Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
T.a.v. Minister P.A. Dijkstra
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Behandeld door
Directie Regulering

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
488796/1534359

Datum
11 juni 2024

Onderwerp
Uitwerking advies bekostiging Meer Tijd Voor de Patient

Geachte mevrouw Dijkstra,

Het is in het belang van patiënten en huisartsen dat er voldoende tijd is in de spreekkamer. Meer tijd voor de patiënt (MTVP) geeft huisartsen de ruimte om de patiënttevredenheid en het werkplezier te verbeteren, zorgkosten te beheersen en samenwerking met het netwerk te versterken. Het gedachtegoed van MTVP is daarmee in lijn met passende zorg en de doelstellingen van het Integraal Zorgakkoord (IZA). De NZa steunt de doelstellingen van MTVP in de huisartsenzorg. Middels deze brief informeren wij u over het vervolg en de uitwerking van het *Advies bekostiging meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg* door de NZa, in lijn met de afspraken die gemaakt zijn in het IZA.

Opdracht
Om de implementatie van MTVP te versnellen, verzocht de toenmalige minister van VWS de NZa voor 1 juli 2023 met een advies te komen hoe MTVP via de bekostiging en regelgeving voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg maximaal gefaciliteerd kon worden. Het doel was om eventuele wijzigingen in de bekostiging te laten meelopen in de beleidscyclus voor 2024. Indien wijzigingen nodig bleken die meer tijd vergden, zou in overleg met partijen in 2024 een betekenisvolle tussenstap worden gezet.

Advies
Het in juni 2023 door de NZa uitgebrachte *Advies bekostiging meer tijd voor de patiënt in de huisartsenzorg* hanteerde de volgende uitgangspunten. Deze vloeien logischerwijs voort uit de door partijen overeengekomen documenten (Impuls MTVP en de leidraad MTVP):

- 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.

Het advies luidde vervolgens om niet al direct per 2024 wijzigingen in de bekostiging door te voeren. Dit vanwege de verwachte onrust in de contractering en praktijkvoering, terwijl het juist zo van belang was en is dat de gemaakte inhoudelijke afspraken gecontinueerd worden. Een besluit over wijzigingen in de bekostiging die daadwerkelijk bijdragen aan de realisatie van MTVP had meer onderzoek en tijd nodig. Hierbij gaven we aan het noodzakelijk te vinden dat de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de segment 3-afspraken in lijn met de leidraad continueerden in 2024. Volgens het door partijen opgestelde groeiplan stroomden de laatste praktijken pas per Q1 van 2024 in.
Voor de bekostiging van MTVP per 2025 adviseerden we om samen met partijen (de LHV, VPH, InEen, ZN, PFN en VWS) te onderzoeken welke wijzigingen in de bekostiging mogelijk zijn om MTVP een structurele plek te geven. Voor deze uitwerking werd in het advies een aantal denkrichtingen meegegeven. Hieronder beschrijven we eerst het proces en daarna onze conclusie per segment en denkrichting.

Proces uitwerking advies
In de periode augustus – oktober 2023 hebben we gesproken met een zestal grote regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en zorgverzekeraars, om de denkrichtingen zoals beschreven in het advies nader te onderzoeken. Het ging hier om zorgaanbieders en zorgverzekeraars in regio's waar men al enige tijd geleden gestart is met de implementatie van MTVP, en waar een groot deel van de huisartsenpraktijken in deze regio's deelneemt. Dat blijkt uit informatie afkomstig uit het Nivel-rapport: Het concept 'Meer Tijd Voor de Patiënt': een vergelijkend onderzoek aan de hand van zeven projecten, 2021.
In de gevoerde gesprekken stond per segment zowel de wenselijkheid als de haalbaarheid van de verschillende denkrichtingen om MTVP maximaal te faciliteren centraal.

Door een aantal partijen is de suggestie gedaan om ook te spreken met praktijken en RHO's die in 2023 gestart zijn met het implementeren van interventies in het kader van MTVP. Deze praktijken werken namelijk precies volgens de kernelementen en interventies van de leidraad, in tegenstelling tot de zorgaanbieders die al enige tijd geleden gestart zijn. Van de praktijken en RHO's die net gestart zijn, was echter nog onvoldoende informatie beschikbaar over onder andere de structurele kosten van MTVP.

Gedurende de uitwerking van het advies hebben we de branche- en beroepsverenigingen betrokken en onze bevindingen met hen gedeeld. Daarnaast heeft er op initiatief van ZN een aantal werkgroepen plaatsgevonden onder begeleiding van PwC om te komen tot aanvullende bestuurlijke afspraken tussen ZN, de LHV, de VPH en InEen. In het kader van dat traject heeft de NZa een bestuurlijke brief aan partijen gestuurd. Hier wordt later in deze brief toelichting op gegeven.

Bevindingen
De gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben tot verschillende inzichten geleid. De tarieven van het merendeel van de MTVP-projecten van vóór 2023 zijn onderbouwd door een inschatting te maken van de kosten van de inzet van extra capaciteit aan huisartsen en ondersteunend personeel.

Bij enkele MTVP-projecten zijn de tarieven onderbouwd door het aantal ingeschreven verzekerden per praktijk rekenkundig te verlagen, en daarmee inzichtelijk te maken tot welk omzetverlies dit zou leiden en welk S3-tarief dit zou compenseren. De tarieven van deze MTVP-projecten zijn leidend geweest bij de IZA-onderhandeling over de benodigde ruimte in het macrokader huisartsenzorg om MTVP op te schalen. Het gemiddelde bedrag per ingeschreven verzekerde per jaar wat momenteel via S3 vergoed wordt aan praktijken is hieruit voortgekomen. Dit gemiddelde tarief is niet de gemiddelde kostprijs van álle interventies uit de leidraad. De zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben geen inzicht in de daadwerkelijke kosten van de interventies (en de kernelementen). Dit leidt per denkrichting tot de volgende conclusies.

Denkrichting: Wijzigen van de prestatiestructuur voor consulten
Voor het wijzigen van de prestatiestructuur voor consulten is inzicht nodig in de daadwerkelijk bestede tijd (zuivere consultduur) om te bepalen welke structuur goed aansluit op de praktijk na het implementeren van de MTVP-interventies. Huisartsen werkzaam in praktijken die de MTVP-interventies reeds geïmplementeerd hebben, geven aan dit inzicht niet te hebben. De daadwerkelijk bestede tijd is weliswaar bepalend voor de in rekening te brengen prestatie (< 5 minuten, 5-20 minuten of > 20 minuten) maar deze tijd wordt in de praktijk niet nauwkeurig genoeg geregistreerd. Dat is begrijpelijk, aangezien dit geen vereiste is voor de declaratie van de geleverde zorg. Om dit inzicht wel te verkrijgen zou een tijdsbestedingsonderzoek nodig zijn. Een dergelijk onderzoek vinden wij op dit moment niet wenselijk en haalbaar en kan bovendien niet al op korte termijn resultaten opleveren, terwijl een aanpassing van de bekostiging op korte termijn wel wenselijk is. Daarmee blijven de onzekerheden van het wijzigen van de prestatiestructuur voor consulten op dit moment te groot.

Denkrichting: Prestatie voor (enkel) de structurele kosten
Om een maximumtarief voor een prestatie voor (enkel) de structurele kosten vast te stellen, is inzicht in de structurele (meer)kosten in het kader van MTVP nodig. Huisartsen werkzaam in praktijken die de MTVP-interventies reeds geïmplementeerd hebben geven aan dit inzicht in de kosten per interventie niet te hebben. De structurele (meer)kosten in het kader van MTVP zijn niet zuiver te scheiden van de totale structurele kosten van praktijken. Een prestatie voor (enkel) de structurele kosten is om deze reden niet haalbaar.

Denkrichting: Prestatie in de vorm van de huidige opslag poh-ggz (maximumtarief per ingeschreven verzekerde)
Praktijken en RHO's achten het splitsen van de vergoeding voor praktijken in een structureel deel via S1, en een overig deel via S3 niet wenselijk. Het integrale pakket aan interventies dient in hun optiek ook integraal bekostigd te worden. De activiteiten van de RHO kunnen wel separaat bekostigd worden via S2/O&I of S3. Hoewel een integrale bekostiging van het totale pakket van maatregelen voor praktijken niet geheel aan het uitgangspunt van een "combinatie van bekostigingsvormen'' (advies NZa) voldoet, zien we in dat dit recht doet aan de gewenste eenvoud. De kostprijs per interventie is niet vast te stellen. Een integrale prestatie met een maximumtarief per ingeschreven verzekerde achten wij wel haalbaar.

Segment 2
De RHO heeft een belangrijke rol in de ondersteuning van de huisartsenpraktijk bij MTVP. In het eerdere advies is beschreven dat een concretisering van de O&I-prestatiebeschrijvingen kan bijdragen aan het concretiseren van regioplannen, en het minder vrijblijvend maken van de contractering. Dit zien we in algemene zin nog steeds zo. Specifiek met betrekking tot MTVP hebben we op basis van de gesprekken de indruk dat er op dit moment goede contractuele afspraken tot stand zijn gekomen over de bekostiging

van de activiteiten van RHO's. De leidraad heeft hieraan bijgedragen.
Daarnaast speelt het traject Versterking Organisatie Eerstelijnszorg (VOE) een rol bij de vraag of, hoe en per wanneer de O&I-prestatiebeschrijvingen concreter moeten worden. Dat traject heeft een bredere scope dan MTVP. De definitieve visie op de versterking van de organisatie van de eerstelijnszorg (inclusief een doorontwikkelagenda) is in januari 2024 vastgesteld. Deze geeft nog geen duidelijkheid over de toekomst van O&I. Die duidelijkheid is in onze optiek wel nodig alvorens te bepalen of, hoe en per wanneer de O&I-prestatiebeschrijvingen moeten worden aangepast. Dit maakt dat we aanpassing van de O&I-prestatiebeschrijvingen in S2 per 2025 niet wenselijk vinden. Met de conclusie van de NZa dat er daarmee ook geen prestatie O&I-MTVP in segment 2 wordt toegevoegd hebben partijen besloten om de huidige MTVP bekostiging van de RHO's via segment 3 in stand te houden zodat deze goed te monitoren blijft.

Segment 3
In het eerdere advies hebben we beschreven dat een nieuwe (concreet beschreven) S3-prestatie Zorgvernieuwing MTVP kan bijdragen aan het uniformeren en minder vrijblijvend maken van de contractering. Onze conclusie met betrekking tot segment 1 maakt dat een nieuwe S3-prestatie niet direct meer van meerwaarde is. De ruimte om aanvullende S3-afspraken te maken waar nodig bestaat al op basis van de reeds in de beleidsregel opgenomen S3-prestaties. De manier waarop via segment 3 de RHO's worden bekostigd voor hun MTVP taken blijft wel in stand zoals hierboven bij segment 2 is toegelicht.

Conclusie
Onze bevindingen leiden tot de conclusie dat een integrale S1-prestatie met een maximumtarief per ingeschreven verzekerde haalbaar en het meest wenselijk is voor praktijken. Dit betreft een uitwerking van de hierboven beschreven denkrichting "prestatie in de vorm van de opslag poh-ggz''. De definitie van MTVP (inclusief kernelementen) uit de leidraad kan worden opgenomen in de S1-prestatiebeschrijving. Hetzelfde geldt voor de voorwaarden uit de leidraad, die vertaald zijn naar de huidige S3-afspraken. Het maximumtarief per ingeschreven verzekerde kan worden vastgesteld door het gemiddelde contracttarief te bepalen op basis van Vektis-data. We beschouwen de nieuwe S1-prestatie als een structurele investering en verankering van MTVP in de huisartsenzorg. In de toekomst vindt de NZa dat MTVP integraal onderdeel moet zijn van de praktijkvoering en daarmee van alle prestaties. De bekostiging moet hier op termijn goed op aansluiten.
De bekostiging van de RHO's via segment 3 blijft in stand. Partijen hebben hiervoor gekozen in het kader van monitoring en omdat er geen separate MTVP prestatie in segment 2 door de NZa wordt toegevoegd.

Toekomst
Voor de komende jaren blijft een belangrijk aandachtspunt dat er bij praktijken geen inzicht is in de kosten van de ingezette interventies. Dit inzicht zal ook bij een volgend kostprijsonderzoek niet worden verkregen, omdat praktijken deze kosten niet specifiek oormerken. De NZa kan dus geen koppeling maken tussen het tarief van de MTVP-prestatie en de gemaakte kosten. Bij een volgend kostenonderzoek meten we de daadwerkelijke kosten die in het onderzoeksjaar worden gemaakt.

Bestuurlijke afspraken
Bovenstaande bevindingen en conclusie zijn gedeeld met de beroeps- en brancheverenigingen. Parallel aan het verdere proces hebben ZN, de LHV, de VPH en InEen in Q1 van 2024 bestuurlijke afspraken gemaakt om te waarborgen dat structurele bekostiging van MTVP voor de individuele huisartsenpraktijk via S1 ook goed aansluit bij het gedachtegoed conform de doelen en resultaten uit de leidraad MTVP.

Deze afspraken hebben betrekking op het naleven van de afspraken, de betrokkenheid van de RHO, monitoring van de realisatie van de MTVP-doelstellingen en het actualiseren van de leidraad MTVP. Aanvullend hierop heeft de NZa een bestuurlijke brief geschreven aan deze partijen om toelichting te geven op de MTVP bekostiging van de individuele huisartsenpraktijk en de RHO, het onderhoud van de prestatie, het toezicht hierop en de rol van de NZa in monitoring.

Op 16 april 2023 heeft er een afsluitend bestuurlijk overleg plaatsgevonden tussen de NZa, ZN, de LHV en InEen. Dit gaf vervolgens groen licht van alle partijen op het vervolgtraject; het verder vormgeven van de segment 1 prestatie in de bekostiging van de huisartsenzorg per 2025.

Afsluiting
MTVP is een belangrijke stap in het toekomstbestendig maken van de sector. We zien hoe belangrijk het is dat er vanuit een gedeelde visie wordt samengewerkt. De NZa zal de ontwikkelingen nauwgezet volgen en indien nodig het gesprek aangaan om te zien op welke manier er bijgestuurd moet of kan worden.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit

mw. drs. G.J.C.M. Engwirda-Kromwijk
voorzitter Raad van Bestuur