- Rivas Zorggroep (Woonzorgcentrum Gorinchem)
- De Drie Notenboomen (De Herbergier Olst, Ter Borg) PGB
- Zuidwester (Zuidholland/Zeeland)

Aanbieders medisch generalistische zorg
- Huisartsenposten Oost-Brabant
- NoviCare
- Gezondheidscentra Nijkerk

Belangenpartijen
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Landelijke Huisartsenvereniging (LHV)
- Vereniging voor organisaties voor eerstelijns zorg (InEen)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Netwerk voor mensen met een beperking of chronische ziekte (Ieder(in))
- Nederlandse vereniging van artsen verstandelijk gehandicapten (NVAVG)
- Kansplus
- Actiz
- Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)
- Patiëntenfederatie
- Per Saldo
- Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN)
- Zorginstituut Nederland (ZIN)
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)

Bijlage 3. Prestaties H335 en H336

Deze prestatiebeschrijving is opgenomen als bijlage bij de Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2020 - BR/REG-20123a

Algemeen
Prestatie H335 wordt uitgevoerd door een Specialist ouderengeneeskunde en prestatie H336 wordt uitgevoerd door een Arts Verstandelijk Gehandicapten.

Doel
Behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. In Wlz-termen gaat het om Wlz-specifieke behandeling die voor iedere Wlz-patiënt wordt bekostigd vanuit de Wlz, ongeacht de gekozen leveringsvorm. De prestaties H335 en H336 mogen dus alleen worden gedeclareerd voor mensen met een Wlz-indicatie. Indien deze Wlz-indicatie ontbreekt gaat het om Zvw-zorg.

Grondslag
Een somatische of psychogeriatrische aandoening/stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Inhoud
1. gericht overleg met de behandelend arts van patiënt;
2. consulten gericht op medische advisering en/of interventies ter ondersteuning van de reguliere eerstelijnszorg;
3. functionele diagnostiek bestaande uit (multidisciplinair) onderzoek ofwel 'assessment' om te bepalen welk arrangement of welk zorg- en behandelplan een persoon nodig heeft;
4. uitvoering en regie op het behandelplan, die bestaat uit specifieke zorg die verleend wordt vanwege de specialistische expertise van een so of avg. Het kenmerk van deze doelgroep is, dat – over het algemeen - de behandeling het expertiseniveau van de huisarts overstijgt. De behandeling vindt plaats onder medische eindverantwoordelijkheid van en onder regie van een so of avg met kennis van specifieke doelgroepen. Afspraken hierover moeten duidelijk zijn vastgelegd tussen huisarts en so/avg: bij welke patiënt wordt welke zorg gedurende welke periode overgenomen.

Vorm
Ad 1 en Ad 2: De zorginhoud is bepalend voor het aantal contacten per patiënt per jaar. De contacten zijn onderdeel van het behandelplan.

Ad 2: Een medisch consult kan bestaan uit face-to-face-contact of een telefonisch behandelingscontact met een patiënt.

Ad 3: Kortdurende multidisciplinaire diagnostiek, gericht op het beperkingenniveau en het onderzoeken van behandelmogelijkheden (verbeteren van het functioneren voor zover mogelijk, voorkomen van verergering, zo lang mogelijk handhaven van zelfstandigheid), bij complexe problematiek op verzoek van de huisarts dan wel een medisch specialist, die zijn/haar verzoek heeft kort gesloten met de huisarts.

Ad 4: Behandeling van meervoudig zorgbehoevende mensen die binnen de Wlz zijn aangewezen op specifieke expertise van een so of avg. De behandelaar heeft de regie en medische eindverantwoordelijkheid, en kan naast de eigen inzet meerdere disciplines met kennis van specifieke doelgroepen aansturen om het behandeldoel te bereiken. Voor onderlinge afstemming bestaat er periodiek multidisciplinair overleg.

Voorwaarden
Ad 1 en Ad 2: De declarerende zorgaanbieder heeft met de Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van het aantal consulten en het aantal patiënten.
Er dient een aantekening van elk telefonisch contact te worden gemaakt in het patiëntendossier. De prestatie bestaat uit een tarief per uur. Daarom kan ook in het geval van meerdere telefonische contact(en) op dezelfde dag deze prestatie voor dit doel maximaal één keer per dag per patiënt worden gedeclareerd.

Ad 3 en ad 4: De declarerende zorgaanbieder heeft met de Wlz-uitvoerder productieafspraken gemaakt met een onderbouwde raming van de aard en de omvang van de specifieke inzet van de so of avg en het aantal patiënten. Primaire diagnostiek is reeds verricht.

De prestatie H335/H336 kan ook in rekening worden gebracht voor zorg/behandeling binnen de onderdelen 1 tot en met 3, geleverd door een verpleegkundig specialist (vs), mits aan alle voorwaarden van de prestatie is voldaan. Waar in de voorwaarden so of avg wordt vermeld, kan in dat geval ook de vs worden gelezen.
Volgens de wet- en regelgeving, bestaande veldnormen en richtlijnen kan de verpleegkundig specialist deze prestatie zelfstandig uitvoeren, voor zover deze zorgverlening past bij zijn/haar specifieke deskundigheidsgebied. Afstemming tussen de so of avg en de verpleegkundig specialist (vs) vormt de basis en is geborgd. De taken die niet onder zijn/haar zelfstandige bevoegdheid passen, worden uitgevoerd onder verantwoordelijkheid en regie van de so of avg

De prestatie H335/H336 kan in rekening worden gebracht voor zorg/behandeling binnen onderdeel 4, geleverd door andere disciplines zoals de gedragswetenschapper, mits aan alle voorwaarden van de prestatie is voldaan. Deze levert zorg/behandeling onder verantwoordelijkheid van en onder de regie van de so of avg. Op de achtergrond is deze aansturing door de so of de avg voortdurend aanwezig.

Inzet van paramedische deskundigheid is onder deze prestatie niet mogelijk.

Doelgroepen
som, pg, vg, lg en zg

Bijlage 4. Consultatievragen en reacties

In de consultatieronde zijn de onderstaande consultatievragen gesteld. De reacties op de consultatievragen zijn weergegeven in de apart bijgevoegde bijlage 4b. In die bijlage wordt waar mogelijk verwezen naar onderstaande vragen.

Bekostiging en inkoop medisch-generalistische zorg (hoofdstuk 2)
In dit hoofdstuk beschrijven we de huidige bekostiging en inkoop van medisch-generalistische zorg. Onder medisch-generalistische zorg verstaan we de geneeskundige zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten in samenspel plegen te bieden. Zowel overdag als in de avond-, nacht- en het weekend.

De consultatievragen bij dit hoofdstuk:

1) Kunt u concrete voorbeelden geven van aanvullende afspraken voor patiënten met een Wlz-indicatie die huisartsendienstenstructuren en representerende zorgverzekeraars maken?
2) Bestaat er een behoefte om een onderscheid te maken in de mpt-prestatiestructuur (uurtarief) voor de geneeskundige zorg van specifiek medische aard die door een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten overdag wordt geleverd of in de avond, nacht en weekend?
3) Wij hebben tot dusverre geen signalen dat zorgkantoren en/ of zorgaanbieders belemmeringen opwerpen voor toetreding van (nieuwe) aanbieders voor het bieden van medisch-generalistische zorg.
    a) Wat zijn uw ervaringen met het contracteren van (nieuwe) zorgaanbieders van medisch-generalistische zorg?
    b) Kunt u concrete voorbeelden noemen van (nieuwe) zorgaanbieders die medisch-generalistische zorg willen aanbieden maar (vooralsnog) niet gecontracteerd zijn, of zijn afgehaakt?

Analyse van de knelpunten (hoofdstuk 3)
In dit hoofdstuk presenteren we een analyse van de belangrijkste knelpunten voor de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van medisch-generalistische zorg.

De consultatievragen bij dit hoofdstuk:

4) Is er in de ouderenzorg sprake van een hiaat tussen de huisarts en het zorgpersoneel op de groep?
5) Kent u concrete voorbeelden waarbij een patiënt met een spoedzorgvraag niet is geholpen door de huisarts overdag of huisartsenpost in de avond, acht en weekenduren?
6) Deelt u de in paragraaf 3.1 beschreven probleemanalyse?

Analyse prikkelwerking Wlz en Zvw (hoofdstuk 4)
In dit hoofdstuk gaan we nader in op de prikkelwerking voor het bekostigen en inkopen van medisch-generalistische zorg vanuit de Zvw en de Wlz. We onderzoeken de prikkelwerking vanuit de invalshoeken zorgplicht, doelmatigheid, administratieve lasten en toezicht.

De consultatievragen bij dit hoofdstuk:

7)
    a) Herkennen zorgkantoren de factoren die meespelen bij de keuze tussen inkopen van verblijf met of zonder behandeling?

b) Is het beschikbare macrokader een knelpunt bij het inkopen van leveringsvormen met behandeling?

8) Ervaren zorgkantoren meer en/of andere knelpunten bij inkopen van zorg op basis van de verschillende leveringsvormen zonder behandeling in vergelijking tot de leveringsvormen zonder behandeling?
9) In hoeverre onderschrijft u de door ons beschreven voor- en nadelen van positionering van medisch-generalistische zorg in de Zvw of Wlz?

Kernboodschap (hoofdstuk 5)
In dit afsluitende hoofdstuk formuleren we onze kernboodschappen.

- Breng de medisch-generalistische zorg onder in één regime;
- Zorg ervoor dat de landelijke beroepsrichtlijnen en samenwerkingsafspraken van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten voor patiënten met een Wlz-indicatie op elkaar aansluiten.

De consultatievragen bij dit hoofdstuk:

10) In hoeverre onderschrijft u de door ons geformuleerde kernboodschappen?

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Retouradres: Postbus 20350, 2500 EJ DEN HAAG

Nederlandse Zorgautoriteit
T.a.v. mevrouw dr. M.J. Kaljouw
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Toegang

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
J.R. van Nieuwkoop

T 070-3407569
M +31(0)6-31753385
j.v.nieuwkoop@minvws.nl

Kenmerk
1558789-193529-LZ-I

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 21 AUG. 2019
Betreft Aanvraag onderzoek huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie

Geachte mevrouw Kaljouw,

Met deze brief verzoek ik de NZa een onderzoek uit te voeren naar huisarts-geneeskundige zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie. Op dit moment bepaalt de plaats waar de patiënten met een Wlz-indicatie woont of deze zorg vanuit Zvw of vanuit Wlz georganiseerd en bekostigd wordt. Het organiseren van deze huisartsgeneeskundige zorg leidt tot discussies. Met het onderzoek verzoek ik de NZa de huidige complexe situatie rond huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie vanuit twee domeinen (Zvw en Wlz) transparant te maken. Het onderzoek moet bijdragen aan een zorgvuldig gesprek tussen beroepsgroepen, zorgaanbieders, financiers en andere belanghebbenden over de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van deze zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie. Ik vraag u tevens signalen over de afnemende toegankelijkheid en beschikbaarheid van deze zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie te onderzoeken.

Aanleiding onderzoek
Op 11 april 2019[1] heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het standpunt over het pakketadvies van het Zorginstituut en de uitvoeringstoets van de Nederlandse Zorgautoriteit over de positionering van Wlz-behandeling naar de Tweede Kamer gezonden. De hoofdlijn van de advisering was om voor alle Wlz-cliënten bij institutionele zorg behandeling onder te brengen in een integraal pakket in de Wlz met financiering via integrale dagtarieven. De Minister heeft aangegeven dit advies niet over te nemen. De Minister heeft aangegeven de dialoog over positionering van behandeling voor Wlz-cliënten beter hanteerbaar te willen maken door de artsenfunctie, paramedische zorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen en tandheelkundige zorg aan Wlz-cliënten elk apart te bekijken.

In de brief van 11 april 2019 is aangegeven dat een belangrijke afweging bij het niet opvolgen van het pakketadvies zorgen betreft over de beschikbaarheid en

[1] Kamerbrief 'standpunt pakketadvies positionering behandeling in de Wlz'

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Toegang
Kenmerk
1558789-193529-LZ-I

toegankelijkheid van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie. De signalen betreffen het opzeggen van dienstverlening aan Wlz-aanbieders van zorggroepen van huisartsen (voor huisartsenzorg overdag) en van huisartsenposten aan Wlz-aanbieders (voor huisartsenzorg in avond, nacht en weekenden). Deze signalen betreffen ook de zorgen van huisartsen over de organisatie van medische zorg in kleinschalige woonvoorzieningen[2]. Deze signalen betreffen zowel ouderenzorg als gehandicaptenzorg. In het onderzoek verzoek ik u deze signalen te onderzoeken.

In de brief van 11 april 2019 is aangegeven dat het waarborgen van de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie bij de uitwerking van vervolgstappen prioriteit krijgt. Het onderzoek van de NZa moet bijdragen aan transparantie over de huidige complexe situatie als input voor een zorgvuldig gesprek tussen beroepsgroepen, zorgaanbieders, financiers en andere belanghebbenden over de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van deze zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie. De resultaten zullen bovendien input geven voor toekomstige afwegingen over een toekomstbestendige positionering van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie.

Reikwijdte onderzoek: verschillende regimes artsenfunctie
Er zijn twee verschillende regimes voor patiënten met een Wlz-indicatie voor de aanspraak op huisartsgeneeskundige zorg. De huisartsgeneeskundige zorg komt voor circa 50% van de Wlz-verzekerden uit de Zvw, bij de andere 50% wordt de huisartsgeneeskundige zorg georganiseerd vanuit het instellingsbudget van Wlz-aanbieders. Het is goed te benadrukken dat er in verschillende 'talen' over huisartsgeneeskundige zorg wordt gesproken in Wlz en Zvw. In de Zvw komt de medisch generalistische artsenfunctie terug onder de aanspraak 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'. Vanaf 2020 bieden specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten ook zorg (aan mensen zonder Wlz-indicatie) onder de aanspraak 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'[3]. In de Wlz komt de artsenfunctie terug onder de aanspraken op 'Wlz-specifieke behandeling' en 'algemeen medische zorg'. In de brief van 11 april wordt gesproken over de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie: het samenspel tussen specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, (zorggroepen van) huisartsen en huisartsenposten bij het invullen van de beschikbaarheid van medische zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie. In dat samenspel is in toenemende mate ook plaats voor taakherschikking met andere beroepsgroepen (zoals de verpleegkundig specialist). Via taakherschikking kan een deel van de medische zorg van de artsen worden overgenomen. Het gaat bij dit onderzoek om medisch-generalistische zorg en niet om medisch specialistische zorg (ziekenhuiszorg).

Het naast elkaar bestaan van twee verschillen regimes voor medisch generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie (vanuit Wlz en vanuit Zvw) met verschillende talen kan aanleiding geven tot Babylonische spraakverwarring. Het goed beschrijven van beide regimes draagt bij aan transparantie en geeft input

[2] Zie ook de kamerbrief van 5 februari 2019 (*Kamerstukken II* 2018/19, 34 104, nr. 247).
[3] Kamerbrief van 27 mei 2019 over de overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (*Kamerstukken II* 2018/19, 33 578, nr. 65).

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Toegang
Kenmerk
1558789-193529-LZ-I

aan zorgvuldige discussies over de toekomstbestendige positionering van de artsenfunctie aan patiënten met een Wlz-indicatie.

Het onderzoek naar de artsenfunctie heeft betrekking op alle huidige patiënten met een Wlz-indicatie in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en de langdurige GGZ (GGZ-B). De geldende kwaliteitskaders in de (langdurige) zorg beschrijven randvoorwaarden voor de artsenfunctie (o.a. Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg). Ik verzoek u in uw onderzoek aan te sluiten bij deze randvoorwaarden. In het onderzoek verzoek ik u expliciet onderscheid te maken tussen de invulling van huisartsgeneeskundige zorg overdag en huisartsgeneeskundige zorg in de avond, nacht- en weekenden (ANW-zorg). Dit is van belang omdat de huisartsgeneeskundige zorg overdag en de ANW-zorg verschillend worden georganiseerd, bekostigd en ingekocht.

Verschillende regimes voor artsenfunctie: verschillende prikkels?
Er zijn verschillende prikkels binnen de Zvw en Wlz die een rol spelen bij de invulling van de artsenfunctie. Patiënten met een Wlz-indicatie die vanuit de Zvw huisartsgeneeskundige zorg ontvangen zijn op naam ingeschreven bij een huisarts, waarmee ook in de levering van ANW-zorg is voorzien. Zorgverzekeraars (in de Zvw) zijn als inkoper van huisartsenzorg en ANW-zorg door huisartsenposten mogelijk beter geëquipeerd dan individuele Wlz-zorgaanbieders om deze zorg te contracteren. Vanuit een integraal pakket in de Wlz met financiering via integrale dagtarieven ligt de verantwoordelijkheid voor het realiseren van de artsenfunctie in de Wlz eenzijdig bij zorgaanbieders (al dan niet via onderaannemerschap). De huisartsen en huisartsenposten hebben in de Wlz (t.o.v. Zvw) een meer vrijblijvende relatie t.a.v. het al dan niet aan gaan van een overeenkomst met een zorginstelling. Er is behoefte aan inzicht in de prikkelwerking van de verschillende regimes bij het organiseren van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie. U wordt verzocht dit in kaart te brengen. Ik vraag u daarbij ook expliciet onderscheid te maken tussen de rollen van de zorgverzekeraars en zorgkantoren bij het contracteren van deze zorg.

Onderzoek NZa
Om de discussie over de toekomstbestendige positionering van de artsenfunctie aan patiënten met een Wlz-indicatie zorgvuldig te kunnen voeren, vraag ik de NZa eerst een onderzoek uit te voeren naar huisartsgeneeskundige zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie. Het betreft hier een onderzoek als bedoeld in artikel 21 Wet marktordening gezondheidszorg. Het eindresultaat bevat enerzijds een rapportage met een beschrijvend onderzoek over de bekostiging en inkoop van huisartsgeneeskundige zorg vanuit de Zvw en Wlz voor patiënten met een Wlz-indicatie. Anderzijds bevat de rapportage analyses van de concrete signalen uit het zorgveld over afnemende toegankelijkheid van de artsenfunctie en de verschillen in prikkelwerking vanuit beide regimes. In de bijlage heb ik de concrete onderzoeksvragen opgenomen. Ik verzoek u dit onderzoek uiterlijk begin 2020 op te leveren.

Tot slot
Ik verzoek u de beroepsgroepen, zorgaanbieders en andere ketenpartners goed aangesloten te houden bij het onderzoekstraject om daarmee het draagvlak voor het onderzoekstraject en het eindproduct te waarborgen. Ik word graag periodiek geïnformeerd over de voortgang van het onderzoek.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Toegang

Kenmerk
1558789-193529-LZ-I

Ik ga ervan uit dat de kosten die gemoeid zijn met deze adviesvraag kunnen worden opgevangen binnen de door VWS beschikbare gestelde middelen en voor zover dit niet het geval is, dit wordt meegenomen in de gebruikelijke afspraken rond de planning en control cyclus tussen NZa en VWS.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze
de directeur-generaal Curatieve Zorg,

drs. B.E. van den Dungen

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Toegang
Kenmerk
1558789-193529-LZ-I

Bijlage 1:
Onderzoek huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie

Deel 1: Artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie vanuit het Zvw-regime

Onderzoeksvraag: hoe ziet de bekostiging en de inkoop van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie eruit vanuit het Zvw-regime?

Reikwijdte deel 1:
Het betreft hier een beschrijvend onderzoek naar de bekostiging en inkoop van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie op verblijfsplekken exclusief behandeling en voor patiënten met een Wlz-indicatie die zorg ontvangen vanuit de leveringsvormen volledig pakket thuis, persoonsgebonden budget en modulair pakket thuis.

Vragen deel 1:
a. Bekostiging en inkoop van huisartsgeneeskundige zorg overdag
Hoe ziet de bekostiging en de inkoop van zorgverzekeraars eruit voor de huisartsgeneeskundige zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie overdag? Welke beleidsregels zijn er voor deze zorg? Zijn er specifieke prestaties voor patiënten met een Wlz-indicatie (bijv. intensieve zorgprestaties in bekostiging van huisartsenzorg overdag)? Gelden die specifieke prestaties voor alle patiënten met een Wlz-indicatie?[4]

b. Bekostiging en inkoop van huisartsgeneeskundige zorg in ANW
Hoe ziet de bekostiging en de inkoop van zorgverzekeraars eruit voor de huisartsgeneeskundige zorg in de avonden, nacht en weekenden (ANW-zorg) aan patiënten met een Wlz-indicatie? Welke beleidsregels zijn er voor deze zorg? Zijn er specifieke prestaties voor patiënten met een Wlz-indicatie? Gelden die specifieke prestaties voor alle patiënten met een Wlz-indicatie?

c. Bekostiging en inkoop van (aanvullende) zorg door SO en AVG
In aanvulling op de huisartsgeneeskundige zorg vanuit de zorgverzekeraar, (1a en 1b) kan er voor deze patiënten door het zorgkantoor Wlz-specifieke behandeling worden ingekocht. Het betreft hier vooral aparte prestaties voor de specialist ouderengeneeskunde (SO) en arts verstandelijk gehandicapten (AVG) vanuit het modulair pakket thuis. Hoe ziet de bekostiging en inkoop van deze Wlz-specifieke behandeling eruit?

Aanvullende vraag bij inkoop Wlz-specifieke behandeling
Een specifieke vraag betreft de inkoop van Wlz-specifieke behandeling door het zorgkantoor in aanvulling op de levering van huisartsgeneeskundige zorg via de Zvw. De minister heeft de Tweede Kamer toegezegd na te gaan hoe de SO wordt gecontracteerd door het zorgkantoor en of daar knelpunten bij zijn. De NZa wordt specifiek gevraagd te onderzoeken bij welke type aanbieders deze zorg wordt gecontracteerd. Contracteren de zorgkantoren bij de inkoop van de zorg door de SO (en AVG) deze zorg vooral bij de Wlz-aanbieders (met behandeldiensten) of ook rechtstreeks bij behandelaars/ambulante behandeldiensten. Kunt u daarbij ook nader ingaan op de contractering van zorg door de SO en AVG t.b.v. patiënten met een Wlz-indicatie woonachtig in PGB-wooninitiatieven. Ervaren zorgkantoren knelpunten? Hoe kan de inkoop van Wlz-specifieke behandeling door de SO en AVG nog verder gestimuleerd worden?

---

[4]In huisartsenzorg is er een mogelijkheid tot declareren van extra tijd via intensieve zorgprestaties. Dat kan vanaf ZZP VV5.

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Toegang
Kenmerk
1558789-193529-LZ-I

Deel 2: Artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie vanuit Wlz-regime

Onderzoeksvraag: hoe ziet de bekostiging en inkoop van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie eruit vanuit het Wlz-regime?

Reikwijdte deel 2:
Het betreft hier een beschrijvend onderzoek naar de bekostiging en inkoop van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie op verblijfsplekken inclusief behandeling vanuit een integraal pakket in de Wlz met financiering via integrale dagtarieven.

Vragen deel 2:
a. Bekostiging en inkoop van artsenfunctie overdag
Hoe wordt de bekostiging en inkoop van de artsenfunctie overdag vormgegeven? Welke rol en instrumenten hebben zorgaanbieder en zorgkantoor bij het realiseren van de artsenfunctie? Kunt u de (financiële) afspraken in kaart brengen die in onderaannemerschap met huisartsen worden gemaakt om invulling te geven aan de zorg aan deze patiënten met een Wlz-indicatie overdag? Is er een grote praktijkvariatie in deze afspraken? Worden er belemmeringen ervaren bij het maken van deze afspraken?

b. Bekostiging en inkoop van artsenfunctie in ANW
Hoe ziet de ANW-zorg aan patiënten met een Wlz-indicatie eruit? Wordt de ANW-zorg binnen instellingen apart met de instellingsartsen georganiseerd of wordt aansluiting gezocht bij de beschikbaarheidsstructuren in de eerstelijn (huisartsenposten)? Welke rol en instrumenten hebben zorgaanbieder en zorgkantoor bij het realiseren van de artsenfunctie? Kunt u de (financiële) afspraken in kaart brengen die in onderaannemerschap met huisartsenposten (en commerciële aanbieders) worden gemaakt om invulling te geven aan de zorg aan deze patiënten met een Wlz-indicatie in de avond, nacht en weekenden? Is er een grote praktijkvariatie in deze afspraken? Worden er belemmeringen ervaren bij het maken van deze afspraken?

Deel 3: Onderzoek signalen van zorgaanbieders en huisartsen

Reikwijdte deel 3:
De Minister heeft zorgen uitgesproken over de beschikbaarheid, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie. VWS krijgt signalen over het opzeggen van zorgverlening aan Wlz-aanbieders van zorggroepen van huisartsen (voor huisartsenzorg overdag) en van huisartsenposten aan Wlz-aanbieders (voor huisartsenzorg in avond, nacht en weekenden). De signalen betreffen ook de zorgen van huisartsen over de organisatie van medische zorg in kleinschalige woonvoorzieningen.[5] Deze signalen betreffen zowel ouderenzorg als gehandicaptenzorg. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland inventariseert in de zomer van 2019 deze signalen. Ook Actiz is voornemens een inventarisatie uit te voeren.

Sinds het voorjaar van 2018 controleren zorgverzekeraars declaraties van huisartsen voor patiënten met een Wlz-indicatie op samenloop met declaraties richting zorgkantoren. Deze samenloopcontroles hebben impact op de declaraties van huisartsen voor zorg verleend aan patiënten met een Wlz-indicatie die verblijf inclusief behandeling ontvangen (Wlz-regime). Indien er (ook) sprake is van Wlz-financiering verblijf met behandeling wijst de zorgverzekeraar deze declaraties af.

[5]Zie ook de kamerbrief van 5 februari 2019 (*Kamerstukken II* 2018/19, 34 104, nr. 247).

Directoraat Generaal Langdurige Zorg
Directie Langdurige Zorg
Toegang

Kenmerk
1558789-193529-LZ-I

De controles verkleinen de kans dat zorg in het verkeerde domein wordt gedeclareerd en ook dat dezelfde zorg, in sommige gevallen, twee keer wordt betaald. De controles stellen huisartsen voor de expliciete keuze om deze zorgverlening te continueren in onderaannemerschap van Wlz-aanbieders of de zorgverlening aan deze patiënten te beëindigen. VWS heeft de indruk dat de samenloopcontroles de tendens bij huisartsen tot heroverweging van zorgverlening aan patiënten met een Wlz-indicatie versnelt of versterkt.

Vragen deel 3:
a. Continuïteit van zorg
Onderzoek de signalen vanuit de uitvoeringspraktijk over afnemende beschikbaarheid, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie. Neem daarbij ook signalen van branchepartijen mee. Is er sprake van het in het gedrang komen van continuïteit van zorg? Waar zitten de grootste knelpunten?

b. Samenloopcontroles declaraties Wlz en Zvw door zorgverzekeraars
Wordt het afsluiten van overeenkomsten en declareren in onderaannemerschap ervaren als barrière voor zorgverlening? Welke andere belemmeringen worden er nog meer ervaren?

Deel 4: Onderzoek verschillen in prikkelwerking beide regimes

Reikwijdte deel 4:
Deel 1 en 2 van onderzoek betreft beschrijvend onderzoek over de bekostiging en inkoop van huisartsgeneeskundige zorg vanuit de Zvw en Wlz voor patiënten met een Wlz-indicatie. Deel 3 is gericht op het onderzoeken van signalen vanuit de uitvoeringspraktijk over afnemende beschikbaarheid, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van de huisartsgeneeskundige zorg voor deze patiëntgroep. Het laatste deel van het onderzoek is gericht op het ontdekken van patronen en het leren van lessen over de prikkelwerking van beide regimes.

Vragen deel 4:
a. Onderzoek de prikkelwerking van Zvw en Wlz voor het bekostigen en inkopen van de artsenfunctie vanuit *juridisch perspectief*. Kijk daarbij naar prikkelwerking voor stakeholders bij de invulling van de zorgplicht. Hoe verhoudt de inkoopkracht van zorginstellingen (bijv. inkoop artsenzorg en ANW-zorg) zich tot de inkoopkracht van zorgverzekeraars?
b. Onderzoek de prikkelwerking van Zvw en Wlz voor het bekostigen en inkopen van de artsenfunctie vanuit het perspectief van *doelmatigheid*.
Op welke manieren is het mogelijk om de artsenfunctie binnen Wlz-instellingen doelmatiger te organiseren? In welke mate is er doelmatigheidswinst te behalen bij het opheffen van parallelle beschikbaarheidsstructuren voor medische zorg voor avond-, nacht- en weekendzorg in Zvw en Wlz?
c. Onderzoek de prikkelwerking van Zvw en Wlz voor het bekostigen en inkopen van de artsenfunctie vanuit het perspectief van *administratieve lasten* (vanuit de perspectieven van de diverse stakeholders).

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
Algemeen	ZIN	Wij zijn nogal ongelukkig met de introductie van de term medisch-generalistische zorg. De behoefte aan één term voor de medische zorg die geen medisch-specialistische zorg is, is op zich te begrijpen, maar de Zvw en de Wlz hebben nu eenmaal hun eigen terminologie. Het zonder wetswijziging hanteren van een term betekent niet meteen meer duidelijkheid. In de Zvw spreken we over 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'. We hebben (voor wat de Zvw betreft!) daaronder ook de zorg die SO's en AVG's bieden begrepen en hebben dat generalistische medische zorg genoemd. Maar in de Wlz is er nu eenmaal sprake van een wettelijk onderscheid tussen de specifieke medische zorg (artikel 3.1.1. eerste lid onderdeel c) en de aanvullende aanspraak geneeskundige zorg van algemeen medische aard (artikel 3.1.1. eerste lid onderdeel d ten eerste). Zoals we meermalen hebben opgeschreven, ook in ons advies over behandeling, is dat een tamelijk onwerkbaar en vaag onderscheid, maar zo staat het er nu eenmaal In de rest van het stuk wordt overigens meestal gesproken over huisartsenzorg als het gaat om de zorg die huisartsen leveren, dat maakt het toch wel helder. Het stuk is erg geschreven vanuit de huidige situatie waarbij er schaarste bestaat aan huisartsen, SO's en AVG's. Implementatie van de beschreven visie verdient uitwerking, maar zal vrijwel zeker leiden tot een wetswijziging. Wij denken de niet dat de wet gewijzigd zou moeten worden vanuit een schaarste-perspectief, maar vanuit het perspectief van het scheppen van voorwaarden om zorg te leveren van goede kwaliteit. Dat zou altijd voorop moeten staan.	Juist omdat de terminologie die in beide wetten wordt gebruikt van elkaar verschilt, is het lastig om kort en bondig de zorg te beschrijven waar ons onderzoek zich op richt. Daarom hebben wij als overkoepelde term het begrip medisch-generalistisch zorg (MGZ) gebruikt: het geheel aan geneeskundige zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen verstandelijk gehandicapten (AVG) in samenspel plegen te bieden. Wij delen met u dat schaarste alleen geen aanleiding kan zijn om een stelselwijziging door te voeren. Een stelselwijziging leidt immers niet tot een toename van artsen. Wij menen dat het onderbrengen van MGZ onder één regime de organiseerbaarheid van de zorg vergroot en daarmee bijdraagt aan een meer optimale inzet van de beschikbare artsencapaciteit.
Algemeen	Ieder(in)	Mede namens EMB en Spierziekten Nederland en KansPlus De keuze vrijheid voor cliënten vinden wij van groot belang. Als alle MGZ onder het regime van de Wlz wordt gebracht bepaald de aanbieder wie je behandelaar is. Wordt het onder het regime van de Zvw gebracht dan wordt de multidisciplinaire afstemming gemist en moet er veel worden georganiseerd om die op te zetten. Wij delen uw analyse maar missen hierin wel het cliëntperspectief, specifiek vanuit de gehandicaptenzorg. Wij denken dat de organiseerbaarheid van goede zorg in de Wlz en Zvw ook afhangt van wat er aan zorg wordt ingekocht en gecontracteerd en hoe kritisch hier wordt gekeken naar kwaliteitscriteria van de verschillende aanbieders . Cliënten moeten keuze hebben en het moet niet zo zijn dat aanbieders gaan bepalen wie je behandelaar gaat worden. Wij spreken ons uit voor een situatie waarin cliënten ruime keuze vrijheid hebben/krijgen/behouden uit kwalitatief goede zorg. Binnen de gehandicaptenzorg wordt nadrukkelijk gevraagd om de laag onder de artsen beter te organiseren, zodat de toeleiding naar de huisartsen wordt verbeterd en er minder directe huisartsenzorg nodig is. Men ervaart binnen de gehandicaptenzorg een hiaat tussen de	Een keuze voor de Zvw of Wlz vraagt een zorgvuldige afweging. Zorginhoudelijk heeft deze kwetsbare groep patiënten een samenhangend pakket aan wonen, verzorging, begeleiding en behandeling nodig aldus het Zorginstituut. MGZ is daar onderdeel van. Ook de zorg door de huisarts en SO/AVG moet dus op elkaar aansluiten. Dit raakt ook aan de keuzevrijheid van patiënten om een eigen artsen te kiezen. Zowel de Zvw als de Wlz bieden op verschillende manieren keuzevrijheid. In de verdere uitwerking moet het belang vanuit de zorginhoud en de individuele keuzevrijheid nader worden afgewogen. Evenals Ieder(in) constateren wij dat de toeleiding naar huisartsen kan worden verbeterd. Wij hebben dit op meerdere plaatsen vermeld in ons rapport.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		huisartsenzorg en het zorgpersoneel op de groep. Een algemene opmerking is wellicht dat de uitleg van om welke groepen het hier gaat in de lange looptijd van dit onderzoek een beetje verloren is gegaan. Zeker de door het Zorginstituut gemunte termen "institutionele zorg" en "zorg in een geclusterde setting" zijn mondjesmaat terug te vinden. Het zou niet misstaan om dit 3 jaar na het verschijnen van het advies van het zorginstituut in deze rapportage nog een keer uit te leggen. Wij missen dit ook in de in het rapport verwoordde opdracht (par. 1.2). Hierdoor blijft het toch wat onduidelijk om welke groep het hier nu gaat.	
Algemeen	LHV	Wat de Nza verstaat onder medische generalistische zorg komt niet overeen met wat de LHV en huisartsen onder medische generalistische zorg verstaan. Als deze term gehanteerd wordt dan minimaal toevoegen medische generalistische zorg 'bij (complexe) ouderenzorg en bij verstandelijk gehandicapten'. Graag maken wij een tweetal algemene opmerkingen mbt dit rapport: 1) Wij missen in dit rapport een evenwichtig blik op de problematiek, namelijk de rol van Vws. Wij constateren dat er door de overheid een transitie in gang gezet is zonder na te denken over de gevolgen die zo'n transitie teweeg brengt. De transitie heeft als gevolg dat er veel meer zorg op het bordje van de 1st lijn ligt en in de toekomst nog verder komt te liggen. Terwijl deze partijen daarnaast ook te maken krijgen met extra zorg vanuit de 2de lijn. Wij zien graag dat dit meegenomen wordt in het rapport. 2) Er wordt stevig kritiek geuit op beroepsgroepen met betrekking tot samenwerking en over richtlijnen die verbeterd moeten worden. Deze kritiek vinden wij vanuit de LHV onterecht. Samen met Verenso en NVAVG hebben wij twee handreikingen ontwikkeld, namelijk de handreiking samenwerking huisarts SO en de handreiking samenwerking huisarts AVG. Een richtlijn of handreiking opstellen betekent nog niet dat deze praktisch uitgevoerd kan worden. Dit hangt oa af van tekorten onder de artsen. Het past in de ontwikkeling om te bezien of deze handreikingen een update behoeven. Daarnaast zijn er twee soorten richtlijnen: medische inhoudelijke en die over samenwerking gaan. Heeft de NZa de medische inhoudelijke ook in ogenschouw genomen?	Wij merken hierbij ter aanvulling op dat de definitie die de NZa in dit rapport hanteert betrekking heeft op bijna alle Wlz-patiënten. Niet alleen de ouderen en mensen met een verstandelijke beperking maar ook mensen met een zintuigelijke of lichamelijke beperking. De NZa constateert net als de LHV in haar rapport een aantal maatschappelijke trends zoals de groeiende vraag naar kleinschalig wonen en langer thuis wonen. Wij hebben vermeld dat huisartsen als gevolg daarvan een hogere werkdruk ervaren. We zijn van mening dat er desondanks werkbare samenwerkingsafspraken moeten zijn tussen huisarts en SO enerzijds en huisarts en AVG anderzijds. Terecht maakt de LHV in zijn reactie een onderscheidt tussen medisch inhoudelijk richtlijnen versus samenwerkingsafspraken/handreikingen of leidraden. Wij doelen daarbij op de samenwerkingsafspraken of leidraden en hebben dit in het rapport aangepast. Wij zijn het met de LHV eens dat de bestaande samenwerkingsafspraken/leidraden een update behoeven.
1	Per Saldo	Nee, Per Saldo heeft hier geen zicht op. Wel worden er soms afspraken gemaakt tussen bijvoorbeeld een HAP en een pgb-wooninitiatief.	

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
1	Ieder(in)	Wellicht over de behandeltijd. Meer tijd om de cliënt te beoordelen en het uitleggen. Stel net als een SO ook een SG aan (specialist gehandicaptengeneeskunde) Dat kinderen met een wlz indicatie (onder de 18 jr) ook onder tarief intensieve zorg gaan vallen. Tevens zien wij kansen om binnen segment 3, in gebieden waar academische centra ontbreken, huisartsen een multidisciplinaire rol te laten pakken bij de zorg voor kinderen met een wlz indicatie	Ter voorkoming van een mogelijk misverstand wijze we er op dat onze bekostiging nu al faciliteert dat zorgverzekeraars met huisartsen afspraken maken over multidisciplinaire inzet van huisartsen in segment 3 van de huisartsenbekostiging.
1	VGN	Hier hebben wij geen inzicht in, omdat het de afspraken betreft die buiten de Wlz-organisaties om gemaakt worden tussen huisartsendienstenstructuren en zorgverzekeraars voor cliënten die voor de huisartsenzorg zijn aangewezen op de Zvw.	
1	LHV/InEen	De zorg aan WLZ-patiënten (incl. behandeling) valt niet onder de reguliere ANW huisartsenzorg. In de beleidsregel voor de Huisartsendienstenstructuren (HDS-en) staat de mogelijkheid om aparte afspraken te maken met een WLZ-instelling. Deze afspraken gaan over de inhoudelijke zorg en over het tarief. De precieze inhoudelijke afspraken is InEen niet bekend. Deze betreffen inzage dossiers, ondersteuning door SO/AVG, kwalificaties personeel e.d.. Het tarief dat onderling wordt afgesproken is conform de beleidsregel, maximaal het dubbele contacttarief of het dubbele inwonerbedrag. Ongeveer 2/3 van de HDS-en heeft afspraken met een of meer WLZ-instellingen (benchmark huisartsenposten InEen 2018). InEen hoort frequenter geluiden over de haalbaarheid van het leveren van huisartsenzorg binnen de WLZ, overdag en in de ANW-uren (vanwege het steeds voller wordende bord van de huisarts en de verzwaring van de patiëntencategorieën). Voor zover bekend worden hierover geen afspraken gemaakt met zorgverzekeraars.	Voor de doelgroep ghz geldt dat huisartsen en AVG's complementair werken en valt ook de zorg in de ANW onder de reguliere huisartsenzorg. Voor de doelgroep vv uitgezonderd de leveringsvorm verblijf met behandeling geldt dat de ANW-zorg ook tot de reguliere huisartsenzorg behoort. Bij ouderen met de leveringsvorm verblijf met behandeling organiseert de Wlz-aanbieder de ANW-zorg en daarbij kunnen afspraken worden gemaakt met de huisartsendienstenstructuren. De afspraken waar LHV en InEen op doelen betreffen vooral de randvoorwaarden waarover tussen huisartsendienstenstructuren en Wlz-aanbieders afspraken maken.
1	ZN	Van oudsher maken HDS'en zelf afspraken met Wlz-aanbieders in hun adherentiegebied. Het zorgkantoor maakt hierover ook geen expliciete afspraken met haar contractpartners, de Wlz-zorgaanbieders. Voordat bij ons signalen terecht kwamen dat er contracten dreigden opgezegd te worden met HAP's, was er geen aanleiding om te vragen naar samenwerkingsafspraken met HAP's. Sommige zorgverzekeraars geven HDS'en de mogelijkheid om afspraken te maken met instellingen voor het leveren van zorg aan die instellingen. Zij sluiten overeenkomsten met instellingen voor medisch-generalistische zorg. Hierbij kan sprake zijn van een financiële vergoeding, of het leveren van zorg door de SO. En een ander zorgkantoor heeft een Wlz aanbieder die een SO in dienst, waarmee zij een huisartsen overeenkomst hebben gesloten. Ook	Deze reactie komt overeen met hetgeen we in onze interviews hebben opgehaald en hebben we verwerkt in ons rapport.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		zijn er voorbeelden van HDS'en waar een SO en/of wijkverpleegkundige werkzaam is. Maar deze worden ingezet voor de groep kwetsbare ouderen, niet specifiek voor mensen met een Wlz-indicatie. ZN krijgt signalen dat deze zorg onder druk staat vanwege werkdruk in de HDS, discussie over informatieoverdracht, etc. Maar vooralsnog lijkt het erop dat het steeds lukt om zaken regionaal op te lossen. Soms is hiervoor input vanuit zorgverzekeraar en/of zorgkantoor nodig. Tot slot herkennen wij de interpretatie van de NZa van de beleidsregel niet. Dit hebben we al bij de NZa aangekaart. Binnen de beleidsregel kan alleen het aantal inwoners in een gebied van de HDS worden aangepast op bijv. Wlz-locaties en bijv. gevangenissen als daar zorg geleverd wordt. De andere passages zijn interpretaties die niet kloppen met de beleidsregel.	We hebben op dit punt het rapport aangepast.
2	NVAVG	Ja, omdat daarmee helder gemaakt kan worden welke inzet de SO en AVG plegen. En ook omdat het geld wat eigenlijk voor specifieke behandeling bedoeld is niet aan andere zaken wordt uitgegeven.	Afhankelijk van de keuze van positionering van MGZ wordt de mpt-prestatiestructuur verder uitgewerkt. Wij hebben naar aanleiding van de consultatie de indruk dat er vooralsnog voor de patiënten met een leveringsvorm mpt of pgb geen behoefte is bij de overige aanbieders om verschillende tarieven voor overdag en ANW te hanteren. Tot slot wijzen we erop dat de prestatie BH (SO/AVG) ook nu alleen mag worden gedeclareerd als aan de voorwaarden in de prestatiebeschrijving is voldaan.
2	Ieder(in)	Aangezien andere specialisten ook gedifferentieerde uurtarieven hebben, lijkt dat dat ook voor de AVG en SO arts hoort te bestaan.	
2	ActiZ	We hebben geen gericht beeld of een onderscheid in de mpt-prestatiestructuur voor de geneeskundige zorg overdag en in de avond, nacht en weekend (ANW) wenselijk is. Vanuit onze leden zijn geen concrete signalen bekend dat dit onderscheid nodig is. Uiteraard kunnen we bij de leden nagaan in hoeverre het voorgestelde onderscheid van de mpt-prestatie als randvoorwaarde bijdraagt aan het kunnen bieden van samenhangende en interdisciplinaire zorg.	Afhankelijk van de keuze van positionering van MGZ wordt de mpt-prestatiestructuur verder uitgewerkt. Wij hebben de indruk dat er vooralsnog voor de patiënten met een leveringsvorm mpt of pgb geen behoefte is bij aanbieders om verschillende tarieven voor overdag en ANW te hanteren.
2	VGN	Naar verwachting wordt er relatief weinig behandeling door de AVG in de ANW uren gegeven, bij cliënten die geen verblijf met behandeling ontvangen. Het lijkt ons niet nodig om hiervoor een apart tarief voor te ontwikkelen. Mocht het toch zo zijn dat regelmatig de inzet van een AVG nodig is, dan is een apart tarief wel aan de orde.	Afhankelijk van de keuze van positionering van MGZ wordt de mpt-prestatiestructuur verder uitgewerkt. Wij hebben de indruk dat er vooralsnog voor de patiënten met een leveringsvorm mpt of pgb geen behoefte is bij

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
			aanbieders om verschillende tarieven voor overdag en ANW te hanteren.
2	InEen	Deze vraag is geen bekostigingsvraag eerder een inhoudelijke vraag. Welke kennis en kunde is er nodig overdag en in de ANW-uren? Hoe kan dat het beste gefinancierd worden? Vraagt een andere mpt een andere verhouding direct-indirecte tijd? Uit ervaringen met huisartsen op de huisartsenpost komt naar voren dat een andere tarifering voor de ANW-uren wordt gewenst.	Afhankelijk van de keuze van positionering van MGZ wordt de mpt-prestatiestructuur verder uitgewerkt. Wij hebben de indruk dat er vooralsnog voor de patiënten met een leveringsvorm mpt of pgb geen behoefte is bij aanbieders om verschillende tarieven voor overdag en ANW te hanteren.
2	Verenso	We hebben geen signalen opgevangen met betrekking tot het onderscheid overdag en avond, nacht en weekend wat betreft de inhoudelijke handelingen van specialisten ouderengeneeskunde. Het is natuurlijk wel zo dat inzet in de avonduren en het weekend meer impact heeft in het dagelijks leven van de arts. Wij ontvangen steeds meer signalen dat bereikbaarheid tijdens ANW diensten lastiger kunnen worden ingevuld.	Afhankelijk van de keuze van positionering van MGZ wordt de mpt-prestatiestructuur verder uitgewerkt. Wij hebben de indruk dat er vooralsnog voor de patiënten met een leveringsvorm mpt of pgb geen behoefte is bij aanbieders om verschillende tarieven voor overdag en ANW te hanteren.
2	ZN	Hiervoor is nader onderzoek nodig. Er zijn geen casussen bekend waarbij eenzelfde tarief voor zorg overdag als in de ANW-uren heeft geleid tot knelpunten. We vinden het wenselijk is als SO's en AVG's net als huisartsen 24/7 beschikbaar zijn in noodgevallen, waaronder ook voor crisiszorg. Het is zinvol om te onderzoeken waarom dat het geval is: ligt dat aan de beschikbaarheid, aan het tarief, heeft dat een andere oorzaak? Mocht het tarief een issue zijn, dan is een apart ANW-tarief de overweging waard. Tot deze duidelijkheid er is, heeft 1 tarief (waarin rekening is gehouden met ANW-uren) de voorkeur. Meer prestaties geeft ook meer administratie. Huisartsenposten hebben ook wel behoefte aan een 'voorwacht', een dienst waarmee overleg kan worden gevoerd op moment het een Wlz klant betreft. Dat is voor de GZ anders, daar is deze verschuiving niet goed mogelijk (huisarts en SO overlappen in competenties, huisarts en AVG zijn complementair). Als een onderscheid wordt gemaakt, zie we twee mogelijkheden. a. Eén tarief waarin de extra kosten voor beschikbaarheid/bereikbaarheid in de nacht zijn verrekend. Dat past bij integrale zorg en de administratieve lasten zijn lager. b. Twee tarieven, waarbij dan duidelijk dat er geschreven gaat worden naar dat tarief dat het hoogst is rond de overgangsmomenten. Dit is de meest zuivere vorm van bekostiging en sluit aan bij de bestaande tarifering van huisartsen in de Zvw.	Afhankelijk van de keuze van positionering van MGZ wordt de mpt-prestatiestructuur verder uitgewerkt. Wij hebben de indruk dat er vooralsnog voor de patiënten met een leveringsvorm mpt of pgb geen behoefte is bij aanbieders om verschillende tarieven voor overdag en ANW te hanteren.
3	NVAVG	Die zijn er zeker, zie de (concept) Quickscan GZSP 2020 die de NZA gemaakt heeft deze maand. Omzetplafonds, eisen van raden van Toezicht of rechtspersoon zijn, geen nieuwe aanbieders	Wij verwijzen in ons rapport naar de quickscan gzsp.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		aannemen. Bijvoorbeeld: Zideris	
3	Ieder(in)	Wij maken ons zorgen over het contracteren van hulpmiddelen leveranciers. Er moet wel keuze zijn voor de cliënten. Geen monopolisten. Wij maken ons grote zorgen over het mogelijk contracteren van commerciële partijen. Dan overheerst altijd het verdienmodel. AVG artsen en MVG artsen etc. dienen altijd in loondienst te zijn van de zorgaanbieder.	Het contracteren van leveranciers van hulpmiddelen valt buiten de vraagstelling van ons onderzoek.
3	ActiZ	De ervaring is dat het is voor nieuwe aanbieders in 2020 niet mogelijk om in aanmerking te komen voor een contract binnen de Zorgverzekeringswet ('geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'). Tevens laat zich zien dat gesprekken over een huisartsenovereenkomst met een zorgverzekeraar uiterst moeizaam verlopen, ook in een situatie waarbij huisartsen weigeren MGZ te leveren. Daarnaast vergt het regelen van huisartsenzorg nog aparte inzet om de ANW (via een huisartsenpraktijk HAP) en spoedzorg te regelen. Vanuit ActiZ hebben wij geen concrete voorbeelden, daar het gaat om samenwerkingsverbanden van specialisten ouderengeneeskunde die doorgaans geen lid zijn van ActiZ. Verenso, de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde, is wel op de hoogte van deze voorbeelden.	
3	VGN	Wij hebben geen signalen ontvangen over belemmeringen bij het maken van contractafspraken voor MGZ van onze leden. Wel zijn er grote knelpunten bij de contractering van verblijf mét behandeling. Verblijf met behandeling is bedoeld voor cliënten die structureel integrale Wlz-behandeling nodig hebben. Als dit niet nodig is, kan een beroep gedaan worden op specifieke Wlz-behandeling via MPT naast het verblijf. Voor cliënten die structureel integrale Wlz-behandeling nodig hebben, wordt de afspraak echter vrijwel nooit aangepast naar een verblijfsplaats met behandeling. Terwijl de cliënt of zijn verwant dit ook graag wil. Hierdoor is het niet mogelijk het benodigde integrale pakket aan zorg en behandeling te bieden. Een ander knelpunt is dat de Wlz-specifieke behandeling via MPT niet kan worden afgesproken voor screening van gehoor- en visusproblemen, terwijl dit wel tot de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen behoort. Hierin hebben wij geen inzicht. Onze leden kunnen contractafspraken maken over specifieke behandeling in MPT. Behandeling als onderdeel van het ZZP wordt meestal niet extra gecontracteerd.	De belemmering wordt breed ervaren en er lijken financiële afwegingen een rol te spelen i.p.v. zorginhoudelijke afwegingen. De NZa heeft na consultatie het rapport aangepast op dit punt en verduidelijkt dat er situaties zijn genoemd dat zorginhoudelijke afwegingen minder zwaar wegen dan financiële afwegingen (zie vraag 7 en 8). Dit neemt niet weg dat er ook situaties zijn waarbij uitbreiding met een zzp met behandeling niet aan de orde is omdat de zorgaanbieder geen invulling geeft aan bijvoorbeeld de paramedische zorg en geneesmiddelen of dat een patiënt deze aanvullende zorg niet behoeft en voldoende heeft aan behandeling door SO/AVG.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
3	V&VN	Er zijn vaak significante barrières bij de mate waarin verpleegkundig specialisten in de ouderenzorg als zelfstandig behandelaar worden gekenschetst. In onze visie komt dit doordat instellingen vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheden, omdat in beleidsregels van SO/AVG/huisarts wordt gesproken, zonder dat expliciet gemaakt wordt dat, mits bekwaam, dit ook voor verpleegkundig specialisten geldt. Ook zorgkantoren zijn hier vaak niet goed van op de hoogte, zodat een instelling met vragen niet de juiste antwoorden krijgt.	Vanaf 2020 is in de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg beschreven dat een verpleegkundig specialist de behandeling ook zelfstandig kan uitvoeren voor zover deze zorgverlening past bij zijn/haar specifieke deskundigheidsgebied. Zie ook de in bijlage 3 opgenomen prestatiebeschrijvingen. In paragraaf 2.3 hebben we toegevoegd dat de zorgaanbieders en zorgkantoren hiervan onvoldoende op de hoogte zijn.
3	LHV	Het gaat niet alleen over de ervaringen met het contracteren zelf, maar ook met hoeveel en wat er gecontracteerd is. Wij horen nog steeds terug van huisartsen dat SO of AVG onvoldoende beschikbaar zijn. Zie ook vraag over macrokader. (7b) Dit geldt zowel voor de dagzorg als zorg in ANW uren.	In paragraaf 3.2 van ons rapport besteden we hier aandacht aan.
3	Verenso	a) Ervaringen met het contracteren van nieuwe zorgaanbieders in de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) laten zien dat dit voor nieuwe zorgaanbieders in 2020 nagenoeg onmogelijk is. Veel zorgverzekeraars geven aan niet open te staan voor nieuwe aanbieders. Dit staat haaks op het idee achter de overgang van de specialist ouderengeneeskunde naar de ZVW waarbij het doel is "langer thuis" te stimuleren. Verenso heeft deze ervaringen meerdere malen gedeeld met Nza en VWS. b) We kennen hier meerdere voorbeelden en hebben deze ook al eerder met u gedeeld. We zouden hier graag een voorbeeld willen noemen van Ouderenpraktijk Friesland. Deze kleine samenwerking van specialisten ouderengeneeskunde had zich voor 2020 aangemeld om zowel via de GZSP als de Wlz MGZ te bieden. Zij ontvingen echter een negatief antwoord. Op dit moment hebben ze tijdelijke goedkeuring om te starten voor drie maanden i.v.m. corona, maar zelfs een tijdelijk contract afstemmen loopt stroef. Vooral als het gaat om organisatievereisten vanuit zowel de zorgverzekeraar als het zorgkantoor. De gesprekken en onderhandelingen over een mogelijke start in 2021 lopen inmiddels ook, maar met dezelfde dilemma's. Het aantal voorwaarden dat wordt gesteld aan nieuwe aanbieders is dusdanig groot, dat veel specialisten ouderengeneeskunde al bij voorbaat afhaken en de onderhandelingen überhaupt niet starten. Vereisten zijn strenger en anders dan voor huisartsenpraktijken hetgeen niet valt uit te leggen.	Wij hebben uw reactie verwerkt in ons rapport.
3	ZN	We hebben hierover voor de V&V wel een signaal ontvangen. In een regio wilden huisartsen niet meewerken aan afspraken met initiatieven voor scheiden wonen en zorg. In deze regio werkte	Wij hebben uw reactie verwerkt in ons rapport.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		een locatie met scheiding van wonen en zorg samen met één lokale huisarts. De zorgaanbieder verzocht klanten naar deze huisarts over te schrijven als ze daar komen wonen. Deze huisarts leverde de zorg aan de bewoners, alleen in de ANW werd de huisartsenpost ingeschakeld. Deze huisarts is recent gestopt op verzoek van collega's. De zorgaanbieder moet noodgedwongen nu een contract voor intramurale zorg aanvragen. a) We kennen nog geen zorgaanbieders die een compleet aanbod van medisch generalistische zorg (willen) aanbieden. Wel maken zorgkantoren afspraken met partijen die medische zorg van specifieke aard leveren (bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden van SO's). Bij deze samenwerkingsverbanden van SO's zien we dat de ene meer ervaring heeft met het goed samenwerken met huisartsen dan anderen. Daar waar we al vele jaren onze 'intramurale' aanbieders stimuleren om hun behandelaren ook buiten de muren van de instelling in te zetten, lukt dit maar mondjes maat. De focus bij veel instelling ligt toch vooral binnen de eigen organisatie. In de GZ hebben we hier wel een aantal voorbeelden van. Hier kunnen andere zorgaanbieders gebruik maken van een behandeldienst van grote GZ-aanbieders. We zien dat de andere kijk op zorg van samenwerkingsverbanden ook behandeldiensten van onze meer traditionele aanbieders prikkelt. Met de samenwerkingsverbanden zijn we nog wel zoekende naar de optimale positionering in de regio. We contracteren nog geen nieuwe partijen specifiek voor de zorg aan mensen met een Wlz-indicatie in de gehandicaptensector. Die hebben zich ook nog nooit bij ons gemeld. b) De meeste zorgkantoren kennen deze voorbeelden niet. In een regio hebben huisartsen zich gemeld bij de zorgverzekeraar om aanspraak te maken op de MESO-beleidsregel. Inhoudelijk heeft het betreffende zorgverzekeraar over dit initiatief echter gemeld dat de organisatiewijze die zij voor ogen hadden (een SO-praktijk voor 75+ers náást de reguliere huisartsenpraktijken) niet de voorkeur heeft: zij zouden de disciplines SO en huisarts graag zowel fysiek als organisatorisch dichter bij elkaar willen zien. MESO is niet het enige denkbare model, van belang is dat initiatieven aansluiten op de behoefte in de regio.	
4	NVAVG	U vraagt gaat alleen over de ouderenzorg, maar in de GHZ is dit een groot probleem. De begeleiders hebben in de regel een agogische achtergrond met zeer beperkte medische en verpleegkundige kennis.	In paragraaf 3.1 van ons rapport besteden we hier aandacht aan.
4	Per Saldo	Per Saldo kan deze vraag niet beantwoorden omdat wij beide partijen niet (voldoende) spreken. Wat wij wel merken is dat huisartsen contracten willen opzeggen met pgb wooninitiatieven. Dit is echter niet mogelijk omdat er geen contract is met het pgb wooninitiatief. Er is alleen een contract tussen de individuele pgb-budgethouder en de huisarts (net als dat ze gewoon 'thuis' hadden gewoond). Aanvullend zien wij ook vooral het probleem dat pgb-gefinancierde woon-	In hoofdstuk 5 van ons rapport geven we aan dat pgb-initiatieven contact moeten opnemen met het zorgkantoor in geval ze een SO nodig hebben.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		/ouderinitiatieven veel moeite hebben om een specialist ouderengeneeskunde aan zich te binden en/of contact mee te hebben. Terwijl bijvoorbeeld huisartsen wel naar de specialist ouderengeneeskunde verwijzen.	
4	Ieder(in)	Nee maar in de gehandicaptenzorg is die er dus duidelijk wel. Waarom zijn er in de ouderenzorg wel verpleegkundigen in dienst van de aanbieders en niet in de GHZ? Terwijl ook in de GHZ de complexiteit veel groter is geworden. Wij pleiten dat er per groep bewoners altijd een agogisch medewerker plus een verpleegkundig opgeleid medewerker gezamenlijk dienst doen.	In paragraaf 3.1 van ons rapport besteden we hier aandacht aan.
4	ActiZ	Het brede spectrum van de Wlz-ouderenzorg, de diversiteit in hoe huisartsenzorg is georganiseerd, de hoeveelheid betrokken huisartsen bij een zorgorganisatie, rapportages in ECD etc. maken dat een naadloze aansluiting tussen de huisarts en het zorgpersoneel lastig is. In die zin is het een herkenbaar punt dat voor het benaderen en het maken van afspraken met de huisarts, de deskundigheid en het opleidingsniveau in verpleeghuizen niet altijd toereikend is. Door de grote diversiteit en versnippering van de MGZ en verschillen in bekostiging is een inzet van het zorgpersoneel richting de huisarts niet altijd gemakkelijk te organiseren.	Uit uw reactie maken wij op dat u erkent dat er sprake kan zijn van een niet optimale aansluiting tussen het zorgpersoneel van de Wlz-aanbieder en de huisarts/HAP. We nemen dit mee in het rapport.
4	VGN	Hier hebben wij geen inzicht in. Voor de gehandicaptenzorg geldt dat in het convenant door alle partijen is onderkend dat er te weinig medische en verpleegkundige kennis en deskundigheid beschikbaar is bij zorgpersoneel en begeleiders in de gehandicaptenzorg. Hiervoor is o.a. afgesproken deze kennis te vergroten, toe te werken naar versterking van de medische voorwacht, in te zetten op voldoende opleidingsplekken, de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende beroepsgroepen te herzien en de positionering en taakafbakening tussen AVGs en verpleegkundigen te verhelderen.	Leidend thema in ons rapport is samenwerking. In het rapport verwijzen wij daarom ook naar dit convenant.
4	InEen	Bij mensen met een handicap is dit geluid er wel. Bij ouderenzorg is dat minder bekend. Er is wel eens te weinig expertise aanwezig. Onduidelijk is of dat terug te brengen is naar te laag opgeleid personeel, verkeerder personele bezetting of gebrek aan feitelijk kennis. Er wordt een hiaat tussen huisartsenzorg en zorg in instelling ervaren.	In paragraaf 3.1 van ons rapport besteden we hier aandacht aan.
4	V&VN	Er is een hiaat in de mate waarin huisartsen beschikbaar zijn voor verpleegkundigen, en de mate waarin hun vragen/zorgen serieus genomen worden. Dit ligt vaak aan de beschikbare tijd die een huisarts heeft om een verpleegkundige over een dergelijke cliënt te woord te staan.	Uit uw reactie maken wij op dat u erkent dat er sprake kan zijn van een niet optimale aansluiting tussen het zorgpersoneel van de Wlz-aanbieder en de huisarts/HAP. We nemen dit mee in het rapport.
4	LHV	Uit ledenvragen van huisartsen krijgen wij wel de indruk dat juist in kleinschalige woonvormen huisartsen ervaren dat de kwaliteit van het zorgpersoneel te wensen overlaat. Het is belangrijk dat ook hier goede en voldoende verpleegkundige expertise aanwezig is en dat deze ook ingezet kan worden als triage voor een vraag die opgepakt kan worden door SO of huisarts. Daarnaast is expertise en kennis onder verzorgende en verpleegkundige voor deze doelgroep die veelal uit	Wij hebben uw reactie verwerkt in paragraaf 3.1.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		dementerende ouderen bestaat, essentieel.	
4	Verenso	We kunnen hier geen eenduidig antwoord op geven. Vanuit het perspectief van de specialist ouderengeneeskunde in het onderzoek van Verenso in 2018 over kleinschalige woonvormen gaven een aantal ondervraagde specialisten ouderengeneeskunde aan te werken met zorgmedewerkers waarvan het kennisniveau te laag is: "De werknemers werken wel 'vanuit het hart', echter vanwege onvoldoende scholing komt de kwaliteit van zorg in het gedrang. Dit heeft onder andere tot gevolg dat gezondheidsproblemen niet of te laat worden opgemerkt, waardoor de arts te laat wordt ingeschakeld." Ook herkennen de specialisten ouderengeneeskunde het beschreven hiaat van de huisarts/AVG en de agogische begeleider. Een gelijksoortig gat zien zij ook in de zorgverlening voor kwetsbare ouderen.	Wij hebben uw reactie verwerkt in paragraaf 3.1.
4	ZN	Ja, het komt regelmatig voor dat vragen bij de huisarts komen die voorkomen hadden kunnen worden, als er door verpleegkundige een triage heeft plaatsgevonden. Wij krijgen signalen dat er in de thuiszorg en intramurale zorg een hiaat is. De huisarts zoekt vaak naar de EVV-er (intramuraal) of wijkverpleegkundige (thuis), die is alleen niet altijd aanwezig op de momenten dat de huisarts de klant ziet. Huisarts gebruikt de patiënt of diens mantelzorger om de boodschap over te brengen (en dat gaat niet altijd even vlekkeloos). In de thuiszorg zijn veel partijen actief, dat maakt afstemming daar lastig. In de intramurale zorg zien we veel variatie: sommige afdelingen/teams ervaren dit hiaat, andere afdelingen/teams niet. Kortom, de signalen van niet goed ingevulde randvoorwaarden of onvoldoende bekwaam personeel en dus extra beroep op de huisarts ontvangt ZN ook. Vooral in gesprek met huisartsen. Als wij dan bijvoorbeeld het kleinschalige initiatief vroegen hoe vaak zij bijvoorbeeld de HAP bellen, dan wordt dat beeld niet altijd gestaafd. Maar we kunnen ons zeker voorstellen dat er hiaten zijn, ook omdat de huisarts en zorgpersoneel op de groep niet altijd dezelfde taal zullen spreken. Verpleegkundige voor- en achterwacht tussen deze groepen professionals blijkt de situatie vaak wel te verbeteren, maar blijkt lang niet overal haalbaar.	Uit uw reactie maken wij op dat u erkent dat er sprake kan zijn van een niet optimale aansluiting tussen het zorgpersoneel van de Wlz-aanbieder en de huisarts/HAP. We nemen dit mee in het rapport.
5	KansPlus	We hebben geen recente meldingen dat mensen met een spoedvraag niet geholpen worden door een huisarts of hap. Wel van enkele jaren geleden een melding uit het oosten van het land bij een instelling die zelf een contract heeft met een speciale artsendienst en dat de cliënten geen gebruik mogen maken van de reguliere hap. Ook hebben we enkele meldingen van beperking van de vrije artsenkeuze, waarbij van de WLZ zorgaanbieder niet meer naar de eigen huisarts mochten gaan, maar naar een door de instelling aangewezen arts. Ook hebben we meldingen dat er helemaal geen huisartsenzorg beschikbaar is omdat een plaatselijke huisartsenvereniging	Wij concluderen uit uw reactie en de reactie van andere partijen dat patiënten met een spoedzorgvraag in alle gevallen zijn geholpen.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		besloten heeft geen zorg meer voor WLZ cliënten te bieden. Dit speelde eind 2019.	
5	NVAVG	Nee, wel overdag. Casus is ons gemeld van huisarts in Zeeland die inschrijving patiënt ZZP 7 weigerde.	Wij concluderen uit uw reactie en de reactie van andere partijen dat patiënten met een spoedzorgvraag in alle gevallen zijn geholpen. De betreffende patiënt met zzp 7 is weliswaar niet ingeschreven door een huisarts zodat de zorg niet vooraf geborgd is, maar dat wil nog niet zeggen dat de patiënt, indien nodig, geen zorg heeft ontvangen.
5	Per Saldo	Nee, we kennen enkel gevallen waarbij huisartsen heel terughoudend zijn en contracten eenzijdig willen opzeggen. Gevallen waarbij uiteindelijk helemaal geen zorg is verleend bij spoed zijn ons niet bekend. Wel is in drie huisartsenregio's aangekondigd dat het verlenen van spoedzorg in toekomst niet zonder meer zal gaan gebeuren als er niet aan aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Wel hebben bijvoorbeeld een aantal Herbergiers heeft brief ontvangen dat zij in 2020 niet langer gebruik kunnen maken van de spoedzorg via de Huisartsenpost. Heel bijzonder omdat de Herbergierbewoners hier gewoon voor verzekerd zijn via de Zorgverzekering.	Wij concluderen uit uw reactie en de reactie van andere partijen dat patiënten met een spoedzorgvraag in alle gevallen zijn geholpen.
5	Ieder(in)	Nee, maar kan mij wel voorstellen dat het hebben van verpleegkundigen in de instelling huisartsenzorg kan voorkomen, dan wel een gerichter toeleiding naar de huisarts kan verzorgen.	Wij concluderen uit uw reactie en de reactie van andere partijen dat patiënten met een spoedzorgvraag in alle gevallen zijn geholpen.
5	ActiZ	Die zijn ons niet bekend. We kennen voorbeelden dat huisartsen meermaals hebben geweigerd zorg te verlenen aan cliënten met een volledig pakket thuis zonder behandeling, dit ondanks het feit dat cliënten bij huisartsen zijn ingeschreven.	Wij concluderen uit uw reactie en de reactie van andere partijen dat patiënten met een spoedzorgvraag in alle gevallen zijn geholpen.
5	VGN	Uit onze enquête leiden wij af dat zorgaanbieders soms met kunst- en vliegwerk zorgen dat er toch zorg wordt geregeld. Bijvoorbeeld door naar de spoedeisende hulp van het ziekenhuis te gaan.	Wij hebben het rapport op dit punt aangepast.
5	V&VN	Ja, het betreft cliënten in een voormalig verzorgingshuis, die onder de verantwoordelijkheid van meerdere huisartsen vallen (meerdere cliënten met ieder een eigen huisarts), waarbij het perspectief van de huisarts gericht is op een zelfstandige wonende oudere, terwijl het gaat om een in een instelling verblijvende oudere (met hieraan gekoppelde instellingsproblemen, zoals bij een epidemie en hieraan gekoppelde ernstiger kwetsbaarheid, die niet voldoende onderkend wordt of waarvoor de tijd daarvoor ontbreekt). Hier worden patiënten niet adequaat, of vertraagd, geholpen, omdat huisartsen onvoldoende zijn ingesteld op deze patiënten die niet altijd zelfstandig naar de praktijk kunnen komen.	De NZa pleit voor heldere richtlijnen en samenwerkingsafspraken tussen de zorg door huisartsen, SO's en AVG's. In ons rapport geven we aan dat hier een opdracht ligt voor de genoemde beroepsgroepen.
5	InEen	Nee, behalve een enkel geval waarbij de dienstdoende huisarts tijdens een visite aangeeft te	Wij concluderen uit uw reactie en de reactie van andere

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		weinig informatie over de patiënt te beschikken om te kunnen behandelen of dat de patiënt niet te behandelen is door een huisarts vanwege gebrek aan kennis van de ouderenzorg c.q. gehandicaptenzorg.	partijen dat patiënten met een spoedzorgvraag in alle gevallen zijn geholpen.
5	LHV	Nee.	Wij concluderen uit uw reactie en de reactie van andere partijen dat patiënten met een spoedzorgvraag in alle gevallen zijn geholpen.
5	Verenso	Deze vraag refereert aan het werk van de huisarts en kennen we geen actuele concrete voorbeelden van.	
5	ZN	Nee, we kennen wel de dreiging en weten dat overeenkomsten zijn opgezegd, maar hebben in de praktijk niet gezien dat een patiënt met een spoedzorgvraag niet is geholpen.	Wij concluderen uit uw reactie en de reactie van andere partijen dat patiënten met een spoedzorgvraag in alle gevallen zijn geholpen.
6	NVAVG	Het lijkt goed te melden dat we als beroepsvereniging NVAVG al jarenlang samenwerkingsafspraken hebben met de LHV. Deze zijn in 2017 nog eens geactualiseerd. Helaas heeft de LHV in zomer 2019 een nieuwe leidraad gepubliceerd (zonder andere afstemming met ons) , waaruit het "nee, tenzij" sterk naar voren kwam. Maar dat er behoefte is aan verdere vakinhoudelijke afstemming (wie doet wat, waar zit het grijze gebied) is duidelijk. De frustratie van huisartsen rondom bureaucratie in de financiering van de Wlz zorg is herkenbaar en begrijpelijk. En dat het tarief moet worden aangepast voor deze soms ingewikkelde doelgroep lijkt ons eveneens helder.	Uit uw reactie concluderen wat dat u onze probleemschets onderschrijft. De voorgestelde volgorde is dat er eerst heldere samenwerkingsafspraken zijn en dat we daarna kijken of de (huidige) tarieven de inspanningen dekken.
6	Per Saldo	Per Saldo kan de volledige probleemanalyse niet volledig overzien. Op het eerste gezicht lijkt deze echter wel te kloppen.	
6	Ieder(in)	Ja, vindt de analyse alleen wel erg beperkt tot de ouderenzorg. Ook de paragraaf 3.2 "Beschouwing" is volledig beschreven vanuit ouderenzorg. Ook in de GHZ wordt de complexiteit van de beperkingen groter en daardoor de zorgvraag specialistischer, terwijl het personeel daar niet op/in geschoold is. Stel net als een SO ook een SG aan (specialist gehandicaptengeneeskunde)	In onze probleemanalyse geven we voorbeelden vanuit de doelgroep ghz en vv. De beschouwing in paragraaf 3.1 is algemeen verwoord. Met de trend van de toename van het aantal ouderen bedoelen we ook de ouder wordende mensen met handicap.
6	ActiZ	Wij herkennen de punten zoals beschreven in de probleemanalyse. Daarbij past de volgende aanvulling. Voor de analyse van de problemen kijkt u met name vanuit de huisartsen, SO en AVG-er. De complexiteit en de versnippering van MGZ werkt ook door in onduidelijkheid en strubbelingen voor de cliënten. En zorgaanbieders ervaren door de geschetste problemen dat het buitengewoon lastig kan zijn is de samenhang van de medisch-generalistische zorg voor Wlz-cliënten te borgen. Daarbij is de zorgaanbieder wel verantwoordelijk voor de coördinatie maar zijn invloed en sturingskracht is begrensd.	Naar aanleiding van uw opmerking hebben wij benadrukt in hoofdstuk 3.1 dat de sturingskracht van een zorgaanbieder op de (huis)artsen begrensd is. In hoofdstuk 5 geven we aan wat er meer nodig is, en dat zorgaanbieders hier niet alleen voor staan. Zo vermelden wij: regionale sturing en steun door zorgkantoren en verzekeraars, samenwerkingsafspraken

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		Een concreet knelpunt dat ook in uw concept-rapport verschillende malen naar voren komt, is de complexe structuur waarin de huisartsenpraktijken (HAP's) hun werk verrichten voor Wlz-verblijfscliënten (met of) zonder behandeling. In veel gevallen is onduidelijk wie er verantwoordelijk is voor het maken van adequate afspraken hieromtrent. Vanuit het perspectief van de cliënt en zorgaanbieder en zeker in acute zorgsituaties in de ANW-uren leiden deze onduidelijkheden en complexiteit tot onnodige zorginhoudelijke controversen. Er moet wat ActiZ betreft snel aan gewerkt worden om op dit punt helderheid te verschaffen. Daarbij gaat het niet alleen om heldere werkregelingen, maar ook om het inzetten van de juiste expertise op de juiste plek.	van artsen die op elkaar aansluiten. Tot slot kan de NZa ook een bijdrage leveren via het toezicht op de zorgplicht van zorgkantoren en verzekeraars en het stellen van voorwaarden aan de overeenkomsten of aan de prestaties.
6	VGN	Zoals ook hierboven bij 'algemeen' aangegeven komen veel van de knelpunten overeen met de punten die we zelf in het traject rond het convenant hebben opgehaald. We vinden wel dat de knelpunten in uw analyse vooral vanuit het perspectief van de huisartsen wordt weergegeven. We missen het cliëntperspectief, namelijk de constatering dat huisartsenzorg niet voor alle Wlz cliënten is geborgd en dat huisartsen contracten zijn gaan opzeggen, waar eerder wel afspraken waren. Hierdoor is de huisartsenzorg voor cliënten niet geborgd (dit geldt dus niet alleen voor nieuwe initiatieven). Ook is het imago van medische beroepen in de gehandicaptenzorg een belemmerende factor. Daarnaast missen we het gegeven dat vanwege de schaarste van AVGs niet altijd aan alle randvoorwaarden voldaan kan worden. Belangrijk is dat daarover in de regio het gesprek aangegaan kan worden. Dit perspectief vanuit zorgaanbieders is volgens ons onvoldoende in dit hoofdstuk opgenomen. De randvoorwaarden die we in het convenant hebben opgenomen sluiten ook niet 1-op-1 aan bij de randvoorwaarden die de LHV in haar leidraad heeft opgenomen. De uitstraling die de LHV leidraad heeft van 'nee, tenzij' draagt niet bij aan een positieve insteek voor het gesprek.	Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn die meegenomen moeten worden in de verdere uitwerking. Bijvoorbeeld de afweging tussen de zorginhoud en de keuzevrijheid van de patiënt. Wij hebben het perspectief van de zorgaanbieder nog helderder verwoord in het rapport en verduidelijkt dat de artsenzorg niet geborgd is maar dat patiënten gelukkig niet verstoken waren van noodzakelijk (spoed) zorg. Tevens hebben wij vermeld dat dat schaarste er ook toe kan leiden dat niet aan alle randvoorwaarden kan worden voldaan, simpelweg omdat er te weinig AVG zijn bijvoorbeeld. Het is dan belangrijk om het gesprek hierover in de regio te voeren.
6	V&VN	Ja, hierbij komt nog dat het in instellingen voor huisartsen soms onduidelijk is wat MPT nu precies inhoudt, en wie in zo'n situatie nu verantwoordelijk is voor de MGZ.	Daarom pleit de NZa ook voor heldere samenwerkingsafspraken die de taakafbakening tussen huisarts en SO/AVG/VS beschrijven.
6	InEen	Ja. In het kader op pagina 16 staat een voorbeeld. Advies is om meer voorbeelden aan het rapport toe te voegen.	
6	LHV	Naast de 4 omschreven knelpunten is het goed om te realiseren waarom deze knelpunten bestaan. Dit brengt ons tot de volgende aanvullende knelpunten: - De verantwoordelijkheden van partijen, zoals kleinschalige woonvormen, zijn niet altijd en bij iedereen duidelijk waardoor goede randvoorwaarden voor huisartsen en SO of AVG om hier zorg te leveren niet gewaarborgd zijn. Het gaat dan niet over de samenwerking huisarts en SO maar juist over de verantwoordelijkheden van de kleinschalige woonvorm voor de algehele zorg door	Wij gaan in paragraaf 3.1 in op verantwoordelijkheid van de kleinschalige woonvorm waarbij we aangeven dat er voor de vv een kwaliteitskader is. We baseren de coördinatietaken op de handreiking "Behandeling (geneeskundige zorg) in de Wlz" van het

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		verzorgenden en verpleegkundigen. - Samenwerking en afstemming in dit complexe zorgveld vergt facilitering van de samenwerking en coördinatie. Wie pakt hierin de regie rol? Die is niet belegd. - De tekorten onder alle artsen maakt dat er druk gevoeld wordt om zorg te leveren waartoe men zich niet competent voelt en niet de kennis over heeft.. - De complexere zorgvraag van patiënten heeft als consequentie dat deze zorg meer tijd kost. Voor huisartsen kan dit ten koste gaan van andere patiënten. - De complexe zorgvraag vergt structurele Multidisciplinaire afstemming en is daarmee geen basishuisartsenzorg meer. - Er wordt vanuit gegaan dat de medische zorg is op te knippen in twee stukjes; een deel algemeen medische zorg en een deel specifiekere generalistische zorg voor betreffende patiënten. Hoe complexer de zorgvraag van mensen, hoe minder dit opgaat, geen recht doet aan de ook integrale medische zorg die mensen nodig hebben, en praktisch niet uitvoerbaar maar ook inefficiënt is.	Zorginstituut. Deze is belegd bij de aanbieder van verblijf. Het tekort aan artsen noemen we in ons rapport. Het Zorginstituut heeft in het advies "Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten" ook aangeven dat de Wlz-patiënt multidisciplinaire zorg behoeft. Wij menen dat een deel van deze multidisciplinaire zorg ook door een huisarts kan worden uitgevoerd. In welke mate de MGZ is op te knippen in uitvoerbare en efficiënte stukjes kan blijken uit de op elkaar afgestemde samenwerkingsafspraken.
6	Verenso	Specialisten ouderengeneeskunde signaleren dat de randvoorwaarden die nodig zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg en patiëntveiligheid niet in elke kleinschalige woonvorm geborgd zijn. Daarnaast ontbreekt in veel gevallen een adequate bestuurlijke visie en bestuurlijke betrokkenheid ten aanzien van samenwerkingsafspraken en verantwoordelijkheden in kleinschalige woonvormen.	Wij hebben uw opmerking verwerkt in paragraaf 3.1
6	ZN	De eerste alinea van de paragraaf vat de probleemschets in 4 punten samen: behoefte, aanbod, keuze van cliënten en contracteerruimte. ZN herkent alle de vier de punten. Zorgkantoren ervaren hierbij vooral een knelpunt in het aanbod (tekort SO/AVG) en een (te) beperkte contracteerruimte. ZN heeft niet voor niets vanaf de start van de Wlz gepleit voor een integraal tarief. We zien daarnaast de behoefte aan duidelijkheid: tot wanneer is een huisarts de eerstaangewezen partij om huisartsenzorg te leveren, en wanneer gaat die verantwoordelijkheid over naar de instelling? Daarnaast zien we dat de zorgvraag van cliënten in verpleeghuizen en kleinschalige woonvoorzieningen door de extramuralisatie van zorg gemiddeld genomen zwaarder is geworden. Ook is de populariteit van kleinschalige woonvoorzieningen toegenomen. De huisarts levert in de meeste gevallen ook de huisartsenzorg in deze kleinschalige woonvoorzieningen. Daarbij zien we ook het omgekeerde probleem. Als de huisarts zich meldt, dan deze niet altijd alle informatie delen met deskundige professionals. Wat misschien bij deze vier punten nog ontbreekt is de zienswijze van partijen over wat medisch	Het punt van de contracteerruimte en de wijze waarop deze de inkoop van zorg beïnvloedt komt in hoofdstuk 4 aan de orde. Over de behoefte aan duidelijkheid merken wij op dat deze afhankelijk is van diverse factoren waaronder: leveringsvorm, kwaliteitsstandaarden en samenwerkingsafspraken/leidraden. In ons rapport staat vermeld dat de samenwerkingsafspraken tussen huisarts en SO en huisarts en AVG moeten verduidelijken wie wat doet.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		generalistische zorg is en hoe complementair de artsen zouden moeten werken over de domeinen heen. Het is lastig samenwerken voor partijen als er geen gezamenlijke visie op zorgverlening, -organisatie en verantwoordelijkheden is.	
7	ActiZ	a) ActiZ-leden ervaren al jaren dat de inkoop van zorg met behandeling door zorgkantoren achter blijft bij de behoefte die bij cliënten aanwezig is. In een recente monitor over de Wlz-zorgcontractering 2020 van ActiZ geeft bijna één op de drie zorgaanbieders aan dat ze onvoldoende behandeling met het zorgkantoor kunnen contracteren voor de verwachte zorgvraag die de zorgaanbieder wil/moet leveren. Daarbij is duidelijk dat zorgkantoren verschillen in hun visie in welke mate zorg met behandeling voor de cliënten kan worden ingezet. Het uitganspunt is niet altijd de zorgbehoefte van de cliënt. Zorgkantoren hanteren bijv. een maximale norm voor de zorg aan cliënten met behandeling, bijvoorbeeld maximaal 70% van de productieafspraak of conform de afspraken die het voorgaande jaar zijn gemaakt. b) Dat het beschikbare macrokader voor de Wlz een knelpunt is voor ons bij de inkoop van behandeling is een veelgehoord signaal vanuit de zorgkantoren. Ook de visie van het zorgkantoor, zie onder a) speelt een grote rol.	We hebben in het rapport opgenomen dat behoefte aan zzp met behandeling toeneemt. Contractering van verblijf met of zonder behandeling moet zorginhoudelijk gedreven zijn.
7	VGN	b) Wij ontvangen veel signalen dat zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg die verblijf met behandeling willen leveren omdat cliënten structureel integrale behandeling nodig hebben, dit niet mogen, omdat er onvoldoende macrokader is. We horen ook dat er regio's zijn waar zorgkantoren de plaatsen met behandeling willen herverdelen over organisaties. Dit heeft weinig te maken met wat cliënten daadwerkelijk nodig hebben. Wij vinden het onacceptabel dat hierbij de financiële ruimte leidend is en niet wat de cliënt nodig heeft.	We hebben in het rapport opgenomen dat behoefte aan zzp met behandeling toeneemt. Contractering van verblijf met of zonder behandeling moet zorginhoudelijk gedreven zijn. Tevens hebben we in het rapport aangegeven dat het macrokader een belemmering vormt voor het inkopen van meer verblijf met behandeling.
7	LHV	a) Geluiden van leden (huisartsen) laten ons soms wel zien dat instelling/SO/huisarts van mening zijn dat Wlz met behandeling moet worden ingekocht, maar dat zorgkantoor hiermee dan niet akkoord gaat. Is het macrokader hier een knelpunt?	
7	ZN	a) Ja, dat herkennen wij. Uitgangspunt is dat in eerste instantie de klant de plek kiest waar hij/zij wil wonen. Dat is een plek al dan niet met behandeling. Daar sturen wij niet bewust op. Wel benoemt de notitie de belangrijkste elementen die zich voordoen bij de afweging om wel of niet in te gaan op een verzoek tot omzetting van het zzp van exclusief naar inclusief behandeling. Al jaren zijn we terughouden om alle intramurale zorg en VPT inclusief behandeling in te kopen. Aangezien de contractteerruimte krap is en wachtlijsten nog steeds toenemen, kunnen we door niet alles inclusief behandeling in te kopen, meer	Wij hebben uw reactie verwerkt in paragraaf 4.1.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		mensen van Wlz-zorg voorzien. Zorgkantoren beoordelen verzoeken tot omzetting van exclusief naar inclusief BH kritisch, ook vanuit het oogpunt van kostenbeheersing. Niet alle klanten in de Wlz hebben namelijk ook alle vormen van Wlz behandeling nodig. Het is dan aan de zorgaanbieder om aan te tonen waarom het voor de kwaliteit van zorg noodzakelijk is meer inclusief behandeling te contracteren. Als wij tot het oordeel komen dat de huidige afspraak niet langer tegemoetkomt aan de zorgzwaarte van onze klanten, passen wij het aan. Als we niet kritisch zijn, zou in de VV de balans snel wijzigen in het voordeel van inclusief BH. Daarnaast speelt dat zorgaanbieders zich er ook niet altijd bewust van zijn dat het om meer gaat dan alleen het regelen van behandelaars. Tandheelkundige zorg, farmacie etc. moeten ze ook allemaal inregelen. Dit is een stuk complexer dan alleen in dienst nemen van een SO of AVG Soms bepaalt de locatie/ groep of een klant in- of exclusief behandeling krijgt. Zo heeft een zorgkantoor een VV-zorgaanbieder toestemming gegeven om klanten om te zetten van exclusief naar inclusief behandeling omdat op de 40 Wlz-klanten zonder behandeling er maar liefst 30 verschillende huisartsen betrokken waren. Zorgvuldige professionele afstemming is dan niet meer goed mogelijk. Omdat de zorgaanbieder zo geen kwalitatief goede zorg kon garanderen is de betreffende locatie nu omgezet naar inclusief behandeling. En er zijn daarnaast ook zeker goede voorbeelden waarin te zien is dat ook bij verblijf exclusief behandeling en een goede samenwerking met de eerste lijn, ook aan wat zwaardere Wlz-cliënten nog kwalitatief goede zorg verleend wordt. b) Het beschikbare macrokader is zeker een knelpunt. Daarnaast is sprake van krapte op de arbeidsmarkt van SO's/AVG's. Met alleen voldoende geld ben je er nog niet. Voldoende beschikbaarheid van artsen (zowel huisartsen, SO en AVG) en een goede samenwerking tussen disciplines los je echter met alleen extra geld niet op.	
8	ZN	Bij VPT inclusief behandeling (wat niet dezelfde aanspraak kent als de behandelcomponent bij verblijf incl behandeling) vragen we aanbieders naar de afspraken met huisartsen over de samenwerking tussen huisartsen en SO's, omdat het bij deze leveringsvorm enkel over de Wlz-specifieke behandeling gaat die ingekocht wordt. Vaak is daar dan nog niet over nagedacht en vervalt het verzoek van de aanbieder alsnog, want een structurele samenwerking is blijkbaar niet zo makkelijk te organiseren nog. Dus we kopen vaker los enkele uren behandeling SO naast VPT in dan een structurele VPT incl behandeling. Bij de kleinere aanbieders die verblijf zonder behandeling, VPT of MPT leveren, merken we dat	Wij hebben uw reactie verwerkt in paragraaf 4.1.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		het samenwerken met huisartsen en inzetten van Wlz-behandeling wel eens een uitdaging vormt. Als aanbieders zover zijn dat ze vinden dat zij daar wel een verantwoordelijkheid in hebben, omdat hun zorgvragers een steeds complexere zorgvraag krijgen, wordt het alsnog lastig voor ze om structureel behandelaren aan zich te binden. Dan kan zijn vanwege de omvang van het aantal zorgvragers, maar soms ook omdat het hen aan staf ontbreekt die visie en beleid hierop kan opstellen. De samenwerkingsverbanden van SO's bieden hier soms hulp. Daarvan vragen we dan om ook een stukje opleiding en coaching van de andere aanbieder op zich te nemen, zodat de randvoorwaarden op orde komen en de basiszorg bij dat soort initiatieven naar een hoger niveau kan groeien. Daarnaast zien we regelmatig cliënten met crisis opgenomen moeten worden bij gecontracteerde zorgaanbieders doordat de zorg voorheen exclusief behandeling (met name in PGB setting) werd verleend. Daarnaast is het knelpunt dat uiteindelijk de zorgverzekeraar/ zorgkantoor verantwoordelijk is voor de medische zorg terwijl zorgaanbieders locaties kunnen starten (zeker in PGB)) zonder vooraf de medische dienst geregeld te hebben. In sommige regio's merken we dat er een tekort is aan beschikbare AVG's. Met sommige partijen maken we daarom afspraken over de inzet van AVG's bij bijvoorbeeld zorgaanbieders die MPT of VPT/ZZP zonder behandeling bieden. We krijgen echter signalen dat deze partijen niet (volledig) kunnen voldoen aan de vragen van zorgaanbieders/cliënten. Dat ligt voor de huisartsenzorg anders, omdat de Zvw contracteert. De knelpunten zijn in dit rapport afdoende aan bod gekomen.	
9	KansPlus	Ik kan me voorstellen dat het onderbrengen in één regime efficiëntie voordelen heeft. In het rapport wordt gezegd dat daarmee de hele keten met aan de ene kant de SO/AVG en aan de andere kante de huisarts in één regime zit. Maar de keten begint natuurlijk niet bij de AVG. Het begint al bij de begeleiding in de woongroepen. Er zal dus linksom of rechtsom ergens een knip komen. Als de AVG ingekocht gaat worden vanuit de ZVW zal er een knip komen tussen MGZ en de dagelijkse begeleiding. Omdat de WLZ zorgaanbieder financieel niet verantwoordelijk is voor de MGZ zal hij ook geen prikkel hebben om het kennisniveau van de begeleiding op het gewenste niveau te brengen. Het voorbeeld dat in de nota genoemd wordt waar een VS de tussenschakel gaat worden tussen de agogische begeleider en de MGZ zal ook een kostenpost worden voor de WLZ zorgaanbieder. Overigens weet ik niet of ik de constructie waarbij een cliënt alleen naar de huisarts of hap mag gaan als eerst de VS de noodzaak daarvan beoordeeld heeft een gewenste constructie is. De VS is een schaars goed in de gehandicaptenzorg en zeker voor buitenlocaties kan het een ongewenste vertraging geven als eerst een VS langs moet komen om te beoordelen of insturen naar de huisarts of hap noodzakelijk is. En hoewel ik van mening ben dat het kennisniveau van	Wij hebben in ons rapport benadrukt in het onderbrengen van MGZ in één regime leidt tot een nieuwe knip. Dat is onvermijdelijk. De keten "huisarts/SO/AVG" is beter geborgd, maar dat lost niet alles op. Naast de keuze voor een regime is vooral helderheid nodig over de richtlijnen, protocollen en samenwerkingsafspraken van de verschillende behandelaren.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		begeleiders ten aanzien van medisch/verpleegkundige zaken inderdaad verbeterd moet worden, is het ook niet wenselijk dat we teruggaan naar de tijd waarin verpleegkundigen de dienst uitmaken in de gehandicaptenzorg. Het is een andere sector dan de verpleeghuissector. Wat me nog niet duidelijk is uit bij een eventuele keuze voor inkoop van alle MGZ vanuit de ZVW bij wie de AVG dan in dienst is. In veel instellingen vervult de AVG op dit moment ook de rol van WZD functionaris in het kader van de WZD. Is dat nog mogelijk als de AVG vanuit de ZVW wordt ingekocht. In dat geval zou de WLZ zorgaanbieder dus de AVG moeten inkopen bij de ZVW. Dat levert dus weer meer administratieve lasten voor de zorgaanbieder op en dus ook weer het getouwtrek tussen zorgaanbieder en huisartsen wie welke inzet moet leveren. Het geheel overziend zou ik een lichte voorkeur hebben voor inkopen van de MGZ vanuit de ZVW omdat daarmee de MGZ voor mensen met een verstandelijke beperking het meest zeker gesteld lijkt te zijn. Wel met enkele kanttekeningen: - Deskundige triage, ook gefinancierd vanuit de ZVW bij de hap en de huisartsenpraktijken, waardoor de tussenkomst van de VS niet nodig is als een cliënt naar huisarts of hap gaat. - Bij inkoop van de zorg in het kader van de WLZ een prestatieverplichting voor de zorgaanbieders mbt het op het gewenste niveau brengen van de kennis van de dagelijkse begeleiding - Duidelijkheid over de positie van de AVG in het kader van de WZD	
9	NVAVG	Wij zien als beroepsvereniging voordelen in het onderbrengen in de Zvw. Helderheid in het regime, geen mogelijkheid voor huisartsen om de zorg te weigeren, etc. De door u geschetste productieprikkel lijkt ons met de huidige schaarste aan SO's en AVG's niet aan de orde. Bij keuze voor dit regime is het wel een voorwaarde, dat de financiering van multidisciplinair samenwerken beter geborgd is dan nu in de GZSP. Dus financiering MDO, ook zonder aanwezigheid van de patiënt. Daarnaast zijn er zorgen over de hoogte van het GZSP tarief en de vergoeding van reistijd. U weidt geen aandacht aan de consequenties voor het eigen risico bij deze keuze. Wij zouden zeer graag zien dat dit verdwijnt voor de gehele MGZ. Bij de keuze voor het regime Wlz schrijft u als positief punt dat de zorgaanbieder zich meer moet inspannen om de MGZ binnen de Wlz te borgen. Als hij daar echter geen middelen voor krijgt is dat een wassen neus.	Wij hebben inderdaad geen onderzoek verricht naar de consequenties van het eigen risico in de Zvw. De valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Afhankelijk van de positionering van MGZ moeten ook de gevolgen voor het eigen risico in de Zvw worden uitgewerkt. Over het MDO merken wij op dat de prestatie en tariefstructuur mede wordt beïnvloed door de prikkels in een stelsel. Als de bescherming van de patiënt voorop staat is het niet logisch om MDO zonder de patiënt (per uur) te financieren in een stelsel waarbij de MGZ, in casu de AVG onder het eigen risico valt en sprake is van een restitutiestelsel.
9	Per Saldo	Per Saldo onderschrijft de door u aangedragen punten. Wat echter nog lijkt te ontbreken is de keuzevrijheid om je eigen zorgverlener te kiezen. In de Zvw is met	Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder bijvoorbeeld het

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		art. 13 Zvw de vrije artsenkeuze geregeld. In de Wlz is dit niet zo expliciet opgenomen. Mogelijk dat wanneer MGZ wordt ondergebracht in de Wlz dit dus een inperking van de keuzevrijheid en eigen regie met zich mee kan brengen.	aspect van keuzevrijheid, die meegewogen kunnen worden in de afweging over de positionering van de artsenfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie.
9	Patiënten federatie	Het valt ons op dat het cliëntperspectief nagenoeg niet voorkomt in het rapport. Het is onvoldoende duidelijk welk probleem de geschetste veranderingen gaan oplossen voor cliënten. Ook is niet duidelijk wat voor- en nadelen van de oplossingen zijn voor cliënten. De onderwerpen die voor cliënten in ieder geval van belang zijn om mee te nemen, zijn de volgende: - Samenhangende zorg; Wlz cliënten hebben vaak meerdere complexe problemen, die om goede, samenhangende en gecoördineerde zorg vragen. In hoeverre leidt de oplossing tot samenhangende zorg? - Kwaliteit; Zoals genoemd is er vaak sprake van meerdere en complexe problemen of zorgvraag. Dat vereist specifieke zorg, waarvoor de juiste kennis en kunde noodzakelijk is. Die moet beschikbaar en toegankelijk zijn, zodat mensen erop kunnen rekenen dat de benodigde zorg er is en dat die goed is. - Behouden van eigen huisarts / Keuzevrijheid; De vraag of iemand wel of niet zijn eigen huisarts kan behouden bij verandering van woonvorm, en of de toegang tot de specialist ouderengeneeskunde goed is. We vinden het belangrijk dat mensen indien mogelijk en wenselijk hun eigen huisarts kunnen behouden. We vragen expliciet te maken wat de voor en nadelen van de oplossingsrichtingen zijn voor cliënten	We hebben in paragraaf 4.4.1 aandacht aan de verdere afweging besteed. Een keuze voor de Zvw of Wlz vraagt een zorgvuldige afweging. Zorginhoudelijk heeft deze kwetsbare groep patiënten een samenhangend pakket aan wonen, verzorging, begeleiding en behandeling nodig. MGZ is een onderdeel van het samenhangende pakket. Ook de zorg door de huisarts en SO/AVG moet dus op elkaar aansluiten. Dit raakt ook de keuzevrijheid van patiënten om een eigen artsen te kiezen. Het onderbrengen van MGZ onder één regime leidt onvermijdelijk tot een nieuwe afbakening van zorg die valt onder de Zvw of Wlz. Bij de verdere afweging van voor- en nadelen over de positionering van MGZ is de samenhang met onder andere verpleging en verzorging belangrijk. Ook moet worden bepaald welk perspectief voorop moet staan, kwaliteit van zorg of keuzevrijheid.
9	Ieder(in)	Als MGZ volledig onder Wlz zal vallen heeft de cliënt geen enkele vrije keuze meer in behandelaar. Ze zijn gebonden aan de behandelaar waarmee zorgaanbieder een contract afsluit. Verder kunnen wij ons vinden in de door u genoemde voor- en nadelen. Het kunnen uitwisselen van medische informatie blijft wel een groot aandachtspunt.	Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder keuzevrijheid, die meegewogen kunnen worden bij de verdere uitwerking.
9	ActiZ	We zijn van mening dat eerst naar het stelsel van de zorg voor ouderen gekeken moet worden alvorens naar de positionering van MGZ. De voor- en nadelen die zijn beschreven zijn op hoofdlijnen herkenbaar maar zullen niet voor alle Wlz-cliënten gelijk spelen. De focus van de NZa ligt in dit hoofdstuk sterk op het stelsel en de inkoop en niet op de zorginhoud. Voor ActiZ is de inhoud van zorg juist het vertrekpunt om te kijken hoe MGZ het beste gepositioneerd kan worden. We merken op dat bij positionering in de Zvw meer pluspunten lijken te worden weergegeven dan bij de positionering in de Wlz. In de praktijk levert positionering in de Zvw naar verwachting	Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder zorginhoudelijke aspecten, die meegewogen moeten worden bij de verdere uitwerking. We zien ook dat voor- en nadelen niet voor alle Wlz-patiënten dezelfde zullen zijn. De uiteindelijke afweging moet naar onze mening wel leiden tot een herkenbare positionering van de MGZ voor de Wlz-patiënt.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		veel complexiteit op zoals in het maken van (verkoop)afspraken met zorgverzekeraars. Zoals u aangeeft in het concept-rapport vraagt een verdere uitwerking een zorgvuldige afweging. Daarbij past het, zoals u beschrijft, de doelgroep, woonvorm, leveringsvorm en zorgzwaarte te betrekken. De afweging kan bijv. per leveringsvorm leiden tot verschillende uitkomsten hoe de MGZ geregeld moet worden.	
9	VGN	De VGN vindt het belangrijk om bij de keuze van de positionering een zorgvuldige afweging te maken en daarbij rekening te houden met de in het rapport genoemde aspecten, zoals doelgroep en leveringsvorm. Mogelijk valt de afweging per aspect anders uit. De populatie in de gehandicaptenzorg is heel divers, er zijn mensen met een lichamelijke, visuele, auditieve en/of verstandelijke beperkingen en mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Ook zijn niet alle genoemde voor- en nadelen voor alle leveringsvormen in gelijke mate aan de orde. **Positionering van MGZ in de Zvw:** Het eerstgenoemde voordeel dat het in lijn is met mensen zonder Wlz-indicatie lijkt ons voor de ghz niet van doorslaggevend belang. Een Wlz indicatie levert wel meer verschillen op ten opzichte van niet-Wlz-geïndiceerden. Als nadeel zien wij verder: het bemoeilijkt de samenhang met andere onderdelen van het integrale zorgaanbod, met name de samenwerking met gedragskundigen, paramedici, verpleegkundigen en begeleiders. Behandeling aan ghz cliënten in de Wlz zien wij als het geheel van interventies dat door de verschillende behandelaren, inclusief AVGs en huisartsen, wordt gegeven, en kan ook bestaan uit mediërende behandeling door begeleiders. (zie ook de VGN position paper "Behandeling in de Wlz'). In de rapportage wordt aangegeven dat de coördinatie en afstemming tussen Wlz-aanbieder en MGZ aanbieder nu ook een aandachtspunt is bij verblijf zonder behandeling, maar dat geldt alleen voor de huisarts, niet voor de AVG. Een ander nadeel bij positionering in de Zvw is dat taakherschikking naar verpleegkundigen en verpleegkundig lastiger is, die zijn immers wel bij de zorgorganisatie in de Wlz gepositioneerd. Daarnaast is de bekostiging van huisartsenzorg in de Zvw in zijn huidige vorm onvoldoende voor intensieve zorg en/of zorg voor kwetsbare cliënten in de ghz. **Positionering van MGZ in de Wlz:** Een niet benoemd voordeel van MGZ in de Wlz is de samenhang in het zorgaanbod voor cliënten. Zie de opmerking bij MGZ in de Zvw over behandeling aan cliënten in de Wlz en over de taakherschikking. Daarnaast is kan het genoemde punt van de machtspositie van de huisarts(enpost) worden voorkomen door tarieven voor deze diensten vast te stellen (te reguleren) en verplicht te stellen	Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder zorginhoudelijke aspecten, die meegewogen moeten worden bij definitieve besluitvorming. We zien ook dat voor- en nadelen niet voor alle Wlz-patiënten dezelfde zullen zijn. De uiteindelijke afweging moet naar onze mening wel leiden tot een herkenbare positionering van de MGZ voor een Wlz-patiënt.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		om cliënten uit de Wlz te accepteren.	
9	V&VN	Het gaat hierbij om huisartsgeneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen. Wat V&VN betreft is de huisarts als voorziening (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden) in de lead in de Zvw, samen met de wijkverpleegkundige. V&VN ziet niet de meerwaarde van het opereren in de eerstelijn van de SO en de AVG. Dit zijn specialisten die op aanvraag van de huisarts (of een verpleegkundig specialist bij de huisarts) geconsulteerd moeten kunnen worden.	De positionering van de SO/AVG in de eerste lijn valt buiten de scope van ons onderzoek.
9	InEen	Herkenbaar.	
9	LHV	Positionering onder de Zvw: - Het voordeel dat positionering van MGZ onder de Zvw betekent dat dit in lijn is met cliënten zonder Wlz-indicatie, herkennen wij niet als een voordeel. Patiënten met een Wlz-indicatie hebben een integraal pakket aan zorg nodig. Voor patiënten zonder Wlz indicatie geldt dit niet, of in veel mindere mate. Een belangrijk voorbeeld is de 24 uurs zorg (care). - Als groot nadeel herkennen wij inderdaad ook de afstemming van zorg. Wie is dan verantwoordelijk om te zorgen voor een integraal pakket aan zorg, inclusief medische zorg? Daarnaast blijft een deel van de zorg voor Wlz cliënten dan toch onder de Wlz (Zoals zorg en verpleging), dus dit zorgt alsnog voor versnippering. - Daarnaast zullen huisartsen ervaren dat zij opeens verantwoordelijk zullen zijn voor een 'nieuwe' groep patiënten die voorheen onder de verantwoordelijkheid van het verpleeghuis viel. Hierdoor zal de werkdruk en last onder huisartsen alleen maar verder toenemen. Het aantal patiënten per huisarts zal te klein zijn om goede expertise op te bouwen voor een aanvullend huisartsen aanbod en de kans dat de zorg verder versnipperd wordt groter. Dit is dus een groot nadeel van deze oplossing. Het moge duidelijk zijn dat wij geen voorstander zijn van deze oplossing. Positionering onder de Wlz: De voor en nadelen hier herkennen wij wel. Voor de nadelen zijn wel oplossingen te vinden namelijk: - Maak landelijke financiële kaders voor afspraken tussen aanbieder en huisarts/HAP - Zorg dat er een oplossing gevonden wordt voor ondersteuning in declaratie proces - Zorg dat er een oplossing gevonden voor informatie uitwisseling tussen aanbieder en huisarts - Zorg voor goede randvoorwaarden bij zorgaanbieders, zodat huisartsen zich ook minder terug trekken van deze zorg. Zorg hierbij voor een regionale tafel olv zorgkantoor.	**Positionering onder de Zvw** Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder zorginhoudelijke aspecten, die meegewogen moeten worden bij verdere uitwerking. We hebben in pararaaf 4.4.1 aangeven dat het onderbrengen van MGZ onder één regime onvermijdelijk leidt tot een nieuwe afbakening van zorg die valt onder de Zvw of Wlz. Over de toename van de werkdruk onder huisartsen als gevolg van een overheveling van zorg naar de Zvw merken wij op dat een domeinwijziging op zichzelf meestal niet maakt dat een zorgverlener meer of minder verantwoordelijkheid krijgt. Meerdere aanbieders kunnen in principe dus verantwoordelijk zijn voor het bieden van een stukje zorg. Samenwerkingsafspraken moeten duidelijkheid geven wie wat doet en wie wanneer verantwoordelijk is. **Positionering onder de Wlz** De LHV pleit voor afspraken over het werken aan betere randvoorwaarden. Het concept convenant voor de ghz vinden wij een initiatief dat navolging verdient voor de doelgroep vv.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
			In hoofdstuk 5 geven we aan dat er behoefte is aan regionale sturing. Bijvoorbeeld door het zorgkantoor of de zorgverzekeraar afhankelijk van waar de MGZ wordt gepositioneerd.
9	Verenso	Als we kijken naar wijzigingen in het stelsel zou het uitgangspunt de zorg voor kwetsbare ouderen moeten zijn . De inhoud en kwaliteit van de zorg aan de patiënt is het vertrekpunt. De positionering van de MGZ zou daaruit moeten volgen. De voor- en nadelen die zijn beschreven zijn op hoofdlijnen herkenbaar maar zullen niet voor alle Wlz-cliënten gelijk spelen. De focus van de NZa ligt in dit hoofdstuk sterk op het stelsel en de inkoop en niet op de zorginhoud. Hierin kunnen wij ons niet vinden. Specialisten ouderengeneeskunde hebben de zorg aan individuele cliënten en kwaliteit van zorg juist als uitgangspunt. Wanneer het gaat over het stelsel wordt bij positionering in de Zvw bovendien een belangrijk nadeel weggelaten. Onze ervaring in de praktijk is dat het administratief zeer belastend kan zijn voor specialisten ouderengeneeskunde, met name in kleine samenwerkingsverbanden om afspraken met de verschillende zorgverzekeraars te maken. Het is een tijdrovend en complex proces. De administratieve lasten voor de specialisten ouderengeneeskunde worden hierdoor eerder groter.	Een keuze voor de Zvw of Wlz vraagt een zorgvuldige afweging. Zorginhoudelijk heeft deze kwetsbare groep patiënten een samenhangend pakket aan wonen, verzorging, begeleiding en behandeling nodig. MGZ is een onderdeel van het samenhangende pakket. Ook de zorg door de huisarts en SO/AVG moet dus op elkaar aansluiten. Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder zorginhoudelijke aspecten, die meegewogen moeten worden bij de verdere uitwerking. Over de administratieve lasten merken wij op dat SO's en zorgverzekeraars nu ook al samen afspraken maken over GZSP.
9	ZN	ZN herkent de beschreven voor- en nadelen. We zien dat de voor- en nadelen nog enkel op hoofdlijnen zijn beschreven. Het is noodzakelijk om alle (praktische) consequenties met de betrokken stakeholders in beeld te brengen, voordat er beslist wordt. Bij verder uitwerking moet ook oog zijn voor: voldoende huisartsencapaciteit, volgbeleid/representatie, ER in de Zvw, effect op premie, verevening. Op hoofdlijnen zien we het volgende: - het onderbrengen van alle MGZ in de Zvw maakt het moeilijker om te sturen op integrale behandeling/zorg. Daarnaast krijgt de intramurale Wlz-aanbieder te maken met de gevolgen van divers beleid van verschillende zorgverzekeraars. Het zou echter wel duidelijk kunnen scheppen voor zorgverleners én zorgvragers. De complementariteit van de verschillende artsen kan er een impuls door krijgen en voor meer eenduidigheid in taal en visie zorgen. Het kan wel een negatief effect hebben op de integraliteit van zorgverlening binnen de intramurale Wlz. - het onderbrengen van alle MGZ in de Wlz verhoogt de administratieve last bij de huisarts omdat deze dan met meer verschillende financieringsvormen gaat werken. Het is voor de cliënt duidelijker dat hij bij een Wlz-indicatie alle zorg vanuit de Wlz ontvangt.	Wij hebben in ons rapport benadrukt dat verdere uitwerking van de positionering in de Wlz of Zvw een vraagt om een zorgvuldige dialoog met alle betrokkenen. Wij hebben ons vooralsnog beperkt tot de voor- en nadelen op hoofdlijnen. De door ZN genoemde punten passen daar ook bij. Over de positie van zorgkantoren t.o.v huisartsen merken we in ons rapport op dat bij het scenario dat de MGZ wordt overgeheveld naar de Wlz de positie van de huisarts t.o.v. de inkoper, zorgkantoor of Wlz-aanbieder van verblijf, nadrukkelijk aandacht behoeft. Met betrekking tot het punt dat mensen met een Wlz andere zorg behoeven dan mensen zonder indicatie merken wij op dat de toegang tot de Wlz niet is

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		Daarbij enkele aanvullingen - De bekostiging van deze zorg in de VV is niet eenvoudig om uit te leggen. De kennis van ervaren collega's zorginkopers en ervaren controllers bij zorgaanbieders is vaak nodig om te komen tot goede afspraken en juiste declaraties. - De administratieve lastenverlichting voor Zvw-aanbieders kan leiden tot lastenverzwaring voor Wlz-zorgaanbieders, zij zijn namelijk contractpartijen. - Het nadeel dat er onderscheid komt tussen mensen met en zonder Wlz-indicatie is in onze ogen een voordeel. Wlz-klanten vragen iets anders dan klanten zonder Wlz-indicatie. Dat legitimeert de Wlz. - Bij het scenario naar Zvw is het de vraag of Zvw voldoende kennis heeft en daarmee aandacht kan hebben voor de specifieke doelgroepen binnen de gehandicaptenzorg. Voor VV, LG en GGZ speelt dit argument in onze ogen minder. - Nadeel bij scenario naar WLZ: als we het goed begrijpen blijft dan het verschil bestaan tussen VPT en ZZP-cliënten. Als zorgkantoren ook behandeling moet inkopen voor klanten met VPT/extramurale zorg, moet zorgkantoren heel veel contracten afsluiten met huisartsen en HAP. Zorgkantoren hebben weinig positie in deze gesprekken. - Wij verwachten dat zorgaanbieders met vooral Wlz-klanten dat zij opteren voor de variant 'bekostiging via de WLZ' om het administratief zo eenvoudig mogelijk te houden. - Als de keuze wordt gemaakt voor de Zvw, is het noodzakelijk actief te sturen op bekende risico's zoals de onbekendheid van de Zvw met de gehandicaptenzorg. We hebben moeite met de verwijzing naar de zorgplicht van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Er moet dan voldoende aandacht zijn voor sturingsmogelijkheden, helemaal in het licht van de beschikbaarheid van voldoende zorg. Zorgplicht is bijvoorbeeld lastig na de leven als huisartsen en masse zouden weigeren zorg te leveren (onder welke begrijpelijke argumenten dan ook) of als Wlz-zorgaanbieders gewoonweg geen SO kunnen vinden. Er is veel te zeggen voor regionale regie, maar het is de vraag of het zorgkantoor op dit specifieke punt die regie kan nemen. Het gaat namelijk om een relatief kleine groep klanten ten opzichte van de populatie 'gezonde' mensen. We pleiten voor terughoudendheid met deze kernboodschap. Daarbij is een van de verder te verkennen mogelijkheden voor ZN om voor de sector GZ mogelijk een andere keus te maken dan voor de ouderenzorg (en GGZ). De GZ-cliënt verblijf vaak levenslang (i.t.t. 2-3 jaar in de V&V) in de Wlz en verhuist vaak op jonge leeftijd al en komt dan bij de huisarts terecht die afspraken heeft met de Wlz-aanbieder. Er is nauwelijks populatie GZ buiten de Wlz. Daarnaast is de zorg tussen huisarts en AVG voor deze groep	gebaseerd op de mate dat een patiënt MGZ behoeft maar op de mate dat 24/7 toezicht en zorg in de nabijheid nodig is. De behoefte aan behandeling speelt bij de indicatiestelling geen rol. Dat maakt het lastig voor ons om te beoordelen of een Wlz-patiënt andere MGZ behoeft dan een niet-Wlz patiënt. Wij hebben onze kernboodschap over de regierol niet aangepast n.a.v. de consultatie. Voorkomen moet worden dat huisartsen zorg weigeren. Niet alleen de werkdruk is een reden voor huisartsen om contracten op te zeggen, ook de invulling van de randvoorwaarden. Het zorgkantoor heeft ons inziens wel, als financier, invloed op de Wlz-aanbieders van verblijf en kan bijvoorbeeld de aanwezigheid van voldoende deskundige personeel op de groep agenderen of de beschikbaarheid/bereikbaarheid van de SO/AVG arts en samen met de zorgaanbieders kijken hoe hier invulling aan te geven. Dat hier mogelijkheden voor zijn blijkt ook uit voorbeelden die door zorgkantoren zijn genoemd tijdens de consultatie en de interviews.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		duidelijker te 'knippen' dan in de ouderenzorg tussen huisarts en SO. De AVG behandelt in nauwere samenwerking met andere disciplines als GZ-psychologen, speltherapeuten, etc.. Bovendien worden in de GZ al heel lang huisartsen ingezet voor huisartsenzorg, ook vanuit de Wlz-inclusief behandeling. De knelpunten die in het consultatiedocument genoemd worden, doen zich dan ook voornamelijk voor in de ouderenzorg. De ouderenzorg daarentegen is zowel een wezenlijk onderdeel in de Zvw als in de Wlz, maar qua tijdsduur verblijven de meeste ouderen enkel heel kort in het Wlz-domein. Gevoelsmatig zou de voorkeur dan uitgaan naar het onderbrengen van MGZ voor ouderen in het Zvw-regime. Het zou duidelijk scheppen voor zorgverleners én zorgvragers. De complementariteit van de verschillende artsen kan er een impuls door krijgen en voor meer eenduidigheid in taal en visie zorgen. Het kan wel een negatief effect hebben op de integraliteit van zorgverlening binnen de intramurale Wlz. De SO heeft daar een coördinerende en coachende rol. De vraag is of dat dit behouden blijft, als deze artsen zich fysiek meer terugtrekken uit de instelling. Aan de andere kant zien we wel al goede voorbeelden van samenwerkende SO's die ondanks hun externe positie toch ook die taak op zich nemen ten opzichte van dagelijkse zorgverleners van hun cliënten. Die consequenties maken, denken wij, duidelijk dat zorgvuldigheid en tijd belangrijk zijn bij het vervolg. Er zal hoe dan ook voldoende overgangsperiode nodig zijn om regionaal te kunnen bekijken en afstemmen hoe de zaken anders ingevuld moeten/kunnen worden. Vroegtijdige besluitvorming geeft wel duidelijkheid over waar naartoe te groeien met elkaar.	
10	NVAVG	Mee eens, met inachtneming van het bovenstaande bij vraag 9.	
10	ZIN	Eens met het onderbrengen van MGZ in een regime. Maar zorg er hierbij wel voor dat de MGZ voor Wlz-cliënten in een instelling ten laste van de Wlz komt. Voor thuiswonende cliënten hebben wij geen duidelijke voorkeur onder welk regime de MGZ zou moeten vallen. Toelichting: Het advies om de MGZ onder één domein te laten vallen, strookt volledig met ons advies over behandeling, en we onderschrijven die conclusie volledig. Wij zijn zelf verder gegaan in ons advies, en hebben expliciet gekozen voor de Wlz. Het gaat hierbij niet alleen om de Wlz-behandeling maar ook om de andere aanvullende zorgvormen. Ons advies had alleen betrekking om intramurale zorg en zorg die daar op lijkt. De redenen daarvoor is de noodzakelijke integraliteit van de zorg voor de cliënten in een Wlz-instelling. De medische zorg en gedragskundige behandeling zullen vaak interactief moeten zijn, en de behandeling moet ook worden afgestemd met de verpleging, verzorging en begeleiding.	De NZa heeft zelf niet een voorkeur voor de Wlz of Zvw voor mensen die in een instelling verblijven, maar de voor- en nadelen van ieder regime vanuit de bekostiging en zorginkoop beschreven waarbij wij rekening houden met de toegankelijkheid van de artsenzorg. Ook wij zien vanuit de bestudeerde casuïstiek over de toegankelijkheid voor de artsenzorg dat als de verpleging, verzorging en begeleiding wordt gescheiden van de artsenzorg het belang van overeenstemming over ieders kennis en kunde neergelegd in richtlijnen, protocollen en samenwerkingsafspraken.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		Dat is niet goed mogelijk als de medische zorg (hoe je die ook noemt) uit de Zvw komt en de rest vanuit de Wlz. Want in de Zvw is het onvermijdelijk dat er verschillende (generalistische) behandelaars in een instelling lopen, en ieder voor zich afspraken moeten maken, moeten afstemmen etc, waarbij de eenduidigheid van beleid niet is gegarandeerd. Dat is voor de directe zorgverleners ondoenlijk. Daarom zijn wij van mening dat de MGZ voor de intramurale Wlz-cliënten in de Wlz moet worden ondergebracht. Maar dat hoeft niet per se te gelden voor de Wlz-cliënten die thuis wonen. Voor Wlz-cliënten die thuis wonen komt de huisartsenzorg nu ten laste van de Zvw. De Wlz-specifieke behandeling komt ten last van de Wlz. Wij zien het als een grote verbetering als de MGZ voor de thuiswonende cliënten onder één domein valt. Of dat de Wlz is of de Zvw heeft verschillende voor- en nadelen. Zorg ervoor dat de beroepsrichtlijnen van de huisarts, SO en AVG voor cliënten met een Wlz-indicatie op elkaar aansluiten. Deze boodschap onderschrijven wij ook. Wij zien dat de zorg door huisarts en SO en de huisarts en AVG complementair kan zijn (al is de overlap tussen huisarts en SO wat groter dan tussen huisarts en AVG). Hierdoor is het wenselijk dat de beroepsrichtlijnen deze complementariteit ondersteunen. Tegelijkertijd zien wij ook in dat de scheidslijn tussen de huisarts en SO en tussen huisarts en AVG niet altijd helder te trekken is, vanwege de aanvullende opleiding of ervaring van de huisarts. De richtlijnen moeten onzes inziens daarom ook ruimte bieden voor aanvullende specialisatie.	Ons is opgevallen dat zorgverleners opvallend vaak hebben genoemd dat de mate waarin gedragsproblemen zich voordoen van invloed is op de behoefte aan integrale zorg en de overplaatsing naar een locatie met een zzp met behandeling. Daarom hebben wij aangegeven dat in de besluitvorming ook de zorgzwaarte/zorginhoud van de patiënten moet meewegen.
10	Per Saldo	Per Saldo onderschrijft de kernboodschap dat het duidelijker is als de zorg onder één regime wordt gebracht. Hierbij moet duidelijk zijn dat de huisartsenzorg momenteel niet met pgb is in te kopen en dat zou ook bij een nieuwe variant niet nodig moeten zijn. Voor een budgethouder is het van belang dat hij gewoon een beroep kan doen op de MGZ, net als nu. Hoe dit vervolgens gefinancierd wordt is minder relevant. Belangrijk is dat de budgethouder in de Wlz moet kunnen kiezen voor welke huisarts ze kiezen (net als dat voor ieder ander in Nederland ook belangrijk is). Bij wisseling van regime (bijv. van Wmo naar Wlz) is het ook belangrijk dat dezelfde huisarts gehouden kan worden. De eigen regie en keuzevrijheid moet hierbij voorop staan. In hoofdstuk 5 wordt nog expliciet genoemd dat huisartsen en MGZ onderling de zorg borgen, juist op elkaar afschuiven. Wij zien dit ook gebeuren in kleinschalig wonen en onderschrijven daarom ook de kernboodschap.	Wij vatten de reactie van de Per Saldo op als een ondersteuning van de aanbevelingen in ons rapport.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		Per Saldo onderschrijft ook dat de beroepsrichtlijnen op elkaar moeten aansluiten, aanvullend de opmerkingen dat het goed is om in de richtlijnen ook expliciet rekening te houden met het pgb en wie dan verantwoordelijk is voor welke zorg.	
10	Patiënten federatie	Het onderbrengen in één regime steunen wij. Dit lijkt ons een voorstel dat in samenhang bekeken moet worden met het voorstel dat de commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen heeft gegeven en de voorstellen die daar uiteindelijk uit voortvloeien. In het rapport "Oud en zelfstandig in 2030" adviseert de commissie om de zorg voor ouderen die thuis wonen uit de Wlz te verschuiven naar de Zvw en Wmo. In onze reactie op het rapport merken we daarover het volgende op, hetgeen we ook in deze context van belang vinden: "De verschuiving van zorg voor thuiswonende ouderen uit de Wlz naar de Zvw en Wmo kan, mits de randvoorwaarden goed in kaart zijn en in acht worden genomen. Als je vanwege zorgvraag of ondersteuningsbehoefte moet verhuizen naar een verpleeghuis of kleinschalige woonvorm (intramuraal) is dat een logisch moment voor het aanvragen van een Wlz indicatie. Daarbij moet ook de sociale context worden meegewogen. Tot dat moment organiseren ouderen zelf hoe ze hun zorg en ondersteuning inrichten." Het aanbrengen van nieuwe grenzen, verschuivingen van zorg of samenvoeging in één regime moeten in onze ogen altijd bijdragen aan vereenvoudiging voor de cliënt, betere samenwerking en tenminste gelijke kwaliteit van zorg. Daarom is het belangrijk dat de voor- en nadelen voor cliënten van oplossingsrichtingen helder zijn en zwaarwegend meetellen. - We vragen alle voor- en nadelen voor cliënten van bepaalde oplossingsrichtingen zwaar mee te wegen bij te kiezen oplossingsrichtingen - We vragen om het voorstel voor het onderbrengen van MGZ in één regime in samenhang met de adviezen van de Commissie Toekomst zorg thuiswonenden ouderen te bekijken Tenslotte benoemen we nog graag het volgende. We hebben te maken met personeelstekorten in de zorg. Bijvoorbeeld een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde, maar ook aan huisartsen. Het is dus vooral de vraag hoe je daar goed en cliëntgericht mee om gaat. Goede triage en een huisartsenpraktijk dat als team functioneert helpen daarbij, evenals digitale technieken die de toegang vereenvoudigen. Bovendien maken we ons zorgen om de zorg in ANW-uren. Cliënten moeten zowel overdag als in de ANW uren kunnen rekenen op goede en eenvoudig toegankelijke medisch generalistische zorg.	Wij vatten de reactie van de Patiëntenfederatie op als een ondersteuning van de aanbevelingen in ons rapport. Wij hebben met name de voor- en nadelen die met de inkoop en bekostiging verband houden in kaart gebracht. Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder aspecten vanuit zorginhoud en individuele keuzevrijheid, die meegewogen moeten worden bij de verdere uitwerking.
10	Ieder(in)	In het geheel niet. Er moet een vrije keuze zijn wie je behandelaar is. Niet degene die in dienst is bij je zorgaanbieder (die al je werkgever, huurbaas etc is)hoeft je huisarts te zijn. Er moet	Behalve Ieder(in) onderschrijven partijen het onderbrengen van MGZ in één regime.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		een eigen keuze bestaan om buiten de instelling je eigen vertrouwde huisarts/ tandarts te kiezen (of te behouden) Daarnaast moet het altijd mogelijk zijn net zoals onder de ZVW ook bij zorg uit de WLZ een ander / duurder verzekeringspakket te kiezen waardoor er extra zorg kan worden ingekocht. wij willen ook nadrukkelijke vragen de laag onder de artsen beter te organiseren. Als deze laag zowel in ouderenzorg als gehandicaptenzorg beter georganiseerd wordt kan het beroep op de artsen afnemen of voorkomen worden.	Uiteraard zijn er nog meer aspecten, bijvoorbeeld vanuit het perspectief van de patiënt, die bij de verdere uitwerking moeten worden meegewogen. In het hoofdstuk hebben wij de tekst op dit punt dan ook verduidelijkt. Dat wil overigens niet zeggen dat ons advies de keuzevrijheid van patiënten niet raakt. Wij hebben onderzoek verricht naar concrete signalen vanuit het veld over de afnemende toegankelijkheid van de MGZ. Onze aanbevelingen dragen bij aan een effectieve en efficiënte inzet van beschikbare artsen en verbeteren daarmee keuzevrijheid. Als er (onnodig) minder artsen beschikbaar zijn door een ondoelmatige organisatie van de zorg dan beperkt dat immers ook de keuzevrijheid.
10	ActiZ	Bij cliënten die zijn aangewezen op Wlz-zorg is sprake van een grote mate van kwetsbaarheid. Zij hebben voor hun intensieve zorgvraag samenhangende en interdisciplinaire zorg nodig, gecoördineerd door de zorgaanbieder. Dat het huidige aanbod van de medisch-generalistische zorg (MGZ) versnipperd en complex is, zoals u in het concept-rapport aangeeft, wordt dagelijks in de praktijk ervaren. Het gaat om knelpunten als de hoeveelheid huisartsen die bij de zorgorganisatie betrokken zijn, huisartsen die terughoudend zijn of Wlz-cliënten weigeren, problemen rond de avond-, nacht en weekenddiensten, schaarste van specialisten ouderengeneeskunde, veel afstemming, foutgevoeligheid etc. Tegelijkertijd zien we het aantal ouderen met (en zonder) een Wlz-indicatie fors toenemen, een trend die voorlopig doorzet. De groeiende kloof tussen de behoefte aan en de beschikbaarheid van zorg voor ouderen zal de komende jaren onze permanente aandacht vragen en krijgen. Vanuit ActiZ zetten we ons hiervoor dan ook intensief in om de zorg voor ouderen ook op lange termijn mogelijk te houden. Ook het ministerie van VWS wil komen tot nieuwe contouren van een houdbaar zorgstelsel en presenteert deze voor de zomer 2020. Borgen samenhang Wij vinden het voor de zorg van belang dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de Wlz-zorg kunnen nemen zodat de kwetsbare cliënten de benodigde zorg vanuit meerdere disciplines samenhangend kunnen ontvangen. Vanuit die optiek kijken we naar het concept-rapport.	Wij vatten de reactie van ActiZ op als een ondersteuning van ons advies. Meer specifiek geeft ActiZ aan dat een stelselwijziging en afgestemde beroepsrichtlijnen het probleem van schaarste niet oplossen. De NZa meent dat een stelselwijziging en afgestemde richtlijnen er aan bijdragen dat de schaarse capaciteit op een passende en doelmatige wijze wordt ingezet.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		De eerste kernboodschap in het concept-rapport luidt dat MGZ in één wettelijk regime moet worden ondergebracht, de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarbij geeft u aan dat in een intensieve verkenning gekeken moet worden naar onder meer doelgroep, woonvorm, zorgsoort/leveringsvorm en zorgzwaarte. Wij herkennen dat, niet alle voor- en nadelen zullen het zelfde zijn. Een dergelijk onderzoek kan tot verschillende uitkomsten leiden. Wij zijn daarbij van mening dat: - het vraagstuk niet los kan worden gezien van de discussie over nieuwe contouren van het zorgstelsel en daarmee van de reikwijdte van de Wlz en (Wlz-)zorg thuis/Zvw; - goed gekeken moet worden hoe de cliënt de benodigde interdisciplinaire samenhangende zorg kan ontvangen, en - goed gekeken moet worden hoe de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid voor de coördinatie kan realiseren. Eerst zal er dus zicht moeten zijn op de inrichting van het stelsel alvorens deze in te richten met samenhangende besluiten over de MGZ. Onze eerste verkenning van de mogelijkheid om MGZ onder te brengen bij de Wlz of Zvw laat zowel nieuwe beperkingen als verbeteringen zien, bijv. in de positie van de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts in relatie tot de interdisciplinaire zorg die gecoördineerd en geleverd moet worden. Een dergelijke omvangrijke aanpassing vergt uiteraard nader onderzoek om zicht te krijgen hoe de organiseerbaarheid zorg vergroot kan worden. Dat onderzoek moet vertrekken vanuit de inhoud van zorg waarbij mogelijke vernieuwingen als taakdifferentiatie, de inzet van verpleegkundig specialisten etc. nadrukkelijk betrokken dienen te worden. De tweede kernboodschap dat de beroepsrichtlijnen van o.a. de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde op elkaar moeten aansluiten is uiteraard van groot belang en evident. Ook hier past de nodige aandacht voor vernieuwing en herschikking. Een stelselwijziging en afgestemde beroepsrichtlijnen lossen echter het probleem van schaarste niet op. Het gaat erom dat de schaarse capaciteiten op juiste wijze en doelmatig worden ingezet.	
10	VGN	De VGN onderschrijft de kernboodschappen die u formuleert. Bij de eerste kernboodschap over het onder één regime onderbrengen, vinden wij het zeer van belang dat per sector en per leveringsvorm wordt gekeken naar de voor- en nadelen. Mogelijk volgt hieruit een ander beeld per aspect. De tweede kernboodschap past bij de afspraken die wij hebben opgenomen in het convenant MGZ voor de ghz. Hierin is zowel afgesproken dat gekeken gaat worden naar de leidraad van de LHV als naar de eerder gemaakte gezamenlijke handreiking samenwerking huisarts & AVG van de NVAVG en de LHV. Daarnaast is daarin afgesproken dat zorgkantoren en zorgverzekeraars de gesprekken faciliteren tussen huisartsen, AVG's en bestuurders van zorginstellingen in de regio's waar contractopzeggingen/knelpunten worden ervaren.	Wij vatten de reactie van de VGN op als een ondersteuning van ons advies. De nadere uitwerking van de voor- en nadelen per sector en leveringsvorm en het convenant zijn opgenomen in ons rapport.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
10	V&VN	V&VN heeft moeite met een regime waarbij huisartsgeneeskundige zorg geleverd kan worden bij mensen buiten een zorginstelling door SO/AVG onder de Zvw. Dit gaat in tegen het principe van de huisarts (en de wijkverpleegkundige) als poortwachter van de gezondheidszorg. Er wordt dan specialistische zorg (door SO/AVG) ingezet in een te vroeg stadium, hetgeen leidt tot medicalisering in een zorgstelsel waar juist minder de nadruk op het medisch model moet komen te liggen, ten faveure van het bio-psychosociale model waarbij ook het welzijn, de waardigheid en de kwaliteit van leven van de cliënt centraal staan. 2. Betrek hierbij ook andere partijen, zoals wijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.	De rol van de huisarts als poortwachter staat los van het al dan niet onderbrengen van MGZ in de Zvw of Wlz. De NZa is van mening dat beide modellen (het medische en bio-psychosociale) naast elkaar kunnen (en zelfs moeten) bestaan en elkaar niet hoeven uit te sluiten.
10	InEen	InEen kan beide kernboodschappen onderschrijven. Medisch-inhoudelijk sluit InEen aan bij de beantwoording vanuit de LHV.	
10	LHV	Belangrijkste oplossing is 1 partij verantwoordelijk te maken om de integrale zorg (inclusief de medische zorg) te leveren die een patiënt nodig heeft en dit goed te organiseren. Dit staat los van alles onder het ene of het andere regime te brengen, hiermee schept je absoluut geen duidelijkheid in wie wat moet organiseren. Daarbij kan het zeker helpen als beroepsgroepen de richtlijnen en handreikingen die er zijn tegen het licht houden en bekijken of deze een update behoeven en of er meer samenhang nodig is.	Wij zijn van mening dat het onderbrengen in één regime de onduidelijkheid voor de MGZ kan verminderen. We geven met onze tweede kernboodschap aan dat er meer nodig is. Er ligt wat de NZa betreft een opdracht voor huisartsen, so's en avg's en Wlz-aanbieders om gezamenlijk ervoor te zorgen de landelijke beroepsrichtlijnen, protocollen en samenwerkingsafspraken helder zijn.
10	Verenso	In uw voorliggende onderzoek ontbreekt de visie vanuit de patiënt. Wat betekent een dergelijke wijziging in het dagelijks leven van een kwetsbare patiënt. Er wordt o.i. te veel vanuit het stelsel gedacht en te weinig vanuit de zorgbehoefte van de kwetsbare patiënt. Een stelselwijziging waarin MGZ onder één regime zou vallen zou daarom eerst moeten worden onderzocht vanuit een groter perspectief. Welk probleem wordt nu precies opgelost? Als het gaat om afstemmen van richtlijnen tussen de verschillende beroepen om de zorg in de keten beter op elkaar aan te laten sluiten, dan kunnen wij deze onderschrijven. Er lopen op dit vlak al verschillende initiatieven. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat het probleem van schaarste hiermee niet wordt ondervangen! Dat zou meer moeten komen door invullen van de randvoorwaarden om goed werk te doen. Denk bijvoorbeeld aan ondersteuning van de specialist ouderengeneeskunde door een medisch secretariaat. Of aan het aanwezig zijn van voldoende geschoold personeel op de kleinschalige woonvorm. Maar ook goed beleid ten aanzien van veiligheid en beschikbaarheid van elektronische patiëntendossiers.	Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder het patiëntperspectief, die meegewogen moeten worden bij de verdere uitwerking. Het lijkt ons goed dat evenals in de ghz gewerkt wordt aan een gezamenlijke afspraken over de randvoorwaarden voor MGZ voor de vv. Dit hebben we ook opgenomen in hoofdstuk 5 van het rapport. Meer specifiek geeft Verenso aan dat een stelselwijziging en afgestemde samenwerkingsafspraken het probleem van schaarste niet oplossen.

Bijlage 4b : consultatiereacties

Bijlage bij het rapport "Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten".

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		Daarbij komt het belang van het werven van voldoende SO voor de opleiding. Hiervoor zijn zaken als een vast co-schap, voldoende ouderengeneeskunde in het curriculum en een goede beloning van groter belang.	De NZa meent dat een stelselwijziging en afgestemde richtlijnen/leidraden er aan bijdragen dat de schaarse capaciteit op een passende en doelmatige wijze wordt ingezet.
10	ZN	Kernboodschap 2 wordt zeker erkend. ZN onderschrijft de kernboodschap om te zorgen voor aansluitende beroepsrichtlijnen. Dit is wat ons betreft een oplossing voor de hedendaagse problemen. Daarnaast dient er hierbij ook aandacht zijn voor functiedifferentiatie en bijvoorbeeld een rol voor een POH, nurse practitioner of verpleegkundig specialist. Samenwerking tussen de beroepsgroepen is een vereiste. Door de verantwoording los te maken van leveringsvorm, maar te koppelen aan de zorgvraag (waarbij dus een SO of verpleegkundig specialist ook huisartsenzorg biedt indien inclusief behandeling) zou er meer duidelijkheid moeten ontstaan over verantwoordelijkheden. ZN ziet daarnaast dat regie op voortgang wel een aandachtspunt is bij een dergelijk traject. Een uitspraak doen over kernboodschap 1 ligt voor ons genuanceerder. Wij vinden het te vroeg hier nu een uitspraak over te doen. Eerst moeten de voor- en nadelen verder worden verkend. We zijn in ieder geval niet direct overtuigd dat een systeemwijziging een oplossing voor het probleem is. Het onderbrengen onder één regime lijkt op het eerste oog wellicht overzichtelijker dan de huidige situatie, maar ook deze keuze kent haken en ogen. Niet voor niets is de ZN-reactie op het rapport van de commissie Bos ook in deze lijn: een systeemwijziging biedt geen directe oplossing voor ouderen en leidt tot nieuw knip & plakwerk. Nu gaat het bij MGZ om een beperktere overheveling, maar wel een cruciale, die goed gewogen moet worden ten opzichte van het grotere geheel. Het verder onderzoeken van de eerste kernboodschappen is wat ons betreft de volgende stap. De totale impact is nog onvoldoende in beeld. Draagvlak moet er niet alleen zijn vanuit financiers, maar ook vanuit het zorgveld. We zouden graag het scenario/de scenario's wat meer doorleven met elkaar en staan uiteraard open voor gesprek hierover.	Naar aanleiding van uw opmerking bij kernboodschap 1, hebben we benadrukt in ons rapport dat een zorgvuldig vervolgproces moet worden doorlopen waarbij verdere uitwerking van voor- en nadelen noodzakelijk is. De totale impact moet goed in beeld worden gebracht alvorens tot een afgewogen keuze te komen.