



Leeswijzer voor huisartsen (organisaties) bij het **Convenant MGZ voor patiënten met een Wlz-indicatie**

> Inleiding

2

> Over MGZ en Wlz

3

> Over de rol van de huisarts en samenwerking met andere artsen

6

> Over afspraken in het convenant

9

Inleiding

In september 2024 is het **Convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ)** vastgesteld. In dit convenant hebben LHV, InEen, ActiZ, NVAVG, Verenso, VGN en ZN geformuleerd hoe zij invulling geven aan hun gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de medische zorg aan de patiënt met een Wlz-indicatie.

Met MGZ wordt de medische zorg bedoeld die door huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG samen wordt verleend aan kwetsbare patiënten. Uitgangspunt van het convenant is dat MGZ zowel overdag als in ANW-uren toegankelijk is voor de patiënt, waarbij deze zorg wordt geleverd door de daarvoor best geëquipeerde arts. Hierbij zijn afspraken gemaakt die de betrokken partijen regionaal moeten uitwerken.

Een convenant is een set afspraken tussen partijen, gericht op het behalen van bepaalde (beleids-)doelen. In een convenant worden schriftelijke afspraken gemaakt over (het leveren van prestaties). Door een convenant op te stellen wordt in samenwerking met andere partijen een probleem aangepakt. Het is dus geen juridisch afdwingbaar document!

Waarom een leeswijzer?

Voor huisartsen (organisaties) zijn de afspraken in het convenant niet altijd zo eenvoudig te duiden en daarmee te implementeren. De organisatie, verantwoordelijkheden en financiering van zorg in de Wet langdurige zorg zijn anders dan huisartsen (organisaties) gewend zijn.

In deze leeswijzer geven we daarom aan de hand van een aantal vragen, uitleg bij de afspraken in het convenant en hoe je deze kunt gebruiken in de praktijk.

De vragen zijn onderverdeeld in drie onderdelen:

- Algemene informatie over MGZ en Wlz;
- Informatie over jouw rol als huisarts;
- Informatie over de afspraken in het convenant MGZ.

Advies: Sluit altijd een overeenkomst af als je als huisarts of huisartsenorganisatie een samenwerking aangaat met een (kleinschalige) geclusterde woonzorgvoorziening of zorginstelling voor mensen met een Wlz-indicatie. Gebruik hiervoor de **LHV modelovereenkomst bij patiënten op naam**. Voor patiënten die zorg krijgen in een Wlz-instelling met behandeling gelden vrije tarieven. Je werkt als huisarts dan als onderaannemer van de instelling.

Over MGZ en Wlz

1. Over welke patiënten gaat het in het convenant?

In het convenant gaat het over kwetsbare ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die vanwege hun zorgbehoefte een indicatie hebben voor de Wet langdurige zorg.

2. Wat is MGZ?

Met MGZ wordt medisch-generalistische zorg bedoeld, **de zorg die 'huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG samen plegen te bieden'**.¹ Elk van de artsen heeft zijn eigen expertise, en er is een overlappend deel, dat is de MGZ.

In de praktijk worden artsen VG minder goed opgeleid om medische basiszorg te leveren. Daarom wordt vaak aan huisartsen gevraagd deze zorg op zich te nemen, ook in instellingen.

Specialisten ouderengeneeskunde (SO) in verpleeghuizen leveren meestal alle medische zorg, inclusief MGZ. In woonsituaties buiten het verpleeghuis (thuis en in geclusterde woonzorgvoorzieningen²) bieden zij vooral expertiseczorg, waarbij de huisartsen huisartsenzorg leveren.

Grijze gebieden komen voor en daar zijn nu **gezamenlijk afspraken** over gemaakt.

3. Wat is de Wlz?

Wlz staat voor de Wet langdurige zorg. Deze wet is er voor kwetsbare mensen met een blijvende 24/7 zorgbehoefte.

4. Wat valt niet binnen de Wlz?

Voor mensen met een **tijdelijke 24/7** zorgbehoefte zijn er andere zorgvormen beschikbaar binnen de Zorgverzekeringswet:

- Eerstelijns verblijf (ELV).
- Geriatrische revalidatiezorg (GRZ).

Voor kwetsbare ouderen of mensen met een verstandelijke beperking en extra zorgbehoefte, maar niet 24/7, is er de Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP).

¹ Definitie MGZ Zorginstituut

² We spreken in deze leeswijzer over geclusterde woonvormen. Deze woonvormen worden in de dagelijkse praktijk soms ook als kleinschalige woonvormen aangeduid.

5. Wat valt wel binnen de Wlz?

Bij elke Wlz-indicatie:

- Verzorging/verpleging en begeleiding (gehandicaptenzorg).
- Specifieke medische zorg door een SO of arts VG.

Bij de Wlz-indicatie/leveringsvorm 'met behandeling':

- Zowel algemene als specifieke medische behandeling van de SO of arts VG én de huisarts als deze wordt ingehuurd door de instelling. Ook paramedische zorg, medicatie wordt bij een indicatie 'met behandeling' uit de Wlz betaald.
- Verblijf in een verpleeghuis/gehandicapteninstelling.
- Wonen/verblijf in een geclusterde woonzorgvoorziening wordt **NIET** uit de Wlz betaald, patiënten betalen daar zelf huur.

6. Hoe wordt huisartsenzorg voor mensen met een Wlz-indicatie betaald?

Bij patiënten met een Wlz-indicatie, 'zonder behandeling':

- Huisartsenzorg wordt betaald vanuit de Zorgverzekeringswet. Je kunt deze patiënten inschrijven dus in de huisartsenpraktijk. Er zijn intensieve zorgtarieven beschikbaar voor de ouderenzorg, maar niet voor de gehandicaptenzorg.

Bij patiënten met Wlz-indicatie 'met behandeling':

- Huisartsenzorg is onderdeel van de totale medische zorg in een instelling. De instelling wordt hiervoor betaald uit de Wlz. We zien dit vooral in de gehandicapten zorg. Omdat artsen VG schaars zijn en niet meer opgeleid worden voor de medische basiszorg worden huisartsen ingehuurd door de instelling. Huisartsen mogen volgens vrij tarief afspraken maken met de instelling.

7. Waar wonen patiënten die een Wlz-indicatie hebben?

- Thuis (in de eigen woonomgeving).
- In een geclusterde woonzorgvoorziening met eigen kamer maar ook gemeenschappelijke voorzieningen.
- In een verpleeghuis/gehandicapteninstelling.

8. Op welke manieren kan een patiënt zijn Wlz-indicatie inzetten?

1. Via zorg in natura: met een volledig of modulair pakket thuis:

- De patiënt vraagt een zorgorganisatie om de zorg te regelen en te betalen.
- De zorgorganisatie is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg, naleving van regels etc. en daarmee ook voor de naleving van het convenant.

2. Via een PGB (persoonsgebonden budget):

- De patiënt koopt zelf de zorg in bij een zorgorganisatie.
- De patiënt is zelf verantwoordelijk voor het toezicht op de organisatie en kwaliteit van zorg en de naleving van de regels. In de gehandicaptenzorg zijn het vaak de ouders die dit namens de patiënt doen.
In de ouderenzorg is deze rol van de patiënt in het toezicht op kwaliteit niet geheel duidelijk en wordt verondersteld dat de zorgorganisatie dit doet.

- 
3. Bij een instelling die toelating heeft voor de indicatie 'met behandeling' (het traditionele verpleeghuis of gehandicapteninstelling):
- o De instelling organiseert alles voor de patiënt; wonen, zorg, medische zorg, activiteiten en maaltijden.

Standpunt: *De LHV en InEen zijn bezorgd over PGB als leveringsvorm bij geclusterd wonen. De reden hierover is dat, anders dan bij andere leveringsvormen, niet het Zorgkantoor, maar de patiënt zelf verantwoordelijk is voor het toezicht op de organisatie/kwaliteit van zorg. Hier is vaak onduidelijkheid over (men neemt aan dat de zorgorganisatie dit doet), hetgeen leidt tot extra belasting van huisartsen.*

9. Hoe weet je als huisarts of je patiënt een Wlz-indicatie heeft?

- Dit kan je opvragen bij: Wlz raadpleegfunctie | VECOZO.
Let op: je moet je als huisartsenpraktijk actief aanmelden voor deze dienst, ook als je al gebruik maakt van VECOZO.³
- Je ziet alleen dat er een Wlz indicatie met/zonder behandeling is, niet welke indicatie.
- Het CIZ geeft het na toestemming van de patiënt (soms) ook door als er een Wlz-indicatie is afgegeven.
Let op! Dit is alleen een mededeling dát er een indicatie is afgegeven, niet welke indicatie.

3 Na aansluiting bij VECOZO kan de dienst Wlz Raadpleegfunctie aangevraagd worden.
Ga naar www.vecozo.nl > aanvragen en wijzigen > zorgaanbieder > VECOZO Wijzigingsformulieren
Vul de gegevens van de aanvrager in, het KvK-nummer, zet een vinkje bij toevoegen diensten, kies voor de dienst 'Wlz Raadpleegfunctie'. Vul als laatste de naam van de tekenbevoegde in.

Over de rol van de huisarts en samenwerking met andere artsen

1. Hoe is Wlz-zorg in de eigen woonomgeving geregeld? Wat is de rol van de huisarts?

De huisarts is de eindverantwoordelijke arts bij patiënten in de eigen woonomgeving.

Het convenant MGZ geldt ook voor patiënten in de eigen woonomgeving. Als huisarts kun je advies, consultatie of medebehandeling van een arts VG of specialist ouderengeneeskunde (SO) vragen. Ook kan de regie door een arts VG of SO (tijdelijk) worden overgenomen.

Als de organisatie of (de beschikbaarheid van) de verzorging / verpleging of medische zorg tekortschiet, kan je als huisarts of RHO hulp inroepen van het zorgkantoor.

2. Welke arts is waarvoor verantwoordelijk in een geclusterde woonzorgvoorziening zonder behandel dienst (indicatie 'zonder behandeling')?

Als huisarts kun je alleen verantwoordelijk zijn voor huisartsenzorg. Denk aan beoordeling na een val, behandeling van diabetes of infecties. Volgens de afspraken in het convenant moet er 24/7 een specialist ouderengeneeskunde of arts VG beschikbaar zijn voor overleg, consultatie en medebehandeling.

Specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen VG zijn verantwoordelijk voor:

- Bejegeningsadvies bij moeilijk gedrag bij dementie of een handicap (voor patiënt, mantelzorger en team).
- Medicatie en behandeling bij moeilijk gedrag of symptomen in het kader van het ziektebeeld waaruit de Wlz-indicatie voortvloeit (bijvoorbeeld in het kader van dementie, epilepsie, frequent verslikken, maar ook hulpmiddeladvies).
- Alles rondom gedwongen zorg (Wet zorg en dwang).
- Infectiepreventieprotocollen voor alle bewoners (bijvoorbeeld hoe om te gaan bij een uitbraak van norovirus of covid). Hiervoor kan ook de GGD of ziekenhuis-hygiënist/microbioloog worden gevraagd. Dit valt expliciet niet onder de verantwoordelijkheid van de huisarts.

NB: Een zorgorganisatie kan een verpleegkundig specialist met eigen BIG-bevoegdheid inhuren voor de medisch specifieke zorg, met een SO of arts VG op de achtergrond beschikbaar voor overleg. Als huisarts heb je geen verantwoordelijkheid over de zorg die de verpleegkundig specialist (of physician assistant) levert. De verpleegkundig specialist dient met de eigen achterwacht te overleggen

Standpunt: volgens de wet worden geclusterde woonzorgvoorzieningen gezien als 'thuis' omdat de medisch-generalistische zorg niet wordt betaald uit de Wlz ('zonder behandeling'). Dit zijn wel bewoners met complexe problematiek. Huisartsen kunnen deze zorg niet alleen af maar hebben daar hulp van een specialist ouderengeneeskunde of arts VG bij nodig. Dit is een afspraak geworden in het convenant.

3. Wat mag je als huisarts verwachten van de directie/zorgorganisatie van een geclusterde woonzorgvoorziening?

De zorgorganisatie is verantwoordelijk voor voldoende inkoop en kwaliteit van verpleging/verzorging, niet de huisarts. Als huisarts mag je het volgende verwachten:

- Afspraken met alle noodzakelijke artsen/zorgverleners/zorgorganisaties vóórdat de geclusterde woonzorgvoorziening opent en patiënten er komen wonen.
- Naleving en periodieke evaluatie van afspraken met alle betrokken zorgverleners.
- Voldoen aan wet- en regelgeving wat betreft zorg in geclusterde zorgsettings, zoals voldoende gekwalificeerd personeel, maar ook de aanwezigheid van een infectiepreventieprotocol en protocol Wet zorg en dwang. Huisartsen zijn hier niet verantwoordelijk voor.
- 24/7 beschikbaarheid van een verpleegkundige voorwacht die vragen van de verzorging filtert voordat deze bij de huisarts of een andere arts terechtkomen.
- Contract met een SO of arts VG of een dienst die deze zorg levert. Dat kan met een VVT instelling of zorgorganisatie zijn of via een organisatie met alleen artsen in dienst.
- Contract met de huisartsenspoedpost. Vanuit het convenant wordt verondersteld dat als een huisartsenpraktijk patiënten inschrijft op naam, de huisartsenspoedpost ook de ANW-zorg levert. Dit kan echter niet zonder dat er ook op de huisartsenpost een SO/arts VG bereikbaar is voor overleg. Voor de individuele huisarts is dit niet te controleren. Daarom adviseren wij huisartsen om te werken met de LHV-modelovereenkomst Huisarts, huisartsenpost en woonzorginstelling - LHV.⁴

Volgens het convenant heeft de RHO een belangrijke rol om huisartsen te ondersteunen bij het maken en naleven van afspraken met geclusterde woonzorgvoorzieningen en zorgorganisaties

4 LHV-modelovereenkomst Huisarts, huisartsenpost en woonzorginstelling - LHV

4. Wat mag je als huisarts verwachten van het zorgkantoor?

Het zorgkantoor is het financierings- en contracteringsloket voor Wlz-zorg, zoals de zorgverzekeraar dat is voor Zvw-zorg, zoals huisartsenzorg.

- Het zorgkantoor heeft zorgplicht wat betreft de geleverde Wlz-zorg (verpleging, verzorging, voldoende inzet SO/arts VG)
- Als een zorgorganisatie onvoldoende levert, heeft het zorgkantoor de plicht om de zorgorganisatie hierop aan te spreken.

Standpunt: Door wensen van patiënten, ouders en/of mantelzorgers en overheidsbeleid zien we steeds meer mensen in de eigen woon-omgeving met een zeer zware zorgvraag. LHV en InEen maken zich zorgen over wat deze ontwikkeling betekent voor de belasting op de eerstelijnszorg. De afspraken in het convenant moeten bijdragen aan het beperken van deze belasting en het goed beleggen van de verantwoordelijkheden.

Over afspraken in het convenant

1. Wat wordt bedoeld met de term 'vaste huisartsenzorg' in het convenant?

De zorg en samenwerking is voor alle betrokkenen het makkelijkst te organiseren als er vaste huisartsen zijn die de zorg leveren in een geclusterde woonzorgvoorziening. Streef dus naar een vaste huisartsenpraktijk per woonzorglocatie.

Houd hierbij rekening met het volgende:

- Patiënten mogen niet gedwongen worden hun eigen huisarts op te geven (als deze in de buurt is) maar je kunt het overstappen wel uitleggen/stimuleren.
- In woonzorgvoorzieningen voor ouderen is veel verloop. Idealiter schrijft de huisartsenpraktijk nieuwe bewoners (die in plaats van overleden patiënten komen) ook in. Dit kan een probleem zijn bij een (bijna) volle praktijk. Je mag als huisarts bij inschrijving op naam geen voorrang geven aan een bepaalde patiënt. Volgens een door de LHV ingewonnen juridisch advies mag dit alleen bij patiënten die van buiten de gemeente komen en die nog geen eigen huisarts in de buurt hebben.

Patiënten in een geclusterde woonzorgvoorziening kunnen echter worden beschouwd als een populatie die een leefgemeenschap vormt (zoals een gezin). Als huisarts, (kleinschalige) geclusterde woonzorgvoorziening en zorgverzekeraar gezamenlijk afspraken maken, mag voorrang geven bij inschrijving waarschijnlijk wel. De LHV laat dit nog toetsen bij de ACM.

2. Wat wordt in het convenant bedoeld met regionale verantwoordelijkheid van huisartsen om bij te dragen aan de zorg voor Wlz-patiënten?

- Huisartsenzorg in geclusterde woonzorgvoorzieningen blijft met het convenant voor de individuele huisarts extra aanbod.
- Wel vinden we het onze verantwoordelijkheid om als collectief van huisartsen mee te werken aan een oplossing voor patiënten met een Wlz-indicatie die nog geen huisarts hebben.
- De RHO heeft een belangrijke rol om bij te dragen aan de regiotafel waar problemen met zorg voor Wlz patiënten kunnen worden gemeld en opgelost.
- Afspraken over regionale verdeling van patiënten kan alleen in overleg met zorgverzekeraar/zorgkantoor en de zorgorganisatie die de Wlz-zorg levert. Als al deze partijen het erover eens zijn dat verdeling betere toegankelijkheid, continuïteit en kwaliteit van zorg oplevert, is dit waarschijnlijk voldoende. Dit wordt nog getoetst bij de ACM.

3. Wat kan je als huisarts doen als de (niet-huisartsgeneeskundige) zorg aan Wlz-patiënten structureel tekortschiet?

In het convenant is hiervoor de volgende **escalatieroute** afgesproken.

- Bij tekortschietende zorg meldt de huisarts dit bij de **zorgorganisatie** die de Wlz-zorg levert en/of de directie van de (kleinschalige) **geclusterde woon-zorgvoorziening** zelf.
- Als dit niets oplevert kan de huisarts contact opnemen met het **zorgkantoor** dat verantwoordelijk is voor de Wlz-zorg. In het convenant is een duidelijke rol belegd voor het zorgkantoor om problemen op te lossen.
- We adviseren individuele huisartsenpraktijken om problemen te melden bij hun **RHO**. Deze kan eventueel ook het gesprek voor hen aangaan met zorgorganisatie of zorgkantoor. zorgkantoor overlegt.
- Bij **structurele problemen** is het de bedoeling dat er een **regiotafel MGZ/Wlz** bijeengeroepen wordt. De RHO is een logische partij om namens de aangesloten huisartsen hieraan deel nemen.
- De huisarts of de RHO geeft de melding ook door aan de **LHV/Ineen**, zodat wij deze kunnen meenemen in de gesprekken met de landelijke partijen.

4. Hoe staat de huisartsenzorg in relatie tot de ANW-zorg?

Als de huisarts zorg levert in een (kleinschalige) geclusterde woonzorgvoorziening (zonder behandeling) is het van belang dit ook met de **huisartsen-dienstenstructuur (HDS)** in de regio af te stemmen. Bij het opstellen van een overeenkomst is dan zowel de huisarts, de woonvorm als de HDS betrokken.

In het convenant is hierover het volgende afgesproken:

- Geclusterde woonvoorzieningen zetten een verpleegkundige voorwacht in, om te voorkomen dat niet-medische vragen bij de huisarts/HDS terecht komen.
- De zorgorganisatie en de geclusterde woonzorgvoorziening zijn verantwoordelijk voor goede randvoorwaarden zoals hiervoor staat beschreven. Aan de randvoorwaarden moet zijn voldaan voordat de samenwerking met de huisarts overdag én de samenwerking met de HDS in de ANW start.
- Voor patiënten met een Wlz-indicatie 'met behandeling' is de zorgorganisatie die de Wlz zorg levert verantwoordelijk voor het organiseren van de ANW-zorg. Voor de VG-zorg is de huisartsenzorg complementair aan de arts VG. In de ANW- zorg zullen VG-instellingen afspraken maken met de HDS voor de spoedeisende huisartsenzorg buiten kantooruren. 24/7 beschikbaarheid van een arts VG voor overleg is noodzakelijk.
- Op de huisartsenspoedpost, in de huisartspraktijk en in de instellingen is een patiëntoverdracht beschikbaar met daarin behandelwensen. Deze wordt opgesteld door de regiebehandelaar. Dit kan de huisarts zijn, de specialist ouderengeneeskunde of de arts VG.

5. Hoe is de beschikbaarheid van SO/arts VG overdag en tijdens de ANW geregeld?

- De beschikbaarheid van een SO en arts VG overdag dient binnen de regionale samenwerking georganiseerd te worden. De woonzorgvoorzieningen hebben de verantwoordelijkheid om hierover afspraken te maken met de zorgorganisaties die de SO of arts VG in dienst hebben. In het kader van continuïteit streven we naar een vaste SO of een vaste arts VG gekoppeld aan een geclusterde woonzorgvoorziening en huisartspraktijk.
- In het convenant is afgesproken dat er op de huisartsenspoedposten een SO beschikbaar moet zijn en een arts VG tenminste bereikbaar moet zijn voor overleg. We verwachten dat zorgkantoren en zorgorganisaties zich inspannen om dit voor elke regio beschikbaar te hebben.
- Indien er onvoldoende SO- of arts VG-capaciteit beschikbaar is, is het raadzaam om als huisarts zelf of via de RHO met de zorgorganisatie of instelling in gesprek te gaan. Specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG zijn vrijwel altijd in dienst van een zorgorganisatie die bepaalt waar zij worden ingezet en hebben hier niet altijd zelf invloed op.
- Indien nodig kan contact op worden genomen met het zorgkantoor.

6. Hoe kan je problemen in de MGZ voor Wlz-patiënten voorkomen?

- Check als huisartspraktijk of aan de randvoorwaarden uit het convenant is voldaan voordat je een nieuwe patiënt met een Wlz-indicatie in de praktijk inschrijft. Dit geldt met name voor patiënten in geclusterde woonzorgvoorzieningen.
- Spreek een terugkerend evaluatiemoment in om de voortgang, kwaliteit zorg en samenwerking met de zorgorganisatie in de geclusterde woonzorgvoorziening te bespreken. Dit staat ook in de LHV modelovereenkomst.
- Als een al ingeschreven patiënt verhuist naar een geclusterde woonzorgvoorziening in hetzelfde postcodegebied, blijf je als huisarts verantwoordelijk tot een andere huisartsenpraktijk de patiënt eventueel overneemt. Check ook hier of de woonzorgvoorziening voldoet aan de randvoorwaarden. Mocht er een andere huisarts zijn die de 'vaste huisarts' is in deze woonzorgvoorziening, bespreek dan met de patiënt dat inschrijving bij deze huisarts de voorkeur heeft uit oogpunt van kwaliteit van zorg. Patiënten mogen echter niet gedwongen worden om over te stappen.
- We adviseren huisartsen/RHO's om in regioplannen met gemeenten, zorgkantoren en zorgorganisaties beleid op te nemen over signaleren van plannen rond nieuwe (kleinschalige) geclusterde woonzorgvoorzieningen zodat goede afspraken kunnen worden gemaakt.

Standpunt: Voor het ontwikkelen van deze wooninitiatieven is op dit moment voor de start geen vergunning nodig, waardoor zorgkantoren en zorgverzekeraars geen controle kunnen uitoefenen zoals in reguliere verpleeghuizen. Afspraken met (huis-)artsen en voldoende beschikbare verzorging en verpleging voordat patiënten komen wonen zou een minimale eis moeten zijn. Ook gemeenten zouden hier een rol in moeten hebben.



Colofon

Deze leeswijzer is ontwikkeld door de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en InEen als bijlage bij het Convenant Medisch generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie.

@ LHV en InEen, april 2025

Landelijke Huisartsenvereniging
www.lhv.nl

InEen
www.ineen.nl