

Convenant Samenwerking MGZ

**Medisch-generalistische zorg
voor mensen met een indicatie voor
langdurige zorg in de ouderen- en
gehandicaptenzorg**



branchevereniging van zorgorganisaties
verpleeghuiszorg | zorg thuis | revalidatie en herstel | jeugd

2 september 2024

Inhoudsopgave

Vooraf	2
Commitment paragraaf	2
Inleiding	2
Aanleiding en context	3
Definitie en context	3
Beschrijving van de doelgroep	3
Leeswijzer	4
H1 De gewenste situatie als vertrekpunt	5
H2 Afspraken om het gewenste resultaat te behalen	6
2.1 MGZ is overdag (reguliere zorg) en in de ANW-uren (spoedzorg) beschikbaar voor alle patiënten met een Wlz-indicatie, ongeacht waar ze wonen	6
2.2 Op basis van zowel de actuele zorgvraag als de langdurige zorgvraag van de patiënt wordt die arts (huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts VG) ingezet die hiervoor het best geëquipeerd is en wordt bepaald welke arts regiebehandelaar MGZ is.....	7
2.3 De artsen worden ondersteund om hun taak zo effectief en efficiënt mogelijk uit te kunnen oefenen	8
2.3.1 Wlz-patiënten	9
2.3.2 Patiënten die bij een zorgaanbieder wonen of verblijven	9
2.3.3 Organiseren van MGZ door de zorgaanbieder die wonen of verblijf biedt ..	10
2.4 Rol- en taakverdeling	11
2.5 Inkoop en bekostiging	12
H3 Realisatieproces	13
H4 Randvoorwaarden	15
4.1 Randvoorwaardelijk om toegankelijkheid MGZ te realiseren	15
4.1.1 Bekostiging	15
4.1.2 ICT en digitale gegevensuitwisseling	15
4.1.3 Ongecontracteerde en pgb-zorg	16
H5 Tot slot	17

Vooraf

Commitment paragraaf

Partijen¹ realiseren zich dat er veel afhankelijkheden en onzekerheden gemoeid zijn met het verbeteren van de toegankelijkheid van medisch-generalistische zorg (MGZ) voor alle patiënten met een Wlz-indicatie, zowel overdag als tijdens de spoedzorg in de avond-, nacht- en weekenduren. Daarom spreken ze in wederkerigheid hun commitment uit om wat binnen hun invloedssfeer ligt te beïnvloeden dan wel te realiseren, en spreken ze de bereidheid uit om – samen – stappen richting de gewenste situatie te zetten, waarbij de noodzakelijke randvoorwaarden dit mogelijk moeten maken.

Inleiding

De partijen die dit convenant hebben ondertekend willen met dit convenant de beschikbaarheid en toegankelijkheid van MGZ borgen voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg (Wlz). Onder MGZ wordt in dit convenant verstaan: het geheel aan geneeskundige zorg die huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten (arts VG) in samenspel plegen te bieden, zowel overdag als bij spoedzorg in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren)².

Het convenant:

- richt zich op patiënten in de ouderen- en gehandicaptenzorg met een Wlz-indicatie;
- is de basis om landelijk en regionaal afspraken te maken over de medisch-inhoudelijke taakverdeling van de artsen;
- gaat niet over:
 - de herschikking van de taken tussen bijvoorbeeld de artsen en een verpleegkundig specialist (VS) of physician assistant (PA);
 - geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP); die is onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw);
 - de zorg en behandeling die geboden wordt door gedragswetenschappers en paramedici. Zij zijn uiteraard wel van belang om integrale Wlz-behandeling te kunnen bieden;
 - ongecontracteerde zorgaanbieders die wonen of verblijf bieden en pgb-zorgaanbieders;
- lost het tekort aan artsen niet op.

Dit convenant is opgesteld omdat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van MGZ onder druk staan als gevolg van vergrijzing, groeiende zorgvraag, tekorten aan artsen en algehele personeelstekorten in de zorg- en welzijnssector. De problemen worden versterkt door onder andere een complexer wordende samenleving en meer behandelmogelijkheden en -eisen. Dit maatschappelijk probleem wordt in de toekomst groter doordat meer patiënten³ thuis blijven wonen of kiezen voor een kleinschalige of geclusterde woonvorm. Daarom zijn structurele wijzigingen in de organisatie van en/of de afspraken over MGZ nodig.

¹ Partijen zijn: ActiZ, InEen, LHV, NVAVG, Verenso, VGN, ZN

² Deze definitie heeft geen wettelijke basis, maar is door de NZa geïntroduceerd in: Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten, juni 2020, NZa [Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten - Nederlandse Zorgautoriteit](#)

³ Waar gesproken wordt over patiënt wordt ook cliënt bedoeld; het betreft patiënten en cliënten die MGZ nodig hebben.

De convenantpartijen zien het als hun gezamenlijke en niet-vrijblijvende verantwoordelijkheid om MGZ voor Wlz-patiënten toegankelijk, betaalbaar en beschikbaar te maken, zowel overdag als voor spoedzorg tijdens de ANW-uren. Dit kan niet zonder de in dit convenant beschreven bijbehorende randvoorwaarden.

In dit convenant 'Medisch-generalistische zorg voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg in de ouderen- en gehandicaptenzorg' wordt voorgaande verder uitgewerkt, maken partijen afspraken op landelijk niveau en geven partijen aan welke randvoorwaarden noodzakelijk zijn voor de implementatie van deze afspraken.

De landelijke afspraken bieden een kader dat per regio geconcretiseerd moet worden door regionale afspraken. Hierin vormt de regiotafel een cruciale plek. Afhankelijk van de kenmerken van de regio maakt de regiotafel afspraken over de toegankelijkheid van MGZ in de regio. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij al bestaande overlegstructuren, zoals de IZA-tafel. Wanneer eenmaal gemaakte onderlinge afspraken niet worden nagekomen kan de benadeelde partij dit aanhangig maken bij het zorgkantoor en/of de zorgverzekeraar die dan de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid heeft om in te grijpen (zie verder hoofdstuk 3 voor gang van zaken).

Aanleiding en context

In het coalitieakkoord van het kabinet-Rutte IV is het voornemen opgenomen om per 2025 de Wlz-behandeling over te hevelen naar de Zvw. De veldpartijen die dit convenant hebben opgesteld, hebben aangegeven dat dit onder meer vanuit het oogpunt van integrale behandeling onwenselijk is en dat overheveling een ongewenst hoge druk zet op de (continuïteit van) zorgverlening aan de meest kwetsbare ouderen en mensen met een beperking. De kernoverweging in het coalitieakkoord voor de overheveling van de Wlz-behandeling is het verbeteren van de beschikbaarheid van de MGZ voor Wlz-patiënten. De invulling van MGZ – zoals in dit convenant beschreven – vormt een beter alternatief vanuit de veldpartijen, met als doel MGZ duurzaam toegankelijk te maken en te houden voor alle patiënten met een Wlz-indicatie in de ouderen- en gehandicaptenzorg.

Definitie en context

MGZ is geen wettelijke term en kent ook geen wettelijke fundering of definitie. Niettemin heeft de NZa een definitie aan MGZ gegeven, zoals in de inleiding verwoord. Deze definitie wordt in beleidsontwikkeling gebruikt om algemene medische zorg door artsen te duiden. MGZ omvat niet de zorg en behandeling van gedragswetenschappers, paramedici en andere behandelaren. De convenantpartijen wijzen erop dat de expertise van deze zorgprofessionals voor de meeste patiënten onderdeel zal uitmaken van integrale behandeling conform de Wlz.

In de Wlz is het op dit moment zo bepaald dat patiënten met een Wlz-indicatie in de ouderen- en gehandicaptenzorg een beroep kunnen doen op de specialist ouderengeneeskunde en arts VG als zij 'specifieke behandeling' nodig hebben, of ze nu thuis of in een instelling verblijven. De algemene medische zorg (huisartsenzorg) wordt vergoed vanuit de Zvw, behalve voor patiënten die verblijf met behandeling ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. In dat geval wordt de algemene medische zorg betaald uit de Wlz, waarbij de zorgaanbieder bij wie de patiënt verblijft verantwoordelijk is voor de organisatie van deze zorg.

Beschrijving van de doelgroep

De doelgroep bestaat uit patiënten met een Wlz-indicatie in de ouderen- of gehandicaptenzorg. Deze patiënten kennen (medisch of anderszins) complexe problematiek en hebben 24 uur per dag zorg en ondersteuning in de nabijheid nodig. Het geven van antwoorden op de vragen welke zorg nodig en passend is en welke behandeling hierbij aansluit, is complex, verschilt per patiënt en kan in de tijd wisselen. Door beperkingen van de klachtenpresentatie of juist het geven van een andere klachtenpresentatie, is passende expertise en samenwerking wenselijk. Wlz-patiënten hebben naast MGZ ook altijd andere zorgvragen en behoeften.

Het organiseren van de zorg is complex, omdat naast de medische aspecten ook rekening moet worden gehouden met de omgeving/naasten van de patiënt (het zogenaamde patiëntstelsel). Patiënten zijn niet tot nauwelijks zelf in staat om regie te voeren op de coördinatie van deze zorg. Goede onderlinge afstemming en samenwerking, gericht op zowel de patiënt als het patiëntstelsel, is essentieel om de juiste passende zorg en ondersteuning te organiseren.

Leeswijzer

Het convenant is tot stand gekomen in goede samenspraak met en op basis van de bereidheid van de betrokken veldpartijen om op basis van wederkerigheid de toegankelijkheid van MGZ te realiseren. De afspraken geven ruimte aan de regio om in de regio gezamenlijke afspraken te maken. De partijen realiseren zich dat de afspraken niet sluitend zijn, maar richting geven aan het gesprek over regionale oplossingen en afspraken.

Om tot gezamenlijke afspraken te kunnen komen, is wederkerigheid zeer belangrijk. Er is bereidheid nodig om over en weer mee te denken en begrip te hebben voor elkaars dilemma's en om samen knelpunten die er zijn of die ervaren worden op te lossen. Knelpunten worden opgelost door open en transparant de problematiek op tafel te leggen, te bespreken en afspraken te maken over hoe partijen elkaar helpen.

De keuze is gemaakt om de Wlz-patiënt en de gewenste situatie als uitgangspunt te nemen, omdat de partijen zich daarin gezamenlijk vinden en bereid zijn om in het belang van de Wlz-patiënt samen tot oplossingen te komen. De gekozen oplossingsrichting kan in de toekomst ook helpen om MGZ (beter) toegankelijk te maken voor patiënten met vergelijkbare problematiek zonder een Wlz-indicatie, maar dit is nu niet de scope van dit convenant.

In hoofdstuk 1 zijn de gewenste situatie en het doel van het convenant beschreven. Vanuit het doel zijn drie hoofdthema's bepaald waarover afspraken gemaakt moeten worden om de gewenste situatie te kunnen realiseren. In hoofdstuk 2 zijn deze afspraken per hoofdthema uitgewerkt en zijn de uitgangspunten ten aanzien van inkoop en bekostiging vastgelegd. In hoofdstuk 3 wordt het proces beschreven van hoe de afspraken in de regio vorm krijgen. In hoofdstuk 4 zijn onderwerpen die noodzakelijk zijn, maar die (deels) buiten de invloedssfeer van de partijen liggen, beschreven; onder andere de randvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn om de gewenste situatie te realiseren. Hoofdstuk 5 bevat een slotverklaring.

H1 | De gewenste situatie als vertrekpunt

In dit convenant staan, zoals eerder aangegeven, de zorgvraag van de patiënt met Wlz-indicatie en de gewenste situatie centraal. Het doel van het convenant is als volgt:

‘De partijen stellen de **zorgvraag** van de patiënt centraal, waarbij voor de patiënt MGZ, zowel overdag (reguliere zorg) als voor de spoedzorg in de ANW-uren, **toegankelijk** is en waarbij deze zorg wordt geleverd door de daarvoor **best geëquiperde** arts, waarbij deze arts maximaal wordt ondersteund om de eigen taak zo **effectief** en **efficiënt** mogelijk te kunnen uitoefenen.’

De gewenste situatie valt daarmee uiteen in drie hoofdthema's. Vanuit deze thema's worden in het hiernavolgende hoofdstuk de onderwerpen beschreven waarover afspraken gemaakt worden. Daar waar dat in dit convenant kan, wordt richting meegegeven aan de realisatie ervan in de regio. De hoofdthema's zijn:

- 1. MGZ is overdag (reguliere zorg) en in de ANW-uren (spoedzorg) beschikbaar voor alle patiënten met een Wlz-indicatie, ongeacht waar ze wonen.*
- 2. Op basis van zowel de actuele zorgvraag als de langdurige zorgvraag van de patiënt wordt die arts (huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts VG) ingezet die hiervoor het best geëquiperd is en wordt bepaald welke arts regiebehandelaar MGZ⁴ is.*
- 3. De artsen worden ondersteund om hun taak zo effectief en efficiënt mogelijk uit te kunnen oefenen.*

De gewenste situatie heeft de nodige implicaties, onder meer voor afspraken die partijen onderling maken, maar ook ten aanzien van (financiële en wettelijke) randvoorwaarden die nodig zijn om tot uitvoering in de regio over te kunnen gaan.

⁴ Er wordt gesproken over de term regiebehandelaar MGZ om verwarring te voorkomen met de term regiebehandelaar, zoals gebruikt in de gehandicaptenzorg, die veelal uitgevoerd wordt door een (gedrags)behandelaar.

H2 | Afspraken om het gewenste resultaat te behalen

In dit hoofdstuk worden de onderwerpen benoemd, aan de hand van de drie hoofdthema's uit het vorige hoofdstuk, waarover afspraken gemaakt moeten worden om de gewenste situatie te realiseren.

2.1 MGZ is overdag (reguliere zorg) en in de ANW-uren (spoedzorg) beschikbaar voor alle patiënten met een Wlz-indicatie, ongeacht waar ze wonen

Partijen spreken af dat:

1. voor patiënten met een Wlz-indicatie de zorg van de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde en de arts VG beschikbaar is, waarbij in de regio afspraken worden gemaakt over de wijze waarop huisartsenzorg, zorg van een specialist ouderengeneeskunde en zorg van een arts VG georganiseerd wordt, zowel overdag als bij spoedzorg in de ANW-uren; hierbij wordt optimaal gebruikgemaakt van het reguliere zorglandschap zoals dit ook voor patiënten zonder Wlz functioneert (dus gebruik van huisartsenspoedposten in ANW-uren). Gestreefd wordt naar doelmatige/efficiënte en duurzame zorginzet van professionals en processen.
2. artsen lokaal dan wel regionaal (afhankelijk van de situatie in de regio) afspraken maken over de medisch-inhoudelijke taakverdeling tussen artsen; dit betreft de samenwerking, afstemming en coördinatie tussen behandelaars, zowel binnen als buiten de 'instellingsmuren';
3. bovenstaande punten 1 en 2 concreet worden ingevuld door in de regio af te spreken dat:
 - a. overdag de beschikbaarheid en bereikbaarheid van een huisarts, arts VG en specialist ouderengeneeskunde voor consultatie, medebehandeling of overdracht van regiebehandelaarschap MGZ is geregeld;
 - b. tijdens de ANW-uren (spoedzorg) beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts zijn geregeld, als ook:
 - m.b.t. ouderenzorg: de bereikbaarheid van de specialist ouderengeneeskunde (en in geval van regiebehandelaarschap ook: beschikbaarheid);
 - m.b.t. gehandicaptenzorg: de telefonische bereikbaarheid van de arts VG.
 - c. tijdens de ANW-uren op alle betrokken plaatsen voldoende deskundigheid is voor adequate triage;
 - d. een goede informatieoverdracht beschikbaar is, waarbij duidelijk is wie wanneer geconsulteerd kan worden bij vragen;
 - e. op de huisartsenspoedpost, in de huisartsenpraktijken en in de instellingen een patiëntenoverdracht beschikbaar is met daarin de behandelwensen/-grenzen en waar nodig bejegeningadvies/normaal gedrag voor een patiënt, opgesteld door de regiebehandelaar MGZ of betrokken gedragskundige van de patiënt.
4. bij het maken van afspraken tussen artsen in de regio wordt uitgegaan van de volgende basisafspraken:
 - a. Als gevolg van de gedeelde en gezamenlijke verantwoordelijkheid committeren huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG zich om samen te werken, elkaars expertise en competenties te erkennen en wordt onderschreven dat de expertises complementair aan elkaar zijn met betrekking tot de te verlenen medisch-generalistische zorg.

- b. Op basis van wederkerigheid worden afspraken gemaakt in de regio over de beschikbaarheid van een arts VG of specialist ouderengeneeskunde voor de huisarts. Ook wordt afgesproken dat er andersom voor de arts VG en, als dat nodig is, voor de specialist ouderengeneeskunde een huisarts beschikbaar is. Op deze manier komt geen arts 'alleen te staan' met een Wlz-patiënt die de expertise van de andere arts nodig heeft.
 - c. Gezien de complementaire expertise kan het voorkomen dat een patiënt met een verstandelijke beperking slechts bij de huisarts onder behandeling en opvolging is. Zo nodig kan deze de expertise van de arts VG inzetten. Het is niet mogelijk dat alleen de arts VG betrokken is bij een patiënt. Uiteraard kan de frequentie/intensiteit van het contact met de patiënt vanuit betrokken artsen verschillend zijn, afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en het accent hiervan.
 - d. Voor de specialist ouderengeneeskunde geldt dat deze vanuit de eigen expertise in overleg toegankelijk is voor consult, medebehandeling en voor regiebehandelaarschap MGZ. De frequentie/intensiteit van het contact met de patiënt vanuit betrokken artsen zal verschillen, afhankelijk van de zorgvraag van de patiënt en het accent hiervan. Wanneer de patiënt verblijft met behandeling van dezelfde aanbieder ontvangt, zal alle huisartsenzorg binnen de instelling georganiseerd worden onder regie van de specialist ouderengeneeskunde.
5. de contracterende partijen de regionale afspraken (aanvullend op landelijke afspraken) opnemen in de contractafspraken. Contracterende partijen zijn bijvoorbeeld de zorgaanbieders in de ouderen- en gehandicaptenzorg, huisartsenpraktijken, als zorgaanbieder toegelaten artsenpraktijken van zelfstandig werkende specialisten ouderengeneeskunde/artsen VG en de zorgkantoren/zorgverzekeraars.

2.2 Op basis van zowel de actuele zorgvraag als de langdurige zorgvraag van de patiënt wordt die arts (huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts VG) ingezet die hiervoor het best geëquipeerd is en wordt bepaald welke arts regiebehandelaar MGZ is

Partijen spreken af dat:

- 1. voor een Wlz-patiënt in alle gevallen duidelijk is waar deze zich met een zorgvraag kan melden. Vanuit de plek waar de patiënt zich kan melden wordt triage verricht en wordt de patiënt waar nodig verwezen naar de juiste arts;
- 2. partijen in de regio toewerken naar versterking van de 'medische' voorwacht, zowel overdag als in de ANW-uren;
- 3. artsen die samenwerken rondom een patiënt de benodigde zorg afstemmen en de regie over de zorg overdragen aan een andere arts als deze volgens allebei de artsen gezien de zorgvraag beter geëquipeerd is.
Het overdrachtsmoment van het regiebehandelaarschap MGZ voor een individuele patiënt is niet vast te definiëren, kan variëren en in de tijd veranderen. Het is in de eerste plaats afhankelijk van de complexiteit van de zorgvraag van de individuele patiënt. De overdracht is afhankelijk van de aard en complexiteit van de behandeling en de situatie van een patiënt, zoals het sociaal netwerk;
- 4. bij een overdracht tussen artsen de volgende onderwerpen in acht worden genomen:
 - a. Een overdracht van taken en verantwoordelijkheden moet expliciet plaatsvinden en met de patiënt en naasten besproken worden.

- b. Een overdracht dient zowel inhoudelijk als organisatorisch goed geregeld te worden en is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de betrokken artsen.
5. ten aanzien van regiebehandelaarschap MGZ de KNMG Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling samenwerking zorg 2022⁵ als uitgangspunt wordt genomen. De handreiking richt zich op situaties waarin sprake is van samenhangende gezondheidsproblemen en er afspraken over de verantwoordelijkheidsverdeling nodig zijn.

Opgemerkt wordt dat bij de overdracht van het regiebehandelaarschap MGZ vanuit een huisarts naar een arts VG of specialist ouderengeneeskunde (als de patiënt bij de huisarts is ingeschreven op naam (ION)) het risico kan ontstaan dat de huisarts toch eindverantwoordelijk wordt voor de betreffende patiënt als de arts VG of specialist ouderengeneeskunde de behandeling beëindigt, en de huisarts op dat moment geconfronteerd wordt met een zorgvraag waarvoor deze onvoldoende is geëquipeerd. Met dit convenant wordt tevens beoogd om zodanige regionale afspraken te maken dat dit soort ongewenste situaties (zoveel mogelijk) worden vermeden.

2.3 De artsen worden ondersteund om hun taak zo effectief en efficiënt mogelijk uit te kunnen oefenen

Om de artsen zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten, is het belangrijk dat men in de regio vanuit de eigen omstandigheden en mogelijkheden bepaalt hoe de taakverdeling eruit moet zien, zodat alle betrokkenen zo effectief mogelijk werken ten behoeve van de MGZ. Alle betrokkenen richten zich op de eigen rol en taak; het is voor iedereen duidelijk hoe de taakverdeling eruit ziet en wie waarop kan worden aangesproken.

Gezien de schaarste aan artsen is het daarnaast wenselijk om de inzet zo efficiënt mogelijk te laten zijn:

1. Taakherschikking valt, zoals eerder geschreven, buiten het bereik van het convenant, wat niet wegneemt dat de huisarts, arts VG of specialist ouderengeneeskunde taken kan herschikken dan wel delegeren aan andere professionals met bijpassende bevoegdheden en bekwaamheden.
2. In de regio worden met artsen, huisartsenpraktijken en zorgaanbieders afspraken gemaakt over hoe het werk van artsen ondersteund kan worden bij het regelen en organiseren van bijvoorbeeld een spreekuur, secretariële ondersteuning, organiseren MDO en triage.

Wlz-patiënten hebben naast de vraag naar MGZ veelal ook andere zorg- en/of begeleidingsvragen en er zijn meerdere zorgverleners bij de Wlz-patiënt betrokken. Om in de verschillende situaties de effectiviteit en efficiëntie van de inzet van de artsen te verbeteren is het noodzakelijk dat rondom de Wlz-patiënt verschillende zaken geregeld, afgesproken en georganiseerd worden. Er zijn afspraken die bij elke Wlz-patiënt gemaakt moeten worden en afspraken die gemaakt moeten worden rondom Wlz-patiënten die bij een zorgaanbieder wonen of verblijf ontvangen. Daarnaast gaat het over een procesafpraak over hoe een zorgaanbieder MGZ organiseert voor een woonlocatie waar meerdere Wlz-patiënten wonen of verblijf ontvangen. Door de procesafpraak is per artsdiscipline afgesproken welke arts betrokken is bij de woonlocatie, wat de efficiency verbetert.

⁵ Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling samenwerking zorg 2022, herziening 2022 KNMG

In de volgende twee paragrafen wordt uitgewerkt welke afspraken rondom Wlz-patiënten gemaakt moeten worden en daarna wordt het proces beschreven hoe een zorgaanbieder MGZ organiseert voor patiënten die wonen of verblijven bij de zorgaanbieder.

2.3.1 Wlz-patiënten

Rondom elke Wlz-patiënt is geregeld dat:

1. voor de Wlz-patiënt een zorgprofessional, zoals verpleegkundige/coördinator/eerst verantwoordelijke/casemanager/persoonlijk begeleider, beschikbaar is die regie houdt en coördinatie voert over de niet-medische zorg en welzijn (eventueel in combinatie met de inzet van informele zorg):
 - a. Bij patiënten met een MPT⁶ of pgb⁷ die zelfstandig thuis wonen wordt in overleg afgesproken wie deze coördinatie op zich neemt, bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, het sociaal domein of de casemanager dementie. In de regio wordt afgesproken op welke wijze de coördinatie vorm krijgt.
 - b. Bij patiënten die wonen of verblijven bij een zorgaanbieder of VPT ontvangen, is het aan de zorgaanbieder om deze coördinatie te regelen.
2. de Wlz-patiënt voor een artsenbezoek een beroep kan doen op een naaste of begeleider die (de situatie van) de patiënt goed kent. Deze begeleiding wordt georganiseerd door de zorgaanbieder waar de patiënt woont of verblijft of die aan de zelfstandig wonende patiënt in de wijk VPT⁸ biedt. In de regio worden voor andere situaties afspraken gemaakt over hoe deze begeleiding vorm krijgt.

2.3.2 Patiënten die bij een zorgaanbieder wonen of verblijven

Rondom patiënten die bij een zorgaanbieder wonen of verblijven is het volgende geregeld:

1. De zorgaanbieder heeft, om de kwaliteit te borgen en te bewaken, de kwaliteitsstandaard van de eigen sector geïmplementeerd. De kennis en kundigheid van het team is passend bij de aandoening, beperking of stoornis van de cliënt. Bij de zorgaanbieder zijn wat betreft beleid ten aanzien van de uitvoering van niet-patiëntgebonden zorgtaken protocollen beschikbaar en geborgd ten aanzien van:
 - a. infectiepreventie;
 - b. Wzd;
 - c. overige wettelijke (kwaliteits)vereisten.
2. Er is een niet-medische behandelaar (passende professional, zoals gedragskundige/GZ-psycholoog, orthopedagoog) voor de verzorgenden/begeleiders, overdag en in de ANW-uren, bereikbaar die kan ondersteunen bij probleem- of moeilijk te interpreteren gedrag.
3. Om een onnodig beroep op de artsen te voorkomen, is overdag en in de ANW-uren een verpleegkundige of gedragskundige voorwacht beschikbaar, die door de verzorging/begeleiding van de woonlocatie geconsulteerd kan worden.
4. Bij voorkeur is er een vast team van (paramedisch) zorgverleners werkzaam, waarbij het goed is om aan te geven dat dit op gespannen voet kan staan met de keuzevrijheid van de patiënt om een eigen behandelaar te kiezen. Tegelijkertijd is dit onvermijdelijk als de partijen de onderlinge samenwerking tussen artsen en

⁶ Modulair Pakket thuis (MPT): één van de leveringsvormen voor Wlz-zorg thuis, zie [Wlz-zorgkompas](#)

⁷ Persoonsgebonden budget (pgb): één van de leveringsvormen voor Wlz-zorg thuis, zie [Wlz-zorgkompas](#)

⁸ Volledig Pakket thuis (VPT): één van de leveringsvormen voor Wlz-zorg thuis, zie [Wlz-zorgkompas](#)

zorgverleners willen versterken en de huidige beperkte capaciteit aan artsen zo efficiënt mogelijk willen inzetten.

2.3.3 Organiseren van MGZ door de zorgaanbieder die wonen of verblijf biedt

1. Alle zorgaanbieders die wonen of verblijf bieden, maken afspraken over MGZ voor hun Wlz-patiënten:
 - a. Zorgaanbieders die zowel verblijf als behandeling aan Wlz-patiënten bieden, organiseren voor hun patiënten zelf MGZ (feitelijk Wlz-behandeling specifiek en Wlz-behandeling algemeen). In deze situatie is inschrijving op naam bij een huisarts niet mogelijk.
 - b. Zorgaanbieders die wonen of verblijf bieden, maar geen behandeling, maken afspraken over 'vaste huisartsenzorg' met inschrijving op naam (zie hieronder bij punt 2.d.).

Zorgaanbieders zullen gebruikmaken van de hulp van de regiotafel (zie hoofdstuk 3) voor de organisatie van de MGZ, om eventuele regionale knelpunten die ze hierbij ervaren te agenderen en met partijen in de regio afspraken te maken. Dit geldt voor alle zorgaanbieders bij de implementatie van het convenant en voor nieuwe zorgaanbieders die verblijf bieden, die na het convenant ontstaan. Indien het niet lukt om onderling tussen zorgaanbieders afspraken te maken, wordt de kwestie aan de regiotafel geagendeerd. Indien ook daar niet de benodigde afspraken gemaakt kunnen worden, wordt dit aanhangig gemaakt bij het zorgkantoor en/of de zorgverzekeraar die dan de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid heeft om in te grijpen (zie verder hoofdstuk 3 voor gang van zaken).

2. De contracterende partijen maken in de regio afspraken over hoe MGZ voor hun Wlz-patiënten georganiseerd wordt:
 - a. Deze afspraken worden gemaakt via een regionale overlegstructuur, bijvoorbeeld op een regiotafel in (de subregio van) een zorgkantoorregio.
 - b. Het betreft afspraken over de samenhangende en complementaire inzet van de huisarts en de inzet van de specialist ouderengeneeskunde en/of arts VG. De specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG nemen deel aan de regiotafel vanuit hun inhoudelijke expertise en ervaring met de patiëntgroepen.
 - c. Alle bestaande en nieuwe zorgaanbieders moeten gebruik kunnen maken van de regiotafel om in de regio afspraken te maken over MGZ en, wanneer de regelgeving dat mogelijk maakt, verplicht worden om gebruik te maken van de regiotafel om regionaal MGZ af te spreken. Het is overigens noodzakelijk om bij het opzetten van een nieuwe locatie eerst MGZ te regelen en te organiseren voordat de locatie open gaat. Als dit in lokaal of regionaal overleg niet haalbaar blijkt dan zal dit aanhangig gemaakt worden bij het zorgkantoor en/of de zorgverzekeraar die dan de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid heeft om in te grijpen (zie verder hoofdstuk 3 voor gang van zaken).
 - d. Op basis van de afspraken is één huisarts/zijn meerdere huisartsen in de regio voor een woonlocatie beschikbaar. De partijen noemen dit de *vaste huisartsenzorg* van de zorgaanbieder voor de eigen Wlz-patiënten. Daarbij wordt optimaal gebruikgemaakt van het reguliere zorglandschap, zoals dit ook voor patiënten zonder Wlz functioneert (dus gebruik van huisartsenspoedposten in ANW-uren). De regionale huisartsenorganisatie (RHO/HDS) speelt bij het maken van deze afspraken een coördinerende en ondersteunende rol voor de meewerkende (individuele) huisartsenpraktijken.

Ze draagt hierbij niet de verantwoordelijkheid voor huisartsenzorg op elke locatie.

- e. Zorgaanbieders maken afspraken met huisartsen om de patiënten die bij hen wonen of verblijven maar voor wie geen behandeling is ingekocht, door middel van inschrijving op naam bij de betreffende huisarts/huisartsenpraktijk een vaste huisarts te bieden.
- f. Zorgaanbieders zorgen naast afspraken met vaste huisarts(en) ook voor afspraken met een specialist ouderengeneeskunde en/of arts VG, ook als zij deze zelf niet in dienst hebben. Voorwaarde is dat het zorgkantoor hiervoor voldoende behandeling heeft ingekocht.

De Wlz-patiënt heeft vanwege de vrije artskenkeuze wel de keuze om geen gebruik te maken van de vaste huisartsenzorg van de zorgaanbieder en zich bij een andere huisarts in te schrijven. Omwille van de organiseerbaarheid is dit niet wenselijk en zal dit niet gestimuleerd, maar wel geaccepteerd worden door de zorgaanbieder. De verwachting is dat de meeste (nieuwe) patiënten gebruikmaken van de voordelen van de vaste huisartsenzorg van de zorgaanbieder.

2.4 Rol- en taakverdeling

Bij het maken van afspraken in de regio over MGZ wordt uitgegaan van de volgende rol van de diverse artsen en bijpassende medisch-inhoudelijke taakverdeling:

1. De problematiek waar de verschillende artsen zich in hoofdlijnen op richten is als volgt:
 - a. voornamelijk complexe multidomeinproblematiek, met enkelvoudige of opeenstapelende fysieke aandoeningen en/of toenemend regieverlies: specialist ouderengeneeskunde;
 - b. aan de verstandelijke handicap gerelateerde problematiek, al dan niet gecombineerd met complexe multidomeinproblematiek, enkelvoudige of opeenstapelende fysieke en/of psychische aandoeningen en/of wilsonbekwaamheidsproblematiek: arts VG;
 - c. voornamelijk 'gewone' (acute en chronische) somatische zorg: huisarts.
2. De vorm van behandeling door de arts kan zowel consulterend, adviserend als behandelend zijn.
3. Voor de specialist ouderengeneeskunde geldt dat de geneeskundige zorg van specifieke aard binnen de MGZ centraal staat. De huisarts en de specialist ouderengeneeskunde maken gezamenlijk afspraken over hoe zij eigen expertise en kunde inzetten om gezamenlijk de MGZ te realiseren en wanneer de regierol van de huisarts naar de specialisten ouderengeneeskunde overgaat (als er geen sprake is van MGZ als geïntegreerd deel van het verblijf).
4. Voor de arts VG geldt dat de geneeskundige zorg van specifieke aard binnen de MGZ centraal staat. De huisarts en arts VG maken gezamenlijk afspraken over hoe zij eigen expertise en kunde inzetten om gezamenlijk de MGZ te realiseren en wanneer de arts VG een gedeelte van de regie overneemt. NB Een arts VG zal nooit de volledige MGZ bij een Wlz-patiënt overnemen. Er dient altijd een huisarts beschikbaar te zijn voor de huisartsenzorg. De arts VG werkt ongeacht werkplek (ook binnen instellingen) complementair met een betrokken huisarts, gezien ieders expertise. In voorkomende gevallen kan de arts VG de regie nemen over een patiënt met een afgebakend handicapgebonden probleem binnen de MGZ.

Voor een verdere beschrijving van de rol en taken van de afzonderlijke artsen en de

eerder opgestelde handreikingen over onderlinge samenwerking wordt verwezen naar:

- Aanbod huisartsgeneeskundige zorg - LHV⁹;
- Specialist ouderengeneeskunde 2030 - Verenso¹⁰;
- Zorgaanbod van de AVG digitale versie website - NVAVG¹¹ ;
- Handreiking Samenwerking huisarts & AVG¹²;
- Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde¹³.

5. Partijen spreken af dat na het vaststellen van dit convenant de leidraden, handreikingen en overige documenten in lijn worden gebracht met de afspraken in dit convenant. Afspraken gemaakt in dit convenant zijn hierin leidend ten opzichte van eerder gemaakte afspraken, leidraden en handreikingen.

2.5 Inkoop en bekostiging

De afspraken in voorgaande hoofdstukken en paragrafen leiden tot de volgende afspraken ten aanzien van inkoop en bekostiging. Deze moeten immers ondersteunend zijn aan de afspraken:

1. De huidige inkoopsystematiek biedt ruimte om de beschreven afspraken mogelijk te maken en wordt ongewijzigd gevolgd.
2. Voor zorgaanbieders die wonen of verblijf bieden worden aan de regiotafels afspraken gemaakt over de samenhangende en complementaire inzet van de artsen (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts VG en huisartsenspoedpost). Het betreft hier afspraken over onder meer MDO, consultatie, medebehandeling en regiebehandelaarschap MGZ, maar ook over de beschikbaarheid en continuïteit van de artsenzorg, waaronder de spoedzorg tijdens ANW-diensten en vervanging tijdens vakantie en ziekte.
3. De afspraken uit punt 2 worden conform de bestaande inkoopsystematiek in inkoopafspraken vastgelegd.
4. Met de huidige bekostigingsstructuur zijn er mogelijkheden om regionale afspraken te maken en daarmee concreet uitvoering te geven aan het convenant. De bekostiging van de artsenzorg (zie punt 2) vraagt echter aandacht van de NZa en VWS (randvoorwaarde). Voor de in het convenant omschreven zorg mogen de partijen een passende vergoeding verwachten (zie hoofdstuk 4).
Het zorgkantoor en de zorgverzekeraar kopen voldoende samenhangende zorg in om ook aan hun zorgplicht ten aanzien van MGZ te voldoen en maken zelf de keuze bij wie ze de zorg inkopen. Hierbij kunnen ze de zorg ook inkopen bij bijvoorbeeld (toegelaten) zorgaanbieders die enkel zorg van specialisten ouderengeneeskunde of artsen VG bieden. Als regionaal of lokaal blijkt dat onvoldoende capaciteit beschikbaar is of dat partijen gemaakte afspraken niet nakomen dan hebben het zorgkantoor en/of de zorgverzekeraar de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid om in te grijpen (zie verder hoofdstuk 3 voor gang van zaken).

⁹ [Aanbod huisartsgeneeskundige zorg - LHV](#)

¹⁰ [Specialist ouderengeneeskunde 2030 - Verenso](#)

¹¹ [Zorgaanbod-van-de-AVG-digitale-versie-website.pdf \(nvavg.nl\)](#)

¹² [Handreiking Samenwerking huisarts & AVG](#)

¹³ [Handreiking Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde](#)

H3 | Realisatieproces

De veldpartijen zien het als hun gezamenlijke verantwoordelijkheid om voor iedere Wlz-patiënt de toegang tot MGZ, zowel overdag als voor spoedzorg in de ANW-uren, te borgen en te werken aan realisatie van de gewenste situatie. De veldpartijen onderkennen de complexiteit van het onderwerp en onderkennen ook de samenhang tussen de verschillende elementen in het convenant. De veldpartijen onderkennen ook dat de regionale invulling per regio kan verschillen. De regiotafel vormt daarin een cruciale plek. Deze maakt afspraken over de toegankelijkheid van MGZ in de regio. Afhankelijk van de kenmerken van de regio worden de afspraken regionaal of subregionaal gemaakt, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij al bestaande overlegstructuren. Hierbij wordt rekening gehouden met andere belangrijke ontwikkelingen in de (sub)regio, zoals afspraken in het IZA¹⁴-regioplan en de invulling van randvoorwaarden.

De afspraken die partijen in dit convenant maken gaan over de wat-vraag: wat moet door partijen landelijk worden afgesproken om de gewenste situatie te realiseren, dan wel stappen in die richting te zetten?

Om de afspraken in dit convenant ten uitvoering te brengen, wordt in dit hoofdstuk richting gegeven aan het realisatieproces. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen drie typen afspraken:

- a. medisch-inhoudelijk, waarbij de gezamenlijke artsen in een regio onderling afspraken maken over de taakverdeling, de mogelijkheid voor onderlinge consultatie, medebehandeling, regiebehandelaarschap MGZ, overdracht et cetera;
- b. organisatorisch, waarbij afspraken gemaakt worden met zorgaanbieders in de gehandicaptensector en verpleging en verzorging, huisartsenpraktijken, de huisartsspoedpost, praktijken arts VG/specialist ouderengeneeskunde, het zorgkantoor en zorgverzekeraar om de punten onder a.) mogelijk te maken;
- c. contractering en financiering, waarbij de contracterende partijen (zorgaanbieders in de gehandicaptensector en verpleging en verzorging, huisartsenpraktijken, de huisartsspoedpost, praktijken arts VG/specialist ouderengeneeskunde, het zorgkantoor en zorgverzekeraar) afspraken maken over voldoende MGZ, waardoor genoemde punten onder a.) en b.) gecontracteerd en gefinancierd zijn.

Om het convenant te realiseren en om tot afspraken te komen, is het van belang om grofweg de volgende vier stappen te zetten:

Stap 1: Oproep tot bijdrage

Veldpartijen benaderen actief hun leden om bij te dragen aan de realisatie van dit convenant en vragen hen om een bijdrage te leveren om in hun regio MGZ, overdag en in de ANW-uren, toegankelijk te maken voor Wlz-patiënten. De convenantpartijen gaan ervan uit dat partijen in de regio de gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen om MGZ toegankelijk te maken en bereid zijn om samen afspraken te maken om het convenant te realiseren.

¹⁴ IZA = Integraal Zorgakkoord. Het IZA heeft als doel de zorg voor de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. In de IZA-regioplannen hebben de regionale stakeholders de prioriteiten voor de komende jaren benoemd en een werkagenda opgesteld, om op regionaal niveau de IZA-doelstellingen te realiseren.

Stap 2: Initiatief start procesafspraken en deelname regiotafel

Het zorgkantoor en de zorgverzekeraars nemen het initiatief om procesafspraken te maken en nodigen – in de regio – (een afvaardiging van) regionale partijen uit om deel te nemen aan de regiotafel. Hierbij wordt waar mogelijk aangesloten bij de lopende IZA-regioplannen en -initiatieven.

Stap 3: Actieve participatie en afspraken maken

Elke partij wordt gevraagd om – vanuit haar eigen taak en rol – actief te participeren en bij te dragen aan gezamenlijke en regionale oplossingen. De deelnemers zorgen ervoor dat ze op de tafel afspraken mogen maken namens de partij of partijen die ze vertegenwoordigen. Het uitgangspunt is om op basis van gelijkwaardigheid tot afspraken te komen en – als dat nodig is – elkaar aan te spreken op elkaars verantwoordelijkheid, waarbij iedereen, iedereen mag aanspreken.

Met behoud van eenieders verantwoordelijkheid en rol zijn alle betrokken partijen vrij om op hun regiotafel eventuele knelpunten te agenderen die ontstaan bij het realiseren van het convenant, en daarnaast alle onderwerpen die bijdragen aan een voorspoedige en succesvolle implementatie van het convenant en de daaruit voortvloeiende organisatie van toegankelijke en samenhangende zorg door huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG in hun regio.

In de (sub)regio wordt vastgelegd hoe de landelijke afspraken in dit convenant worden vormgegeven. Iedere regio is vrij om de voor die regio meest passende oplossingen te ontwikkelen, zolang de gewenste situatie maar wordt gehaald.

Onderdeel van de regioafspraken is om met elkaar af te spreken op welke wijze (proces/procedure) mogelijke knelpunten worden opgelost als bijvoorbeeld niet (meer) wordt voldaan aan de gemaakte afspraken.

Stap 4: Aanspreken op verantwoordelijkheid deelnemende partij

Deelnemende partijen zullen een partij die niet (voldoende) meewerkt, waardoor de gewenste situatie in de regio niet gerealiseerd kan worden, aanspreken op haar verantwoordelijkheid. Wanneer het aanspreken op de verantwoordelijkheid niet toereikend is en de zorgkantoren en/of zorgverzekeraars niet voldoen of kunnen voldoen aan hun zorgplicht, zullen zij dit escaleren, waarbij dit in eerste instantie wordt geagendeerd op de regiotafel. Mocht deze stap niet tot een oplossing leiden, dan zal, afhankelijk van de situatie, worden opgeschaald naar:

- NZa als toezichthouder op de zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en als adviseur van VWS;
- IGJ als toezichthouder op het gebied van kwaliteit en veiligheid bij partijen in en rondom de zorg;
- VWS als wetgever en verantwoordelijke voor het zorgstelsel;
- convenantpartijen, als er aanleiding is de werking of naleving van het convenant nader te overwegen of als de bestaande escalatiemechanismen falen.

H4 | Randvoorwaarden

In dit hoofdstuk worden de onderwerpen beschreven die noodzakelijk zijn om dit convenant te laten werken, maar die (deels) buiten de invloedssfeer van de veldpartijen liggen. Het betreft onderwerpen die randvoorwaardelijk zijn om de toegankelijkheid van MGZ (4.1) te verbeteren.

Partijen spreken de bereidheid uit om, daar waar dit mogelijk en met de bestaande randvoorwaarden te organiseren is, de uitvoering van dit convenant vanaf de ondertekening ter hand te nemen. Echter, ze wijzen er met klem op dat indien aan de randvoorwaarden zoals hieronder opgesomd niet wordt voldaan, de doelstellingen van het convenant niet bereikt kunnen worden. Waar het ontbreken van passende financiering uitvoering van het convenant aantoonbaar beperkt of onmogelijk maakt, kunnen partijen uiteraard niet (volledig) aan dit convenant gehouden worden.

4.1 Randvoorwaardelijk om toegankelijkheid MGZ te realiseren

De partijen die betrokken zijn bij de afspraken wijzen erop dat het uitvoeren van deze afspraken alleen mogelijk is wanneer bepaalde randvoorwaarden zijn vervuld. De keuze om de zorgvraag van de Wlz-patiënt als uitgangspunt te nemen, heeft belangrijke implicaties voor de bekostiging en inkoop. Het vergt besluitvorming vanuit VWS om deze fundamentele aanpak van het laten prevaleren van de zorgvraag van de Wlz-patiënt en het realiseren van de gewenste situatie mogelijk te maken. De randvoorwaarden betreffen de volgende thema's:

1. Bekostiging
2. ICT, digitale gegevensuitwisseling
3. Aandacht voor ongecontracteerde en pgb-zorg

4.1.1 Bekostiging

Uit het convenant volgt de inzet die de artsen in het kader van MGZ moeten verrichten. Voor deze werkzaamheden moet door de NZa een passende systematiek voor bekostiging ontwikkeld worden. Het betreft afspraken over onder meer MDO, consultatie, medebehandeling en regiebehandelaarschap MGZ, maar ook over de beschikbaarheid en continuïteit van de artsenzorg, waaronder begrepen de ANW-diensten en vervanging tijdens vakantie en ziekte.

De wijze waarop deze bekostiging wordt vormgegeven, ligt niet bij de veldpartijen maar bij VWS en NZa. Wat de veldpartijen minimaal verwachten, is een passende vergoeding en volledige transparantie over hoe de hierboven genoemde elementen in de tarieven verwerkt zijn. Daarnaast lijkt het niet onwaarschijnlijk dat de bekostigingsstructuur aanpassingen nodig heeft op het gebied van prestaties of betaaltitels. Daarover gaan de convenantpartijen graag nader in gesprek.

4.1.2 ICT en digitale gegevensuitwisseling

Om de afspraken in dit convenant ten uitvoer te kunnen brengen, is het noodzakelijk dat professionals via systemen de noodzakelijke gegevens goed kunnen uitwisselen. De hiervoor benodigde randvoorwaarden op het gebied van ICT en gegevensuitwisseling kunnen niet door de convenantpartijen worden opgelost, maar dienen behartigd te worden op de tafels en trajecten die daarvoor ingericht zijn.

4.1.3 Ongecontracteerde en pgb-zorg

Dit convenant zou ook van toepassing moeten zijn voor zorg door ongecontracteerde en pgb-aanbieders. De ervaring leert dat juist rondom pgb-wooninitiatieven genoemde punten vaak niet of beperkt geregeld zijn. Partijen doen dan ook een dringende oproep aan ZN, VWS en andere stelselpartijen om a) in gesprek te gaan over wat nodig is om pgb-instellingen wel aan deze of dergelijke afspraken te binden of b) te stoppen met pgb als leveringsvorm voor geclusterd wonen voor Wlz-patiënten.

H5 | Tot slot

De beslissende succesfactor voor de implementatie van de landelijke kaders in dit convenant is commitment. Dit commitment geldt in algemene zin in termen van omarming van de doelen en uitgangspunten, positieve communicatie en een actieve grondhouding tot een actieve bijdrage in regionale realisatie van de landelijke kaders. De convenantpartijen onderschrijven de gewenste situatie, werken gezamenlijk toe naar deze situatie en willen geen stappen terug zetten.

Vanuit dit perspectief spreken de partijen, afzonderlijk, het volgende commitment uit:

ActiZ en VGN

1. de fundamentele bereidheid om hun leden te stimuleren om:
 - als zorgaanbieders samen met de andere veldpartijen mee te werken aan de organisatie van MGZ in de regio en binnen de schaarste aan artsen mee te werken aan een goede verdeling van de beschikbare capaciteit aan specialist ouderengeneeskunde en arts VG, onder andere door mogelijk te maken dat de specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG ook beschikbaar zijn om buiten de instelling werkzaam te zijn, mits zij daarvoor gecontracteerd worden; en de artsen te faciliteren bij de uitvoering van MGZ, zowel inhoudelijk als op het gebied van administratie, het beschikbaar stellen van het EPD et cetera;
 - als contracterende partijen dit convenant na te leven en dus afspraken te maken over voldoende MGZ, waardoor de gewenste situatie inhoudelijk en organisatorisch mogelijk wordt.
2. bereidheid en inzet om eventuele handreikingen, leidraden en overige documenten die van invloed kunnen zijn aan te vullen/te updaten, zodat deze in lijn zijn met dit convenant en hierdoor geen verwarring ontstaat voor hun leden.

NVAVG en Verenso

1. de fundamentele bereidheid om hun leden te stimuleren om:
 - als specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG, ook tijdens ANW-uren, met huisartsen samen te werken om afspraken te maken over de taakverdeling, mogelijkheid voor onderlinge consultatie, medebehandeling, regiebehandelaarschap MGZ, overdracht et cetera; en zo
 - vanuit en met zorgorganisaties in de regio MGZ te organiseren en het convenant na te leven.
2. bereidheid en inzet om eventuele handreikingen, leidraden en overige documenten die van invloed kunnen zijn aan te vullen/te updaten, zodat deze in lijn zijn met dit convenant en hierdoor geen verwarring ontstaat voor hun leden.

LHV en InEen

1. de fundamentele bereidheid om hun leden te stimuleren om:
 - als huisartsen met specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG samen te werken, om afspraken te maken over de taakverdeling, mogelijkheid voor onderlinge consultatie ook tijdens ANW-uren, medebehandeling, regiebehandelaarschap MGZ, overdracht et cetera. Daarbij wordt opgemerkt dat taakverdeling in samenhang en samenspraak gebeurt, om een evenredige spreiding van patiënten over de diverse artsengroepen te bewerkstelligen;
 - als praktijken en huisartsenspoedposten mee te werken aan het organiseren van MGZ in de regio en dit mede mogelijk maken met de andere veldpartijen

- door het convenant na te leven;
 - als contracterende partijen afspraken te maken over voldoende MGZ, waardoor de gewenste situatie inhoudelijk en organisatorisch mogelijk wordt.
- 2. bereidheid en inzet om eventuele handreikingen, leidraden en overige documenten die van invloed kunnen zijn aan te vullen/te updaten, zodat deze in lijn zijn met dit convenant en hierdoor geen verwarring ontstaat voor hun leden.

Zorgverzekeraars Nederland

1. de fundamentele bereidheid om hun leden te stimuleren om:
 - a. een initiërende rol op zich te nemen bij de regionale implementatie;
 - b. zorg te dragen voor het uitnodigen van de juiste partijen aan tafel en eventuele niet-structureel meewerkende partijen op hun zorgplicht te wijzen.
2. de fundamentele bereidheid om hun leden erop aan te spreken dat zij:
 - a. op basis van de zorgplicht voldoende MGZ inkopen;
 - b. (on)gecontracteerde partijen en pgb-aanbieders nadrukkelijk wijzen op dit convenant en hen aanspreken op de naleving.

Alle partijen committeren zich aan de acties in dit convenant om de medisch-generalistische zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie in de toekomst te borgen. Partijen zijn verantwoordelijk voor hun eigen acties en werken daarin samen met anderen. De partijen vragen VWS om de richting van dit convenant te onderschrijven en de implicaties, zoals genoemd in de randvoorwaarden, op te pakken.

Ondertekend dd 2 september 2024

Namens:	Naam:	Handtekening:
----------------	--------------	----------------------

ActiZ

InEen

LHV

NVAVG

Verenso

VGN

ZN