

Leidraad 'Meer Tijd Voor de Patiënt' (MTVP)

Versie 3 d.d. 1 juli 2025



Inleiding

In het Integraal Zorgakkoord (IZA 2023-2026) is concreet gemaakt dat Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) beschikbaar moet komen voor alle Nederlanders om de huisartsenzorg toekomstbestendig te maken. Conform het IZA hebben de LHV, InEen en ZN uitvoering gegeven aan deze ambitie, door een gezamenlijke leidraad voor de verdere uitbouw en doorontwikkeling van MTVP in de huisartsenzorg op te stellen. MTVP is inmiddels door een groot deel van de huisartsen geïmplementeerd en sinds 2025 ingebed in de financieringssysteem van de NZa.

Deze leidraad omvat de kaders en randvoorwaarden waarbinnen MTVP en vergelijkbare initiatieven worden vormgegeven en gecontracteerd. Hierbij zijn de inzichten uit het versnellingsstraject MTVP (uitgevoerd in het kader van het Hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg 2019-2022) en de IZA-afspraken meegenomen. Zo is in het IZA opgenomen dat huisartsenpraktijken en de regionale huisartsenorganisaties (RHO)¹ kunnen starten met MTVP mits zij voldoen aan een aantal voorwaarden, zodat de inzet van extra middelen ook daadwerkelijk tot meer tijd in de spreekkamer leidt.

MTVP is gefaseerd uitgerold. Vanaf april 2023 hebben per kwartaal 25% van de huisartsenpraktijken de mogelijkheid gekregen te starten met de implementatie van MTVP. In het eerste kwartaal van 2024 is nagenoeg 100% van de huisartsenpraktijken gestart met de implementatie van MTVP.

Deze derde versie van de Leidraad MTVP is een update voor de jaren 2026 en 2027. In deze versie wordt meer nadruk gelegd op de doorontwikkeling van MTVP. Dit betekent dat teksten die niet meer relevant zijn, zijn aangepast of geschrapt, zoals de gefaseerde start van MTVP en de bekostiging die is gewijzigd. Inhoudelijk is het groeimodel aangescherpt op verdieping en doorontwikkeling van de interventies en zijn er interventies toegevoegd aan deze leidraad.

Inhoudsopgave

1.	Uitgangspunten van de MTVP-leidraad	3
2.	Definitie van MTVP	3
3.	Kernelementen van MTVP	3
4.	MTVP-interventies	5
5.	Minimale horde en groeimodel 1, 2, 3 en verder	7
6.	Doelstellingen en Monitoring & Evaluatie (M&E)	11
Bijlagen		
A.	Bekostiging en contractering MTVP	16
B.	Toelichting op MTVP-interventies per kernelement	18

¹ Onder de RHO verstaan we in deze leidraad naast de regionale huisartsenorganisatie, ook alternatieve organisatievormen waarin huisartsenpraktijken verenigd zijn zoals een zorggroep en regio-organisatie.

1. Uitgangspunten van de MTVP-leidraad

In deze leidraad hanteren we de volgende uitgangspunten:

- **De MTVP-leidraad is richtinggevend voor huisartsenpraktijken, RHO's en zorgverzekeraars.**

Huisartsenpraktijken en RHO's die met MTVP willen starten, of MTVP willen doorontwikkelen en uitvoeren, committeren zich aan het implementeren van de meest actuele leidraad, zie pagina 7 van dit document.

- **De leidraad staat de voortgang van huidige MTVP-projecten en reeds ingezette interventies uit de leidraad niet in de weg.** Huisartsenpraktijken die zijn gestart met MTVP vinden herkenning in de leidraad en kunnen doorgaan met reeds ingezette initiatieven. Dit betekent dat bestaande contracten en afspraken ongewijzigd worden doorgezet, tenzij in overleg een andere invulling wordt gekozen in lijn met de leidraad MTVP. Wanneer er sprake is van dubbelfinanciering, wordt er in overleg gekeken naar een passende financieringsafspraken.

- **De leidraad biedt ruimte aan regionale verschillen voor de invulling van MTVP.** Bij de totstandkoming van MTVP gaat het om een combinatie van maatregelen die door regio's op basis van behoefte, urgentie en mogelijkheden verschillend kan worden ingevuld. Vormgeving hiervan kan per praktijk en regio verschillen, maar leidt niet tot verschillen in het basisaanbod voor patiënten.

2. Definitie van MTVP

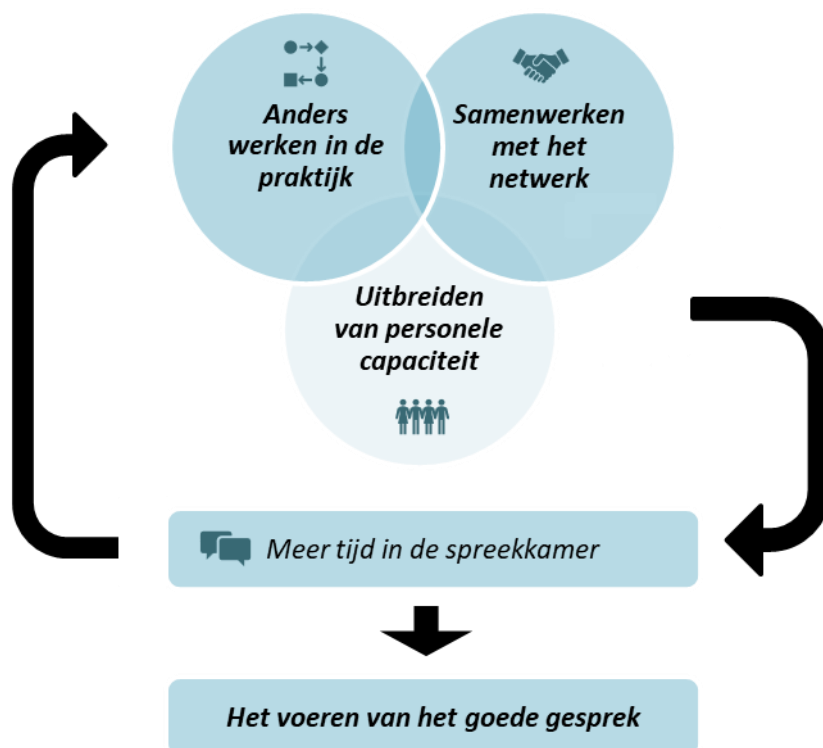
Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) kent de volgende definitie:

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

3. Kernelementen van MTVP

MTVP bestaat uit een aantal kernelementen. Met kernelementen bedoelen we ‘wat’ MTVP inhoudt. Op basis van resultaten uit bestaande MTVP-projecten weten we dat verschillende kernelementen tezamen essentieel zijn om daadwerkelijk meer tijd voor de patiënt en daarmee een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten te realiseren. Deze tijd kan worden gecreëerd door de kernelementen ‘anders werken in de praktijk’, ‘samenwerken met het netwerk’ en indien gewenst en mogelijk ‘uitbreiding van personele capaciteit’. Door de realisatie van meer tijd voor de patiënt ontstaat ruimte voor de huisarts voor ‘het voeren van het goede gesprek’ met de

patiënt. Daarnaast kan meer tijd ervoor zorgen dat het ‘anders werken in de praktijk’ en ‘samenwerken met het netwerk’ worden doorontwikkeld. Door MTVP blijft tegelijkertijd de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gewaarborgd en wordt de capaciteit van praktijken gehandhaafd, met als doelstelling dat interventies binnen bovenstaande kernelementen leiden tot een gemiddeld lager aantal consulten per verzekerde. Huisartsenpraktijken kunnen middels verschillende interventies invulling geven aan de kernelementen. Voorbeelden van deze interventies lichten we in deel 4 van dit document nader toe.



Figuur 1 Toelichting per kernelement

Anders werken in de praktijk

Door het werk in de praktijk anders te organiseren ontstaat meer tijd in de spreekkamer. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de inzet van interventies rondom Lean werken en taakherschikking, waarbij processen anders worden ingericht en taken anders worden verdeeld. Ook kan worden gedacht aan interventies gericht op digitalisering, waardoor met patiënten die dat wensen contact digitaal kan plaatsvinden en daarmee meer tijd ontstaat voor patiënten voor wie fysiek contact en een langere consultduur gewenst is.

Samenwerken met het netwerk

Het versterken van samenwerking tussen huisartsen en het netwerk, waaronder in elk geval het sociaal domein, de tweede lijn en de GGZ maar bijvoorbeeld ook de wijkverpleging, zorgt voor meer tijd voor de patiënten die door de huisarts gezien moeten worden. Om de samenwerking met het netwerk te versterken kunnen verschillende interventies worden ingezet, denk bijvoorbeeld aan Welzijn op Recept of het oprichten van een MDO/casuïstiektafel.

Uitbreiding van personele capaciteit

Uitbreiding van personele capaciteit (waaronder uitbreiding van de uren van de huisarts zelf maar ook bijvoorbeeld de inzet van de physician assistant of een verpleegkundig specialist) is een mogelijkheid om meer tijd in de spreekkamer te creëren. Een toelichting op de vormen waarin personele capaciteit onder andere kan worden uitgebreid, is opgenomen in de bijlage.



De huidige arbeidsmarkttekorten in de huisartsenzorg maken duidelijk dat het naar verwachting niet voor elke huisartsenpraktijk die dat wenst mogelijk is om de personele capaciteit uit te breiden in het kader van MTVP.

Het voeren van het goede gesprek

Door de extra tijd die de huisarts heeft in de spreekkamer, ontstaat de mogelijkheid om 'het goede gesprek' te voeren en daarmee ruimte om de juiste vragen te kunnen stellen om beter zicht te krijgen op de hulpvraag. Om dit gesprek goed in te kunnen vullen, kunnen interventies zoals het volgen van een training rondom Positieve Gezondheid, oplossingsgericht werken en/of het 4-domeinen (4D) model worden gevolgd.

4. MTVP-interventies

MTVP is nadrukkelijk een combinatie van interventies die kunnen worden geplaatst binnen de zojuist toegelichte kernelementen van MTVP. De kernelementen en interventies geven richting aan de uitwerking van MTVP en zijn voor alle partijen leidend, waarbij de interventies die onder de kernelementen vallen, ruimte bieden voor regionaal maatwerk. In dit onderdeel benoemen we per kernelement de interventies waarmee invulling kan worden gegeven aan MTVP (zie bijlage voor een toelichting op alle genoemde interventies). Deze interventies zijn opgehaald uit eerdere en lopende MTVP-projecten. Op de volgende pagina is een overzicht van de lijst interventies weergegeven. In onderdeel 5 wordt beschreven hoe de huisartsenpraktijk in afstemming met de RHO kan komen tot een selectie interventies om invulling te geven aan MTVP.



Anders werken in de praktijk

1. Flexibele consultduur via anders inroosteren
2. Anders triëren door middel van triage training
3. Taakherschikking (bijvoorbeeld SOH spreekuur)
4. 3-gesprekken (patiënt, huisarts en bijvoorbeeld wijkverpleegkundige)
5. Regie op veelgebruikers
6. Time-out verwijzingen
7. Beeldbellen en/of e-mail en/of chatcontact met patiënten
8. Administratielast verlagen door Lean werken
9. Implementeren van e-Health platforms voor patiënten
10. Leren omgaan met digitale tools voor het huisartsteam
11. Aanmeldzuil
12. Gezondheidsverschillen verkleinen/ vergroten gezondheidsvaardigheden



Samenwerken met het netwerk

1. Laagdrempelige eenmalige consultatie (meekijkconsult/meedenkadvies)²
2. Afspraken gericht op snellere toegang tot-sociaal domein, zoals Welzijn op Recept etc.
3. Aansluiting bij burgerinitiatieven
4. Samenwerking met het wijkteam / buurtteam / sociaal team / wijkmanager
5. MDO/casuïstiektafel met het sociaal domein, de tweede lijn en/of GGZ en/of wijkverpleging



Uitbreiding van personele capaciteit

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



Het voeren van het goede gesprek

1. Training/scholing rondom gespreksvoering, waarbij aandacht voor gezondheidsvaardigheden en gezondheidsverschillen (bijvoorbeeld rondom SOLK/ALK, positieve gezondheid of het 4D-model, oplossingsgericht werken en brede gespreksvoering).

² NB: vanaf 1 januari 2026 geldt voor het meedenkadvies een aparte S1-betaaltitel die opgenomen is in de beleidsregel huisartsenzorg van de NZa.

5. Minimale horde en groeimodel jaar 1, 2, 3 en verder

In het IZA is de afspraak gemaakt dat huisartsenpraktijken en RHO's kunnen starten met MTVP 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 meer tijd in de spreekkamer leidt. Concreet verstaan we onder de minimale horde de volgende voorwaarden:

Minimale horde

1. **Lerende omgeving middels intervisie gericht op MTVP**, waarbij de voorwaarde is dat deze intervisie in het kader van het MTVP-project wordt georganiseerd door de RHO om te reflecteren op de voortgang en resultaten (bijv. intervisie verwijsgedrag). Er kan hierbij worden aangesloten op bestaande overlegstructuren, waar het onderwerp MTVP inclusief deze reflectie op voortgang en resultaten wordt geagendeerd.
2. **Regionale aanpak met ondersteuning door de RHO**, wat betekent dat huisartsenpraktijken zich committeren aan het regioplan dat in samenspraak met de RHO is opgesteld. De RHO geeft het regioplan vorm en speelt tevens een rol in de begeleiding van de uitvoering van MTVP. De RHO zal voor de RHO-vergoeding een aantal werkzaamheden uitvoeren welke kunnen worden opgenomen in de O&I afspraken. Onderstaande werkzaamheden kunnen regionaal verder worden verdiept en uitgebreid:
 - Opstellen van een regioplan voor de implementatie van MTVP in afstemming met (een afvaardiging) van huisartsenpraktijken uit de regio. Hierin maakt de RHO (samen met huisartsenpraktijken) conform de leidraad MTVP een keuze voor de te ondersteunen interventies. Het regioplan wordt met de zorgverzekeraar besproken en (eventueel na aanpassing) door partijen geaccordeerd. Het MTVP regioplan is een bindende voorwaarde voor het rechtmatig declareren door de individuele huisartsenpraktijk van de NZA prestatie MTVP. Een (RHO-)projectleider coördineert regionaal de implementatie van MTVP, houdt regio en ontlast huisartsen door concrete hulpvragen op te pakken.
 - Ondersteunen in het opstellen van een individueel praktijkplan indien dit gewenst is. Het regioplan is de basis voor het individuele praktijkplan van de huisarts. In het individuele praktijkplan maakt de huisarts concreet welke interventies worden geïmplementeerd door de huisartsenpraktijk;
 - Aanbieden, organiseren en uitvoeren van MTVP-interventies (denk aan interventies rondom het voeren van het goede gesprek en anders werken, maar ook het creëren van een lerende omgeving middels intervisie gericht op MTVP);
 - Maken van samenwerkingsafspraken met het regionale netwerk in het kader van bijbehorende interventies, waaronder minimaal met het sociaal domein, de tweede lijn en de GGZ maar bijvoorbeeld ook de wijkverpleging;

- Regionaal monitoren en evalueren van MTVP en in overleg met de zorgverzekeraar verder doorontwikkelen.

3. **Deelnemende huisartsenpraktijken en de RHO committeren zich aan het implementeren van de leidraad MTVP**, waarbij zij zich ontwikkelen in lijn met het hierin opgenomen groeimodel (zie volgende pagina) en de doelstellingen van MTVP zoals verwoord in deze handreiking (zie pagina 11).

Groeimodel

Het groeimodel beschrijft hoe deelnemende huisartsenpraktijken invulling kunnen geven aan MTVP. De kern van het groeimodel is dat in een periode van twee jaar tijd wordt toegewerkt naar MTVP in de huisartsenpraktijk en in de jaren daaropvolgend MTVP wordt verdiept en doorontwikkeld. Dit gebeurt door binnen alle kernelementen (met uitzondering van uitbreiding van personele capaciteit; deze inzet is facultatief) interventies te implementeren. Het groeimodel geeft per implementatiejaar (jaar 1, 2, 3 en verder) aan hoe er door de implementatie van interventies aan de kernelementen invulling dient te worden gegeven.

	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3 en verder	Toelichting
 Anders werken in de praktijk	✓	Minimaal één extra interventie	✓/↻	De huisarts heeft hierbij de keuze uit minimaal drie interventies welke door de RHO in samenspraak met een afvaardiging van aangesloten regionale huisartsen zijn geselecteerd. De huisarts kiest in jaar 1 minimaal één interventie uit deze minimaal drie, maar mag er ook meerdere uit de selectie kiezen. In jaar 2 komt er in elk geval één interventie bij. Vanaf het 3 ^e jaar wordt ieder jaar een nieuwe interventie gekozen of een doorontwikkeling/verdieping van een van de huidige interventies.*
 Uitbreiding van personele capaciteit	✓	✓	✓	De huisarts heeft vrije keuze in type uitbreiding van personele capaciteit. Dit kan in jaar 1, 2 en/of jaar 3 en daarna ingezet en gecontinueerd worden.
 Het voeren van het goede gesprek	✓	↻	↻	Het ingevoerde 'goede gesprek' wordt gecontinueerd in jaar 3 en verder, en zal worden onderhouden met nascholing en scholing van (nieuwe) personeelsleden.
 Samenwerken met het netwerk		Minimaal twee interventies	✓/↻	De RHO bepaalt in samenspraak met deelnemende huisartsen welke min. twee interventies hiervoor worden uitgevoerd in jaar 2. In jaar 3 en verder wordt een nieuwe interventie gekozen of een doorontwikkeling/verdieping van een van de huidige interventies.*

Legenda

- ✓ = implementatie van minimaal één interventie
- ✓ = implementatie van minimaal één interventie indien gewenst en mogelijk. Uitbreiding personeel is nooit de enige interventie, maar maakt onderdeel uit van set interventies zoals met RHO overeengekomen
- ↻ = minimaal doorontwikkelen of verdieping van bestaande interventie(s).

* Bij de keuze voor het door ontwikkelen van een bestaande interventie is een onderbouwing noodzakelijk zie volgende pagina.

Selecties van interventies

- In afstemming tussen de RHO en huisartsenpraktijken wordt het uiteindelijke pakket van kernelementen met bijbehorende interventies concreet gemaakt in het regioplan. Het regioplan wordt met de zorgverzekeraar besproken en (eventueel na aanpassing) door partijen geaccordeerd.
- De huisarts maakt een individueel praktijkplan waarin concreet wordt gemaakt welke interventies uit het regioplan worden geïmplementeerd. Het staat huisartsenpraktijken vrij om aanvullend andere interventies uit de leidraad (die niet zijn geselecteerd in het regioplan) uit te voeren. Ook deze interventies neemt de huisarts op in het individuele praktijkplan. Voor de uitvoering van deze interventies is ondersteuning vanuit de RHO niet gegarandeerd. Indien uitbreiding van personele capaciteit wordt ingezet, onderbouwt de huisarts in het individuele praktijkplan deze keuze met daarbij aandacht voor het type personeel en de hoeveelheid uren die worden ingezet.
- Op het moment dat de RHO en de huisartsenpraktijken invulling willen geven aan MTVP via interventies die niet op de interventielijst in de leidraad staan, nemen zij contact op met de betreffende zorgverzekeraar. Een interventie die aansluit bij een kernelement en in lijn is met een al opgenomen interventie kan in overleg tussen de zorgverzekeraar en RHO opgenomen worden (mits gezamenlijke overeenstemming) in het regionale MTVP plan.
- Wanneer een interventie niet aansluit bij een kernelement, maar wel een relatie heeft met MTVP en in dat kader als interventie wordt gekozen, dan wordt de interventie op landelijk niveau voorgelegd. Deze interventie wordt in overleg toegevoegd aan de interventielijst uit de leidraad.
- Bij de keuze voor het doorontwikkelen van een bestaande interventie (vanaf het derde jaar) is een onderbouwing noodzakelijk. Reden hiervoor is dat niet alle interventies geschikt zijn voor verdere doorontwikkeling. Interventies gerelateerd aan ICT-aanpassingen die al volledig zijn geïmplementeerd lenen zich bijvoorbeeld niet voor verdere doorontwikkeling. Eenmalige interventies, zoals trainingen en scholingen, zijn slechts voor één jaar inzetbaar voor dezelfde zorgverlener. In het daaropvolgende jaar dient door de betreffende zorgverlener een nieuwe interventie te worden gekozen, die – indien gewenst – opnieuw een (tijdelijke) training of scholing mag zijn. Wel is het mogelijk dat andere leden uit het team (collega huisartsen of VS/PA, etc.) die dit nog niet hadden gedaan, de interventie volgen. Het is niet toegestaan om interventies te herhalen die al eerder zijn geïmplementeerd, tenzij er sprake is van aantoonbare en inhoudelijke doorontwikkeling. Het is essentieel dat de onderbouwing in het regioplan staat of tijdens regionale besprekingen aan de orde komt, zodat het geen verrassing is dat deze noodzakelijk is en er regionaal overleg plaatsvindt over welke interventies wel of niet doorontwikkeld kunnen worden.

6. Doelstellingen en Monitoring & Evaluatie (M&E)

Met de toepassing van MTVP door huisartsenpraktijken worden de volgende doelstellingen nagestreefd:

1. Verbeteren van de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg

Door de inzet van MTVP is de verwachting dat de huisarts betere kwaliteit van zorg kan leveren en dat ook de toegankelijkheid van de huisartsenzorg wordt verbeterd doordat patiënten zich beter gehoord voelen en daardoor per saldo minder vaak terugkeren naar de huisarts waarmee tijd en ruimte ontstaat voor andere patiënten.

2. Verbeteren van de patiënttevredenheid

Door de inzet van MTVP is de verwachting dat de tevredenheid van de patiënten over de hen aangeboden zorg toeneemt, omdat er dankzij de meer tijd in de spreekkamer nu tijd is voor het goede gesprek en patiënten zich daardoor beter gehoord voelen.

3. Verbeteren van werkplezier

Door de inzet van MTVP is de verwachting dat het werkplezier van professionals in de praktijk zal toenemen. Door zowel letterlijk meer tijd in de spreekkamer als het anders werken in de praktijk, zal de ervaren (werk)druk afnemen waardoor het werkplezier van deze professionals toeneemt. Daarnaast ervaart de huisarts meer tijd en ruimte om medische expertise te kunnen inzetten en daarmee de benodigde zorg te verlenen aan de patiënt, wat ook het ervaren werkplezier verbetert.

4. Beheersen van zorgkosten

Door inzet van MTVP is de verwachting dat er minder verwijzingen naar de tweede lijn, niet-geprotocolleerde diagnostiek aanvragen en medicatievoorschriften plaatsvinden en dat patiënten (waaronder veelgebruikers) minder vaak terugkeren naar de huisarts. Hierdoor levert MTVP een bijdrage aan het beheersen van zorgkosten.

5. Betere samenwerking met het netwerk

Door de inzet van MTVP is de verwachting dat er tijd en ruimte ontstaat voor het aangaan van (versterkte) samenwerkingen met netwerken, waaronder in elk geval het sociaal domein, de tweede lijn en de GGZ maar bijvoorbeeld ook de wijkverpleging. Betere samenwerking is een middel dat moet leiden tot meer doelmatige inzet van zorgprofessionals.

Voor het monitoren en evalueren van de implementatie van MTVP, bestaan drie vormen. De eerste twee vormen vinden plaats in de regio en de derde vorm betreft een landelijke monitoring.

1. Jaarlijkse regionale monitoring

1. Jaarlijks gaat de zorgverzekeraar na of de huisarts de contractuele afspraken om invulling te geven aan MTVP nakomt. Indien de zorgverzekeraar dit inzicht wenst, draagt de RHO zorg voor informatie over deelname van de huisartsenpraktijken, bijvoorbeeld over deelname aan intervisie of de uitvoering van interventies. Aanvullend kan de zorgverzekeraar steekproefsgewijs bij de huisarts nagaan of de contractuele afspraken worden nagekomen. Op het moment dat blijkt dat de huisarts zich niet houdt aan deze afspraken en bijvoorbeeld bepaalde interventies niet uitvoert, dan wordt de MTVP financiering stopgezet en zal er terugvordering plaatsvinden bij onrechtmatige inzet van middelen.
2. Jaarlijks evalueren de zorgverzekeraar, de RHO en een representatieve delegatie van de huisartsen op regionaal niveau of de implementatie van MTVP verloopt conform het regioplan en of de beweging richting de beoogde doelstellingen wordt gemaakt. Op basis van deze evaluatie kan er waar nodig worden bijgestuurd. Deze evaluatie heeft daarmee niet als doel om de individuele huisartsen af te rekenen op resultaten.

2. Jaarlijkse landelijke monitoring

3. Na de opstartfase wordt er naast een regiobeeld van het effect op de doelstellingen (zie volgende pagina) ook een landelijk beeld opgebouwd. Naar aanleiding van aanvullende bestuurlijke afspraken tussen ZN, LHV/VPH en InEen gemaakt op 16 april 2024 zullen partijen blijven monitoren in hoeverre de beweging die met MTVP wordt beoogd ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd. Tevens kan dit landelijke beeld worden gebruikt om tussen regio's van elkaar te leren. In de periode januari t/m half mei wordt in de jaren 2025, 2026, 2027 en 2028 op zowel landelijk als HHZ-regio niveau via de landelijke effectmeting inzichtelijk gemaakt in welke mate de vastgestelde doelstellingen worden gerealiseerd in het voorgaande kalenderjaar. Partijen bespreken deze beelden jaarlijks met elkaar, waarbij de beweging naar Meer Tijd Voor de Patiënt wordt gevolgd.

Verantwoording

Het monitoren en evalueren van de resultaten van deze doelstellingen, fungeert als spiegelinformatie om onderling leren en kennisuitwisseling tussen de RHO, huisartsen en zorgverzekeraars te stimuleren. Partijen zijn er toe verplicht de beweging te maken richting de beoogde doelstellingen.

Doelstellingen die minimaal worden gemonitord door de zorgverzekeraars:

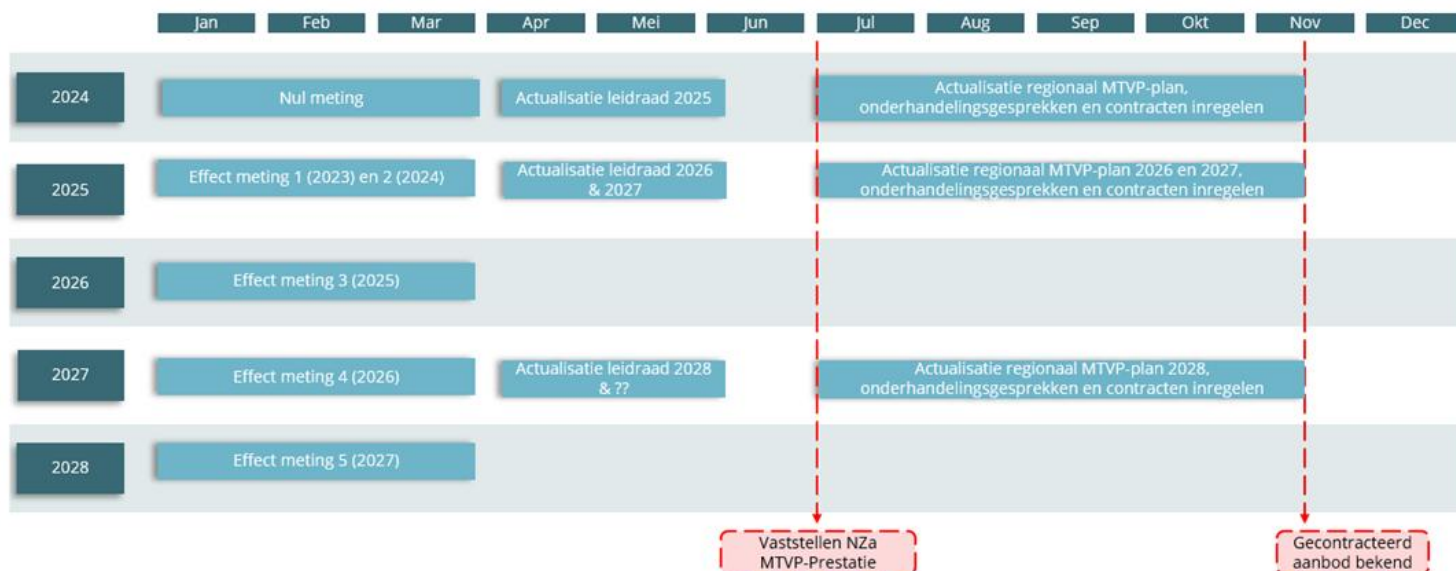
Gemiddeld aantal consulten per verzekerde	Doelstelling is afname van aantal consulten (minder dan de huidige 4,6 consulten per patiënt per jaar) bij gelijkblijvende omstandigheden
Aantal ingeschreven patiënten / fte HA	Doelstelling is behoud van de huidige norm van 2095 patiënten per fte HA of hoger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

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

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

Actualisatie leidraad

Deze derde versie van de leidraad is een update voor de jaren 2026 en 2027. Voor de actualisatie van de leidraad voor 2028 geldt dat er op basis van uitkomsten uit de monitoring aanpassingen kunnen worden gedaan. In de periode maart t/m april 2027 bespreken LHV, InEen en ZN of er op basis van de uitkomsten van de monitoring aanpassingen nodig zijn in de leidraad voor 2028 (zie het schema hieronder voor de cyclus).



Bijlagen

A. Bekostiging en contractering MTVP

Korte omschrijving

De bekostiging van huisartsenpraktijken voor de toepassing van MTVP vindt plaats middels een MTVP-prestatie welke een integraal tarief per ingeschreven patiënt (ION) kent. Deze prestatie maakt financiering van interventies die in lijn liggen met de doelstellingen en uitwerking van MTVP zoals opgenomen in de leidraad MTVP mogelijk. Dit biedt huisartsen de mogelijkheid om een afspraak te maken met zorgverzekeraars over MTVP³. De NZa heeft met ingang van 1 januari 2025 de MTVP bekostiging voor de huisartsen in Segment 1 geplaatst. Zie hiervoor de beleidsregel huisartsenzorg 2025.

De kernelementen uit het groeimodel en de interventies uit de leidraad geven richting aan de uitwerking van MTVP en zijn voor alle partijen leidend. De interventies die onder de kernelementen vallen, bieden ruimte voor regionaal maatwerk en kunnen op basis van behoefte, urgentie en mogelijkheden in de regio worden gekozen. In lijn met de aanvullende bestuurlijke afspraken (april 2026) worden de RHO's voor MTVP separaat structureel bekostigd, zodat de RHO haar rol kan vervullen in de ondersteuning van huisartsenpraktijken in de uitvoering van MTVP.

Minimale horde (voorwaarden)

Om in aanmerking te komen voor deze prestatie gelden een aantal voorwaarden die gezamenlijk de minimale horde vormen:

1. **Lerende omgeving middels intervisie gericht op MTVP**, waarbij de voorwaarde is dat deze intervisie in het kader van het MTVP-project wordt georganiseerd door de RHO om te reflecteren op de voortgang en resultaten (bijv. intervisie verwijsgedrag). Er kan hierbij worden aangesloten op bestaande overlegstructuren, waar het onderwerp MTVP inclusief deze reflectie op voortgang en resultaten wordt geagendeerd.
2. **Regionale aanpak met ondersteuning door de RHO**, wat betekent dat huisartsenpraktijken zich committeren aan het regioplan dat in samenspraak met de RHO is opgesteld. De RHO geeft het regioplan vorm en speelt tevens een rol in de begeleiding van de uitvoering van MTVP. De RHO zal voor de RHO-vergoeding een aantal werkzaamheden uitvoeren welke kunnen worden opgenomen in de O&I afspraken.
3. **Deelnemende huisartsenpraktijken en de RHO committeren zich aan het implementeren van de leidraad MTVP**, waarbij zij zich ontwikkelen in lijn met het hierin opgenomen groeimodel.

De leidraad staat de voortgang van huidige MTVP-projecten en reeds ingezette interventies uit de leidraad niet in de weg. Huisartsenpraktijken die zijn gestart met MTVP vinden herkenning in de leidraad en kunnen doorgaan met reeds ingezette initiatieven. Wanneer er in deze situaties sprake is van dubbelfinanciering, wordt er in overleg gekeken naar een passende financieringsafpraak.

³ DSW ziet MTVP als middel om de huisarts de (financiële) ruimte te bieden om de praktijk naar eigen inzicht en behoefte van de praktijkpopulatie te organiseren en te doen wat nodig is om voor de betreffende patiënt passende zorg te bieden. De bestaande abonnementsfinanciering in de vorm van zorgwaartebekostiging biedt deze mogelijkheid al vanaf 2015 aan huisartsen in Westland, Delfland en Schieland. Het is de uitdrukkelijke wens van de huisartsen in de regio om MTVP binnen het huidige model te behouden en op bestaande wijze te blijven financieren. DSW zal afspraken maken in de regio over het financiële kader zoals opgenomen in het IZA om deze te verwerken in de zorgwaartebekostiging om te voorkomen dat consulten separaat vergoed moeten worden en de administratieve lasten toenemen.

Tariefbepaling

- De MTVP-prestatie kent een integraal tarief per ingeschreven patiënt (ION).
- Het staat RHO's en huisartsenpraktijken vrij om een deel van het tarief van de huisartsenpraktijk door de RHO in te laten zetten om investeringen te doen, als onderdeel van het regioplan/RHO afspraak en mits dit ook ten goede komt aan de eigen huisartsenpraktijk.

Contracteerproces

Het contracteerproces van MTVP ziet er als volgt uit:

- De RHO stelt in afstemming met (een afvaardiging van) huisartsenpraktijken uit de regio een regioplan op voor de implementatie van MTVP. Hierin maakt de RHO (samen met huisartsenpraktijken) conform de leidraad MTVP een keuze voor de te ondersteunen interventies. Het regioplan wordt met de zorgverzekeraar besproken en (eventueel na aanpassing) door partijen geaccordeerd. Het MTVP regioplan is een bindende voorwaarde voor het rechtmatig declareren door de individuele huisartsenpraktijk van de NZA prestatie MTVP. De RHO maakt samen met huisartsenpraktijken de keuze voor verdieping inclusief onderbouwing of nieuwe interventies. Het MTVP regioplan wordt met de zorgverzekeraar besproken, eventueel aangepast en door partijen geaccordeerd.
- De RHO bespreekt het regioplan namens de deelnemende huisartsenpraktijken met de preferente zorgverzekeraar voor afspraken over bekostiging van de RHO vanuit de O&I gelden.
- De individuele huisartsenpraktijk ontvangt van de betreffende zorgverzekeraar een contractaanbod via het Zorginkoopportaal van VECOZO, waarin de huisarts aangeeft zich te committeren aan de minimale horde conform de leidraad MTVP.

B. Toelichting op MTVP-interventies per kernelement

Anders werken in de praktijk

- *Flexibele consultduur via anders inroosteren* – 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.
- *Anders triëren door middel van triage training* – 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.
- *Taakherschikking (bijvoorbeeld SOH spreekuur)* – Bij taakherschikking gaat om het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen verschillende beroepen. Medewerkers worden getraind op inhoud en vaardigheden die horen bij een nieuwe functie dan wel uitbreiding van hun huidige functie. Pas dan zijn zij in staat meer taken (van de huisarts en anderen) over te nemen. 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 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 een spoedbehandeling nodig is en hoeft de huisarts er niet noodzakelijk bij te komen. Ook kan gedacht worden aan het structureel en gestructureerd inbedden van spreekuren met de praktijkondersteuner, de verpleegkundig specialist en de physician assistent.
- *3-gesprekken (patiënt, huisarts en een andere zorgverlener)* – De interventie 3 gesprekken richt zich op het vergroten van de bewustwording van samen beslissen (shared decision making) onder zowel patiënten als zorgverleners. Doorvragen en het gezamenlijk stellen van goede vragen trekken het gesprek breder dan waar de patiënt in eerste instantie voor op consult komt en helpen om oplossingsgericht te werken.
- *Regie op veelgebruikers* – Deze interventie richt zich op het in beeld brengen van de veelgebruikers, wat op verschillende manieren kan. 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.
- *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 zou zijn. 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.

- *Beeldbellen en/of e-mail en/of chatcontact met patiënten* – De interventie beeldbellen, e-mail en/of chatcontact met patiënten richt zich op de inzet van digitalisering waarbij het idee is dat dit helpt bij het efficiënter werken. De effectiviteit van deze interventie is afhankelijk van regionale- en praktijkvariabelen. Beeldbellen, e-mail of chatcontact 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.
- *Administratielast verlagen door Lean werken* – De interventie administratielast verlagen door Lean werken richt zich op procesverbetering als onderdeel van de praktijkvoering. Lean werken gaat uit van de bestaande situatie waarin het goede behouden wordt en betekent daarmee niet ‘alles moet anders’. De kern van Lean is dat je alle processen zo efficiënt mogelijk inricht, met zo weinig mogelijk verspilling in tijd, spullen en dus kosten. Alles heeft een vaste plek, alles gaat in de juiste volgorde. Vaak begint het bij het inventariseren van het totale administratieve proces. Wat kun je hierin schrappen en welke taken kun je elders beleggen? Het is van belang dat ook na de opstartfase aandacht blijft voor Lean werken, het doorvoeren van verbeteringen is namelijk een doorlopend proces.
- *Implementeren van e-Health platforms voor patiënten* – Deze interventie betreft het toepassen van digitale middelen in de zorg om de patiënt op afstand te kunnen ondersteunen. Door de inzet van e-Health worden patiënten op afstand ondersteund in hun eigen omgeving. Het gebruik van e-Health platforms draagt bij aan de verschuiving naar meer eigen regie naar de patiënt. ‘Minddistrict’ is een voorbeeld van een e-Health platform. Deze e-Health catalogus bestaat uit verscheidene modules, dagboeken en vragenlijsten die ingezet kunnen worden bij behandeling en/of begeleiding.
- *Programma ter bevordering digitale zorg en eigen regie van patiënten* – Inzet op implementatie van samen beslissen.
- *Bevordering vaardigheden medewerkers en/of patiënten op digitaal gebied* – Inzet van de ‘Digicoach’, dit is een zorgprofessional die de taak heeft om zijn/haar collega’s te ondersteunen in het vergroten van hun digitale vaardigheden. Zie website: [Wat is een digicoach?](#)
- *Training gebruik maken van AI tools* – [Digivaardigindezorg](#)
- *Aanmeldzuil* – Ervaren voordelen zijn onder andere: betere voorbereiding voor de patiënt, minder drukte aan de balie, lagere werkdruk, arts ziet meteen na aanmelden dat patiënt er is en kan patiënt daardoor sneller oproepen. Daarnaast functioneert de zuil als bewegwijzering. Ervaring is opgedaan met aanmeldzuilen (ook in meerdere talen) met enkele gezondheidsvragen in achterstandspraktijken, daardoor is de vraag of klacht sneller duidelijk.

Samenwerken met het netwerk

- *Laagdrempelige eenmalige consultatie (meekijkconsult/meedenkadvies)* – Let op: bij het meekijkconsult is de patiënt aanwezig, bij het meedenkadvies niet. Vanaf 1 januari 2026 geldt voor het meedenkadvies een aparte S1-betaaltitel die opgenomen is in de beleidsregel huisartsenzorg van de NZa. Bij het zowel meekijkconsult als meedenkadvies bespreken huisarts en specialist in een niet acute setting behandeladviezen, nut en noodzaak van een (eventuele) verwijzing en aanvraag van (eventuele) diagnostiek. Met de invoering van het meekijkconsult en het meedenkadvies wordt beoogd laagdrempelig de medisch specialist in te zetten zonder de patiënt te verwijzen en een DBC te hoeven openen. De interventie vanuit deze leidraad is gericht op het implementeren van het meekijkconsult en het meedenkadvies, bundelen van spiegelinformatie, het organiseren van intervisie en het implementeren van eventuele verbeteringen.
- *Snellere toegang tot en juiste weg vinden in het sociaal domein, zoals Welzijn op Recept* – Deze interventie richt zich op het versterken van welzijn van mensen met psychosociale problemen, waarbij de huisarts/POH de personen met psychosociale klachten verwijst naar een welzijnsadviseur. Deze welzijnsadviseur zoekt vervolgens samen met deze persoon naar manieren om het welzijn te vergroten door bijvoorbeeld deelname aan groepsactiviteiten en vrijwilligerswerk. Of Waar is Wally, waarbij huisarts en sociaal domein verbonden worden middels een ‘Wally’ of vergelijkbare loketten/afspraken.
- *Aansluiting bij 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.
- *Samenwerking met het wijkteam / buurtteam / sociaal team / wijkmanager* – Onder deze interventie verstaan we de samenwerking met alle andere (zorg)professionals in de keten en het informele netwerk om de patiënt heen. Samenwerking met het wijkteam, het buurtteam, het sociaal team en/of de wijkmanager zijn voorbeelden van deze interventie. De inspanning van de huisartsenzorg is van korte duur terwijl het netwerk langer ondersteuning kan bieden. De samenwerking kan in omvang verschillen van enkele afspraken tot intensieve samenwerking met bijvoorbeeld jeugd- of ouderenzorg.
- *MDO/casuïstiektafel met het sociaal domein, de tweede lijn en/of GGZ en/of wijkverpleging* – De interventie Multidisciplinair overleg (MDO)/casuïstiektafel met het sociaal domein, de tweede lijn, de GGZ en de wijkverpleging 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.

Uitbreiding van personele capaciteit

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

Het voeren van het goede gesprek

- *Training/scholing rondom gespreksvoering (bijvoorbeeld rondom SOLK/ALK, positieve gezondheid of het 4D-model)* – 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 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.
 - 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 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 ‘Oplossingsgericht werken’ richten zich op de combinatie van persoonsgerichte zorg en positieve gezondheid. Door het stellen van oplossingsgerichte vragen wordt de patiënt ondersteund bij het vinden van eigen oplossingen en krijgt de patiënt regie over de aanpak van de zorg. De methodiek is een aanvulling op het medisch model en is ook te gebruiken in teams en organisaties.
 - Brede gespreksvoering, bijvoorbeeld het inrichten van een persoonsgerichte en integrale aanpak, een cyclus die de zorgverlener samen met de patiënt doorloopt. De zorgverlener vervult in dit proces de rol van casemanager, die de zorg coördineert, het netwerk rondom de patiënt aanstuurt en het eerste aanspreekpunt vormt. Er is een Handreiking Persoonsgerichte en integrale aanpak in de eerstelijnszorg met aandacht voor brede gespreksvoering en training persoonsgericht en integrale aanpak bij chronische zorg (Pharos).