

## Handreiking anderhalvelijns oogzorg

De weg naar een netwerk van toegankelijke oogzorg



## Inleiding

Het aantal patiënten met een oogheelkundige zorgvraag is in de afgelopen jaren toegenomen en blijft stijgen door vergrijzing, vroege opsporing van aandoeningen en betere behandel mogelijkheden. Met een gelimiteerde zorgfinanciering zal bij ongewijzigd beleid de toegangstijd tot de poliklinieken oogheelkunde verder oplopen. Intensivering en formalisering van samenwerking tussen optometristen, huisartsen en oogartsen kan mogelijkheden bieden om deze toenemende zorgvraag op te vangen.

Herinrichting van oogzorg door middel van substitutie (transmuraal, met name naar optometristen) en taakherschikking (binnen het ziekenhuis) wordt al in wisselende mate op lokaal niveau toegepast. Overheden en verzekeraars initiëren deze projecten vaak primair uit oogpunt van kostenbeheersing, waardoor de resultaten niet altijd het gewenste effect hebben.

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) wil als wetenschappelijke vereniging haar kennis inzetten om aan te geven welke randvoorwaarden gesteld moeten worden om in de behoefte aan goedkopere zorgverlening te voorzien, met behoud van kwaliteit.

Immers: Het opvangen van de toenemende oogheelkundige zorgvraag met de schaarse middelen mét oog voor kwaliteit dient het primaire doel te zijn, en niet primair de kostenbeheersing. Alleen dan kan worden voorkomen dat er (irreversibele) gezondheidsproblemen ontstaan of verergeren.

In dit document beschrijft het NOG welke randvoorwaarden volgens het NOG het behoud van kwaliteit bij substitutie van zorg waarborgen. Daarnaast wordt een aantal mogelijke inrichtingsvormen bij substitutie van zorg beschreven.

Gelet op een aantal randvoorwaarden hanteren wij deze handreiking maximaal drie jaar. Na twee jaar wordt geëvalueerd.

## Substitutie

In de afgelopen jaren zijn al diverse documenten over substitutie en taakherschikking binnen de oogheelkundige zorg geschreven:

- [Handreiking voor het opzetten van lokale of regionale samenwerking in de oogzorg.](#) NOG; 2016
- [Standpunt NOG inzake het uitvoeren van voorbehouden handelingen.](#) NOG; 2014
- [Plan geïntegreerde oogzorg.](#) OVN, NVvO, NOG; 2013

Daarnaast heeft de Federatie Medisch Specialisten samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging de specialisme-brede [Handreiking substitutie](#) en de [Factsheet & checklist substitutie van zorg](#) opgesteld.

De samenwerking over de lijnen heen tussen huisartsen, optometristen en oogartsen is momenteel zeer divers. Verschillende partijen zijn lokale projecten gestart met optometristen in de 1<sup>e</sup> lijn, soms met betrokkenheid van de oogarts, en soms ook niet. Daarbij zien we dat resultaten uit een bepaalde regio één-op-één vertaald worden naar een andere regio, terwijl de lokale situatie anders is.

Daarnaast is voor de patiënt op dit moment niet altijd helder waar hij voor goede oogzorg terecht kan, omdat de kwaliteit van de gesubstitueerde oogzorg momenteel onvoldoende inzichtelijk is.

## Triage

**Een goede triage draagt bij aan zorg voor de patiënt op de juiste plek en het voorkómen van onnodige verwijzingen.**

Patiënten die in de eerste lijn behandeld kunnen worden, moeten daar ook behandeld worden. CHBB-geregistreerde kaderhuisartsen oogheelkunde (College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden, dit aantal is echter beperkt) en vooral optometristen kunnen hierin een belangrijke rol gaan vervullen.

Er zijn verschillende substitutieprojecten waarbij de oogzorg goed georganiseerd is met heldere afspraken over kwaliteitsborging en verwijzlijnen. Dat niet alle projecten even succesvol verlopen heeft vooral te maken met het ontbreken van landelijke regie op kwaliteit van zorg en het ontbreken van transparantie voor de patiënt. Dit maakt het voor de patiënten onduidelijk, soms onnodig duur en mogelijk onveilig.

De formulering van duidelijke randvoorwaarden voor kwaliteitsborging is dus naar het idee van het NOG een vereiste voor een goed functionerende anderhalvelijns oogzorg waarin zorg gesubstitueerd wordt.

## Door wie?

Optometristen kunnen een belangrijke rol spelen bij de substitutie van oogzorg. Als het gaat om het oogheelkundig onderzoek, beschikken zij immers vaak over meer vaardigheden dan een gemiddelde huisarts en valt de triage binnen hun specifieke deskundigheidsgebied. Er is echter diversiteit binnen de groep optometristen in Nederland, waarbij de ene meer affiniteit heeft met klinische optometrie en de andere meer met commerciële optometrie. Ook is er een grote groep die affiniteit heeft met beide. Feit is echter dat toetsing, visitatie en (her)registratie thans geen vereisten zijn om het vak optometrist uit te oefenen, terwijl dit elementen zijn die kwaliteit kunnen borgen.

## Welke randvoorwaarden?

Het NOG vindt het belangrijk dat oogzorg aan een aantal basisvoorwaarden voldoet. Voor optometristen die aan deze randvoorwaarden voldoen ziet het NOG een belangrijke rol weggelegd in het overnemen van gesubstitueerde oogzorg. Voor alle betrokkenen schept dit duidelijkheid, niet in de laatste plaats voor de patiënt. Bovendien legt dit een stevige basis voor kwaliteitsbewaking en -borging.

Het NOG adviseert om oogheelkundige triage alleen uit te laten voeren door optometristen die minimaal twee jaar ervaring hebben opgedaan in de klinische praktijk. Daarbij aangevuld dat oogheelkundige triage verantwoord verleend kan worden als door de betreffende optometrist aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- ✓ Verplichte registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici
- ✓ Deelname aan kwaliteitsvisitation
- ✓ Fysieke scheiding van commercie en curatieve zorg
- ✓ Voldoende exposure aan pathologie / volumenormen

Zoals eerder aangegeven zijn visitatie en (her)registratie (momenteel vrijwillig) thans geen vereisten om het vak optometrist uit te oefenen. Het NOG verwacht van de beroepsgroep van optometristen (OVN) dat zij in de komende drie jaar een systeem ontwikkelt voor visitatie en verplichte (her)registratie voor optometristen die werkzaam willen zijn in de klinische optometrie.

## Waar?

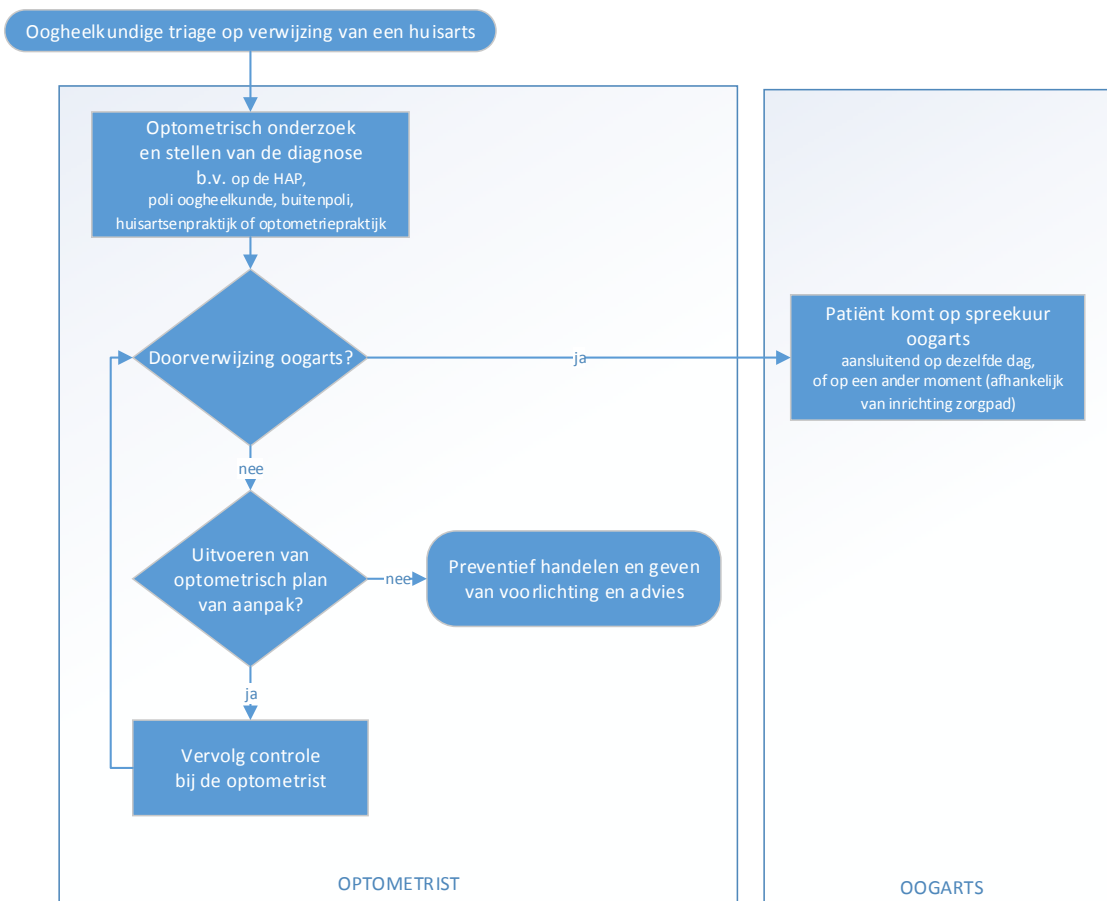
Regionaal kan worden bepaald of in een netwerk (organisatorische eenheid) wordt samengewerkt of niet. De huisarts beslist op basis van de klachten en bevindingen of hij de patiënt verwijst naar een optometrist óf naar een oogarts.

Bij een netwerk bestaat, ongeacht de fysieke locatie van de triage (optie a of b hieronder), het netwerk altijd uit (een aantal) huisartsen, (een aantal) oogartsen en (een aantal) optometristen uit de regio, zodat de hele keten betrokken is en weet welke afspraken er regionaal gemaakt zijn. Zie de factsheet en handreikingen op de voorgaande pagina voor de te maken afspraken.

### De triage kan georganiseerd worden met of zonder fysieke aanwezigheid van de oogarts op de betreffende locatie:

- a. Optometrische triage ZONDER een oogartsensprekkuur op dezelfde locatie.  
Bijvoorbeeld in een gezondheidscentrum.
- b. Optometrische triage MET een oogartsensprekkuur op dezelfde locatie.
  - i. Binnen de muren van het ziekenhuis
  - ii. Elders, b.v. op een buitenpoli, gezondheidscentrum

Vooralsnog ziet het zorgpad bij triage door de optometrist er als volgt uit:



Figuur 1: oogheekundige triage

Graag werken we toe naar een situatie waarbij optometristen fysiek samenwerken met oogartsen, zodat door de concentratie van de zorgverlening kwalitatief hoogwaardige zorg kan worden geboden. De patiënt kan indien de optometrist dit aangeeft aansluitend bij de oogarts terecht.

Naar verwachting komen er op niet al te lange termijn eHealth toepassingen die meekijken met de huisarts op afstand mogelijk maakt. Hierdoor kan er ruggespraak met de oogarts plaatsvinden zonder directe fysieke aanwezigheid van de oogarts op de betreffende locatie.

Voor zorgvernieuwing meekijkconsult heeft de NZa al een prestatie opgenomen in de beleidsregel huisartsenzorg 2018. De prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen, van waaruit de huisarts de expertise in kan roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. Dit kan de inzet zijn van medisch specialistische consultatie of de inzet van andere expertises in het zorgveld. Doel van de inzet moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Indien de huisarts een afspraak met de zorgverzekeraar maakt over aanvullende financiering door middel van deze module, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.

## Financiering

De triage kan op verschillende manieren gefinancierd worden. Dit hangt mede af van de locatie waar de triage wordt uitgevoerd. Hieronder wordt een aantal financieringsmogelijkheden weergegeven. Het overzicht is echter niet uitputtend.

1. Alle locaties: Projectfinanciering door een of meerdere zorgverzekeraars (voorbeeld [CZ](#), S3 gelden). Dit kunnen gelden zijn uit segment 3 van de financiering huisartsenzorg of uit de 75 miljoen die beschikbaar is bij verzekeraars voor substitutieprojecten zoals afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord 2018.
2. Onder verantwoordelijkheid van de CHBB-geregistreerde kaderhuisartsen oogheelkunde (zie [overzicht kaderhuisartsen](#)): Zij mogen een vergoeding declareren voor spleetlamp onderzoek (met uitzondering van diabetes). Dit onderzoek kunnen zij zelf uitvoeren, of als verlengde armconstructie door een optometrist uit laten voeren. Mogelijk met als randvoorwaarde dat het onderzoek wordt uitgevoerd in de huisartsenpraktijk.
3. Binnen de muren van het ziekenhuis: Op basis van Overige Zorgproducten (OZP's) paramedische behandeling en onderzoek. Deze financieringsvorm geldt alleen voor projecten die binnen de 2<sup>e</sup> lijn wordt uitgevoerd, aangezien de OZP onder de financiering van de medisch specialistische zorg valt.

We lichten de bovengenoemde drie punten hieronder toe.

Projectfinanciering: De zorgkosten binnen een zorgvernieuwingproject in de eerste lijn worden vaak gefinancierd uit segment 3 van de huisartsenbekostiging. Zie voor meer informatie [de beleidsregel van de NZa over huisartsenzorg](#).

Voor substitutie die bestaat uit het verplaatsen van zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn, zijn nieuwe afspraken gemaakt om de beweging te simuleren. Tot aan 2017 werden budgettaire kaders achteraf aangepast voor substitutie. Om een impuls te geven aan substitutie is nu afgesproken vooraf budgettaire ruimte te maken.

Eerstelijnszorgverleners, eerstelijnsorganisaties, medisch specialisten, ziekenhuizen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, de NZa en het ministerie van VWS hebben voor 2018 een nieuwe, gezamenlijke aanpak ontwikkeld. Deze aanpak is in het bestuurlijk overleg van 30 maart 2017 bekrachtigd en bestaat uit twee punten: budgettaire ruimte voor substitutie initiatieven en een programmatische aanpak van substitutie.

Voor 2018 en volgende jaren is afgesproken vooraf middelen beschikbaar te stellen voor substitutie: € 75 miljoen. Het geld is beschikbaar als zorgaanbieders een initiatief hebben waarin ziekenhuiszorg wordt verplaatst, en zij hierover een afspraak hebben met een zorgverzekeraar.

Als het totaal van de substitutieafspraken onder de € 75 miljoen blijft, blijven de resterende middelen in het budgettaire kader van de tweede lijn. De partijen in de tweede lijn zijn ervan

verzekerd dat verschoven geld gepaard gaat met verschoven zorg en patiënten. De zorgverzekeraars hebben de ruimte om partijen te stimuleren tot substitutieprojecten.

Onder verantwoordelijkheid van de huisarts: CHBB kaderhuisartsen hebben daarnaast nog een andere financieringsmogelijkheid. Zij mogen het spleetlamponderzoek declareren. Op basis van taakherschikking mogen zij het onderzoek door een optometrist uit laten voeren. De NZa heeft voor het spleetlamponderzoek in 2018 een maximum tarief vastgesteld van € 12,34. Dit tarief geldt wanneer er geen overeenkomst is gesloten met de verzekeraar. Is er wel een overeenkomst dan is het afgesproken tarief beduidend hoger, namelijk rond de € 59.-.

Binnen de muren van het ziekenhuis: In de 2<sup>e</sup> lijn kan gekozen worden voor financiering op basis van het Overige Zorgproduct. Dit product mag het ziekenhuis declareren als de patiënt alleen gezien is door een optometrist. Zodra de oogarts op dezelfde dag meekijkt wordt voor de geleverde zorg een DBC geregistreerd. Kijkt de oogarts op een later moment, dan start de DBC op de datum waarop de oogarts kijkt. De zorg die voorafgaande geleverd is door de optometrist wordt als OZP gedeclareerd.

Omschrijving	Locatie	Bedrag (2018)	Eigen risico patiënt
<b>Projectfinanciering o.a. uit S3 gelden</b>	Alle locaties, onder verantwoordelijkheid huisarts	Vrij NZa tarief voor 'overige zorgvernieuwing'	nee
<b>CHBB-huisartsen spleetlamponderzoek</b>	In de 1 <sup>e</sup> lijn	€ 12,34 (Maximum tarief i.g.v. geen overeenkomst <sup>1</sup> ) indien wel een overeenkomst dan ca. € 59.-	Nee
<b>Overige Zorgproduct eerste optometrisch onderzoek binoculair</b>	Binnen de muren van het ziekenhuis	€ 72,10 (maximumtarief, naar beneden onderhandelbaar door verzekeraars)	Ja
<b>Projectfinanciering uit de gereserveerde 75 mln. voor substitutie</b>	Afhankelijk van projectvoorstel van deelnemende partijen	75 mln. projectgelden beschikbaar.	Afhankelijk van inrichting van het zorgtraject

Tabel 1: schematische weergave financiering triage

Aandachtspunten financiering medisch specialistische zorg:

- Door substitutie van zorg wordt de casemix in de twee lijn voor de oogarts zwaarder. Dit kan een punt van aandacht zijn bij de onderhandelingen over het te hanteren tarief.
- De oogartsen verrichten inspanningen om de kennis en deskundigheid van hun intramurale optometristen te borgen. Wanneer de gesubstitueerde zorg uit OZP's gefinancierd wordt adviseren wij in overleg met de Raad van Bestuur van de instelling te treden.

<sup>1</sup> [BIJLAGE 1 BIJ TARIEFBESCHIKKING TB/REG-18619-01 TARIEVENLIJST HUISARTSENZORG EN MULTIDISCIPLINAIRE ZORG 2018](#), p 32