



Advies Bekostiging meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg



12 juni 2023

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	3
2	Inleiding	6
2.1	Aanleiding	6
2.2	Definitie Meer Tijd Voor de Patiënt	7
2.3	Context	7
2.4	Doorlopen proces	8
2.5	Leeswijzer	9
3	Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	10
3.1	Bekostigingsmodel	10
3.2	Relevante trajecten in het kader van MTVP	12
4	Inzichten uit het versnellingstraject	13
4.1	Geleerde lessen en adviezen	13
4.2	Dilemma's structurele bekostiging	15
5	Advies NZa	17
5.1	Geen wijzigingen per 2024	17
5.2	Uitgangspunten	17
5.3	Vanaf 2025	18
5.4	Langere termijn	21
6	Monitoring	24
6.1	Verwachte effecten	24
6.2	Monitoring	25
Bijlage 1: Geleerde lessen en adviezen versnellingstraject		27
Bijlage 2: Interventies leidraad		29

1 Samenvatting

Meer tijd voor de patiënt (MTVP) is voor huisartsen een van de belangrijkste thema's in het Integraal Zorg Akkoord (IZA). Ook voor de NZa is het realiseren van MTVP in de huisartsenzorg en het structureel bekostigen hiervan een belangrijk speerpunt. MTVP draagt bij aan passende zorg en kan de druk op de huisartsenzorg verlichten. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ons verzocht om vóór 1 juli 2023 een advies uit te brengen over hoe MTVP via de bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg maximaal gefaciliteerd kan worden. Om tot dit advies te komen hebben wij de inzichten gebruikt uit:

- de monitors contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg [2019](#), [2020](#), [2021](#), [2022](#);
- de rapporten over [MTVP](#) en [Krachtige basiszorg](#) van het Nivel;
- het rapport [Impuls MTVP](#) van de LHV, InEen, de Patiëntenfederatie Nederland (PFN), ZN en het ministerie van VWS door PwC, met geleerde lessen uit het versnellingstraject, adviezen en dilemma's met betrekking tot de structurele bekostiging;
- de [leidraad](#) voor de contractering van MTVP vanaf 2023 van de LHV, InEen en ZN.

Deze opdracht is voor de NZa ook een aanleiding om in bredere zin naar de huidige bekostiging van de huisartsenzorg te kijken. Om deze reden hebben we een relatie gelegd met de evaluatie van het bekostigingsmodel en andere relevante trajecten, waaronder de versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg.

Definitie Meer Tijd Voor de Patiënt

De LHV, InEen en ZN zijn in de leidraad voor de contractering gezamenlijk tot onderstaande definitie van MTVP gekomen: *Door een combinatie van interventies die vallen onder anders werken in de praktijk, samenwerken met het netwerk en eventueel uitbreiding van personele capaciteit, wordt het mogelijk om meer tijd voor de patiënt en daarmee een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten te realiseren. De huisarts heeft hierdoor tijd om het "goede gesprek" met de patiënt te voeren. De regionale huisartsenorganisatie (RHO) ondersteunt de huisartsen bij de implementatie van MTVP.*

Duidelijk is dat MTVP altijd gaat om een combinatie van interventies. Dit geheel moet een plek krijgen in de bekostiging.

Figuur 1 Definitie MTVP



Bron: [Leidraad 'Meer Tijd Voor de Patiënt' \(MTVP\)](#), 2023

Uitgangspunten

We hanteren de volgende uitgangspunten voor het advies. Deze vloeien logischerwijs voort uit de door partijen overeengekomen documenten:

- het realiseren van MTVP vraagt om een combinatie van interventies;
- de kernelementen van MTVP zijn (i) uitbreiding van personele capaciteit (waar mogelijk), (ii) anders werken in de praktijk en (iii) samenwerken met het netwerk;
- per kernelement is vastgesteld welke interventies effectief zijn;
- MTVP kan alleen gerealiseerd worden als er naast interventies op praktijkniveau ook interventies op het niveau van het regionale samenwerkingsverband worden ingezet;
- de inzet van interventies verschilt per praktijk en regio, en vraagt daarom om ruimte voor maatwerk;
- interventies brengen zowel incidentele als structurele kosten met zich mee;
- de mogelijkheid tot bijsturing op praktijk- en regioniveau is essentieel;
- het regionaal samenwerkingsverband vervult een belangrijke rol bij (i) de implementatie van interventies, (ii) het maken van afspraken over regionale samenwerking en (iii) de bijsturing op praktijk- en regioniveau.

Deze uitgangspunten maken dat een combinatie van interventies in onze optiek om een combinatie van bekostigingsvormen vraagt in de verschillende segmenten van het bekostigingsmodel. We zien het belang van de structurele bekostiging van MTVP. Het is onze intentie om structurele kosten ook structureel te bekostigen. Inzicht in de onderbouwing van de gehanteerde tarieven voor de MTVP-afspraken, en het onderscheid tussen structurele en incidentele kosten is hierbij van essentieel belang. Het is daarnaast niet zo dat enkel segment 1 voorziet in mogelijkheden voor de vergoeding van structurele kosten. Aan alle segmenten van de bekostiging kunnen prestaties worden toegevoegd of kosten worden toegewezen, wat een structurele betaaltitel en mogelijkheid tot vergoeding creëert. Zo vragen ontwikkelingen rondom regionale samenwerking bijvoorbeeld om een stevige verankering van afspraken in segment 2.

Advies

We adviseren om niet al direct per 2024 wijzigingen in de bekostiging door te voeren. Dit geeft onrust in de contractering en praktijkvoering, terwijl het juist zo van belang is dat de gemaakte inhoudelijke afspraken gecontinueerd worden. Partijen hebben per 2023 een goede stap gezet in het uitrollen van MTVP. Wij vinden het belangrijk dat wijzigingen in de bekostiging daadwerkelijk bijdragen aan de realisatie van MTVP. Om hier een besluit over te nemen, is meer tijd en zorgvuldigheid nodig. Het rapport Impuls MTVP is pas medio april door partijen opgeleverd. Hierdoor was het procesmatig niet haalbaar om conform de IZA-afpraak vóór 1 juli 2023 een advies uit te brengen, en direct concrete, zorgvuldig gewogen wijzigingen in de bekostiging per 2024 door te voeren.

We vinden het noodzakelijk dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de segment 3-afspraken in lijn met de leidraad continueren in 2024. ZN heeft in een recent bestuurlijk overleg aangegeven dat zorgverzekeraars de huidige afspraken van 2023 voortzetten in 2024, als wordt besloten om per 2024 de bekostiging nog niet te wijzigen. We vinden het belangrijk dat huisartsen hierop kunnen vertrouwen. Het is daarom in onze optiek belangrijk dat vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dit bestuurlijk bekrachtigen, en hun leden hier actief over informeren.

Voor de bekostiging van MTVP per 2025 adviseren we om samen met partijen (de LHV, VPH, InEen, ZN, PFN en VWS) de komende periode te onderzoeken welke wijzigingen in de bekostiging mogelijk zijn om MTVP een structurele plek te geven. Hiervoor is een constructieve samenwerking en inhoudelijk meedenken door partijen noodzakelijk. Bij de uitwerking van dit advies zullen we aandacht hebben voor de beperking van de administratieve lasten.

Voor de wijzigingen vanaf 2025 zijn onze denkrichtingen voor segment 1: een wijziging van de prestatiestructuur voor consulten, een prestatie voor (enkel) de structurele kosten óf een prestatie in de vorm van de huidige poh-ggz bekostiging. Om te faciliteren dat huisartsen ontzorgd worden, adviseren we daarnaast om de O&I-prestatiebeschrijvingen in segment 2 te concretiseren. Dit kan de vorming van regioplannen en contractering van O&I minder vrijblijvend maken, en bijdragen aan de realisatie van de MTVP-kernelementen (i) anders werken in de praktijk en (ii) samenwerken in het netwerk. Voor segment 3 adviseren we een nieuwe, meer concrete prestatie voor maatwerkafspraken om de contractering te uniformeren.

In gesprek over toekomstbestendige bekostiging huisartsenzorg

In dit adviestraject hebben we - net als bij de evaluatie van het bekostigingsmodel in de afgelopen jaren - geconcludeerd dat de bekostiging van de huisartsenzorg complex is geworden. Dat komt voornamelijk voort uit de combinatie van vrije en gereguleerde tarieven, en de verschillende type prestaties (inschrijving per verzekerde, consult per tijdseenheid, verrichtingen per activiteit). Door het blijven toevoegen van prestaties op de korte termijn zal de complexiteit van de bekostiging op de lange termijn verder toenemen. Om deze reden willen we met partijen in gesprek over hoe het bekostigingsmodel van de toekomst eruit zou moeten zien, gelet op de ontwikkelingen in de sector. Het uitgangspunt moet zijn dat praktijken en samenwerkingsverbanden in de wijk en regio maximaal gestimuleerd worden om passende zorg te leveren. We adviseren om te onderzoeken of een combinatie van populatie- en uitkomstbekostiging hieraan bijdraagt.

Monitoring

Het monitoren van de segment 3-afspraken in 2023 en 2024 is onderdeel van de leidraad. De NZa zal bij het uitwerken van de wijziging van de bekostiging vanaf 2025 beoordelen of aanvullende monitoring - om te toetsen of de wijziging daadwerkelijk bijdraagt aan de realisatie van MTVP nodig is.

2 Inleiding

2.1 Aanleiding

Huisartsen hebben een sterke behoefte aan meer tijd voor de patiënt (MTVP). In het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg (HLA) 2019-2022 was MTVP al één van de belangrijkste thema's. Eind 2020 heeft onderzoeksbureau Rebel de resultaten van het HLA tussentijds geëvalueerd. In deze rapportage adviseert Rebel om goede voorbeelden versneld te verspreiden, en toe te passen om ervoor te zorgen dat de doelstellingen uit het HLA behaald zouden worden. Naar aanleiding van dit advies is er een versnellingstraject gestart, onder begeleiding van PricewaterhouseCoopers (PwC). Zorgaanbieders die ondersteuning wensten bij het implementeren van MTVP konden zich hiervoor aanmelden. Het versnellingstraject heeft geleid tot het breder uitrollen van de MTVP-projecten, en een rapport met geleerde lessen, adviezen en dilemma's voor de structurele bekostiging van MTVP. De geleerde lessen en adviezen uit het versnellingstraject zijn opgenomen in bijlage 1.

De NZa heeft gedurende de looptijd van het HLA jaarlijks de contractering gemonitord. Over het thema MTVP is geconcludeerd dat een aantal op dat moment lopende MTVP-projecten positieve resultaten liet zien. Zo ontstond bijvoorbeeld door de implementatie van Krachtige basiszorg (aanpak voor basiszorg in achterstandswijken in de vier grote steden, kernwerkgebied Zilveren Kruis) meer tijd voor patiënten met complexe problematiek. Ook werken professionals in de wijk vaker samen en nam het werkplezier van de zorgverleners toe. De MTVP-projecten in het kernwerkgebied van VGZ hebben aantoonbaar geleid tot minder verwijzingen naar het ziekenhuis, minder diagnostiek, minder medicatiegebruik en toegenomen tevredenheid onder huisartsen en patiënten.

In het integraal zorgakkoord (IZA) staat dat MTVP om een combinatie van maatregelen vraagt - zoals taakherschikking, optimalisatie van de praktijkvoering, vermindering van administratieve lasten, extra fte huisarts of ander personeel, samenwerking met andere zorgprofessionals en het sociaal domein, en digitalisering - en dat de vormgeving per praktijk en regio kan verschillen. Om de verdere implementatie van MTVP te vereenvoudigen, hebben de LHV, InEen en ZN een leidraad voor de contractering gemaakt en heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de NZa verzocht om vóór 1 juli 2023 te adviseren over hoe MTVP via de bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg maximaal gefaciliteerd kan worden.

In de opdrachtbrief vraagt de minister van VWS de NZa te adviseren over hoe MTVP via de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg het best kan worden vormgegeven. Ook is het verzoek om de uitkomsten van het versnellingstraject en de leidraad te betrekken bij de totstandkoming van het advies, en om in te gaan op hoe de landelijke partijen de ontwikkelingen rondom MTVP gedurende de looptijd van het IZA in kaart kunnen (laten) brengen.

De opdracht van de minister is voor de NZa ook een aanleiding om in bredere zin naar de huidige bekostiging te kijken, en te onderzoeken welke aanpassingen op de langere termijn kunnen bijdragen aan de uitdagingen vanuit passende zorg en het IZA.

2.2 Definitie Meer Tijd Voor de Patiënt

Tot 2023 was MTVP een begrip dat op veel verschillende manieren werd geïnterpreteerd. Het ontbreken van een eenduidige definitie werkte belemmerend voor de versnelling van de verdere implementatie van MTVP. Een belangrijke mijlpaal in de ontwikkeling is dat de LHV, InEen en ZN in de leidraad voor de contractering gezamenlijk tot een definitie van MTVP zijn gekomen.

Definitie

Door een combinatie van interventies die vallen onder anders werken in de praktijk, samenwerken met het netwerk en eventueel uitbreiding van personele capaciteit, wordt het mogelijk om meer tijd voor de patiënt en daarmee een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten te realiseren. De huisarts heeft hierdoor tijd om het “goede gesprek” met de patiënt te voeren. De regionale huisartsenorganisatie (RHO) ondersteunt de huisartsen bij de implementatie van MTVP.

Naast de definitie van MTVP hebben partijen per kernelement uit de definitie (zie hieronder in figuur 1) bepaald welke interventies hierop van toepassing kunnen zijn. Duidelijk is dat MTVP altijd gaat om een combinatie van interventies. Het overzicht van de interventies is opgenomen in bijlage 2.

Figuur 1 Definitie MTVP



Bron: Leidraad 'Meer Tijd Voor de Patiënt' (MTVP), 2023

2.3 Context

De huisartsenzorg is van cruciaal belang in de gezondheidszorg, en in de maatschappij als geheel. De sector heeft een centrale positie in de samenwerking tussen de verschillende zorgsectoren onderling, met het sociaal domein en met de langdurige zorg. Het netwerk rond de patiënt moet goed georganiseerd zijn. De huisarts heeft als poortwachter van de zorg een belangrijke rol in het stelsel, en is hiermee cruciaal in het organiseren en leveren van passende zorg. Huisartsen kunnen voorkomen dat er onnodig(e) zorg wordt geleverd, en patiënten waar nodig verwijzen naar de juiste plek.

De sector staat momenteel voor grote uitdagingen. Ontwikkelingen zoals de dubbele vergrijzing van de bevolking, krapte op de arbeidsmarkt, wachtlijsten in andere zorgsectoren, het langer thuis wonen van ouderen en de verschuiving van zorg naar de eerste lijn hebben een grote impact. Hierdoor komt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg steeds meer onder druk te staan. Huisartsen ervaren een hoge werkdruk. Steeds minder huisartsen willen praktijkhouder worden, waardoor praktijkhouders in sommige regio's niet in staat zijn om hun praktijk over te dragen als zij met pensioen gaan. Dit brengt risico's voor de continuïteit van de huisartsenzorg met zich mee. Vanwege deze uitdagingen zijn in het IZA afspraken opgenomen over MTVP, het versterken van de organisatie van eerstelijnszorg, de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), het sociaal domein en de tweede lijn, de druk op de avond-, nacht- en weekendzorg (ANW-zorg), en voldoende en betaalbare huisvesting.

Om de huisartsenzorg toegankelijk te houden moet de zorg in zijn geheel anders georganiseerd worden. Het is belangrijk dat in de hele zorgketen partijen beter met elkaar gaan samenwerken. Door de zorg anders te organiseren en beter samen te werken, kan de beschikbare capaciteit aan zorgverleners optimaal benut worden. De huisarts opereert op verschillende niveaus: het niveau van de praktijk, de wijk en de regio. De NZa ziet dat de uitdaging ligt in het maken van concrete afspraken over de organisatie van zorg, de samenwerking tussen zorgverleners en de rol van de huisarts. Rekening houdend met de verschillende niveaus waarop de huisarts opereert. Dit heeft een relatie met het advies over segment 2 in paragraaf 5.3.

2.4 Doorlopen proces

In de afgelopen jaren heeft de NZa overleg gevoerd met zowel branche- en beroepsverenigingen als regionale zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het kader van de jaarlijkse monitoring van de contractering en ter evaluatie en aanpassing van de bekostiging. Daardoor hebben we een visie ontwikkeld op welke maatregelen effectief zouden kunnen bijdragen aan het realiseren van MTVP. Deze visie is aangescherpt door gebruik te maken van:

- de rapporten over MTVP en Krachtige basiszorg van het Nivel;
- het rapport Impuls MTVP van de LHV, InEen, de Patiëntenfederatie Nederland (PFN), ZN en het ministerie van VWS door PwC, met geleerde lessen uit het versnellingstraject, adviezen en dilemma's met betrekking tot de structurele bekostiging;
- de leidraad voor de contractering van MTVP vanaf 2023 van de LHV, InEen en ZN.

Na het ontvangen van de opdrachtbrief van de minister van VWS organiseerde de NZa verschillende overleggen met partijen (de LHV, VPH, InEen, ZN, het ministerie van VWS en PFN). Het doel daarbij was om deze partijen gedurende het adviestraject te informeren, input op te halen en onderdelen van het advies te toetsen op draagvlak en uitvoerbaarheid. Naast deze reguliere overleggen heeft de NZa eind 2022 een expertbijeenkomst georganiseerd. Hiervoor werden huisartsen uitgenodigd, maar ook managers/bestuurders en zorginkopers die in verschillende regio's ervaring hebben opgedaan met de implementatie van MTVP. Het conceptadvies is geconsulteerd bij de hierboven genoemde partijen.

Figuur 2 Doorlopen proces



2.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 beschrijven we hoe de bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is vormgegeven, en welke raakvlakken dit advies heeft met andere trajecten. Dit hoofdstuk vormt samen met onze beschouwing op de inzichten uit het versnellingstraject in hoofdstuk 4 de basis voor het bekostigingsadvies in hoofdstuk 5. Per segment van de bekostiging maken we onderscheid tussen de adviezen voor de korte en lange termijn. Tot slot gaan we in hoofdstuk 6 in op de verwachte effecten van het advies en hoe monitoring het beste kan worden vormgegeven.

3 Bekostiging huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we het bekostigingsmodel van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is vormgegeven. Ook beschrijven we twee relevante trajecten in het kader van MTVP.

3.1 Bekostigingsmodel

In 2015 is het huidige bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg geïntroduceerd. Het bekostigingsmodel is opgebouwd rondom drie segmenten, waarbij ieder segment zijn eigen kenmerken heeft. Prestaties die niet goed in één van de drie segmenten passen, zijn in het huidige bekostigingsmodel buiten de drie segmenten geplaatst. Het betreft dan bijvoorbeeld verrichtingen die specifiek gericht zijn op substitutie vanuit de tweede lijn (Modernisering & Innovatie (M&I)-verrichtingen), ANW-verrichtingen of prestaties die buiten de verzekerde zorg vallen.

Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg

Het eerste segment richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen waarvoor de huisarts doorgaans fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt, en bovendien als poortwachter. De aandoeningen kunnen grotendeels binnen de huisartsenpraktijk worden gediagnosticeerd en behandeld. Segment 1 is opgebouwd rondom vier hoofdelementen:

- de inschrijving op naam (abonnementstarief per ingeschreven verzekerde met een differentiatie op basis van populatiekenmerken);
- het consult en aanverwante zorgprestaties;
- de separate bekostiging van de functie poh-ggz;
- een aantal specifieke verrichtingen.

Voor dit segment stelt de NZa prestaties en maximumtarieven vast.

Segment 2: Programmatische multidisciplinaire zorg

Het tweede segment richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg, waar naast de huisartsenzorg ook andere disciplines bij betrokken zijn om een integrale zorgbehandeling te geven. Dit segment heeft betrekking op zorgvragen die voortkomen uit specifieke kenmerken van een (in omvang) substantieel deel van de populatie. Een ondersteuningsstructuur is wenselijk om deze programmatisch vormgegeven zorg te leveren. De prestaties binnen dit segment zijn onder te verdelen in twee hoofdcategorieën:

- De ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking en zorg bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma;
- De prestaties onder de noemer organisatie en infrastructuur (O&I). Deze prestaties bieden zorgaanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen. Deze hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren en tot aanspreekbare organisaties van zorgverleners in de eerstelijnszorg te komen. Die organisaties maken afspraken met andere sectoren en domein. Deze afspraken kunnen partijen zowel op wijk- als op regioniveau maken.

Ook voor dit deel van de zorg stelt de NZa de prestaties vast. De tarieven in dit segment zijn vrij onderhandelbaar, mits er sprake is van een contract. Als er geen sprake is van een contract, dan geldt er een maximumtarief (per patiënt in de keten per kwartaal, behalve voor astma).

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Het derde segment biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken over de beloning van resultaten te maken, of over zorgvernieuwing op lokaal niveau. De afspraken binnen segment 3 kunnen betrekking hebben op de uitkomsten van zorg geleverd in segment 1 (huisartsenzorg) en segment 2 (multidisciplinaire zorg). Segment 3 biedt ook ruimte om afspraken te maken over huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg die niet onder de andere segmenten valt (maatwerk). De tarieven in dit segment zijn vrij onderhandelbaar tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Evaluatie bekostigingsmodel

In de afgelopen jaren is het huidige bekostigingsmodel samen met de branche-/beroepsverenigingen geëvalueerd. We constateerden dat ondanks een aantal knelpunten de opbouw van het huidige bekostigingsmodel op basis van de drie segmenten goed is. Enerzijds biedt dit ruimte voor innovatie, regionaal maatwerk en versterking van de organisatie en infrastructuur. Anderzijds biedt het gereguleerde prestaties en tarieven voor het grootste deel van reguliere huisartsenzorg. De ruimte om goede regionale contractafspraken te maken over gewenste ontwikkelingen wordt echter belemmerd door de wijze waarop de landelijk gereguleerde bekostiging is vormgegeven. Onduidelijkheid over wat precies vanuit het met maximumtarieven gereguleerde deel van de bekostiging wordt vergoed en wat hiervoor aan zorg mag worden verwacht, stoort het gesprek over noodzakelijke aanvullende inspanningen en investeringen in de vrije ruimte van de bekostiging. De complexiteit van de bekostiging komt voornamelijk voort uit de combinatie van vrije en gereguleerde tarieven en de verschillende type prestaties (inschrijving per verzekerde, consult per tijdseenheid, verrichtingen per activiteit).

Niet alleen zijn er knelpunten waar te nemen tussen de verschillende segmenten. Er is ook discussie over de juiste verhouding van de omzet uit inschrijftarieven en de omzet uit consulten binnen het gereguleerde deel van de bekostiging. Dit raakt aan de discussie om toe te werken naar volledige populatiebekostiging via de inschrijftarieven, verder benoemd in hoofdstuk 5. Enerzijds vermindert dit administratieve lasten, anderzijds stimuleert dit het inschrijven van zoveel mogelijk patiënten en daarbij het leveren van zo min mogelijk directe zorg. De opkomst van steeds meer ketens in combinatie met de toegankelijkheidsproblematiek zet deze discussie op scherp.

De NZa werkt in verschillende trajecten aan eerdergenoemde knelpunten. Zo moet het kostenonderzoek over 2022 met de tariefherijking per 2025 bijdragen aan de verduidelijking over wat waar vergoed wordt. Ook vormen het beter beschrijven wat mag worden verwacht van iedere zorgaanbieder en het stroomlijnen van de vergoeding voor passende zorg voor de individuele patiënt belangrijke uitgangspunten voor de jaarlijkse aanpassingen van de regelgeving en dit advies.

3.2 Relevante trajecten in het kader van MTVP

In het IZA zijn afspraken opgenomen over de versterking van de organisatie van eerstelijnszorg. Onder de eerstelijnszorg valt de zorg geleverd door huisartsen, apothekers, paramedici, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten, en ook het eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg. De eerstelijnszorg is grotendeels kleinschalig en monodisciplinair georganiseerd. Patiënten hebben daardoor ook vaak te maken met meerdere zorgaanbieders. De huisarts staat als spil van de eerstelijnszorg onder grote druk, net als de andere (eerstelijns) zorgverleners waar hij mee samenwerkt. Aan de hand van de IZA-afspraken werken partijen toe naar een eerstelijnszorg die blijvend beschikbaar en toegankelijk is voor iedereen. Kenmerken hiervan zijn onder andere het effectief samenwerken met andere sectoren en domeinen, en de ondersteuning van zorgverleners op het gebied van bedrijfsvoering, ICT en innovaties.

Een grote groep waarvoor een samenhangend zorgaanbod van belang is zijn de kwetsbare ouderen. In januari van dit jaar bracht de NZa het advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis uit. Multidisciplinaire samenwerking tussen zorgaanbieders onderling vraagt om een organisatie en infrastructuur die de individuele zorgaanbieder overstijgt. De mate van ontwikkeling van deze organisatie en infrastructuur varieert nu sterk, zowel op wijk- als op regioniveau. Geen van de individuele zorgaanbieders is nu verantwoordelijk voor het borgen van een samenhangend zorgaanbod voor kwetsbare groepen, waaronder ouderen. Deze vrijblijvendheid zal moeten gaan verdwijnen om de toegankelijkheid tot een multidisciplinair samenhangend zorgaanbod te borgen. Minder vrijblijvendheid in het maken van wijk- en regionale afspraken over de organisatie & infrastructuur en daarmee een betere en toekomstbestendige organisatie van de eerstelijnszorg levert een belangrijke bijdrage aan het verlagen van de werkdruk in de huisartsenpraktijk en daarmee ook aan MTVP. Deze taken zijn nu nog vaak bij individuele huisartsenpraktijken belegd. Door dit op het niveau van het samenwerkingsverband te organiseren, moeten huisartsenpraktijken ontlast worden.

4 Inzichten uit het versnellingstraject

In dit hoofdstuk geven we eerst een beschouwing op de geleerde lessen die zowel het Nivel in 2021 als de LHV, InEen, PFN, ZN en het ministerie van VWS (HLA-partijen) in 2023 hebben getrokken. Daarbij wordt een relatie gelegd met de leidraad voor de contractering van MTVP vanaf 2023 die de LHV, InEen en ZN onder leiding van PwC hebben opgesteld. Vervolgens geven we een beschouwing op de dilemma's met betrekking tot de structurele bekostiging van MTVP, zoals deze zijn geformuleerd door de HLA-partijen.

4.1 Geleerde lessen en adviezen

De HLA-partijen geven in het rapport Impuls MTVP op basis van de geleerde lessen acht adviezen, die zij in drie categorieën verdelen. Het overzicht hiervan hebben we opgenomen in bijlage 1: geleerde lessen en adviezen uit het versnellingstraject. ZN, InEen en de LHV geven in de leidraad verder invulling aan de aanbevelingen uit het versnellingstraject. In de leidraad hebben partijen essentiële afspraken gemaakt over MTVP. De MTVP-interventies uit de leidraad zijn opgenomen in bijlage 2. Hieronder reflecteren wij vanuit het oogpunt van de bekostiging op de door partijen geformuleerde adviezen, vervolgens komen we tot uitgangspunten waarop we ons advies baseren.

1. Geleerde lessen en adviezen over definitie en kader van MTVP

- Advies 1: stel een uniforme en richtinggevende leidraad voor MTVP vast.
- Advies 2: neem in de leidraad een standpunt in over de inzet van extra personeel.

De door partijen geformuleerde definitie van MTVP met bijbehorende interventies was een noodzakelijke stap in het proces om te komen tot een advies voor maximale facilitering van MTVP in de bekostiging. Zonder eenduidig en gedragen beeld van de inhoud van MTVP is het immers niet mogelijk om MTVP meer structureel op te nemen in de bekostiging. De NZa deelt de visie van partijen dat MTVP om een combinatie van interventies vraagt. Er is onvoldoende capaciteit op de arbeidsmarkt om in alle praktijken meer huisartsen of ander aanvullend personeel in te zetten. Daarom zal de praktijkvoering moeten veranderen, en zullen er afspraken over de samenwerking met andere sectoren en domeinen gemaakt moeten worden. Effectieve samenwerking kan ervoor zorgen dat patiënten sneller op de juiste plek, binnen of buiten de zorgstructuur terechtkomen, en huisartsen ontzorgd worden.

De HLA-partijen concluderen dat de tekorten aan personeel in de huisartsenzorg ervoor zorgen dat inzet van extra personeel niet altijd kan worden toegepast als interventie om extra tijd in de spreekkamer te creëren. De uitbreiding van personele capaciteit kan echter breed worden opgevat. Het kan naast huisartsen ook gaan om doktersassistenten, praktijkondersteuners, praktijkmanagers, physician assistants en verpleegkundig specialisten. De NZa ziet mogelijkheden om door middel van taakdelegatie de praktijkvoering te veranderen op een manier die bijdraagt aan MTVP. Hier ligt ook een rol voor de regionale samenwerkingsverbanden om waar mogelijk werk uit handen te nemen van de aangesloten huisartsen.

Zowel in de leidraad voor de contractering als in het rapport Impuls MTVP stellen partijen dat er ruimte moet zijn voor regionale verschillen in de invulling van MTVP. De behoeften, urgentie en mogelijkheden zijn immers verschillend per regio, wijk, of zelfs per praktijk. De NZa sluit daarbij aan en is van mening dat daarmee ook de bekostiging in voldoende mate ruimte moet bieden voor maatwerkafspraken, over zowel de interventies, de te behalen resultaten als de tarieven.

Het Nivel heeft in 2021 geconcludeerd dat de structurele verankering van MTVP langlopende afspraken vergt. De HLA-partijen hebben daarnaast als geleerde les omschreven dat de zorgverzekeraars verschillend inkoopbeleid voerden, en elkaars afspraken niet te allen tijde volgden. In de monitors contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg die gedurende de looptijd van het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 zijn gemaakt, kwam de NZa tot soortgelijke conclusies. De leidraad voor de contractering heeft gezorgd voor meer uniformiteit in de contractering rondom MTVP.

Meerjarenafspraken geven meer zekerheid over de dekking van structurele kosten. De NZa merkt op dat niet alle interventies structurele kosten met zich mee brengen. Uitbreiding van personele capaciteit en applicaties in het kader van digitale zorg leiden bijvoorbeeld tot structurele kosten, maar anders triëren en andere gesprekken voeren niet. Deze interventies vragen om een eenmalige investering in bijvoorbeeld opleiding, en brengen na de implementatie geen structurele kosten met zich mee. Het is daarom van belang om inzicht te krijgen in welke kosten een structureel karakter hebben.

2. Geleerde lessen en adviezen over randvoorwaarden voor de toepassing van MTVP

- Advies 3: geef de RHO een rol in de totstandkoming en uitvoering van MTVP.
- Advies 4: maak afspraken over de doelstellingen en resultaten van MTVP.

De NZa deelt de opvatting van de HLA-partijen dat het regionaal samenwerkingsverband een belangrijke rol vervult bij de implementatie van de interventies. Naast het feit dat de werkdruk in de huisartsenpraktijk hoog is en er daardoor moeilijk tijd kan worden gevonden, is het samenwerkingsverband, meer dan de individuele huisartsenpraktijk, in staat om bepaalde interventies van MTVP te organiseren. Interventies die bijvoorbeeld zien op de samenwerking met het netwerk zijn bij uitstek niet efficiënt en goed op het niveau van elke individuele zorgaanbieder te organiseren. Door de organisatie van dergelijke interventies bij het samenwerkingsverband te beleggen, kan in de regio op een efficiënte manier worden samengewerkt om MTVP in de huisartsenpraktijk te faciliteren.

De HLA-partijen concludeerden dat er niet altijd eenduidigheid was over de doelstellingen en de verwachte resultaten van MTVP. De leidraad bevat hiervoor duidelijke kaders en randvoorwaarden, zowel met betrekking tot de korte als lange termijn. De doelstellingen hebben hierin een plek gekregen. Op basis van evaluatie kan waar nodig worden bijgestuurd. Ook hierin kan het samenwerkingsverband een rol pakken om de huisartsenpraktijk te ondersteunen en te ontlasten.

3. Geleerde lessen en adviezen over project- en stakeholdermanagement voor de toepassing van MTVP

- Advies 5: start MTVP met een groep huisartsen die de gevraagde inzet kan leveren.
- Advies 6: stel een projectleider en een mede-kartrekker huisarts beschikbaar.
- Advies 7: zoek samenwerking met andere domeinen in de opstart van MTVP.
- Advies 8: betrek alle professionals in de praktijk bij de uitvoering van MTVP.

De samenwerking met andere sectoren en domeinen is essentieel om MTVP te realiseren. Dat geldt bijvoorbeeld voor de wijkverpleging, medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg maar zeker ook voor het sociaal domein. Sommige patiënten zijn beter af met hulp in het sociaal domein dan met zorg in het medisch domein. Afspraken over samenwerking kunnen bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek. De NZa meent dat regionale samenwerkingsverbanden deze afspraken het beste kunnen maken namens alle bij hen aangesloten huisartsenpraktijken.

4.2 Dilemma's structurele bekostiging

De HLA-partijen concluderen in het rapport Impuls MTVP dat er vier dilemma's zijn om te komen tot structurele bekostiging van MTVP in segment 1.

Dilemma 1:

Een uniforme en richtinggevende leidraad is nodig om duurzame versnelling van MTVP te realiseren. Tegelijkertijd biedt S1 slechts beperkte mogelijkheden om de bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden uit deze leidraad op te nemen in de prestatiebeschrijving en daarmee te verbinden aan de uitvoering van MTVP. Wanneer deze leidraad niet kan worden opgenomen binnen de financiering van MTVP vanuit S1, ontstaat het risico dat er een grote variëteit aan uitvoeringsvormen van MTVP ontstaat die de reeds bewezen effecten van huidige MTVP-projecten niet realiseren.

Dilemma 2:

Ondanks dat de positieve effecten van MTVP reeds zijn aangetoond, achten we het waardevol om de effecten van MTVP op in elk geval zorgkosten te blijven monitoren om niet alleen de besteding van deze middelen te kunnen volgen, maar ook om verdiepende kosten-batenanalyses uit te kunnen voeren en daarmee het gesprek over alternatieve integrale (domeinoverstijgende) bekostiging van MTVP te voeden. Hoewel S1 het voor huisartsen toegankelijker maakt om met MTVP aan de slag te gaan, biedt S1 (o.a. door het wegvallen van monitoring en evaluatie, inclusief resultaatafspraken) weinig ruimte om effecten te monitoren en hierop te sturen op praktijkniveau. Het risico bestaat dat de beweging die met de versnelling van MTVP via S1 wordt ingezet, daardoor onvoldoende gevolgd kan worden.

Dilemma 3:

Hoewel S3 mogelijkheden biedt om bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVP en ook monitoring en evaluatie op te nemen in de overeenkomst, hebben we in het versnellingstraject geconstateerd dat deze voorwaarden tegelijkertijd ook een barrière kunnen opwerpen voor huisartsen om met MTVP aan de slag te gaan omdat deze de nodige tijd en inspanning van hen vragen. Tegelijkertijd is het voor zorgverzekeraars belangrijk dat zij de effecten van MTVP op met name zorgkosten kunnen volgen, zodat zij hun rol in het waarborgen van effectieve inzet van publieke middelen goed kunnen uitoefenen.

Dilemma 4:

Er heerst onder de HLA-partijen een wisselend beeld over de mate waarin er voldoende snelheid is gemaakt in het vertalen van het thema MTVP naar regionale contractering. Met name het vertrouwen van huisartsen in de daadwerkelijke uitvoering van deze afspraken heeft een deuk opgelopen. In het IZA is MTVP opnieuw opgenomen als belangrijk thema in de huisartsenzorg voor de komende jaren. Een dergelijk akkoord is echter gestoeld op vertrouwen en daarmee moeilijk afdwingbaar waardoor het voor huisartsen onzeker is of zij daadwerkelijk aanspraak kunnen (blijven) maken op MTVP vanuit S3.

De NZa veronderstelt dat wanneer de leidraad leidend blijft in de contractering vanaf 2024, het risico op een grote variëteit beperkt is. In de leidraad zijn een definitie, kernelementen, uitgangspunten, interventies, doelstellingen en een groeimodel opgenomen. Dit biedt daarnaast houvast voor voldoende snelheid en uniformiteit in de contractering. Over de snelheid van de contractering zijn door de bestuurders van de LHV, InEen en ZN concrete afspraken gemaakt.

Dat partijen de mate waarin interventies en randvoorwaarden in een prestatiebeschrijving opgenomen kunnen worden als een dilemma zien, begrijpt de NZa. Prestatiebeschrijvingen zijn functioneel. De zorg wordt (zo concreet mogelijk) omschreven, maar niet *wie* de zorg levert of *waar*. Maatwerkafspraken over de interventies en tarieven, en afspraken over zowel de regionale samenwerking met andere sectoren en domeinen als monitoring van effecten kunnen in beperkte mate in een prestatiebeschrijving opgenomen worden.

De samenwerking met andere sectoren en domeinen komt volgens de NZa het beste tot stand wanneer regionale samenwerkingsverbanden concrete afspraken maken namens alle bij hen aangesloten huisartsenpraktijken. Met als ideaal perspectief: namens (een groot deel van) de eerstelijnszorg. Dit kan beter gefaciliteerd worden via de O&I-prestaties in segment 2 dan via een integrale prestatie in segment 1.

Om te borgen dat MTVP daadwerkelijk wordt gerealiseerd en dat de beschikbare middelen doelmatig worden ingezet, zijn in de optiek van de NZa monitoring en contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders hierover belangrijk. Segment 1 biedt te weinig mogelijkheden om de gewenste resultaten te beschrijven. Het landelijk toetsen van de effecten is dan lastig. Die kunnen ook nog eens regionaal sterk verschillen, waardoor in beperkte mate ruimte bestaat om de effecten te monitoren, en hierop te kunnen sturen op praktijkniveau. Regionaal kan dit worden gekoppeld aan een regioplan.

5 Advies NZa

In dit hoofdstuk is op basis van uitgangspunten per segment beschreven welke wijziging van de bekostiging we adviseren in het kader van MTVP. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de korte en lange termijn. Met de korte termijn bedoelen we wijzigingen per 2025.

5.1 Geen wijzigingen per 2024

We adviseren om niet al direct per 2024 wijzigingen in de bekostiging door te voeren. Daar zijn een aantal redenen voor. In de leidraad is opgenomen dat in een periode van twee jaar wordt toegewerkt naar MTVP in de huisartsenpraktijk, en dat vanaf april 2023 elk kwartaal maximaal 25% van de ingeschreven patiënten instroomt. Dat betekent dat de laatste 25% ingeschreven patiënten per januari 2024 instroomt. Wijziging van de bekostiging per 2024 geeft onrust in de contractering en praktijkvoering, omdat dit bovenstaande afspraak doorkruist. InEen en ZN hebben dit in de overleggen over de totstandkoming van dit advies beaamt.

Daarnaast was het procesmatig niet haalbaar om conform de IZA-afspraken vóór 1 juli 2023 een advies uit te brengen, de uitkomsten van het versnellingsstraject hierbij te betrekken en direct concrete, zorgvuldig gewogen wijzigingen in de bekostiging per 2024 door te voeren. Medio april is pas het rapport Impuls MTVP door partijen opgeleverd. De regelgeving van de NZa voor 2024 moet uiterlijk 1 juli 2023 worden vastgesteld. Naast de afweging welke wijzigingen effectief bijdragen aan het realiseren van MTVP moet zorgvuldig worden stilgestaan bij de vraag op welke manier dit precies in de regelgeving moet worden opgenomen. We adviseren om de komende periode samen met partijen (de LHV, VPH, InEen, ZN, PFN en VWS) te onderzoeken welke wijzigingen in de bekostiging per 2025 mogelijk zijn om MTVP een structurele plek te geven. Hiervoor is constructieve samenwerking en inhoudelijk meedenken door partijen noodzakelijk. Bij de uitwerking van het advies zullen we aandacht hebben voor de beperking van de administratieve lasten.

Vanwege ons advies om samen met partijen te onderzoeken welke wijzigingen in de bekostiging per 2025 mogelijk zijn, vinden we het noodzakelijk dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de segment 3-afspraken in lijn met de leidraad continueren in 2024. ZN heeft in een recent bestuurlijk overleg aangegeven dat zorgverzekeraars de huidige afspraken van 2023 voortzetten in 2024, als wordt besloten om per 2024 de bekostiging nog niet te wijzigen. We vinden het belangrijk dat huisartsen hierop kunnen vertrouwen. Het is daarom in onze optiek belangrijk dat vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dit bestuurlijk bekrachtigen, en hun leden hier actief over informeren.

5.2 Uitgangspunten

Op basis van de beschouwing in hoofdstuk 4 hanteren wij de volgende uitgangspunten voor ons advies:

- het realiseren van MTVP vraagt om een combinatie van interventies;
- de kernelementen van MTVP zijn (i) uitbreiding van personele capaciteit (waar mogelijk), (ii) anders werken in de praktijk en (iii) samenwerken met het netwerk;
- per kernelement is vastgesteld welke interventies effectief zijn;

- MTVP kan alleen gerealiseerd worden als er naast interventies op praktijkniveau ook interventies op het niveau van het regionale samenwerkingsverband worden ingezet;
- de inzet van interventies verschilt per praktijk en regio, en vraagt daarom om ruimte voor maatwerk;
- interventies brengen zowel incidentele als structurele kosten met zich mee;
- de mogelijkheid tot bijsturing op praktijk- en regioniveau is essentieel; het regionaal samenwerkingsverband vervult een belangrijke rol bij (i) de implementatie van interventies, (ii) het maken van afspraken over regionale samenwerking en (iii) de bijsturing op praktijk- en regioniveau.

Bovenstaande uitgangspunten maken dat een combinatie van interventies in onze optiek om een combinatie van bekostigingsvormen vraagt. De denkrichtingen voor deze combinatie van bekostigingsvormen zijn uitgewerkt in de volgende paragrafen van dit hoofdstuk. We zien het belang van de structurele bekostiging van MTVP. Het is onze intentie om structurele kosten ook structureel te bekostigen. Inzicht in de onderbouwing van de gehanteerde tarieven voor de MTVP-afspraken, en het onderscheid tussen structurele en incidentele kosten is hierbij van essentieel belang. Het is daarnaast niet zo dat enkel segment 1 voorziet in mogelijkheden voor de vergoeding van structurele kosten. Aan alle segmenten van de bekostiging kunnen prestaties worden toegevoegd of kosten worden toegewezen, wat een structurele betaaltitel en mogelijkheid tot vergoeding creëert. Dat een prestatie een vrij onderhandelbaar tarief kent, wil niet zeggen dat deze geen structurele plek in de bekostiging heeft. De kosten voor de praktijkondersteuner somatiek en praktijkmanager hebben een structureel karakter, en worden ten dele gedekt met inkomsten uit de declaratie van prestaties in segment 2 en 3. Ook segment 2 en 3 kunnen dus voorzien in de structurele bekostiging.

5.3 Vanaf 2025

Segment 1: drie denkrichtingen

Wijzigen van de prestatiestructuur voor consulten

Een van de denkrichtingen voor een wijziging in segment 1 per 2025 is een andere prestatiestructuur voor consulten. Segment 1 is de aangewezen plek in het bekostigingsmodel om de daadwerkelijk meer bestede tijd per patiënt te bekostigen. Een andere prestatiestructuur voor consulten zou dit mogelijk kunnen maken. Op dit moment worden de volgende prestaties voor consulten onderscheiden:

- een consult korter dan 5 minuten (factor: 0,5, maximumtarief 2023: € 5,75);
- een consult vanaf 5 minuten tot 20 minuten (factor: 1,0, maximumtarief 2023: € 11,51); en
- een consult van 20 minuten en langer (factor 2,0, maximumtarief 2023: € 23,02).

Dezelfde differentiatie is van toepassing op de consultprestaties voor passanten, militairen, gemoedsbezwaarden, buitenlandse patiënten en de poh-ggz.

De huidige prestatiestructuur voor consulten leidt ertoe dat huisartsen voor een consult van 15 minuten dezelfde vergoeding krijgen als voor een consult van 10 minuten. Ook krijgen huisartsen voor een consult van 30 minuten dezelfde vergoeding als voor een consult van 20 minuten. Voor sommige patiënten met complexe zorgvragen is meer tijd nodig dan voor het merendeel van de patiënten. Aanpassing van de prestatiestructuur zou kunnen leiden tot een prikkel om meer tijd te nemen als dat nodig is, wanneer de extra tijd ook vergoed wordt door declaratie van consultprestaties. Maar bovenal

geeft deze aanpassing meer gevoel van loon naar werken. Op dit moment wordt deze tijd in het kader van MTVP vergoed via segment 3, zo staat beschreven in de leidraad.

Om te onderzoeken of een andere prestatiestructuur voor consulten, tezamen met wijzigingen in segment 2 en segment 3, mogelijk is en daadwerkelijk bijdraagt aan het realiseren van MTVP adviseren we om de aankomende periode verschillende wijzigingsopties in kaart te brengen, en deze te toetsen aan de volgende factoren:

- de prikkel om meer tijd te nemen als dat nodig is, en deze vergoed te krijgen (te declareren);
- de (eventuele productie) prikkel om meer tijd te nemen als dat niet nodig is;
- de prikkel om anders te gaan werken in de praktijk, en samen te werken met het netwerk (kernelementen leidraad, paragraaf 2.2);
- de mogelijkheden om de bekostiging te vereenvoudigen (paragraaf 3.1);
- het effect op de administratieve lasten;
- het effect op de macro-uitgaven aan huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg;
- de mogelijkheden om te controleren op de rechtmatigheid van declaraties (door de zorgverzekeraars, en de directie Toezicht van de NZa);
- de mogelijkheden om de doelstellingen te monitoren (leidraad, paragraaf 6.2).

Prestatie voor (enkel) de structurele kosten

Zoals hierboven beschreven in de uitgangspunten brengen de interventies zowel incidentele als structurele kosten met zich mee. Hieruit volgt onze andere denkrichting voor een wijziging in segment 1 per 2025: het vergoeden van (enkel) de structurele kosten via een of meerdere nieuwe segment 1-prestatie(s). Wij vinden het niet logisch om incidentele kosten structureel te vergoeden. Uitbreiding van personele capaciteit en applicaties in het kader van digitale zorg leiden bijvoorbeeld tot structurele kosten, maar anders triëren en andere gesprekken voeren niet. Deze interventies vragen om een eenmalige investering in bijvoorbeeld opleiding, en brengen na de implementatie geen structurele kosten met zich mee. Er zijn mogelijk ook interventies die zowel incidentele als structurele kosten met zich meebrengen. Op dit moment bestaat er onvoldoende inzicht in de onderbouwing van de tarieven die de zorgverzekeraars en zorgaanbieders overeenkomen. Dat inzicht hebben wij nodig om gemiddeld kostendekkende maximumtarieven in segment 1 te kunnen vaststellen. Om enkel structurele kosten structureel te vergoeden via segment 1 is inzicht nodig in het onderscheid tussen incidentele en structurele kosten.

Ons advies is om te onderzoeken of inzicht in (het onderscheid tussen) de incidentele en structurele kosten per interventie uit bijlage 2 kan ontstaan. Als dat mogelijk is, dan kunnen de structurele activiteiten beschreven en geprijsd worden in een of meerdere nieuwe segment 1-prestatie(s). Over de incidentele activiteiten kunnen segment 3-afspraken (op maat) gemaakt blijven worden.

Prestatie in de vorm van de huidige poh-ggz bekostiging

De suggestie die is gedaan om voor MTVP een vorm van bekostiging in segment 1 te creëren zoals we deze kennen voor de praktijkondersteuner ggz (poh-ggz) is een mogelijkheid om te verkennen. Een dergelijke vorm is voor MTVP echter wel complexer dan voor de poh-ggz. Het vaststellen van het tarief wanneer een poh-ggz 9 van de maximaal 12 uren werkt, is eenvoudiger dan het vaststellen van het tarief wanneer een praktijk 12 van de 16 interventies implementeert. Dit vanwege onvoldoende inzicht in de onderbouwing van de tarieven. Ons advies is om met partijen te verkennen of meer inzicht verkregen kan worden en hoe deze bekostigingsvorm er voor MTVP uit kan zien, eventueel in combinatie met de tweede denkrichting.

Naast de uit dit advies en het vervolgtraject voortvloeiende wijziging in segment 1 hebben partijen in het IZA afgesproken om het maximaal aantal uren inzet van de bekostiging van de poh-ggz in segment 1 te verhogen. Deze verhoging draagt tevens bij aan het realiseren van MTVP.

IZA-afspraken poh-ggz

Per 2024 verhogen van het maximumaantal uren poh-ggz (+4 uur) per normpraktijk in segment 1 van de beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ten behoeve van netwerkzorg en het inzetten van eHealth modules, beide in het kader van huisartsgeneeskundige zorg. De POH is huisartsenzorg en daarmee blijft het kwaliteitskader POH-GGZ van de huisartsen. De GGZ deelt kennis en kunde met de LHV over de ontwikkelingen en noodzakelijke afstemming.

Segment 2: concretisering van de prestatiebeschrijvingen voor organisatie en infrastructuur

De mogelijkheid tot bijsturing op praktijk- en regioniveau is essentieel voor het realiseren van MTVP. Om te borgen dat MTVP daadwerkelijk wordt gerealiseerd en de beschikbare middelen doelmatig worden ingezet, zijn contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, onder andere over monitoring belangrijk. Het regionaal samenwerkingsverband vervult een belangrijke rol bij (i) de implementatie van interventies, (ii) het maken van afspraken over regionale samenwerking en (iii) de bijsturing op praktijk- en regioniveau. Deze rol kan het beste gefaciliteerd worden via de O&I-prestaties in segment 2.

Om te faciliteren dat huisartsen ontzorgd worden, adviseren we om de O&I-prestatiebeschrijvingen te concretiseren. Het ontzorgen van huisartsen draagt bij aan het realiseren van MTVP. Huisartsen zijn ongeveer een kwart van hun tijd bezig met indirect patiëntgebonden activiteiten en ongeveer een vijfde deel van hun tijd met niet-patiëntgebonden activiteiten. Concretisering van de prestatiebeschrijvingen kan de vorming van regioplannen en contractering van O&I minder vrijblijvend maken, en bijdragen aan de realisatie van de MTVP-kernelementen (i) anders werken in de praktijk en (ii) samenwerken in het netwerk. Dit kan door in de prestatiebeschrijvingen op te nemen waar afspraken over gemaakt moeten worden, en wat daar ten minste van mag worden verwacht.

In het eind januari uitgebrachte NZa-advies Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis is ook opgenomen dat wij denken dat het helpt als duidelijker is wat er tenminste verwacht mag worden van O&I. Op dit moment zijn de O&I-prestatiebeschrijvingen zeer open geformuleerd. Deze bieden veel ruimte en flexibiliteit voor de lokale en regionale invulling van plannen, maar beschrijven niet wat ten minste wordt verwacht. Hier voeren we nu gesprekken over aan de bestuurlijke tafels voor de IZA-afspraken over versterking van de organisatie van eerstelijnszorg.

IZA-afspraken versterking organisatie eerstelijnszorg

Verschillende eerstelijns branche-/beroepsverenigingen, de Patiëntenfederatie, VNG en ZN werken samen aan een visie op de eerstelijnszorg vanaf 2030. De FMS, NVZ en VGN, en ook het ministerie van VWS, het Zorginstituut, de NZa en IGJ zijn hierbij betrokken.

Thema's die in de visie worden geadresseerd zijn in ieder geval: het beheersen van instroom en optimaliseren van doorstroom en uitstroom van patiënten, de poortwachtersfunctie, het digitaal en hybride werken, (opschaling van het) gebruik van zorgtechnologie, taakdelegatie en taakherschikking, efficiënte en effectieve tijdsbesteding van zorgprofessionals, ontzorgen van professionals, inzichtelijkheid van de beschikbaarheid van en toegang tot zorg voor patiënten, elektronische gegevensuitwisseling, coördinatie van zorg, organisatievormen, realiseren van (regionaal) commitment

op samenwerkingsafspraken en huisvesting. Partijen geven speciale aandacht aan werkplezier en ruimte voor professionaliteit, samenwerking binnen en over de domeinen en de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg.

Ons advies is om te onderzoeken of de thema's die in de visie op de versterking van de organisatie van eerstelijnszorg geadresseerd worden, opgenomen kunnen worden in de O&I-prestatiebeschrijvingen.

Segment 3: nieuwe prestatie Zorgvernieuwing MTVP

Om de contractering te uniformeren en minder vrijblijvend te maken adviseren we om een nieuwe, meer concrete segment 3-prestatie Zorgvernieuwing MTVP in de beleidsregel op te nemen. Of deze enkel betrekking heeft op de dekking van incidentele kosten of ook van structurele kosten zal blijken uit het vervoltraject met betrekking tot segment 1, dat is beschreven in paragraaf 5.3. In afstemming met de partijen die bij de reguliere beleidscyclus van de NZa betrokken zijn, zullen we moeten bepalen welke interventies uit de leidraad, en voorwaarden in de prestatiebeschrijving moeten worden opgenomen.

Een nieuwe segment 3-prestatie biedt ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om maatwerkafspraken te maken over de interventies per praktijk, wijk of regio, en over de tarieven. Aangezien de lokale urgentie en behoeften verschillend kunnen zijn, kunnen ook de benodigde interventies en tarieven verschillen. Een nieuwe segment 3-prestatie biedt tevens ruimte voor afspraken over het monitoren van de effecten, en eventuele bijsturing op praktijkniveau.

Meerjarenafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars brengen rust in de contractering en praktijkvoering met zich mee. Hetzelfde geldt voor het volgen van de afspraken met de preferente zorgverzekeraars door de andere zorgverzekeraars (volgbeleid). In onze monitors contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg hebben we aanbevelingen gedaan om aandacht te hebben voor de onwenselijke effecten van verschillend inkoopbeleid, zeker in regio's waar meerdere zorgverzekeraars eigen inkoopbeleid voeren. Ook in het IZA zijn afspraken gemaakt over gelijk gerichtheid tussen zorgverzekeraars. We adviseren om hier blijvend aandacht voor te hebben.

5.4 Langere termijn

Onderzoek naar een combinatie van populatie- en uitkomstbekostiging

Bij de totstandkoming van dit advies hebben we - net als bij de evaluatie van het bekostigingsmodel samen met de branche-/beroepsverenigingen in de afgelopen jaren - geconcludeerd dat de bekostiging van de huisartsenzorg complex is geworden. Dat komt voornamelijk voort uit de combinatie van vrije en gereguleerde tarieven, en de verschillende type prestaties (inschrijving per verzekerde, consult per tijdseenheid, verrichtingen per activiteit). Door het blijven toevoegen van prestaties op de korte termijn zal de complexiteit van de bekostiging op de lange termijn verder toenemen. Om deze reden willen we met partijen in gesprek over hoe het bekostigingsmodel van de toekomst eruit zou moeten zien, Het uitgangspunt moet daarbij zijn dat praktijken en samenwerkingsverbanden in de wijken en regio's maximaal gestimuleerd worden om passende zorg te leveren. We adviseren om te onderzoeken of een combinatie van populatie- en uitkomstbekostiging hieraan bijdraagt.

Populatiebekostiging zou in de context van de huisartsenzorg kunnen door de zorg volledig per ingeschreven verzekerde te bekostigen. Dat zou mogelijk passend kunnen zijn voor de chronisch zorg, of zelfs voor de totale huisartsgeneeskundige zorg. Voor een combinatie met uitkomstbekostiging is

nodig dat de uitkomsten van zorg meetbaar en vergelijkbaar zijn. Onderzocht moet worden welke doelen hierbij relevant zijn (doorverwijzingen, gezondheid patiënt etc.).

Op dit moment is de bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg een combinatie van (i) populatiebekostiging (gedifferentieerde inschrijftarieven), (ii) bekostiging per consult, verrichting of ketenzorgprogramma en (iii) uitkomstbekostiging. In de praktijk zien we nog weinig afspraken over het belonen van de uitkomsten van zorg. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor een langetermijnvisie. Hoe kunnen we dit stimuleren? De omzet uit consulten, verrichtingen en ketenzorgprogramma's is ruim een derde van de totale omzet. Een groot deel van de omzet is dus afhankelijk van de productie.

Brengt de huidige combinatie van bekostigingsvormen in de praktijk de juiste prikkels met zich mee voor zorgaanbieders? Of zou een combinatie van populatie- en uitkomstbekostiging betere prikkels opleveren? Wat betekent dit voor de ontwikkelingen op het niveau van de organisatie? Op welke manier zou populatiebekostiging het beste vormgegeven kunnen worden? Is dit mogelijk passend voor de chronisch zorg, of zelfs voor de totale huisartsgeneeskundige zorg? Brengt dit bepaalde risico's voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg met zich mee? Hoe kan uitkomstbekostiging het beste tot zijn recht komen in de praktijk? Vraagt dit om regulering of juist vrijheid in de contractering? Dit zijn allemaal vragen die de NZa wil onderzoeken. We roepen de branche- en beroepsverenigingen, maar nadrukkelijk ook experts uit de praktijk op om hierover met ons in gesprek te gaan. Met experts bedoelen we huisartsen en zorginkopers die contractuele afspraken over populatie- en/of uitkomstbekostiging hebben gemaakt of willen maken, bijvoorbeeld in het kernwerkgebied van DSW, maar bijvoorbeeld ook de initiatiefnemers van Bundle: een academisch expertisecentrum voor alternatieve bekostiging in de zorg.

Onderzoek naar de doorontwikkeling van de bekostiging van ketenzorg

Ketenzorg is in sterke mate aandoeningsgericht. De zorgprogramma's en de bekostiging ervan zijn gebaseerd op de zorgstandaarden voor Diabetes Mellitus type 2, COPD, vasculair risicomanagement en astma. Per zorgprogramma wordt een set van in-/exclusiecriteria gehanteerd, en een set indicatoren gebruikt voor het meten van de kwaliteit van zorg. De indicatoren worden jaarlijks aangeleverd in het kader van een benchmarkrapportage van InEen. Deze rapportage biedt een spiegel voor het verbeteren van deze programmatische zorg aan patiënten met een (of meer) van deze chronische aandoeningen.

Het aandoeningsgerichte karakter van ketenzorg, en de administratieve last die wordt ervaren als gevolg van het registreren van de indicatoren zijn niet helpend bij het leveren van persoonsgerichte zorg. De NZa veronderstelt dat een omslag van aandoeningsgerichte naar meer persoonsgerichte zorg kan bijdragen aan het realiseren van MTVP. Wanneer niet de aandoening maar de patiënt centraal staat - rekening houdend met alle aandoeningen en de gehele context - ontstaat er ruimte voor een bredere kijk op gezondheid, bijvoorbeeld op basis van de dimensies van Positieve Gezondheid. We adviseren om te onderzoeken hoe een omslag naar meer persoonsgerichte zorg gemaakt kan worden, en of een wijziging van de bekostiging daaraan kan bijdragen. In dat kader is het programma Ketenzorg Ontketend interessant. Daarin wordt onderzoek gedaan naar zowel een zorg- als bekostigingsmodel.

Onderzoek naar welke prestaties in segment 3 moet blijven, en of de prestatiebeschrijvingen geconcretiseerd moeten worden

Zoals in paragraaf 3.1 is beschreven, biedt segment 3 ruimte om afspraken te maken over de beloning van resultaten, zorgvernieuwing op lokaal niveau en maatwerk. Voor zorgvernieuwing geldt dat wanneer de zorg volledig geïmplementeerd en opgeschaald is, deze geen vernieuwend karakter meer heeft. Prestaties in segment 3 en contractuele afspraken hierover tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zouden, gelet op dit principe, niet tot in lengte van jaren moeten blijven bestaan. De continue ontwikkeling in de sector zullen maken dat na verloop van tijd het accent op andere vormen van zorgvernieuwing komt te liggen. Dit gaat leiden tot aanpassing van de praktijk, welke uiteindelijk zijn weg gaat vinden in reguliere onderbouwing van de tarieven. We willen met de partijen die bij de reguliere beleidscyclus van de NZa betrokken zijn, onderzoeken welke prestaties er wél op de lange termijn in segment 3 moeten blijven. Tevens willen we onderzoeken of concretisering van de prestatiebeschrijvingen wenselijk is.

Kostprijsonderzoeken spelen een rol bij voorgaande, in algemene zin en specifiek wat MTVP betreft. Het kostprijsonderzoek over 2022 wordt momenteel opgezet, in nauwe afstemming met partijen. Dit leidt tot herijking van de maximumtarieven per 2025. De (aanvullende) kosten die huisartsenpraktijken gaan maken in het kader van de MTVP-interventies zullen, zolang hier nog geen start mee gemaakt is in 2022, niet gemeten worden in het kostprijsonderzoek dat nu wordt opgezet. Het merendeel van de praktijken start immers in 2023 of daarna. Bij een volgend kostprijsonderzoek over een aantal jaren zullen deze kosten (als onderdeel van de totale kosten) gemeten worden en daarmee onderdeel worden van de tarieven. Dat heeft consequenties voor de segment 3-afspraken. De huidige segment 3 afspraken zijn een opmaat naar structurele borging in segment 1 op de lange termijn.

6 Monitoring

6.1 Verwachte effecten

De minister heeft de NZa verzocht om in dit advies mee te nemen wat de verwachte effecten op de personele capaciteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn.

Personele capaciteit

De LHV, InEen en ZN hebben in de leidraad opgenomen dat de huidige arbeidsmarkttekorten in de huisartsenzorg maken dat het niet voor elke huisartsenpraktijk mogelijk is om de personele capaciteit uit te breiden in het kader van MTVP. Daar hebben zij aan toegevoegd dat uitbreiding van personele capaciteit breed opgevat kan worden: het kan gaan om de huisarts of een bestaande werknemer zelf die meer uren inzet, om de extra inzet van een waarnemend huisarts en/of hitha, en om de extra inzet van een doktersassistent, praktijkondersteuner, praktijkmanager, physician assistant en/of verpleegkundig specialist.

Het Capaciteitsorgaan heeft geadviseerd om de instroom van huisartsen in opleiding substantieel te verhogen naar 1.190 per jaar. Dat is begrijpelijk met het oog op de ontwikkelingen in de sector. Maar er worden wel terecht vragen gesteld bij de implementeerbaarheid van dit advies. Het aantal opleidingsplaatsen (850 in 2022) wordt momenteel namelijk niet volledig ingevuld.

De NZa onderschrijft zowel de conclusies van de LHV, InEen en ZN als het advies (en de vragen erover) van het Capaciteitsorgaan. Het is lastig te voorspellen op welke schaal uitbreiding van capaciteit in het kader van MTVP mogelijk zal zijn, en hoe de extra capaciteit aan huisartsen zich zal verhouden tot de extra capaciteit aan andere zorgverleners in de huisartsenpraktijk.

Toegankelijkheid

Uit de leidraad blijkt dat de ruimte voor MTVP ontstaat door (i) anders werken in de praktijk, (ii) samenwerken met het netwerk en (iii) uitbreiding van personele capaciteit. De LHV, InEen en ZN hebben hieraan de doelstelling van verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg gekoppeld. Door de inzet van MTVP is de verwachting dat de huisarts betere kwaliteit van zorg kan leveren, en dat de toegankelijkheid van huisartsenzorg verbetert doordat patiënten zich beter gehoord voelen. Daardoor keren zij minder vaak terug naar de huisarts waarmee tijd en ruimte ontstaat voor andere patiënten.

Ook de NZa ziet in dat het implementeren van de interventies in het kader van MTVP kan bijdragen aan behoud of zelfs verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg. De pilots MTVP hebben aangetoond dat interventies tot minder diagnostiek, geneesmiddelengebruik en verwijzingen naar het ziekenhuis leiden. Ze kunnen echter ook voor minder druk op de huisartsenzorg zorgen. Een patiënt hoeft minder vaak terug te komen bij de huisarts, en is sneller op de juiste plek in het sociaal domein als daar aanleiding toe is. Wij gaan er op basis van de resultaten van de pilots vanuit dat meer tijd voor de ene patiënt niet zal leiden tot minder tijd voor de andere patiënt. Daar geven de resultaten geen aanleiding toe. Gelet op de beperkte capaciteit aan personeel is het des te belangrijker dat de interventies in het kader van anders werken in de praktijk en samenwerken met het netwerk succesvol worden geïmplementeerd.

Betaalbaarheid

Het verwachte effect op de betaalbaarheid is op dit moment nog niet in te schatten. Voor de wijziging in segment 1 vanaf 2025 hebben we denkrichtingen opgenomen in dit advies, en gaan we in het vervoltraject onderzoeken welke wijziging MTVP het best faciliteert. Pas wanneer duidelijk is welke wijziging er doorgevoerd gaat worden, kan een inschatting gemaakt worden van het effect op de betaalbaarheid.

In het IZA geeft het ministerie van VWS aan dat er voldoende financiële ruimte is om structureel voor alle huisartsenpraktijken in alle regio's MTVP te realiseren. Dat is gebaseerd op de beschikbaar gestelde groei van de kaders huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg in de periode 2023-2026, en daarnaast de specifiek beschikbaar gestelde middelen vanuit het coalitieakkoord voor MTVP en (sectorale) transitie-middelen.

De investering in MTVP kan de betaalbaarheid van de zorg in brede zin ten goede komen. Uit de resultaten van de pilots is gebleken dat er minder diagnostiek is aangevraagd, minder geneesmiddelen zijn voorgeschreven en minder verwijzingen naar het ziekenhuis hebben plaatsgevonden. Daarnaast is gebleken dat de tevredenheid onder zowel zorgverleners als patiënten is toegenomen. Investering in MTVP kan bijdragen aan werkdrukverlaging en behoud of zelfs verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg. Dat komt primair de huisartsenzorg ten goede, en secundair de zorg in brede zin.

6.2 Monitoring

De minister heeft de NZa verzocht om in dit advies mee te nemen hoe de landelijke partijen de ontwikkelingen rondom MTVP en de implementatie van de leidraad gedurende de looptijd van het IZA in kaart kunnen (laten) brengen.

De LHV, InEen en ZN hebben de volgende drie vormen van monitoring in de leidraad opgenomen:

- Jaarlijks gaat de zorgverzekeraar na of de huisarts de contractuele afspraken over MTVP nakomt. Indien de zorgverzekeraar dit inzicht wenst, draagt het regionaal samenwerkingsverband zorg voor informatie over deelname van de huisartsenpraktijken, bijvoorbeeld over deelname aan intervisie. Aanvullend kan de zorgverzekeraar steekproefsgewijs bij de huisarts nagaan of die de contractuele afspraken nakomt. Op het moment dat blijkt dat de huisarts zich niet houdt aan de afspraken, wordt het contract stopgezet en zal er terugvordering plaatsvinden bij onrechtmatige inzet van middelen.
- Jaarlijks evalueren de zorgverzekeraar, het regionaal samenwerkingsverband en een representatieve delegatie van de huisartsen op regionaal niveau of de implementatie van MTVP verloopt conform het regioplan en of de beweging richting de beoogde doelstellingen wordt gemaakt. Op basis van deze evaluatie kan er waar nodig worden bijgestuurd. Deze evaluatie heeft daarmee niet als doel om de individuele huisartsen af te rekenen op resultaten.
- Na de opstartfase van twee jaar wordt er naast een regiobeeld van het effect op de doelstellingen een landelijk beeld opgebouwd, om te zien of de beweging die op regionaal niveau wordt gemaakt ook op landelijk niveau zichtbaar wordt. Tevens kan dit landelijke beeld worden gebruikt om van andere regio's te leren. Partijen bespreken deze beelden jaarlijks met elkaar.

Het monitoren van de segment 3-afspraken in 2023 en 2024 is onderdeel van de leidraad. De NZa zal bij het uitwerken van de wijziging van de bekostiging vanaf 2025 beoordelen of aanvullende monitoring - om te toetsen of de wijziging daadwerkelijk bijdraagt aan de realisatie van MTVP - nodig is.

Figuur 3: Doelstellingen monitoring

Doelstellingen die afhankelijk van behoefte en urgentie in de regio worden gemeten door de RHO:

Patiënttevredenheid	Doelstelling is verbeteren van patiënttevredenheid
Werkplezier	Doelstelling is verbeteren van werkplezier
Samenwerking met het netwerk	Doelstelling is intensievere samenwerking met het netwerk

Doelstellingen die worden gemonitord door de zorgverzekeraars:

Gemiddeld aantal consulten per verzekerde	Doelstelling is afname van het aantal consulten (minder dan de huidige 4,6 consulten per patiënt per jaar) bij gelijkblijvende omstandigheden
Aantal ingeschreven patiënten / fte HA	Doelstelling is behoud van de huidige norm van 2095 patiënten per fte HA of hoger , zo mogelijk in combinatie met toename van het aantal mensen met een vaste huisarts
Kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg (wachttijden)	Doelstelling is gelijkblijvende of dalende wachttijd voor toegang tot de huisarts
Zorgkosten (verwijzingen, diagnostiek-aanvragen, medicatie voorschriften)	Doelstelling is dalende verwijzingen, niet geprotocolleerde diagnostiekaanvragen en medicatievoorschriften

Bron: Leidraad 'Meer Tijd Voor de Patiënt' (MTVP), 2023

Bijlage 1: Geleerde lessen en adviezen versnellingstraject

1. Definitie en kader van MTVDP

Advies 1: stel een uniforme en richtinggevende leidraad voor MTVDP vast



Geleerde les 1: MTVDP is een **pluriform begrip** dat **divers wordt toegepast** en waarbij een **duidelijke en eenduidige visie ontbreekt**



Geleerde les 2: **Zorgverzekeraars volgen elkaars inkoopbeleid niet** waardoor in het geval van **twee preferente verzekeraars** bepaalde MTVDP-interventies niet optimaal kunnen worden toegepast



Geleerde les 3: In de uitvoering van MTVDP-interventies is er **behoefte aan maatwerk** die aansluit bij lokale urgentie en behoeften

Advies 2: neem in de leidraad een standpunt in over de inzet van extra personeel



Geleerde les 4: **(Oplopende) tekorten aan personeel in de huisartsenzorg**, zorgen ervoor dat de inzet van extra personeel niet altijd (meer) kan worden toegepast als interventie om extra tijd in de spreekkamer te creëren

2. Randvoorwaarden voor MTVDP

Advies 3: geef de RHO een rol in de totstandkoming en uitvoering van MTVDP



Geleerde les 5: De toepassing van MTVDP in de praktijk vraagt betrokkenheid en daarmee **tijd en inspanning van deelnemende huisartsen** die vanwege het **aanhoudende volle bord** niet altijd worden gevonden

Advies 4: maak afspraken over de doelstellingen en resultaten van MTVDP



Geleerde les 6: Er is **niet altijd eenduidigheid** over de **doelstellingen en te verwachte resultaten** van MTVDP tussen huisartsen en de zorgverzekeraar

3. Project- en stakeholdermanagement

Advies 5: start MTVDP met groep huisartsen die gevraagde inzet kan leveren



Geleerde les 7: **Duidelijke afspraken over de inhoud en het proces** rondom de toepassing van MTVDP onder **een gemotiveerde groep huisartsen**, zorgen voor constructieve samenwerking en soepele voortgang in het project

3. Project- en stakeholdermanagement

Advies 6: stel een projectleider en een mede-kartrekker huisarts beschikbaar



Geleerde les 8: Het is van belang dat **vanuit de RHO een projectleider beschikbaar wordt gesteld met voldoende tijd en ruimte** voor de ondersteuning van huisartsenpraktijken met betrekking tot de implementatie van MTVDP



Geleerde les 9: Het aanstellen van **een huisarts als mede-kartrekker op projectgroep niveau is waardevol om de projectleider op inhoudelijk vlak te ondersteunen** in de uitvoering van MTVDP

Advies 7: zoek samenwerking met andere domeinen in de opstart van MTVDP



Geleerde les 10: Wanneer interventies worden toegepast die gericht zijn op het **versterken van de samenwerking met andere domeinen zoals de tweede lijn en het sociaal domein** is het waardevol om hen te betrekken in deze plannen en **samenwerkingsafspraken** te maken

Advies 8: betrek alle professionals in de praktijk in de uitvoering van MTVDP



Geleerde les 11: Door naast huisartsen ook **assistenten en andere professionals in de praktijk** actief te betrekken in de uitvoering van het MTVDP, worden zij meegenomen in de verandering in werkwijze door MTVDP



Geleerde les 12: De betrokkenheid van **praktijkmanagers op praktijkniveau of duidelijke aanspreekpunten binnen de deelnemende praktijken** bespoedigt de implementatie van MTVDP

Bron: Eindrapportage Impuls 'meer tijd voor de patiënt' (MTVDP) huisartsenzorg, 2023

Bijlage 2: Interventies leidraad



Anders werken in de praktijk

- Flexibele consultduur via anders inroosteren
- Anders triëren door middel van triage training
- Taakherschikking (bijvoorbeeld SOH spreekuur)
- 3-gesprekken (patiënt, huisarts en bijvoorbeeld wijkverpleegkundige)
- Regie op veelgebruikers
- Time-out verwijzingen
- Beeldbellen en/of e-mail en/of chatcontact met patiënten
- Administratielast verlagen door Lean werken
- Implementeren van e-Health platforms voor patiënten



Samenwerken met het netwerk

- Laagdrempelige eenmalige consultaties (meekijkconsult en intercollegiaal consult)
- Welzijn op Recept
- Aansluiting bij burgerinitiatieven
- Samenwerking met het wijkteam / buurtteam / sociaal team / wijkmanager
- MDO/casuïstiektafel met het sociaal domein, de tweede lijn en/of GGZ en/of wijkverpleging



Uitbreiding van personele capaciteit

- Uitbreiding van personele capaciteit kan breed worden opgevat: het kan gaan om de huisarts zelf die meer uren inzet, maar ook om de (extra) inzet van een waarnemend huisarts, hidha (huisarts in dienst van een huisarts), doktersassistent, praktijkondersteuner, praktijkmanager, physician assistant en/of verpleegkundig specialist. Met andere woorden, extra personele capaciteit gaat om de brede inzet van personeel die nodig is om daadwerkelijk meer tijd in de spreekkamer te kunnen creëren



Het voeren van het goede gesprek

- Training/scholing rondom gespreksvoering (bijvoorbeeld rondom SOLK/ALK, positieve gezondheid of het 4D-model)

Bron: Leidraad 'Meer Tijd Voor de Patiënt' (MTVP), 2023

