

# Eindrapportage Impuls 'meer tijd voor de patiënt' (MTVDP) huisartsenzorg

23 maart 2023 - Hoofdlijnenakkoord (HLA) Huisartsenzorg partijen:  
LHV, InEen, PFN, ZN en ministerie van VWS



# Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1: Inleiding</b>	pp. 1-2
<b>Hoofdstuk 2: Advies voor verdere verbreding van MTVDP</b>	
2.0 Inleiding	pp. 3-5
2.1 Geleerde lessen en adviezen over definitie en kader	pp. 6-8
2.2 Geleerde lessen en adviezen over randvoorwaarden	pp. 9-10
2.3 Geleerde lessen en adviezen over project- en stakeholdermanagement	pp. 11-13
<b>Hoofdstuk 3: Financiering van MTVDP nu en in de toekomst</b>	
3.0 Inleiding	p. 14
3.1 Financiering van MTVDP binnen de huidige bekostiging van de huisartsenzorg	pp. 14-17
3.2 Voorstel voor bekostiging van de verdere verbreding van MTVDP	pp. 18-24
<b>Hoofdstuk 4: Ervaringen van huisartsen en assistenten met MTVDP</b>	
4.0 Inleiding	p. 25
4.1 Effecten van MTVDP op de werkbeleving van huisartsen en kwaliteit consulten	pp. 26-27
4.2 Effecten van MTVDP op de werkbeleving van assistenten	pp. 28-29
4.3 Effecten van MTVDP op samenwerking met het sociaal domein	p. 30
4.4 Effecten van MTVDP op samenwerking met andere domeinen en de praktijk	p. 31
4.5 Ervaringen met implementatie van interventies	p. 32
<b>Hoofdstuk 5: Conclusie</b>	pp. 33-35
<b>Bijlagen</b>	pp. 36-40

## Hoofdstuk 1: Inleiding

De afgelopen jaren is het volle bord van de huisarts een terugkerend punt van aandacht geweest op de maatschappelijke agenda. Door onder andere de vergrijzing, steeds complexere casuïstiek, de (oplopende) arbeidsmarkttekorten en verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn, ervaren huisartsen een grote werkdruk. In het licht van deze ontwikkelingen is enkele jaren geleden het gedachtegoed Meer tijd voor de Patiënt (MTVDP) ontstaan, met als kerngedachte dat langere consulten zorgprofessionals niet alleen hun werkplezier teruggeven en ervaren werkdruk doen afnemen, maar ook de patiënttevredenheid verbeteren en kostenbesparingen (waaronder minder medicatievoorschriften en doorverwijzingen naar de tweede lijn) opleveren omdat er minder onnodige zorg plaatsvindt. Met name het positieve effect van MTVDP op werkplezier en vermindering van werkdruk maakt dat het concept ook kan worden gezien als een middel om het huisartsenvak aantrekkelijk(er) te maken en daarmee jonge artsen kan motiveren om aan de slag te gaan in de huisartsenzorg. Inmiddels zijn er op landelijk niveau meerdere MTVDP-projecten opgestart. Zoals ook benadrukt door het Nivel (2021), bestaat MTVDP in de praktijk naast het realiseren van de langere consultduur, uit een combinatie van interventies waaronder bijvoorbeeld interventies gericht op het toepassen van persoonsgerichte zorg (onder meer gebruik van Positieve Gezondheid of 4D-model) en samenwerking met andere domeinen waaronder bijvoorbeeld het sociaal domein en de tweede lijn. Hierdoor zien we in de praktijk dat de invulling van 'hoe MTVDP te bereiken' sterk varieert.

In 2019 is MTVDP opgenomen in het Hoofdlijnenakkoord (HLA) Huisartsenzorg (2019-2022). Tijdens de evaluatie van dit akkoord in 2020 is door de HLA-partijen besloten om een extra impuls te geven aan het onderdeel MTVDP, met als doel om middels een versnellingstraject het aantal MTVDP-projecten landelijk uit te breiden met ca. 10-15 projecten. PwC Advisory N.V. biedt als externe partij in opdracht van VWS ondersteuning bij de uitvoering van dit versnellingstraject wat gedurende 17 maanden (november 2021 t/m maart 2023) loopt. In het najaar van 2021 zijn mogelijk geïnteresseerde partijen benaderd met het verzoek of zij, mits zij een MTVDP-project willen starten of al gestart zijn in de regio, willen deelnemen aan het versnellingstraject. Daarbij is een samenwerking tussen huisartsenorganisaties en/of gezondheidscentra uit de regio en zorgverzekeraars randvoorwaardelijk. Deze partijen vormen in dit versnellingstraject samen een 'projectgroep'. Deze uitvraag heeft uiteindelijk geresulteerd in de deelname van 7 projectgroepen, waarbij 4 projectgroepen van start zijn gegaan met MTVDP en 3 projectgroepen nog in de voorbereidingsfase zitten<sup>1</sup>.

De afgelopen maanden hebben we in dit traject gesignaleerd dat hoewel de eerder genoemde maatschappelijke ontwikkelingen het belang van MTVDP benadrukken, deze ontwikkelingen tegelijkertijd ook de opvattingen over en de mate waarin het mogelijk is geweest om het MTVDP-gedachtegoed te versnellen hebben beïnvloed. Zo is het beperkte aantal deelnemende projectgroepen deels toe te schrijven aan het gegeven dat huisartsen weinig tijd en ruimte ervaren om MTVDP op te starten door aanhoudende werkdruk (versterkt door COVID-19). Ook bleek door de toenemende arbeidsmarkttekorten in de huisartsenzorg, de inzet van meer personeel om MTVDP te realiseren niet in alle regio's mogelijk. Daarnaast zien we dat er een diversiteit aan definities en interventies rondom MTVDP is ontstaan, waarbij sommige zorgverzekeraars MTVDP concreet aanbieden als prestatie binnen segment 3 (S3) en andere zorgverzekeraars daarentegen een MTVDP-prestatie niet als zodanig erkennen. Al deze ontwikkelingen hebben invloed gehad op de mate waarin het mogelijk is geweest om een versnelling van de uitrol van MTVDP-projecten te realiseren in dit versnellingstraject.

---

<sup>1</sup>In de bijlagen is een overzicht opgenomen van alle deelnemende projectgroepen in dit versnellingstraject

Op basis van de inzichten die zijn opgedaan in het versnellingstraject en de verschillende gesprekken die zijn gevoerd met de HLA-partijen, de deelnemende projectgroepen, zorgverzekeraars en de NZA, hebben we (als werkgroep versnellingstraject MTVDP bestaande uit een afvaardiging vanuit LHV, InEen, PFN, ZN en ministerie van VWS) deze rapportage opgesteld waarin we op basis van de geleerde lessen een advies voor verdere verbreding van MTVDP formuleren en een voorstel voor bekostiging van de verdere verbreding van MTVDP doen. In hoofdstuk 2 lichten we aan de hand van de geleerde lessen ons advies voor de verdere verbreding van MTVDP toe. Vervolgens werken we in hoofdstuk 3 toe naar ons voorstel voor de bekostiging. Daaropvolgend presenteren we in hoofdstuk 4 de effecten van MTVDP op de ervaringen van huisartsen en assistenten. We sluiten in hoofdstuk 5 de rapportage af met een conclusie.

## Hoofdstuk 2: Advies voor verdere verbreding van MTVDP, gebaseerd op de geleerde lessen uit het versnellingstraject

Inleiding: In dit versnellingstraject hebben we diverse lessen opgedaan over de opstart en uitvoering van MTVDP-projecten en daarmee over de mate waarin het mogelijk is (geweest) om een versnelling van de uitrol van MTVDP-projecten te realiseren. Deze lessen zijn op diverse momenten in het versnellingstraject gevalideerd, waaronder tijdens een digitale themabijeenkomst op 30 september 2022 door een afvaardiging van de HLA-partijen, projectgroepen, zorgverzekeraars en de NZa.

Op basis van de geleerde lessen uit het versnellingstraject hebben we acht adviezen geformuleerd om de verdere verbreding van MTVDP te versnellen, welke we in dit hoofdstuk nader zullen toelichten. We onderscheiden geleerde lessen en adviezen in drie categorieën:

1. Geleerde lessen en adviezen over **definitie en kader** van MTVDP
2. Geleerde lessen en adviezen over **randvoorwaarden voor de toepassing** van MTVDP
3. Geleerde lessen en adviezen over **project- en stakeholdermanagement** voor de toepassing van MTVDP

Op de volgende twee pagina's zijn per categorie de geleerde lessen inclusief bijbehorende adviezen beknopt weergegeven. Op de pagina's die daarop volgen lichten we de geleerde lessen uitgebreider toe, waarin we concrete voorbeelden uit het versnellingstraject noemen waar de geleerde lessen op zijn gebaseerd.

## 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



## 1. Definitie en kader van MTVDP

*Geleerde les 1: MTVDP blijkt in de praktijk een pluriform begrip te zijn dat door huisartsenpraktijken op verschillende manieren wordt ingevuld en door zorgverzekeraars op verschillende manieren (wel of niet) concreet wordt gemaakt binnen S3. Ervaringen uit het versnellingstraject leren dat wanneer een duidelijke en eenduidige visie en bijbehorend kader omtrent MTVDP ontbreekt, de opstart van een MTVDP-project stagneert of zelfs andere financieringsbronnen moeten worden aangesproken.*

In het versnellingstraject hebben we geobserveerd dat het voor projectgroepen in de praktijk lastig is om zonder richtinggevend kader vanuit zowel de deelnemende huisartsen als zorgverzekeraar, ideeën over MTVDP te vertalen in een concreet projectplan inclusief interventies. De ideeën tussen huisartsen over hoe MTVDP er in de praktijk uit zou moeten zien kennen met regelmaat onderling verschillen, waardoor het op projectgroep niveau complex kan zijn om overeenstemming over de invulling van MTVDP te bereiken. Door het volle bord van de huisarts, is er daarnaast in de hectiek van alledag weinig tijd en ruimte om deze ideeën rondom MTVDP concreet te maken. Op hun beurt hanteren zorgverzekeraars verschillende definities over wat MTVDP is en hoe MTVDP kan worden toegepast in de praktijk. Zoals ook benadrukt door het Nivel (2021) wordt MTVDP op verschillende manieren concreet gemaakt binnen S3 en op dit moment op diverse manieren uitgevoerd door projectgroepen. Zo biedt de ene verzekeraar bijvoorbeeld een duidelijke MTVDP-prestatie aan binnen S3 met een concreet en richtinggevend interventiepakket, waarbij de andere verzekeraar geen concrete MTVDP-prestatie kent maar bijvoorbeeld inzet op het aanbieden van een module of prestatie voor extra personele inzet zoals een praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH), verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA) of met interventies rondom bijvoorbeeld toekomstbestendige huisartsenzorg.

Op het moment dat er bij aanvang van het project zowel bij huisartsen als bij de verzekeraar(s) nog geen duidelijke visie en kader is welke richting geeft over hoe het MTVDP-project er concreet uit zou kunnen komen te zien, leert de ervaring dat het de projectleider veel tijd en inspanning kost om overeenstemming te bereiken omdat iedereen een ander beeld heeft van MTVDP. In het versnellingstraject hebben we gezien dat projectgroepen aangesloten bij zorgverzekeraars met een duidelijke definitie van MTVDP inclusief prestatie(s) binnen S3, relatief snel van start hebben kunnen gaan met de uitvoering van MTVDP. Concreet betekent dit dat de verzekeraar in deze gevallen een MTVDP-prestatie beschikbaar heeft gesteld voor de financiering van een selectie van interventies (waaronder bijvoorbeeld triage training en transmuraal intercollegiaal consult). De selectie is gebaseerd op ervaringen en resultaten uit eerdere MTVDP-projecten. Deze prestatie functioneert daarmee als kader voor MTVDP en geeft huisartsenpraktijken richting voor de invulling van het gedachtegoed. Voor projectgroepen met een preferente verzekeraar zonder duidelijke definitie van MTVDP inclusief prestatie(s) binnen S3, heeft dit ertoe geleid dat het project is gestagneerd en tot op heden niet van start heeft kunnen gaan. Concreet betekent dit dat de verzekeraar wel investeert in bijvoorbeeld prestaties voor de inzet van een praktijkmanager en een POH, maar MTVDP niet aanbiedt als specifieke prestatie inclusief bijbehorende interventies gericht op bijvoorbeeld gespreksvoering en samenwerken met andere domeinen. Wanneer een dergelijke MTVDP-prestatie en daarmee leidraad voor de toepassing van MTVDP ontbreken, observeren we dat er veel overleg moet plaatsvinden tussen verzekeraar en de projectgroep om tot overeenstemming over de definitie en invulling van MTVDP te komen. In de praktijk kost dit proces veel tijd, wat een vertragend effect heeft op de start van het project. Eén projectgroep heeft er om deze reden voor gekozen om alternatieve financiering vanuit het Achterstandsfonds aan te wenden, om toch te kunnen starten met de uitvoering van een (deel van) de MTVDP-interventies.



## 1. Definitie en kader van MTVDP

*Geleerde les 2: Het gegeven dat zorgverzekeraars verschillende definities en interventies voor MTVDP hanteren, kan er in het geval van twee preferente zorgverzekeraars voor een projectgroep toe leiden dat deze zorgverzekeraars elkaars inkoopbeleid niet volgen, waardoor bepaalde MTVDP-interventies (zoals langere consultduur) niet optimaal kunnen worden toegepast.*

Omdat zorgverzekeraars verschillende definities hanteren over MTVDP en hoe MTVDP kan worden toegepast in de praktijk, volgen zij elkaars inkoopbeleid niet altijd. Eén projectgroep in het versnellingstraject heeft te maken met twee preferente zorgverzekeraars die niet dezelfde interventies financieren, waardoor het voor deze projectgroep maar beperkt mogelijk is (maximaal ca. 2 uur per dag) om de langere consultduur van gemiddeld 15 minuten te organiseren.

*Geleerde les 3: Elke regio en praktijk kent zijn eigen uitdagingen en mogelijkheden, waardoor het belangrijk is om ruimte te geven aan huisartsenpraktijken om MTVDP-interventies te kiezen en in te vullen op een manier die aansluit bij de lokale urgentie en behoeften.*

Hoewel een duidelijk visie en kader voor MTVDP de snelheid waarmee projectgroepen met MTVDP kunnen starten bevordert, is het belangrijk om in de uitvoering van MTVDP ruimte te bieden aan huisartsenpraktijken om interventies die aansluiten bij de lokale urgentie en behoeften te kunnen uitvoeren. Zo heeft een projectgroep bijvoorbeeld naast een aantal vastgestelde interventies ook drie regio-interventies vormgegeven, te noemen het beeldconsult, Welzijn op Recept en aansluiting bij Burgerinitiatieven. Deze interventies zijn op basis van lokale urgentie en behoeften toegevoegd aan het interventiepakket van de projectgroep, waarmee het MTVDP-project aansluit bij de context van de deelnemende huisartsenpraktijken en daarmee voorziet in maatwerk. Ook het Nivel (2021) benadrukt dat het belangrijk is om in de uitvoering van MTVDP ruimte te bieden voor maatwerk, zodat de interventies die in het kader van MTVDP worden uitgevoerd aansluiten bij de lokale problematiek en mogelijkheden en daarmee recht doen aan de praktijk.

**Advies 1:** Om de verdere verbreding van MTVDP duurzaam te kunnen versnellen, is het van belang dat er door de LHV, InEen en ZN een duidelijke en eenduidige visie op MTVDP wordt gevormd welke concreet wordt gemaakt in een uniforme en richtinggevende leidraad voor huisartsenpraktijken, regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en zorgverzekeraars waarin de definitie van MTVDP inclusief interventies (met ruimte voor regionale invulling) wordt opgenomen. Het is van belang dat alle zorgverzekeraars deze leidraad aanbieden in de contractering om uniformiteit in het veld te creëren en verdere uitrol te bevorderen.

## 1. Definitie en kader van MTVDP

*Geleerde les 4: (Oplopende) tekorten aan personeel in de huisartsenzorg, zorgen ervoor dat de inzet van extra personeel niet altijd (meer) kan worden toegepast in de praktijk, waardoor de invulling van MTVDP-projecten in sommige gevallen is herijkt of niet volledig kan worden toegepast.*

Bij de ontwikkeling van het MTVDP-gedachtegoed, vormde de inzet van extra personeel (met name huisartsencapaciteit), een primaire interventie om langere consultduur te realiseren. Door het (dreigende) arbeidsmarkttekort van professionals in de huisartsenzorg, is deze interventie niet altijd meer houdbaar en opschaalbaar in alle regio's. Deze ontwikkeling van inzichten over de invulling van MTVDP, heeft er voor één projectgroep toe geleid dat zij de invulling van MTVDP hebben moeten herijken: in plaats van langere consultduur en aanvullende interventies primair mogelijk te maken door de inzet van extra personeel, moet dit nu primair worden gerealiseerd door andere interventies (bijv. taakherschikking). Ook het Nivel (2021) benadrukt dat het vinden van (goed) personeel in het kader van MTVDP een uitdaging kan zijn in het licht van de personeelstekorten in de huisartsenzorg.

**Advies 2:** In het licht van de (oplopende) personeelstekorten in de huisartsenzorg, is het van toenemend belang dat de eventuele inzet van extra personeel altijd plaatsvindt in combinatie met interventies die op een andere manier bijdragen aan het creëren van meer tijd in de spreekkamer. Hierbij is het wenselijk dat de LHV, InEen en ZN een standpunt over de inzet van extra personeel als interventie opnemen in de gewenste uniforme en richtinggevende leidraad voor MTVDP. Het voorstel is om in dit standpunt mee te nemen dat daar waar de inzet van extra personeel gewenst en mogelijk is, deze interventie (in combinatie met andere interventies die meer tijd in de spreekkamer creëren) moet kunnen worden toegepast door huisartsenpraktijken om invulling te geven aan MTVDP. Daar waar de inzet van extra personeel echter niet gewenst of mogelijk is, moet het mogelijk zijn om intensiever in te zetten op andere interventies die tot meer tijd in de spreekkamer en daarmee voor de patiënt leiden, denk bijvoorbeeld aan interventies gericht op de inzet van digitalisering en taakherschikking.

## 2. Randvoorwaarden voor MTVDP

*Geleerde les 5: Succesvolle toepassing van MTVDP in de praktijk en voorwaarden die worden gesteld aan S3-financiering (verplichting van een overeenkomst inclusief randvoorwaarden waaronder M&E) vragen betrokkenheid en daarmee tijd en inspanning van projectgroepen en deelnemende huisartsen. Met name vanwege het volle bord van de huisartsen, is het niet altijd mogelijk deze tijd en inspanning te leveren waardoor in het versnellingstraject minder projectgroepen dan geambieerd hebben kunnen starten met MTVDP.*

De totstandkoming en uitvoering van MTVDP vraagt de nodige betrokkenheid en daarmee tijd en inspanning van deelnemende huisartsen, gezien het gedachtegoed een andere werkwijze binnen de praktijk impliceert. We zien in de praktijk dat betrokkenheid en toewijding van deelnemende huisartsen bijdraagt aan succesvolle projectvoortgang en daarmee implementatie van interventies. Versterkt door de aanhoudende ervaren werkdruk onder huisartsen, werpt het ontbreken van tijd en ruimte om hiermee aan de slag te gaan, voor hen een drempel op om met het project te starten. Deze drempel wordt versterkt door de financieringsvoorwaarden die aan de huidige bekostiging van MTVDP worden gesteld. S3 kent een contractverplichting wat betekent dat de deelprestatie alleen kan worden gedeclareerd wanneer hier een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. In deze overeenkomst is ruimte om maatwerk voor regionale invulling van MTVDP op te nemen. Daarnaast kunnen in deze overeenkomst inhoudelijke randvoorwaarden worden opgenomen zoals deelname aan MTVDP in groepsverband vanuit de RHO, intervisie en specifieke interventies, maar ook M&E inclusief resultaatafspraken. Deze voorwaarden maken het voor deelnemende huisartsenpraktijken daarmee extra uitdagend om van start te gaan met MTVDP. In de gevallen waarbij zowel bij huisartsen en de zorgverzekeraar onvoldoende beeld en overeenstemming is over hoe MTVDP kan worden toegepast in de praktijk, zien we dat het complex is om tot overeenstemming te komen en daarmee van start te kunnen gaan met MTVDP. In het versnellingstraject hebben we geobserveerd dat (de combinatie van) deze elementen er onder andere toe hebben geleid dat projectgroepen zich gedurende het traject hebben teruggetrokken. Zo heeft een projectgroep aangegeven vanwege de nasleep van COVID-19 en aanhoudende bezettingsproblematiek, geen tijd en ruimte te zien om een start te kunnen maken met MTVDP. Alle deelnemende projectgroepen herkennen deze ervaren werkdruk bij de huisartsen met wie zij binnen het MTVDP-project samenwerken. Ook het Nivel (2021) noemt dat het aanhoudende volle bord van de huisarts een barrière vormt voor huisartsen om invulling te kunnen geven aan MTVDP. Concreet uit dit zich in het feit dat het moeilijk is voor projectleiders om een (groeps)afpraak in de agenda's van huisartsen te krijgen om de invulling van de overeenkomst omtrent MTVDP nader af te stemmen.

Ook rondom de uitvoering van M&E vernemen we van projectgroepen dat deze als administratief belastend wordt ervaren. Zo geven projectgroepen aan dat bijvoorbeeld voor de doelstellingen rondom het verbeteren van patiënttevredenheid en werkbeleving, al verscheidene enquêtes worden afgenomen in het kader van andere projecten zoals het project OPEN, waarbij online inzage van de eigen medische gegevens voor patiënten mogelijk wordt gemaakt. Daarnaast vraagt het ophalen van data in algemene zin relatief veel tijd van deelnemende huisartsen(praktijken). Binnen het versnellingstraject zien we ook dat projectleiders schroom ervaren om huisartsenpraktijken te betrekken in de uitvoering van de monitoring & evaluatie (M&E) van het versnellingstraject, gezien de implementatie van MTVDP al veel van hen vraagt. Zo heeft één projectgroep aangegeven alleen gebruik te kunnen maken van bestaande metingen en data in de uitvoering van deze M&E, om geen extra werk voor huisartsen te creëren. Hierdoor is deze projectgroep slechts deels in staat om deel te nemen aan de M&E in het kader van het versnellingstraject. Tegelijkertijd geven zorgverzekeraars aan dat het vanuit hun rol in het stelsel om toe te zien op de effectieve besteding van publieke middelen, van belang is dat zij inzicht krijgen in de effecten van MTVDP op met name zorgkosten.

## 2. Randvoorwaarden voor MTVDP

**Advies 3:** Het is belangrijk dat de tijd en inspanning die MTVDP van huisartsen vraagt en randvoorwaarden in de overeenkomst voor financiering van MTVDP vanuit S3, niet een te hoge drempel opwerpen voor huisartsen om met MTVDP aan de slag te gaan. Tegelijkertijd moet de verzekeraar vanuit haar rol om de besteding van publieke middelen te kunnen verantwoorden, voldoende zicht hebben op de effecten van MTVDP. De RHO kan daarom een rol vervullen in de ondersteuning van huisartsen met betrekking tot de totstandkoming en uitvoering van MTVDP. Omtrent M&E is het hierbij belangrijk om in elk geval duidelijk afspraken te maken over de wijze (op welke manier wordt deze data opgehaald), de verantwoordelijkheden (wie draagt welke verantwoordelijkheid in het ophalen en analyseren van deze data) en de timing (wanneer wordt er data opgehaald).

*Geleerde les 6: Het ontbreken van eenduidigheid over de te bereiken doelstellingen en te verwachte resultaten van een project en de meting hiervan kan leiden tot uiteenlopende verwachtingen binnen een projectgroep.*

M&E wordt door deelnemende projectgroepen ervaren als een complex onderdeel van het project. Niet alleen vraagt dit de nodige tijdsinvestering van betrokken huisartsen(praktijken), ook kan het voor huisartsen gevoelig liggen om resultaten te delen en bestaan er wisselende ideeën over de doelstellingen van MTVDP tussen huisartsen en verzekeraars. Zo zien we bijvoorbeeld dat er rondom aanvragen diagnostiek, verschillen van inzicht zijn over de mate waarin MTVDP daadwerkelijk een afname van het aantal aanvragen diagnostiek oplevert. De veronderstelling van huisartsen is namelijk dat er door MTVDP juist méér diagnostiek wordt aangevraagd, omdat de huisarts meer inzicht via labonderzoek wenst voordat eventueel wordt overgegaan op het doorverwijzen van de patiënt naar de tweede lijn. Omdat zorg van de tweede lijn verplaatst naar de eerste lijn, neemt geprotocolleerde diagnostiek daarom juist toe. Het is om deze reden van belang dat bij aanvang van het project duidelijke afspraken worden gemaakt tussen deelnemende huisartsen en de verzekeraar over niet alleen de wijze, verantwoordelijkheden en timing van M&E, maar ook afspraken te maken over de inhoud (welke doelstellingen worden beoogd, welke resultaten verwachten we daarbij en welke van deze doelstellingen worden gemeten) hiervan.

**Advies 4:** Het is belangrijk dat zorgverzekeraars, de RHO en deelnemende huisartsenpraktijken binnen de randvoorwaarden, duidelijke afspraken maken over de te bereiken doelstellingen en te verwachte resultaten van MTVDP.

### 3. Project- en stakeholdermanagement

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

Niet elke huisarts zal zich direct kunnen vinden in de opzet van een MTVDP-project. Daarnaast kan het door de aanhoudende werkdruk een uitdaging zijn voor huisartsen om tijd en ruimte vrij te maken om deel te nemen aan het project. Projectgroepen geven aan dat het zinvol is om met een selectie van geïnteresseerde praktijken te beginnen die zich kunnen vinden in de projectopzet en gevraagde tijdsinvestering. Zij hebben daarom voorafgaand aan de start van het project uitgebreide gesprekken gevoerd met geïnteresseerde huisartsen om deze voorwaarden aan hen kenbaar te maken. Hierdoor hebben zij een constructieve samenwerking in de projectuitvoering gerealiseerd waarbij de gevraagde tijdsinvestering ook wordt geleverd, wat de voortgang van het project ten goede komt. Ook het Nivel (2021) geeft aan dat het waardevol is om het project te starten met een groep koplopers. Deze gemotiveerde groep deelnemende huisartsen kan daarmee de basis leggen op inhoud en proces van het project, zodat andere huisartsen uit die regio op termijn daarop kunnen aansluiten.

**Advies 5: Om voorspoedige opstart en uitvoering van het MTVDP-project te waarborgen, is het waardevol om het project te starten met een gemotiveerde groep huisartsen die zich op inhoud en proces committeert aan de opzet van MTVDP en de gevraagde tijdsinvestering kan leveren.**

*Geleerde les 8: Een betrokken projectleider op projectgroep niveau met projectmanagementervaring in een complex stakeholderveld, is van toegevoegde waarde om huisartsenpraktijken organisatorisch en programmatisch te ondersteunen in het project en het project praktijk overstijgend te coördineren.*

De functie van een projectleider is uitdagend en complex, omdat er met veel verschillende belangen rekening moet worden gehouden in de opstart en uitvoering van het project. In de opstartfase vraagt het inspanning en daadkracht van een projectleider om de verschillende en soms uiteenlopende wensen van huisartsen ten aanzien van MTVDP samen te brengen en daarnaast ook afspraken te maken met de verzekeraar. Tijdens de uitvoering van het project, moet de projectleider (rekening houdend met de context van elke individuele praktijk) gezamenlijke doelstellingen weten te bereiken. Dit kan soms spanning opleveren omdat in elke huisartsenpraktijk weer andere ontwikkelingen spelen die invloed hebben op de voortgang van het project. De ervaringen uit het versnellingstraject maken duidelijk dat een projectleider idealiter 16 uur per week beschikbaar is om het project te begeleiden. Deze inzet is met name in de eerste fase van het project nodig en kan worden afgeschaald naarmate MTVDP onderdeel wordt van de reguliere manier van werken. Ook het Nivel (2021) merkt op dat het van belang is om een (regionale) projectleider aan te stellen die het initiatief draaiende houdt. Deze projectleider kan vanuit de RHO worden ingezet zodat deze persoon op regio niveau regie kan houden op de voortgang van de implementatie van MTVDP en de deelnemende huisartsen kan ontlasten door concrete hulpvragen op te pakken.

### 3. Project- en stakeholdermanagement

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

Een aangewezen huisarts als kartrekker kan de projectleider op inhoud ondersteunen doordat deze persoon de taal van de huisartsen spreekt. Hierdoor wordt de praktische uitvoerbaarheid van het project gewaarborgd en kan deze persoon ook ontwikkelingen binnen het project op een aanspreekbare manier overbrengen aan deelnemende huisartsen. Ook in contact met de verzekeraar is het belangrijk deze huisarts als “kartrekker” een rol te laten spelen, omdat deze persoon vanuit eigen ervaring kan vertellen over de voortgang van het project en daarmee overtuigend praktijkvoorbeelden kan delen. De ervaringen uit het versnellingstraject maken duidelijk dat een kartrekker idealiter 2 uur per week beschikbaar is om het project te begeleiden.

**Advies 6: Om de implementatie van MTVDP zowel organisatorisch als programmatisch te begeleiden, is het 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. Daarnaast dient bij voorkeur een huisarts betrokken te zijn die als mede-kartrekker op inhoud kan ondersteunen.**

*Geleerde les 10: Wanneer in het MTVDP-project interventies worden toegepast die gericht zijn op het versterken van de samenwerking met andere domeinen zoals bijvoorbeeld de tweede lijn en/of het sociaal domein, is het waardevol hen te betrekken in deze plannen zodat zij worden meegenomen in de verandering en er begrip en versterkte samenwerking ontstaat.*

Een belangrijk onderdeel van MTVDP is de samenwerking met andere domeinen, waaronder meest voorkomend de tweede lijn en het sociaal domein. Zo wordt er door projectgroepen binnen het versnellingstraject samengewerkt met de tweede lijn, door het opzetten van een transmuraal intercollegiaal telefonisch consult en/of digitaal advies consult. Deze interventies betreffen overleg tussen huisarts en specialist in een niet acute setting, waarbij behandeladviezen, nut en noodzaak van een (eventuele) verwijzing en aanvraag van (eventuele) diagnostiek worden besproken. In het kader van samenwerking met het sociaal domein wordt onder andere gewerkt met Welzijn op Recept. Deze interventie richt zich op het versterken van welzijn van mensen met psychosociale problemen, waarbij de huisarts en, indien van toepassing, POH de personen met psychosociale klachten verwijst naar een welzijnsadviseur in het betreffende gebied. Deze welzijnsadviseur zoekt vervolgens samen met deze persoon naar manieren om het welzijn te vergroten door bijvoorbeeld deelname aan groepsactiviteiten en vrijwilligerswerk. Deze voorbeelden van interventies gericht op het versterken van samenwerking met andere domeinen, vragen echter om duidelijke afstemming met de betreffende professionals binnen deze domeinen met wie vanwege MTVDP intensiever wordt samengewerkt. Ervaringen uit het versnellingstraject benadrukken dat het belangrijk is om bij de opstart van deze interventies afstemming te zoeken en samenwerkingsafspraken te maken met deze professionals, om zodoende begrip en versterkte samenwerking te realiseren.

**Advies 7: Gezien samenwerking met andere domeinen een belangrijk onderdeel vormt van MTVDP-projecten, is het wenselijk om bij de opstart van interventies die deze samenwerking versterken afstemming te zoeken en duidelijke samenwerkingsafspraken te maken met professionals die hierbij betrokken zijn.**

### 3. Project- en stakeholdermanagement

*Geleerde les 11: Door assistenten en andere professionals in de huisartsenpraktijk actief te betrekken in de uitvoering van het MTVDP-project, worden zij meegenomen in de verandering in werkwijze door MTVDP.*

De uitvoering van MTVDP heeft invloed op de werkzaamheden van assistenten en andere professionals binnen de huisartsenpraktijk. De assistent heeft bijvoorbeeld bij triage een cruciale rol en dient een inschatting te maken of en zo ja, hoe snel en door wie de patiënt gezien moet worden. Bijvoorbeeld door de inzet van de interventie flexibele consultduur en ander personeel zoals een praktijkondersteuner, moeten assistenten op een andere manier het gesprek met de patiënt voeren om de zorgbehoefte in te kunnen schatten. Het is daarom belangrijk om in het project aandacht te hebben voor de verandering in werkwijze die assistenten, maar ook andere professionals in de huisartsenpraktijk, doormaken. Ook het Nivel (2021) benadrukt dat het van waarde is om het belang en noodzaak van de nieuwe manier van werken over te dragen aan alle medewerkers binnen de praktijk om de voortgang van de implementatie van MTVDP te bespoedigen. Een projectgroep binnen het versnellingstraject heeft om deze reden een aparte intervisiegroep voor assistenten opgezet, om assistenten ook gelegenheid te geven te reflecteren op de veranderingen en zo van elkaar te kunnen leren. Dit zou ook kunnen worden gedaan voor andere professionals zoals de POH.

*Geleerde les 12: De betrokkenheid van praktijkmanagers op praktijkniveau of duidelijke aanspreekpunten binnen de deelnemende praktijken bespoedigt de voortgang van het project.*

Wanneer bij deelnemende huisartsenpraktijken ook praktijkmanagers aanwezig zijn, kunnen zij een sleutelrol vervullen in de uitvoering van het MTVDP-project. Gezien praktijkmanagers projectmanagementervaring hebben binnen de praktijk, kunnen zij een rol spelen in het coördineren van het project en korte lijntjes onderhouden met de projectleider van de projectgroep. De signalerende functie van de praktijkmanager maakt het daardoor voor de projectleider eenvoudiger om snel te kunnen schakelen bij ontwikkelingen binnen het project, waardoor wordt voorkomen dat de projectvoortgang stagneert of vertraagt. Wanneer er geen praktijkmanager aanwezig is, is het waardevol om een alternatief aanspreekpunt binnen de praktijk aan te wijzen om de afstemming met de projectleider te organiseren.

**Advies 8: Om het draagvlak en eigenaarschap voor de toepassing van het MTVDP-project te vergroten, is het belangrijk niet alleen afstemming en/of intervisie met deelnemende huisartsen te organiseren, maar ook met andere functies binnen de praktijk waaronder assistenten en praktijkmanagers. De vorm en de intensiteit van deze afstemming kan per functie verschillen.**



## Hoofdstuk 3: Financiering van MTVDP nu en in de toekomst

Inleiding: In dit versnellingstraject hebben we naast diverse geleerde lessen, ook inzichten opgedaan rondom de bekostiging van MTVDP. Tevens hebben we aanvullende observaties gedaan over de huidige en mogelijke toekomstige bekostiging van MTVDP in gesprekken met zorgverzekeraars VGZ, CZ, Menzis, Eno en Zilveren Kruis en de NZa. In dit hoofdstuk staan we in deel 1 stil bij de huidige bekostiging van MTVDP (hoofdzakelijk vanuit S3) en bespreken we alternatieve mogelijkheden voor de financiering van MTVDP binnen de huidige bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (S1 en S2). In het tweede deel van dit hoofdstuk, lichten we ons bekostigingsvoorstel voor de verdere verbreding van MTVDP nader toe, waarbij we aan de hand van een aantal dilemma's een voorstel doen voor activiteiten om deze bekostiging verder vorm te geven.

### 3.1. Financiering van MTVDP binnen de huidige bekostiging van de huisartsenzorg

De bekostiging van de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg is grotendeels ingedeeld in 3 segmenten, te weten:

1. *Basisvoorziening huisartsenzorg segment 1 (S1)*: Basiszorg wat grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd en/of uitgevoerd kan worden. Hieronder vallen de prestaties zoals het inschrijftarief en de consulttarieven.

2. *Programmatische multidisciplinaire zorg segment 2 (S2)*: Dit segment richt zich op multidisciplinaire eerstelijnszorg waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te geven. Dit segment bestaat uit drie categorieën van prestaties: Organisatie en infrastructuur (O&I), Segment 2A (S2A) gericht op ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in kader van DM2, COPD, VRM en Astma en Segment 2B (S2B) gericht op programmatische zorg voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van S2A.

3. *Resultaatbeloning en zorgvernieuwing segment 3 (S3)*: S3 biedt ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de ingezette zorg uit S1 en S2. Dit gedeelte beschrijft bijvoorbeeld prestaties die het gebruik van digitale zorg kunnen belonen.

Daarnaast kunnen huisartsen prestaties declareren die buiten deze segmenten vallen, bijvoorbeeld de ANW-tarieven, keuringen voor het rijbewijs en zorg aan asielzoekers in een centrale opvang.

### 3.1.1. De bekostiging van de MTVDP-projecten in het versnellingstraject verloopt hoofdzakelijk vanuit S3

In de opzet van het versnellingstraject is aan de voorkant, door de HLA-partijen, opgenomen dat alle deelnemende projectgroepen tot financieringsafspraken moeten komen met de preferente zorgverzekeraar. In totaal hebben 4 deelnemende projectgroepen financieringsafspraken gemaakt met de zorgverzekeraar, waardoor zij al gestart waren of een start hebben kunnen maken met de uitvoering van MTVDP. De uitvoering van de MTVDP-interventies wordt voor deze projectgroepen door de verzekeraar bekostigd vanuit S3. Ook de zeven onderzochte MTVDP-projecten uit het onderzoek door het Nivel (2021) worden hoofdzakelijk gefinancierd vanuit S3. Voor de financiering van MTVDP vanuit S3 ontvangen de deelnemende praktijken in het versnellingstraject per kwartaal een vast bedrag per ingeschreven verzekerde, waarbij de huisartsen ofwel rechtstreeks ofwel via de RHO worden uitbetaald. De MTVDP-projecten hebben hierbij een financieringsovereenkomst voor de duur van 2 jaar gesloten met de verzekeraar. Daarnaast wordt de benodigde projectondersteuning voor drie van deze projectgroepen bekostigd vanuit subsidie van Versterking Eerstelijns Zuid-Nederland (VEZN) door zorgverzekeraars CZ en VGZ die via deze projectfinanciering bijdragen aan regionaal relevante ontwikkelingen in de zorg. De vierde projectgroep heeft eenmalig vanuit de verzekeraar middelen voor projectondersteuning gekregen, waarbij de projectgroep in de toekomst deze ondersteuning vanuit (Organisatie & Infrastructuur) O&I gelden binnen S2 moet gaan bekostigen.

S3 richt zich op het stimuleren van zorgvernieuwing en biedt daarmee ruimte aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwingen op lokaal niveau. Hiervoor kan een vrij tarief worden gehanteerd. Concreet wordt MTVDP gerekend onder de deelprestatie 'overige zorgvernieuwingen' wat in de praktijk ook wel wordt aangemerkt als een 'S3 maatwerkafpraak'. Vanuit de observaties van dit versnellingstraject over de bekostiging van MTVDP, zijn onderstaande kenmerken van S3 belangrijk om te adresseren:

- S3 biedt de mogelijkheid om een prestatie gericht op zorgvernieuwing voor **een bepaalde periode** beschikbaar te stellen aan de zorgaanbieder. S3 laat het toe om gedurende het jaar afspraken te maken met de zorgaanbieder. Hiermee wordt S3 **gezien als een vorm van tijdelijke financiering** die voor een vooraf overeengekomen periode wordt toegekend;
- S3 kent **een contractverplichting** wat betekent dat de deelprestatie alleen kan worden gedeclareerd wanneer hier een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. In deze overeenkomst is ruimte om **maatwerk voor regionale invulling van MTVDP** op te nemen. Daarnaast kunnen in deze overeenkomst **bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden** voor de toepassing van MTVDP worden opgenomen, waaronder **ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO** en ook **M&E inclusief resultaatafspraken**.

### 3.1.2. S1 en S2 vormen alternatieve vormen van bekostiging voor MTVDP

S1 richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. Deze basisvoorziening heeft betrekking op zorgvragen en aandoeningen waarvoor de huisarts doorgaans het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt. Hiervoor gelden de NZa maximumtarieven. Vanuit de observaties van dit versnellingstraject over de bekostiging van MTVDP, zijn onderstaande kenmerken van S1 belangrijk voor het onderzoeken van dit alternatief voor de bekostiging van MTVDP:

- S1 betreft de basisvoorziening huisartsenzorg welke in principe voor **onbepaalde periode** toegankelijk is en wordt daarmee gezien als een vorm van **structurele financiering**;

- S1 hanteert geen contractverplichting met de verzekeraar en is daarmee **vrij toegankelijk voor elke individuele huisarts**. Hoewel het binnen S1 wel mogelijk is om vanuit de beleidsregel voorwaarden op te nemen welke voorschrijven onder welke voorwaarden de prestatie mag worden gedeclareerd, kunnen er in principe **geen inhoudelijke richtlijnen** die voorschrijven hoe de zorgaanbieder zorg moet verlenen in deze voorwaarden worden opgenomen. Hierdoor is het complex om **reeds bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden** voor de toepassing van MTVDP (waaronder **ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO**) op te nemen binnen S1.

Op dit moment wordt MTVDP nog niet gefinancierd vanuit S1. Wel heeft het ministerie van VWS (zoals opgenomen in het Integraal Zorgakkoord (IZA)) aangegeven de NZa te hebben verzocht om voor 1 juli 2023 met een advies te komen over hoe MTVDP via de bekostiging en regelgeving voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg maximaal gefaciliteerd kan worden. Aanvullend heeft Minister Kuipers op 15 september 2022 in een brief gericht aan het LHV-bestuur aangegeven de NZa te hebben verzocht te onderzoeken hoe MTVDP het beste structureel onder kan worden gebracht in de bekostiging van huisartsenzorg zoals wij die kennen in S1, met als doel om MTVDP de komende jaren verder te kunnen opschalen.

S2 richt zich op programmatische multidisciplinaire zorg, waarbij naast de huisarts ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te leveren. S2 heeft als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continu verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg. Vanuit de observaties van dit versnellingstraject omtrent de bekostiging van MTVDP, zijn onderstaande kenmerken van S2 relevant voor het onderzoeken van dit alternatief voor de bekostiging van MTVDP:

- S2 biedt de mogelijkheid om een prestatie gericht op (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners voor **een bepaalde periode** beschikbaar te stellen aan de zorgaanbieder. Zo kan vanuit de prestatie O&I bijvoorbeeld een ondersteuningsstructuur worden gefinancierd waarbij partijen zich gezamenlijk organiseren en gemandateerd zijn om namens de aangesloten zorgverleners afspraken te maken met stakeholders. S2 laat het toe om gedurende het jaar afspraken te maken met de zorgaanbieder. S2 is daarnaast een vorm van financiering die voor een vooraf overeengekomen periode wordt toegekend;
- S2 kent **een contractverplichting** wat betekent dat de deelprestatie alleen kan worden gedeclareerd wanneer hier een overeenkomst tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar aan ten grondslag ligt. Daarnaast is in S2 ruimte om **maatwerk voor regionale invulling** van MTVDP op te nemen. Tegelijkertijd kunnen deze **afspraken zich enkel richten op (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners** en daarmee alleen worden aangevraagd door een georganiseerd samenwerkingsverband zoals de RHO dan wel een huisartsenpraktijk die de zorg in samenwerking met andere zorgverleners organiseert.

Binnen het versnellingstraject worden er op dit moment geen MTVDP-projecten gefinancierd vanuit S2.

### **3.1.3. Over de voor- en nadelen van financiering van MTVDP vanuit S3 bestaan wisselende ideeën tussen huisartsen en zorgverzekeraars**

In het versnellingsstraject observeren we dat in de regel S3 wordt toegepast voor de financiering van MTVDP, omdat het project wordt gezien als een vorm van zorgvernieuwing. Op basis van de kenmerken van S3 zien we in het versnellingsstraject dat dit segment nadelen heeft voor huisartsen, omdat de middelen vaak voor een bepaalde periode (en daarmee niet structureel beschikbaar) worden gesteld en de totstandkoming en uitvoering van de overeenkomst vaak veel tijd van hen vraagt. Voor de verzekeraar bieden de kenmerken vanuit S3 daarentegen juist de mogelijkheid om de voortgang van de implementatie van MTVDP te monitoren en daar duidelijke randvoorwaarden inclusief resultaatafspraken aan te verbinden.

Aangezien de positieve effecten (rondom het verbeteren van patiëntentevredenheid, werkbeleving en het beheersen van zorgkosten) van MTVDP zich zoals onder andere benadrukt in het rapport van Nivel (2021) hebben bewezen, komt vanuit de huisartsen en beroepsverenigingen het geluid naar voren dat het een wenselijke vervolgstap is om MTVDP te bekostigen vanuit S1. De achterliggende reden is dat zij veronderstellen dat door het wegnemen van de zojuist beschreven kenmerken van S3 die barrières opwerpen voor huisartsen om met MTVDP aan de slag te gaan, de verdere opschaling van MTVDP kan worden ingezet. Op het moment dat MTVDP namelijk vanuit S1 wordt bekostigd, wordt het gerekend tot een basisvoorziening voor alle huisartsen waarmee de contractverplichting wegvalt en de inzet van MTVDP voor elke individuele huisarts in principe structureel te declareren is. Zorgverzekeraars zien deze ontwikkeling als minder wenselijk omdat met het wegvallen van de contractverplichting, het complex is om de reeds bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP (waaronder ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO) en M&E inclusief resultaatafspraken op te nemen binnen S1. Zorgverzekeraars zien het risico dat er hierdoor een grote variëteit aan uitvoeringsvormen van MTVDP ontstaat die de reeds bewezen effecten van huidige MTVDP-projecten niet realiseren. Daarnaast zien zij het risico dat door het wegvallen van M&E, de beweging die met de versnelling van MTVDP via S1 wordt ingezet onvoldoende gevolgd kan worden, waardoor inzicht in de effecten van deze besteding ten behoeve van MTVDP beperkt wordt.

### **3.1.4. Financiering van MTVDP vanuit S2 is alleen mogelijk voor interventies die gericht zijn op (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners**

Bekostiging van MTVDP vanuit S2 wordt door zowel beroepsverenigingen als zorgverzekeraars niet genoemd als meest voordehandliggend alternatief voor de huidige financiering van MTVDP binnen S3, gezien S2 alleen de mogelijkheid biedt om afspraken te maken over (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners en daarmee niet andersoortige interventies, zoals langere consultduur. Hierdoor is S2 niet per definitie ongeschikt als onderdeel van de bekostiging van MTVDP, maar zal dit segment altijd in combinatie met andere segmenten zoals S1 en S3 moeten worden ingezet om MTVDP te kunnen financieren. Daarnaast kent S2 veel overeenkomsten in opbouw met S3 (met name de aanwezigheid van een contractverplichting), waardoor S2 geen alternatief biedt voor het ondervangen van de ervaren nadelen van S3 vanuit het perspectief van huisartsen. Wel biedt de O&I prestatie binnen S2 de mogelijkheid om de ondersteuning van de RHO in de uitvoering van MTVDP te financieren.

Op basis van bovenstaande constatering en de inzichten uit de geleerde lessen van het versnellingsstraject welke in hoofdstuk 1 zijn toegelicht, lichten we in het tweede deel van dit hoofdstuk ons voorstel voor de bekostiging van MTVDP toe.

### 3.2. Voorstel voor bekostiging van de verdere verbreding van MTVDP

In het IZA is opgenomen dat huisartsen, RHO's en zorgverzekeraars met elkaar ambiëren om voor alle 17 miljoen Nederlanders passende tijd door middel van MTVDP te organiseren. Om deze ambitie te kunnen bereiken en MTVDP daarmee de komende jaren verder te kunnen opschalen, vinden we het passend dat MTVDP op termijn structureel wordt bekostigd<sup>2</sup>. Een optie is financiering van MTVDP vanuit S1. Tegelijkertijd constateren we dat financiering van MTVDP vanuit S1 wel een tweetal dilemma's met zich meebrengt welke om nadere uitwerking vragen. Ook wat betreft de huidige financiering van MTVDP vanuit S3 identificeren we een tweetal dilemma's die vragen om nadere uitwerking. Gezien partijen verschillende beelden hebben over de manier waarop MTVDP structureel zou moeten worden bekostigd, luidt ons advies voor verdere bekostiging van MTVDP als volgt:

*“Werk toe naar structurele financiering van MTVDP met als doel om 17 miljoen mensen te kunnen bereiken, waarbij het noodzakelijk is om tot die tijd een viertal dilemma's te adresseren binnen S1 en S3”.*

Op dit moment kan geen inschatting worden gegeven binnen welke termijn het mogelijk is deze dilemma's te ondervangen, gezien dit afhangt van een reeks factoren waaronder de snelheid waarmee de voorgestelde activiteiten worden opgepakt door partijen en de mate waarin het de partijen lukt om tot overeenstemming te komen over de genoemde dilemma's.

In deel 3.2.1. van dit hoofdstuk lichten we de twee dilemma's voor financiering vanuit S1 toe, inclusief voorstel voor activiteiten om deze dilemma's te ondervangen. In het IZA is opgenomen dat voor 2023 in elk geval geldt dat zorgverzekeraars MTVDP aanbieden in de contractering via S3. Deel 3.2.2. van dit hoofdstuk richt zich dan ook op twee resterende dilemma's die we observeren met betrekking tot de voorlopige financiering van MTVDP vanuit S3, inclusief activiteiten die deze dilemma's ondervangen.

---

<sup>2</sup>Dit geldt voor zowel huisartsen als RHO's. We gaan hier niet in op de structurele financiering van de rol van de RHO in MTVDP en financiering van MTVDP vanuit S2, omdat hieromrentrent geen knelpunten uit de geleerde lessen van het versnellingsstraject naar voren zijn gekomen. Zoals toegelicht in deel 1 van dit hoofdstuk biedt S2 de mogelijkheid om afspraken te maken over (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners. Hiermee is S2 niet per definitie ongeschikt als onderdeel van de bekostiging van MTVDP, maar zal dit segment altijd in combinatie met andere segmenten zoals S1 en S3 moeten worden ingezet om MTVDP te kunnen financieren.

### 3.2.1. Dilemma's financiering van MTVDP vanuit S1

#### Activiteit 1 & 2: stel een leidraad op en onderzoek borging hiervan in S1

Dilemma 1: Een uniforme en richtinggevende leidraad is nodig om duurzame versnelling van MTVDP te realiseren. Tegelijkertijd biedt S1 **slechts beperkte mogelijkheden om de bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden uit de leidraad op te nemen in de prestatiebeschrijving** en daarmee te verbinden aan de uitvoering van MTVDP. Wanneer deze leidraad niet kan worden opgenomen binnen de financiering van MTVDP vanuit S1, ontstaat **het risico dat er een grote variëteit aan MTVDP-projecten ontstaat die de reeds bewezen effecten van huidige MTVDP-projecten niet realiseren**

##### Activiteit 1



*Laat de LHV, InEen en ZN allereerst **een uniforme en richtinggevende leidraad** (inclusief bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP waaronder ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO) **opstellen**, om het op termijn mogelijk te kunnen maken MTVDP structureel te financieren en MTVDP daarmee duurzaam te financieren*

##### Activiteit 2



*Laat de NZa onderzoeken hoe **de inhoud van deze uniforme en richtinggevende leidraad** (inclusief bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP waaronder ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO) **zodanig kan worden meegenomen in de structurele bekostiging van MTVDP**, dat de **reeds bewezen effecten van MTVDP-projecten worden gerealiseerd***

#### Activiteit 3: zet een monitor op om het effect van MTVDP op kosten te volgen

Dilemma 2: Ondanks dat de positieve effecten van MTVDP reeds zijn aangetoond, achten wij het waardevol om **de uitgaven en resultaten van MTVDP 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 (domein overstijgende) bekostiging van MTVDP te voeren**. Hoewel S1 het voor huisartsen toegankelijker maakt om met MTVDP aan de slag te gaan, biedt S1 (o.a. door het wegvallen van M&E inclusief resultaatafspraken) weinig ruimte om deze effecten te monitoren en hierop te sturen op praktijkniveau. Het risico bestaat dat **de beweging** die met de versnelling van MTVDP via S1 wordt ingezet, daardoor **onvoldoende gevolgd** kan worden

##### Activiteit 3



*Laat VWS en/of ZN gedurende de verdere uitrol van MTVDP een **landelijke monitor** opzetten om **het effect van MTVDP op in elk geval zorgkosten te monitoren**, met daarbij aandacht voor het uitvoeren van **verdiepende kosten-baten analyses** (ook regionaal/lokaal mogelijk) om het effect van MTVDP op o.a. andere domeinen nader te onderzoeken. Het is van belang dat de **belasting hiervan voor huisartsen verwaarloosbaar is***

### 3.2.1. Dilemma's financiering van MTVDP vanuit S1

*Dilemma 1: Een uniforme en richtinggevende leidraad is nodig om duurzame versnelling van MTVDP 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 MTVDP. Wanneer deze leidraad niet kan worden opgenomen binnen de financiering van MTVDP vanuit S1, ontstaat het risico dat er een grote variëteit aan uitvoeringsvormen van MTVDP ontstaat die de reeds bewezen effecten van huidige MTVDP-projecten niet realiseren.*

Zoals toegelicht in hoofdstuk 1 zien we op dit moment dat door het ontbreken van een uniforme en richtinggevende leidraad, MTVDP op diverse manieren wordt geïnterpreteerd en toegepast in de praktijk. Ook zien we dat de visie in ontwikkeling is, mede veroorzaakt door de veranderende context waarin de huisartsenzorg en MTVDP zich bevinden. Zo hebben bijvoorbeeld de (oplopende) personeelstekorten in de zorg effect op het inzetten van extra personele capaciteit als interventie. Hoewel de positieve effecten van een aantal van deze projecten reeds zijn bewezen, is er nog geen consensus over de definitie en de toepassing van het MTVDP-gedachtegoed. Door het ontbreken van consensus in het veld over de definitie en toepassing van MTVDP, de huidige verscheidenheid aan vormen waarin MTVDP daarom wordt toegepast en de beperkte schaal waarop dit gebeurt, zien we een dilemma om MTVDP op korte termijn te financieren vanuit S1. Zo zijn de voorwaarden die in de S1 prestatiebeschrijvingen kunnen worden opgesteld beperkt en bieden deze niet veel mogelijkheden om bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden met een inhoudelijk karakter op te nemen. Een heel aantal interventies heeft betrekking op indirecte tijd, en de NZa-prestatiebeschrijvingen hebben betrekking op directe tijd. De indirecte tijd is in de maximumtarieven verdisconteerd. S1-prestaties bieden daarnaast beperkt mogelijkheden voor maatwerkafspraken over interventies en de inzet van het regionaal samenwerkingsverband, en te behalen resultaten. Ook zien zorgverzekeraars het risico dat door het vervallen van de contractvereiste binnen S1 er niet-gecontracteerd ongeclausuleerd geclaimd kan worden. Hierdoor is geen instrument voorhanden om de uitvoering van MTVDP en daarmee de kwaliteit van zorg te monitoren, waarmee het risico bestaat dat het potentieel van de reeds bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden niet volledig worden benut omdat inhoudelijke richtlijnen niet zijn meegenomen in de uitvoering. Het risico bestaat dat wanneer de versnelling van MTVDP wordt doorgezet binnen S1 zónder de borging van deze uniforme en richtinggevende leidraad waarin bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden zijn opgenomen, er een grote variëteit aan uitvoeringsvormen van MTVDP ontstaat die niet de reeds bewezen effecten van MTVDP-projecten realiseren. Het dilemma kan wat ons betreft worden geadresseerd middels twee activiteiten:

**Activiteit 1:** Laat de LHV, InEen en ZN allereerst een uniforme en richtinggevende leidraad<sup>3</sup> (inclusief bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP waaronder ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO) opstellen, om het op termijn mogelijk te kunnen maken MTVDP structureel te financieren en MTVDP daarmee duurzaam te financieren.

**Activiteit 2:** Laat de NZa onderzoeken hoe de inhoud van de leidraad (inclusief bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP waaronder ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO) zodanig kan worden meegenomen in een structurele bekostiging van MTVDP, dat de reeds bewezen effecten van MTVDP-projecten worden gerealiseerd.

<sup>3</sup>Op het moment van schrijven is reeds door de LHV, ZN en InEen gezamenlijk een uniforme en richtinggevende leidraad opgesteld voor de verdere uitbouw en doorontwikkeling van MTVDP in de huisartsenzorg. Deze leidraad bevat tevens de kaders en randvoorwaarden waarbinnen MTVDP per 2023 wordt vormgegeven en de contractering plaatsvindt. Daarnaast is er een prestatie ontwikkeld die is opgenomen in de contractering. In dit traject zijn inzichten uit het huidige versnellingsstraject meegenomen en zijn de IZA-afspraken leidend.



### 3.2.1. Dilemma's financiering van MTVDP vanuit S1

*Dilemma 2: Ondanks dat de positieve effecten van MTVDP reeds zijn aangetoond, achten we het waardevol om de effecten van MTVDP 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 MTVDP te voeden. Hoewel S1 het voor huisartsen toegankelijker maakt om met MTVDP aan de slag te gaan, biedt S1 (o.a. door het wegvallen van M&E 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 MTVDP via S1 wordt ingezet, daardoor onvoldoende gevolgd kan worden.*

Zoals toegelicht in het eerste deel van dit hoofdstuk, komt vanuit de huisartsen en beroepsverenigingen het geluid naar voren dat het een wenselijke vervolgstap is om MTVDP te bekostigen vanuit S1, omdat de positieve effecten van MTVDP (rondom het verbeteren van patiëntentevredenheid, werkbeleving en het beheersen van zorgkosten) zich reeds hebben bewezen. Het Nivel (2021) beschrijft dat de meest concrete resultaten van MTVDP-projecten aantonen dat MTVDP leidt tot meer tijdsbesteding van huisartsen aan consultvoering en 'effectieve tijd voor de patiënt', verbetering van werkplezier en vermindering van de ervaren werkdruk, minder verwijzingen naar de tweede lijn en minder voorschrijven van medicatie.

Hoewel met de financiering van MTVDP in S1 de kenmerken van S3 wegvallen (waaronder M&E inclusief resultaatafspraken) die barrières opwerpen voor huisartsen om met MTVDP aan de slag te gaan, brengt dit ook de mogelijke consequentie met zich mee dat deze effecten van MTVDP op het vlak van bijvoorbeeld zorgkosten niet meer worden gevolgd. Het potentiële risico dat hiermee ontstaat is dat mogelijke alternatieve vormen van financiering van MTVDP ook niet nader worden onderzocht, hoewel deze wel zeer interessant zijn om MTVDP duurzaam te kunnen blijven bekostigen. Ook het Nivel (2021) benadrukt in haar onderzoek dat volgens de geïnterviewde projectleiders, zorgverzekeraars en betrokken huisartsen van de zeven MTVDP-projecten, duurzame financiering van MTVDP uit substitutie van andere zorgsectoren waaronder de tweede lijn, het sociaal domein, de paramedische zorg en de langdurige zorg moet komen. Zo voedt het effect van MTVDP op het verminderen van het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn, de gedachte dat de investering van MTVDP in de eerste lijn theoretisch gezien zou kunnen worden bekostigd vanuit de besparing in de tweede lijn. Een dergelijke theoretische besparing zou mogelijk ook voor andere domeinen gelden zoals de GGZ en het sociaal domein. Tevens benadrukt het Nivel in dit onderzoek het belang van verdiepende kosten-baten analyses, gezien deze inzichten ook de discussie voeden over alternatieve (domeinoverstijgende) vormen van bekostiging. Het dilemma kan wat ons betreft worden geadresseerd middels de volgende activiteit:

**Activiteit 3: Laat VWS en/of ZN gedurende de verdere uitrol van MTVDP een landelijke monitor opzetten om het effect van MTVDP op nog te formuleren doelstellingen volgens de leidraad, maar in elk geval zorgkosten te monitoren, met daarbij aandacht voor het uitvoeren van verdiepende kosten-baten analyses (ook regionaal/lokaal mogelijk) om het effect van MTVDP op o.a. andere domeinen nader te onderzoeken. Het is van belang dat de belasting hiervan voor huisartsen verwaarloosbaar is<sup>4</sup>.**

<sup>4</sup>Zorgverzekeraars zouden op basis van declaratiedata desgewenst een monitor kunnen opzetten om deze inzichten te genereren. Tevens kunnen hiervoor ook bestaande monitoringsinstrumenten worden ingezet. Het Nivel (2021) noemt aanvullend dat verdiepende kosten-baten analyses niet per definitie door de huisartsenvoorzieningen of de zorgverzekeraar uitgevoerd hoeven te worden, maar dat beide opdrachtgevers kunnen kiezen voor derde partijen die deze onafhankelijk uitvoeren.

### 3.2.2. Dilemma's financiering van MTVDP vanuit S3

#### Activiteit 4 & 5: waarborg toegankelijke start vanuit S3 en rol hierin voor RHO

Dilemma 3: Hoewel S3 mogelijkheden biedt om bewezen **effectieve interventies en randvoorwaarden** voor de toepassing van MTVDP en ook M&E op te nemen in de overeenkomst, hebben we in het versnellingstraject geconstateerd dat deze **voorwaarden tegelijkertijd ook een barrière kunnen opwerpen** voor huisartsenpraktijken om met MTVDP 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 MTVDP op met name zorgkosten kunnen volgen, zodat zij hun rol in het waarborgen van effectieve inzet van publieke middelen goed kunnen uitoefenen

##### Activiteit 4



*Laat de zorgverzekeraars in de financiering van MTVDP vanuit S3 een balans vinden in de wens van zorgverzekeraars om de effecten van de versnelling van MTVDP (op met name zorgkosten) te monitoren, zonder dat dit een barrière opwerpt voor huisartsenpraktijken om met MTVDP aan de slag te gaan*

##### Activiteit 5



*Laat daarnaast de LHV, InEen en ZN in de leidraad een ondersteunende rol voor de RHO in de implementatie van MTVDP opnemen. Deze ondersteunende rol bestaat o.a. uit de totstandkoming van afspraken met verzekeraar, het opstarten en het aanbieden van interventies en het regionaal monitoren en evalueren van MTVDP*

#### Activiteit 6: zie toe dat leidraad beschikbaar wordt binnen S3

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 MTVDP naar regionale contractering. Met name het vertrouwen van huisartsen in de daadwerkelijke uitvoering van deze afspraken heeft een deuk opgelopen. In het IZA is MTVDP 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 maken op MTVDP vanuit S3

##### Activiteit 6



*Laat de NZa, conform het IZA, erop toezien dat zorgverzekeraars de leidraad op een toegankelijke en consistente wijze opnemen in de contractering binnen S3 om zodoende het vertrouwen bij huisartsen te herstellen en de versnelling van MTVDP daadwerkelijk te realiseren*

### 3.2.2. Dilemma's financiering van MTVDP vanuit S3

*Dilemma 3: Hoewel S3 mogelijkheden biedt om bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP en ook M&E 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 MTVDP 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 MTVDP op met name zorgkosten kunnen volgen, zodat zij hun rol in het waarborgen van effectieve inzet van publieke middelen goed kunnen uitoefenen.*

Zoals toegelicht in onderdeel 1 van dit hoofdstuk, vraagt de toepassing van MTVDP in de praktijk en voorwaarden die worden gesteld aan S3-financiering (verplichting van een overeenkomst inclusief randvoorwaarden waaronder M&E) betrokkenheid en daarmee tijd en inspanning van projectgroepen en deelnemende huisartsen. Daarnaast hanteert S3 een contractverplichting en daarmee de mogelijkheid om bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP (waaronder ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO) en ook M&E op te nemen in de overeenkomst tussen huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars. Hierdoor is het niet alleen mogelijk om te waarborgen dat de reeds bewezen effecten van MTVDP-projecten worden gerealiseerd, maar ook om de effecten die met de versnelling van MTVDP worden beoogd, waaronder op het vlak van zorgkosten, te monitoren via de M&E. Gezien zorgverzekeraars een rol hebben in het waarborgen dat publieke middelen effectief worden ingezet, is deze monitoring van belang.

Tegelijkertijd zien we dat de toewijding die het vraagt om met MTVDP te starten en de randvoorwaarden die worden gesteld aan de S3-financiering (met name het proces van totstandkoming van deze overeenkomst en de uitvoering van randvoorwaarden waaronder met name de M&E) de nodige tijd en inspanning van deelnemende huisartsen vragen. Versterkt door het volle bord van de huisartsen, is het niet altijd mogelijk deze tijd en inspanning te leveren, ondanks de grote wens van huisartsen om MTVDP te implementeren. Zoals toegelicht in hoofdstuk 1, heeft dit in het versnellingstraject er onder andere toe geleid dat projectgroepen zich gedurende het traject hebben teruggetrokken of nog niet van start hebben kunnen gaan. Daarnaast wordt door projectleiders uit projectgroepen schroom ervaren om huisartsenpraktijken te betrekken in de uitvoering van de M&E van het versnellingstraject, gezien de implementatie van MTVDP al veel van hen vraagt. Het dilemma kan wat ons betreft worden geadresseerd middels de volgende activiteiten:

**Activiteit 4: Laat de zorgverzekeraars in de financiering van MTVDP vanuit S3 een balans vinden in de wens van zorgverzekeraars om de effecten van de versnelling van MTVDP (op met name zorgkosten) te monitoren, zonder dat dit een barrière opwerpt voor huisartsenpraktijken om met MTVDP aan de slag te gaan<sup>5</sup>.**

**Activiteit 5: Laat daarnaast de LHV, InEen en ZN in deze leidraad een ondersteunende rol voor de RHO in de implementatie van MTVDP opnemen. Deze rol bestaat o.a. uit het ondersteunen in het maken van afspraken met de verzekeraar, het opstarten en het aanbieden van interventies en het regionaal monitoren en evalueren van MTVDP.**

<sup>5</sup>Zoals opgenomen in het IZA, is over MTVDP de afspraak gemaakt dat huisartsenpraktijken en RHO's in 2023 kunnen starten mits zij voldoen aan een aantal voorwaarden. Die voorwaarden zijn zodanig geformuleerd dat ze een minimale horde vormen voor de praktijken die vanaf 2023 aan de slag willen en kunnen, maar wel zodanig dat de inzet van extra middelen ook daadwerkelijk tot extra tijd in de spreekkamer leidt. Het gaat hierbij om daadwerkelijk meer tijd in de praktijk, een lerende omgeving middels intervisie en een regionale aanpak met ondersteuning door de RHO. In de leidraad is concreet gemaakt onder welke randvoorwaarden huisartsenpraktijken en RHO's kunnen starten met MTVDP, waarbij deze een minimale horde en daarmee geen barrière voor huisartsenpraktijken opwerpen om met MTVDP aan de slag te gaan.

### 3.2.2. Dilemma's financiering van MTVDP vanuit S3

*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 MTVDP naar regionale contractering. Met name het vertrouwen van huisartsen in de daadwerkelijke uitvoering van deze afspraken heeft een deuk opgelopen. In het IZA is MTVDP 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 maken op MTVDP vanuit S3.*

In het versnellingstraject MTVDP hebben we gemerkt dat de geambieerde versnelling met 10-15 projectgroepen maar beperkt op gang is gekomen. Zoals ook benadrukt in de Mid term Review Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg (11 december 2020), heerst onder de HLA-partijen een wisselend beeld over de mate waarin er voldoende snelheid wordt gemaakt in het vertalen van de thema's (waaronder MTVDP) uit het HLA naar regionale contractering. In de onderhandelingen rondom het IZA afgelopen zomer, heeft de LHV haar teleurstelling rondom het thema MTVDP geuit; vanwege het ontbreken van concrete en afdwingbare afspraken rondom de financiering van MTVDP heeft dit in september 2022 geleid tot een "nee tenzij" tegen het IZA.

In het huidige versnellingstraject MTVDP hebben we geconstateerd dat zorgverzekeraars ieder eigen afspraken maken met huisartsen/projectgroepen afhankelijk van het eigen inkoopbeleid. Daarmee zijn de onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars rondom de invulling, uitvoering en daarbij behorende financiering van MTVDP groot. Niet elke verzekeraar erkent MTVDP als aparte prestatie binnen S3 waardoor zorgverzekeraars elkaars beleid niet altijd volgen, wat (zoals beschreven in hoofdstuk 1) tot knelpunten kan leiden voor huisartsenpraktijken in de uitvoering van het project. Het gegeven dat de inhoud van het HLA-akkoord daarbij moeilijk afdwingbaar is en zorgverzekeraars daarmee een zekere vrijheid hebben om de inhoud van het akkoord naar eigen invulling toe te passen in de contractering, staat de verdere versnelling van MTVDP in de weg. Het dilemma kan wat ons betreft worden geadresseerd middels de volgende activiteit:

**Activiteit 6: Laat de NZa, conform het IZA, erop toezien dat zorgverzekeraars de leidraad op een toegankelijke en consistente wijze opnemen in de contractering binnen S3 om zodoende de versnelling van MTVDP daadwerkelijk te realiseren.**

## Hoofdstuk 4: Ervaringen van huisartsen en assistenten met MTVDP

Inleiding: Van eerdere MTVDP-projecten weten we dat MTVDP effect heeft op de volgende onderdelen: zorgkosten, patiënttevredenheid en werkbeleving. In dit versnellingstraject is bij aanvang door HLA-partijen de ambitie geformuleerd om een Monitoring & Evaluatie (M&E) op te zetten om het effect op deze onderdelen in kaart te brengen. Gezien het voor vier projectgroepen van het versnellingstraject niet mogelijk was effecten op te halen omdat zij ofwel nog niet zijn gestart met de uitvoering van MTVDP ofwel omdat zij de invulling van hun project hebben moeten herijken, hebben we voor drie projectgroepen de effecten van MTVDP in beeld gebracht. Daarnaast bleek het ondanks inspanning niet mogelijk om binnen de looptijd van het versnellingstraject de impact van MTVDP op zorgkosten en patiënttevredenheid in beeld te brengen:

- Wat betreft zorgkosten, bleek het niet mogelijk voor projectgroepen om een representatieve nulmeting uit te voeren binnen de tijdslijnen van het versnellingstraject.
- Wat betreft patiënttevredenheid is een inspanning gedaan om de ervaringen van een representatieve selectie patiënten op te halen bij praktijken, maar hebben we moeten concluderen dat er onvoldoende data was om conclusies te kunnen verbinden aan de ervaringen van patiënten met de huisartsenpraktijk. Daarnaast kon er ook geen representatieve nulmeting worden uitgevoerd, gezien de COVID-19 situatie het voor patiënten moeilijk maakte om te reflecteren op de periode voor de implementatie van MTVDP. Dit is te verklaren doordat er ten gevolge van COVID-19 in de periode 2020-2022 veel veranderingen in de praktijk hebben plaatsgevonden.

Conform het IZA willen we daarbij benadrukken dat het van belang is dat betrokken partijen bij de verdere uitrol van MTVDP (regionale) afspraken maken over de monitoring van de beoogde effecten, waarbij oog is voor de effecten van MTVDP op zorgkosten (o.a. verwijzingen, diagnostieaanvragen en medicatievoorschriften), patiënttevredenheid en werkbeleving). Gezien de effecten van MTVDP op zorgkosten en patiënttevredenheid niet konden worden opgehaald binnen de looptijd van het versnellingstraject, delen we in deze rapportage alleen de effecten van MTVDP rondom de ervaringen van huisartsen en assistenten met MTVDP, waaronder werkbeleving.

Toelichting op methode: De werkgroep van het versnellingstraject MTVDP heeft gezamenlijk de inhoud van de M&E vastgesteld. Wat betreft de effecten van MTVDP rondom de ervaringen van huisartsen en assistenten met MTVDP, bestaat deze M&E uit de volgende elementen:

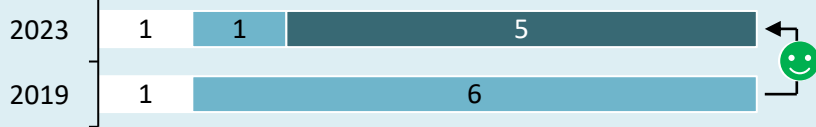
1. Effecten van MTVDP op de werkbeleving van huisartsen en kwaliteit van consulten;
2. Effecten van MTVDP op de werkbeleving van assistenten;
3. Effecten van MTVDP op samenwerking met het sociaal domein;
4. Effecten van MTVDP op samenwerking met andere domeinen en binnen de praktijk; en
5. Ervaringen met implementatie van interventies.

Begin februari 2023 zijn twee focusgroepen georganiseerd, om de ervaringen van huisartsen en assistenten rondom de zojuist toegelichte elementen op te halen. In totaal hebben acht huisartsen en zeven assistenten uit drie projectgroepen deelgenomen aan de focusgroepen. Door middel van het stellen van vergelijkende vragen die inzoomen op de situatie zoals deze nu is ten opzichte van de situatie in 2019, is het effect van MTVDP op de verschillende elementen gemeten. De antwoorden zijn opgehaald via de digitale tool Slido, waarbij na elk onderdeel ruimte was voor een open gesprek over de uitkomsten om deze beter te kunnen duiden en verdiepende vragen te kunnen stellen.

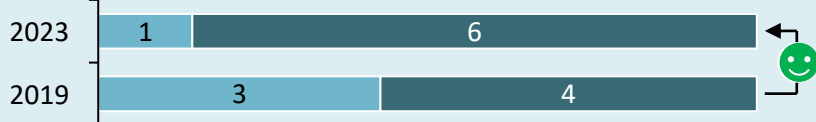
Op de volgende pagina's lichten we de resultaten van deze M&E uitgebreider toe, waarbij we de resultaten per element bespreken. De resultaten worden ondersteund door quotes die zijn opgehaald tijdens focusgroepen.

#### 4.1 Effecten van MTVDP op de werkbeleving van huisartsen en kwaliteit van consulten<sup>6</sup> (N=7)

Op een normale werkdag heb ik voldoende tijd om mijn werk af te krijgen



Werk en privéleven zijn voor mij in balans met elkaar



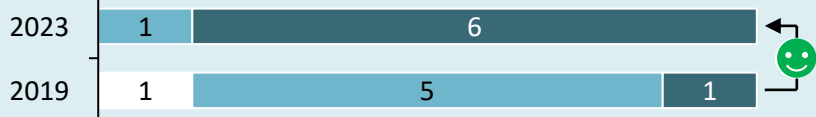
Mijn werk geeft mij energie



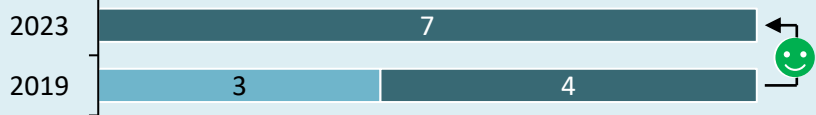
De uitdagingen in mijn werk passen bij mijn kennis en vaardigheden



Ik ervaar voldoende tijd voor de patiënt



Ik haal voldoening uit mijn werk

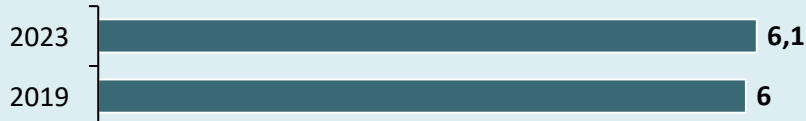


Ervaren werkbeleving gelijk gebleven

Stijging van ervaren werkbeleving

Nooit Meestal  
 Soms Altijd

In welke mate zou u uw baan aanbevelen aan vrienden en familie op een schaal van 1-10?



<sup>6</sup>Bij één van de acht huisartsen zijn de antwoorden op de vragen rondom werkbeleving in 2019 onjuist geregistreerd, waardoor de inbreng van deze huisarts voor alleen dit onderdeel van de M&E niet kon worden meegenomen.

#### 4.1 Effecten van MTVDP op de werkbeleving van huisartsen en kwaliteit van consulten

In de grafieken op de voorgaande pagina is af te lezen dat de werkbeleving van de huisartsen gemiddeld is verbeterd dankzij MTVDP. Opvallend is dat met name de mate waarin huisartsen ervaren dat zij hun werk afkrijgen op een normale werkdag en de ervaring van voldoende tijd voor de patiënt naar verhouding het meest sterk zijn toegenomen. Huisartsen geven aan dat de verlenging van de gemiddelde consultduur van 10 naar 15 minuten hierin een rol speelt:

***“Dankzij de ruimere consultduur kan je eenvoudiger een tweede klacht erbij pakken en je werk ook echt goed afronden”***

Huisartsen ervaren dat zij doordat zij in het kader van MTVDP verschillende interventies zijn gaan uitvoeren om de praktijk toekomstbestendig in te richten, meer werkplezier hebben gekregen:

***“MTVDP heeft mijn werkplezier vergroot omdat ik nu het gevoel heb dat ik daadwerkelijk dingen kan veranderen in de praktijk en daar mogelijkheden voor krijg”***

Tegelijkertijd maken de resultaten kenbaar dat de impact van MTVDP op de ervaren werkbeleving van huisartsen wel beperkt is. In toelichting op deze resultaten geven huisartsen aan dat zij ervaren dat de afgelopen drie jaren de zorgvragen zijn toegenomen en daarbij meer complex zijn geworden. Ook heeft COVID-19 veel impact gehad op de personele bezetting in praktijken en hebben er relatief veel personeelwisselingen plaatsgevonden. Hierdoor krijgen huisartsen ook te maken met HR-gerelateerde zaken:

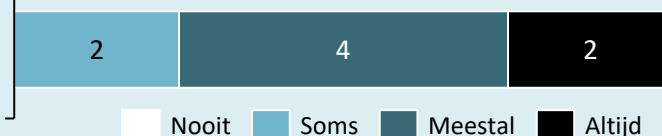
***“Vroeger had ik een praktijk, nu heb ik een bedrijf. Ik wil eigenlijk niet groeien in personeelsbestand, maar inmiddels hebben we al 25 mensen in dienst”***

Huisartsen verklaren hierbij wel dat MTVDP voor hen heeft gefunctioneerd als stabilisator en er in elk geval voor heeft gezorgd dat de werkbeleving niet negatief is beïnvloed ondanks o.a. de toenemende en complexere zorgvragen:

***“In de afgelopen drie jaren is er meer en complexere zorg op het bordje van de huisarts gekomen. MTVDP heeft het effect van de toenemende werkdruk wel gedempt”***

De kwaliteit van consulten is verbeterd sinds de implementatie van MTVDP (N=8)

2023



Zoals zojuist toegelicht, zien huisartsen de meerwaarde van langere consulten van gemiddeld 15 minuten. Zoals bovenstaande figuur laat zien ervaart 50% van de huisartsen dat de kwaliteit van consulten in de meeste gevallen is verbeterd dankzij MTVDP. 25% van de huisartsen geeft aan dat dit altijd het geval is en de overige 25% van de huisartsen geeft aan dat dit soms het geval is. Over de impact van MTVDP op de kwaliteit van consulten zeggen huisartsen het volgende:

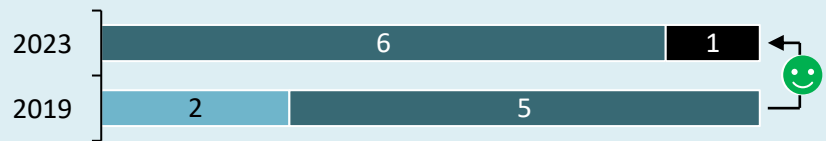
***“Dankzij MTVDP is er meer ruimte om de zin en het nut van verwijzingen en onderzoek te bespreken met de patiënt wat onnodige verwijzingen en onderzoeken voorkomt”***

***“Je hebt als huisarts meer tijd om goed te luisteren en zaken uit te leggen aan de patiënt waardoor je minder ‘noodgrepen’ hoeft te doen omwille van de tijd. Vroeger zette ik toch vaker een verwijzing in om een consult maar af te kunnen ronden”***

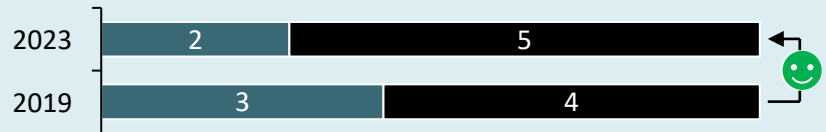


## 4.2 Effecten van MTVDP op de werkbeleving van assistenten (N=7)

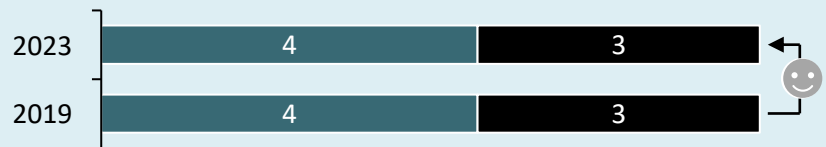
Op een normale werkdag heb ik voldoende tijd om mijn werk af te krijgen



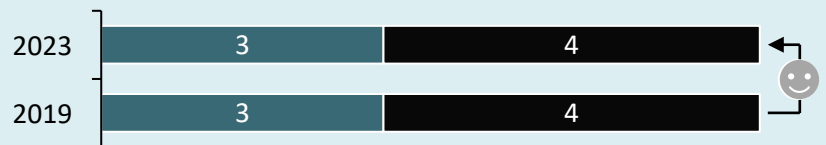
Werk en privéleven zijn voor mij in balans met elkaar



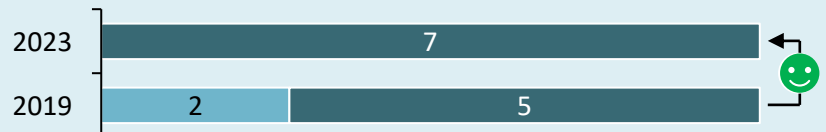
Mijn werk geeft mij energie



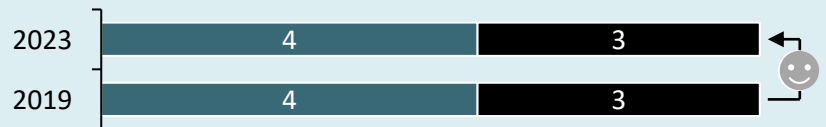
De uitdagingen in mijn werk passen bij mijn kennis en vaardigheden



Ik ervaar voldoende tijd voor de patiënt



Ik haal voldoening uit mijn werk



Ervaren werkbeleving gelijk gebleven

Stijging van ervaren werkbeleving

Nooit Meestal  
 Soms Altijd

In welke mate zou u uw baan aanbevelen aan vrienden en familie op een schaal van 1-10?



## 4.2 Effecten van MTVDP op de werkbeleving van assistenten

Naast huisartsen, hebben we ook bij assistenten uitgevraagd wat het effect is van MTVDP op de ervaren werkbeleving. Zoals zichtbaar in de grafieken op de vorige pagina, is de ervaren werkbeleving van assistenten in vergelijking met huisartsen gemiddeld genomen positiever in zowel de situatie voor implementatie MTVDP als daarna. Net als bij de huisartsen heeft MTVDP met name een impact op de mate waarin assistenten ervaren dat zij hun werk afkrijgen op een normale werkdag en de ervaring van voldoende tijd voor de patiënt. Daarnaast heeft MTVDP voor assistenten ook impact op de ervaren balans tussen werk en privéleven. Voor assistenten is dit onder andere te verklaren doordat er in het kader van MTVDP betere samenwerkingsafspraken zijn gemaakt binnen de praktijk:

***“De tijdsduur van consulten is beter vastgelegd en we bespreken geregeld hoe we de taken beter kunnen verdelen. Daarnaast is er dagelijks vast overleg met de huisartsen”***

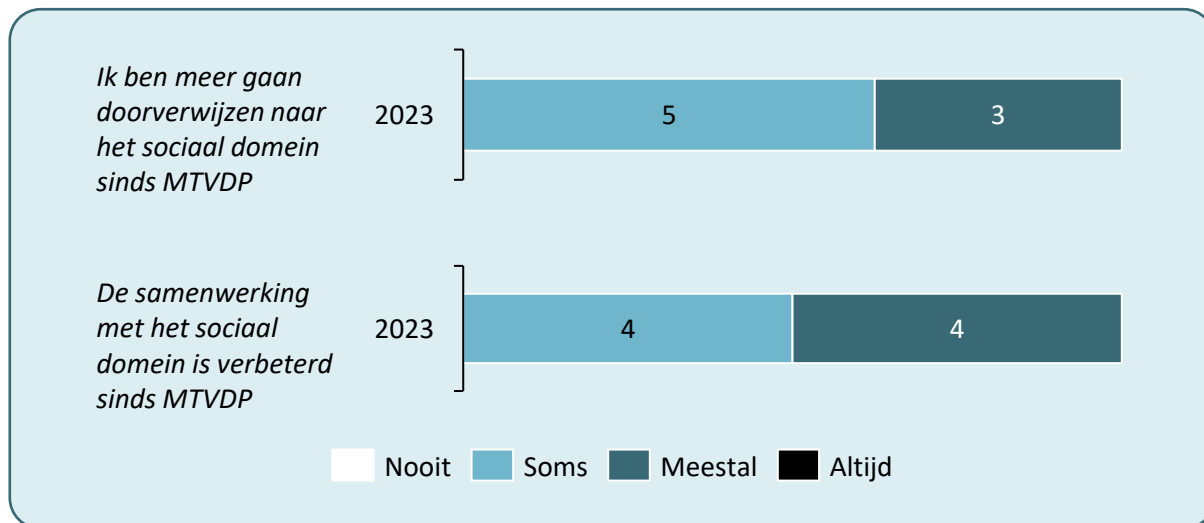
Daarnaast benadrukken assistenten ook het belang van goede triage. In het kader van MTVDP hebben assistenten onder andere triage training gevolgd en vindt er een aantal keer per jaar ook coaching-on-the-job plaats, waarbij de huisarts meekijkt met de assistent waardoor er aandacht is om gezamenlijk te kijken hoe bijvoorbeeld het gesprek met de patiënt aan de telefoon nog beter gevoerd kan worden. Ook met betrekking tot de interventie regie op veelgebruikers, is de rol van de assistent belangrijk. Door deze groep in beeld te brengen, kan de assistent gericht het gesprek met deze doelgroep voeren en daarmee voorkomen dat deze groep patiënten onnodig de huisarts bezoekt:

***“Voor de groep veelgebruikers heb ik als assistent geleerd zo te handelen dat ik het gesprek aan de telefoon tijdig beëindig en ook voorkom dat iemand de huisarts onnodig bezoekt”***

Wel lijkt MTVDP een minder grote impact te hebben op de werkbeleving van assistenten dan op de werkbeleving van huisartsen. Dit is mogelijk te verklaren doordat de interventies die in het kader van MTVDP worden uitgevoerd (o.a. intervisie verwijsgedrag, time-out verwijzingen en transmuraal intercollegiaal consult) een directer effect hebben op de werkzaamheden van de huisarts. Daarnaast ervaren assistenten net als de huisartsen dat de zorgvragen van patiënten toenemen en daarbij meer complex zijn geworden. Hierbij geven assistenten aan dat patiënten mondiger en ook agressiever zijn geworden, waardoor assistenten steeds steviger in hun schoenen moeten staan. Hoewel dit niet gerelateerd is aan MTVDP, heeft dit wel invloed op de ervaren werkbeleving van assistenten:

***“Verbale en fysieke agressie van patiënten komt vaker voor, zowel aan de telefoon als in de praktijk. Je moet als assistent steeds beter bestand zijn tegen mondige patiënten”***

### 4.3 Effecten van MTVDP op samenwerking van huisartsen met sociaal domein (N=8)



In het kader van MTVDP hebben huisartsenpraktijken met behulp van de RHO's zowel binnen als buiten de praktijk (met andere domeinen) de samenwerking versterkt. Allereerst hebben wij aan huisartsen gevraagd in welke mate hun samenwerking met het sociaal domein is verbeterd. De resultaten uit bovenstaande grafieken maken duidelijk dat huisartsen wisselende ervaringen hebben met de mate waarin doorverwijzen naar het sociaal domein vaker voorkomt en samenwerking met het sociaal domein is verbeterd sinds MTVDP.

Als toelichting op dit resultaat geven huisartsen aan dat er veel personele wisselingen zijn binnen het sociaal domein, wat structurele en goede samenwerking bemoeilijkt en doorverwijzen niet altijd mogelijk maakt. Daarnaast is ook niet elke gemeente even ver in de ontwikkeling van samenwerking met huisartsen of het aanbieden van interventies zoals Welzijn op Recept. Ook geven huisartsen aan dat zij zelf veel regie moeten nemen in het opzetten van samenwerking met het sociaal domein, waardoor het potentieel van deze samenwerking nog niet altijd voldoende wordt benut:

***“Welzijn op Recept komt bij ons moeizaam van de grond omdat de gemeente weinig regie neemt”***

De huisartsen die wel actiever zijn gaan samenwerken met het sociaal domein geven aan dat zij patiënten vaker attent maken op het gebruik van interventies zoals Welzijn op Recept:

***“Wekelijks verwijs ik patiënten naar Welzijn op Recept. Omdat hierbij wordt gewerkt met een echt verwijsbriefje, hebben patiënten de ervaring dat het echt om een serieuze interventie gaat”***

Er zijn ook huisartsenpraktijken die dergelijke interventies promoten op social media, waaronder Instagram en Facebook. Hoewel ze de meerwaarde van dergelijke interventies voor patiënten ervaren, geven huisartsen wel aan dat het even kan duren voordat de impact van een interventie zoals een wandelmaatje zich vertaalt in bijvoorbeeld minder bezoeken aan de huisarts:

***“Het duurt even voordat de impact van een dergelijke interventie voelbaar is. Een wandelmaatje moet bijvoorbeeld wel een jaar met een patiënt optrekken voordat deze interventie een bezoek aan een huisarts voor sociaal contact vervangt”***

#### 4.4 Effecten van MTVDP op samenwerking met andere domeinen en in de praktijk<sup>7</sup>

Daarnaast hebben we aan huisartsen gevraagd welke interventies zij met ondersteuning van de RHO uitvoeren om de samenwerking met andere domeinen te versterken. Zowel met zorgverleners binnen de nulde, de eerste en de tweede lijn zien we dat huisartsen periodiek overleg voeren om de samenwerking te versterken. Tijdens deze overleggen bespreken ze casussen met de zorgverleners om zodoende de juiste zorg op de juiste plek te realiseren.

##### Interventies om samenwerking met andere domeinen te versterken

Digitaal advies consult met specialist

Contact met sociaal makelaars

Overleg met gezinscoach

Overleg met de apotheek

Overleg met thuiszorg

Overleg met fysiotherapeut

Contact met sociaal wijkteam

Overleg met tweede lijn over verwijzingen

Overleg met GGZ kernteam

Ook zijn huisartsen in de afgelopen drie jaren meer preventieve interventies gaan inzetten voor patiënten waarvoor dat passend is.

##### Preventieve interventies

Advance care planning (ACP) gesprekken

Module 'omgaan met piekeren'

Leefstijlroer

Sociaal spreekuur

KWIEK beweegroute

Training 'stress de baas'

Ten slotte heeft MTVDP ook invloed op de samenwerking binnen de huisartsenpraktijk. In het kader van MTVDP geven huisartsen en assistenten aan dat zij een aantal interne afspraken hebben gemaakt.

##### Samenwerkingsafspraken binnen de praktijk

Formatie-uitbreiding: o.a. inzet van VS, PA en/of POH

Duidelijke afspraken rondom diagnostiek

Triage door POH-GGZ

Taakherschikking (SOH-spreekuur)

Intervisie met huisartsen

Intercollegiaal overleg

<sup>7</sup>In de bijlagen is een overzicht opgenomen waarin een uitleg over de toepassing van de interventies op deze pagina wordt gegeven.

## 4.5 Ervaringen met implementatie van interventies

### Top 3 interventies die het meest eenvoudig zijn te implementeren binnen de praktijk

1. Flexibele consultduur én training triage assistenten
2. Intervisie verwijsgedrag
3. Transmuraal intercollegiaal (telefonisch) consult én Welzijn op Recept

### Top 3 interventies die het meest complex zijn te implementeren binnen de praktijk

1. Inzet van beeldconsulten
2. Regie veelgebruikers
3. Time-out verwijzingen én verbinding met burgerinitiatieven

### Top 3 interventies die het meeste impact maken

1. Flexibele consultduur
2. Welzijn op Recept
3. Transmuraal intercollegiaal (telefonisch) consult

Ten slotte hebben we aan huisartsen en assistenten gevraagd wat hun ervaringen zijn met de ingezette interventies in het kader van MTVDP. Opvallend is dat flexibele consultduur zowel als interventie wordt gezien die het meest eenvoudig te implementeren is als die het meeste impact maakt. Tegelijkertijd hebben huisartsen wisselende ervaringen met het invoeren van kortere 5 minuten consulten. Een aantal huisartsen geeft aan dat dit korte consult van toegevoegde waarde is om kleine zaken zoals een moedervlek te bespreken:

***“Mij als huisarts bevallen de korte 5 minuten consulten voor behapbare en korte vragen goed. Ik wijs een patiënt meteen naar de behandeltafel en blijf staan, zodat het ook echt bij een kort gesprek blijft”***

Andere huisartsen geven aan dat zij een blok van meerdere 5 minuten consulten niet altijd gevuld krijgen, waardoor deze korte consulten onder de streep lang niet altijd meer tijd voor andere patiënten opleveren. In elk geval vraagt het inplannen van de kortere consulten om goede triage door de assistent:

***“Het inplannen van 5 minuten consulten vraagt van mij als assistent wel dat ik goed moet doorvragen of een zorgvraag echt in 5 minuten kan worden afgedaan”***

Ook Welzijn op Recept en het transmuraal intercollegiaal (telefonisch) consult staan in de top 3 interventies die zowel eenvoudig te implementeren zijn als de meeste impact maken. Wat betreft Welzijn op Recept hebben we reeds besproken dat de huisarts voor de implementatie hiervan, hoewel eenvoudig, wel deels afhankelijk is van de mate waarin de gemeente hier regie inneemt. Wat betreft het transmuraal intercollegiaal (telefonisch) consult, geven huisartsen aan dat door nauw contact met specialisten uit de tweede lijn er meer passende zorg voor de patiënt wordt gerealiseerd. Zo blijkt na contact met de specialist een verwijzing bijvoorbeeld niet altijd nodig.

Wat betreft de inzet van beeldconsulten en regie op veelgebruikers, geven huisartsen en assistenten aan dat deze interventies in de praktijk wel moeilijk uitvoerbaar zijn. Met betrekking tot regie op veelgebruikers, geven huisartsen en assistenten aan dat dit een complexe doelgroep is bestaande uit mensen die bijv. beperkte gezondheidsvaardigheden hebben, waardoor het moeilijk is om hen gebruik te laten maken van andere ondersteuningsvormen binnen bijvoorbeeld het sociaal domein. Wat betreft beeldconsulten geven huisartsen aan dat deze voor niet alle zorgvragen en patiënten kunnen worden ingezet, waardoor de toepassing van deze interventie niet voor elke patiënt mogelijk is.

## Hoofdstuk 5: Conclusie

In deze rapportage is op basis van de geleerde lessen uit het versnellingstraject MTVDP en de verschillende gesprekken die zijn gevoerd met de HLA-partijen, de deelnemende projectgroepen, zorgverzekeraars en de NZa, een advies voor verdere verbreding van MTVDP geformuleerd en een voorstel voor bekostiging van de verdere verbreding van MTVDP opgesteld. In dit slotstuk delen we de conclusies uit deze rapportage.

In het tweede hoofdstuk hebben we aan de hand van de geleerde lessen ons advies voor de verdere verbreding van MTVDP toegelicht. We hebben zowel de geleerde lessen als de adviezen onderverdeeld in drie categorieën: 1) definitie en kader van MTVDP, 2) randvoorwaarden en 3) project- en stakeholdermanagement. Wat betreft de eerste categorie (definitie en kader van MTVDP) hebben we geconstateerd dat er geen eenduidig beeld is onder zorgverzekeraars en huisartsen over de toepassing van MTVDP. Met name rondom de inzet van extra personeel als interventie om MTVDP te realiseren, lopen de denkbeelden uiteen. Niet alleen zijn er wisselende beelden over hoe MTVDP kan worden uitgevoerd, ook bieden zorgverzekeraars MTVDP verschillend aan in de contractering. Om de verdere verbreding van MTVDP duurzaam te kunnen versnellen, achten we het daarom van belang dat er door de LHV, InEen en ZN een duidelijke en eenduidige visie op MTVDP wordt gevormd welke concreet wordt gemaakt in een uniforme en richtinggevende leidraad voor huisartsenpraktijken, RHO's en zorgverzekeraars waarin de definitie van MTVDP inclusief interventies (met ruimte voor regionale invulling) wordt opgenomen. Daarnaast adviseren we dat er in deze leidraad een standpunt moet worden ingenomen over de inzet van personeel als interventie binnen MTVDP, om te waarborgen dat dit in de verdere verbreding niet onderwerp van discussie blijft. In het licht van de (oplopende) personeelstekorten in de huisartsenzorg, is het van toenemend belang dat de eventuele inzet van extra personeel altijd plaatsvindt in combinatie met interventies die op een andere manier bijdragen aan het creëren van meer tijd in de spreekkamer.

Met betrekking tot de tweede categorie (randvoorwaarden), hebben we geconstateerd dat zowel de totstandkoming en uitvoering van MTVDP als het geven van invulling aan de voorwaarden van financiering van MTVDP vanuit S3, de nodige tijd en inspanning van huisartsen vragen. Met het volle bord van huisartsen vandaag de dag, wordt deze ruimte niet altijd gevonden. Tegelijkertijd vormen deze voorwaarden (waaronder M&E) ook een middel voor verzekeraars om hun rol met betrekking tot het waarborgen van de effectieve besteding van publiek geld te kunnen uitoefenen. We adviseren daarom dat de RHO in de verdere uitrol van MTVDP een rol inneemt om invulling te geven aan deze voorwaarden, waarbij de administratieve last voor huisartsen zoveel mogelijk moet worden beperkt. Daarnaast constateren we dat er niet altijd eenduidigheid is tussen zorgverzekeraars en huisartsen over de te verwachte resultaten met betrekking tot de implementatie van MTVDP. We adviseren daarom aanvullend dat de zorgverzekeraars, de RHO en huisartsenpraktijken aan de voorkant duidelijke afspraken maken over de te verwachte resultaten.

Tenslotte, wat betreft de laatste categorie (project- en stakeholdermanagement), hebben we verschillende succesfactoren voor de uitvoering van MTVDP geïdentificeerd, welke resulteren in een viertal adviezen. Allereerst zien we en adviseren we daarom ook dat het waardevol is om de uitvoering van MTVDP in de regio te starten met een gemotiveerde groep huisartsen die zich kan committeren aan de inhoud en het proces. Ook adviseren we om een betrokken projectleider vanuit de RHO beschikbaar te stellen voor de gewenste organisatorische en programmatische begeleiding, waarbij aanvullend ook een betrokken huisarts als kartrekker wordt aangesteld om op inhoud te inspireren. Daarnaast zien we dat het waardevol is om bij de ontwikkeling van interventies die gericht zijn op samenwerking met andere domeinen, afstemming te zoeken en samenwerkingsafspraken met deze domeinen te maken zodat interventies voor alle betrokken partijen op een wenselijke manier worden vormgegeven.

Ook adviseren we om niet alleen deelnemende huisartsen middels intervisie bij de implementatie van MTVDP te betrekken, maar hier ook andere functies binnen de praktijk waaronder assistenten en praktijkmanagers bij aan te laten sluiten.

In het derde hoofdstuk hebben we ons voorstel voor de verdere bekostiging van MTVDP toegelicht, waarbij we het volgende advies hebben geformuleerd: “Werk toe naar structurele financiering van MTVDP met als doel om 17 miljoen mensen te kunnen bereiken, waarbij het noodzakelijk is om tot die tijd een viertal dilemma’s te adresseren binnen S1 en S3”. Zoals nader toegelicht in dit hoofdstuk, zien we een tweetal dilemma’s met betrekking tot de financiering van MTVDP vanuit S1. Het eerste dilemma is dat we constateren dat S1 slechts beperkt ruimte biedt om de uniforme en richtinggevende leidraad welke we nodig achten voor de duurzame versnelling van MTVDP, op te nemen in de prestatiebeschrijving en daarmee te verbinden aan de uitvoering van MTVDP. Wanneer deze leidraad niet kan worden opgenomen binnen de financiering van MTVDP vanuit S1, ontstaat het risico dat er een grote variëteit aan uitvoeringsvormen van MTVDP ontstaat die de reeds bewezen effecten van huidige MTVDP-projecten niet realiseren. Om dit dilemma te ondervangen, hebben we een tweetal activiteiten voorgesteld. Allereerst hebben we voorgesteld dat de LHV, InEen en ZN een uniforme en richtinggevende leidraad (inclusief bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP waaronder ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO) moeten opstellen, om het op termijn mogelijk te kunnen maken MTVDP structureel te financieren en MTVDP daarmee duurzaam te financieren. Daarnaast hebben we voorgesteld dat de NZa dient te onderzoeken hoe de inhoud van deze uniforme en richtinggevende leidraad (inclusief bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP waaronder ruimte voor regionale inkleuring, intervisie en deelname vanuit de RHO) zodanig kan worden meegenomen in de structurele bekostiging van MTVDP, dat de reeds bewezen effecten van huidige MTVDP-projecten worden gerealiseerd.

Het tweede dilemma is dat de beweging die met de versnelling van MTVDP via S1 wordt ingezet, onvoldoende gevolgd kan worden, doordat M&E geen expliciet onderdeel meer is van de uitvoering van MTVDP. We achten de uitvoering van MTVDP van belang om verdiepende kosten-batenanalyses uit te kunnen voeren en daarmee het gesprek over alternatieve integrale (domeinoverstijgende) bekostiging van MTVDP te voeden. Om dit dilemma te ondervangen, hebben we voorgesteld dat VWS en/of ZN gedurende de verdere uitrol van MTVDP een landelijke monitor dienen op te zetten om het effect van MTVDP op in elk geval zorgkosten te monitoren, met daarbij aandacht voor het uitvoeren van verdiepende kosten-baten analyses om het effect van MTVDP op o.a. andere domeinen nader te onderzoeken. We hebben daarnaast aangegeven dat het van belang is dat de belasting hieromtrent voor huisartsen verwaarloosbaar is.

Wat betreft de (voorlopige) financiering van MTVDP vanuit S3 vanaf in elk geval 2023, hebben we aangegeven ook een tweetal dilemma’s te zien die vragen om opvolging via de voorgestelde activiteiten. Allereerst hebben we geconstateerd dat hoewel S3 mogelijkheden biedt om bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP en ook M&E op te nemen in de overeenkomst, deze voorwaarden tegelijkertijd ook een barrière kunnen opwerpen voor huisartsen om met MTVDP aan de slag te gaan omdat deze de nodige tijd en inspanning van hen vragen. Om deze reden hebben we aangegeven dat het belangrijk is dat de LHV, InEen en ZN in de uniforme en richtinggevende leidraad waarborgen dat de voorwaarden die worden gesteld aan de opstart van MTVDP binnen S3 zowel de bewezen effectieve interventies en randvoorwaarden voor de toepassing van MTVDP omvatten, als tegelijkertijd ook geen barrière opwerpen voor huisartsen om met MTVDP aan de slag te gaan. Daarnaast is het van belang dat zij in deze leidraad ook een ondersteunende rol voor de RHO opnemen, zodat deze een functie kan vervullen in het ontlasten van de huisarts in de implementatie van MTVDP.



Als laatste dilemma met betrekking tot de (voorlopige) financiering van MTVDP vanuit S3, hebben we geobserveerd dat onder de HLA-partijen een wisselend beeld heerst over de mate waarin er voldoende snelheid is gemaakt in het vertalen van het thema MTVDP naar regionale contractering. Met name het vertrouwen van huisartsen in de daadwerkelijke uitvoering van deze afspraken heeft een deuk opgelopen, waardoor zij mede het IZA aanvankelijk niet hebben getekend. In het IZA is MTVDP 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 maken op MTVDP vanuit S3. Om deze reden hebben wij als laatste activiteit genoemd dat het van belang is om de NZa erop te laten toezien dat zorgverzekeraars de leidraad op een toegankelijke en consistente wijze opnemen in de contractering binnen S3 om zodoende de versnelling van MTVDP daadwerkelijk te realiseren.

In het vierde hoofdstuk hebben we rondom de M&E van MTVDP de ervaringen van huisartsen en assistenten met MTVDP toegelicht. De resultaten maken kenbaar dat MTVDP gemiddeld genomen een positief effect heeft op de werkbeleving van huisartsen en assistenten. Ook is dankzij MTVDP met ondersteuning van de RHO de samenwerking met andere domeinen, waaronder het sociaal domein, verbeterd. Tegelijkertijd is het effect van MTVDP op deze elementen wel beperkt. Huisartsen en assistenten geven aan dat dit mogelijk te maken heeft met de ervaring dat de zorgvragen van patiënten toenemen en dat deze tevens steeds complexer worden. Ook heeft COVID-19 een druk op de huisartsenpraktijken gelegd en heeft dit o.a. geleid tot veel personele wisselingen. Wel benadrukken zij dat MTVDP het effect van deze ontwikkelingen op de ervaren werkdruk van huisartsen en assistenten heeft gedempt.

### ***Tot slot***

We hopen dat de inzichten uit deze rapportage zullen bijdragen aan de verdere versnelling van MTVDP in het land. De uitvoering van MTVDP vraagt de nodige betrokkenheid van zowel de RHO, deelnemende huisartsen als de zorgverzekeraar. Wanneer de adviezen die gericht zijn op de uitvoering van MTVDP worden meegenomen in de implementatie van nieuwe initiatieven in het land, wordt gewaarborgd dat de positieve effecten van bestaande MTVDP-projecten zich ook zullen tonen in nieuwe initiatieven. Daarnaast willen we benadrukken dat we ervan overtuigd zijn dat een uniforme en richtinggevende leidraad van cruciaal belang is om de verdere versnelling van MTVDP duurzaam vorm te geven; niet alleen hoeft dan niet elke huisartsenpraktijk en RHO opnieuw het wiel uit te vinden, maar ook kan het gedachtegoed MTVDP verder worden doorontwikkeld waarmee het gedachtegoed bijdraagt aan het toekomstbestendig inrichten van de huisartsenzorg.

# Bijlagen

## Bijlage I: Overzicht projectgroepen versnellingsstraject MTVDP

Projectgroep	Betrokken verzekeraar	Startdatum	Schaalgrootte	Interventies
<b>1.Zorgkoepel West-Friesland</b>	VGZ	November 2018 & November 2022	5 praktijken en één gezondheidscentrum (2018) + 6 praktijken (2022)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taakherschikking</li> <li>- Digitalisering</li> <li>- Transmuraal intercollegiaal consult</li> <li>- Gepaste zorg bij maagklachten</li> <li>- Horizontaal verwijzen.</li> <li>- Inspireren en leren van elkaar; themabijeenkomsten (o.a positieve gezondheid), wijk safari en werkbezoeken</li> </ul>
<b>2.Cohesie</b>	VGZ	Oktober 2021	5 praktijken	<p><i>Must have</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Training triage assistenten</li> <li>- Intervisie verwijsgedrag</li> <li>- Time-out verwijzingen</li> <li>- Flexibele consultduur</li> <li>- Regie veelgebruikers</li> <li>- Transmuraal intercollegiaal (telefonisch) consult</li> </ul> <p><i>Nice to have</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inzet van beeldconsulten</li> <li>- Welzijn op recept</li> <li>- Verbinding met burgerinitiatieven</li> </ul>

Projectgroep	Betrokken verzekeraar	Startdatum	Schaalgrootte	Interventies
<b>3.Plexus Midden-Brabant</b>	VGZ & CZ	Oktober 2021	5 praktijken	<p><i>Must have</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultduurverlenging</li> <li>- Time-out verwijzingen</li> <li>- Scholing positieve gezondheid</li> <li>- Digitaal advies consult</li> <li>- Intervisie verwijsgedrag</li> <li>- Regie veelgebruikers</li> <li>- Samenwerking sociaal domein</li> </ul> <p><i>Nice to have</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inzet VS/PA (taakdifferentiatie)</li> <li>- Opstarten SOH-spreekuur</li> <li>- Coaching praktijkmedewerkers</li> <li>- Uitbreiden formatie</li> </ul>
<b>4.Mediis Midden-Holland</b>	VGZ	April en oktober 2021	14 praktijken	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexibele consultduur</li> <li>- Grip op veelgebruikers</li> <li>- Triage training assistenten</li> <li>- Teleconsultatie &amp; keuzehulp</li> <li>- Time-out verwijzingen</li> <li>- Intervisie op verwijzingen</li> </ul>
<b>5.Zorggroep Gelders Rivierenland</b>	Menzis	n.v.t.	Max. 40 praktijken	<i>Nog in ontwikkeling</i>
<b>6.Onze Huisartsen Arnhem</b>	Menzis	n.v.t.	Max. 19 praktijken	<i>Nog in ontwikkeling</i>
<b>7.ECT Tiel</b>	Menzis	n.v.t.	9 praktijken	<i>Nog in ontwikkeling</i>

## Bijlage II: Overzicht van MTVDP-interventies inclusief toelichting

- *ACP-gesprekken* – Advance care planning (ACP) is een vorm van gespreksvoering die artsen kunnen toepassen om de voorkeuren en wensen van patiënten ten aanzien van hun levenseinde te bespreken. Het doel van ACP is dat de zorg van patiënten in hun laatste levensfase goed is afgestemd op hun wensen.
- *Beeldbellen* – De interventie beeldbellen richt zich op de inzet van digitalisering waarbij het idee is dat dit helpt om efficiënter te werken. De effectiviteit van deze interventie is afhankelijk van regionale- en praktijkvariabelen. Beeldbellen kan bijvoorbeeld worden toegepast bij patiënten met een stabiel verloop, bij het geven van voorlichting of bij het bespreken van uitslagen. Er zal wel altijd moeten worden afgewogen of digitaal contact de manier van consulteren is die passend is in het contact met de patiënt en bijbehorende vraag.
- *Burgerinitiatieven* – Het doorverwijzen van patiënten met niet-medische problemen naar initiatieven van burgers uit het gebied, functioneert als een interventie die de zelfredzaamheid van patiënten stimuleert. Burgerinitiatieven hebben als doel om patiënten met niet-medische problemen – en soms ook andere doelgroepen – zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten wonen. De initiatiefnemers zijn vaak mensen die hun directe leefomgeving willen verbeteren. Meestal beginnen deze initiatieven met het aanbieden van (onderlinge) diensten zoals vervoer, hulp aan huis, onderhoud en huishoudelijke hulp en koffie- en bezoekenmomenten. De initiatieven beginnen vaak klein maar kunnen in samenwerking met professionals uitbreiden naar intensievere zorg.
- *Flexibele consultduur* – Onder deze interventie verstaan we de aanpassing van de inrichting van spreekuurtijden. Verschillende zorgvragen hebben een verschillende consultduur nodig. Door bewust patiënten kort te zien waar het kan (door middel van het “fast-track spreekuur” bijvoorbeeld, waarin patiënten in vijf minuten worden gezien door de huisarts voor simpele vragen/klachten), ontstaat ruimte om andere patiënten langer te zien.
- *Formatie-uitbreiding* – Deze interventie kan breed worden opgevat en daarmee 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, formatie-uitbreiding gaat om de brede inzet van personeel die nodig is om daadwerkelijk meer tijd in de spreekkamer te kunnen creëren.
- *Gepaste zorg bij maagklachten* – Maagklachten komen vaak voor bij patiënten. Vaak worden deze klachten veroorzaakt door de leefstijl. Om patiënten aan te moedigen om aanpassingen te doen in hun leefstijl, kunnen verschillende interventies worden uitgevoerd. Hierbij kan worden gedacht aan (digitale) flyers of een interactieve keuzehulp. Ook kunnen huisartsen e-learning volgen om patiënten met deze klachten nog beter te kunnen helpen.
- *Horizontaal verwijzen* – Horizontaal verwijzen is een verwijzing van de ene huisarts naar de andere huisarts. Horizontaal verwijzen wordt toegepast wanneer bijvoorbeeld een collega huisarts meer kennis en ervaring heeft met een zorgvraag dan de betreffende huisarts die de zorgvraag krijgt, denk bijvoorbeeld aan ervaring rondom het plaatsen van een spiraaltje of een spoedafname van bloed aan huis.

- *MDO/casuïstiektafel met andere domeinen (sociaal domein, tweede lijn, apotheek, GGZ, jeugdzorg, fysiotherapeuten en thuiszorg)* – De interventie Multidisciplinair overleg (MDO)/casuïstiektafel met andere domeinen richt zich op het bespreken van casuïstiek en optimale triagering en op netwerkvorming waardoor sleutelfiguren in de zorgverlening elkaar kennen en makkelijker gebruik maken van elkaars kennis en netwerk. Het overleg moet in het belang zijn van de behandeling of het systeem rondom de specifieke patiënt. Hierbij is er sprake van interactie en direct wederkerig overleg tussen de behandelaren. Het resultaat van het overleg wordt vastgelegd in het patiëntendossier.
- *Preventieve activiteiten (o.a. sociaal spreekuur, training ‘stress de baas’, KWIEK beweegroute, module ‘omgaan met piekeren’ en leefstijlroer)* – Er zijn gemeenten die activiteiten voor inwoners aanbieden om een gezonde levensstijl te bevorderen en zelfredzaamheid aan te moedigen. Dit worden ook wel preventieve activiteiten genoemd. Voorbeelden zijn activiteiten om meer te bewegen, gezond te eten en sociale contacten te bevorderen, denk aan de KWIEK beweegroute of het leefstijlroer.
- *Regie op veelgebruikers* – Deze interventie richt zich op het in beeld brengen van de groep veelgebruikers die vaak bij de huisartsenpraktijk komt. In de huisartspraktijk wordt inzichtelijk gemaakt welke patiënten meer zorgvragen hebben dan passend is bij hun gezondheid. Vervolgens wordt proactief gekeken hoe deze patiënten op een andere manier geholpen kunnen worden.
- *Samenwerking met het sociaal domein (o.a. sociaal makelaars en sociaal wijkteam)* – Onder deze interventie verstaan we de samenwerking met het sociaal domein waar verschillende vormen voor bestaan. Samenwerking met het wijkteam, het buurtteam, het sociaal team en/of de wijkmanager zijn voorbeelden hiervan. De samenwerking kan in omvang verschillen van enkele afspraken tot intensieve samenwerking.
- *Taakherschikking (bijvoorbeeld SOH-spreekuur)* – Deze interventie richt zich op de taakherschikking onder de personele capaciteit. Bij taakherschikking gaat om het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen verschillende beroepen. Taakherschikking past ook in de beleidslijn van de taskforce ‘Juiste zorg op de juiste plek’, oftewel de juiste professional op de juiste plek. Een voorbeeld van een interventie hieromtrent is het instellen van een Spreekuur Ondersteuner Huisarts (SOH). De SOH is een goed opgeleide assistent die zelfstandig klein letsel of veelvoorkomende klachten behandelt. Vaak is snel duidelijk of er een spoedbehandeling nodig is en hoeft de huisarts er niet noodzakelijk bij te komen.
- *Time-out verwijzingen* – De interventie time-out verwijzingen betreft het inlassen van een time-out wanneer een huisarts twijfelt of een verwijzing zinvol is. De patiënt wordt uitgelegd dat deze persoon dezelfde dag nog wordt gebeld met uitslag over wat een goede vervolgstap is. Een time-out geeft de huisarts de gelegenheid om naslag te doen en/of een collega te raadplegen. Tevens voelt de patiënt zich hierdoor serieus genomen.

- *Training/scholing rondom gespreksvoering (bijvoorbeeld rondom SOLK/ALK, positieve gezondheid of het 4D-model)* – De interventie training rondom gespreksvoering richt zich op het doorvragen en het gesprek breder trekken dan waar de patiënt in eerste instantie voor komt. Binnen deze interventie zijn verschillende trainingen rondom gespreksvoering mogelijk, waaronder:
  - De training gespreksvoering positieve gezondheid richt zich op een bredere kijk op gezondheid uitgewerkt in zes dimensies (lichaamsfuncties, gevoelens en gedachten, zinvol leven, kwaliteit van leven, meedoen, en dagelijks leven). De zorgverlener sluit aan bij de vraag van de patiënt en helpt zoeken naar mogelijkheden om de gewenste situatie te bereiken.
  - De training gespreksvoering volgens het 4D-model ondersteunt de interactie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de patiënt door de toepassing van vier domeinen (lichaam, geest, maatschappelijk en sociaal).
  - De training rondom SOLK/ALK, geeft huisartsen handvatten om deze groep patiënten sneller en beter te kunnen helpen. Veel patiënten met langdurige lichamelijke klachten waarvoor geen medische verklaring is, voelen zich niet serieus genomen door hun dokter. Tegelijkertijd voelen artsen zich vaak tekortschieten in hun medisch handelen, of zij kunnen de klachten niet aanvaarden als reëel. De training geeft hier handvatten voor.
- *Transmuraal intercollegiaal (digitaal/telefonisch) consult* – Deze interventie richt zich op een overleg tussen huisarts en specialist in een niet acute setting. In het overleg bespreekt een huisarts met de specialist behandeladviezen, nut en noodzaak van een (eventuele) verwijzing en aanvraag van (eventuele) diagnostiek.
- *Triage training voor assistenten* – Het flexibel inzetten en inroosteren van de beschikbare spreekuurtijd is mogelijk als de triage hierop wordt aangepast. Assistenten volgen een extra triage training, training stimuleren van zelfzorg en/of training gespreksvoering.
- *Welzijn op Recept* – Deze interventie richt zich op het versterken van welzijn van mensen met psychosociale problemen, waarbij de huisarts en, indien van toepassing, de POH de personen met psychosociale klachten verwijst naar een welzijnsadviseur in het betreffende gebied. Deze welzijnsadviseur zoekt vervolgens samen met deze persoon naar manieren om het welzijn te vergroten door bijvoorbeeld deelname aan groepsactiviteiten en vrijwilligerswerk.