



## **Toetsingskader**

**Optimalisering eerstelijnszorg door  
inzet van (medisch) specialistische  
expertise uit de 1e en/of 2e lijn**



# Samenvatting

Al enige tijd worden er plannen gemaakt om de zorg in de toekomst toegankelijk, betaalbaar en beschikbaar te houden. Het is nodig de zorg anders te organiseren en interventies te plegen. Met de recente COVID-19 uitbraak is de urgentie van het optimaliseren van de zorg in een stroomversnelling gekomen. Vanwege de hoge COVID-19 belasting aan de ene kant en de belemmeringen die een anderhalve-meter samenleving met zich meebrengt aan de andere kant, moeten we meer dan ooit op zoek naar de meest doelmatige zorg en dat kan op verschillende manieren.

Een van deze manieren is om de zorg in de 1e lijn te optimaliseren. Dat kan gedaan worden door de laagdrempeligheid, toegankelijkheid en expertise van bijvoorbeeld de huisarts aan te vullen met (medisch) specialistische kennis uit de 1e en/of 2e lijn. Deze optimalisatie draagt bij aan:

- Het voorkomen van (onnodige) verwijzingen naar de 2e lijn;
- Het eerder terug verwijzen van patiënten uit de 2e lijn naar de 1e lijn;
- Een betere verdeling van de (verschoven) zorg in de 1e lijn onder de beschikbare professionals.

In dit toetsingskader legt Menzis uit wat de definitie is van optimalisatie van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn. Daarbij wordt de term 1,5 lijnszorg bewust niet gebruikt. Deze term is verwarrend doordat het suggereert dat er zorg tussen de 1e en de 2e lijn geleverd wordt en dat is niet het geval.

Daarnaast wordt in dit toetsingskader uitgelegd aan welke criteria optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn moet voldoen, hoe de financiering hiervan in elkaar steekt en hoe deze optimalisering er in de praktijk uit ziet.

Gemakshalve leggen we ook uit wat deze optimalisatie nadrukkelijk niet is.

*'Het verplaatsen van zorg helpt bij het organiseren van de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Menzis ziet daarbij belangrijke rol voor de 1<sup>e</sup> lijn waarbij er aandacht moet zijn voor een goede balans. In dit toetsingskader geven wij de mogelijkheden weer die er zijn om zorg naar de 1<sup>e</sup> lijn te verplaatsen, maar ook om zorg binnen de 1<sup>e</sup> lijn anders te verdelen.'*

Behalve dit toetsingskader, heeft Menzis ook een toetsingskader Ziekenhuisverplaatste Zorg uitgebracht. Deze twee toetsingskaders samen geven richting aan de kansen die we zien in het organiseren van toekomstige zorg in zowel de 2e lijn als de 1e lijn zodat deze bijdraagt aan de uitdaging om de zorg toekomstbestendig te maken.

Dit toetsingskader over de optimalisatie van de eerstelijnszorg is tot stand gekomen door een gezamenlijke inspanning van medewerkers die betrokken zijn bij de regionale eerstelijnszorg, landelijke eerstelijnszorg en de medisch specialistische zorg. Tevens zijn enkele zorgaanbieders gevraagd om het toetsingskader te lezen en feedback te geven.

# Inhoud

<b>1. Aanleiding</b>	<b>5</b>
<b>2. Definities</b>	<b>7</b>
2.1 Gerelateerde definitie maar buiten de scope van eerstelijnszorg	7
<b>3. Wanneer spreken we van optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn?</b>	<b>10</b>
3.1 Criteria optimalisering van eerstelijnszorg	10
3.2 Financiering van optimalisering van eerstelijnszorg	11
3.3 Optimalisering van eerstelijnszorg in de praktijk	13
<b>4. Afbakening optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn; wat is het NIET</b>	<b>16</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>18</b>

# 1. Aanleiding

De belangrijkste uitdaging voor de toekomstige Nederlandse gezondheidszorg is het leveren van voldoende beschikbare, kwalitatief hoogwaardige, persoonsgerichte en betaalbare zorg op de juiste plek en op het juiste moment aan patiënten.

In het hoofdlijnenakkoord 2019-2022 Huisartsenzorg wordt het belang van samenwerking en het regionaal doelmatiger aanbieden van zorg genoemd in het kader van de juiste zorg op de juiste plek (JZOJP) en de uitdagingen in de zorg. Ook in het hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg 2019-2022 spelen de JZOJP mogelijkheden om de zorg anders te organiseren om de toekomstige uitdagingen het hoofd te bieden een belangrijke rol. Daarnaast maken beide hoofdlijnenakkoorden met daarin de afgesproken macro maximale volumegroei voor de jaren 2019 t/m 2022 de noodzaak tot substitutie en samenwerking groter.

De recente COVID-19 uitbraak maakt nog eens extra duidelijk dat het noodzakelijk is om te zoeken naar de meest doelmatige inzet van zorg zodat we de zorg in Nederland in de toekomst toegankelijk, beschikbaar en betaalbaar kunnen houden.

Menzis stimuleert de juiste zorg op de juiste plek en op het juiste moment waarbij optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn een belangrijke stap is om substitutie, zelfzorg en doelmatigheid (voorkomen van polibezoek/ opname) mogelijk te maken. Door o.a. de toegenomen druk op zorgsysteem, de verschuiving van zorg van de 2e naar de 1e lijn, de huidige arbeidsmarktproblematiek en de (aankomende) vergrijzing is de urgentie van goede transmurale keten- en netwerksamenwerking sterk toegenomen.

Centraal staan de quadruple aim uitgangspunten bij de vormgeving van deze nieuwe schakel in de ketens:

- Het minimaal gelijk blijven van de (ervaren) kwaliteit van zorg;
- Het waar mogelijk verbeteren van de gezondheid van een bepaalde patiëntenpopulatie;
- Een minder snelgroeiende stijging van de zorgkosten per hoofd van de bevolking;
- Ervaren tevredenheid, werkplezier neem toe en werkdruk neem af bij zorgverleners.

Optimalisering van de eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn helpt kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg in de toekomst beschikbaar te houden.

Menzis is zich bewust van de bestaande en toenemende hoge werkdruk door de substitutie van zorg bij huisartsen. Echter, door ook binnen de eerstelijnszorg samen te werken, kan ondersteuning geboden worden aan de huisarts. Zo hoeft niet alle bestaande zorg op het bord van de huisarts te blijven en komt niet automatisch alle verplaatste zorg uit de 2e lijn bij de huisarts terecht. In onze uitwerking zijn voorbeelden opgenomen hoe samenwerking in de 1e lijn kan helpen om de toegenomen zorg daar beter te verdelen.

Maar ook door betere bekendheid van de toegankelijkheid van fysiotherapie voor kinderen en de aandoeningen artrose, COPD en bekkenklachten kan zorg ook verder geoptimaliseerd worden.

Belangrijk bij het optimaliseren en verplaatsen van zorg is de aanwezigheid van geschikt personeel. Door de bestaande arbeidsmarktproblematiek is het noodzakelijk om te toetsen of er voldoende personeel beschikbaar is bij het ontwikkelen van nieuwe initiatieven. Zonder deze voorwaarde dragen initiatieven niet bij aan het toekomstbestendig maken van de zorg.

Een knelpunt voor Zorggroepen is de administratieve last die de optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn op dit moment met zich mee dragen. In dit toetsingskader ligt de focus op de optimalisering van de eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn, waardoor niet verder ingegaan wordt op mogelijke manieren om de druk op de Zorggroepen weg te nemen, al heeft dit wel onze aandacht.

Het doel van dit document is om zorgaanbieders een kader te bieden met criteria waaraan volgens Menzis optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn dient te voldoen.

In de volgende hoofdstukken en paragrafen lichten wij ons toetsingskader toe.

Dit toetsingskader over de optimalisatie van de eerstelijnszorg is tot stand gekomen door een gezamenlijke inspanning van medewerkers die zijn betrokken bij de regionale eerstelijnszorg, landelijke eerstelijnszorg en de medisch specialistische zorg.

*'Zorg is op verschillende manieren anders te organiseren. In dit toetsingskader laten we zien welke mogelijkheden er zijn om de samenwerking tussen de 1e en 2e lijn te verbeteren maar ook de samenwerking binnen de 1e lijn te optimaliseren.'*

## 2. Definities

### Optimalisering eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn

Het doel van optimalisering van de eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn is het combineren van de goede toegankelijkheid en kennis van de eerstelijnszorg met de aanvullende kennis en kunde van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn om tot optimale patiëntenzorg te komen. Deze samenwerking tussen zorgprofessionals in de 1e lijn en (medisch) specialisten creëert de juiste randvoorwaarden voor netwerkgeneeskunde om het eerstelijns zorgaanbod te verbreden en te verdiepen, en het (medisch) specialistische zorgaanbod in de 1e en 2e lijn te optimaliseren en te versterken. Hierdoor worden verwijzingen vanuit de 1e lijn naar de 2e lijn voorkomen, kunnen patiënten sneller van de 2e lijn terug naar de 1e lijn en kan de (verschoven) zorg in de 1e lijn beter worden verdeeld. Daarnaast stimuleert het de samenwerking en kennisoverdracht tussen (medisch) specialisten en professionals in de 1e lijn, kan het stepped care principe worden verbeterd (patiënten worden niet zwaarder behandeld dan strikt noodzakelijk) en vindt de bekostiging van deze zorg in de 1e lijn plaats.

Deze definitie heeft veel weg van de verwarrende term 1,5 lijnszorg die Menzis bewust niet gebruikt.

### 2.1 Gerelateerde definitie maar buiten de scope van eerstelijnszorg

#### Ziekenhuisverplaatste Zorg <sup>1</sup>

Onder Ziekenhuisverplaatste Zorg (ZVZ) worden medische behandelingen verstaan die bij de patiënt thuis (of op een andere geschikte locatie waar de patiënt verblijft) plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

#### **Dagbehandeling ziekenhuis verplaatste zorg**

Dagbehandeling in het ziekenhuis wordt vervangen voor behandeling in de thuissituatie (of op een andere geschikte locatie). Deze behandelingen thuis kunnen gedeclareerd worden aan de hand van bestaande productcodes dagbehandeling. Geneesmiddelen uit de Geneeskundige zorg, en eventuele hulpmiddelen die bij deze thuisbehandeling horen, worden door de intramurale apotheek geleverd. Eventuele inzet van verpleging, verzorging en Thuiszorg (VVT) of andere 1e lijns zorg wordt via

---

<sup>1</sup> Behalve de huisarts kan ook de specialist ouderengeneeskunde (SOG) verantwoordelijk zijn voor de zorg aan een patiënt. Daar waar huisarts staat kan, indien passend ook de SOG worden gelezen.

onderlinge dienstverlening (ODV) geregeld. Indien zorgaanbieders in de Menzis regio's geneesmiddelen die zijn opgenomen in het GVS, en bijbehorende hulpmiddelen (bijvoorbeeld infuuspompen) thuis gaan toedienen en niet meer in het ziekenhuis, informeren zij Menzis pro-actief om afspraken te kunnen maken over de vergoeding.

De medisch specialist is hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk specifiek voor de geleverde zorg thuis waarvoor de patiënt anders naar het ziekenhuis was gekomen.

De huisarts is hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor alle andere reguliere, huisarts gerelateerde zorgvragen.

### **Klinische ziekenhuis verplaatste zorg**

Klinische zorg (24/7 zorg) wordt thuis geleverd i.p.v. middels opname in het ziekenhuis. Vanaf 2020 bestaat er een zorgactiviteit (klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis) met productcode (190228) zodat deze zorg door aanbieders van medisch specialistische zorg aan de zorgverzekeraar gedeclareerd kan worden. Om gebruik te mogen maken van deze productcode dient de aanbieder van medisch specialistische zorg hier wel afspraken over te hebben gemaakt met de zorgverzekeraar. Ook over wie de hulpmiddelen en geneesmiddelen levert en wie verantwoordelijk is, worden afspraken gemaakt. Dit geldt ook voor de inzet en de bekostiging van de VVT waarbij Menzis graag afspraken maakt over het direct bekostigen van de VVT en niet via ODV in deze situatie.

De medisch specialist is hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor alle zorg die een patiënt nodig heeft tijdens de looptijd van deze productcode.

Pas na het beëindigen van de productcode en dus het beëindigen van het klinische zorgtraject thuis (24/7), is de huisarts weer hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk voor de totale zorg aan de patiënt. De medisch specialist dient zorgt te dragen voor een goede overdracht naar de huisarts en eventuele andere betrokken zorgprofessionals.

Er bestaat een apart document waarin het toetsingskader Ziekenhuisverplaatste Zorg is uitgewerkt.



## Taakherschikking<sup>2</sup>

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken en verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen in de 1e en 2e lijn. Zorgtaken die in het verleden alleen door, of onder eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist/huisarts werden uitgevoerd, worden in het geval van taakherschikking volledig overgedragen aan een andere beroepsgroep. De medische specialist/huisarts draagt daarbij ook het registratierecht en soms ook de declaratiebevoegdheden over.

Er is alleen sprake van taakherschikking als een beroepsgroep volledig zelfstandig en volledig onder eigen verantwoordelijkheid medische zorg levert. Voorbeelden zijn de verpleegkundig specialisten (VS), de physician assistants (PA) en de klinisch technoloog die zelfstandig bevoegd zijn om bepaalde voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten.

## Taakdelegatie of verlengde arm constructie

Taakdelegatie is het niet structureel herverdelen van taken die in opdracht en onder supervisie worden uitgevoerd, waarbij de eindverantwoordelijkheid blijft bij de delegerende professional. Bijvoorbeeld een huisarts die het maken van uitstrijkje delegeert aan een doktersassistent, een verpleegkundige die onder supervisie van een medisch specialist werkt.

---

<sup>2</sup> NZa, nieuwsbericht 28-07-2016

### 3. Wanneer spreken we van optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn?

Het doel van optimalisering van de eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn is het combineren van de goede toegankelijkheid en kennis van de eerstelijnszorg met de aanvullende kennis en kunde van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn om tot optimale patiëntenzorg te komen. De quadruple aim uitgangspunten hierbij zijn:

1. (Ervaren) kwaliteit van zorg blijft minimaal gelijk;
2. Waar mogelijk is er een verbetering van de gezondheid van een patiëntenpopulatie;
3. De stijging van de zorgkosten per hoofd van de bevolking groeit minder snel;
4. De ervaren tevredenheid en werkplezier nemen toe terwijl de werkdruk bij zorgprofessionals afneemt.

#### 3.1 Criteria optimalisering van eerstelijnszorg

Optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn, voldoet aan de volgende criteria:

- Het hoofdbehandelaarschap ligt in de 1e lijn;
- Er wordt rekening gehouden met bijkomende/afnemende werkdruk en beschikbaar geschikt personeel (dit kan per initiatief verschillen en dient niet te zorgen voor een te grote disbalans. Idealiter ontstaat een kettingreactie van initiatieven die gezamenlijk zorgen voor een acceptabele balans in werkdruk en beschikbaar personeel);
- Er is een structurele samenwerkingsafspraken met de (medisch) specialist waarbij patiëntenprofielen zijn opgesteld zodat duidelijk is welke patiënten terecht kunnen, wanneer fysiek contact noodzakelijk is of wanneer e-health kan worden ingezet ([zie bijlage 1 voor meer informatie over digitale zorg](#));
- Er is sprake van een consult/behandeladvies/medebehandeling door een (medisch) specialist (bijvoorbeeld een medisch specialist zoals een orthopeed, psycholoog/psychiater of specialist oudergeneeskunde maar ook een specialist zoals de extended scope fysiotherapeut,

verpleegkundig specialist of een optometrist) aan de zorgprofessional in de 1e lijn (bijvoorbeeld een huisarts, fysiotherapeut of verloskundige);

- Wachttijden kunnen mogelijk worden verkort (patiënten worden bijvoorbeeld sneller geholpen door een optometrist dan bij een verwijzing naar de oogarts in de 2e lijn);
- Er zijn afspraken over welke diagnostiek waar kan worden uitgevoerd;
- Het initiatief heeft de potentie om op te schalen naar een hele regio (minimaal 100.000 inwoners) waarbij het tijdspad inzichtelijk maakt op welke termijn dit mogelijk is;
- Er zijn afspraken over de 1e lijnstarieven die horen bij de samenwerking tussen de eerstelijns zorgprofessional en (medisch) specialist. De tarieven in de 1e lijn liggen lager dan de tarieven in de 2e lijn en zijn gebaseerd op een gewogen gemiddelde van de prijs van zorgproducten waarvan bepaald is dat deze in de 1e lijn kunnen plaatsvinden. Inzet is een kostenbesparing van tenminste 1/3 van de bestaande kosten of door een efficiëntere inzet van professionals meer mensen van de juiste zorg op de juiste plek te kunnen voorzien. Regelmatige bijstelling is nodig gezien volumes en case-mix kunnen veranderen of afwijken.
- Afspraken over de regionale samenwerking worden meegenomen in de (meerjaren)afspraken met de betrokken 1e en 2e lijn zorgaanbieders en passen binnen de eventuele regiobeelden.
- Er zijn afspraken over de monitoring van geselecteerde parameters tijdens en na de looptijd van de pilot of het project. De parameters waarop monitoring en dus evaluatie plaatsvindt, worden voor aanvang van de pilot of het project afgesproken.

### 3.2 Financiering van optimalisering van eerstelijnszorg

Om eenduidig financiële afspraken te kunnen maken over de samenwerkingsinitiatieven, is het van belang de kaders te scheppen waar de financiering aan moet voldoen. Er zijn al verschillende samenwerkingsinitiatieven gestart vóór het vastleggen van deze financiële kaders. Dit kan betekenen dat lopende initiatieven in de toekomst, na het aflopen van de overeenkomst, bijgesteld moeten worden.

De kaders voor het financieren van de samenwerking die zorgt voor optimalisering van eerstelijnszorg zijn als volgt:

- Financiering vindt plaats in de 1e lijn bij de hoofdbehandelaar die hoofdcontractant is.
- (Medisch) specialisten zijn onderaannemers. Dit betekent dat de inzet van (medisch) specialisten wordt betaald door de hoofdcontractant in de 1e lijn.
- De inzet van de medisch specialist kan mogelijk ook bekostigd worden vanuit de MSZ afspraken.

- Bij het vaststellen van de hoogte van de financiering die voor de samenwerking wordt ontvangen, is ook de inzet van (medisch) specialisten meegenomen. Het gaat hier dus om een integraal tarief van zowel 1e lijnszorg en indien van toepassing 2e lijnszorg. Hierbij worden voor de 2e lijnszorg alleen de directe zorgkosten meegenomen (en niet de overhead van het ziekenhuis).
- De financiering van de samenwerking waar de HA bij betrokken is, komt uit het budgettair kader HA/MDZ waar de S3 gelden beschikbaar zijn (zorgvernieuwingsgelden). Periodiek brengt de NZa in kaart welk budget landelijk vanuit het macrokader MSZ kan worden overgeheveld.
- Eventuele middelen en diagnostiek die nodig zijn om zorg in de 1e lijn uit te voeren, verschuiven qua financiering ook naar de 1e lijn (en worden in de 2e lijn niet meer bekostigd wanneer dit mogelijk is).
- Uitgangspunt is dat de optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialisten uit de 1e en/of 2e lijn een besparing oplevert. Er ligt altijd een business case (BC) onder de financiële afspraak die wordt gemaakt voor optimalisering van eerstelijnszorg. Menzis heeft hiervoor een format ontwikkeld.

De BC bevat de financiering die nodig is in de 1e lijn voor de 1e en/of 2e lijns regionale samenwerking en de besparing die wordt gerealiseerd in de 2e lijn. Inzet is een kostenbesparing van tenminste 1/3 van de bestaande kosten of door een efficiëntere inzet van professionals meer mensen van de juiste zorg op de juiste plek te kunnen voorzien.

Belangrijke aspecten om overeenstemming over te bereiken zijn:

- Tarief voor de regionale samenwerking (% tov 2e lijns tarieven);
- Omvang van de regionale samenwerking (aantal patiënten, welke zorg, welke middelen, eventueel welke diagnostiek);
- Afname verwijzingen/consulten/ingrepen/middelen 2e lijn (in % en €) met als gevolg een aanpassing van het budget in de 2e lijn;
- Inzet (medisch) specialist (hoe en hoe vaak);
- Omvang van de incidentele kosten en structurele kosten;
- Totale besparing die uit het initiatief volgt.

We begrijpen dat zorgprofessionals in de 1e en 2e lijn vooral bezig willen zijn met het uitvoeren van hun vak en het efficiënter en kwalitatief beter organiseren van de zorg. Als zorgverzekeraar beschikt Menzis over financiële expertise die het maken van een BC kan bevorderen. Menzis biedt zorgaanbieders met regionale samenwerkingsplannen om tot optimalisering van eerstelijnszorg te komen ondersteuning bij het maken van een BC. Zo kunnen zorginhoudelijke en financiële expertise elkaar aanvullen en kan de transitie van juiste zorg op de juist plek worden versneld.

### 3.3 Optimalisering van eerstelijnszorg in de praktijk

Optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn kan op verschillende manieren worden toegepast, namelijk:

#### Optie 1: Consult met behandeladvies van medisch specialist, aangevraagd door de huisarts.

(bijvoorbeeld een orthooped, psycholoog/psychiater of specialist oudergeneeskunde)

Dit kan op de volgende manieren:

- a. Fysiek door middel van een [Eenmalig Consult Medisch Specialist \(ECMS\)](#)
  - Patiënt komt fysiek naar de medisch specialist (eenmalig meekijkconsult medisch specialist);
  - Medisch specialist komt fysiek naar de hoofdbehandelaar in de 1e lijn en/of bij de patiënt thuis;
- b. Op afstand door middel van een [MeeKijkConsult \(MKC\)](#)
  - E-consult, eventueel met aanvulling van foto's, en/of beeldbellen van patiënt met de medisch specialist, met of zonder de hoofdbehandelaar in de 1e lijn;
  - Intercollegiaal consult tussen hoofdbehandelaar in de 1e lijn en medisch specialist;
- c. Omgekeerd ECMS (zowel fysiek als via E-consult)
  - De medisch specialist ziet de doorverwezen patiënt en verwijst de patiënt terug naar de 1e lijn waar deze wordt behandeld. Een duidelijke handleiding voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt, is hierbij essentieel (er wordt geen DOT geopend en het eigen risico wordt niet aangesproken).

#### **Voorbeelden**

[Een kinderarts kijkt mee met de huisarts tijdens speciaal spreekuur](#)

[Huisartsen kunnen medisch specialisten vragen om advies](#)

[Eenmalig consult medisch specialist voor alle huisartsen beschikbaar](#)

[Atriumfibrilleren? Je huisarts weet er alles van](#)



## Optie 2: Consult/Aanvullend onderzoek/behandeladvies door een specialist in de 1e lijn

(bij deze optie gaat het bijvoorbeeld om een extended scope fysiotherapeut, verpleegkundig specialist of een optometrist, horizontaal verwijzen doordat een huisarts naar een kaderhuisarts of collega huisarts verwijst of door samenwerking met apothekers om overlap van geleverde zorg te voorkomen).

Dit kan op de volgende manieren:

- a. Fysiek door middel van een Eenmalig Consult Specialist (ECS)
  - Patiënt komt fysiek naar de specialist (eenmalig meekijkconsult specialist);
  - Specialist komt fysiek naar de hoofdbehandelaar in de 1e lijn en/of bij de patiënt thuis;
- b. Op afstand door middel van een MeeKijkConsult (MKC)
  - E-consult, eventueel met aanvulling van foto's, en/of beeldbellen van patiënt met de specialist, met of zonder de hoofdbehandelaar in de 1e lijn;
  - Intercollegiaal consult tussen hoofdbehandelaar in de 1e lijn en specialist;

### **Voorbeelden**

[Inzet optometristen](#)

[Inzet gespecialiseerde fysiotherapeuten](#)



## Optie 3: Laagcomplexe ingrepen/ aanvullend onderzoek in de 1e lijn.

Dit kan op de volgende manier:

- a. Medisch specialist behandelt patiënten in een eerstelijnssetting volgens de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

### **Voorbeelden**

[Inzet medisch specialist in de huisartsenpraktijk](#)

[Inzet OSAsense](#)



## Optie 4: Regionaal expertiseteam.

Dit kan op de volgende manier:

- a. Een team wordt geformeerd met een mix aan 1e en 2e lijns (medisch) specialistische expertise.  
In sommige gevallen zijn patiënten in de 1e lijn zo complex, dat (medisch) specialistische kennis nodig is voor de juiste diagnose en behandeling, zoals bijvoorbeeld bij complexe wondzorg of bij type 2 diabetes.

### **Voorbeelden**

[Het Wondexpertise Netwerk](#)

[Expertiseteam diabetes](#)

[Het Ambulant team ouderenzorg](#)

[Integrale Geboortezorg Organisatie](#)



## 4. Afbakening optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn; wat is het NIET

Er bestaat soms onduidelijkheid over de afbakening van optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn. Hierboven is reeds benoemd wat Menzis wel onder de definitie verstaat. Hieronder wordt toegelicht wat niet verstaan wordt onder optimalisatie van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en /of 2e lijn en waarom.

Optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn is niet:

### 1. (Nieuw zorgaanbod van) Ziekenhuisverplaatste zorg.

Zorg die onder ziekenhuisverplaatste zorg valt, is zorg waarbij de medisch specialist verantwoordelijk is (en blijft) voor de patiënt. Bij ziekenhuisverplaatste zorg gaat het om het aanbieden van 2e lijns zorg buiten de muren van de aanbieder van medisch specialistische zorg.

### 2. Diagnostiek

Diagnostiek kan worden ingezet als onderdeel van een consult om tot een behandelplan te komen. Derhalve is het aanvragen van alleen diagnostiek geen optimalisering van eerstelijnszorg door inzet van (medisch) specialistische expertise uit de 1e en/of 2e lijn.



# Bijlagen

# Bijlage 1

## Digitale zorg<sup>3</sup>

Met digitale zorg bedoelen we hetzelfde als met het begrip e-health: het toepassen van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. Digitale zorg kan op de volgende manier worden ingedeeld (Raad van Volksgezondheid en Samenleving):

- E-zorg: e-diagnosestelling, e-consulten, e-care zoals monitoring, e-preventie interventie bij hoog risico bij een individu.
- E-ondersteuning: e-inzage in patiëntendossier, e-management zoals het maken van afspraken online.
- E-public health: e-gezondheidsvoorlichting, e-preventie zoals het opsporen van bepaalde risicogroepen.

Onderdeel van E-zorg zijn de e-consulten waar ook de meekijkconsulten onder vallen. Hieronder volgt een verduidelijking van het verschil tussen een meekijkconsult en een eenmalig consult medisch specialist.

Het ECMS valt niet onder de E-zorg omdat (op dit moment) er altijd een fysiek contact tussen de medisch specialist en de patiënt is.

## Eenmalig consult medisch specialist (ECMS)

Bij een eenmalig consult medisch specialist (ECMS) verwijst de huisarts de patiënt eenmalig door naar een medisch specialist. Deze specialist kan patiënten zien door fysiek aanwezig te zijn in de huisartsenpraktijk of door patiënten eenmalig op de poli langs te laten komen. Het vermoeden bestaat dat de patiënt in de 1<sup>e</sup> lijn behandeld kan worden. De huisarts blijft hoofdbehandelaar.

---

<sup>3</sup> NZA juni 2019

## Meekijkconsult (MKC)<sup>4</sup>

De prestatie zorgvernieuwing meekijkconsult biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen, van waaruit de zorgaanbieder 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.

---

<sup>4</sup> NZa beleidsregel Ha/MSZ