

Vergaderjaar 2020–2021

**34 104**

**Langdurige zorg**

**29 248**

**Wijziging van een aantal socialeverzekeringswetten ter verkorting van beslistermijnen bij beschikkingen op aanvraag (Wet beslistermijnen sociale verzekeringen)**

**Nr. 316**

**BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 13 januari 2021

In deze brief reageer ik, mede namens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), op het onderzoeksrapport van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van de medisch-generalistische zorg<sup>1</sup> voor patiënten met een indicatie op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Het rapport is voor de zomer door mijn ambtsvoorganger aan uw Kamer gezonden<sup>2</sup>. Voordat ik mijn reactie toelicht, sta ik stil bij het vraagstuk rondom medisch-generalistische zorg (MGZ) en licht ik toe waarom de urgentie groeit om de opdracht die hieruit volgt gezamenlijk aan te pakken. In het laatste deel reageer ik op de aanbevelingen in het rapport van de NZa.

### **Kernpunten**

- Het is een gezamenlijke opdracht om de beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg (MGZ) overdag en in de *avond- nacht en weekenden (ANW)* voor *alle* patiënten die daar behoefte aan hebben te garanderen. Op dit moment is dat niet vanzelfsprekend. De urgentie van deze opdracht neemt toe door de schaarste aan betrokken artsen, de toename van mensen met een complexe zorgvraag en het veranderend zorglandschap.
- Ik deel het advies van de NZa dat er goede afspraken moeten worden gemaakt tussen betrokken professionals over de verantwoordelijkheid voor deze zorg en de samenwerking. Betrokken artsen moeten daarin wel worden gefaciliteerd. Ook dit is een gezamenlijke opdracht. In de gehandicaptensector is hieraan invulling gegeven met een convenant. Op verzoek van uw Kamer ga ik hierover ook met partijen in de ouderenzorg in gesprek.
- Ook deel ik het advies van de NZa om de MGZ voor mensen met een Wlz-indicatie onder te brengen in de Wlz of de Zvw. Ik vind het echter

<sup>1</sup> NZa-rapport: Onderzoek Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten

<sup>2</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 300

niet gepast om drie maanden voor de verkiezingen een dergelijk ingrijpend besluit te nemen.

- Vanwege de voordelen die ik zie ten aanzien van het regionaal inkopen/organiseren van MGZ, het in één hand brengen van de zorgplicht en de samenwerking van professionals, zal ik de komende maanden positionering binnen de Zvw verder te onderzoeken in samenwerking met de NZa, ZiNL en andere partijen in het veld.
- Tegelijkertijd zal ik onderzoeken of de voordelen die in deze brief zijn genoemd voor positionering in de Zvw, ook in de Wlz kunnen worden gerealiseerd.

### **Gezamenlijke opdracht rondom medisch-generalistische zorg**

In de brief van december 2019<sup>3</sup> zijn de signalen over afnemende beschikbaarheid, toegankelijkheid en organiseerbaarheid van medisch-generalistische zorg (*zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten in samenspel bieden*) beschreven. Iedere Nederlander heeft recht op medisch-generalistische zorg. Ook mensen met een complexe zorgvraag. Ik zie het als de *gezamenlijke opdracht* van beroepsgroepen, zorgaanbieders, zorgkantoren en -verzekeraars, het Zorginstituut Nederland, de NZa en het Ministerie van VWS om te organiseren dat deze zorg beschikbaar en toegankelijk is en blijft.

Deze gezamenlijke opdracht houdt het volgende in:

- We werken aan de beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg (MGZ).
- We zorgen ervoor dat deze zorg niet alleen overdag, maar ook in de *avond- nacht en weekenden (ANW), 24 uur per dag, 7 dagen per week (24/7)* beschikbaar is.
- We werken aan de toegankelijkheid van MGZ voor *alle* patiënten die daar behoefte aan hebben, ook patiënten met een complexe zorgvraag. Op dit moment is dat niet vanzelfsprekend.
- We werken eraan dat deze zorg *op de juiste plek*, en daarmee plaats-onafhankelijk, beschikbaar is: in de eerste lijn, binnen het eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg (GRZ), en in de langdurige zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie.
- We werken eraan dat huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten, die ieder een rol hebben in het leveren van MGZ aan mensen met een complexe zorgvraag, voldoende worden gefaciliteerd om deze zorg te kunnen leveren.

### **Urgentie groeit om gezamenlijke opdracht verder aan te pakken**

Mede op basis van gesprekken met partijen constateer ik dat verschillende ontwikkelingen bijdragen aan een groeiende urgentie voor de aanpak van dit vraagstuk.

#### **1. Schaarste aan artsen**

Er is krapte op de arbeidsmarkt van artsen die MGZ verlenen. De zorgvraag van patiënten wordt steeds complexer en de beschikbare capaciteit van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten groeit niet in iedere regio in verhouding mee. In tijden van schaarste slaagt niet iedere aanbieder van intramurale of geclusterd georganiseerde Wlz-zorg erin om de 24/7 medische beschikbaarheid goed te organiseren. Corona heeft de impact van schaarste extra zichtbaar gemaakt. De uitval van de al schaarse artsen in

<sup>3</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 272

combinatie met een hoog risico op besmetting, draagt bij aan fysieke en mentale belasting van de nog beschikbare zorgprofessionals<sup>4</sup>.

## 2. Toename van patiënten met een complexe zorgvraag

Mensen worden ouder en de zorgvraag van ouderen wordt complexer. Ook mensen met een verstandelijke beperking worden ouder, waardoor zij geconfronteerd worden met ouderdomsklachten en dementie. De huisarts krijgt hierdoor meer patiënten met een complexe zorgvraag en moet daarbij een beroep kunnen doen op de expertise van een specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten om passende zorg aan deze patiënten te verlenen. Dit is niet overal gegarandeerd.

## 3. Nieuwe organisatievormen in een veranderend zorglandschap

Mensen met een complexe zorgvraag wonen langer thuis of verhuizen naar een kleinschalige woonvorm of -instelling. Ook deze beweging draagt bij aan een toenemend aantal patiënten met een complexe zorgvraag bij de huisarts en de daarmee groeiende behoefte aan de expertise van specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten in de eerste lijn. In de eerste lijn ontstaan steeds meer nieuwe organisatievormen waar voormalig instellingsartsen in een ambulante samenwerkingsverband of bij een zorggroep van huisartsen werken. Desondanks zijn artsen voor verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde nog veelal werkzaam in loondienst bij behandeldiensten van instellingen.

### NZa-rapport over medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten

11 april 2019 (Kamerstuk 34 104, nr. 247) stuurde ik uw Kamer mijn reactie op het advies van het Zorginstituut om de functie behandeling, waar medisch generalistische zorg onderdeel van uitmaakt, onder te brengen in de Wlz met het oog op integraliteit van zorg. Ik heb aangegeven dit advies niet op te volgen met de volgende overwegingen:

1. Risico op verslechtering van toegankelijkheid van de artsenfunctie in de Wlz;
2. Mogelijke inperking van de keuzevrijheid voor cliënten;
3. Onduidelijkheid over de doelmatigheid van de behandel functie binnen de Wlz.

Met name naar aanleiding van de eerste overweging heb ik de NZa gevraagd de toegankelijkheid, beschikbaarheid en organiseerbaarheid van MGZ te onderzoeken. De NZa beschrijft in haar onderzoeksrapport verschillende knelpunten die hierbij naar voren komen. De NZa noemt een zwaardere zorgvraag van patiënten, ontbrekende randvoorwaarden, ontbrekende samenwerking in de keten voor MGZ en aanbiedersgerichte en versnipperde bekostiging van MGZ, als belangrijkste knelpunten<sup>5</sup>. In de volgende passages beschrijf en reageer ik op de aanbevelingen die de NZa doet om deze knelpunten te verminderen:

1. ***De huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijke gehandicapten moeten ervoor zorgen dat vanuit ieders kennis en kunde en met samenwerkingsafspraken de zorg voor patiënten met een Wlz-indicatie op elkaar aansluit en dat ieders verantwoordelijkheid helder is.***

<sup>4</sup> Kamerstuk 25 295, nr. 461

<sup>5</sup> NZa-rapport: Onderzoek Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten, p. 3

De NZa constateert een gebrek aan afstemming, coördinatie en samenwerking tussen alle betrokkenen rondom MGZ. De NZa ziet een duidelijke opdracht voor artsen om ervoor te zorgen dat de zorg op elkaar aansluit en dat ieders verantwoordelijkheid helder is. De NZa ziet ook dat er gezamenlijke afspraken van betrokken partijen nodig zijn om de juiste randvoorwaarden te organiseren. De NZa geeft aan dat regionale sturing en afstemming moet worden opgepakt door zorgverzekeraars of zorgkantoren, afhankelijk van de keuze rondom de positionering van MGZ in de Wlz of Zvw.

### **Reactie op de aanbeveling gericht op samenwerkingsafspraken**

Ik vind het noodzakelijk dat beroepsgroepen afspraken met elkaar maken over hun taken en verantwoordelijkheden in het verlenen van medisch generalistische zorg. Bovendien zijn samenwerkingsafspraken met andere betrokken partijen over goede randvoorwaarden nodig, zodat artsen regionaal 24-uur per dag de juiste zorg op de juiste plek kunnen bieden. Deze afspraken kunnen gaan over:

- het vergroten van medisch bewustzijn bij zorgmedewerkers op locatie;
- het verbeteren van de medische bedrijfsvoering rondom artsen;
- de gerichte inzet van verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen, bijvoorbeeld door taakherschikking;
- het verbeteren van gegevensuitwisseling («de juiste medische informatie, plaats-onafhankelijk en op ieder moment beschikbaar maken»).

Ik constateer dat er goede stappen worden gezet in de gehandicaptenzorg. Ik ben verheugd dat onder regie van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) een convenant is gesloten, waarin samenwerkingsafspraken tussen beroepsgroepen en andere betrokken partijen tot stand zijn gekomen. Het convenant *Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking* treft u als bijlage van deze brief<sup>6</sup>.

Verschillende acties in het convenant richten zich op het verbeteren van medische kennis en deskundigheid in zorginstellingen in de gehandicaptenzorg. Daarmee wordt uitvoering gegeven aan de motie van de Kamerleden Bergkamp en Slootweg<sup>7</sup> gericht op het versterken van kennis over de zorgbehoeften van mensen met een verstandelijke beperking.

Ik heb het afgelopen jaar verschillende acties in gang gezet om samenwerkingsafspraken in de MGZ te stimuleren. Zo zijn partijen uit de gehandicaptenzorg bij elkaar gebracht om te werken aan het imago en de instroom van artsen voor verstandelijk gehandicapten in de opleiding. Tevens heeft Vilans in opdracht van VWS een portrettenbundel met praktijkvoorbeelden van MGZ samengesteld, deze bundel treft u in bijlage 2<sup>8</sup>. Ook is er een analyse gemaakt van knelpunten bij gegevensuitwisseling in de gehandicaptenzorg. De analyse treft u in bijlage 3<sup>9</sup>. De komende tijd wordt met de convenantpartijen gekeken naar een vervolg.

Tegelijkertijd constateer ik dat bestuurlijke samenwerkingsafspraken over MGZ in de ouderenzorg nog niet op landelijk niveau tot stand komen. Wel zie ik op regionaal niveau voorbeelden van bestuurlijke samenwerking. Zo

<sup>6</sup> Bijlage 1: Het convenant *Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking*. Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>7</sup> Kamerstuk 24 170, nr. 225

<sup>8</sup> Bijlage 2: 18 praktijkvoorbeelden van medisch-generalistische zorg. Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>9</sup> Bijlage 3: Gegevensuitwisseling bij Medisch-Generalistische Zorg in de Gehandicaptenzorg. Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

is er in 't Gooi een convenant met regionale afspraken gesloten<sup>10</sup>. Ook in de ouderenzorg zijn goede afspraken nodig, om te zorgen dat MGZ 24/7 beschikbaar is voor alle patiënten met een complexe zorgvraag. Ik ga in het voorjaar van 2021 opnieuw in gesprek met beroepsgroepen, brancheverenigingen en stelselpartijen in de ouderenzorg over het maken van samenwerkingsafspraken bij medisch generalistische zorg. Hiermee geef ik uitvoering aan de motie van Kamerlid Peters<sup>11</sup>.

## **2. *Breng de MGZ onder in de Wlz of de Zvw***

Het doelmatig inzetten van capaciteit wordt, juist bij schaarste op de arbeidsmarkt, door de NZa van groot belang gezien. Daarvoor is een goede afstemming nodig tussen alle schakels in de keten, waarbij ook deze keten in samenhang wordt ingekocht. Door MGZ in zijn geheel binnen de Zvw of Wlz onder te brengen, wordt respectievelijk óf de zorgverzekeraar óf de Wlz-uitvoerder verantwoordelijk voor de inkoop van een samenhangende keten van zorgaanbod. De zorgplicht ligt dan bij één partij en de bekostiging kan eenvoudiger worden ingericht. De NZa voorziet daarmee complexiteitsreductie en doelmatigheidsopbrengsten.

### ***Reactie op de aanbeveling gericht op positionering in één regime***

Ik onderschrijf de aanbeveling van de NZa dat het noodzakelijk is om de MGZ in één regime onder te brengen, omwille van heldere verantwoordelijkheidsverdeling, reductie van complexiteit en doelmatige inzet van schaarse zorgcapaciteit.

In de brief van 11 april 2019<sup>12</sup> is toegelicht dat het noodzakelijk is om pakketverschillen voor patiënten met een Wlz-indicatie weg te nemen om de zorg overzichtelijker te maken, en werd prioriteit gegeven aan de artsenfunctie.

Het positioneren van MGZ in Zvw of Wlz leidt tot een meerjarig traject met een wetswijziging, budgettaire verschuivingen tussen Wlz en Zvw, eventuele aanpassingen van de bekostiging en verschuiving van de zorginkoop. Ik acht het daarom niet passend om – drie maanden voor de verkiezingen – een besluit te nemen over de positionering van MGZ. Dit complexe onderwerp vraagt om een definitief besluit in een volgende regeerperiode, mede in het licht ook van de andere vormen van behandeling. Ik zie het wel als mijn verantwoordelijkheid besluitvorming hierover goed voor te bereiden. In dat kader zie ik ook deze reactie op het NZa-rapport.

De keuze voor positionering van MGZ in de Wlz of de Zvw moet bijdragen aan de opdracht om 24/7 medische beschikbaarheid te realiseren van MGZ op de juiste plek. Hieronder schets ik vier thema's die een belangrijke rol spelen bij de besluitvorming en geef ik aan welke stappen ik zal zetten om de toekomstige besluitvorming voor te bereiden.

### **1. De inkoop en organisatie van medisch-generalistische zorg op regionaal niveau kent voordelen ten opzichte van de inkoop en organisatie op instellingsniveau**

Op dit moment bestaan er twee regimes van 24/7 medische beschikbaarheid naast elkaar. Voor de ene helft van de Wlz-populatie wordt de 24/7 beschikbaarheid van huisartsenzorg op het niveau van Wlz-instellingen vanuit het instellingsbudget georganiseerd. De andere helft van de Wlz-populatie heeft, net als de rest van de Nederlanders,

<sup>10</sup> [https://so.gva2025.nl/?avada\\_portfolio=anders-behandelen](https://so.gva2025.nl/?avada_portfolio=anders-behandelen)

<sup>11</sup> Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 123

<sup>12</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 247

aanspraak op inschrijving bij de huisarts via de Zvw en toegang tot de huisartsenpost voor spoedzorg in de ANW. Alle patiënten met een Wlz-indicatie hebben aanspraak op de specifieke deskundigheid van specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten via de Wlz. Patiënten zonder Wlz-indicatie hebben aanspraak op de specifieke deskundigheid van de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten vanuit de Zvw, op aanvraag van de huisarts.

Het inkopen en organiseren van 24/7 beschikbaarheid van MGZ op grond van de Wlz, vindt plaats op instellingsniveau. Uit gesprekken met aanbieders en artsen maak ik op dat dit kan leiden tot competitie tussen zorgaanbieders om de beschikbaarheid van schaarse artsen. Een verschuiving van het organiseren van 24/7 beschikbaarheid van MGZ op instellingsniveau naar regionaal niveau zie ik daarom als belangrijke stap naar toekomstbestendige MGZ, overdag en in de nacht. Concreet betekent dit dat 24/7 MGZ niet langer op instellingsniveau wordt ingekocht, maar op regionaal niveau. Of de Wlz-uitvoerder of de zorgverzekeraar is daarbij de voor de hand liggende financier van MGZ.

De NZa beschrijft in haar rapport diverse voor- en nadelen voor de organiseerbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid bij het onderbrengen van MGZ onder de Zvw dan wel de Wlz. Zo ziet de NZa dat op dit moment het regionaal organiseren van MGZ vanuit de Wlz nog niet mogelijk is. Hiervoor is het noodzakelijk dat zorgkantoren de juiste instrumenten krijgen om deze opdracht vorm te kunnen geven in zorginkoop, zoals zorgverzekeraars die al kennen.

Ook ziet de NZa dat de positionering van MGZ in de Zvw kansen biedt voor het doelmatig inzetten van de schaarse capaciteit aan artsen. De NZa beschrijft dat bestaande eerstelijnsstructuren voor patiënten zonder Wlz-indicatie en reguliere huisartsenposten dan kunnen uitgroeien tot een 24/7-beschikbaarheidsstructuur voor MGZ voor alle patiënten, waarin ook de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten een plek krijgen.

Ik wil de NZa vragen een verkenning te doen of en welke aanpassingen er binnen de huidige bekostiging te maken zijn om 24/7 MGZ in de regio te kunnen organiseren. Deze verkenning kan bijdragen aan scherpere beeldvorming over de toekomst en daarmee aan zorgvuldige politieke besluitvorming over positionering.

Ik wil ook met een expertgroep nadenken over praktische vervolgstappen richting een toekomstbestendige inrichting van 24/7 MGZ in de regio. Ik denk daarbij aan een expertgroep met praktiserende artsen uit de betrokken beroepsgroepen die ook (wetenschappelijke) onderzoek over dit onderwerp hebben gedaan. Ik wil daarbij gebruik maken van de bevindingen vanuit het actieonderzoek «Duurzame medische zorg aan ouderen in de regio» van de Erasmus School of Health Policy & Management. Dit onderzoek is gestart binnen het Programma Thuis in het Verpleeghuis. Een tussenrapportage van dit onderzoek laat zien dat pilots gericht op duurzame medische zorg in de regio voor ouderen rapporteren dat regionale initiatieven worden belemmerd door prikkels om de zorg op instellingsniveau te organiseren<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> <https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/publicatie-duurzame-medische-zorg/#>

## **2. Het duidelijk beleggen van de zorgplicht voorkomt onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en neemt complexiteit bij de bekostiging van geleverde zorg weg**

De zorgplicht voor het organiseren van 24-uurs medische beschikbaarheid is op dit moment verdeeld over zorgverzekeraars en zorgkantoren. Deze gedeelde verantwoordelijkheid leidt in de praktijk tot onduidelijkheid en complexiteit. In de Wlz bestaan bijvoorbeeld geen specifieke prestaties en tarieven voor de bekostiging van huisartsenzorg. Het is voor huisartsen daarom niet mogelijk om huisartsenzorg aan Wlz-patiënten die verblijven in een instelling met behandeling, eenvoudig te declareren. Zorgaanbieders kunnen in onderaannemerschap afspraken maken met huisartsen op basis van onderlinge dienstverlening. Zorgkantoren hebben geen prestaties en tarieven voorhanden om rechtstreeks MGZ te kunnen inkopen voor patiënten met een Wlz-indicatie bij huisartsenpraktijken en huisartsenposten. Ook om deze reden ga ik de NZa vragen te verkennen of en welke aanpassingen er binnen de huidige bekostiging te maken zijn om 24/7 MGZ in de regio te kunnen organiseren.

## **3. De toekomstige positionering van MGZ moet bijdragen aan de samenwerking van beroepsgroepen**

Het is van belang dat drempels voor de samenwerking tussen huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten worden weggenomen. Nu zijn deze beroepsgroepen voor financiering van de medisch-generalistische zorg aan patiëntgroepen afhankelijk van financiering uit zowel de Zvw als Wlz. Om medisch-generalistische beschikbaarheid voor alle patiënten met een complexe zorgvraag, 24/7 op de juiste plek te organiseren, is het nodig dat deze beroepsgroepen nog verder inzetten op complementariteit en wederkerigheid. Het is nodig dat zij elkaars expertise aanvullen en elkaar versterken binnen de eerste lijn, kortdurende verblijfszorg zoals ELV en GRZ en binnen zorginstellingen. De NZa onderschrijft dat verwacht mag worden dat synergievoordelen te behalen zijn wanneer MGZ wordt gepositioneerd in de Zvw op grond waarvan eerstelijnszorg, ELV en GRZ reeds wordt ingekocht.

Bij MGZ gaat het om zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten in samenspel bieden. Sinds 2020 bieden de specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijke gehandicapten ook vanuit de Zvw zorg aan patiënten zonder Wlz-indicatie. Een keuze voor regionale positionering van 24/7 MGZ in de Wlz heeft als consequentie dat voor 24/7 medische beschikbaarheid nog steeds vanuit twee domeinen een beroep wordt gedaan op schaarse beroepsgroepen. Vanuit de Zvw voor patiënten zonder Wlz-indicatie en vanuit Wlz voor patiënten met Wlz-indicatie. De afstemming tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren op grond van andere regio's gebaseerd op andere wettelijk kaders bemoeilijkt een efficiënte allocatie van schaarse zorgcapaciteit. Dat werpt de vraag op of het wenselijk is om vanuit twee domeinen 24/7 (schaarse) medische beschikbaarheid te organiseren.

## **4. De schaarste aan artsen dwingt tot een efficiënte organisatie van zorg**

Op dit moment ontbreekt het aan inzicht over de praktijkvariatie bij de inzet van de arts voor verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde (bijv. praktijkvoering, normpraktijk, caseloads, nachtdiensten). Gezien de schaarste aan artsen en het toenemend aantal patiënten met een complexe zorgvraag, is inzicht in de inzet van deze



beroepen noodzakelijk om de zorg toekomstbestendig te kunnen blijven inrichten. Deze artsen moeten beschikbaar blijven voor kwetsbare cliënten thuis en in een (kleinschalige) instelling. Ook huisartsen en verpleegkundigen moeten bij complexe zorgvragen kunnen blijven terugvallen op hun expertise. De toekomstige positionering moet bijdragen aan een efficiënte inzet van deze zorg.

### **Samenvattend**

Gelet op het advies van de NZa vind ik het zinvol om, gelet op de voordelen die ik hiervoor schetste, de komende maanden positionering binnen de Zvw verder te onderzoeken in samenwerking met de NZa, ZiNL en andere partijen in het veld. Tegelijkertijd zal ik onderzoeken of de voordelen die in deze brief zijn genoemd voor positionering in de Zvw, ook in de Wlz kunnen worden gerealiseerd, waarmee toekomstige positionering van MGZ voor mensen met een indicatie in de Wlz een goed alternatief wordt. Hierbij zal ik ook eventuele relaties met andere onderdelen uit de Wlz-functie behandeling (farmaceutische zorg, hulpmiddelen, mondzorg, paramedische zorg) in het oog houden, opdat nieuwe problemen als gevolg van herpositionering zoveel als mogelijk voorkomen worden.

### **Tot slot**

In deze brief ben ik ingegaan op de gezamenlijke opdracht voor MGZ: zorgen dat het vanzelfsprekend wordt dat voor alle patiënten met een complexe zorgvraag, 24 uur per dag MGZ beschikbaar is op de juiste plek in de regio.

Met deze brief wil ik bijdragen aan deze opdracht en aan de voorbereiding van zorgvuldige politieke besluitvorming over deze opdracht in een nieuwe regeerperiode. Ik vind het belangrijk dat de uiteindelijke inrichting, organisatie en positionering van MGZ tot stand komt met betrokkenheid van alle partijen die bij deze zorg betrokken zijn.

Daarom nodig ik alle belangstellenden van harte uit om uiterlijk 15 maart 2021 op deze brief te reageren. Dat faciliteer ik door een openbare internetconsultatie. Deze brief is na verzending aan de Kamer te vinden op [www.internetconsultatie.nl](http://www.internetconsultatie.nl). Parallel daaraan blijft ik in gesprek over de gezamenlijke opdracht en de te realiseren samenwerkingsafspraken. De urgentie van de gemeenschappelijke opdracht vraagt hierom.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark