

Bijlage Medisch generalistische zorg en behandeling bij WOZO brief december 2024

Convenant

In het voorjaar van 2022 is met veldpartijen¹ afgesproken dat zij met elkaar afspraken maken over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen huisartsen, verstandelijk gehandicaptenzorg (artsen VG) en specialisten ouderengeneeskunde over de toegang en kwaliteit tot medisch generalistische zorg (MGZ). Dit is nodig omdat de basiszorg voor ouderen en verstandelijk gehandicapten niet altijd geborgd is.

Steeds meer cliënten die zorg van uit de Wet langdurige zorg (Wlz) krijgen, wonen thuis of in een kleinschalige of geclusterde woonvorm. Hierbij is het vaak ingewikkeld om de basiszorg of MGZ georganiseerd te krijgen. In een aantal leveringsvormen – met name het volledig pakket thuis (VPT) en het modulair pakket thuis (MPT) – wordt de huisartsenzorg niet uit de Wlz vergoed, maar uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook zijn er aanbieders die zorg en verblijf bieden, maar die geen contract hebben met het zorgkantoor voor behandeling. In al deze situaties moeten specialisten ouderengeneeskunde, artsen VG, huisartsen en overige eerstelijnszorg samenwerken.

Ik ben dan ook blij dat partijen in september jl. het convenant Medisch Generalistische Zorg hebben ondertekend. Met het convenant willen de ondertekenaars de voorwaarden scheppen om samenwerking rond de zorg voor Wlz-cliënten te regelen. Die samenwerking moet ertoe leiden dat de zorgvraag van de patiënt centraal staat en dat de patiënt toegang heeft tot zorg zowel overdag (reguliere zorg) als 's avonds, 's nachts en in het weekend (spoedzorg). De zorg wordt geleverd door de daarvoor best geëquiperde arts en deze arts wordt maximaal ondersteund om passende zorg te bieden

De convenantpartners werken aan een handreiking die het convenant en de beoogde werkwijze in de regio introduceert en toelicht. Ze zullen zich ook inzetten voor noodzakelijke randvoorwaarden, zoals ICT en gegevensuitwisseling en een passende bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis.

De specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn

Uit het convenant blijkt dat zorginhoudelijke overwegingen bepalen welke zorgverlener de taak van regiebehandelaar op zich neemt. Ook blijkt dat deze taak door een specialist ouderengeneeskunde buiten het verpleeghuis uitgevoerd kan worden. Tijdens het commissiedebat van 16 oktober jl. zijn vragen gesteld over de bekostiging van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde als regiebehandelaar voor mensen die thuis wonen. Ook is tijdens het debat van 16 oktober jl. de vraag gesteld waarom de inzet van de specialist ouderengeneeskunde via trajectprestaties nog niet ingekocht wordt. In het debat toegezegd opheldering hierover te vragen bij de NZa. Hieronder ligt ik dit toe.

Bekostiging specialist ouderengeneeskunde thuis: declaratie-eenheid van een uur

De bekostiging van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde voor mensen die thuis wonen kan worden geregeld via de prestaties zoals opgenomen in de Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen in de Zvw en de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg in de Wlz. De geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp) geldt voor mensen die thuis wonen en geen Wlz indicatie hebben. De Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg in de Wlz geldt voor mensen die thuis wonen en wel een Wlz indicatie hebben.

In beide beleidsregels is een prestatie opgenomen voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde. In de gzsp heet deze prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde plegen te bieden' en in de Wlz heet deze prestatie 'Behandeling specialist ouderengeneeskunde'. Deze prestatie heeft een declaratie-eenheid van een uur.

¹ ActiZ, InEen, LHV, NVAVG, Verenso, VGN en ZN

In principe is de aard van deze prestaties hetzelfde: beide prestaties gelden voor alle werkzaamheden die de specialist ouderengeneeskunde (of een andere daartoe bevoegde en bekwame zorgprofessional) uitvoert. Dat betekent dat dit kan gaan over het regiebehandelaarschap, diagnostiek, opstellen van een behandelplan, consultatie of een geriatrisch assessment etc. Ook de inzet van de specialist ouderengeneeskunde in het kader van afstemming met andere zorgverleners of het ondersteunde systeem van de cliënt wordt hiermee bekostigd. Op basis van deze prestaties kan de specialist ouderengeneeskunde dus ingezet worden als regiebehandelaar in de eerste lijn.

Bekostiging en contractering van de inzet van de specialist ouderengeneeskunde via trajectprestaties in de gzsp (Zvw)

Vanaf 1 januari 2025 is het voor cliënten die zorg ontvangen via de gzsp ook mogelijk om de inzet van de specialist ouderengeneeskunde te bekostigen via twee nieuwe trajectprestaties ('zorgtraject kwetsbare patiënten startfase' en 'zorgtraject kwetsbare patiënten vervolgfase'). Bij bekostiging via trajectprestaties wordt niet uitgegaan van losse verrichtingen maar wordt een zorgtraject bekostigd. Deze prestaties zijn bedoeld voor een langdurigere betrokkenheid van de specialist ouderengeneeskunde: voor cliënten waarvoor een consult niet voldoende is. Het gaat vaak om mensen met chronische multimorbiditeit, complexe zorgvragen of als er sprake is van multiproblematiek.

Het zorgtraject staat onder regie van een regiebehandelaar, dat zou een specialist ouderengeneeskunde kunnen zijn, maar ook bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist of physician assistant. De zorgprofessional is dan voor een beperkte tijd betrokken bij de patiënt.

In het veld bestaat de wens om in geval van deze trajectbekostiging het regiebehandelaarschap ook voor onbeperkte tijd over te dragen aan bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde. De NZa gaat met partijen in gesprek over de knelpunten in bekostiging van het regiebehandelaarschap voor onbeperkte tijd.

Inkoop

Op dit moment is nog onduidelijk in welke mate zorgverzekeraars de trajectprestaties contracteren. De NZa heeft met het veld afgesproken om de nieuwe prestaties te gaan monitoren en evalueren. Daarbij wordt ook gekeken naar de contractering van deze prestaties.

MGZ in de regio

VWS ondersteunt met het programma van Vilans MGZ in de regio. Dit programma heeft als doel MGZ te verbeteren vanuit de regio's.

Het programma bestaat onder meer uit een ondersteuningsteam. Regio's en zorgkantoren kunnen Vilans inzetten voor ondersteuning bij de uitvoering van het convenant. We zien in het algemeen een toename van het aantal ondersteuningsvragen. Dit is onder ander te wijten aan het feit dat het programma meer naamsbekendheid heeft en er een toename van urgentiegevoel is bij de regio's door oplopende formatieproblemen. Door het ondertekenen van het convenant spreken de partijen bovendien de intentie uit om samen met MGZ aan de slag te gaan. Tot slot zien we dat regionalisering in de GHZ op gang komt, hetgeen voor meer ondersteuningsvragen vanuit die sector zorgt.

De Erasmus Universiteit doet daarnaast onderzoek naar regionale initiatieven in de MGZ. Dit onderzoek is gericht op vier thema's: 1) hoe regionale initiatieven worden opgeschaald; 2) hoe er gewerkt wordt aan domeinoverstijgende samenwerking; 3) hoe ruimte gemaakt wordt in beleid en financiële kaders om regionale initiatieven mogelijk te maken en; 4) welke beleidsinstrumenten worden ingezet om regionale samenwerking verder te brengen en hoe deze werken.

Het onderzoek laat zien dat het opschalen van regionale initiatieven op verschillende manieren gebeurt. Opschalen gebeurt (1) door middel van standaardisatie en replicatie van zorgfaciliteiten; (2) door middel van het zoeken naar nieuwe doelgroepen voor een zorgfaciliteit, en (3) door middel van het ontwikkelen van nieuwe diensten om een zorgfaciliteit rendabel te maken.

Het onderzoek laat zien hoe sector- en domeinoverstijgende organisatie van MGZ vormt krijgt. Dit gebeurt door (1) het formuleren van een gedeelde probleemdefinitie, (2) door het creëren van urgentie en commitment op verschillende lagen van het zorgsysteem, (3) door het maken van regionale infrastructuren en (4) door het creëren van een institutionele positie waardoor, bijvoorbeeld door het creëren van nieuwe financiële prestaties die structurele financiering van regionale initiatieven mogelijk maakt.

Tevens laat het onderzoek zien hoe regelruimte in beleid en landelijke kaders gemaakt wordt. Er zijn verschillende mechanismes die regelruimte mogelijk maken. Dit zijn: (1) het werken buiten bestaande kaders en (2) het creëren van draagvlak en het mobiliseren van actoren op verschillende lagen van het zorgsysteem.

Tot slot laat het onderzoek zien dat er de laatste jaren een flink aantal sturingsinstrumenten geïntroduceerd zijn die regionale samenwerking in de MGZ aanjagen. Tegelijkertijd worden ook sturingsinstrumenten geïntroduceerd en/of bestendigd die concurrentie tussen zorgaanbieders aanmoedigen. Een overkoepelend beeld is dat nieuwe sturingsinstrumenten vaak specifieke organisatorische problemen adresseren, en dat er weinig aandacht lijkt te zijn voor de interactie en samenhang tussen deze instrumenten.

In 2025 zal naar verwachting het aantal ondersteuningstrajecten in de regio's toenemen door de ondertekening van het convenant en de toenemende urgentie en toenemende bekendheid van het programma. Binnen het Vilans programma zal worden ingezet op het verspreiden van de kennis over wetgeving en financiering door onder meer bijeenkomsten (leerkringen) en het delen van kennisproducten. Door betere samenwerking tussen huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten wordt de eerste lijn versterkt.

Behandeling

Het vorige kabinet heeft aangegeven de uitgaven aan behandeling² in de Wlz te onderzoeken³ voor de behandelcomponent binnen zowel de zzp tarieven voor verpleging en verzorging (V&V) als de zzp tarieven voor gehandicaptenzorg (ghz). De reden hiervoor is dat de behandelinzet en de uitgaven aan de afzonderlijke zorgvormen binnen de behandelcomponent niet transparant zijn. Mijn ambtsvoorganger heeft de NZa⁴ gevraagd om dit te onderzoeken.

In het bijgevoegde rapport "Eerste beeld inzet behandeling" wordt echter geconcludeerd dat het niet mogelijk is om de huidige inzet en uitgaven binnen de genoemde behandelcomponent transparant te maken. De reden hiervoor is dat veel behandelinzet nu niet expliciet op cliëntniveau wordt geregistreerd en vastgelegd. Dit geldt ook voor inzicht in de specifieke behandelvormen. Het is wel gelukt om bij acht aanbieders een eerste beeld op te halen over de kosten en tijdsinzet van behandelaren, de kosten van geneesmiddelen en van overig zorggebonden materiaal in de verpleging en verzorging. Ik wil de NZa bedanken voor het opstellen van dit rapport. Hoewel het rapport een eerste beeld heeft opgeleverd, laat de analyse ook zien dat de inschatting van de tijd en kosten van de inzet van behandeling van een groot aantal variabelen afhankelijk is en dat dit daarmee niet tot een algemeen beeld leidt.

² De afzonderlijke behandelvormen ex artikel 3.1.1 lid 1 onderdeel c1° en onderdeel d van de Wlz voor zover deze zijn opgenomen in de behandelcomponent die onderdeel vormt van de zzp's.

³ Kamerstukken II, vergaderjaar 2021-2022, 34104, nr. 366.

⁴ Bijlage bij Kamerstukken II, vergaderjaar 2021-2022, 34104, nr. 366

Samen met de eerder aan uw Kamer verzonden rapporten “Positionering behandeling voor Wlz-cliënten” en “Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging”⁵ zal dit “Eerste beeld inzet behandeling” verder worden betrokken bij de verkenningen voor een toekomstbestendige Wlz.

⁵ Kamerstukken II, vergaderjaar 2022–2023, 34 104, nr. 394.