

WLZ zorg in instellingen in de ANW

februari 2023

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
1. Directe aanleiding tot het inventariseren van het probleem m.b.t. WLZ-zorg in de ANW	2
2. Voor wie is dit document geschreven?	3
3. Opbouw van dit document.....	3
4. Visie Medrie op de WLZ-zorg aan kwetsbare doelgroepen.....	4
5. Wat doe ik als huisarts met een individuele patiënt met WLZ-zorg in de dagpraktijk?	5
5.1. Een ingeschreven patiënt die al wel een lage WLZ-indicatie heeft en die steeds meer zorg van u vraagt.	5
5.2. Een patiënt met een WLZ-indicatie voor zorg wil zich bij u/uw praktijk inschrijven.....	6
5.3. Een patiënt die bij u is ingeschreven, met een WLZ-indicatie die gaat wonen in een woonvoorziening.....	7
6. Wat doet u als een zorginstelling of een woonzorgorganisatie met u als praktijkhoudend huisarts een overeenkomst wil sluiten?	8
6.1. Een WLZ-organisatie wil een overeenkomst met u aangaan voor algemeen medische zorg voor patiënten met een WLZ-indicatie verblijf met behandeling.	8
6.2. Een woonzorgorganisatie (of WLZ-organisatie) wil voor een locatie met patiënten met een WLZ indicatie verblijf zonder behandeling een overeenkomst met u sluiten.....	8
7. De WLZ -zorg in de ANW.....	9
7.1. Voorstel en stroomdiagram huisartsenspoedzorg voor patiënten met een WLZ-indicatie zonder behandeling	9
7.2. Werkwijze ANW-spoedzorg voor patiënten met een WLZ indicatie verblijf met behandeling	10
8. Besluit	11
Dankwoord	11
Bijlagen	
Bijlage 1: Kernbegrippen in het WLZ – beleid	12
Bijlage 2: Aandachtspunten WLZ zorg in de huisartspraktijk.....	14
Bijlage 3: Memo juristen Velink en De Die Advocaten.....	15
Bijlage 4: Werkinstructie Procedure verkoop zorgverlening ANW zorg Checklist beoordeling zorgaanbieder.....	40
Bijlage 5: Stappenplan aanmelding WLZ zorg in de ANW.....	41
Bijlage 6: Stroomschema WLZ patiënten in de eerstelijnszorg.....	42

1. Directe aanleiding tot het inventariseren van het probleem m.b.t. WLZ-zorg in de ANW

Vanuit alle drie de Medrie regio's zijn er signalen van toenemende zorgvraag van patiënten in woonvormen en verpleeghuizen/behandelcentra (WLZ met behandeling). Onder de huisartsen bestaat onzekerheid op verschillende onderwerpen. *'Ik kan deze zorg niet meer aan, wat nu? Ben ik verplicht deze patiënt met complexe zorg toe te laten in mijn praktijk? Een woonvorm heeft mij benaderd om daar zorg te gaan leveren, hoe ga ik daarmee om?'*

Binnen de huisartsenposten van de Medrie regio's zijn contractuele afspraken gemaakt m.b.t. het leveren van zorg buiten kantooruren. Als we inzoomen op de cijfers zien we dat meer WLZ zorg geleverd wordt op de huisartsenposten dan gecontracteerd is. Dat komt omdat er binnen de dagpraktijken WLZ-patiënten **zonder** behandeling met een hoog zorgprofiel (VV5-10) onder medische verantwoordelijkheid van de huisarts vallen en daardoor een aanspraak maken op de huisartsenzorg in de ANW. Ook wordt in de ANW toenemend een beroep gedaan door behandelcentra (WLZ **met** behandeling), zonder contractafspraken met Medrie.

Tot slot zien we een toename van woonzorgcombinaties waarvan het onduidelijk is welke zorg er geleverd wordt. Is er een SO aanwezig? Is er 24/7 zorg in huis of oproepbaar? De vraag naar huisartsgeneeskundige zorg, of algemeen medische zorg conform de WLZ, komt bij deze woonzorgcombinaties steeds meer bij de huisartsen terecht.

LHV geeft hierover een helder advies af aan de huisartsen.

Toch zijn er meerdere knelpunten:

- Een toenemende zorgvraag bij huisartspraktijken overdag om zorg uit te voeren die niet bij basis huisartsgeneeskunde past;
- Huisartsen die zorg aannemen en die zichzelf daar bevoegd en bekwaam voor achten, zijn zich onvoldoende bewust dat dit ook gevolgen kan hebben voor de collega's in ANW -uren;
- Huisartsen die de druk ervaren bij een steeds groter groeiende populatie thuiswonende kwetsbare patiënten en het niet beschikbaar zijn van een arts /zorg vanuit de woonvormen/organisaties;
- Een toenemende oneigenlijke (lees: niet huisartsgeneeskundige) zorgvraag in de ANW-uren waar huisartsen zich meer en meer niet bekwaam in voelen. Dit zorgt voor extra werkdruk in de ANW.

Bovenstaande vraagt om een helder beleid en duidelijke werkafspraken. In overleg met verschillende gremia, waaronder een hiervoor speciaal opgerichte denktank waarin diverse huisartsen participeerden, is het beschreven beleid ontwikkeld.

Uitgangspunten van dit beleid zijn:

- de juiste professional bij de juiste zorgvraag (kwalitatief en kwantitatief);
- helderheid en afspraken over medische verantwoordelijkheid (grenzen definiëren);
- beperken van oneigenlijke zorg in de ANW;
- bijdragen aan werkdrukvermindering in de ANW;
- passende bekostiging: voor zorg die door huisarts wordt verleend in de ANW aan bijzondere groepen die niet ION zijn ingeschreven, of wel ION ingeschreven met een hoge zorgzwaarte;
- medisch generalistische zorg is niet per se zorg voor de huisarts;
- ondersteuning van huisartsen bij contact, onderhandelingen en contractafspraken met zorginstellingen, bij patiënten met WLZ-zorg zonder behandeling en bij ION-patiënten met een te hoog zorgzwaarteprofiel in de dagpraktijk en in de ANW.

Voor achtergrondinformatie lees:

[Nieuwe leidraad medische zorg in kleinschalige woonzorginstellingen | LHV](#)

[Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie | LHV](#)

[Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#)

2. Voor wie is dit document geschreven?

Dit document is geschreven voor de huisartsen aangesloten en werkzaam bij de huisartsenposten van Medrie. Het Medrie-beleid dat beschreven is voor de ANW-huisartsenzorg wordt via de kwaliteitsraden spoedzorg, de regionraden en uiteindelijk de bestuurder van Medrie vastgesteld. Daarnaast is dit document geschreven als adviesdocument voor de dagzorg in de huisartsenpraktijken, voor alle huisartsen die lid zijn van de volgende (coöperatieve) verenigingen: Charis, Huisartsen Coöperatie Flevoland (HCF) en Huisartsenvereniging regio Zwolle (HRZ). Dit document zal via de algemene ledenvergaderingen van de drie bij Medrie aangesloten coöperaties besproken en als visiedocument vastgesteld worden.

3. Opbouw van dit document

In hoofdstuk 4 beschrijven we de visie van Medrie op de WLZ-zorg aan kwetsbare en speciale doelgroepen. In hoofdstuk 5 staat hoe huisartsen in de dagpraktijk kunnen omgaan met de vragen die op hen af komen. In hoofdstuk 6 staat de WLZ-zorg in de ANW centraal. In bijlage 1 staan kernbegrippen uitgelegd die te maken hebben met het WLZ-beleid.

4. Visie Medrie op de WLZ-zorg aan kwetsbare doelgroepen

De visie van (de huisartsen aangesloten bij) Medrie gaat uit van de juiste zorg voor deze doelgroepen. De WLZ is voor, met name, de doelgroepen ouderen en mensen met een (verstandelijke) beperking in het leven geroepen. Het kenmerk van deze mensen is dat zij een ziektebeeld kennen dat niet tot herstel kan leiden. Het hoogste doel is een zo zinvol mogelijk leven leiden, gegeven het ziektebeeld. Mensen met een Wlz-indicatie zijn meestal aangewezen op integrale zorg. Dat betekent dat alle zorgverleners hun handelen intensief met elkaar afstemmen. Zie voor toelichting: [Behandeling \(WLZ\) | Verzekerde Zorg | Zorginstituut Nederland](#).

De concretisering van onze Medrie visie is, dat er een kantelpunt ligt bij deze doelgroepen vanaf een ZZP met zorgzwaarte 5. Bij deze zorgzwaarte is het in het belang van de cliënt dat zorg en behandeling onder één regie plaatsvindt en bij één organisatie is belegd. De intensieve afstemming tussen zorg en behandelaren, de directe interactie tussen medicatie voorschrijven en medicatie uitdelen luistert zo nauw dat een benadering vanuit meerdere organisaties t.a.v. zorg en behandeling direct impact heeft op de patiëntveiligheid. Vanuit deze visie benaderen we onze aanpak op deze doelgroepen. De cliënten met een ZZP 5 of hoger kunnen daarom niet meer afdoende vanuit de huisartsenzorg de behandeling ontvangen.

We constateren vanuit onze dagelijkse praktijk dat de veranderingen in financieringsvormen (VPT, MPT, PGB) impact hebben op het goed in beeld houden van het ziektebeloop van deze kwetsbare mensen. In de uitoefening van onze huisarts geneeskundige zorg merken wij dan direct de patiëntrisico's. Deze risico's worden vervolgens verplaatst naar de huisarts, zodra de huisarts een rol in de behandeling op zich neemt.

We werken dit document verder uit voor huisartsen in de dagpraktijk en in de ANW. Daarnaast maken we onderscheid tussen WLZ-organisaties en woonzorgorganisaties.

5. Wat doe ik als huisarts met een individuele patiënt met WLZ-zorg in de dagpraktijk?

Deze patiënt heeft al wel WLZ-zorg, maar geen WLZ indicatie met behandeling. De verantwoordelijkheid van medische behandeling ligt daarmee bij de huisarts.

In bijlage 2 vindt u een verkorte weergave van de aandachtspunten die hieronder staan beschreven.

Dit hoofdstuk delen we op in drie onderdelen, te weten:

- een thuiswonende, al ingeschreven patiënt met (steeds toenemende) WLZ-zorgzwaarte;
- een patiënt met WLZ-zorg die zich wil inschrijven bij de praktijk;
- een ingeschreven patiënt met WLZ-zorg **zonder** behandeling die gaat wonen in een woonvoorziening die alleen wonen biedt;

Zie voor het basisoverzicht ook het schema op de LHV-website: [Schema Huisartsenzorg per woonvorm en WLZ-indicatie - LHV](#).

5.1. Een ingeschreven patiënt die al wel een lage WLZ-indicatie heeft en die steeds meer zorg van u vraagt.

Deze patiënt kent u goed. De grootste aantallen zijn kwetsbare ouderen bij wie het ziektebeeld of multi-morbiditeit steeds ernstiger wordt. Het kan ook gaan om een patiënt met een handicap of ernstige psychiatrie.

- Als de zorgvraagzwaarte voor uw gevoel naar een WLZ VV 5 of 6 indicatie gaat, zorgt u ervoor dat u (vanuit het zorgprogramma kwetsbare ouderen) via de thuiszorg of casemanager een actuele WLZ-indicatie **met** behandeling krijgt.
- Met de indicatie WLZ **met** behandeling kan deze patiënt opgenomen worden in een WLZ gefinancierde zorgorganisatie waarin behandelaren de medische zorg van algemene aard kunnen overnemen. Als dit daadwerkelijk gebeurt, dan draagt u het huisartsendossier over naar de zorginstelling. De patiënt wordt dan bij uw praktijk uitgeschreven.

Toelichting

Indien ook via het CIZ een hogere indicatie wordt bevestigd, dan is het van belang dat de patiënt terecht komt op een plaats waar de zorg passend is: een locatie die WLZ met behandeling biedt. Als dat niet lukt, of wanneer de patiënt en familie niet meewerkt, dan kunt u overwegen om de behandelovereenkomst te beëindigen. Daarvoor moet u wel voor deze patiënt aantonen dat u de medische zorg niet meer kunt leveren. Zie hiervoor de KNMG [richtlijn Behandelingsovereenkomst \(WBGO\) | KNMG](#). Het betekent dat de huisarts dan een alternatief voorstel tot opvolging van diens behandeling moet doen. Is dat niet beschikbaar dan moet de verantwoordelijkheid actief, in ieder geval ook schriftelijk, door u worden teruggelegd bij de verzekeraar. U kunt hierbij hulp vragen bij bijvoorbeeld de LHV of Medrie.

'Als de grenzen van de huisarts aantoonbaar bereikt of zelfs overschreden zijn en er niet voorzien kan worden in opvolgende medische zorg komt de zorgverzekeraar weer in beeld'. (memo Velink en De Die advocaten, bijlage 3).

In de wachttijd tot een plaats beschikbaar is, zijn er knelpunten. Voor de patiënt, die een WLZ met behandeling-indicatie krijgt, stijgen de kosten van de thuiszorg. Bovendien zijn sommige voorzieningen via de gemeente, zoals reguliere dagbesteding en de ELV laag complex, niet meer toegankelijk.

5.2. Een patiënt met een WLZ-indicatie voor zorg wil zich bij u/uw praktijk inschrijven

Indien een nieuwe patiënt zich meldt en zich wil inschrijven in uw praktijk, dan is het van belang dat u een beeld hebt van de gezondheidssituatie van deze patiënt. Stel uzelf de volgende vragen:

1. Behoort de behandeling van deze patiënt tot uw professionele competentie? Behoort de behandeling van deze patiënt tot de professionele competentie van uw collega's in de ANW-dienst?
2. Wordt er bij de patiënt aan randvoorwaarden voldaan (denk hierbij aan goede thuiszorg, meer mensen thuis, mantelzorg, enzovoorts)?
3. Is er een vertrouwensbasis voor het aangaan van een overeenkomst? (Het kan zijn dat door eerdere ervaringen met de patiënt bij voorbaat een vertrouwensrelatie ontbreekt).
4. Heeft u ruimte in uw praktijkvoering of gaat de behandeling voor deze patiënt ten koste van behandeling van uw andere patiënten?

U kunt de WLZ-indicatie van een patiënt via de VECOZO-raadpleegfunctie achterhalen.

Wordt aan één of meer factoren in uw ogen niet voldaan, dan adviseren wij u deze patiënt niet in te schrijven. Gebruik als achtergrondinformatie ook het document: "[niet aangaan of verbreken van een behandelrelatie KNMG](#)".

Voor de dagpraktijk belangrijk:

'Patiënten met VV5 of hoger met behandeling zullen patiënten zijn met complexe multiproblematiek. Het advies om in beginsel geen zorg te leveren aan deze categorie patiënten is verdedigbaar' (memo Velink en de Die advocaten, zie bijlage 3).

5.3. Een patiënt die bij u is ingeschreven, met een WLZ-indicatie die gaat wonen in een woonvoorziening. Dit is WLZ zorg zonder behandeling.

De patiënt verhuist naar een woonvoorziening. Deze woonvoorziening is een particuliere organisatie die geen zorg biedt. De zorg wordt geleverd door een thuiszorgorganisatie. U blijft in die situatie de huisarts en daarmee valt deze patiënt ook onder de verantwoordelijkheid van de HAP. Wat is hier van belang?

- Weet welke thuiszorgorganisatie de zorg levert;
- Deze thuiszorgorganisatie kan gezien worden als de verantwoordelijke voor de coördinatie van zorg, dus ook om ervoor te zorgen dat de patiënt bij u op de praktijk komt;
- Als de gezondheidssituatie verslechtert, kunt u wellicht ervoor zorgen dat de WLZ-indicatie naar een verblijf met behandeling wordt gewijzigd. Dat betekent ook dat de patiënt zal moeten verhuizen naar een organisatie, die WLZ met behandeling biedt;
- Indien de patiënt daar blijft wonen en er wordt steeds vaker een beroep op u gedaan, dan werkt u weer volgens de werkwijze vanuit het document: niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst (KNMG);

Stel uzelf de vragen:

- Wordt er bij de patiënt aan randvoorwaarden voldaan (denk hierbij aan goede zorg, meer mensen thuis enzovoorts)?
- Is er een vertrouwensbasis voor het aangaan van de geneeskundige behandelingsovereenkomst?
- Behoort het nog tot uw professionele competentie? Behoort de behandeling van deze patiënt tot de professionele competentie van uw collega's in de ANW-dienst?
- Heeft u ruimte in uw praktijkvoering of gaat de behandeling voor deze patiënt ten koste van behandeling van uw andere patiënten?

6. Wat doet u als een zorginstelling of een woonzorgorganisatie met u als praktijkhoudend huisarts een overeenkomst wil sluiten?

In dit hoofdstuk zetten we uiteen wat u kunt doen als een zorginstelling of een woonzorgorganisatie u benadert voor een overeenkomst.

6.1. Een WLZ-organisatie wil een overeenkomst met u aangaan voor algemeen medische zorg voor patiënten met een WLZ-indicatie verblijf met behandeling.

In dit geval wordt u benaderd door een WLZ-organisatie die een behandeldienst heeft/behandelaren in dienst heeft. Zij vraagt u om de algemeen medische zorg in hun organisatie uit te voeren overdag of in de avonden en weekenden. U bent dan een zelfstandige die een overeenkomst van opdracht met deze organisatie aangaat. U hoort in hun elektronisch patiëntendossier te werken. Deze keuze ligt volledig bij u. De patiënten die u ziet vallen onder de verantwoordelijkheid van de zorginstelling. Er kan geen beroep worden gedaan op de ANW-zorg vanuit de HAP.

6.2. Een woonzorgorganisatie (of WLZ-organisatie) wil voor een locatie met patiënten met een WLZ indicatie verblijf zonder behandeling een overeenkomst met u sluiten.

Deze locatie heeft patiënten te wonen die ook WLZ-zorg ontvangen via een VPT (volledig pakket thuis), MPT (modulair pakket thuis) of inkopen via een persoonsgebonden budget (PGB). De patiënt heeft daarmee een WLZ-indicatie waarbij de behandeling vanuit de zorgverzekeringswet wordt vergoed. De organisatie is echter te zien als een zorginstelling, waarbij deze organisatie, of de door hen ingehuurde thuiszorg, ervoor verantwoordelijk kan worden gehouden om de coördinatie van de zorg voor haar rekening te nemen. Het gebeurt dat voor een paar uur per week een SO wordt ingehuurd, waarmee men meent dat die 'coördinatie' dan is afgedekt.

Deze organisaties willen graag een overeenkomst sluiten met de huisarts en daarmee met de HAP waar de huisarts een aansluitovereenkomst mee heeft. U kunt deze overeenkomst alleen aangaan, wanneer ook Medrie toestemming heeft gegeven onder welke voorwaarden de medische zorg door de huisartsen wordt uitgevoerd. De eisen hiervoor zijn uitgewerkt in de Werkinstructie Procedure Verkoop zorgverlening ANW Zorg: "Checklist beoordeling zorgaanbieder" van Medrie (Bijlage 4). Het is bovendien aan de kwaliteitsteams spoedzorg van Medrie en aan de regioraad om uiteindelijk toestemming te geven voor aansluiting tot de HAP.

In bijlage 5 is een verkorte weergave van het stappenplan gemaakt.

7. De WLZ -zorg in de ANW

De WLZ-zorg in de ANW heeft te maken met zowel de dagpraktijken en de afspraken die praktijkhoudende huisartsen hebben gemaakt, als met de zorgorganisaties die de WLZ-zorg leveren. In dit deel geven we twee acties aan:

1. Stroomdiagram en werkwijze huisartsenspoedzorg voor mensen met een WLZ-indicatie zonder behandeling;
2. Werkwijze voor huisartsenspoedzorg bij patiënten met een WLZ indicatie verblijf met behandeling.

Belangrijk voor de ANW:

'De huisartsenpost kan niet bepalen dat aan bepaalde groepen ingeschreven patiënten van huisartsen geen zorg wordt verleend, tenzij bij haar inkoop/aannamebeleid hier duidelijke voorwaarden aan zijn gesteld en de aansluitovereenkomst met de huisarts hierover duidelijk is.'

(memo Velink en de Die advocaten, bijlage 3).

Kortom: als u de patiënt inschrijft, kan Medrie deze patiënt niet weigeren op de HAP. U kunt alleen in de ANW zelf als individuele arts besluiten dat u zich niet bekwaam genoeg voelt om deze patiënt te zien en om een ambulance verzoeken, of een ander beleid voeren.

7.1. Voorstel en stroomdiagram huisartsenspoedzorg voor patiënten met een WLZ-indicatie zonder behandeling

Voorstel m.b.t. het structureren van de WLZ- zorg zonder behandeling in de ANW. Voor alle drie de regio's geldt hetzelfde proces.

Daarbij blijft er nadrukkelijk ruimte voor regionale verschillen. Het eigen kwaliteitsteam adviseert en de eigen regio raad beslist er uiteindelijk over.

- Medrie legt contact met het zorgkantoor om afspraken te maken over vooraf bespreken van eventuele **nieuwe zorgvoorzieningen** in de regio en het benoemen van de Medrie-procedure voor toelating tot de ANW.
- **Nieuwe toetreders**: van deze categorie instellingen zal volgens de nieuwe procedure beoordeeld worden of zij voldoen aan de criteria op basis waarvan we een contract voor ANW zorg willen afsluiten.
- Herziening **lopende contracten** per vervaldatum: Van deze categorie instellingen zal 3 maanden vóór het einde van de contractdatum worden gestart met de beoordeling aan de hand van deze nieuwe procedure. We houden hierbij een termijn aan van 6 maanden na het besluit om dit af te ronden.
- Signaleren van **lopende contracten** voor doelgroepen die niet voldoen aan de randvoorwaarden zoals geschetst in het stroomschema (zie bijlage 6).
- Protocollaire afspraken over het handelen bij overtreden van de afspraken in het contract en hierop passende, omschreven actie ondernemen.
- Financieel herbeoordelen van **te verlengen** contracten en aanpassen naar marktconforme tarieven.
- **Niet-gecontracteerde instellingen** waar wel zorg geleverd wordt: ook voor deze instellingen geldt dat zij met behulp van deze nieuwe procedure moeten worden beoordeeld. Als het contract al

langer loopt kan het juridisch gezien niet direct worden gestopt, daar moet een 'coulance' tijd aan vast worden geplakt.

- *Aansluitovereenkomst van huisarts met de HAP* moet onderzocht worden op noodzakelijke aanvullingen m.b.t. voorwaarden die kunnen worden gesteld bij het leveren van behandeling in de ANW.

7.2. Werkwijze ANW-spoedzorg voor patiënten met een WLZ indicatie verblijf met behandeling

Er zijn twee manieren waarop deze zorg door ons wordt geboden, te weten: er is gekozen om een overeenkomst te sluiten met een WLZ-organisatie voor het leveren van huisartsenspoedzorg op deze locatie of Medrie komt hier achter vanwege de uitval van de betalingen bij de zorgverzekeraar.

1. Overeenkomst met een WLZ-organisatie

De werkwijze waarop dit gebeurt, is identiek aan het stroomdiagram van 7.1. Daarbij komt dat de financiering hiervan via de desbetreffende organisatie moet lopen. Deze afspraken worden opgenomen in de overeenkomst. De financiële afspraken worden opgesteld door de manager huisartsenpost of de regiomanager en als voorstel neergelegd aan de kwaliteitsteam spoedzorg en vervolgens de regioraad. De ondergrens hiervoor is 2* afgesproken tarief van de verrichtingen voor de HAP met de verzekeraar.

2. Uitval van de betalingen door de verzekeraar als gevolg van een WLZ-verblijfsindicatie met behandeling.

Medrie merkt in dit geval aan de "achterkant van het proces" bij de betalingen, dat er huisartsenspoedzorg is geleverd aan een patiënt met een WLZ indicatie verblijf met behandeling. Medrie krijgt dan ook de vergoeding niet. We starten het volgende proces:

- Melding van deze patiënt en de locatie door F&C aan de locatiemanager van de desbetreffende HAP;
- Locatiemanager onderzoekt al dan niet samen met de programmamanager ouderenzorg van welke organisatie deze locatie is;
- Locatiemanager en/of programmamanager ouderenzorg zoekt contact met deze organisatie om aan te geven dat deze zorg niet meer geleverd gaat worden;
- Financiën en Control brengen 2*verrichtingentarief en administratieve kosten in rekening bij de organisatie;
- Melding van de locatie/adres wordt toegevoegd aan het HAPsysteem bij TPM. Via triage op locatie wordt deze organisatie eruit gefilterd. Indien er geen overeenkomst is, wordt er geen spoedzorg gegeven.

8. Besluit

Op onderdelen valt nog werk te verzetten, dit zal bij de Medrie onderdelen worden uitgezet. Denk bijvoorbeeld aan de gewenste registratie van WLZ-indicatie met behandeling bij de TPM. Ook moet breed gecommuniceerd worden bij wie huisartsen terecht kunnen, die tegen vragen aanlopen. Inmiddels is gestart met de uitvoering van het beleid bij organisaties, waar al een overeenkomst mee is. Nieuwe woonorganisaties/WLZ-instellingen doorlopen inmiddels de procedure, zoals aangegeven. De Medrie regio is als een van de eerste regio's bezig om een duidelijk beleid neer te zetten. Het eindresultaat is juridisch twee keer getoetst, zodat we een betrouwbare basis hebben.

Dankwoord

In dit stuk is geleund op het lastige voorwerk van de denktank WLZ met de deelnemers: H. Mulder, H. Kraaij, A. Meutstege, J.R. Blom en A. Jansen Holleboom. Een uitgebreid stuk van de HRZ heeft ook tot inspiratie geleid, enkele passages eruit zijn overgenomen. Ook onze gesprekken met de LHV hebben inzichten gegeven.

Op de conceptversies hebben we waardevolle feedback ontvangen vanuit onze regioraden.

M. Lemmers en H. van Petersen danken we voor de ondersteuning in het proces. Tot slot dank aan J. Feenstra voor zijn heldere uitleg en inzicht.

Regiodirecties Medrie

Margreet Verloop, regiomanager Hardenberg
Frederique Hospers, regiohuisarts Hardenberg
Maaïke Schnabel, regiomanager a.i. Zwolle
Edward Knol, regiohuisarts Zwolle
Donja Geurtz, regiomanager Flevoland
Ruth Veenvliet, regiohuisarts Flevoland

Februari 2023

Bijlage 1: Kernbegrippen in het WLZ – beleid

In deze bijlage zetten we kort de kernbegrippen voor de het thema WLZ uiteen.

WLZ

WLZ staat voor Wet Langdurige Zorg. De wet geeft recht op zorg aan verzekerden die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht. Om de zorg te kunnen ontvangen, is er een indicatie nodig, afgegeven door het CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg. In de WLZ is in artikel 3.1.1 de beschrijving van het zorgpakket bepaald.

ZVW

Zorgverzekeringswet. Hierin staat ook de volgende verzekerde prestatie: geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen (.....) pleegt te geschieden (Artikel 10 onder a, ZVW).

Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en Persoonlijk Budget (PB)

Deze termen zijn betaaltitels in de WLZ, waarbij het zo is dat de behandeling in de ZVW wordt gefinancierd. Ingeschrevenen in de praktijk die aangeven ook een VPT, MPT of PB te hebben, daarvan weet u dat zij zorg ontvangen uit de WLZ.

WGBO – Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst – zorgplicht huisarts

De zorgplicht die de huisarts heeft, ligt vast in de WGBO. Bij een huisartsenpraktijk ingeschreven persoon heeft de huisarts de plicht zich bij haar werkzaamheden op te stellen als goed hulpverlener. Daarbij handelt de huisarts in overeenstemming met de op hem/haar rustende verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de professionele standaard. Deze professionele standaard wordt ingevuld door de normen en richtlijnen van de beroepsgroep (NHG en LHV). Onderdeel van die normen is dat de huisarts gedurende de reguliere openingstijden basisaanbod biedt en gedurende de ANW-uren voorzien heeft in huisartsenzorg die niet kan wachten.

Aan de zorgplicht van een huisarts zijn grenzen. Deze grenzen zijn in dit document aangegeven, alsook de manier waarop u als huisarts aan de slag moet gaan als hier sprake van is.

Zorgplicht van een instelling

Als een instelling WLZ zorg inclusief verblijf met behandeling levert, dan is deze instelling verantwoordelijk om de medische zorg deugdelijk te regelen. U schrijft de patiënt uit. Gaat het om een kwetsbare oudere, dan wordt de zorginstelling verantwoordelijk en neemt de SO de 'geneeskundige zorg van algemeen medische aard', over. Bij een instelling voor gehandicapten neemt deze organisatie het over en komt de verantwoordelijkheid bij de AVG (arts verstandelijk gehandicapten) te liggen.

Is een woonzorgvoorziening een zorgaanbieder? – uit adviesstuk Velink & De Die Advocaten

We kunnen dit niet eenduidig vaststellen. Wel hebben we handvatten.

- Als de woning door de verhuurder wordt aangeboden en er is een thuiszorgorganisatie die de zorg verleent, dan is er geen sprake van een zorgaanbieder. De thuiszorgorganisatie kan wel gezien worden als zorgaanbieder. Deze organisatie kan verantwoordelijk gehouden worden voor de coördinatie en organisatie van zorg. Daar hoort ook bij dat zij de patiënt begeleidt naar de huisarts als daar behoefte aan is.
- Als de woonzorgvoorziening een overeenkomst sluit met de bewoner voor huur met zorg, dan mogen we ervan uitgaan dat deze woonzorgvoorziening verantwoordelijk gehouden mag worden voor het organiseren van de medische zorg, omdat dit onderdeel is van het aanbod van diensten. Deze zorginstelling is dan ook gehouden zorg te dragen voor het organiseren van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. Deze instellingen of kleinschalige woonvormen zullen graag contracten willen afsluiten met huisartsen in de dagpraktijk en met huisartsenposten om aan deze zorg te voldoen.

Aandachtspunten WLZ zorg in de huisartspraktijk

Situatie	Patiënt met VV5 en hoger wil zich inschrijven in je praktijk <ul style="list-style-type: none"> • vanuit een woonvorm: WLZ zonder behandeling/PGB/VPT/MPT • vanuit een thuissituatie met PGB/VPT/MPT
Wat zegt de wet?	Is je praktijk open voor nieuwe patiënten, dan mag je de patiënt alleen weigeren als: <ul style="list-style-type: none"> • je je niet bekwaam genoeg acht voor de zorg die deze patiënt nodig heeft • als de intensiteit van zorg voor deze patiënt jouw mogelijkheden als praktijkhouder te boven gaat.
Aandachtspunten	<p>Weigeren Het selectief weigeren van patiënten mag niet van de NMA. Je moet dit dus goed kunnen motiveren. Het kan zijn dat je er op aangesproken wordt. Medrie is bereid bij dit proces te helpen, maar je kunt ook een beroep doen op je eigen juridische rechtsbijstand of die van je huisartsencoöperatie.</p> <p>Coördinatie Neem je de zorg op je, dan ben je ook eindverantwoordelijk voor de coördinatie van de verzorging/verpleging rondom deze patiënt, tenzij je dit contractueel anders vastlegt met de instelling. Is er een SO op afstand dan is de vraag of deze verantwoordelijk is ook buiten het (vaak beperkte) aantal uren dat deze beschikbaar is, of dat jij als huisarts dat bent of de betrokken thuiszorgorganisatie.</p> <p>ANW contract Als Medrie geen ANW contract met de instelling afsluit, ben je 24/7 verantwoordelijk voor de patiënten. Je zou je dan kunnen beroepen op het bovengenoemde punt: <i>de zorg gaat jouw mogelijkheden als praktijkhouder te boven.</i></p>
Situatie	Patiënt in je praktijk (ION) is/wordt VV5 en hoger
Wat zegt de wet?	Als je de behandelovereenkomst wil beëindigen moet je met patiënt in gesprek om het aan te kondigen. Zoek ook contact met de zorgverzekeraar, meld in dit gesprek dat je voornemens bent dit te doen en dat er een alternatief voor de patiënt moet komen. Je hebt een inspanningsverplichting om te zoeken naar een alternatief voor de patiënt. Lukt het niet, dan ligt de eindverantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraar.
Situatie	Patiënt met VV5 en hoger tijdens je ANW-dienst
Wat zegt de wet?	De patiënt kan alleen worden geweigerd als er op dat moment een andere verantwoordelijke arts beschikbaar is voor de patiënt.
Aandachtspunten	<p>Medrie verdiept zich nog met een jurist over verdere mogelijkheden t.a.v. instellingen die hiervan misbruik maken.</p> <p>Wat kun je doen? Stuur patiënten in als je je niet bekwaam voelt bij behandeling of voor ander beleid. De beslissing ligt bij de individuele huisarts.</p>

Bijlage 3

MEMO

AAN: Ruth Veenfliet en Herbert van Petersen (Medrie B.V.)
VAN: Caren Velink
BETREFT: Huisartsenzorg in kleinschalige woonvoorzieningen
DATUM: 22 september 2022

1. Inleiding

Medrie B.V., een organisatie van en voor huisartsen in de regio Flevoland, Zwolle en Hardenberg, verzocht advies over het vraagstuk huisartsenzorg in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen. Daarbij werd het volgende geschetst.

“De huisartsen in onze regio's worstelen met het volgende: Huisartsen worden verantwoordelijk gemaakt voor complexe wlz-zorg. Kleine woonvormen worden in de regio neergezet, zonder dat, zowel door degenen die de woonvormen oprichten als ook door vergunning verstrekkende gemeenten, over de zorg voor de patiënten is nagedacht. De aanname is dat de huisarts deze zorg overdag en in de avonduren op zich gaat nemen.

Medrie heeft een document opgesteld met een visie op dit gegeven. Het komt er kort gezegd op neer dat de huisartsen in de Medrie-regio's een duidelijke grens willen trekken tussen de wettelijke verantwoordelijkheid van de huisarts en de verantwoordelijkheid van de betreffende organisaties.

We willen als organisatie hier stevig onderbouwd in gaan zitten en zijn ook op zoek naar wet- en regelgeving (of juist gebrek aan) die ons in het huisartsenstandpunt kan ondersteunen.”

Medrie heeft in dit verband een beleidsstuk, “WLZ zorg in instellingen in de ANW” van oktober 2021, opgesteld waarin standpunt wordt ingenomen. Gevraagd is om dit beleidsstuk te toetsen aan de wet- en regelgeving.

2. Prealabel

Het vraagstuk ten aanzien van de huisartsenzorg in kleinschalige woonvoorzieningen is om twee redenen complex:

- 1) juridisch, vanwege regels in verschillende wetten en de diverse juridische verantwoordelijkheden, en;
- 2) feitelijk, vanwege schaarste aan zowel huisartsen (in toenemende mate), als specialisten ouderengeneeskunde (SO) en artsen verstandelijk gehandicapten (AVG).

In deze memo zal achtereenvolgens aandacht worden besteed aan de verschillende aspecten van voorliggend vraagstuk:

- Paragraaf 3: Aanspraak/recht op huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie
- Paragraaf 4: Rapport Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten van de NZa
- Paragraaf 5: Zorgplicht
- Paragraaf 6: Grenzen zorgplicht van huisartsen
- Paragraaf 7: Contracteerbeleid
- Paragraaf 8: Toetsing beleidsstuk Medrie
- Paragraaf 9: Bevindingen
- Paragraaf 10. Disclaimer - zorgovereenkomsten en aansluitovereenkomst/inkoopbeleid huisartsenpost

3. Aanspraak/recht op huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie

Wet langdurige zorg

De Wet langdurige zorg (Wlz) geeft recht op zorg aan verzekerden die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht. Het gaat veelal om ouderen met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. Om zorg vanuit de Wlz te krijgen, is een Wlz-indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

In de Wlz is het verzekerde pakket bepaald.¹ Het omvat verschillende vormen van zorg, waaronder:

- a) verblijf in een instelling met inbegrip van voorzieningen²;
- b) persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging³;
- c) behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde en geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden in verband met de psychische stoornis van de verzekerde⁴;
- d) door of namens een instelling waarvan de verzekerde verblijf alsmede behandeling als bedoeld in het vorige onderdeel ontvangt te verlenen:
 - 1°. geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg;
 - 2°. behandeling van een psychische stoornis indien de behandeling integraal onderdeel uitmaakt van de behandeling van een van de in artikel 3.2.1 Wlz genoemde aandoeningen of beperkingen;⁵

¹ Artikel 3.1.1 Wlz.

² Artikel 3.1.1, lid 1 onder a Wlz.

³ Artikel 3.1.1, lid 1 onder b Wlz.

⁴ Artikel 3.1.1, lid 1 onder c Wlz.

⁵ Artikel 3.1.1, lid 1 onder d Wlz.

- e) (...)
- f) (...)
- g) (...)

Er is een verschil tussen sub c) en sub d).

Sub c) betreft behandeling, omvattende geneeskundige zorg van specifiek medische (...) aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. De toelichting op de Wlz beschrijft dat het gaat om een specifieke behandeling die samenhangt met de aard van de beperking op grond waarvan de patiënt⁶ toegang heeft tot de Wlz. Er is sprake van een complexe (multi)problematiek die in termen van behandeling meestal vraagt om continue, systematische, langdurige en multidisciplinaire zorg waarbij specifieke deskundigheid op het niveau van een Wlz-behandelaar nodig is. Ik noem dit hierna verder '*specifieke medische zorg*'.

Sub d) voegt aan de behandeling als bedoeld onder c toe de geneeskundige zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg. Ik noem dit verder '*algemeen medische zorg*'.

De combinatie van specifieke en algemene medische zorg geldt alleen voor patiënten met de indicatie 'verblijf met behandeling'.

Voor patiënten met andere indicaties dan 'verblijf en behandeling', wordt de *specifieke* medische zorg vanuit de Wlz bekostigd en de *algemeen* medische zorg, zoals de huisarts, tandarts of geneesmiddelen, bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet.⁷

In de Wlz-indicatie die het CIZ afgeeft staat een zorgprofiel. Een zorgprofiel beschrijft de zorgbehoefte. Binnen de Wlz bestaan verschillende zorgprofielen. Binnen de sector verpleging en verzorging (VV) zijn er bijvoorbeeld:

VV5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg

VV6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

VV8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op verzorging en verpleging

Het betreffen de indicaties voor verblijf *zonder* behandeling. Voor deze patiëntenpopulatie geldt derhalve dat zij vanuit de Zorgverzekeringswet aanspraak hebben op de algemene medische zorg.

De aanspraken op Wlz-zorg kunnen op verschillende wijzen worden verkregen: i) zorg in natura, ii) volledig pakket thuis, iii) modulair pakket thuis of iv) een persoonsgebonden budget. Bij een volledig

⁶ Binnen de Wlz wordt veelal gesproken van cliënten. Ik kies er in deze memo voor om in alle gevallen het begrip patiënten te gebruiken.

⁷ Zie voor een schematisch overzicht: NZa, Rapport Medisch-generalistische zorg Wlz-patiënten, 9 juni 2020, p. 8. Voor patiënten met een indicatie verblijf en behandeling maat die kiezen voor een pgb of een vpt geldt dat de algemene medische zorg ook ten laste komt van de Zvw.

pakket thuis, een modulair pakket thuis of een persoonsgebonden budget wordt de algemene medische zorg bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet. Een patiënt met een persoonsgebonden budget kan Wlz-behandeling niet via haar budget inkopen. De leveringsvorm van Wlz-behandeling is zorg in natura en de patiënt zal hiervoor een gecontracteerde zorgaanbieder moeten benaderen (zorg in natura).

Zorgverzekeringswet

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) behoort tot de verzekerde prestaties: geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen (...) pleegt te geschieden.⁸

De aanspraak geneeskundige zorg is nader omschreven in het Besluit zorgverzekering. Daarin is bepaald dat geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten en (...) plegen te bieden.⁹

Deze zogeheten ‘functiegerichte beschrijving’ impliceert dat wel de inhoud van de verzekerde zorg wordt geregeld, maar niet wordt bepaald door wie die zorg wordt verleend.

Zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, heeft dus op grond van de Zvw niet per definitie door een huisarts te worden verleend.¹⁰ Volgens het Zorginstituut Nederland, dat onder meer adviseert over het verzekerde pakket, valt het zorgarsenaal van de SO (deels) ook onder zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.¹¹ Hetzelfde geldt voor de AVG als het gaat om verstandelijk gehandicapten in geval van eerstelijnsverblijf.¹²

Het hangt van de inhoud van de zorgverzekeringspolis af, welke eisen de zorgverzekeraar stelt aan het verlenen van (i.c.) zorg zoals een huisarts die pleegt te bieden. Gebruikelijk is dat huisartsenzorg ook verleend mag worden door hulpverleners die onder verantwoordelijkheid van de huisarts werken, zoals een assistente, POH, verpleegkundig specialist (VS) of physician assistent (PA). De zorgverzekeraar kan voorts bepaalde kwaliteitseisen stellen, maar de zorgverzekeringspolis kan niet de wettelijke regelingen over bevoegdheid en bekwaamheid doorkruisen.

De verzekerde heeft overigens geen onbegrensde aanspraak op zorg. In de eerste plaats moet er sprake zijn van een (reële) behoefte aan zorg¹³ en de verzekerde moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg.¹⁴

⁸ Artikel 10, onder a Zvw.

⁹ Artikel 2.4, lid 1 Besluit zorgverzekering.

¹⁰ TK 2003/04, 29763, nr. 3, p. 41.

¹¹ Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet, Zorginstituut Nederland 2016, p. 11-12.

¹² Het eerstelijnsverblijf binnen de Zorgverzekeringswet, Zorginstituut Nederland 2016, p. 13-14.

¹³ Artikel 11, lid 1, sub a Zvw.

¹⁴ Artikel 2.1, lid 3 Besluit zorgverzekering.

De inhoud en omvang van de zorg wordt mede begrensd door het criterium ‘de stand van wetenschap en praktijk’.¹⁵ Daarbij geldt dat als maatstaven ontleend aan de stand van wetenschap en praktijk ontbreken, de grens wordt bepaald door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Op het gebied van huisartsgeneeskundige zorg kan de inhoud en omvang van de zorg worden ontleend aan de richtlijnen en praktijkstandaarden van de NHG en voorts aan de door de LHV vastgestelde documenten.

4. Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten

Op verzoek van de Minister van VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de ‘medisch-generalistische zorg’. Op 9 juni 2020 heeft de NZa het onderzoeksrapport “Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten” gepubliceerd waarin zij vier belangrijke kenpunten beschrijven en oplossingen aandragen.¹⁶

De introductie van het begrip ‘medisch-generalistische zorg’ (MGZ) wekt verwarring. MGZ wordt door de NZa omschreven als “zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicaptenzorg in samenspel plegen te bieden aan patiënten. Zowel overdag als in de avond, nacht en weekend (ANW)”.¹⁷ MGZ is echter geen wettelijk begrip. MGZ komt in de Wlz noch de Zvw voor.

Door de begripsomschrijving worden algemeen medische zorg en specifieke medische zorg beide onder één noemer gebracht. Wetssystematisch lijkt dit niet juist, gelet op het relevante verschil tussen de in de Wlz beschreven categorieën ‘specifieke medische zorg’ en ‘algemeen medische zorg’.

Het hanteren van het begrip MGZ creëert daarnaast afbakeningsproblematiek: welke arts (huisarts/ SO/ AVG) is voor welk deel van de medische zorg verantwoordelijk?

5. Zorgplicht

Zorgplicht ziektekostenverzekeraar tegenover verzekerden

Op de zorgverzekeraar rust de zorgplicht om de verzekerde prestaties aan haar verzekerden te (doen) leveren.¹⁸ Hetzelfde geldt voor de uitvoerders van de Wlz (de zg. zorgkantoren).¹⁹ De zorgverzekeraars resp. zorgkantoren sluiten daartoe contracten met zorgaanbieders.

¹⁵ Artikel 2.1, lid 2 Besluit zorgverzekering.

¹⁶ NZa, Rapport Medisch-generalistische zorg Wlz-patiënten, 9 juni 2020.

¹⁷ NZa, Rapport Medisch-generalistische zorg Wlz-patiënten, 9 juni 2020, p. 9.

¹⁸ Artikel 11, lid 1 Zvw.

¹⁹ Artikel 3.3.1 Wlz.

Zorgplicht huisarts tegenover patiënt

Ten opzichte van ingeschreven patiënten rust op de huisarts ingevolge de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) de plicht zich bij haar werkzaamheden op te stellen als goed hulpverlener.²⁰ Daartoe behoort dat de huisarts handelt in overeenstemming met de op haar rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard. De professionele standaard wordt ingevuld door de normen en richtlijnen van de beroepsgroep, zoals de NHG en LHV. Onderdeel van die normen is dat de huisarts gedurende de reguliere openingstijden basisaanbod biedt en gedurende de ANW-uren voorzien heeft in huisartsenzorg die niet kan wachten.²¹

De zorgplicht van de huisarts is niet onbegrensd (zie hierna in paragraaf 6).

Zorgplicht instelling

Op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is een zorgaanbieder (individuele zorgaanbieders en zorginstellingen) gehouden 'goede zorg' te leveren en de zorg goed te organiseren.²² Hoe de zorgaanbieder, dat doet is aan haar te bepalen, als de organisatie door de zorgaanbieder maar (redelijkerwijs) tot goede zorg leidt.

Indien de instelling Wlz-zorg, inclusief verblijf met behandeling biedt, dan is de instelling gehouden ook de medische zorg deugdelijk te organiseren. De instelling kan ervoor kiezen om het geheel van de medische zorg als bedoeld in artikel 3.1.1., lid 1 onder d Wlz (specifieke medische zorg en algemene medische zorg) zelf 'in huis' te hebben door gekwalificeerde artsen in dienstverband te nemen of in te kopen bij een zorgorganisatie of zzp'ers.

Of een kleinschalige woon/zorgvoorziening kwalificeert als zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz is vanwege de scheiding tussen wonen en zorg, een vraag die niet eenduidig is te beantwoorden.

Veelal wordt de woning te huur of te koop aangeboden door de verhuurder of verkoper van een seniorencomplex en de zorg door een aanbieder van extramurale verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT). In dat geval kwalificeert uitsluitend de VVT-instelling als zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz en zal zij op grond van de Wkkgz slechts aan te spreken zijn op het VVT-zorgaanbod. Hieronder valt niet de huisartsenzorg. Verdedigbaar is echter wel dat de VVT-instelling in dat geval verantwoordelijk is voor de coördinatie en organisatie van de zorg en de patiënt begeleidt naar de huisarts indien daar behoefte aan is.

Indien de instelling of kleinschalige woon/zorgvoorziening een gecombineerd aanbod van wonen en zorg aanbiedt en in de huur- en zorgovereenkomst het element 'zorg' overheerst, dan kan betoogd

²⁰ Artikel 7:453 BW, zie ook artikel 2 Wkkgz.

²¹ LHV Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015, p. 8.

²² Artikel 2 en 3 Wkkgz.

worden dat de zorginstelling of kleinschalige woon/zorgvoorziening ook verantwoordelijk is voor het organiseren van de medische zorg, omdat dit onderdeel is van het aanbod van diensten. Immers, er wordt huisvesting inclusief zorg aangeboden als vervangend 'thuis'. Als onderdeel van dat vervangende thuis kan ook worden beschouwd het zorgdragen voor het voorzien in de behoefte aan specifieke of algemeen medische zorg. De zorgaanbieder is dan gehouden (ook) de medische zorg zodanig te organiseren dat dit redelijkerwijs leidt tot goede zorg. De consequentie van deze redenering is dat de zorgaanbieder in dat geval ook zorgdraagt voor het organiseren van 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden'. De zorginstelling of kleinschalige woon/zorgvoorziening zal in dat geval veelal contracten willen sluiten met huisartsen en huisartsenposten teneinde de zorg te kunnen bieden die aan de patiënt wordt aangeboden.

De Wkkgz bevat vereisten voor goede zorg en de organisatie van de zorg en die verplichtingen rusten op de zorgaanbieder. Worden die verplichtingen niet of onvoldoende nageleefd, dan kan onderzoek door de IGJ leiden tot de conclusie dat de zorgaanbieder de Wkkgz niet juist naleeft. In dat geval kan er een aanwijzing worden opgelegd of, in spoedeisende gevallen, een bevel. Een aanwijzing of een bevel zou kunnen inhouden dat er geen patiënten mogen worden opgenomen zolang de medische zorg niet op orde is, maar opleggen van een maatregel en de inhoud ervan is aan de IGJ te bepalen.

Indien de kleinschalige woon/zorgvoorziening jegens de patiënt heeft aangeboden dat ook de organisatie van de medische zorg onder het aanbod vanwege de instelling valt, zou in geval van tekortkomingen ook de patiënt (of bij wilsonbekwaamheid, diens wettelijk vertegenwoordiger) de zorgaanbieder kunnen aanspreken op grond van toerekenbare niet-nakoming op grond van de zorg- en huurovereenkomst.

Zorgplicht gemeenten

Op gemeenten rust geen zorgplicht ten opzichte van patiënten die woonachtig zijn in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen, direct noch indirect.

Op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) kan de gemeente een voorziening toekennen aan een individuele patiënt, maar dat staat volledig los van de organisatie en beschikbaarheid van de medische zorg in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen.

Voor het verlenen van bouwvergunningen door gemeenten zijn de regels van het Bouwbesluit 2012 (gewijzigd per 1 juli 2020) bepalend. Het Bouwbesluit kent onderscheiden gebruiksfuncties, waaronder de 'gezondheidszorgfunctie' en de 'woonfunctie', waarvan een specificering is de 'woonfunctie voor zorg'. De regels en eisen uit het Bouwbesluit hebben betrekking op de veiligheid (brand, vluchtroutes, luchtverversing etc.) en de indeling van het gebouw (oppervlakteregels, toegankelijkheid etc.). Het Bouwbesluit kent geen regels die betrekking hebben op de organisatie of beschikbaarheid van de noodzakelijke zorg. Hieruit volgt dat gemeenten bouwvergunningen kunnen verlenen zonder dat de

medische zorg geregeld is. Uit het Bouwbesluit kan dan ook niet een (indirecte) zorgplicht voor de gemeente worden afgeleid.

6. Grenzen zorgplicht huisarts

De zorgplicht van de huisarts is niet onbegrensd.

Tijdens reguliere openingstijden, algemeen

Wanneer de huisarts bemerkt dat zij als gevolg van omstandigheden (bijvoorbeeld een te hoge werkdruk of persoonlijke omstandigheden) haar patiënten niet langer de zorg kan bieden die voldoet aan de professionele standaard, zal zij maatregelen moeten nemen om te borgen dat zij aan haar verplichtingen kan voldoen en risico's voor de inhoud of de continuïteit van zorg te voorkomen.

In dat geval is (tijdig) overleg met de zorgverzekeraar geboden. Immers, de zorgverzekeraar heeft een zorgplicht ten opzichte van haar verzekerden en tussen zorgverzekeraar en huisarts bestaat een contractuele relatie op grond waarvan de huisarts verplicht is huisartsgeneeskunde te verlenen aan verzekerden van de zorgverzekeraar. Beperkingen aan de zijde van de huisarts hebben dan ook direct consequenties voor de contractuele relaties. Uitgangspunt is dat beide partijen gehouden zijn aan het contract en daarnaast, op grond van de redelijkheid en billijkheid (zie ook hierna), rekening dienen te houden met elkaars gerechtvaardigde belangen.

Aan het belang van de huisarts om zich te houden aan haar wettelijke verplichtingen kan de zorgverzekeraar niet lichtvaardig voorbijgaan en volstaan met verwijzing naar het contract. De huisarts op haar beurt kan ook niet te gemakkelijk voorbijgaan aan de verplichtingen van de zorgverzekeraar ten opzichte van diens verzekerden. Kortom: partijen hebben elkaar nodig om in dergelijke gevallen tot een oplossing te komen. Daarbij zal de oplossing altijd primair gericht moeten zijn op het belang van de patiënt de zorg te krijgen die deze nodig heeft.

Tijdens ANW-uren, algemeen

Huisartsenzorg is 24/7 beschikbaar. Buiten kantooruren richt het zorgaanbod zich op spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg. Het bieden van huisartsenzorg tijdens ANW-uren behoort tot het basisaanbod van de huisartsenvoorziening.²³ Uit deze door de beroepsgroep zelf bepaalde norm, vloeit voort dat de huisarts verplicht is 24/7 te voorzien in zorg. Dat doet zij niet zelf, maar door middel van waarneming via huisartsendienstenstructuren (HDS). Door een aansluitingsovereenkomst met een HDS borgt de huisarts de acute basiszorg aan haar patiënten tijdens de ANW-uren. In de aansluitingsovereenkomst is geregeld dat de HDS zorgdraagt voor de huisartsgeneeskundige zorg.

²³ LHV Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2015, p. 8.

Indien een HDS om wat voor reden ook niet in waarneming tijdens de ANW-uren kan voorzien, zal de huisarts een andere oplossing moeten vinden. Lukt dat niet of onvoldoende, dan loopt de huisarts zowel ten opzichte van haar patiënt (op grond van de Wgbo) als ten opzichte van de zorgverzekeraar (huisartsencontract) een risico omdat zij niet levert waartoe zij is gecontracteerd.

Juridische risico's op aansprakelijkheid wegens het niet-nakomen van contractuele verplichtingen worden begrensd door overmacht: een situatie waardoor verplichtingen niet kunnen worden nagekomen. In geval van schaarste zal niet snel sprake zijn van onverwachte of onvoorziene omstandigheden, omdat continuïteitsproblemen voorzien(baar) zijn. Een feitelijk gebrek aan voldoende huisartsen voor zorgverlening gedurende de ANW-uren kan ook leiden tot overmacht, omdat het niet in de macht van de individuele huisarts ligt om te voorzien in extra capaciteit. Waar zou de huisarts die extra huisartsen vandaan kunnen halen? Het is bovendien niet aan de individuele huisarts toe te rekenen dat er sprake is van schaarste.

Wel mag van de huisarts verwacht worden dat zij in geval voorzienbare continuïteitsproblemen tijdig aan de bel trekt bij de zorgverzekeraar, omdat op beide partijen een zorgplicht rust.

Huisartsenzorg in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen

Meer toegespitst op het vraagstuk van huisartsenzorg in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen geldt dat de grenzen van de huisarts(enzorg) worden bepaald door capaciteit en deskundigheid van de huisarts resp. de HDS. De huisarts heeft in de meeste gevallen een eigen praktijk waarvoor zij buiten de ANW-uren verantwoordelijk is. Die verantwoordelijkheid brengt mee dat de huisarts ten opzichte van haar beide contractpartijen (patiënt en zorgverzekeraar) de zorgverlening kan 'waarmaken'. Tijdens de ANW-uren geldt hetzelfde voor de HDS.

Capaciteit en organisatorische belemmeringen

Op het moment dat de zorgverlening aan bijzondere doelgroepen in woon/zorgvoorzieningen ten koste gaat van de vereiste beschikbaarheid in de reguliere praktijk dan wel huisartsenzorg tijdens ANW-uren, is de grens bereikt.²⁴ Het zou ten opzichte van de thuiswonende patiënten onjuist en onredelijk zijn als de huisarts minder spreekuur kan doen of geen visite kan afleggen, omdat zij haar tijd moet besteden aan zorgverlening in de kleinschalige woon/zorgvoorziening. Daarnaast zal de huisarts al snel aanlopen tegen organisatorische belemmeringen: bovenop de reguliere praktijkvoering komt de zorgverlening aan de patiënten in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen. Dat vergt mogelijk aanzienlijk meer tijd en inspanning dan een visite bij de patiënt thuis en overleg met de wijkverpleging. Afhankelijk van de Wlz-indicatie van de patiënt, zal voor goede zorgverlening aan de patiënten van woon/zorgvoorzieningen soms multidisciplinair overleg moeten plaatsvinden met zowel de verpleging en verzorging alsook met de SO/AVG en gedragswetenschappelijke behandelaren.

²⁴ Leidraad zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen (2018), p. 3/5.

Deskundigheid

Als de zorg voor patiënten in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen niet meer behoort tot wat tot het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg behoort, is er ook een grens bereikt. Dit sluit ook aan bij de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.²⁵ Eén van de aandachtspunten is dat men alert dient te zijn op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid (aandachtspunt 7). Dit sluit ook aan bij de door de LHV geformuleerde randvoorwaarden in haar Leidraad Medische zorg voor ouderen in kleinschalige woonzorginstellingen.²⁶

Het gaat om kwetsbare doelgroepen met een specifieke zorgbehoefte, waarbij de vraag is of de gemiddelde huisarts medisch-inhoudelijk voldoende is toegerust om deze specifieke zorg te verlenen. Niet voor niets is er in de Wlz een verschil gemaakt tussen algemeen medische zorg en specifieke medische zorg.

Het adagium 'onbekwaam maakt onbevoegd' houdt verband met de Wet BIG. De Wet BIG stelt de bekwaamheidseis nadrukkelijk voor het verrichten van voorbehouden handelingen.²⁷ Niet alle onderdelen van de huisartsenzorg vallen onder de voorbehouden handelingen. Niettemin wordt het adagium 'onbekwaam maakt onbevoegd' in de praktijk breder toegepast, zo blijkt ook uit de tuchtrechtrechtelijke jurisprudentie.²⁸

Deskundigheid wordt op individueel niveau bepaald door opleiding en ervaring en op collectief niveau door de opvattingen van de beroepsgroep. Wat door de LHV als huisartsenzorg wordt beschouwd, is beschreven in de documenten Aanbod huisartsgeneeskundige zorg (2015) en Aanbod huisartsenzorg voor ouderen (2016):

'Basisaanbod' wordt geboden door iedere huisarts, tijdens de reguliere openingstijden en spoedeisende huisartsenzorg tijdens de ANW-uren.

'Aanvullend aanbod' betreft specifieke patiëntengroepen en specifieke klachten, aandoeningen en verrichtingen, welke extra deskundigheid van de huisarts resp. extra faciliteiten van de huisartsenpraktijk vergen. Gedacht kan worden aan diabeteszorg waarvoor de huisarts een POH aantrekt die ondersteunt bij het door de huisarts georganiseerde diabetesprogramma. Aanvullend aanbod wordt veelal vergoed door een module bij de zorgverzekeraar en voorwaarde is dat er

²⁵ KNMG et al, Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 26 januari 2010.

²⁶ LHV Leidraad Medische zorg voor ouderen in kleinschalige woonzorginstellingen, 13 november 2018.

²⁷ Artikel 35 Wet BIG.

²⁸ Zie bijv. CTG 25-08-2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:271, c2015.445, GJ 2016/127; RTG Zwolle 25-06-2018, ECLI:NL:TGZRZWO:2018:123; CTG 09-02-2006, zaaknr. 2005-072 en 082, GJ 2006/36.

beschikbaarheid is van kaderartsen ouderengeneeskunde en SO voor consultatie en medebehandeling.

'Bijzonder aanbod' bevindt op de grenzen van de huisartsgeneeskundige zorg en specifieke, aanvullende deskundigheid. Het aanbod is gericht op ouderen die gezien omvang en ernst van de problematiek extra specialistische zorg nodig hebben. Het overschrijdt het huisartsgeneeskundig competentiegebied. Dergelijk aanbod kan alleen geleverd worden als de huisarts voldoende competent is en een SO, AVG of psychiater beschikbaar is voor consultatie en medebehandeling wanneer de huisarts zelf afwezig is (bijvoorbeeld tijdens ANW).

Op basis van deze documenten zou gesteld kunnen worden dat huisartsen altijd, in alle gevallen aan alle patiënten het basisaanbod zouden moeten leveren, dus huisartsenzorg tijdens reguliere uren en tijdens de ANW-uren. Dat is echter een te snelle conclusie. De documenten dateren van jaren geleden en sindsdien is met name de wereld van de zorgverlening aan ouderen ingrijpend veranderd. Het beleid is tegenwoordig: zo lang mogelijk thuis wonen, waarbij 'thuis' meestal niet meer is het eigen huis, maar een vorm van een woon/zorgvoorziening, die toch enigszins lijkt op institutionele zorg voor patiënten met de indicatie 'verblijf met behandeling', maar dan zonder het volledige pakket medische zorg.

De herdefinitie van 'thuis', zoals de LHV in 2018 heeft opgenomen in de Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen van 13 november 2018 is in dit verband relevant en noodzakelijk. Noodzakelijk, omdat dit standpunt van de LHV beschouwd kan worden als invulling van de professionele standaard op dit onderdeel van de huisartsenzorg. Met die beperking zullen zorgverzekeraars rekening moeten houden. 'Thuis' wonen betekent dat een patiënt in een eigen huis woont, alleenwonend, in gezinsverband of met vrienden en er *geen* professionele zorgverleners 24/7 aanwezig zijn.²⁹

Daarnaast volgt uit de aangehaalde LHV-documenten dat huisartsen slechts kunnen leveren waartoe zij deskundig zijn. Voor zover het gaat om basisaanbod kunnen in beginsel alle huisartsen als deskundig worden beschouwd. De vraag is of de zorg aan de groepen patiënten in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen nog wel als basisaanbod kunnen worden beschouwd. Immers, het uitgangspunt van het basisaanbod zoals omschreven door de LHV³⁰ is eigen regie van de patiënt.

In de LHV Leidraad Medische zorg voor ouderen in kleinschalige woonzorginstellingen wordt het standpunt ingenomen dat de medische zorg in een kleinschalige woon/zorgvoorzieningen in de basis niet meer des huisarts is en daarom niet valt onder het basisaanbod van de huisarts.³¹ Dit standpunt

²⁹ LHV Leidraad Medische zorg voor ouderen in kleinschalige woonzorginstellingen, 13 november 2018, p. 1.

³⁰ Aanbod huisartsenzorg voor ouderen, LHV 13 december 2016, p. 5.

³¹ ³¹ LHV Leidraad Medische zorg voor ouderen in kleinschalige woonzorginstellingen, 13 november 2018, p. 2.

deel ik niet zonder meer. De huisarts komt pas in actie wanneer er een concrete zorgvraag is (van patiënt, omgeving of thuiszorg). De contacten verlopen in de regel via het spreekuur. Afhankelijk van de concrete situatie en de indicatie van de patiënt, kan het voorkomen dat aan die kenmerken in de context van huisartsenzorg aan patiënten in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen niet (meer) wordt voldaan: patiënten zijn over het algemeen niet (meer) in staat om zelf de regie te voeren, niet naar het spreekuur te komen en er is in veel gevallen sprake van een complexe zorgvraag die continue aandacht en afstemming vergt. In dat geval is de conclusie gerechtvaardigd dat huisartsenzorg aan die specifieke kwetsbare groepen in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen niet meer valt onder 'basisaanbod'. Dit type huisartsenzorg is al snel te kwalificeren als aanvullend of zelfs bijzonder aanbod. Dit laat onverlet dat de *basishuisartsengeneeskunde* aan deze groep patiënten kan worden verleend.

Aanvullend en/of bijzonder aanbod zal de huisarts alleen maar kunnen bieden als zij daartoe bekwaam is en wordt voldaan aan de randvoorwaarden die aan deze vormen van huisartsenzorg gesteld zijn door de LHV, bijvoorbeeld de aanwezigheid of beschikbaarheid van een SO/AVG/psychiater als de vereiste bekwaamheid in de ANW-uren ontbreekt.³²

Als de algemeen medische zorg voor patiënten in een kleinschalige woon/zorgvoorziening meebrengt dat de zorgverlening de grenzen van de organisatie of deskundigheid van de huisarts overschrijdt, kan dit van de huisarts niet gevegd worden, omdat de zorg aan deze doelgroepen niet meer beschouwd kan worden als 'basisaanbod'. Het is de huisarts zelf die de grenzen bepaalt. Dat kan niemand anders doen, omdat zorgverlening de individuele verantwoordelijkheid is van de huisarts die daarop ook, bijvoorbeeld tuchtrechtelijk, aangesproken kan worden.

Niet-aangaan of beëindigen van een geneeskundige behandelingsovereenkomst

Indien een nieuwe patiënt, waaronder bewoners van een kleinschalige woon/zorgvoorziening, zich aandient en de huisarts met een beroep op haar professionele standaard voorziet dat zij geen goede zorg aan deze patiënt kan bieden, zal zij geen geneeskundige behandelingsovereenkomst moeten aangaan.

De KNMG Richtlijn "Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst" van januari 2021 geeft redenen voor het niet-aangaan van een behandelingsovereenkomst. De drie belangrijkste redenen zijn:

1. De aard of omvang van de hulpvraag gaat de expertise of mogelijkheden van de arts te buiten;
2. Door eerdere ervaringen met de patiënt ontbreekt bij voorbaat een vertrouwensbasis voor de behandelingsovereenkomst;

³² In Aanbod huisartsenzorg voor ouderen, LHV 13 december 2016, p. 7, wordt terecht opgemerkt dat het niet vanzelfsprekend is dat de waarnemend huisarts over vereiste competenties beschikt.

3. De arts heeft een aanzienlijk belang, meestal organisatorisch, om de behandelingsovereenkomst niet aan te gaan.

De KNMG Richtlijn wijst in dit verband als voorbeeld op een uitspraak van het RTG Zwolle van 22 november 2018 waarin werd geoordeeld dat een huisarts mocht weigeren om een overeenkomst aan te gaan met een patiënt in een woon- zorgcentrum, omdat de zorg de normale huisartsenzorg oversteeg.³³

Er worden wel zorgvuldigheidseisen gesteld aan een weigering om een behandelingsovereenkomst aan te gaan: het besluit moet worden besproken met de patiënt, noodzakelijke hulp (hulp die niet kan worden uitgesteld) moet worden verleend en eventuele gegevens worden met toestemming van de patiënt verstrekt aan de behandelaar.³⁴

Een andere vraag is of een reeds bestaande behandelingsovereenkomst door de huisarts kan worden opgezegd als de huisarts vindt dat de grenzen van hetgeen redelijkerwijs van haar gevergd kan worden zijn bereikt. De wet bepaalt dat de hulpverlener de behandelingsovereenkomst, behoudens gewichtige redenen, niet kan opzeggen.³⁵ Bij de vraag wat onder 'gewichtige redenen' verstaan kan worden biedt de hiervoor genoemde KNMG Richtlijn houvast.

Eén van de gronden is dat de arts een aanmerkelijk belang heeft bij het beëindigen en wel zodanig dat voortzetting niet van haar kan worden gevergd. In de richtlijn wordt als voorbeeld genoemd de situatie dat de patiënt verhuist naar een zover van de praktijk gelegen locatie, dat de huisarts niet meer in staat is de zorg goed en tijdig te kunnen verlenen.³⁶ Andere belangrijke grond is dat de aard en/of omvang van de hulpvraag wezenlijk wijzigt en de expertise van de arts te buiten gaat.³⁷ De richtlijn wijst er in dit verband op dat in de loop van een behandeling de indicatie voor de behandeling of de hulpvraag van een patiënt kan wijzigen. De indicatie voor bepaalde zorg kan komen te vervallen of de hulpvraag kan zodanig wijzigen dat de arts niet (meer) beschikt over voldoende deskundigheid. Goede zorgverlening kan ook in het gedrang komen als de hulpvraag meer vraagt qua tijd en omvang dan de arts kan leveren.

Als de huisarts niet meer in staat is om goede zorg te verlenen, omdat de grenzen van de capaciteit of deskundigheid zijn of concreet dreigen te worden overschreden, kan dit dus een gewichtige reden opleveren voor het beëindigen van de behandelingsovereenkomst met de patiënt. De bewijslast rust op de individuele huisarts: zij zal moeten aantonen dat de gevraagde huisartsenzorg redelijkerwijs niet

³³ RTG Zwolle 22 november 2018, ECLI:NL:TGZRZWO:2018:178.

³⁴ KNMG Richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, januari 2021, p. 11 en 12.

³⁵ Artikel 7:460 BW.

³⁶ KNMG Richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, januari 2021, p. 18.

³⁷ KNMG Richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, januari 2021, p. 13.

meer van haar gevegd kan worden onder verwijzing naar zo concreet mogelijke belemmeringen en risico's.

Bij het beëindigen van de behandelingsovereenkomst gelden eveneens zorgvuldigheidseisen. De arts die de behandelingsovereenkomst opzegt, zal zorg moeten dragen voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt, aangezien dit één van de voorwaarden is die aan het opzeggen van de behandelingsovereenkomst gesteld worden. Gelet op de schaarste aan huisartsen, SO's en AVG's én verpleeghuiscapaciteit, zal dit in de praktijk een knelpunt zijn.

Vermijden knelpunt door zorgverzekeraars

Als de grenzen van de huisarts aantoonbaar bereikt of zelfs overschreden zijn en er niet voorzien kan worden in opvolgende medische zorg, komt de zorgverzekeraar weer in beeld. Uit de op de zorgverzekeraar rustende zorgplicht volgt dat deze zal moeten garanderen dat de patiënt/verzekerde de zorg krijgt waar deze krachtens diens zorgverzekering aanspraak op heeft. De zorgverzekeraar zal dan dus zorg elders moeten inkopen. En dat is precies wat de zorgverzekeraar zal willen vermijden, omdat zij ook tegen de praktische onmogelijkheid van tekorten aan huisartsen, SO's en AVG's en verpleeghuiscapaciteit aanloopt. Dit is waarschijnlijk ook de reden dat huisartsen de 'koppelcontracten' reguliere huisartsenzorg – huisartsenzorg in kleinschalige woon/zorgvoorzieningen voorgelegd krijgen van hun zorgverzekeraars.

Daarmee kom ik op het volgende onderwerp: het contracteerbeleid.

8. Contracteerbeleid

Zoals opgemerkt sluiten zorgverzekeraars en zorgkantoren zorgcontracten met zorgaanbieders waarmee zij hun zorgplicht jegens hun verzekerden invulling geven. Zo bieden zorgverzekeraars huisartsen contracten aan om de Zvw-verzekerde prestatie de 'geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' geleverd te krijgen.

Beperkte contractvrijheid en onderlinge afhankelijkheid

Het uitgangspunt in het civiele contractenrecht is contractsvrijheid. Huisartsen zijn dus niet verplicht een contract te aanvaarden dat zij niet willen. Dat is echter theorie. De praktijk is dat er niet of nauwelijks onderhandelingsruimte is en dat zorgverzekeraars het principe 'tekenen bij het kruisje' hanteren. Aan de andere kant, zorgverzekeraars hebben de huisartsen nodig om hun zorgplicht jegens hun verzekerden te kunnen realiseren en kunnen niet 'een blik huisartsen opentrekken' als huisartsen in voorkomend geval het huisartsencontract weigeren. Feit is dat er een onderlinge afhankelijkheid bestaat tussen beide partijen: huisartsen willen hun beroep kunnen uitoefenen en hun inspanningen vergoed krijgen en zorgverzekeraars willen hun zorgplicht nakomen.

Redelijkheid en billijkheid

Volgens vaste jurisprudentie wordt de contractuele verhouding tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder beheerst door de maatstaven van (pre)contractuele redelijkheid en billijkheid. De redelijkheid en billijkheid brengen een begrenzing aan de contractsvrijheid van beide partijen. Hieruit vloeit voort dat de zorgverzekeraar zich bij haar (contracteer)beleid niet alleen mag laten leiden door haar eigen gerechtvaardigde belangen, die van haar verzekerden en die van de mede door haar behartigde belangen van de gezondheidszorg in het algemeen, maar zich mede zal moeten laten leiden door de gerechtvaardigde belangen van haar jarenlange contractspartner.³⁸ Die notie lijkt mij relevant om te betrekken in discussies met de zorgverzekeraars.

Als huisartsen goede gronden hebben voor hun weigering het aangeboden contract te aanvaarden, dan brengt de redelijkheid en billijkheid mee dat óók met het belang van de huisartsen rekening wordt gehouden en zal er toch in onderling overleg in een oplossing voorzien moeten worden. Als een gezamenlijke oplossing bereikt wordt, kan daarbij de vraag zijn wie de kosten van die oplossing moet dragen. Ik zie niet direct een grond om te concluderen dat dat de huisarts zal moeten zijn op grond van haar zorgplicht. Immers, als sprake is van overmacht of een opstelling van de zorgverzekeraar die in strijd is met de redelijkheid en billijkheid, zal de huisarts zich kunnen verzetten.

Onredelijke eisen in contracten

Goede gronden om er bij de zorgverzekeraar op aan te dringen een aangeboden contract aan te passen zijn in elk geval:

- 1) als de grenzen van de bekwaamheid en/of
- 2) de capaciteit van hetgeen de huisarts redelijkerwijs kan bieden worden overschreden.

Deze gronden sluiten aan bij de gronden op basis waarvan een huisarts het aangaan van een behandelingsovereenkomst kan weigeren.

Omdat het bepalen van de grenzen van bekwaamheid en deskundigheid aan de individuele huisarts is, zou het in strijd met de redelijkheid en billijkheid zijn als een zorgverzekeraar een huisarts onder druk van weigering van een contract voor de reguliere zorg, dwingt om zorg te verlenen waartoe zij zichzelf niet in staat acht.

Naast de eisen van bekwaamheid en deskundigheid, zal de huisartsenzorg ook organisatorisch haalbaar moeten zijn. Organisatorische redenen kunnen een gerechtvaardigde grond zijn om geen behandelingsovereenkomst met de patiënt aan te gaan. Hetzelfde geldt in het geval de grenzen van de professionele verantwoordelijkheid bereikt zijn.

³⁸ Zie ook Rb. Arnhem (vzr) 18 juni 2012, ECLI:NL:RBARN:2012:BW9172, Rb. Arnhem (vzr) 8 augustus 2012 ECLI:NL:RBARN:2012:BX4463 en Rb. Arnhem 2 februari 2011, ECLI:NL:RBARN:2011:BP2876.

Verantwoordelijkheid voor het organiseren van medische zorg

Omdat Wlz-patiënten ook geïndiceerd kunnen zijn voor specifieke medische behandeling (Wlz-behandeling), behoort het tot de taak van het zorgkantoor zich ervan te vergewissen dat de zorginstelling waarmee gecontracteerd wordt voor het bieden van Wlz-zorg voor patiënten met hoge of complexe zorgbehoefte, redelijkerwijs in staat is goede zorg te leveren. In die gevallen staat op voorhand vast dat er niet alleen verpleging, verzorging en algemene medische zorg nodig is, maar ook specifieke medische zorg, die het basisaanbod van huisartsenzorg te buiten gaat. Het ligt dan in de rede dat in het contract tussen zorgkantoor en instelling afspraken worden gemaakt over de wijze waarop voorzien wordt in de medische zorgverlening aan de patiënten. Hóe de zorginstelling dat doet is aan haar: zij kan artsen (AVG's resp. SO's of huisartsen bekwaam tot het bieden van bijzonder aanbod) in dienst nemen, artsen contracteren of een andere voorziening treffen. In die gevallen dient de desbetreffende arts ook het hoofdbehandelaarschap op zich te nemen (tegenwoordig: regiebehandelaar).

De patiënt/verzekerde kan het zorgkantoor aanspreken als de woon/zorginstelling waar zij verblijft niet biedt wat de patiënt op basis van het indicatiebesluit mag verwachten. Het zorgkantoor doet er dan ook verstandig aan om zich ervan te vergewissen dat de te contracteren woonzorginstelling voldoet aan de Wkkgz en specifieke medische zorg kan leveren aan de patiënten met een hoge of complexe zorgzwaarte.

N.B. Bovenstaande redenering gaat niet op als sprake is van gescheiden wonen en zorg en de zorg in de kleinschalige woon/zorgvoorziening uitsluitend bestaat uit (extramurale) VVT. Voor woon/zorgvoorzieningen die uitsluitend werken op basis van PGB-gelden gaat de redenering ook niet op, omdat in die gevallen er geen aanbod van zorg is omdat de patiënten zelf de zorg 'inkopen' en er (dus) geen contract is tussen zorgaanbieder en zorgkantoor, maar alleen een contract tussen patiënt en zorgaanbieder.

De praktijk is echter weerbarstiger. Stel nu dat de zorginstelling, ondanks serieuze inspanningen, geen of onvoldoende capaciteit SO resp. AVG heeft, dan zou de consequentie moeten zijn dat zij geen aanbod kan doen voor patiënten met een hoge of complexe zorgzwaarte. Zij kan die zorg immers niet leveren. Maar wat nu als er (te)veel instellingen zijn die in die situatie verkeren? De zorgvraag van de patiënten verandert niet en ook hun indicatie niet. Sterker nog: aangenomen kan worden dat bij gebrek aan adequate zorg de zorgbehoefte van de patiënt nog sterker toeneemt. Dat betekent dat het zorgkantoor linksom of rechtsom zal moeten zorgen voor voldoende gecontracteerd aanbod. Maar ook de zorgkantoren zijn beperkt in hun mogelijkheden om in voldoende SO's resp. AVG's te voorzien. Dit is de actuele situatie in veel regio's, die ook beschreven is in het NZa-rapport.

Ik zie hier een getrapte verantwoordelijkheid: primair de zorginstelling resp. kleinschalige woon/zorginstelling en vervolgens de zorgverzekeraar/zorgkantoor die checkt of de zorginstelling haar

verantwoordelijkheid waarmaakt. Het is te gemakkelijk om de uit de Wkkgz voortvloeiende verantwoordelijkheid te negeren onder verwijzing naar het tekort aan SO's resp. AVG's en het vervolgens 'op het bordje' van de huisarts leggen. Temeer omdat de gevraagde zorg in deze gevallen geacht wordt buiten het 'basisaanbod' van de huisarts te vallen.

Er is echter ook een keerzijde aan deze redenering. Als de kleinschalige woon/zorgvoorziening niet kan voldoen aan de voorwaarde medische zorg te leveren, zullen patiënten niet in een dergelijke woon/zorgvoorziening opgenomen kunnen worden, ontstaan er wachtlijsten en verblijft de patiënt langer op een plek (waarschijnlijk het oorspronkelijke thuis) die eigenlijk niet meer geschikt is gelet op de zorgvraag. Dat is ook weer belastend voor de huisarts.

Het zorgkantoor resp. de zorgverzekeraar zal in een dergelijk geval wel moeten aantonen zich tot het uiterste te hebben ingespannen om aan het recht op zorg te kunnen voldoen, maar als er aantoonbaar echt nergens SO's resp. AVG's te vinden zijn, houdt het op.

Het probleem is niet gemakkelijk oplosbaar, omdat ook huisartsen schaars zijn en één van de randvoorwaarden is dat het verlenen van huisartsenzorg aan Wlz-patiënten niet ten koste mag gaan van het reguliere basisaanbod in de huisartsenpraktijk. Dat uitgangspunt is zonder meer verdedigbaar nu ook andere patiënten op grond van de Zvw aanspraak hebben op huisartsenzorg. Dat weten zorgverzekeraars ook en ik verwacht dat er door de zorgverzekeraars dan ook geen afbreuk wordt gedaan aan deze randvoorwaarde.

8. BELEIDSDOCUMENT MEDRIE WLZ ZORG IN INSTELLINGEN IN DE ANW

Het Beleidsdocument "Wlz zorg in instellingen in de ANW" van Medrie uit oktober 2021 gaat nader in op de problematiek die door huisartsenposten/huisartsdienstenstructuren en aangesloten huisartsen wordt ervaren ten aanzien van patiënten met een Wlz-indicatie verblijf zònder behandeling. Voor deze patiëntengroep geldt dat zij aanspraak hebben op medische zorg vanuit de Zvw waarvoor een beroep wordt gedaan op de huisartsen en huisartsenposten.

Het beleidsdocument roept bij mij allerlei vragen op. Dit wordt mijns inziens veroorzaakt doordat een duidelijk standpunt ontbreekt en er bijvoorbeeld geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende actoren (huisartsen resp. huisartsendienstenstructuren), de verschillende typen instellingen en woon/zorgvoorzieningen en de verschillende contractuele relaties (huisarts-patiënt, huisarts-instelling, huisarts-huisartsenpost, huisartsenpost-instelling).

Hierna volgt een opsomming van mijn bevindingen/reactie.

Het beleidsdocument maakt niet goed duidelijk voor wie dit document precies is geschreven. Zijn het de huisartsenposten van Medrie of de huisartsen met een eigen praktijk in de regio's waar Medrie actief is? Of wellicht voor beide categorieën?

In het beleidsdocument wordt beschreven dat er huisartsenposten zijn die contractuele afspraken maken voor het leveren van zorg buiten kantooruren. Niet helemaal duidelijk is met wie deze afspraken gemaakt worden. Zijn dit instellingen die verblijf en behandeling aanbieden, of instellingen die verblijf zonder behandeling aanbieden, of extramuraal Wlz-zorgaanbieders die verzorging en verpleging aanbieden bij patiënten thuis? En op welk type zorg hebben de afspraken betrekking? Algemene medische zorg (basiszorg) of ook meer bijzondere zorg?

Daarnaast kunnen er ook huisartsen zijn die afzonderlijke afspraken maken met instellingen of kleinschalige woon/zorgvoorzieningen om zorg te verlenen aan de daar wonende patiënten die vervolgens (al dan niet) worden ingeschreven op naam van de huisarts, waardoor deze patiënten (al dan niet) in de ANW op de huisartsenpost terecht kunnen komen.

Het beleidsdocument maakt dus niet duidelijk met welke partijen de afspraken gemaakt worden en wat de inhoud van deze afspraken is (leveren basisaanbod of bijzonder aanbod?).

Verderop in het beleidsstuk (p. 11) wordt beschreven dat er afspraken worden gemaakt met zorgkantoren. Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de zorginkoop van Wlz-zorg. De huisartsenzorg (de algemene medische zorg) valt onder de Zvw en wordt ook vanuit de Zvw bekostigd. Dit is alleen anders als er sprake is van een aanbod van Wlz-verblijf met behandeling. In dat geval valt de algemene medische zorg onder de Wlz en zal de zorginstelling zorg moeten dragen voor de coördinatie en organisatie van de desbetreffende zorg. Denkbaar is dat een dergelijke instelling afspraken maakt met huisartsenpraktijken of de huisartsenpost voor het leveren van de algemene huisartsenbasiszorg, maar duidelijk wordt dit niet in het beleidsstuk. Benadrukt wordt dat een instelling die verblijf met behandeling aanbiedt, zelf verantwoordelijk is voor de organisatie van de medische zorg (algemene medische zorg en specifieke medische zorg) en dat een huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur niet verplicht is een overeenkomst te sluiten met zo'n instelling voor het verlenen van (acute) basiszorg.

In het stuk wordt ook meerdere malen gesproken over de verlengde-arm constructie. Dit is een oud begrip dat voor de inwerkingtreding van de Wet BIG veelal werd gehanteerd. Vroeger delegeerde men als arts en hoofdbehandelaar taken volgens de verlengde-armconstructie aan bijvoorbeeld verpleegkundigen, maar sinds de invoering van de Wet BIG hebben de verpleegkundigen als zelfstandig BIG-geregistreerden hun eigen afgebakende bevoegdheden waarvoor ze ook zelf tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn. Van een verlengde arm constructie kan eigenlijk alleen nog maar worden gesproken als de arts taken delegeert aan een (nog) niet BIG-geregistreerde functionaris of als de arts taken delegeert die formeel buiten de scope vallen van degene aan wie gedelegeerd wordt. Het gebruik van het begrip in het beleidsstuk is dan ook niet correct en wekt mogelijk zelfs verwarring omdat het suggereert dat de huisarts werkzaam is als de verlengde arm van de SO/AVG en de SO/AVG hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk is. Dat is echter niet in alle gevallen het geval.

In hoofdstuk 7 van het beleidsstuk worden vier groepen patiënten onderscheiden. Het onderscheid is gebaseerd op de zorgprofielen binnen de categorie Verpleging en Verzorging. Wat ik mis is het onderscheid naar typen instellingen en kleinschalige woon/zorgvoorzieningen. Dit onderscheid is van belang om te kunnen vaststellen waar de verantwoordelijkheid ligt voor het organiseren en coördineren van de zorg.

Onder **patiëntengroep 1** wordt verwezen naar 'de oude Wlz'. Ik denk dat bedoeld is de AWBZ? Daarnaast wordt gesteld dat deze patiëntengroep door huisartsen kunnen worden ingeschreven in hun praktijk. Mijns inziens behoeft dit standpunt enige nuancering. Denkbaar is namelijk dat de zorg aan patiënten uit deze patiëntengroep de basiszorg overstijgt of gaat overstijgen. Op het moment dat de zorgvraag de basiszorg structureel overstijgt, de huisarts hiertoe niet bekwaam is of organisatorisch in de knel komt, kan dit een zwaarwegende redenen zijn om de behandelrelatie met de desbetreffende patiënten te beëindigen.

Patiëntengroep 2 behoeft naar mijn mening een nadere toelichting.

Eenzijds wordt gesteld dat de huisarts, mits bekwaam, deze patiënten op naam kan inschrijven in haar praktijk en aan deze patiënten huisartsgeneeskundige zorg kan leveren. Anderzijds wordt gesproken over specifieke medische zorg, namelijk zorg die wordt vergoed vanuit de Wlz. Wordt wellicht bedoeld dat een patiënt ingeschreven kan worden op naam van een huisarts als de zorg op dat moment nog beperkt is tot de reguliere huisartsgeneeskunde maar als de zorg van kleur verschieft, de huisarts de behandelrelatie kan beëindigen?

Niet duidelijk is of voor deze categorie patiënten beoogd wordt basiszorg te verlenen of ook aanvullend of bijzonder aanbod. Voor de basiszorg geldt dat de ANW-zorg daarvan onderdeel is.

Ook wordt gesteld dat er een overeenkomst moet worden gesloten tussen de instelling (de woon/zorgvoorziening?) en de huisartsenpost omdat anders de huisarts verantwoordelijk kan worden gehouden voor de ANW-zorg. Maar als een patiënt wordt ingeschreven op naam van een huisarts, is de huisarts verplicht 24/7-zorg te organiseren. De huisarts is dan ook verantwoordelijk voor de ANW-zorg welke zij zal organiseren middels een aansluitovereenkomst met de post. Dit is volgens mij juist hetgeen Medrie wenst te voorkomen.

De omschrijving van de patiënten met een zorgprofiel VV5 of hoger met behandeling (**patiëntengroep 3**) is mijns inziens ook niet helemaal juist.

In het geval de kleinschalige woon/zorgvoorziening of zorginstelling verblijf met behandeling aanbiedt, is de kleinschalige woon/zorgvoorziening of zorginstelling zelf verantwoordelijk voor het organiseren van de zorg overeenkomstig de vereisten die voortvloeien uit de Wkkgz en zal de kleinschalige woon/zorgvoorziening of zorginstelling zowel de algemeen medische zorg als de specifieke medische zorg moeten organiseren, overdag en gedurende de ANW. Denkbaar is dat een dergelijke instelling

afspraken maakt met huisartsenpraktijken of de huisartsenpost voor het leveren van de algemene huisartsenbasiszorg gedurende de dag en/of de ANW. Niet duidelijk is welk standpunt Medrie inneemt ten aanzien van dergelijke overeenkomsten. Het staat een huisartsenpraktijk vrij om een dergelijke overeenkomst aan te gaan. Een dergelijke afspraak betekent echter niet automatisch dat de huisartsenpost zorgdraagt voor de ANW-zorg aan deze groep patiënten, mede gelet op een mogelijk gebrek aan voldoende bekwame artsen en het feit dat de zorgvraag de basiszorg van de huisarts mogelijk overstijgt.

Als er sprake is van een kleinschalige woon/zorgvoorziening waarin wonen en zorg gescheiden is, is de kleinschalige woon/zorgvoorziening niet verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van de zorg. Als de patiënt kiest voor een volledig pakket thuis (vpt), wordt de geïndiceerde zorg (waaronder in dit geval ook Wlz-behandeling) door één zorgaanbieder geleverd. Deze zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van de totale zorg aan verzekerde, waaronder de algemene en specifieke medische zorg, met dien verstande dat de algemene medische zorg wordt bekostigd vanuit de Zvw. Ook in deze situatie is denkbaar dat de zorgaanbieder afspraken wenst te maken met huisartsenpraktijken of de huisartsenpost voor het leveren van de algemene huisartsenbasiszorg gedurende de dag en/of de ANW.

Als de patiënt kiest voor een modulair pakket thuis ligt het weer anders: er zijn dan meerdere zorgaanbieders en de vraag rijst welke zorgaanbieder verantwoordelijk is voor de medische zorg (algemene medische zorg en specifieke medische zorg) van de patiënt. Het ligt voor de hand de zorgaanbieder die de Wlz-behandeling biedt hiervoor aan te wijzen en ook in deze situatie geldt dat het denkbaar is dat de zorgaanbieder afspraken wenst te maken met huisartsenpraktijken of de huisartsenpost voor het leveren van de algemene huisartsenbasiszorg.

Patiënten met een VV5 of hoger met behandeling (dus verblijf en behandeling) zullen veelal patiënten zijn met complexe (multi) problematiek. Het advies om in beginsel geen zorg te leveren aan deze categorie patiënten is verdedigbaar wegens de hoge complexiteit en benodigde kennis en kunde.

Als een huisarts besluit toch zorg te bieden aan deze groep patiënten, zullen hierover goede en duidelijke afspraken gemaakt moeten worden. Dat de ANW-zorg en waarneming daar standaard buiten valt, deel ik niet. Dit zal geheel afhankelijk zijn van de afspraken die de huisartsenpraktijk (of een huisartsenpost) maakt met de zorginstelling waar de patiënt verblijft resp. de zorgaanbieders van wie de patiënt zorg ontvangt (op welk type zorg heeft de afspraak betrekking? Wordt een afspraak gemaakt voor alleen de dag of ook de ANW?).

Patiëntengroep 4 is de groep patiënten die zelf zorg inkoop middels een pgb. Geadviseerd wordt aan deze categorie patiënten geen zorg te verlenen. Dit standpunt lijkt mij iets te kort door de bocht en juridisch niet houdbaar.

Voor de functie Wlz-behandeling (dus de specifieke medische zorg) kunnen patiënten geen pgb krijgen. Een budgethouder die Wlz-behandeling nodig heeft kan deze zorg in natura ontvangen van een gecontracteerde zorgaanbieder. De algemene medische zorg wordt vanuit de Zvw vergoed en het zal afhankelijk zijn van de zorgvraag en indicaties van de pgb-houder of de huisarts in staat is de basiszorg en eventuele aanvullende of bijzondere zorg aan deze patiënt te leveren. Hetzelfde geldt overigens ook voor de patiënten met een vpt of mpt. Het is afhankelijk van de indicatie en de zorgvraag van deze patiënten of de huisartsenzorg verleend kan worden door een huisarts resp. huisartsenpost.

De beschreven uitgangspunten op p. 11 maken niet duidelijk voor wie deze precies gelden, de huisartsenposten of de huisartsen? Een huisarts met een eigen praktijk zal immers aangesloten zijn bij een huisartsenpost en de (meeste) patiënten van deze huisarts staan ingeschreven op naam aan wie 24/7 basiszorg beschikbaar moet zijn, ook in de ANW. De huisartsenpost kan niet bepalen dat aan bepaalde groepen ingeschreven patiënten van aangesloten huisartsen geen zorg wordt verleend, tenzij bij haar inkoop/aannamebeleid hier duidelijke voorwaarden aan zijn gesteld en de aansluitovereenkomst met de huisarts hierover duidelijk is.

De uitgangspunten zoals beschreven op p. 11 van het beleidsdocument zullen dan ook nader beoordeeld moeten worden. Onder het derde dotje wordt overigens genoemd dat er wel zorg wordt verleend als wordt voldaan een 'in de stukken' beschreven voorwaarden. Welke stukken worden hier bedoeld?

In hoofdstuk 8 van het beleidsdocument wordt een voorstel gedaan met betrekking tot het herstructureren van de "Wlz-zorg zonder behandeling in de ANW". Onderdeel van de te nemen stappen is het contact leggen met het zorgkantoor. Dit suggereert dat er door de huisartsenpost/huisarts Wlz-zorg wordt verleend, derhalve specifieke medische zorg, gefinancierd vanuit de Wlz. Klopt dit wel? Of wordt bedoeld algemene medische zorg gefinancierd vanuit de Wlz? (dus de HDS als onderaannemer van de zorginstelling die verblijf en behandeling aanbiedt).

Ander onderdeel van de te nemen stappen is het herzien van lopende contracten. Houd er rekening mee dat langlopende contracten niet zomaar beëindigd kunnen worden.

BIJLAGE 2A

Huisartsenzorg bij patiënten in een instelling met een ZZP5 of hoger en tevens met een indicatie behandeling

Instellingen die verblijf met behandeling aanbieden zijn zelf verantwoordelijk voor de organisatie van de medische zorg (algemeen medische zorg en specifieke medische zorg). Deze zorg wordt volledig gefinancierd door de Wlz. De instelling zal zorg moeten dragen voor voldoende gespecialiseerde

artsen (SOG, AVG, psychiater) en kan eventueel huisartsen aantrekken om (een deel van) de zorg te leveren. De SOG, AVG of psychiater zal worden beschouwd als hoofdbehandelaar.

Huisartsen die voldoende bekwaam zijn om deze zorg te leveren kunnen deze zorg op verzoek van de instelling, mits voldaan wordt aan de randvoorwaarden zoals voorgeschreven door de LHV, gedurende de dag aanbieden. De patiënten hoeven *niet* op naam van de huisartsenpraktijk te worden ingeschreven. De huisarts werkt als onderaannemer van de Wlz-instelling en de zorg wordt gefinancierd vanuit de Wlz. De zorg gedurende de ANW zal de instelling zelf moeten organiseren. Hiervoor kan de instelling ook een beroep doen op de huisartsenpost. Het is aan de huisartsenpost om een afweging te maken of zij deze zorg gedurende de ANW kan en wil leveren.

PGB

Deze categorie Wlz-patiënten koopt zelf de zorg in. Voor de functie Wlz-behandeling kunnen patiënten geen pgb krijgen. Deze wordt wel via de Wlz vergoed. Een pgb-houder die Wlz-behandeling nodig heeft kan deze zorg in natura ontvangen van een gecontracteerde zorgaanbieder. Zij kan hierover contact opnemen met het zorgkantoor.

Huisartsgeneeskunde wordt via de Zvw vergoed en zal afzonderlijk georganiseerd moeten worden. Het is afhankelijk van de zorgvraag van de pgb-houder of een huisarts de noodzakelijke zorg kan (blijven) verlenen. Er zal daarbij een onderscheid gemaakt moeten worden tussen basiszorg, aanvullende en/of bijzondere zorg. Het op voorhand weigeren van deze categorie patiënten is juridisch niet houdbaar.

In de bijlage wordt gesteld dat de huisarts hoofdbehandelaar is. Dit is m.i. echter afhankelijk van de indicatie van de patiënt.

Instellingsspecifieke of patiëntgerichte benadering in contractuele afspraken?

Instellingen met gecombineerde indicaties (patiënten met en zonder Wlz-behandeling) zijn verplicht de zorg zo te organiseren dat zowel de algemene zorg als de specifieke medische zorg beschikbaar is. Het zal afhankelijk zijn van de indicatie en de zorgvraag van de patiënt, of de huisarts in staat is de benodigde zorg te leveren en of de desbetreffende patiënt wel of niet aanspraak heeft op ANW-zorg via de huisartsenpost. Algemene overeenkomsten tussen dergelijke zorgaanbieders en huisartsenposten/huisartsen waarin geen onderscheid wordt gemaakt tussen zorgzwaarte en zorgvraag van de patiënt, worden dan ook afgeraden. Bovendien zal in sommige gevallen de behandelovereenkomst tot stand komen tussen patiënt en zorginstelling (instelling die verblijf met behandeling aanbiedt) en in andere gevallen tussen patiënt en huisarts. In het verlengde hiervan geldt ook dat instellingen niet standaard ZZP-indicaties van patiënten kunnen en mogen verstrekken.

Basis medische spoedzorg

In de bijlage staat beschreven dat in de ANW alleen de basis medische spoedzorg wordt geleverd, ongeacht de classificatie van de patiënt. Dit lijkt mij een juist uitgangspunt.

Financiële prikkel

Volgens de bijlage ontvangen veel instellingen financiering om 24/7 zorg in te kopen. Wordt hier bedoeld op instellingen die verblijf met behandeling aanbieden? Deze instellingen zijn immers verplicht de zorg zo te organiseren dat er zowel algemene medische zorg als specifieke medische zorg beschikbaar is. De instelling ontvangt hiervoor van het zorgkantoor een integraal tarief. Blijkbaar zijn er instellingen die niet aan hun zorgplicht voldoen en de huisartsenpost benaderen voor de zorg in de ANW. Of de huisartsenpost vervolgens een boete-factuur mag sturen aan de instelling, is een vraag die nader onderzocht en getoetst moet worden aan de Wet marktordening gezondheidszorg. Los daarvan kan de huisartsenpost, indien de post besluit zorg te verlenen, voor de verleende zorg een factuur sturen aan de instelling die verantwoordelijk is voor de zorg aan haar patiënten. Deze factuur moet wel voldoen aan de eisen die de Wmg daaraan stelt.

CHECKLIST EN BIJLAGE IN- EN EXCLUSIECRITERIA

Omdat voornoemde aandachtspunten nog niet goed uitgekristalliseerd zijn, is het mijns inziens niet juist de checklist en bijlage in-en exclusiecriteria te beoordelen.

9. Bevindingen

Om beleid te kunnen maken zal er een duidelijk onderscheid moeten worden gemaakt tussen de verschillende actoren (huisartsen resp. huisartsendienstenstructuren), de verschillende typen instellingen en woon/zorgvoorzieningen en de verschillende contractuele relaties (huisarts-patiënt, huisarts-instelling, huisarts-huisartsenpost, huisartsenpost-instelling).

Zorg aan patiënten in instellingen (waaronder kleinschalige woon/zorginstellingen) die verblijf én behandeling bieden

Patiënten met een indicatie voor verblijf met behandeling zullen veelal patiënten zijn met complexe (multi) problematiek. De patiënt sluit een zorgovereenkomst met de instelling. De instelling sluit met het zorgkantoor een overeenkomst om deze zorg te leveren aan Wlz-verzekerden. De instelling is verantwoordelijk voor de zorgverlening (algemene medische zorg en specifieke medische zorg) aan deze patiënten gedurende de dag en de ANW.

Het advies aan huisartsen en huisartsenposten om in beginsel geen zorg te leveren aan deze categorie patiënten is verdedigbaar wegens de hoge complexiteit, benodigde kennis en kunde en organisatorische belemmeringen. Dit laat onverlet dat het een huisartsenpraktijk vrij staat met een dergelijke instelling een overeenkomst te sluiten voor het verlenen van medische (basis)zorg. De huisarts is dan in feite werkzaam als onderaannemer van de instelling. In het inkoopbeleid en de aansluitovereenkomst met de HDS zal goed geregeld moeten worden/zijn dat de waarneming in de ANW niet omvat de zorg aan patiënten in een instelling die verblijf met behandeling aanbiedt (tenzij de HDS besluit ook overeenkomsten te sluiten met dergelijke instellingen).

Zorg aan patiënten in instellingen (waaronder kleinschalige woon/zorgvoorzieningen) die verblijf zónder behandeling bieden

De patiënt met een Wlz-indicatie verblijf zónder behandeling sluit een zorgovereenkomst met de instelling voor het verblijf en de overige geïndiceerde Wlz-aanspraken of de kleinschalige woon/zorgvoorziening die een gecombineerd woon/zorg-aanbod biedt. De instelling is alleen verantwoordelijk voor de geïndiceerde Wlz-zorg en het verblijf. Verdedigbaar is echter wel dat de instelling in dit geval verantwoordelijk is voor de coördinatie en organisatie van de zorg en de patiënt begeleidt naar de huisarts indien daar behoefte aan is.

De huisartsenzorg wordt gefinancierd vanuit de Zvw. De patiënt is voor de huisartsgeneeskunde en de basis spoedzorg aangewezen op de huisarts en de HDS in de buurt. Het is afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt of de huisarts de verzochte zorg, uit oogpunt van kennis en kunde alsmede organisatorisch, kan verlenen. Indien de huisarts besluit de noodzakelijke basiszorg te verlenen, wordt de patiënt ingeschreven op naam van de huisarts en wordt via de huisartsenpost zorggedragen voor 24/7 acute basiszorg. Overigens kent de tariefbeschikking voor de huisartsenzorg een apart tarief voor intensieve zorg aan patiënten met een >VV5.

Patiënten met een VV5 of hoger zijn patiënten die intensieve verpleging en verzorging nodig hebben en zorgvragen kunnen hebben die de basiszorg van de huisartsgeneeskunde overstijgt. In het geval de huisarts zich onvoldoende bekwaam acht deze zorg te verlenen of als zij het organisatorisch niet rond krijgt, is zij niet verplicht een behandelovereenkomst aan te gaan resp. kan de huisarts de behandelrelatie met de patiënt beëindigen. Het op voorhand weigeren van dergelijke patiënten is mijns ziens niet houdbaar nu deze patiënten ook algemene tot de basishuisartsgeneeskundige zorgvragen kunnen hebben welke de huisarts goed kan leveren en waartoe de huisarts, op grond van de zorgovereenkomst met de zorgverzekeraar, naar alle waarschijnlijkheid ook verplicht is (!).

Pas op het moment dat de huisarts de zorg aan deze categorie patiënten organisatorisch niet meer kan bolwerken, als zij zich daartoe niet meer bekwaam acht en de zorgvraag structureel het basisaanbod van de huisartsgeneeskunde overstijgt, kan de huisarts de behandelrelatie met de patiënt beëindigen, waarbij de nodige zorgvuldigheidseisen wel in acht moeten worden genomen. Niet uitgesloten is dat de patiënt in dat geval ook in aanmerking komt voor een ander zorgprofiel, inclusief Wlz-behandeling.

Hetzelfde geldt voor de huisartsenpost. Een huisartsenpost biedt 24/7 basis huisartsgeneeskundige zorg, dus basiszorg die niet kan wachten. Op grond van de zorgovereenkomst met de zorgverzekeraars zal de HDS waarschijnlijk verplicht zijn zorg te dragen voor de 24/7 huisartsgeneeskunde, waarvan we hebben vastgesteld dat dit basiszorg betreft. Indien een patiënt, mantelzorger of verpleegkundige/verzorgende contact opneemt met de HDS voor een (spoed)consult van ene patiënt met een VV5 zal door de triage de afweging moeten worden gemaakt of de zorgvraag

valt binnen de scope van de *basishuisartsenzorg*. Indien dit niet het geval is, zal de patiënt moeten worden ingestuurd.

N.B. Een dergelijke handelwijze sluit ook aan bij de spoedketenzorg. Het op voorhand uitsluiten van bepaalde categorieën patiënten, ook van de basishuisartsenzorg, veroorzaakt een leemte in de spoedketenzorg, komt in strijd met de op de HDS rustende verplichtingen jegens de zorgverzekeraar en waarschijnlijk ook met de aansluitovereenkomst van de aangesloten huisartsen.

Zoals omschreven in paragraaf 6 kan een huisarts aanvullend of bijzonder zorgaanbod leveren, mits bekwaam en mits er aan de door de LHV opgestelde voorwaarden wordt voldaan. De verplichting om 24/7-zorg te verlenen geldt voor de op naam van de huisarts ingeschreven patiënten en betreft uitsluitend de basiszorg. Het staat een huisartsenpraktijk vanzelfsprekend vrij meer specifieke zorg te verlenen aan een bijzondere groep van patiënten, maar dit brengt niet automatisch mee dat deze patiënten ook een beroep kunnen doen op de huisartsenpost voor aanvullende of bijzondere zorg. In de aansluitovereenkomst tussen huisartsenpost en huisarts alsmede in het inkoopbeleid van de huisartsenpost moet dit goed gecommuniceerd worden.

Zorg aan patiënten met een vpt, mpt of pgb die thuis wonen of in een kleinschalige woon/zorgvoorziening

Patiënten met een vpt, mpt of pgb verblijven veelal thuis (er zijn *geen* professionele zorgverleners 24/7 aanwezig) en kopen de zorg (Wlz-behandeling, verpleging en verzorging) in via één zorgaanbieder of meerdere zorgaanbieders. De huisartsenzorg wordt gefinancierd vanuit de Zvw. De patiënt is voor de huisartsgeneeskunde en de basis spoedzorg aangewezen op de huisarts in de buurt. Het is afhankelijk van de indicatie en zorgvraag van de patiënt of de huisarts de verzochte zorg, uit oogpunt van kennis en kunde alsmede organisatorisch, kan verlenen. Hetgeen hierover hiervoor is opgemerkt, geldt onverkort.

10. Disclaimer - Zorgovereenkomsten en aansluitovereenkomst/inkoopbeleid huisartsenpost

De inhoud van de zorgovereenkomsten tussen zorgverzekeraar en huisarts resp. zorgverzekeraar en huisartsenpost alsmede de inhoud van de aansluitovereenkomst tussen huisartsenpost en huisarts is mij niet bekend. Mogelijk dat in deze overeenkomsten verplichtingen staan, die op gespannen voet staan met hetgeen in deze memo naar voren wordt gebracht. Zo is mij bekend dat in de zorgovereenkomsten met de zorgverzekeraar veelal verplichting staan rondom het niet aangaan van een behandelovereenkomst resp. beëindigen van een behandelovereenkomst. Of deze verplichtingen de algemene aanbevelingen van de KNMG in dit verband doorkruisen, of daar nadere voorwaarden aan stellen, zou nader bekeken moeten worden.

Bijlage 4	“behorend tot proces” <i>Procedure verkoop zorgverlening ANW-zorg</i>	Type document: werkinstructie Versie: 1.0
	Checklist beoordeling zorgaanbieder	Herzien op: 06-01-2021 Proceseigenaar: Locatiemanager Documenteigenaar: Locatiemanager Vervaldatum:

Doel	
Procedure verkoop zorgverlening ANW-zorg. Checklist beoordeling t.b.v. advies aan de regioaad.	
Werkwijze	
Stap 1 Voorwacht op locatie <ul style="list-style-type: none"> • Aanwezigheid van 24 uur verpleegkundige zorg op locatie • Zorgvuldige verpleegkundige triage op locatie voor zorgaanvraag. • Voor aanvraag verkoop zorgverlening beoordeling door arts van organisatie. (hier zal sprake zijn van telefonische consultatie door de verpleegkundige) • Aanvraag van zorg via TPM (bovenliggende beoordeling) 	Uitvraag door locatiemanager Verwerking in advies door kwaliteitsteam
<i>Triage op locatie: Vereist zijn vooraf het opnemen van de controles: bloeddrukmeting, polsfrequentie, zuurstofmeting en temperatuur en evt. urinecontrole.</i> <i>Belangrijk punt bij de triage TPM</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>consultatie middels telefonisch advies of beoordeling HAP is uitgangspunt</i> • <i>visite alleen daar waar strikt noodzakelijk (TPM beoordeling via regiearts).</i> 	Uitvraag door locatiemanager Verwerking in advies door kwaliteitsteam
Stap 2 Achterwacht op locatie <ul style="list-style-type: none"> • Bij een visite zal de huisarts ontvangen worden op locatie door verpleegkundige welke de aanvraag heeft gedaan. • Verpleegkundige assisteert de huisarts bij de zorgvraag en handelt deze af. • AVG of SO is telefonisch bereikbaar als achterwacht voor de dienstdoende huisarts en kan indien nodig/ gewenst via (beeld)bellen geconsulteerd worden. 	Uitvraag door locatiemanager Verwerking in advies door kwaliteitsteam
<i>Wanneer het een bijzonder doelgroep betreft en er sprake is van een specialisatie op het gebied van gedrag, medische complexiteit en communicatie. Dan zal consultatie op de locatie 24/7 geregeld moeten zijn (hierbij denkende aan psychiater, gedragsdeskundige etc.)</i> <i>Daarnaast zijn de volgende zaken geregeld.</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>dossierinzage relevante medische voorgeschiedenis, actuele medicatie op locatie</i> • <i>tolkentelefoon vooraanmelding bij consultatie/visite (wanneer dit gewenst is)</i> 	Uitvraag door locatiemanager Verwerking in advies door kwaliteitsteam

Hulpmiddelen

- Vecozo koppeling op de HAP voor inzage indicatie zorgaanvrager
- telefonische beschikbaarheid op de HAP voor consultatie van SO/AVG via centraal nummer per regio

Bijlagen

- Bijlage 1: *Procedure verkoop zorgverlening ANW-zorg (processchema)*
- Bijlage 2: *Procedure verkoop zorgverlening ANW-zorg (beschrijving procedure).*

Stappenplan aanmelding WLZ zorg in de ANW

1

STAP 1 VERZOEK

woongroep/instelling doet verzoek voor aanmelding bij ANW of voor verlenging contract voor ANW

ACTIES

- secretariaat stuurt verzoek door aan locatiemanager

2

STAP 2 VOORONDERZOEK

locatiemanagers doen vooronderzoek aanvraag

ACTIES

Vooronderzoek naar volgende onderwerpen:

- Voorwacht op locatie
- Triage op locatie
- Achterwacht (verpleegkundige) op locatie en AVG of SO telefonisch bereikbaar
- Dossierinzage mogelijk
- Tolken telefoon vooraanmelding

3

STAP 3 BEOORDELING DOOR KWALITEITSTEAM ANW

bij positief advies locatiemanager: beoordeling door kwaliteitsteam ANWzorg

ACTIES

- Kwaliteitsteam ANWzorg beoordeelt aanvraag en geeft advies aan regioraad

4

STAP 4 BEOORDELING DOOR REGIORAAD

bij positief advies kwaliteitsteam: beoordeling door regioraad

ACTIES

- Regioraad beoordeelt aanvraag en geeft definitief akkoord of wijst aanvraag af

5

STAP 5 AFRONDING AANVRAAG

bij akkoord regioraad: afronding aanvraag door locatiemanager

ACTIES

- Locatiemanager verwerkt uitkomsten
- Regiosecretariaat start procedure contractering

BELANGRIJK

Een negatief advies/besluit op enig moment in het traject betekent dat er géén contract ANW mogelijk is.

WLZ patiënten in de eerstelijnszorg

WLZ patiënt VV4 en lager

Dagzorg

- ION bij de huisartsenpraktijken
- huisarts is eindverantwoordelijk voor de zorg
- vergoeding via ZVW

ANW

- ANW zorg obv ION bij aangesloten huisarts
- vergoeding via ZVW

Aandachtspunten huisarts

- houd ook bij deze patiënten de grenzen van je bekwaamheid in het oog

WLZ patiënt VV5 en hoger

zonder
behandeling
thuis of in
woonvorm

Dagzorg

- ION als huisarts zich bekwaam acht deze patiëntengroep te behandelen
- huisarts is eindverantwoordelijk voor de medische (huisartsgeneeskundige) zorg
- vergoeding via ZVW
- vergoeding zorg buiten huisartsenzorg vanuit WLZ

ANW

- ANW zorg obv ION bij aangesloten huisarts én overeenkomst tussen woonvorm en huisartsenpost
- vergoeding via ZVW

Aandachtspunten huisarts

- huisarts(enpraktijk) moet afspraak maken met woonvorm
- er moet een overeenkomst zijn tussen woonvorm en huisartsenpost
- huisarts moet afspraken hierover maken met HAGRO/waarneemgroep

WLZ patiënt VV5 en hoger

met
behandeling

Dagzorg

- zorginstelling is verantwoordelijk voor leveren van zorg en behandeling
- zorg valt niet onder de huisartsenzorg, dus niet inschrijven in huisartsenpraktijk

ANW

- patiënten kunnen geen gebruik maken van ANW zorg op de huisartsenpost.

Aandachtspunten huisarts

- besluit huisarts zorg te verlenen aan deze groep, dan geldt de afspraak alleen voor de dagzorg
- patiënten kunnen geen aanspraak maken op ANW zorg HAP of afspraken binnen HAGRO/waarneemgroep
- let op uitzondering: zie pagina 'aandachtspunten WLZ zorg in de huisartsenpraktijk'

Opzeggen behandelovereenkomst

Wordt de zorg aan een WLZ patiënt na verloop van tijd te gecompliceerd (de huisarts niet meer bekwaam is), dan kun je als huisarts zelf de behandelovereenkomst beëindigen.