

## VGN Reactie Consultatie beleidsreactie in zake NZa rapport MGZ

### Aanvullende reactie vraag 3 en 4.

#### Vraag 3 van 5

De VGN vindt het tweede thema, duidelijk beleggen van de zorgplicht, het meest van belang. Wij pleiten voor dit thema omdat nu, juist door het ontbreken van zorgplicht, het recht op zorg voor mensen met een beperking in de Wlz onvoldoende geborgd is.

Daarnaast zijn er ook andere thema's die van belang zijn. Vanuit de inhoud hebben wij de uitgangspunten die voor ons van belang zijn geprioriteerd. Wij komen dan tot de twee belangrijkste thema's. Dit zijn:

- Cliënten hebben recht op 24/7 zorg van de huisarts met de borging dat AVG's en gedragskundigen kunnen worden ingeschakeld. Dit uitgangspunt heeft relatie met het beleggen van de zorgplicht.
- Interdisciplinaire samenwerking tussen verschillende disciplines moet worden gefaciliteerd als de cliënt die nodig heeft. De huisarts en de AVG werken in het belang van persoonsgerichte zorg voor de cliënt samen met andere disciplines zoals gedragskundigen, psychiater, revalidatiearts, verpleegkundig specialist, neuropsycholoog en oogarts. Behandeling is meer dan één op één zorg, het betreft ook intermediaire zorg gericht op de begeleiders uit het team.

Daarnaast zijn de volgende inhoudelijke uitgangspunten ook van belang:

- Toegankelijkheid en 24/7 bereikbaarheid van zowel de huisarts als de AVG.
- Goede kwaliteit door gekwalificeerde behandelaren, die niet handelingsverlegen zijn.
- De huisarts is als eerste aan zet voor de algemeen medische zorg, zowel overdag als in de avond, nacht en het weekend, omdat de huisarts het meest is toegerust voor de verantwoordelijkheid van algemeen medische zorg.
- De AVG is beschikbaar voor specialistische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, waarbij deze voor de breedte inzetbaar is – maar niet voor generalistische zorg zoals de huisarts geeft.
- Waar nodig wordt triage toegepast voor doorverwijzing naar de huisarts of AVG.
- De AVG moet, waar nodig en gewenst, de rol van WZD functionaris goed kunnen uitoefenen.
- Behandeling is niet alleen gericht op de cliënt, maar moet – indien gewenst - ook gericht kunnen zijn op de context/leefklimaat.

De essentie van deze uitgangspunten is dat de huisarts en de AVG allebei beschikken over specifieke deskundigheid en op basis van deze deskundigheid moeten worden ingezet. Dit geldt voor alle cliëntgroepen en leveringsvormen in de gehandicaptenzorg.

Ook vinden wij enkele organisatorische uitgangspunten van belang bij positionering in een stelsel:

- De BIG systematiek/registratie dient ook te gelden voor huisartsen die medische zorg bieden aan mensen met een beperking, ongeacht of men in dienst is van een zorgorganisatie of in

dienst is bij een maatschap. Op dit moment verliest het huisartsen hun registratie als zij grotendeels voor een zorgorganisatie werken.

- Het is van belang dat AVG-expertise meer regionaal georganiseerd wordt (efficiënte inzet van schaarste en kennisontsluiting) met aandacht voor de rol van de AVG binnen de zorgorganisatie, bijvoorbeeld naar het team en bij beleidsontwikkeling.
- Met betrekking tot MGZ in de regio heeft de financier (zorgverzekeraar/zorgkantoor) verantwoordelijkheid bij de organisatie. De inhoudelijke verantwoordelijkheid ligt bij de beroepsgroepen.
- De bekostiging moet cliëntvolgend zijn in plaats van aanbodgericht. Het onderscheid tussen plaatsen met en zonder behandeling dient te vervallen om MGZ integraal aan te kunnen bieden.

#### Vraag 4 van 5

##### Zvw

Onderbrengen in de Zvw is voor ons denkbaar. De mogelijkheid die zorgverzekeraars hebben om de toegang tot met name huisartsen te borgen, maakt dat er vanuit de VGN een lichte voorkeur is voor positionering in de Zvw. Wij vinden het recht op 24/7 zorg van de huisarts het belangrijkste en we verwachten dat dit recht het best is verankerd in het Zvw-regiem. Het sluit het best aan bij de inclusiegedachte, omdat de huisartsenzorg en de AVG-zorg dan is geregeld zoals voor iedereen in Nederland zonder Wlz indicatie. Op deze manier kan ervoor worden gezorgd dat de huisarts het eerst aan zet is en de AVG wordt ingezet voor specialistische zorg. De cliënt heeft ook keuzevrijheid (binnen de beperkingen van schaarste) voor een huisarts of AVG.

De bestaande eerstelijns structuren kunnen worden gebruikt om de beschikbaarheid van MGZ efficiënter te regelen (ter voorkoming/vermindering van schaarste), ook gedurende de avond, nacht en in het weekend. Op deze wijze is de regionale beschikbaarheid van MGZ geborgd.

De verwachting is dat het moeilijker wordt om de interdisciplinaire samenwerking tussen verschillende disciplines te faciliteren als de cliënt die nodig heeft. Een deel van de disciplines, zoals gedragskundigen vallen onder de verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie, een ander deel (huisarts en AVG) niet.

Dit scenario vraagt om aanpassingen in de organisatie van zorg en de benodigde randvoorwaarden. Om interdisciplinair te kunnen werken in de Zvw brengt dit op de korte termijn een administratieve druk met zich mee die mogelijk op de lange termijn met aangepaste ICT-systemen kan worden verminderd.

MGZ komt op deze manier verder af te staan van de zorgorganisaties in de gehandicaptenzorg. Als in de Zvw geen mogelijkheid is van declaratie voor de betrokkenheid van behandelaren bij organisatieontwikkeling en behandelings-overstijgende taken gaat dit ten koste van de rol die de AVG vervult binnen de zorgorganisatie, bijvoorbeeld naar het team, bij beleidsontwikkeling (zoals nu in de coronatijd) en als WZD functionaris.

Het risico bestaat dat GZ-zorgorganisaties worden beschouwd als woonvoorzieningen, omdat de AVG-expertise geen integraal onderdeel vormt van het budget van de zorgorganisatie.

Bij positionering van MGZ in de Zvw is nodig:

- Adequaat tarief met voldoende oog voor niet-directe patiëntenzorg. Afstemming, MDO, coachen van het team, interdisciplinair werken met andere professionals, bijvoorbeeld met

gedragskundigen, moet allemaal mogelijk en betaald worden. Ook de niet-client gebonden kosten moeten een plek hebben in het tarief, het gaat niet alleen over individuele zorg, ook over zorg aan de clientgroep, context/leefklimaat, zeker bij de complexe zorg in verblijf En medische beleidsontwikkelingen . Dit is in de Zvw geen vanzelfsprekendheid.

- Mogelijkheden voor interdisciplinair werken
- Eenvoudig tariefsysteem, bedrag per client, bijvoorbeeld categorie licht, midden, zwaar
- Lage administratieve lasten in relatie tot de verschillende eisen van verzekeraars
- Borging van de declaratie van de activiteiten van verpleegkundig specialist
- Borging dat patiënten niet op basis van hun beperking geweigerd kunnen worden door een huisarts.

### **Wlz**

Ook positionering van MGZ in de Wlz is voor ons denkbaar. Met dit scenario ligt de organisatie van interdisciplinaire samenwerking in één hand. Dit scenario stimuleert de GZ-zorgorganisatie om de interdisciplinaire samenwerking tussen verschillende disciplines te faciliteren als de cliënt die nodig heeft. Daarnaast kan de AVG binnen de zorgorganisatie worden betrokken bij organisatieontwikkeling en behandelingsoverstijgende taken en een rol vervullen naar het team, bij beleidsontwikkeling en als WZD functionaris. Vanuit organisatorisch belang is het wenselijk om interdisciplinaire zorg vanuit het Wlz-regiem aan te bieden. Op deze manier worden GZ-zorgorganisaties door stakeholders gezien als expertise-zorgorganisaties

Bij positionering van MGZ in de Wlz is nodig:

- De belangrijkste voorwaarde die dan moet worden ingewilligd, is dat het recht op zorg van zowel de huisarts als de AVG geborgd is. En dat huisartsen niet kunnen weigeren om mensen met een beperking als patiënt op te nemen. Borging kan bijvoorbeeld worden gerealiseerd door aanvullende regels vanuit het zorgkantoor of de zorgverzekeraar die ervoor zorgen dat huisartsenzorg inclusief ANW zorg beschikbaar is voor alle mensen met een beperking.
- Tussen alle betrokken partijen dienen aanvullende afspraken te worden gemaakt over de regionale inzet van de AVG's in de regio.
- Passende ZZP-tarieven met voldoende geld voor MGZ