



Nederlands
Huisartsen
Genootschap



Reactie LHV/InEen/NHG op beleidsreactie inzake NZa-rapport MGZ

Hierbij bieden wij u de reactie aan van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlands Huisartsen Genootschap en InEen op de beleidsreactie op het NZa-rapport medisch-generalistische zorg van 13 januari 2021.

Gezamenlijke kernpunten

Wij onderschrijven de volgende kernpunten die minister Van Ark (Medische Zorg) noemt in de beleidsreactie, namelijk:

- Het is een gezamenlijke opdracht om de beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg (MGZ) overdag en in de avond- nacht en weekenden (ANW) voor alle patiënten die daar behoefte aan hebben te garanderen.
- De urgentie om dit goed te organiseren neemt toe door schaarste aan betrokken artsen, toename van mensen met een complexe zorgvraag en het veranderde zorglandschap.
- Er dienen goede afspraken te komen over de verantwoordelijkheid voor deze zorg tussen zorgprofessionals en artsen dienen hierin gefaciliteerd te worden. De minister verwijst hierbij naar het gezamenlijke convenant "*Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking*" dat mede is ondertekend door de LHV en InEen.

Stelselwijziging niet het ei van Columbus

Wij vinden dat de zorgvraag van de patiënt het belangrijkste uitgangspunt is om de gezamenlijke opdracht aan te gaan. Het onder één regime brengen van de inkoop van de medisch-generalistische zorg is daarmee niet automatisch een vervulling van deze opdracht.

Een patiënt met een complexe zorgvraag heeft behoefte aan een klein netwerk van zorgverleners waaruit integrale zorg geboden wordt. Waarbij één zorgaanbieder verantwoordelijk is, inclusief dat medische zorg wordt verleend door een specialist ouderenzorg (SO) of een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) die gewend is om zorgteams aan te sturen. Zowel vanuit het oogpunt van persoonsgerichte, continue zorg, als ook vanuit efficiëntie is dergelijke integrale zorg voor kwetsbare patiënten met een wlz-indicatie essentieel.

Wij vinden dat de minister in haar beleidsreactie de problemen rondom de medisch-generalistische zorg te eenzijdig benadert door de nadruk te leggen op een overheveling van de zorg naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Door niet één aanbieder verantwoordelijk te maken om medische zorg rondom een Wlz-patiënt te organiseren, nemen de uitdagingen voor afstemming en organiseerbaarheid rondom deze (zeer) kwetsbare patiënten juist toe.

Tegelijkertijd loopt de eerste lijn het risico verantwoordelijk te worden voor een toestroom aan patiënten met een (te) hoge zorgzwaarte. De gezamenlijke opgave, namelijk de schaarste op de arbeidsmarkt aan SO en AVG en het niet kunnen garanderen van de juiste adequate en tijdige expertise en ondersteuning, is enkel op te lossen met een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en regionale samenwerkingsafspraken.

Hoe dan wel?

Wij doen een oproep naar de minister met de volgende aanbevelingen:

1. Aanpakken tekorten SO en AVG

Prioriteit nummer 1! De Wlz-zorg hoort thuis bij die zorgprofessional die de expertise heeft om patiënten de zorg te bieden die ze nodig hebben gezien de onderliggende en complexe problematiek. Door schaarste zit daar de kern van het probleem. De tekorten onder SO en AVG moeten worden aangepakt. Dit betekent dat helder moet worden gemaakt wat de knelpunten zijn die het efficiënt inzetten van deze professionals belemmeren en dat het vak aantrekkelijk moet worden gemaakt.

Daarnaast moet elke aanbieder van medisch-generalistische zorg zijn verantwoordelijkheid nemen in de 24/7 zorg aan de patiënt en zorgen voor een goede en aan kwaliteitsnormen voldoende beschikbaarheid van AVG en SO, eventueel in samenspraak met de huisartsen en de hap/dienstenstructuur.

2. Voorstel voor een duidelijke indeling naar zorgbehoefte en financieel kader voor de kwetsbare patiënt.

Wij adviseren de minister om de scheidslijn van Wlz-zorg neer te leggen bij patiënten die niet meer thuis kunnen wonen en 24/7 zorg in de nabijheid nodig hebben. Zij moeten verhuizen naar een omgeving met een zorgaanbieder waar al hun Wlz-zorg geregeld wordt, uit één hand. Dit schept duidelijkheid voor wie verantwoordelijk is om de integrale Wlz-zorg die iemand nodig heeft goed te regelen. Deze Wlz-zorgaanbieder kan ervoor kiezen om de huisartsen en huisartsenpost te contracteren om een deel van de somatische zorg (het huisartsgeneeskundige deel) te leveren, mits de randvoorwaarden hiervoor goed geregeld zijn. Deze zorg valt dan onder de Wlz.

Dit betekent dat alle patiënten die thuis wonen onder de Zvw blijven. Met thuis wonen bedoelen wij patiënten die geen professionele 24/7 zorg nodig hebben in de nabijheid, maar waarbij de zorg (nog) geregeld kan worden met mantelzorg, familie, vrijwilligers, vrienden of thuiszorg.

Uitzondering: kinderen die 24/7 professionele zorg (intensieve kindzorg) nodig hebben moeten de mogelijkheid krijgen om thuis bij hun ouders de zorg te krijgen.

Toelichting: door verschillende Wlz-pakketten is beoogd meer keuzevrijheid te bieden voor patiënten. De keerzijde hiervan is dat dit veel ruimte heeft geboden voor partijen die kleinschalig wonen aanbieden voor Wlz-patiënten maar waar de zorg (care en cure) niet goed geregeld is. Dit zorgt voor veel onduidelijkheid voor patiënten, zorgverleners en zorgaanbieders, én creëert ook mazen in de wet die goede zorg voor deze kwetsbare groep niet bevorderen. Daarom lijkt het ons wenselijk als de scheiding Zvw-Wlz wordt gelegd bij mensen die:

- 24/7 zorg nodig hebben in de nabijheid en
- daarvoor geclusterd gaan wonen.

Dit schept duidelijkheid en stelt duidelijke eisen aan de aanbieders van Wlz.

3. Schep duidelijkheid over welke arts wanneer verantwoordelijk is

Wij lezen in de beleidsreactie dat de minister insteekt op wederkerigheid en complementariteit van huisartsen enerzijds en SO en AVG anderzijds. Ook dit schept veel onduidelijkheid over welke arts verantwoordelijk is in welke situatie. Met als gevolg dat hiervoor nu in het veld allerlei geïmproviseerde oplossingen gevonden worden. Wij vragen de minister om de verschillen tussen huisarts, SO en AVG te erkennen en in kaart te brengen wat dit betekent voor hun werk en werkomgeving. Huisartsen kunnen niet verantwoordelijk gemaakt worden voor invulling van zorg die door de tekorten en taakverandering van SO's en AVG's zijn ontstaan.

Toelichting: zowel de opleidingen, patiëntenpopulatie als werkwijze van de huisarts, SO en AVG zijn verschillend. Een huisarts levert medische basishuisartsenzorg aan alle patiënten die thuis wonen van 0-100 jaar, zo ook aan oudere patiënten en verstandelijk gehandicapten met complexere zorgvragen. Thuis voert de huisarts de regie. De SO en AVG zijn van oudsher instellingsartsen. Met de extramuralisering is hun werkterrein verbreed. Echter, door tekorten komt dit nu in gedrang. Juist voor patiënten die de zorg van een SO en AVG het hardste nodig hebben, moeten de SO en AVG de regie houden. Een SO/AVG heeft gemiddeld een kleine populatie ouderen of verstandelijk gehandicapten onder zijn hoede. Een huisarts heeft gemiddeld ruim 2000 mensen van jong naar oud in zijn praktijk die op naam bij hem/haar staan ingeschreven. Daarom is ons advies: maak SO en AVG primair verantwoordelijk voor de instellings- en geclusterde woonzorgvormen waar Wlz-patiënten verblijven, zowel intra- als extramuraal. Huisartsen en huisartsenposten hebben een keuze om op regionaal/lokaal niveau afspraken te maken met woonzorgvormen en de SO/AVG om hier medisch-generalistische zorg te verlenen, in aanvulling op de medische zorg van de SO/AVG zelf, mits de randvoorwaarden die hiervoor nodig zijn ingevuld worden¹. Hiervoor kunnen diverse constructies worden bedacht, regionaal wordt er de ruimte gegeven om deze afspraken in te vullen.

Het leveren van medisch-generalistische zorg voor Wlz-cliënten overdag betekent niet automatisch dat tijdens de avond-, nacht- en weekenduren de passende acute medisch-generalistische zorg ook door de huisartsenpost kan worden geboden. Het is essentieel dat de Wlz-aanbieder en de huisartsenpost afspraken maken over de inhoudelijke (o.a. beschikbaarheid medisch dossier en achterwacht AVG of SO) en financiële voorwaarden waaronder deze medisch-generalistische zorg geleverd kan worden.

4. Regionale samenwerking is gebaat bij één centraal regiepunt voor medisch-generalistische zorg

- 1) De samenwerking tussen partijen die Wlz-zorg leveren (vvt organisaties, kleinschalige woonvormen, Wlz-instellingen) staat voorop met als uitgangspunt: kwalitatief goede zorg voor patiënten en doelmatige inzet van artsen (SO en AVG) en verzorgend en verplegend personeel, 24/7. De verzekeraar dan wel het zorgkantoor is aan zet om middels goede zorginkoop aan de zorgplicht te voldoen. Wat de ene aanbieder niet kan leveren, moet bij de andere aanbieder worden ingekocht. De verzekeraar/het zorgkantoor moet aanspreekbaar en bereikbaar zijn bij problemen en schaarste en Wlz-aanbieders die de zorg op orde hebben belonen. Kijk daarbij ook naar facilitering van het personeel om hun werk goed uit te voeren, zoals ondersteuning bij administratie, informatiedeling, dossiervorming en infrastructuur. Breng de kleinschalige woonvormen onder bij de inkoop van de zorgkantoren. Waarmee toezicht en kwaliteitstoetsing beter mogelijk is.
- 2) Regionale huisartsenorganisaties kunnen een bijdrage leveren om te kijken waar mogelijkheden liggen in de zorg voor kwetsbare patiënten met een Wlz-indicatie, intramuraal en extramuraal en zowel overdag als in de ANW, inclusief het realiseren van de vereiste randvoorwaarden². Regionale huisartsenorganisaties kunnen ook een bijdrage leveren om het netwerk voor de huisartsen in kaart te brengen en afspraken voor of namens hen te maken over informatie, samenwerking, verantwoordelijkheden en het oplossen van problemen.
- 3) Het zorgkantoor heeft regie over de patiënt met een Wlz-indicatie en de daarbij behorende inhoudelijke afspraken. De zorgverzekeraar stimuleert actief en materieel regionale samenwerkingsafspraken tussen (kleinschalige) instellingen, regionale huisartsenorganisaties en zorgverleners inzake goede overdracht van patiënten, multidisciplinair overleg, organisatie- en afstemmingskosten etc.

¹ [Leidraad kleinschalige woonvormen | LHV](#), [Leidraad zorg voor verstandelijk gehandicapten in zorginstellingen | LHV](#)

² [Leidraad kleinschalige woonvormen | LHV](#), [Leidraad zorg voor verstandelijk gehandicapten in zorginstellingen | LHV](#)

Tot slot

Een landelijk gedragen convenant met afspraken zoals opgesteld voor de gehandicaptenzorg, kan sturing geven aan de opdracht onder punt 4. Tegelijkertijd dient ook landelijk een aantal andere knelpunten te worden opgelost om randvoorwaarden goed in te vullen. Dit zijn:

- Ondersteuning/vereenvoudiging van het declaratieproces voor huisartsen en huisartsenposten als het gaat om Wlz-patiënten
- Een oplossing voor (medische) informatieuitwisseling tussen Wlz-aanbieder en huisarts/huisartsenpost
- Duidelijke tarieven voor zowel huisartsen als de huisartsenpost die als onderaannemer bij de Wlz-instelling gecontracteerd worden.
- Overige randvoorwaarden borgen om goede huisartsenzorg te kunnen leveren zoals: tijd (tijd voor de patiënt, maar ook tijd voor multidisciplinair overleg, gestructureerd periodiek overleg, afstemming met wijkverpleging, etc.).

Als laatste: wij onderschrijven nog steeds de Visie Huisartsenzorg voor ouderen. Deze kan dienen als basis voor een verdere uitwerking van de visie op medisch-generalistische zorg.

De minister wil met een expertgroep nadenken over vervolgstappen richting een toekomstbestendige inrichting van 24/7 medisch-generalistische zorg in de regio. Wij willen de minister vragen om hierbij de huisartsenorganisaties LHV, InEen, NHG te betrekken.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met:

Judith Knotters, j.knotters@ineen.nl

Monica Terhal, m.terhal@lhv.nl

Lisette Verlee, l.verlee@nhg.org

Met vriendelijke groet,

Namens InEen, LHV en NHG,

Raymond Wetzels, huisarts/lid landelijk bestuur InEen

Guus Jaspar, huisarts/lid landelijk bestuur Landelijke Huisartsen Vereniging

Eric Scheppink, lid raad van bestuur NHG