

Financiering medische basiszorg Wlz-cliënten blijft wikken en wegen

Vlak voor het kabinet Rutte III demissionair werd, heeft de minister van Medische Zorg nog een beleidsreactie ([13 januari 2021](#)) gegeven op het NZa-rapport "[Onderzoek Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten](#)" van 5 juni 2020.

Doel daarbij is met elkaar de beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg (MGZ) 24/7 te garanderen voor al die mensen die een indicatie hebben in het kader van de Wet langdurige zorg.

De minister ziet voorlopig de oplossing in het regionaal inkopen/organiseren van deze MGZ, via het in één hand brengen van de zorgplicht van de inkoper en de samenwerking van professionals.

Daarbij zou het nu, in tegenstelling tot eerder, de [voorkeur](#) hebben deze MGZ te verzekeren via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Want, zo denkt de minister, positionering van deze zorg in de Zvw zou "voordelen" hebben.

In deze blog en brief richting de overheid ga ik in op de vraag of de door de minister genoemde redenen van de aanneme, dat het aanbieden van medisch-generalistische zorg (MGZ) voor deze groep gunstiger is te regelen via de Zorgverzekeringswet, juist is.

Deze reactie verschijnt op mijn weblog, maar is ook ingestuurd ten behoeve van de [internetconsultatie](#) van de overheid bij het onderwerp "[Beleidsreactie inzake NZa-rapport MGZ.](#)"

Eerdere berichten over dit complexe probleem

Onder MGZ wordt hier verstaan het geheel aan geneeskundige zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde (SO), arts verstandelijk gehandicapten (AVG) [in samenspel](#) plegen te bieden.

MGZ is uiteraard noodzakelijk voor alle cliënten in de zeven Wlz-sectoren: allereerst de sector verpleging en verzorging, veelal ouderenzorg, onder te verdelen in somatiek en psycho-geriatrie. Daarnaast 5 sectoren voor mensen met beperking en/of handicap en tot slot een deel van de chronisch psychiatrisch patiënten (GGZ-B).

Met voor allen als kenmerk van kwetsbaarheid: een door het [CIZ](#) afgegeven zorgprofiel in verband een 24-uurs zorgafhankelijkheid dan wel 24-uurs zorg in nabijheid. Een profiel waarbij een hoger cijfer staat voor hogere zorgzwaarte.

Wat het CIZ in eerste instantie ook bepaalt is de vraag of de nieuwe Wlz-cliënt een specifieke behandeling gaat ontvangen. Hiermee wordt bedoeld een behandeling die geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van verzekerde. In het zorgprofiel is dit zichtbaar via de toevoeging mét behandeling.

Ten derde bepaalt het CIZ ook de verblijfindicatie: thuis of in een instelling.

Ofwel, het CIZ bepaalt als overheidsorgaan via een [indicatiebesluit](#) het recht op de soort en omvang van Wlz-zorg.

Wat de artsensamenwerking voor MGZ betreft zijn er twee routes. Voor alle patiënten zónder Wlz-indicatie kan via de huisarts in de Zorgverzekeringswet een specialist ouderengeneeskunde (SO), een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en een psychiater (GGZ) geconsulteerd worden. Hiervoor geldt de zogenaamde GZSP-regeling.

Het in de beleidsreactie van de minister geschetste dilemma doet zich echter voor in de tweede route, de route van zorg voor die cliënten met reeds een afgegeven Wlz-indicatie.

Met de vraag: welke arts gaat dat 24/7 uitvoeren? En wie heeft hierbij de zorg- en inkoopplicht?

In de gehandicaptenzorg is reeds een eerste stap gezet in een vastgelegd convenant met de titel "Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking" ([29 oktober 2020](#)). In deze definitieve convenanttekst ontbreekt opmerkelijk genoeg de laatste LHV/InEen brief van 13 oktober 2020 (kenmerk: 2020/86410/pvr/df) met hun aanvulling op de door [de huisartsenvereniging](#) gestelde randvoorwaarden.

Over de specifieke problemen binnen deze route 2 schreef ik eerder meerdere blogs:

- [18.09.2018](#): De **huisarts en de Wet langdurige zorg** (*sectoren, met behandeling, bijdrage, ANW*)
- [15.01.2019](#): Ouderenzorg thuis en de **Wet langdurige zorg**
- [22.01.2019](#): Variabelen bij **capaciteit huisartsenzorg** bijtijds agenderen
- [06.02.2019](#): Minister: "*kwaliteitskader geldt ook voor kleinschalige woonzorgvoorziening*"
- [16.02.2019](#): Het **wisselen** van huisarts nader bekeken (ps: **kwetsbare ouderen + Wlz**)
- [21.02.2019](#): Term **passende ouderenzorg** blijkt toch verwarrend te zijn (*kwetsbaren zijn allang bekend*)
- [19.03.2019](#): Wachten op het wegwerken van **wachlijsten** (*treenormen, zorgplicht, basispakket*)
- [21.03.2019](#): Veranderingen **medische zorg** in kleinschalige woonzorgvoorziening (1): **Wzd**
- [23.03.2019](#): Veranderingen **medische zorg** in kleinschalige woonzorgvoorziening (2): **financiën**
- [26.03.2019](#): Veranderingen **medische zorg** in kleinschalige woonzorgvoorziening (3): **team**
- [25.04.2019](#): Uitstel ruimere **integrale financiering** binnen de Wet langdurige zorg (*te duur*)
- [06.07.2019](#): Geen ruimere indicatie voor **tarief intensieve zorg** bij een Wlz-zorgprofiel (*alleen vv*)
- [09.07.2019](#): Slechts **deel huisartsenposten** beloont huisarts voor extra ANW-werk in Wlz (32%)
- [11.07.2019](#): Wordt **onvrijwillige zorg (Wzd)** straks wel vrijwillig gegeven?? (*3 functies ingevuld?*)
- [15.07.2019](#): Checklist bij **huisartsenzorg en Wlz**: acht vragen (*puntenlijst alvorens inschrijving*)
- [26.08.2019](#): **Wlz** ook voor permanent zorgintensieve **GGZ-problematiek**
- [06.09.2019](#): Wlz-indicatie **mét behandeling** en ANW-spoedzorg: **des huisarts?** (*maar geen plicht*)
- [26.09.2019](#): Stuwmeer van **wachtenden met Wlz-indicatie** (nog) niet op juiste plek (300.882)
- [28.09.2019](#): **Wet zorg en dwang** na jaren van discussie nu wel heel dichtbij (*per 2020, functies?*)
- [09.10.2019](#): **SO en AVG**, welkom in de Zorgverzekeringswet (*per 2020, maar wel na verwijzing*)
- [17.10.2019](#): De consequenties van **wachten op plek in verpleeghuis** (*totaal 16.382*)
- [01.11.2019](#): Medische zorg **verstandelijk gehandicapten** onder druk: *wie is verantwoordelijk?*
- [08.11.2019](#): **Gezocht: een bed** voor verblijf, onderzoek of herstel (*ELV, GRZ, verpl.huis, zkhs, respijt*)
- [02.01.2020](#): Financiële staat: **vraag/antwoord** (12) (*ELV-bed, oorzaken tekort, wachten verpleeghuis*)
- [14.01.2020](#): Intramuraal **beddentekort** geeft **extramuraal** het **ongemak** (*tekort verpleeghuisbed*)
- [20.01.2020](#): Thuiswonende **ouderen** op weg naar **hun zorg in 2030** (*rapport Oud en zelfstandig 2030*)
- [29.05.2020](#): Randvoorwaarden **zorg voor mensen met beperking** concreter beschrijven (*Wlz*)
- [03.06.2020](#): Randvoorwaarden bij **Wlz-zorg: vraag/antwoord** bij het convenant (*wlz en huisarts*)
- [16.06.2020](#): Consequenties toename **extramuraal gegeven Wlz-zorg: voor cliënt** (1) (*wachtenden*)
- [18.06.2020](#): Consequenties toename **extramuraal gegeven Wlz-zorg: voor HA en SO** (2) (*2 bronnen*)
- [28.08.2020](#): **Verpleeghuiscapaciteit**: aanbod blijft achter bij vraag. Wat nu? (*extramuraal gevolgen*)
- [09.11.2020](#): Convenant **medische zorg gehandicapten**: nu de **randvoorwaarden** (*kennis + contract*)

De minister van VWS vond al eerder ([20 december 2019](#)) dat er drie redenen zijn dat het niet verstandig is om de MGZ nu onder te brengen in de Wlz. In de [beleidsreactie nu](#) vat de minister de bezwaren nog een keer samen.

Reden I: risico op verslechtering van toegankelijkheid van de artsfunctie in de Wlz.

In dit Wlz-rapport ([18 januari 2021](#)) staat: “Inmiddels zijn personeelstekorten, vooral van verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen met voldoende expertise op het gebied van de Wlz-doelgroepen. Deze tekorten zullen in de toekomst door de dubbele vergrijzing verder toenemen”. Dit artsentekort was al eerder bekend, maar wáárom is dit probleem dan minder erg indien de MGZ via de Zorgverzekeringswet door verzekeraars wordt ingekocht?

In de beleidsreactie mis ik verder een reflectie op de bijdrage van het overheidsbeleid aan het huidige tekort aan specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, psychiaters en huisartsen.

Wat betreft de huisartsenzorg schreef ik over de aanpak van de disbalans tussen de vraag en aanbod recent nog drie nieuwe blogs.

[11.01.2021](#): **Disbalans vraag en aanbod** huisartsenzorg: **de aanpak (1)** (*tekort fte huisarts*)

[13.01.2021](#): **Disbalans vraag en aanbod** huisartsenzorg: **de aanpak nader beschouwd (2)**

[15.01.2021](#): **Disbalans vraag en aanbod** huisartsenzorg: **zorgplicht onder toezicht (3)** (*NZa*)

De huisartsenzorg buiten kantoorijden staat al jaren onder druk ([blog](#)), de Wlz-zorg behoort niet tot het basisaanbod van de huisarts en juist bij het cliëntprofiel Wlz mét behandeling heeft de huisarts enige invloed om de randvoorwaarden mede vorm te geven. Dat er vervolgens voor de huisarts declaratieproblemen bij de Wlz-aanbieder zouden zijn, zoals gesuggereerd in de beleidsreactie (de echte pg.7), lijkt me sterk, want de prijslijst met een overeengekomen vrij tarief zal hier onderdeel van elk contract zijn. Vervolgens is bij Wlz mét behandeling de declaratie van huisartsen richting de zorginstelling niet meer dan een druk op de knop.

Op de ontorechte koppeling van ANW-zorg aan het declareren van een inschrijftarief ([ECLI: NL: CBB: 2018: 274, 5 juni 2018](#)) ga ik nu niet (weer) in, maar dit zal toch niet de VWS-reden zijn om langs deze route de ANW-zorg voor mensen met een Wlz-indicatie “veilig” te stellen?? En *dít* zal toch niet de reden zijn dat beleidsmakers veronderstellen een betere artsenborging te krijgen door Wlz-zorg te plaatsen in de Zorgverzekeringswet? Want het is al lang bekend dat de HDS-kosten voor ANW-zorg van de huisarts per inwoner minimaal zijn ([Benchmark Huisartsenposten 2019](#): gemiddelde HDS-kosten €21,- per inwoner per jaar).

[14.06.2018](#): Ongelukkige **uitspraak rechtbank** bij conflict rond borgen ANW-huisartsenzorg

[09.07.2019](#): Slechts deel huisartsenposten beloont huisarts voor **extra werk ANW-werk** in Wlz

[06.06.2019](#): Wlz-indicatie met behandeling en ANW-spoedzorg: **des huisarts?** (*geen verplichting*)

[22.07.2020](#): Nog **drempels** genoeg bij nieuwe **inrichting en bekostiging spoedzorg** (*houtschoolschets*)

[09.11.2020](#): Convenant **medische zorg gehandicapten**: nu de **randvoorwaarden** (*kennis + contract*)

Misschien kan de minister in een volgende beleidsreactie het VWS-standpunt met betrekking tot de voorkeur toelichten.

Reden II: mogelijke inperking van de keuzevrijheid voor cliënten.

Keuzevrijheid is in theorie een fraai recht. In de praktijk kan er slechts worden gekozen uit een beschikbaar aanbod. Dan wel kan de [cliënt \(langer\) wachten](#) op een plek van voorkeur. Dat de daadwerkelijke beschikbaarheid van zorg, dus [niet de theorie](#), beter geregeld is in de Zorgverzekeringswet dan in de Wet langdurige zorg, is mij niet bekend. Daarom is het ook zo belangrijk te wijzen op de spelregels van zorginkoop met resultaatverplichting, zoals nu gelukkig de NZa ook heeft gedaan.

Tot slot valt mij op dat veel heil wordt verwacht van regionalisering. Een schaarsteprobleem verschuiven van centraal naar decentraal heeft inmiddels geleerd, dat dit niet op voorhand succesvol is. Regio's zijn succesvol qua uitvoering, maar niet zijn dat niet met een postcode-afhankelijke wet- en regelgeving en financiering.

Deze laatste alinea als mijn reactie op de regels van de minister uit de Beleidsreactie ([de echte pg.6](#)): *“Een verschuiving van het organiseren van 24/7 beschikbaarheid van MGZ op instellingsniveau naar regionaal niveau zie ik daarom als belangrijke stap naar toekomstbestendige MGZ, overdag en in de nacht. Concreet betekent dit dat 24/7 MGZ niet langer op instellingsniveau wordt ingekocht, maar op regionaal niveau”.*

[27.04.2018](#): **Regionalisering** van de zorg: wat willen burgers en zorgaanbieders? (regio?)

[09.10.2018](#): Ondersteuning huisarts: op niveau **praktijk, wijk of regio?** (organisatieschaal)

[29.11.2018](#): Bij financiering **regionale zorg** zijn centraal afgestemde spelregels nodig (VWS)

[26.01.2019](#): Modern functionerend **wijkteam** vraagt om andere randvoorwaarden (CPB/wijkteam)

[08.05.2019](#): Mag aantal uren verpleging in **palliatieve setting** worden gemaximeerd? (1) (nee)

[03.07.2019](#): Mag aantal uren verpleging in **palliatieve setting** worden gemaximeerd? (2) (nee)

[26.09.2019](#): Stuwmeer van **wachtenden met Wlz-indicatie** (nog) niet op juiste plek (300.882)

[17.10.2019](#): De consequenties van **wachten op plek in verpleeghuis** (totaal 16.382)

[08.11.2019](#): **Gezocht: een bed** voor verblijf, onderzoek of herstel (ELV, GRZ, verpl.huis, zkhs, respijt)

[26.11.2019](#): HRMO: een **stil drama** voltrekt zich (geen juiste plek beschikbaar voor zorg kwetsbaren)

[02.12.2019](#): Over **zorgalarmisme** en betrouwbare zorgcijfers (HRMO JZOJP cijfers over alarm)

[19.12.2019](#): “Ik had de **minister willen vragen** waar staan jullie nu eigenlijk” (HRMO Kerstpakket VWS)

[14.01.2020](#): Intramuraal **beddentekort** geeft **extramuraal** het **ongemak** (tekort verpleeghuisbed)

[14.04.2020](#): Toekomstbestendige organisatie huisartsenzorg: **in de regio?** (deels wel, deels niet)

[16.06.2020](#): Consequenties toename **extramuraal gegeven Wlz-zorg: voor cliënt** (1) (wachtenden)

[18.06.2020](#): Consequenties toename **extramuraal gegeven Wlz-zorg: voor HA en SO** (2) (2 bronnen)

[28.08.2020](#): **Verpleeghuiscapaciteit**: aanbod blijft achter bij vraag. Wat nu? (extramuraal gevolgen)

[26.10.2020](#): **Kiezen** is een **kunst** (over politieke zorgkeuzes als het niet meer financierbaar is)

[24.11.2020](#): Leerpunten **decentralisatie** gebruiken bij **regionalisering** (SCP-rapport: nut medisch?)

[02.12.2020](#): **Passende zorg** zoekt passende bekostiging (1) (NZa ZiN rapport zorginhoud)

[04.12.2020](#): Passende zorg zoekt **passende bekostiging** (2) (NZa ZiN rapport bekostiging/organisatie)

[14.12.2020](#): **Zorgplicht zorgverzekeraar** is primair een **resultaatverplichting** (NZa met plichten ZV)

[24.12.2020](#): **Discussienota** kabinet **Zorg voor de Toekomst**: een reactie (consultatie + reactie)

Reden III: Onduidelijkheid over de doelmatigheid van de behandel functie binnen de Wlz

Over deze stelling kan ik weinig input leveren, omdat ik geen kennis heb me daarover te mogen uitspreken, laat staan (be)oordelen.

De meest kwetsbare mensen die voldoen aan het 24-uurs zorgcriterium en aan het feit dat er sprake is van een definitieve kwetsbaarheid die ook niet beter zal worden, juist daarom heeft de maatschappij/overheid eerder besloten hen ten behoeve van passende zorg in een aparte wet op te nemen. Dat werd per 1968 de AWBZ, per 2015 de Wet langdurige zorg.

Deze mensen hebben recht op behoud en mogelijk lichte verbetering van restfuncties.

Daarom is het goed dat multidisciplinaire zorgvormen voor de meest kwetsbaren van deze Wlz-groep worden gefinancierd via één bekostigingssysteem van MGZ, verpleging & verzorging, paramedische zorg, mentale zorg, farmaceutische zorg, mondzorg, hulpmiddelen, GGZ, welzijn etc.

Dit was ook in eerste instantie (2018) het advies van het Zorginstituut. Met (wel) een extra kostenplaatje van €420 mln. Maar is dit advies van de pakketadviseur door de minister later (dáárom?) losgelaten.

[25.04.2019](#): Uitstel ruimere **integrale financiering** binnen de Wet langdurige zorg (*te duur?*)
Puur vanuit de zorgbehoefte denkend is het logisch dat voor een deel van de Wlz-cliënten (met behandeling) een vorm van noodzakelijk chronische behandelen zal blijvend zal zijn. Wie wil deze extra zorg versnipperd vanuit drie stelselwetten zien aangeboden, met contracteervrijheid met wisselende voorwaarden?

In de Beleidsreactie (de echte pg. 7) staat dat synergievoordelen zijn te halen door de MGZ te plaatsen in de Zorgverzekeringswet. Dat is maar ten dele waar. Voor een GRZ is het waarschijnlijk te laat, want dit suggereert dat er nog niet sprake is van een medisch en functionele eindsituatie. Als dat zo zou zijn, dan is ten onrechte het predicaat Wlz afgegeven. Wat betreft de ELV-bedden twee opmerkingen. Allereerst de beschikbaarheid, want de start daarvan was ronduit problematisch.

[19.02.2018](#): De moeizame *start* van het **eerstelijnsverblijf** (NB: ELV-bed per 2017 in basispakket)

[11.06.2018](#): **Ouderenzorg thuis** in 2018: een update (*Pact, ELV, casemanager, afwentelgedrag*)

[05.07.2018](#): De moeizame *doorstart* van het **eerstelijnsverblijf** (NB: ELV-bed per 2017 in basispakket)

[27.10.2018](#): Zelfs de *voortgang* van het **eerstelijnsverblijf** verloopt moeizaam (NB: ELV-bed...)

Daarnaast het gegeven dat als er inmiddels een indicatie voor de Wlz is afgegeven, een cliënt bij niet meer thuis kunnen blijven om medische reden nimmer recht heeft op een ELV-bed, maar “automatisch” op een Wlz-bed terecht komt. In de overgangsfase tussen Zvw en Wlz was (is?) er daarnaast het probleem van de zorgval.

[17.09.2018](#): Actiepunten ter voorkoming **zorgval** bekend, nu de aanpak (*overbruggingszorg, EKT*)

Over de doelmatigheid van de behandel functie mogen natuurlijk vragen worden gesteld maar op basis van welke feiten zou de Zorgverzekeringswet met gereuleerde marktwerking en zorgverzekeraars als inkopers doelmatiger werken ten behoeve van 24/7 zorg voor de meest kwetsbaren?

Heeft in het antwoord van de minister meegespeeld dat het (betere) advies van het Zorginstituut €420 mln. extra kost?

Heeft meegespeeld dat uit diverse onderzoeken over zorgfinanciering blijkt dat juist de langdurige zorg in Nederland bovengemiddelde kosten met zich meebrengt?

Heeft meegespeeld dat de politiek zich eerder heeft laten verrassen in de kwestie van het kwaliteitskader?

[12.07.2017](#): Tekort aan **verpleegkundigen** in alle sectoren van de zorg

[24.07.2017](#): **Verpleeghuizen** (*over personele tekorten, het Manifest en Kwaliteitskader*)

[31.07.2017](#): Wat worden bij **verpleeghuizen** de vervolgstappen in beleid? (*...een kostenonderzoek!*)

[18.09.2017](#): Politiek let niet op bij implementatie **kwaliteitsrichtlijn** in verpleeghuizen (*verrassing*)

[12.02.2018](#): Discussie over **investeringen** in verpleeghuiszorg (*beïnvloeding VWS v/h kostenonderzoek?*)

[01.02.2019](#): **Schaarste personeel** bedreigt zorg (*instroom, maar ook veel uitstroom*)

[06.02.2019](#): Minister: “*kwaliteitskader geldt ook voor kleinschalige woonzorgvoorziening*”

[09.02.2019](#): De race tussen **wonen** en zorg (*scheiden wonen en zorg, te kort aantal seniorwoning*)

Tot slot

Stel dat MGZ toch in de Zorgverzekeringswet wordt opgenomen, hoe gaat dit zich dan [verhouden](#) ten aanzien van samenwerking met andere disciplines?

Er zijn nog veel vragen te beantwoorden: in theorie, maar vooral vanwege de uitwerking op de werkvloer.

De oplossing begint met een goede werkanalyse. Daaraan hoop ik met dit document een bijdrage te hebben geleverd. Niet meer en ik hoop ook niet minder.

Het is jammer dat bij een document dat voor internetconsultatie wordt aangeboden, de paginanummering niet klopt.

Ik wens alle betrokken partijen veel succes met de voortgang.

20 januari 2021

AACM (Anton) Maes, huisarts niet-praktiserend

<https://zorgenstelsel.nl/>