



**Medisch
generalistische
zorg**
in de regio

Financiering van MGZ in de regio: van trajectplan tot praktijk

4 juni 2025

Sprekers



Marloes Berkelaar

Programmaleider MGZ in de
regio, Vilans



Jitse Schuurmans

Senior onderzoeker; Erasmus
School of Health Policy &
Management

Programma

- Welkom
- Introductie programma MGZ in de regio
- Bestaande financieringsroutes om MGZ in de regio vorm te geven
 - **Marloes Berkelaar**
- Financiële kaders laten aansluiten op regiodynamiek: wat is er nog meer mogelijk?
 - **Jitse Schuurmans**
- De praktijk aan het woord
- Ruimte voor vragen en discussie
- Afsluiting

Vraagstukken rondom MGZ in de regio

Medisch generalistische zorg

- Regionaal en domeinoverstijgend georganiseerd
- 24/7 beschikbaar
- Voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking
- Ongeacht woonplaats

Op dit moment is onvoldoende duidelijk hoe MGZ voor de 24/7 doelgroep georganiseerd en gefinancierd kan worden (binnen de bestaande kaders)

Op welke manier wordt deze zorg gefinancierd?

Hoe kan de samenwerking worden vormgegeven?



Inzicht in verschillende manieren van organiseren en bekostigen



Medisch
generalistische
zorg
in de regio

Bestaande financieringsroutes

Marloes Berkelaar

Verzilvering Wlz Leveringsvormen

Intramuraal

Opname in een instelling / Verblijf

VPT – Volledig Pakket Thuis

Afspraken met 1 (hoofd)zorgaanbieder

MPT – Modulair Pakket Thuis

Afspraken met meerdere zorgaanbieders

PGB – Persoonsgebonden budget

Zelf verantwoordelijk voor afspraken en gelden (via SVB Sociale verzekeringsbank) met zorgverlener

De leveringsvormen WLZ





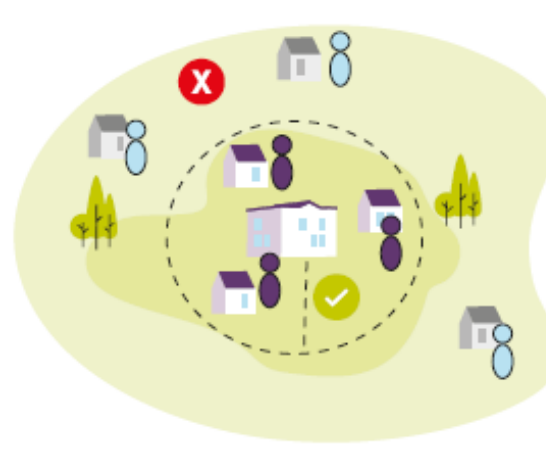
1. VPT geclusterd

Cliënten wonen bij elkaar in een woonvorm, bijvoorbeeld een woonvoorziening, en ontvangen allemaal VPT. Een woonvorm betreft minimaal 5 ruimtelijk geclusterde zelfstandige wooneenheden met een gemeenschappelijke ontmoetingsruimte waar overwegend ouderen wonen.



2. VPT gesprekkeld

Cliënten wonen bij elkaar in een woonvorm, bijvoorbeeld een woonvoorziening. Een gedeelte ontvangt VPT, een ander gedeelte niet.



3. VPT ongeclusterd nabij locatie

Cliënten wonen in hun eigen (huur)huis en ontvangen VPT. Hierbij is het huis geschikt om de juiste zorg en ondersteuning te ontvangen. In sommige gevallen wordt bijvoorbeeld een straal van 1 km gehanteerd.



4. VPT ongeclusterd, oftewel VPT in de wijk

Cliënten wonen in hun eigen (huur)huis en ontvangen VPT.

Wlz thuis - huisarts medisch verantwoordelijk

Verpleeghuis



De organisatie is verantwoordelijk voor de coördinatie van de totale zorg aan de cliënt in een intramurale setting, vaak doet een specialist ouderengeneeskunde dit. Wanneer iemand een ZZP exclusief behandeling ontvangt blijft de huisarts medisch verantwoordelijk.

VPT geclusterd

VPT ongeclusterd

MPT / PGB

Wijkverpleging



Medisch
verantwoordelijk



Huisarts blijft medisch verantwoordelijk voor cliënten in de thuissituatie. Afstemming en samenwerking met de betrokken huisarts is belangrijk. Wanneer nodig kan een huisarts een specialist ouderengeneeskunde inschakelen.

VPT met of zonder behandeling

1. Structureel behandeling nodig, dan VPT met behandeling.
2. Af en toe behandeling nodig dan VPT zonder behandeling. Behandelcomponent apart declareren (MPT tijdelijke behandeling).
3. Zorgkantoren vinden volgende aandachtspunten van belang:
 - Werk regionaal samen aan een aaneensluitende keten van behandeling.
 - Bouw een netwerk van huisarts, SO, verpleegkundig specialisten, psychiaters.
 - Maak afspraken over beschikbaarheid en bereikbaarheid overdag en ANW.

OVERZICHT VERANTWOORDELIJKHEDEN PER VERBLIJFSSITUATIE

Verblijfssituatie	Indicatie patiënt	Algemene geneeskundige zorg	Specifieke geneeskundige zorg
-------------------	-------------------	-----------------------------	-------------------------------

WOONSITUATIE

Thuis of in een instelling zonder toelating voor Wlz-behandeling	Geen Wlz-indicatie	Huisarts	Specialist ouderengeneeskunde
	Wlz-indicatie (verzilverd via VPT/ MPT of PGB)	Huisarts	Specialist ouderengeneeskunde
Zorginstelling met toelating voor Wlz-behandeling (Wlz-instelling)	Wlz-indicatie	Specialist ouderengeneeskunde (uitzondering: huisarts)	Specialist ouderengeneeskunde

De rol van de huisarts bij deze doelgroep

**Huisarts als
regiebehandelaar**



**Inzet Specialist Ouderengeneeskunde
(SO) of Arts Verstandelijk
Gehandicapten (Arts VG)**



**Steeds vaker: inzet
Verpleegkundig Specialist (VS)
en Physician Assistant (PA)**



Inzet van een specialistisch behandelaar

De huisarts kan een specialistisch behandelaar betrekken bij de zorg voor cliënten in verschillende situaties:



1. Medebehandeling

Uitvoering en regie op een onderdeel van het behandelplan. Verantwoordelijkheid voor dit deel ligt bij de specialist.



2. Consultatie

Kortdurend advies



3. Diagnostiek

Inclusief advies



4. Ondersteuning bij polyfarmacie

- Medicatie anamnese en onderzoek
- Stop- start- en veranderadvies van interventies
- Afspraken over het monitoren en volgen van interventies
- Jaarlijkse vervolgbeoordeling



5. Geriatrisch assessment

Uitgebreid onderzoek met multidisciplinaire invulling en een evaluatie

Huisartsenzorg – segment 1



- Basis huisartsenzorg 
- Inschrijftarief op naam – per kwartaal
- Tarieven op basis van 4 leeftijdscategorieën
- 24/7 beschikbaarheid van zorg
- Postcode-opslag (lage inkomens, migratie, niet-actieven)

Huisartsenzorg – segmenten 2 en 3

Segment 2: multidisciplinaire zorg

- Huisarts in samenwerking met andere disciplines
- Voor integrale, chronische zorg
- Ingezet bij o.a. diabetes, CVRM, COPD

Segment 3: beloningsafspraken

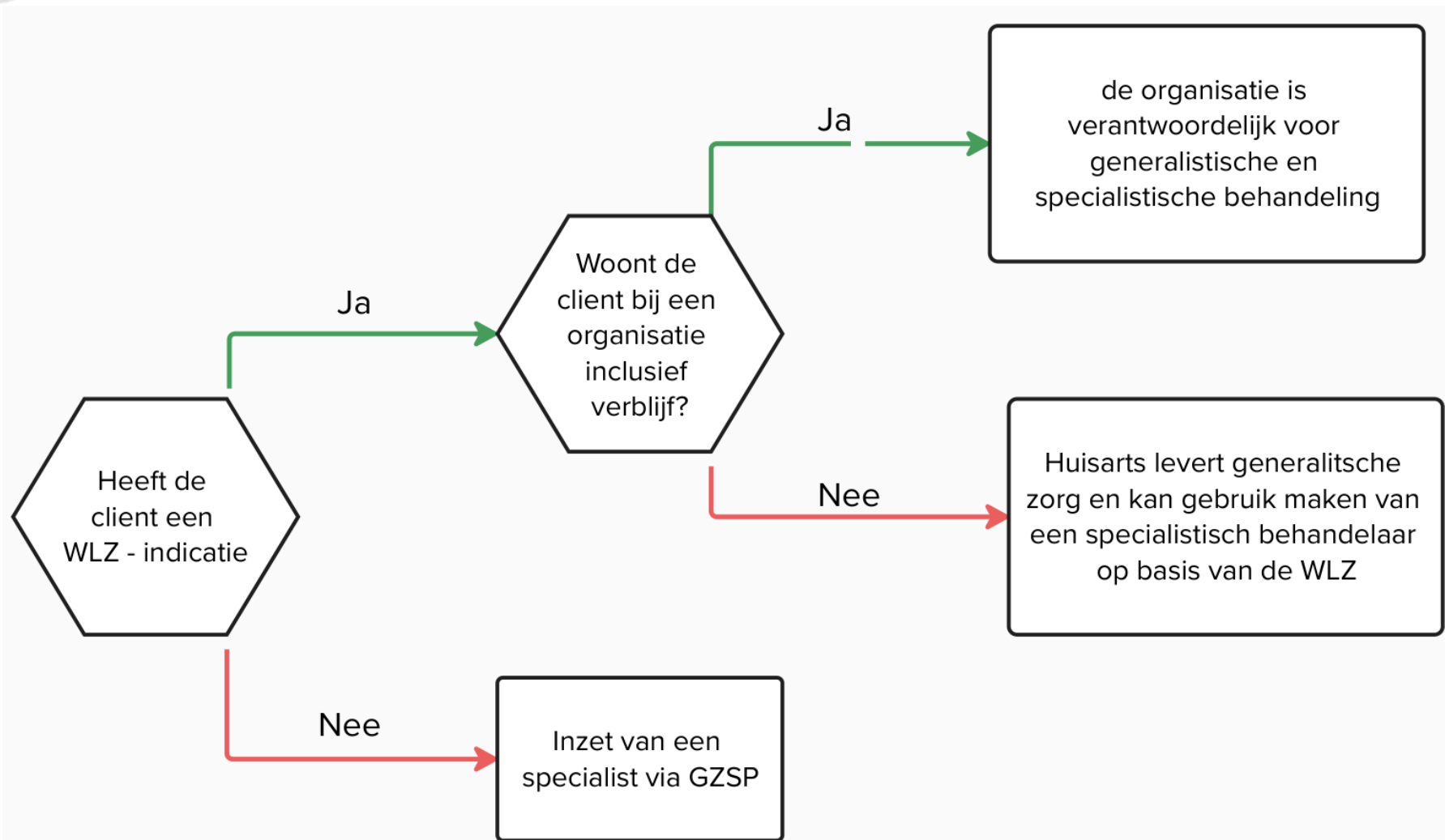
- Resultaatgerichte bekostiging op basis van zorg uit segment 1&2
- Afspraken tussen huisarts & verzekeraar
- Bijv. inzet e-health of patiënttevredenheid

Overige zorg

- Zorg in de ANW-uren
- Keuringen (bijv. rijbewijskeuring)
- Zorg voor asielzoekers in centrale opvang

Aanvullend afspraken over M&I modules mogelijk. Hier zitten regelmatig afspraken over kwetsbare doelgroepen

Declaratieroutes



Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)

Wat houdt het in?

- Zorg voor kwetsbare patiënten thuis
- Somatische, psychische en/of gedragsmatige zorgvragen
- Multidisciplinaire aanpak
- Declaratie per uur, na verwijzing huisarts
- Alleen directe tijd

Deze zorgt eindigt wanneer:

- behandeldoelen zijn behaald
- er geen behandeldoelen meer zijn
- er een Wlz-indicatie wordt afgegeven
- de betrokkene overlijdt

Verblijf in Wlz-instelling

Verblijf met behandeling

- Alle zorg wordt geleverd vanuit de Wlz-instelling, ook de huisartsgeneeskundige zorg
- In de praktijk soms onvoldoende capaciteit of locatie fysiek in de wijk
- Onderlinge (contract)afspraken met huisartsen -> treedt op als onderaannemer voor Wlz-instelling
- Declaratie tussen huisarts en instelling



Verblijf zonder behandeling

- Cliënten met een Wlz-indicatie die wonen op een plek zonder behandeling
- Declaratie via H-codes (directe tijd)
- Alleen door organisaties met overeenkomst voor Wlz-behandeling extramuraal
- Ook voor cliënten met PGB



Casus GHZ

Mevrouw Bakker is 49 jaar oud en heeft een licht tot matige verstandelijke beperking. Ze woont zelfstandig in haar eigen woning met ondersteuning van zorgaanbieder Thuis In De Wijk. Ze heeft daarnaast fysieke klachten die haar dagelijks functioneren beïnvloeden: lichte gewrichtspijn en vermoeidheid. Haar zorgbehoefte bestaat voornamelijk uit begeleiding bij dagelijkse activiteiten en ondersteuning bij lichamelijke zorg (ADL zorg). Ze ontvangt een Modulair Pakket Thuis (MPT) voor begeleiding en somatische zorg, waarbij de huisarts haar regiebehandelaar is.

Recent merkt het zorgteam op dat mevrouw Bakker moeite heeft om haar dagelijkse routines goed te organiseren organiseren. Dit leidt tot verhoogde stress en verward gedrag. Ook het onthouden van haar medicatie lukt haar niet goed, wat haar gezondheid beïnvloedt. De huisarts maakt zich zorgen over de mogelijke invloed van haar verstandelijke beperking op haar gezondheid en schakelt de **Arts Verstandelijk Gehandicapten (Arts VG)** in. De arts VG voert een uitgebreide beoordeling uit en adviseert om de zorg voor mevrouw Bakker beter af te stemmen op haar cognitieve en fysieke situatie.

Op welke wijze kan de inzet van de Arts Verstandelijk Gehandicapten (arts VG) voor mevrouw Bakker worden gefinancierd binnen haar huidige zorgsituatie?

- A. Via de Zvw, onder generieke zorg voor specifieke patiëntgroepen
- B. Via de Wmo, als maatwerkvoorziening
- C. Via de Wlz-prestatie 'behandeling', mits de zorg geleverd wordt door een gecontracteerde zorgaanbieder

Casus ouderenzorg

Meneer Pietersen, 79 jaar oud, woont bij zorgorganisatie *Zelfthuis* in een geclusterde woonvorm en ontvangt zorg via een Volledig Pakket Thuis (VPT). Hij heeft beginnende dementie en valt regelmatig, wat resulteert in pijnklachten aan zijn heup.

Na een valincident heeft het zorgteam eerst contact opgenomen met de specialist ouderengeneeskunde (SO), die meneer Pietersen kent vanwege zijn dementie. De SO adviseert om de lichamelijke problematiek door de huisarts te laten beoordelen. De huisarts constateert geen ernstige gevolgen van de val, stelt pijnmedicatie voor en besluit de situatie verder te monitoren. Twee weken later valt meneer opnieuw. Het zorgteam en de huisarts besluiten een multidisciplinair overleg (MDO) te organiseren om het zorgplan voor meneer Pietersen te herzien.

Wie is verantwoordelijk voor de algemeen medische zorg van meneer Pietersen in zijn huidige woonsituatie, en waarom?

- A. De specialist ouderengeneeskunde, omdat meneer bekend is met dementie
- B. De huisarts, omdat meneer Pietersen zelfstandig woont met een VPT zonder behandeling
- C. De wijkverpleegkundige, omdat die de coördinatie van het zorgplan uitvoert

Hoe doe je dat in de praktijk?

- Bernd van den Berg (Manager behandelingen bij Cello) GHZ
- Merel Leussink (Strategisch adviseur zorg bij stichting Groenhuysen) ouderenzorg



Medisch
generalistische
zorg
in de regio



Webinar financiering MGZ

15 april 2025

MGZ in de Regio (2022-2025) - onderzoeksdoelen

1. inzichten genereren in hoe de regio's en beleidsactoren met MGZ aan de slag zijn en leren over de eerder geïdentificeerde knelpunten
2. het ophalen van 'good practices' in initiatieven om de medisch zorg aan kwetsbare cliënten in (regionale) samenwerkingsverbanden te organiseren;
3. het kort-cyclische terugkoppelen van onderzoeksbevindingen aan de werkpraktijk, in bestuurlijke netwerken, beleidskringen en aan Vilans;
4. inzicht genereren in hoe (regionale) hervormingen in de zorg tot stand komen en welke voorwaarden hiervoor nodig zijn;

Leren over verschillende thema's

- Hoe worden kleine initiatieven naar een regionaal niveau opgeschaald?
- Wat zijn de werkende mechanismes van het domeinoverstijgend organiseren van MGZ?
- Waar zit de spanning tussen de dynamiek in de regio en landelijke kaders en richtlijnen? Hoe wordt deze spanning productief gemaakt?
- Welke regionale sturingsinstrumenten worden ontwikkeld? Hoe werken ze? En wat zijn de implicaties voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg?

De frictie tussen zorgbehoefte en bestaande financiële kaders

- Ouderen met complexe problematiek wonen vaker en langer thuis
- Vraag naar specialistische ouderengeneeskundige expertise (soms voor langere tijd) in eerste lijn
- Vanuit GZSP konden consulten van SO vergoed worden, maar medebehandeling voor langere periode niet
- Dergelijke trajectzorg werd wel geleverd, bijvoorbeeld door MESO

Trajectzorg in de GZSP

- Bekostiging bestaat uit een opstarttraject (3 maanden) en een vervolgtraject
- Afzonderlijke afspraken met zorgverzekeraar zijn nodig voor benutten prestatie

Onderzoek

- Hoe worden financiële kaders passend gemaakt op zorgvraag? Welk werk vraagt dit van actoren op verschillende lagen van het zorgsysteem?
- Kwalitatieve aanpak; interviews met betrokkenen (Meso, projectleiders, zorgverzekeraar, Nza) en documentanalyse

Het zichtbaar maken van knelpunten en oplossingen in de zorg

- Het gebrek aan passende zorgarrangementen voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie
- Lokale oplossingen; waarbij SO diagnostiek en behandeling in de thuissituatie biedt
- Zichtbaar worden in publicaties; symposia, etc.



Zorginstituut Nederland

MESO-zorg Langer thuis wonen op een veilige en prettige manier

IZA-doelgroep: Ouderen met een kwetsbare gezondheid

Wat is de passende zorgpraktijk?

MESO is de afdeling van multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde. Het is een vorm van integrale ouderenzorg. Daarmee kunnen ouderen langer thuis wonen en ervaren zij meer kwaliteit van leven, ondanks dat zij last hebben van complexe en vaak meervoudige problematiek. De specialist ouderengeneeskunde werkt in de eerste lijn, stelt de diagnose en verricht de behandeling, samen met een verpleegkundige met expertise op het gebied van geriatric. Zij werken nauw samen met de huisartsenpraktijk en andere lokale zorg- en hulpverleners, met ondersteuning van een secretaar.

De werkwijze van MESO is ontwikkeld in Velp en inmiddels ook opgezet in Tiel, Zoetermeer en Rotterdam. MESO werkt in deze vier regio's samen met regiopartners aan het integraal en regionaal doorvoeren van passende zorg. MESO is ook landelijk met partners verbonden, bijvoorbeeld in het Leernetwerk Acute Ouderenzorg en in het Leernetwerk Beter Thuis met Huisarts en Specialist Ouderengeneeskunde. Dit doen zij om de samenhang in het werken aan passende zorg te bewaken en te bevorderen.

Kernelementen

- Specialist ouderengeneeskunde en verpleegkundige geriatric doen samen diagnostiek en behandeling.
- Het team is lokaal geworteld en werkt goed samen met de huisarts, de oudere, diens naasten en het lokale netwerk.
- De persoonlijke omstandigheden, behoeften en wensen van de oudere en naasten, nu en later, zijn de basis van het zorgbehandelplan.

Aandachtspunten

- Nieuwe prestatie "zorgtraject kwetsbare patiënten" per 1 januari 2025 als eerste stap naar structurele bestoelgng.
- Samenwerking tussen professionals en informele zorgverleners is essentieel. Ruimte voor reflectie en ontwikkeling is noodzaak.
- Doorbreek projectmatig werken.

Wat levert het op?



Persoonsgerichtheid



Houdbaarheid



Duurzaamheid



Tessa van den Berg
geriatric verpleegkundige
MESO-team Tiel

"Samen kijk je verder dan alleen, een brede blik door medische kennis van de specialist ouderengeneeskunde én verpleegkundige kennis"

Het verkrijgen van experimenteerruimte en het werken aan een narratief over meerwaarde

- Het vinden van tijdelijke middelen om het initiatief op te zetten
- Vervolgens werken aan een overtuigend narratief over de meerwaarde van het initiatief voor het zorglandschap
- Onderbouwen van het narratief dmv onderzoek en het zichtbaar maken van dit verhaal

Meebuigen met landelijk beleid

- Het zoeken naar ‘beleidsmatige haakjes’
- Het narratief moet meebewegen met verschillende beleidsprogramma’s
- Maar zonder dat dit grote aanpassingen aan het ontwerp van het initiatief vraagt

Een discussie aanjagen op systeemniveau

- Wegbewegen van organisatieprobleem naar een systeemprobleem
- GZSP trajectzorg lost een ‘groter’ knelpunt op, namelijk beperkte inzet SO in de 1^e lijn

Concluderend

- Verschillende processtappen nodig om tot nieuwe financiële prestaties te komen
 - Zichtbaar maken van knelpunten en oplossingen
 - Verkrijgen van experimenteerruimte en het werken aan narratief over meerwaarde
 - Meebuigen met landelijk beleid
 - Discussie aanjagen op systeemniveau
- Regelruimte in beleid ontstaat in interactie tussen lokale, regionale en nationale actoren
- Vergt doorzettingsvermogen; tegelijkertijd is het proces kwetsbaar

Discussiepunt

- De totstandkoming van een nieuwe zorgprestatie wil nog niet zeggen dat deze zorg ook daadwerkelijk ingekocht wordt.
- Trajectzorg in GZSP wordt zeer beperkt ingekocht, zorgverzekeraars vrezen oplopende kosten
- Hoe nu verder?

Afsluiting

- Meer weten over het programma of over domeinoverstijgende financiering?

[Financiering van medisch generalistische zorg in de regio](#)



Community Samenwerken in de zorg

Lid worden



Handreiking Financiering MGZ

Lees meer



- Behoefte aan ondersteuning bij een MGZ-project in de regio? Mail ons!

➤ mgzinderegio@vilans.nl

