

Vergaderjaar 2022–2023

33 578

Eerstelijnszorg

31 765

Kwaliteit van zorg

Nr. 97

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 juni 2023

Op 14 juni heb ik het advies van de NZa ontvangen over de structurele bekostiging van Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) bij de huisarts. Dit advies heb ik vandaag besproken met de NZa, de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), InEen en Zorgverzekeraars Nederland. Met deze brief stuur ik u dit advies. In deze brief licht ik de aanleiding voor het advies toe, benoem ik de hoofdlijnen van het advies, geef ik mijn reactie hierop en ga ik in op het vervolgproces.

Aanleiding: afspraken over MTVP in het Integraal Zorgakkoord (IZA)

Als huisartsen voldoende tijd voor hun patiënten hebben, dan wordt de kwaliteit van zorg beter, vermindert het aantal doorverwijzingen en hebben huisartsen meer werkplezier. Daarom vind ik het belangrijk dat alle huisartsen structureel genoeg tijd hebben voor hun patiënt. Om die reden heb ik in het IZA stevige afspraken met partijen gemaakt over de landelijke implementatie van MTVP en daar zijn ook structureel financiële middelen voor beschikbaar.

De afspraken beslaan twee onderdelen: ten eerste een snelle opschaling van MTVP naar alle huisartsenpraktijken in Nederland die dit willen. In eerste instantie hebben partijen afgesproken om 25% van de huisartsenpraktijken per jaar in te laten stromen. Uiteindelijk hebben partijen zelfs afgesproken om vanaf het tweede kwartaal van 2023 per kwartaal 25% van de praktijken in te laten stromen, waardoor per Q1 2024 alle huisartsenpraktijken van MTVP gebruik kunnen maken.

Ten tweede heb ik met partijen afgesproken MTVP structureel te faciliteren via de bekostiging van de huisartsenzorg. Voor de uitvoering van deze afspraken zijn structurele middelen beschikbaar in het budgettair kader huisartsenzorg.

Stap 1: opschaling MTVP volgens leidraad

Voor de snelle opschaling van MTVP hebben LHV, InEen en ZN een *leidraad MTVP* opgesteld. Deze leidraad is richtinggevend voor alle betrokken partijen. Uitgangspunt in de leidraad is dat voor het realiseren van MTVP een combinatie van interventies nodig is. De leidraad beschrijft werkzame elementen die bijdragen aan het implementeren van MTVP. Partijen hebben afgesproken dat in een periode van twee jaar verschillende van deze werkzame elementen per huisartsenpraktijk worden ingevoerd, waarbij ruimte is voor maatwerk. Zo leiden de extra middelen die zorgverzekeraars ter beschikking stellen voor MTVP ook daadwerkelijk tot meer tijd in de spreekkamer. Uitgangspunt is dat administratieve lasten en verantwoordingseisen zo veel mogelijk worden beperkt.

Vanaf het tweede kwartaal van 2023 zijn zorgverzekeraars gestart met de contractering van MTVP zoals afgesproken in de leidraad. De contractering, implementatie en opschaling van MTVP verloopt volgens afspraak. Dit beeld wordt bevestigd door de voorlopige cijfers van de Zvw-uitgaven over het eerste kwartaal van 2023, waarin te zien is dat het budgettaire kader huisartsenzorg maximaal benut wordt. Deze ontwikkeling stemt mij positief.

Stap 2: structurele borging via bekostiging

Voor de snelle opschaling en implementatie van MTVP zoals beschreven in de leidraad biedt de huidige bekostigingsstructuur van de huisartsenzorg voldoende ruimte. Maar ik vind het belangrijk dat de bekostiging ook de structurele inbedding van MTVP maximaal faciliteert. Daarom hebben we in het IZA afgesproken dat VWS de NZa om advies vraagt hoe dit het beste kan worden vormgegeven. Dit heb ik in november 2022 gedaan. De NZa stelt in haar beleidsregels de prestatietitels en tarieven voor de huisartsenzorg vast en bepaalt op die manier binnen welke kaders huisartsenzorg door zorgverzekeraars kan worden ingekocht. Ik heb de NZa gevraagd in het advies aan te sluiten bij de afspraken die in het IZA zijn gemaakt en de uitwerking van MTVP die partijen in de *leidraad MTVP* hebben gemaakt.

Advies NZa

De NZa heeft op basis van verschillende, soms zeer recent opgeleverde, rapportages de uitgangspunten gedestilleerd die nodig zijn voor het faciliteren van MTVP via de bekostiging. De hoofdboodschap van de NZa is dat de combinatie van interventies die nodig is om MTVP te realiseren, ook vraagt om een combinatie van bekostigingsvormen. De intentie van de NZa is om structurele kosten die MTVP met zich meebrengt ook structureel te bekostigen. Hiervoor is wel inzicht nodig in de daadwerkelijke kosten van MTVP.

Het bekostigingsmodel van de huisartsenzorg bestaat uit drie segmenten. Segment 1 vormt de «basisvoorziening huisartsenzorg». Hierin zijn onder meer prestaties voor inschrijving van de patiënt bij de huisartsenpraktijk en voor consulten opgenomen. Segment 2 bevat prestaties voor multidisciplinaire zorg, waaronder prestaties voor «organisatie & infrastructuur». Segment 3 bevat prestaties voor resultaatbeloning en zorgvernieuwing en geeft zorgverzekeraars en -aanbieders ruimte om naast de contractering via segment 1 en 2 ook maatwerkafspraken te maken.

Om MTVP structureel te bekostigen zijn volgens de NZa alle drie de segmenten belangrijk. De NZa adviseert om:

1. Structurele wijzigingen in de bekostiging niet per 2024 maar per 2025 door te voeren. De NZa adviseert dit omdat een wijziging per 2024 onrust geeft in de huidige contractering van MTVP. Deze wordt nu opgestart en zal naar verwachting een looptijd van twee jaar zal kennen. Een tweede reden voor het advies van de NZa is dat zij het niet mogelijk acht om voor 1 juli 2023 al wijzigingen door te voeren omdat zij meer tijd nodig heeft om de genoemde opties samen met partijen zorgvuldig uit te werken.
2. Vanaf 2025 wijzigingen door te voeren in alle drie de segmenten van de bekostiging:
 - a. In segment 1 (basisvoorziening huisartsenzorg), waarbij met partijen nog uitgewerkt wordt wat hiervoor de beste methodiek is, zoals bijvoorbeeld via de prestatiestructuur voor consulten of via een aparte prestatie.
 - b. In segment 2 (multidisciplinaire zorg) om huisartsen te ondersteunen en voor regionale samenwerking.
 - c. In segment 3 (resultaatbeloning en zorgvernieuwing) om ruimte te houden voor additionele maatwerkafspraken en tegelijkertijd te werken aan uniformering van de contractering via dit segment. De NZa adviseert hiertoe een concrete segment 3-prestatie Zorgvernieuwing MTVP in de beleidsregel op te nemen.
3. Voor de lange termijn onderzoek te doen naar een verdere doorontwikkeling van de bekostiging, waaronder naar een combinatie van populatie- en uitkomstbekostiging en de doorontwikkeling van de bekostiging van ketenzorg.

Reactie en vervolg

Ik heb met partijen afgesproken dat MTVP structureel en dus blijvend wordt ondergebracht in de bekostiging van de huisartsenzorg. Het advies van de NZa is hiervoor cruciaal en geeft wat mij betreft goede aanknopingspunten om structurele bekostiging per 2025 te realiseren. Ik snap dat alle drie de segmenten van de bekostiging hiertoe moeten worden aangepast.

In segment 1 kunnen de structurele kosten van MTVP die te scharen zijn onder de «basisvoorziening huisartsenzorg» worden ondergebracht. Dit vind ik belangrijk, omdat voldoende tijd voor de patiënt de basis zou moeten zijn in de huisartsenzorg. Op basis van de denkrichtingen van de NZa verwacht ik dat een substantieel deel van de structurele kosten van MTVP in de toekomst via segment 1 kan worden bekostigd. Daarbij schetst de NZa wel belangrijke randvoorwaarden, zoals inzicht dat nodig is om onderscheid te kunnen maken tussen incidentele en structurele kosten. Hiervoor is medewerking van veldpartijen de komende periode onontbeerlijk.

Bekostiging via segment 2 is nodig om kosten in rekening te kunnen brengen voor regionale samenwerking en ontzorging van de huisarts. Dit zijn belangrijke elementen uit de leidraad om daadwerkelijk meer tijd vrij te kunnen spelen voor de patiënt.

De bekostiging via segment 3 is ten slotte nodig om incidentele bekostiging en additionele maatwerkafspraken te kunnen faciliteren. Op die manier houden huisartsenpraktijken en zorgverzekeraars enige flexibiliteit in de wijze waarop ingezet wordt op MTVP, omdat de situatie niet in iedere praktijk of regio hetzelfde is. Dit sluit goed aan bij de leidraad van partijen, waarin benadrukt wordt dat ruimte voor maatwerk nodig is om in te kunnen spelen op de lokale en regionale context. Ik realiseer me evenwel dat bekostiging in segment 3 vragen kan oproepen omdat de contractering via dit segment over het algemeen meer vraagt van

huisartsen dan in segment 1 of 2. Daarom vind ik het wenselijk dat de NZa aan de slag gaat met een nieuwe prestatie in dit segment om zo de contractering van MTVP-elementen via segment 3 te kunnen uniformeren. Dit schept meer duidelijkheid en zekerheid voor huisartsen over wat zij kunnen verwachten in de contractering en is in lijn met de huidige leidraad. Daarbij vind ik het cruciaal dat bij de uitwerking van dit segment de NZa en de verzekeraars zich maximaal inspannen om ook echt alleen die verantwoording te vragen die strikt noodzakelijk is en een werkwijze te hanteren die de inzet van de nieuwe prestatie in segment 3 zo laagdrempelig mogelijk maakt.

Ik snap goed dat het niet haalbaar of wenselijk is om de wijziging in de bekostiging per 2024 door te voeren. De implementatiefase zoals beschreven in de leidraad loopt immers twee jaar door en een tussen-tijdse wijziging in de bekostiging zou de afspraken die nu in de contractering zijn en worden gemaakt kunnen doorkruisen. Dat veroorzaakt onrust en onduidelijkheid in het veld, terwijl we – zoals ik al beschreef – zien dat deze afspraken nu goed lopen. Dit mag evenwel niet leiden tot vertraging in de implementatie van MTVP. Daarom ben ik zeer verheugd dat de landelijke opschaling van MTVP nu zo voorspoedig en conform leidraad verloopt en ben ik alle betrokken partijen erkentelijk voor het harde werk dat hiervoor is verzet. Ik heb afgesproken met partijen deze lijn ook in 2024 door te zetten en verzekeraars hebben zich daar ook expliciet aan gecommitteerd. Ik zal dat ook de komende tijd nauwgezet blijven monitoren en partijen bij elkaar roepen mochten zich alsnog tegenval-lende ontwikkelingen voordoen.

Ik heb het advies van de NZa vandaag ook met betrokken partijen (NZa, LHV, InEen en ZN) besproken. Hieruit blijkt dat de NZa met het advies recht doet aan de afspraken zoals we die in het IZA hebben gemaakt, de lessen die in de pilots MTVP zijn geleerd en aan de ontwikkelingen binnen de contractering van MTVP. De NZa heeft daarbij nog eens benadrukt dat zij aandacht zal hebben voor het beperken van de administratieve lasten bij de verdere uitwerking van haar advies.

Vervolproces

De NZa zal – conform het advies en de afspraken in het IZA – verder gaan met het proces om MTVP structureel op te nemen in de bekostiging waarbij de inzet is om dit per 2025 te realiseren. Hiervoor is actieve medewerking van betrokken partijen noodzakelijk. Partijen hebben deze in bestuurlijk overleg toegezegd.

In de loop van 2024 zal de NZa haar beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg aanpassen zodat per 2025 de nieuwe bekostiging van MTVP in kan gaan. Hierover zal ik u te zijner tijd informeren. Onder-tussen monitor ik – zoals hiervoor aangegeven – met partijen nauwgezet de voortgang van de landelijke implementatie van MTVP conform de leidraad die partijen zelf hebben opgesteld. Zodra blijkt dat dit niet volgens afspraak verloopt, zal ik hierover met partijen in overleg treden.

Tot slot

Ik ben verheugd dat met de huidige contractering en conform de leidraad, door zorgverzekeraars, regionale huisartsenorganisaties en huisartsen-praktijken al grote stappen worden gezet in de opschaling van MTVP. Hiermee wordt de afspraak over landelijke opschaling van MTVP uit het IZA nu al voortvarend uitgevoerd. De volgende stap is dat MTVP structureel wordt ondergebracht in de bekostiging van de huisartsenzorg.

Het advies van de NZa is hiervoor cruciaal en geeft goede aanknopingspunten om structurele bekostiging per 2025 te realiseren.

Ik kijk uit naar de aangepaste beleidsregel van de NZa zodat bekostiging van MTVP per 2025 structureel is geborgd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers