

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
Algemeen	ZIN	<p>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 wetwijziging hanteren van een term betekent niet meteen meer duidelijkheid.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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 wetwijziging. 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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
Algemeen	Ieder(in)	<p>Mede namens EMB en Spierziekten Nederland en KansPlus</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>Evenals Ieder(in) constateren wij dat de toeleiding naar huisartsen kan worden verbeterd. Wij hebben dit op meerdere plaatsen vermeld in ons rapport.</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		<p>huisartsenzorg en het zorgpersoneel op de groep.</p> <p>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.</p>	
Algemeen	LHV	<p>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'.</p> <p>Graag maken wij een tweetal algemene opmerkingen mbt dit rapport:</p> <p>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.</p> <p>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?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Terecht maakt de LHV in zijn reactie een onderscheid 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.</p>
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)	<p>Wellicht over de behandeltijd. Meer tijd om de cliënt te beoordelen en het uitleggen.</p> <p>Stel net als een SO ook een SG aan (specialist gehandicaptengeneeskunde)</p> <p>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</p>	<p>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.</p>
1	VGN	<p>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.</p>	
1	LHV/InEen	<p>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).</p> <p>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).</p> <p>Voor zover bekend worden hierover geen afspraken gemaakt met zorgverzekeraars.</p>	<p>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.</p>
1	ZN	<p>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.</p> <p>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</p>	<p>Deze reactie komt overeen met hetgeen we in onze interviews hebben opgehaald en hebben we verwerkt in ons rapport.</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>We hebben op dit punt het rapport aangepast.</p>
2	NVAVG	<p>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.</p>	<p>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.</p>
2	Ieder(in)	<p>Aangezien andere specialisten ook gedifferentieerde uurtarieven hebben, lijkt dat dat ook voor de AVG en SO arts hoort te bestaan.</p>	
2	ActiZ	<p>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.</p>	<p>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.</p>
2	VGN	<p>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.</p>	<p>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</p>

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 tarifiering 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	<p>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 crisiscare. 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.</p> <p>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).</p> <p>Als een onderscheid wordt gemaakt, zie we twee mogelijkheden.</p> <p>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.</p> <p>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 tarifiering van huisartsen in de Zvw.</p>	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) Quicksan 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 gzsps.

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 verblijfplaats 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	<p>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.</p> <p>Ook zorgkantoren zijn hier vaak niet goed van op de hoogte, zodat een instelling met vragen niet de juiste antwoorden krijgt.</p>	<p>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.</p> <p>In paragraaf 2.3 hebben we toegevoegd dat de zorgaanbieders en zorgkantoren hiervan onvoldoende op de hoogte zijn.</p>
3	LHV	<p>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.</p>	<p>In paragraaf 3.2 van ons rapport besteden we hier aandacht aan.</p>
3	Verenso	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Wij hebben uw reactie verwerkt in ons rapport.</p>
3	ZN	<p>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</p>	<p>Wij hebben uw reactie verwerkt in ons rapport.</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		<p>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.</p> <p>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 behandel dienst van grote GZ-aanbieders. We zien dat de andere kijk op zorg van samenwerkingsverbanden ook behandel diensten 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.</p> <p>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 organisatie wijze 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 dicht bij elkaar willen zien. MESO is niet het enige denkbare model, van belang is dat initiatieven aansluiten op de behoefte in de regio.</p>	
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 voorwaart, 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 spoedvraag in alle gevallen zijn geholpen.

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatievraag	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 zcp 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 gericht 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 gehandicapten geneeskunde)	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-clieënten 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".

Consultatievraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		<p>verzorgenden en verpleegkundigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Zorginstituut. Deze is belegd bij de aanbieder van verblijf.</p> <p>Het tekort aan artsen noemen we in ons rapport.</p> <p>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.</p> <p>In welke mate de MGZ is op te knippen in uitvoerbare en efficiënte stukjes kan blijken uit de op elkaar afgestemde samenwerkingsafspraken.</p>
6	Verenso	<p>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.</p>	<p>Wij hebben uw opmerking verwerkt in paragraaf 3.1</p>
6	ZN	<p>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.</p> <p>We zien daarnaast de behoefte aan duidelijkheid: tot wanneer is een huisarts de eerste aangewezen 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.</p> <p>Wat misschien bij deze vier punten nog ontbreekt is de zienswijze van partijen over wat medisch</p>	<p>Het punt van de contracteerruimte en de wijze waarop deze de inkoop van zorg beïnvloedt komt in hoofdstuk 4 aan de orde.</p> <p>Over de behoefte aan duidelijkheid merken wij op dat deze afhankelijk is van diverse factoren waaronder: leveringsvorm, kwaliteitsstandaarden en samenwerkingsafspraken/leidraden.</p> <p>In ons rapport staat vermeld dat de samenwerkingsafspraken tussen huisarts en SO en huisarts en AVG moeten verduidelijken wie wat doet.</p>

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	<p>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 uitgangspunt 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 productieafpraak of conform de afspraken die het voorgaande jaar zijn gemaakt.</p> <p>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.</p>	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	<p>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.</p>	<p>We hebben in het rapport opgenomen dat behoefte aan zzp met behandeling toeneemt. Contractering van verblijf met of zonder behandeling moet zorginhoudelijk gedreven zijn.</p> <p>Tevens hebben we in het rapport aangegeven dat het macrokader een belemmering vormt voor het inkopen van meer verblijf met behandeling.</p>
7	LHV	<p>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?</p>	
7	ZN	<p>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 terughoudend 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</p>	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
		<p>mensen van Wlz-zorg voorzien.</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
8	ZN	<p>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.</p> <p>Bij de kleinere aanbieders die verblijf zonder behandeling, VPT of MPT leveren, merken we dat</p>	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
		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
9	KansPlus	<p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>Naast de keuze voor een regime is vooral helderheid nodig over de richtlijnen, protocollen en samenwerkingsafspraken van de verschillende behandelaren.</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Wel met enkele kanttekeningen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
9	Per Saldo	<p>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</p>	<p>Wij hebben n.a.v. de consultatie in het rapport benadrukt dat er meer aspecten zijn, waaronder bijvoorbeeld het</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		art. 13 Zvw de vrije artskeuze 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 artsfunctie voor patiënten met een Wlz-indicatie.
9	Patiënten federatie	<p>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.</p> <p>De onderwerpen die voor cliënten in ieder geval van belang zijn om mee te nemen, zijn de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>We vragen expliciet te maken wat de voor en nadelen van de oplossingsrichtingen zijn voor cliënten</p>	<p>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 arts 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.</p>
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	<p>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-clieënten 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.</p> <p>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</p>	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
		<p>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.</p>	
9	VGN	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p>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.</p>

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 eerstelijns 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	<p>Positionering onder de Zvw:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 uren 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. <p>Het moge duidelijk zijn dat wij geen voorstander zijn van deze oplossing.</p> <p>Positionering onder de Wlz:</p> <p>De voor en nadelen hier herkennen wij wel. Voor de nadelen zijn wel oplossingen te vinden namelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 wordt 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. 	<p>Positionering onder de Zvw</p> <p>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.</p> <p>We hebben in paragraaf 4.4.1 aangegeven dat het onderbrengen van MGZ onder één regime onvermijdelijk leidt tot een nieuwe afbakening van zorg die valt onder de Zvw of Wlz.</p> <p>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.</p> <p>Positionering onder de Wlz</p> <p>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.</p>

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	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>Over de administratieve lasten merken wij op dat SO's en zorgverzekeraars nu ook al samen afspraken maken over GZSP.</p>
9	ZN	<p>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.</p> <p>Op hoofdlijnen zien we het volgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	<p>Wij hebben in ons rapport benadrukt dat verdere uitwerking van de positionering in de Wlz of Zvw een vraag om een zorgvuldige dialoog met alle betrokkenen.</p> <p>Wij hebben ons vooralsnog beperkt tot de voor- en nadelen op hoofdlijnen. De door ZN genoemde punten passen daar ook bij.</p> <p>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.</p> <p>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</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		<p>Daarbij enkele aanvullingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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 verblijft 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</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die consequenties maken, denken wij, duidelijk dat zorgvuldigheid en tijd belangrijk zijn bij het vervolg. Er zal hoe dan ook voldoende overgangperiode 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.</p>	
10	NVAVG	Mee eens, met inachtneming van het bovenstaande bij vraag 9.	
10	ZIN	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	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
		<p>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.</p> <p>Daarom zijn wij van mening dat de MGZ voor de intramurale Wlz-cliënten in de Wlz moet worden ondergebracht.</p> <p>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.</p> <p>Zorg ervoor dat de beroepsrichtlijnen van de huisarts, SO en AVG voor cliënten met een Wlz-indicatie op elkaar aansluiten.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p>
10	Per Saldo	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Wij vatten de reactie van de Per Saldo op als een ondersteuning van de aanbevelingen in ons rapport.</p>

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	<p>Het onderbrengen in één regime steunen wij.</p> <p>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."</p> <p>Het aanbrenge 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>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.</p>	<p>Wij vatten de reactie van de Patiëntenfederatie op als een ondersteuning van de aanbevelingen in ons rapport.</p> <p>Wij hebben met name de voor- en nadelen die met de inkoop en bekostiging verband houden in kaart gebracht.</p> <p>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.</p>
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
		<p>een eigen keuze bestaan om buiten de instelling je eigen vertrouwde huisarts/ tandarts te kiezen (of te behouden)</p> <p>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.</p> <p>wij willen ook nadrukkelijke vragen de laag onder de artsen beter te organiseren.</p> <p>Als deze laag zowel in ouderenzorg als gehandicaptenzorg beter georganiseerd wordt kan het beroep op de artsen afnemen of voorkomen worden.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
10	ActiZ	<p>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.</p> <p>Borgen samenhang</p> <p>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.</p>	<p>Wij vatten de reactie van ActiZ op als een ondersteuning van ons advies.</p> <p>Meer specifiek geeft ActiZ aan dat een stelselwijziging en afgestemde beroepsrichtlijnen het probleem van schaarste niet oplossen.</p> <p>De NZa meent dat een stelselwijziging en afgestemde richtlijnen er aan bijdragen dat de schaarse capaciteit op een passende en doelmatige wijze wordt ingezet.</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
		<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
10	VGN	<p>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.</p>	<p>Wij vatten de reactie van de VGN op als een ondersteuning van ons advies.</p> <p>De nadere uitwerking van de voor- en nadelen per sector en leveringsvorm en het convenant zijn opgenomen in ons rapport.</p>

Bijlage 4b : consultatiereacties

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

Consultatie-vraag	Organisatie	Reactie	Opmerkingen NZa
10	V&VN	<p>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-psykosociale model waarbij ook het welzijn, de waardigheid en de kwaliteit van leven van de cliënt centraal staan.</p> <p>2. Betrek hierbij ook andere partijen, zoals wijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.</p>	<p>De rol van de huisarts als poortwachter staat los van het al dan niet onderbrengen van MGZ in de Zvw of Wlz.</p> <p>De NZa is van mening dat beide modellen (het medische en bio-psykosociale) naast elkaar kunnen (en zelfs moeten) bestaan en elkaar niet hoeven uit te sluiten.</p>
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 scheidt 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	<p>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?</p> <p>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.</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Meer specifiek geeft Verenso aan dat een stelselwijziging en afgestemde samenwerkingsafspraken het probleem van schaarste niet oplossen.</p>

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	<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>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.</p>