

# BELEIDSREGEL CV-7000-5.0.-1



## Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2<sup>1</sup>, CVR<sup>2</sup>)

Gelet op het bepaalde in artikel 7, 56, lid 4 en 5 van artikel 57 en artikel 59 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de aanwijzing met nummer CZ-EKZ-296664 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de volgende beleidsregel vastgesteld.

Kenmerk  
CV-7000-5.0.-1

### 1. ALGEMEEN

- a. Deze beleidsregel is van toepassing op zorg als bedoeld in artikel 1 sub b van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), met uitzondering van zorg als omschreven bij of krachtens de AWBZ.
- b. Deze beleidsregel treedt in werking op 1 januari 2010 en werkt terug tot die datum indien de mededeling in de Staatscourant dat de beleidsregel bij de NZa ter inzage ligt na deze datum plaatsvindt.
- c. Deze beleidsregel kan worden aangehaald als 'multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, CVR)'.

### 2. WERKINGSSFEER

De chronische aandoeningen waarop deze beleidsregel betrekking heeft, zijn:

1. Diabetes Mellitus type 2 voor personen  $\geq$  18 jaar (DM type 2)
2. Cardiovasculair risicomanagement (CVR)

### 3. PRESTATIE

Per 1 januari 2010 treden de volgende prestaties in werking:

#### 3.1 Prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 voor personen $\geq$ 18 jaar (DM type 2)

De *prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Diabetes Mellitus type 2 voor personen  $\geq$  18 jaar (DM type 2)* houdt een zorgverlening in waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden<sup>3</sup> welke ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard voor Diabetes Mellitus<sup>4</sup> die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en is aangepast op de lokale situatie.

De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat de diagnose is vastgesteld. Het bestaat ten minste uit (een) ziektespecifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de

<sup>1</sup> Diabetes Mellitus type 2 voor personen  $\geq$  18 jaar

<sup>2</sup> Cardiovasculair risicomanagement

<sup>3</sup> De standaard voor zorgstandaarden is het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten dat is ontwikkeld door het coördinatieplatform zorgstandaarden (ingesteld door ZonMw) in opdracht van het ministerie van VWS

<sup>4</sup> De NDF zorgstandaard van de Nederlandse diabetes federatie

zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (zie ook bijlage 1 bij de beleidsregel).

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
2 van 22

### **3.2 Prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Cardiovasculair Risicomanagement (CVR)**

*De prestatie Multidisciplinaire zorg voor Cardiovasculair Risicomanagement (CVR) houdt een zorgverlening in waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren. De zorgonderdelen die deel uitmaken van deze prestatie worden beschreven binnen de kaders van de standaard voor zorgstandaarden welke ingevuld wordt met behulp van de zorgstandaard vasculair risicomanagement<sup>5</sup> die geldt op het moment van sluiten van de overeenkomst en is aangepast op de lokale situatie. De prestatie betreft de ingevulde standaard voor zorgstandaarden, waarbij de prestatie geldt voor het deel van de zorgstandaard dat inhoud en levering beschrijft nadat het verhoogde risico is vastgesteld (risico  $\geq$  5% om binnen 10 jaar te overlijden aan hart- of vaatziekte) en voor patiënten die een hart- of vaatziekte hebben. Het bestaat ten minste uit (een) ziektespecifieke en (een) generieke component(en) waarbij de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus waarbinnen de zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (zie ook bijlage 1 bij de beleidsregel).*

### **3.3 Start prestatie**

De hier beschreven prestaties starten op het moment dat de diagnose (DM type 2) of het verhoogde risico (CVR) is vastgesteld en de patiënt 'in zorg' is.

De patiënt is 'in zorg' indien hij/zij voor de bij hem/haar bestaande chronische aandoening zorg ontvangt waarvan inhoud en levering overeenkomen met de hier beschreven prestaties.

## **4. TARIEF**

### **4.1 Tarief**

Voor de prestaties als genoemd onder 3 gelden vrije tarieven.

### **4.2 Looptijd tarief**

Het overeengekomen tarief heeft een maximale looptijd van 1 januari tot en met 31 december van enig jaar.

### **4.3 Onderlinge dienstverlening**

Indien meerdere zorgaanbieders gezamenlijk en in onderlinge afstemming de onder 3 omschreven prestatie(s) leveren, dan wordt de levering van de deelprestaties aangemerkt als onderlinge dienstverlening.

De tarieven voor onderlinge dienstverlening zijn vrij.

---

<sup>5</sup> De zorgstandaard Vasculair risicomanagement van het Platform vitale vaten

## **5. VOORWAARDEN EN VOORSCHRIFTEN**

### **5.1 Hoofdcontractant**

De hoofdcontractant is de zorgaanbieder die (een van de) onder 3 van deze beleidsregel omschreven prestaties contracteert, levert en het overeengekomen tarief voor deze prestatie declareert.

De hoofdcontractant dient over de competenties te beschikken (c.q. deze competenties te hebben gecontracteerd) om basis huisartsgeneeskundige zorg te kunnen aanbieden.

### **5.2 Overeenkomst**

Om de onder 3 van deze beleidsregel omschreven prestaties te declareren dient er een schriftelijke overeenkomst te zijn gesloten tussen de hoofdcontractant en de ziektekostenverzekeraar.

### **5.3 Declareren van het tarief**

Het overeengekomen tarief dient per kwartaal<sup>6</sup> in rekening te worden gebracht.

Het tarief per kwartaal kan in rekening worden gebracht voor die patiënten die op de eerste dag van dat kwartaal in zorg zijn bij de hoofdcontractant.

## **6 SAMENLOOP**

### **6.1 Samenloop met de eerstelijns zorg**

De zorg binnen de eerstelijns die geacht wordt onderdeel uit te maken van of gelijkwaardig te zijn aan de prestatie als bedoeld onder 3 van deze beleidsregel wordt niet naast eerdergenoemde prestatie voor dezelfde patiënt gedeclareerd.

### **6.2 Samenloop met innovatiemogelijkheden**

Op basis van onderstaande beleidsregels kan er niet naast de prestaties als genoemd in 3 van deze beleidsregel gedeclareerd worden indien het eenzelfde soort prestatie betreft:

- Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten;
- Beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten;
- Module Modernisering & innovatie (als omschreven in de beleidsregel verrichtingenlijst module M&I) gebruikt voor (een onderdeel van) de prestaties als genoemd in de onderhavige beleidsregel.

### **6.3 Samenloop prestatie met medisch specialistische zorg**

#### **6.3.1 Vaststelling van medisch specialistische zorg als onderdeel van de prestatie**

---

<sup>6</sup> Het kwartaaltarief is een kwart van het overeengekomen jaartarief.

De medisch specialistische zorg die geleverd wordt ten behoeve van de in deze beleidsregel omschreven prestatie, dient door de betreffende zorgaanbieders bij de hoofdcontractant in rekening te worden gebracht middels onderlinge dienstverlening.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
4 van 22

### **6.3.2 Medisch specialistische zorg die geen onderdeel is van de prestatie**

Medisch specialistische zorg waarvan niet is afgesproken dat ze onderdeel uitmaakt van een prestatie als genoemd in 3 van deze beleidsregel kunnen naast de bedoelde prestatie voor dezelfde patiënt gedeclareerd en bekostigd worden.

### **6.4 Samenloop prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen onderling**

De prestatie 'multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoening CVR' omvat zorg die al een integraal onderdeel dient te zijn van zorg voor DM type 2 patiënten. Deze prestatie kan dus niet tegelijkertijd open staan met de prestatie 'multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoening DM type 2' voor eenzelfde patiënt.

## **7. OVERIGE BEPALINGEN**

### **7.1 Keuze**

Met ingang van 1 januari 2010 kan de in deze beleidsregel omschreven multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoeningen DM type 2 en CVR op grond van deze beleidsregel gedeclareerd.

Het is aan de zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar om ervoor te kiezen de zorg voor de chronische aandoening DM type 2 of CVR ofwel te declareren middels onderhavige beleidsregel ofwel middels de bekostigingsregels zoals die gelden voor de betreffende deelprestaties.

### **7.2 Innovatie-experimenten**

De experimenten als bedoeld in 6.2 (eerste bullet) lopen door tot einde looptijd van het experiment als genoemd in de individuele beschikking. Afhankelijk van de looptijd van het experiment is de situatie als onder 7.1 beschreven van toepassing.

### **7.3 Aflopende innovatie-experimenten**

Voor experimenten waarvan de looptijd eindigt in de tweede helft van 2009 is het onder 7.1 gestelde eveneens van toepassing. Indien gekozen wordt voor het declareren op grond van onderhavige beleidsregel, kunnen ziektekostenverzekeraar en hoofdcontractant overeenkomen om de eerste zes maanden van 2010 voorwaarden en verplichtingen aan te passen naar een voor beide partijen op dat moment haalbare situatie. Over de volgende onderdelen kunnen afwijkende afspraken gemaakt worden:

- \* de voorwaarden van de overeenkomst als bedoeld in artikel 5.2 van deze beleidsregel; en
- \* de verplichtingen opgelegd middels de regeling 'declaratievoorschrift multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen'.

Tevens hoeft er de eerste zes maanden van 2010 niet te worden voldaan aan de volgende verplichtingen:

\* de verplichtingen opgelegd middels de regelingen:

1. transparantievoorschriften multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen; en
2. de administratievoorschriften multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1

**Pagina**  
5 van 22

## **8. EVALUATIE**

De NZa zal periodiek nagaan of er noodzaak bestaat om de beleidsregel te evalueren. Tevens brengt de NZa uiterlijk 31 december 2011 een rapport uit aan de Minister over de effecten van de introductie van de ketens.

## **9. VASTSTELLING**

Op basis van artikel 57 lid 5 Wmg stelt de NZa, ter uitvoering van deze beleidsregel, de prestatiebeschrijvingen ambtshalve vast.

## Toelichting

Kenmerk  
CV-7000-5.0.-1

Pagina  
6 van 22

### 1. Aanleiding

Een integrale benadering van de zorg voor patiënten met een chronische aandoening is van groot belang. Aanbieders van verschillende disciplines dienen de zorg in samenhang en in samenwerking te leveren voor het behalen van een optimaal resultaat. Daarnaast dient de patiënt centraal te staan in de behandeling. Dit kan door de behandeling af te stemmen op (de zorgvraag van) de patiënt en de patiënt actief deel te laten nemen aan het zorgproces.

In 2010 kunnen op grond van de onderhavige beleidsregel de kosten van de zorg geleverd door professionals én de organisatiekosten (inclusief ICT) van de zorg voor die betreffende aandoening worden bekostigd. Dit betekent dat bekostiging inclusief de eventuele kosten van de huisarts, praktijkondersteuner huisartsen (POH), nurse practitioner (NP), verpleegkundig specialist zoals diabetes- en longverpleegkundigen, medisch specialist (consultatie, maar ook bijv. oogonderzoek bij diabetes), diëtist en andere professionals is.

De NZa sluit zich voor wat betreft de multidisciplinaire zorgverlening aan bij de zorgonderdelen zoals deze beschreven zijn in de standaard voor zorgstandaarden van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Ditzelfde geldt voor de organisatiestructuur. De nadere invulling van dit model kan plaatsvinden met behulp van de zorgstandaarden voor de individuele aandoeningen (DM<sup>7</sup>, CVR<sup>8</sup>) zoals die momenteel bestaan. Het zorgstandaard model moet dan ook gezien worden als een kaderschetsend model dat functioneel ingevuld kan worden met behulp van de bestaande of nog te ontwikkelen ziektespecifieke zorgstandaarden. Het biedt structuur voor de diverse zorgstandaarden. Een dergelijke uniforme structuur komt ten goede aan de overzichtelijkheid voor alle partijen. Naast de uniformiteit in structuur bestaat er vrijheid in invulling om tegemoet te komen aan de lokale situatie en eventuele innovatieve initiatieven. De lokale optimalisatie/best practice kan zo ontwikkeld worden.

Hierbij beseft de NZa zich dat zorgstandaarden altijd in beweging zullen zijn. Een zorgstandaard is een dynamisch document, waarvan de inhoud door nieuwe (wetenschappelijke) inzichten aan frequente en structurele verandering onderhevig is. De kaders waarbinnen deze wijzigingen plaatsvinden (waarbij men kan denken aan bijvoorbeeld de opdeling van de ziekte in verschillende fasen als diagnostiek, behandeling etc.) evenals de aanwezigheid van een kwaliteitscontrole en bepaalde structuurvoorwaarden, zijn echter minder dynamisch. Derhalve is de standaard voor zorgstandaarden van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden centraal gesteld in de onderhavige beleidsregel.

### 2. Artikelsgewijze toelichting

#### 1. Algemeen

Naast de aanhef en het moment van inwerkingtreden van de beleidsregel wordt hier bepaald dat de beleidsregel een functionele werkingssfeer heeft: niet de zorgaanbieder maar de te leveren zorg staat centraal. Bovendien heeft de beleidsregel, behoudens inperkingen in het vervolg

---

<sup>7</sup> NDF zorgstandaard (nederlandse diabetes federatie)

<sup>8</sup> Zorgstandaard Vasculair risicomangement (platform vitale vaten)

van de beleidsregel, betrekking op de gehele zorg zoals die is bepaald en omschreven bij de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1

Dit betekent dat elke zorgaanbieder de onderhavige prestaties onder genoemde voorwaarden kan leveren.

**Pagina**  
7 van 22

## **2. Werkingsfeer**

De beleidsregel is alleen van toepassing op de chronische aandoeningen:

1. Diabetes Mellitus type 2 voor personen  $\geq$  18 jaar (DM type 2)
2. Cardiovasculair risicomanagement (CVR)

Indien daar aanleiding toe is, kan de beleidsregel uitgebreid worden met prestaties voor andere aandoeningen.

## **3. Prestaties**

De volgende prestaties treden in werking:

**3.1** multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoening DM type 2

**3.2** multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoening CVR

Deze prestaties houden in zorgverlening waarbij zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren.

Middels bovengenoemde prestatie kunnen de kosten van de zorgverlening worden gedeclareerd van de huisarts, praktijkondersteuner huisartsen, nurse practitioner, verpleegkundig specialist, medisch specialist, diëtist, maar ook van andere zorgaanbieders betrokken bij de zorgverlening. De bekostiging betreft alle zorgkosten die volgens de onderliggende zorgstandaard direct samenhangen met de betreffende aandoening. Het gaat dus ook om andere met de betreffende aandoening samenhangende zorgvragen, met uitzondering van acute zorgvragen tijdens de ANW uren. Acute zorgvragen tijdens ANW-uren worden bekostigd middels de tarieven voor prestaties in avond, nacht en weekend.

Geneesmiddelenzorg, diagnostiek (het vaststellen van de diagnose (DM type 2) of van het verhoogde risico (CVR) en eerstelijnsdiagnostiek (laboratorium onderzoek, functieonderzoek, beeldvormend onderzoek) verricht op verzoek van de huisarts) en hulpmiddelenzorg vallen in ieder geval in 2010 buiten de in onderhavige beleidsregel genoemde prestaties. Voor diagnostiek geldt dit niet voor die zorgaanbieders die dit al onder de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' binnen hun zorgprestatie hebben opgenomen.

Voor de prestaties is niet exact bepaald welke zorgonderdelen, structuur en kwaliteit er geldt. Zorgaanbieders dienen hier zelf uitwerking aan te geven. Wel is hiervoor een kader gegeven. Dit kader staat beschreven in bijlage 1 en is afkomstig uit het standaard voor zorgstandaarden zoals opgesteld door Coördinatieplatform Zorgstandaarden (augustus 2009). Met behulp van de bestaande zorgstandaarden (DM en CVR) en met inachtneming van de lokale situatie kan deze ingevuld worden en als basis dienen voor de te leveren zorg.

Zoals beschreven komt de patiënt in aanmerking voor de prestaties indien de diagnose dan wel het verhoogde risico is vastgesteld. Dit betekent echter niet dat hij/zij automatisch recht heeft op ieder

onderdeel van hetgeen beschreven is in de standaard. Hetgeen de patiënt recht op heeft is afhankelijk van de situatie van de patiënt. Het zorgstandaard model geeft aan dat per onderdeel van de zorgverlening (module) beschreven moet staan voor wie de zorg is, wat deze inhoudt en welke gegevens men moet registreren. Door dit vast te leggen en af te spreken is duidelijk welke onderdelen van het totaal pakket voor welke patiënten bedoeld zijn.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
8 van 22

### **3.3 Start prestatie**

De patiënt is niet meer in zorg indien de patiënt geen zorg meer ontvangt uit de keten en de coördinatie en verantwoordelijkheid geheel is overgedragen door de hoofdcontractant aan een medisch specialist.

## **4. Tarief**

De prestaties hebben elk een vrij tarief. De tarieven die binnen de keten worden afgesproken zijn ook vrij. Dit betekent dat zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars in onderhandeling hierover afspraken kunnen maken. Uiteraard dient dit binnen de gestelde kaders plaats te vinden.

Alleen de kosten voor zorg welke binnen het verzekerde pakket valt kunnen ten laste van de zorgverzekeringswet worden gebracht.

Zorgonderdelen van een onder 3 beschreven prestatie die onder de verzekerde aanspraak op grond van de Zorgverzekeringswet vallen en zorgonderdelen die daarbuiten vallen, vallen beiden onder het vrije tarief. De wijze van declaratie voor deze 2 componenten staat beschreven in de declaratievoorschriften.

In het rapport van CVZ 'Zorgstandaarden, ketenzorg in de eerste lijn en de te verzekeren prestaties Zvw' is meer duidelijkheid gegeven welke zorg te verzekeren prestaties betreffen en welke niet.

## **5. Voorwaarden en voorschriften**

### **5.1 Hoofdcontractant**

De hoofdcontractant is er voor verantwoordelijk dat een multidisciplinair team van zorgverleners gezamenlijk met de patiënt de zorg zoals genoemd in 3 van de onderhavige beleidsregel in samenhang en samenwerking organiseert en levert. Hierbij kan de regie en coördinatie van de zorg bij elke zorgaanbieder in de keten gelegen zijn. Naast de inhoud van de zorg ligt ook de verantwoordelijkheid voor de organisatiestructuur en de kwaliteitscyclus bij de hoofdcontractant.

Een ieder die de prestatie zoals genoemd in de onderhavige beleidsregel kan en wil leveren kan de hoofdcontractant zijn.

### **5.2 Overeenkomst**

De hoofdcontractant kan de prestatie(s) declareren mits sprake is van een schriftelijke overeenkomst met de ziektekostenverzekeraar. Indien geen overeenkomst aanwezig is met de ziektekostenverzekeraar voor de desbetreffende patiënt, kan de zorgverlening alleen middels de reguliere tarieven (consulten, zittingen, etc.) in rekening worden gebracht.

In het declaratievoorschrift staat aangeven welke onderdelen tenminste in de overeenkomst moeten zijn opgenomen. Dit betekent dat de hoofdcontractant en ziektekostenverzekeraar vrij zijn extra afspraken, zoals tarief- en prestatieafspraken en bepalingen, in de overeenkomst op te nemen.

### 5.3 Declareren van het tarief

Indien de patiënt niet op de eerste dag van het te declareren kwartaal in zorg is, kan dit kwartaal niet gedeclareerd worden.

Kenmerk  
CV-7000-5.0.-1

Pagina  
9 van 22

## 6. Samenloop

### 6.1 Samenloop prestatie met de eerstelijns zorg

Dit betekent dat zorg welke in het kader van de prestatie door bijvoorbeeld huisartsen, diëtisten of elke andere zorgaanbieders wordt geleverd, niet separaat als consult, zitting of losse verrichting wordt gedeclareerd aan de ziektekostenverzekeraar. De NZa benadrukt dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het vermijden van deze vorm van dubbele bekostiging. Ook als de hoofdcontractant en ziektekostenverzekeraars afspraken maken over het aantal consulten dat in rekening gebracht mag worden, kunnen de consulten die dit aantal overschrijden niet alsnog onder een andere beleidsregel gedeclareerd worden aan de ziektekostenverzekeraar.

### 6.2 Samenloop met innovatiemogelijkheden

De genoemde beleidsregels kunnen niet naast de onderhavige prestatie gedeclareerd worden omdat ze als gelijkwaardig aan of als onderdeel van de prestatie gezien kunnen worden.

### 6.3 Samenloop prestaties met medisch specialistische zorg

De hoofdcontractant en de ziektekostenverzekeraar nemen in hun overeenkomst op welke medisch specialistische zorg onderdeel uitmaakt van de prestatie. Dit heeft als doel te voorkomen dat deze zorg niet separaat als ziekenhuis DBC wordt gedeclareerd. De NZa benadrukt dat ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders verantwoordelijk zijn voor het vermijden van deze vorm van dubbele bekostiging.

De zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar nemen in hun overeenkomst op dat poliklinische ziekenhuis DBC's (inclusief de enkelvoudige consulten) betreffende dezelfde aandoening in principe niet bij dezelfde patiënt naast de onderhavige prestaties mogen worden gedeclareerd. Voor de keten DBC DM type 2 geldt dat ook voor de oogheekundige screening op DRP. Overigens kunnen de oogheekundige DBC's indien DRP is geconstateerd en de heekundige zorg betreffende de diabetische voet ( diabetische voet (diabetes n.n.o.)) naast de onderhavige keten prestatie worden gedeclareerd.

### 6.4 Samenloop prestaties voor multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen onderling

De prestatie 'multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoening CVR' mag niet tegelijkertijd open staan met de prestatie 'multidisciplinaire zorgverlening voor de chronische aandoening diabetes' voor eenzelfde patiënt. Dit omdat de zorg geleverd voor patiënten met een verhoogd risico op hart en vaatziekten als onderdeel van de zorg voor een diabetes patiënt gezien kan worden.

## 7. Overige bepalingen

### 7.1 Keuze

Noch ziektekostenverzekeraars, noch aanbieders zijn *verplicht* om vanaf 1 januari 2010 gebruik te maken van de mogelijkheid om ketenprestaties te contracteren of aan te bieden. De NZa is zich ervan bewust dat de vereiste organisatorische aanpassingen en zorginhoudelijke kennis mogelijk nog niet op deze datum overal gereed is.

## **7.2 Innovatie-experimenten**

Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars die een declaratietitel hebben ontvangen onder de beleidsregel 'innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' mogen zolang de declaratietitel geldig is hun experiment voortzetten. Zij mogen te allen tijde er zelf voor kiezen hun experiment eerder te beëindigen en volgens onderhavige beleidsregel de genoemde prestaties gaan bekostigen.

Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars hebben bij inwerkingtreding van de onderhavige beleidsregel niet meer de mogelijkheid te starten met een experiment voor wat betreft de prestaties als genoemd in de onderhavige beleidsregel.

## **7.3 Aflopende innovatie-experimenten**

De zes maanden waarin nog niet aan bepaalde verplichtingen voldaan hoeft te zijn, zijn ingesteld om een werkbare overgang naar declaratie van de chronische aandoening middels onderhavige beleidsregel in plaats van middels het experiment mogelijk te maken.

## **Bijlage 1: standaard voor zorgstandaarden: opbouw en inrichting van zorgstandaarden**

Weergave van het deel handelend over de opbouw en inrichting van de zorgstandaarden uit het tussentijds rapport (18 augustus 2009) van het coördinatieplatform zorgstandaarden gericht aan het ministerie van VWS.

### 3 OPBOUW EN INRICHTING VAN ZORGSTANDAARDEN

#### 3.1 De architectuur van een zorgstandaard in grote lijn

##### 3.1.1 Alleen individu-gerichte preventie in de zorgstandaard

Bij nagenoeg alle chronische ziekten is preventie van betekenis, uiteraard naast en bij voorkeur in samenhang met goede behandeling. Het moderne paradigma noodt dan ook tot integratie van preventie en zorg. Ook bij het ministerie van VWS staat deze integratie hoog in het banier. De klassieke indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie geeft problemen bij de afgrenzing van de verzekerde preventie binnen de Zorgverzekeringswet (ZVW). Daarom is door het CVZ niet lang geleden een andere indeling voorgesteld. Een belangrijk kenmerk van de CVZ-indeling is dat onderscheid wordt gemaakt tussen collectieve en individu-gerichte preventie. Het model voor de zorgstandaarden beperkt zich tot individuele zorgverlening en dus tot individu-gerichte preventie.

Door het CVZ wordt de volgende vierdeling aangehouden:

- Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen;
- Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma;
- Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie / behandeling;
- Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.

De CVZ-indeling biedt de mogelijkheid onderscheid te maken tussen collectieve en individu-gerichte preventie. Universele en selectieve preventie richten zich op het collectief, geïndiceerde preventie en de zorggerelateerde preventie richten zich op het individu. Het onderscheid tussen collectief en individu is van belang met het oog op de vraag welke onderdelen van het zorgproces – dus van de zorgstandaard – tot verzekerde zorg gerekend zullen kunnen worden. Zoals hiervoor al aangegeven: het model voor de

zorgstandaarden beperkt zich – uiteraard naast behandeling – tot de individu-gerichte preventie: geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
12 van 22

### 3.1.2 Samenstelling zorgstandaard

Het model moet voor elke chronische ziekte een zorgstandaard kunnen accommoderen. Het betreft de beschrijving van de ziektespecifieke component, van bijpassende generieke componenten, van de organisatiestructuur die aan het zorgproces ten grondslag ligt, en van de relevante prestatie-indicatoren. Om dit te realiseren is een modulaire benadering de meest geschikte.

- Voor elke chronische ziekte kan een ziektespecifieke module worden gemaakt. Daarin worden de ziektespecifieke componenten van preventie en zorg bij de betreffende chronische ziekte beschreven. Een ziektespecifieke module bevat in principe dus geen generieke componenten.
- Verscheidene elementen zijn voor meerdere chronische ziekten van belang – denk aan bewegen, goede voeding, stoppen met roken, informatie, voorlichting en educatie, begeleiding in de laatste levensfase en palliatieve zorg. Deze kunnen in generieke modules worden ondergebracht.
- Voor de beschrijving van de organisatiestructuur die aan het zorgproces ten grondslag ligt zal een apart hoofdstuk in de zorgstandaard moeten worden ingericht.
- Hetzelfde geldt voor de beschrijving van de relevante prestatie-indicatoren. Deze worden onderverdeeld in procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek), uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek), en structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de ketenorganisatie).

#### Zorgstandaard

Een zorgstandaard voor een bepaalde chronische ziekte bestaat modelmatig dus uit de volgende componenten:

- een ziektespecifieke module;
- aan aantal generieke modules, passend bij de betreffende chronische ziekte;
- een hoofdstuk over de organisatiestructuur van het zorgproces (ketenorganisatie);
- een hoofdstuk over de relevante prestatie-indicatoren.

Deze modelmatige benadering wordt in de navolgende paragrafen stap voor stap uitgewerkt en toegelicht.

## 3.2 Ziektespecifiekemodules

### 3.2.1 Opzet van een ziektespecifieke module

Met inachtneming van de kenmerken en definitie van een zorgstandaard zoals weergegeven in paragraaf 2.3.2 kan de ziektespecifieke module als volgt worden omschreven.

De ziektespecifieke module beschrijft vanuit het patiëntenperspectief de ziektespecifieke preventie en zorg voor het individu met een bepaalde chronische ziekte of een verhoogd risico daarop en omvat

het complete zorgcontinuüm. Een ziektespecifieke module vormt samen met (i) een aantal generieke modules, (ii) de beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg, en (iii) de bijbehorende prestatie-indicatoren ten behoeve van de kwaliteitsbevordering een zorgstandaard.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1

**Pagina**  
13 van 22

De geschiedenis van een individu met een chronische ziekte, en dus het betreffende zorgcontinuüm, kent verschillende fasen. Deze zijn in de praktijk niet altijd in strakke zwart-wit termen te onderscheiden, maar schematisch zijn er de volgende vier fasen:

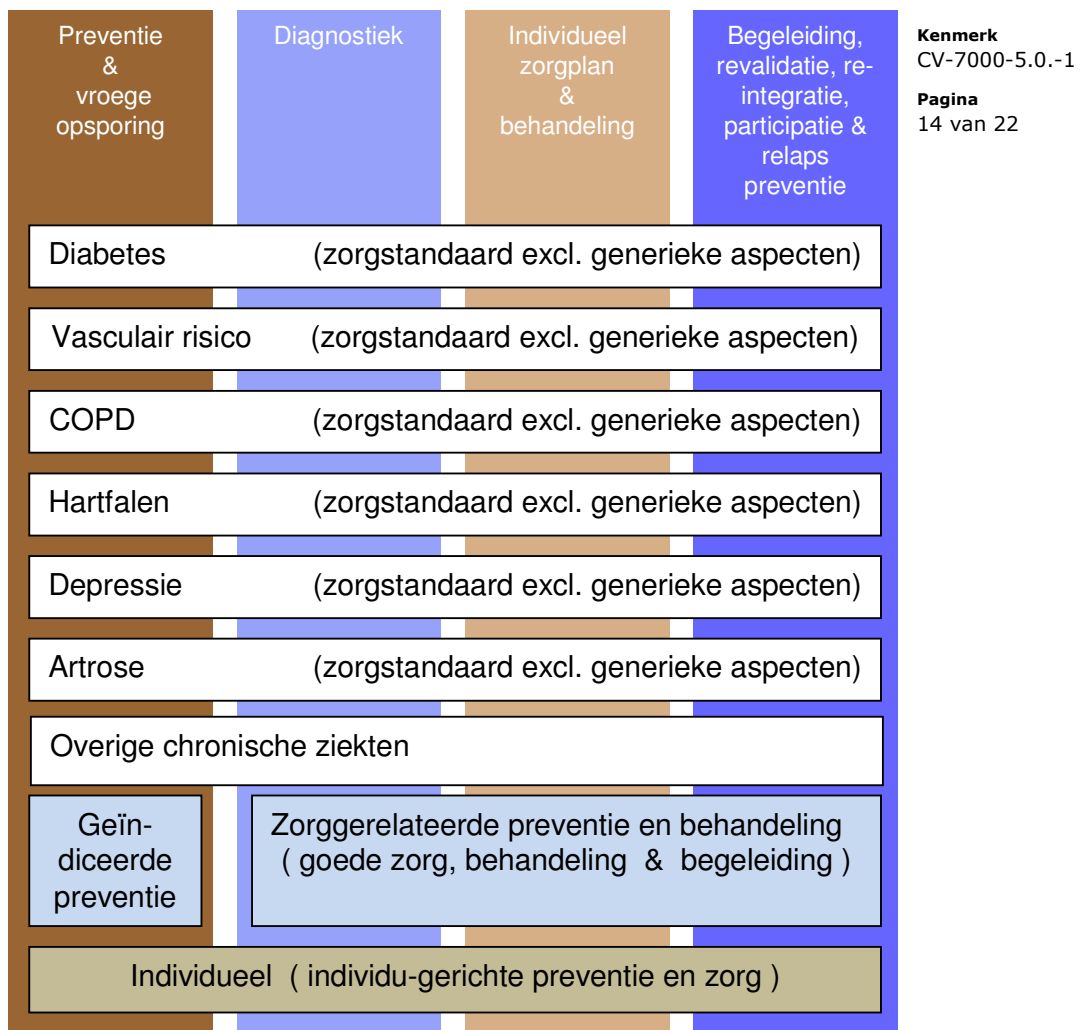
- vroege onderkenning en preventie bij individuen (case finding, 'opportunistische screening');
- diagnostiek van de betreffende chronische ziekte;
- opmaken van het individuele zorgplan en instellen van de behandeling; en
- begeleiding, revalidatie, arbeidsre-integratie, maatschappelijke participatie en relapspreventie.

Gezien vanuit de patiënt zouden de vier fasen als volgt kunnen worden aangeduid: 'je hebt een verhoogde kans iets te krijgen' (geïndiceerde preventie), 'je krijgt wat' (diagnostiek), 'je hebt wat' (zorgplan en behandeling), en 'je moet ermee leren leven' (begeleiding, revalidatie, etcetera).

Een vijfde fase, namelijk 'laatste levensfase en palliatieve zorg', is niet bij de ziektespecifieke modules ondergebracht. Omdat in deze fase van het zorgcontinuüm de generieke component overweegt in verhouding tot de ziektespecifieke, wordt aanbevolen een generieke module in te richten voor 'laatste levensfase en palliatieve zorg'.

In Figuur 1 is de opzet van de ziektespecifieke modules schematisch weergegeven.

Ter illustratie wordt in het schema een aantal chronische aandoeningen genoemd. Voor diabetes en voor vasculair risicomangement is een zorgstandaard beschikbaar, voor COPD wordt op korte termijn een zorgstandaard verwacht. Hartfalen, depressie en artrose worden als voorbeeld in het schema genoemd, omdat voor die aandoeningen voorbereidingen voor een zorgstandaard gaande zijn. Daar had ook 'overgewicht en obesitas' of 'Parkinson' of 'dementie' of 'oncologie' kunnen staan of enige andere chronische aandoening waarvoor een zorgstandaard wordt voorbereid of overwogen. Deze chronische ziekten moeten als voorbeeld worden opgevat, ter illustratie van de modelmatige benadering, in het schema alle gevat onder 'andere chronische ziekten'.



Figuur 1 : Schema ziektespecifieke modules

### 3.2.2 Submodules in de ziektespecifieke modules

De ziektespecifieke modules bestrijken het complete zorgcontinuüm en zijn dus op enige wijze van toepassing in elke fase van de ziektegeschiedenis. Binnen een module moet onderscheid worden gemaakt tussen de fasen, omdat de zorgvraag, en dus de inhoud van het zorgproces, per fase verschilt. De onderscheiden fasen hebben in meer of mindere mate een andere betekenis voor en stellen andere eisen aan zowel patiënten als zorgverleners.

Daarom is elke ziektespecifieke module samengesteld uit vier submodules die elk aansluiten bij een fase van het zorgproces.

De indeling van elke module in submodules is van belang om het patiëntenperspectief reëel tot uitdrukking te brengen. Immers, de zorgvraag verschilt per ziektefase en de submodules vertegenwoordigen de opeenvolgende fasen van het zorgproces, het zorgcontinuüm. Zo weerspiegelen zij schematisch de individuele ziektegeschiedenis in het model van de ziektespecifieke zorgstandaard. Bovendien beschrijven zij de preventie en/of zorg en dus de prestatie die in elke fase geleverd wordt.

De indeling van een ziektespecifieke module in vier fasen (submodules) maakt het mogelijk alle chronische ziekten in het model te accommoderen en de ziektespecifieke zorgstandaarden voor de verschillende chronische aandoeningen alle volgens hetzelfde algemeen toepasbare model in te richten. Maar het model is een statische weergave van een dynamische werkelijkheid. De eerste en tweede fase (geïndiceerde preventie en diagnostiek) zijn doorgaans helder van elkaar gescheiden. Voor elke chronische ziekte is dit de onvermijdbare volgorde. Ook het onderscheid tussen de derde en vierde fase zal bij veel chronische ziekten goed met de praktijk overeenstemmen; diabetes is daarvan een voorbeeld. Maar bij sommige chronische ziekten, bijvoorbeeld COPD, kunnen zich in de vierde fase allerlei bewegingen voordoen, zoals exacerbaties of verandering van stadium van ernst van ziekte. Dat kan betekenen dat een nieuw of aangepast individueel zorgplan moet worden opgesteld met bijpassende behandeling. Tussen de derde en vierde fase kan in de praktijk dus een wisselwerking bestaan.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
15 van 22

### 3.2.3 Samenstelling van de submodule in de ziektespecifieke module

Elke submodule in de ziektespecifieke module bevat tenminste drie vaste onderdelen:

- indicatie (in- en exclusiecriteria):  
op welke cliënten / patiënten is deze submodule van toepassing?
- behandeling (geïndiceerde preventie en zorg):  
welk advies / behandeling / interventie / ondersteuning / begeleiding bevat deze submodule?
- verantwoordingsinformatie:  
wat zijn de gegevens (data) die in deze submodule elektronisch moeten worden vastgelegd  
(minimale dataset, MDS)?

De eerste twee onderdelen behoeven hier geen toelichting.

Het derde onderdeel betreft de gegevens die elektronisch moeten worden vastgelegd. Dat bepaalde gegevens (data, parameters) elektronisch moeten worden vastgelegd spreekt vanzelf.

In de eerste plaats zijn data onmisbaar voor een adequaat kwaliteitsbeleid door de zorgverleners zelf. Data zijn vereist voor de berekening en/of bepaling van prestatie-indicatoren, en die zijn vereist voor reflectie op het resultaat van eigen handelen, liefst in combinatie met een bench-mark (landelijk gemiddelde van een bepaalde indicator). In de tweede plaats zullen de zorgverleners

verantwoordingsinformatie moeten aanleveren aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de IGZ als toezichthouder. Ook hier gaat het om het berekenen en/of bepalen van prestatie-indicatoren met betrekking tot de ziektespecifieke module. Dat zijn dus proces- en uitkomstindicatoren (zie paragraaf 3.5 Prestatie-indicatoren voor kwaliteitsbeleid en verantwoordingsinformatie).

In een ziektespecifieke module moet op het niveau van elke submodule worden bepaald welke data ten minste elektronisch moeten worden vastgelegd: dat is de minimale dataset van de betreffende submodule. De minimale datasets van de submodules van een bepaalde ziektespecifieke module zullen naar verwachting vaak vergaande overeenkomst vertonen.

De minimale datasets van elke submodule vormen samen de minimale dataset (MDS) van de betreffende ziektespecifieke module.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1

**Pagina**  
16 van 22

#### Aanvullende opmerking

Hierboven wordt toegelicht dat bepaalde gegevens (data, parameters) elektronisch moeten worden vastgelegd. Dat gebeurt bij voorkeur in het elektronisch patiëntendossier (epd), want dan volstaat eenmalige vastlegging en wordt dubbele registratie van gegevens vermeden. Het epd moet dus zo zijn ingericht dat het in elk geval de gegevens van de MDS kan bevatten. Uiteraard kunnen de zorgverleners in hun epd meer data vastleggen voor de communicatie en het beoogde kwaliteitsbeleid van de zorgverleners zelf, maar het minimum is vereist voor het operationaliseren van prestatie-indicatoren ten behoeve van zorgverzekeraars en IGZ.

### 3.3 Generieke modules

#### 3.3.1 Opzet van een generieke module

Met inachtneming van de kenmerken en definitie van een zorgstandaard zoals weergegeven in paragraaf 2.3.2 kan de generieke module als volgt worden omschreven.

De generieke module beschrijft vanuit het patiëntenperspectief de zorg voor het individu betreffende een zorgvraag die voor meer dan één chronische ziekte relevant en daarmee generiek is. Deze zorg kan gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorggerelateerde preventie en/of op behandeling. Belangrijk aspect is in alle fasen en omstandigheden de ondersteuning van zelfmanagement. De generieke module is onderdeel van een zorgstandaard. Een zorgstandaard kan meer dan één generieke module bevatten.

Generieke modules van een zorgstandaard beschrijven aspecten van zorgverlening die voor meerdere chronische ziekten relevant zijn. Als voorbeelden van mogelijke generieke modules worden genoemd: informatie, voorlichting en educatie; bewegen; voeding en dieet; stoppen met roken (tabaksverslaving); en laatste levensfase en palliatieve zorg. Uiteraard zijn er meer en andere generieke modules denkbaar.

In Figuur 2 wordt de opzet van generieke modules schematisch weergegeven. Een aantal mogelijkheden voor generieke modules wordt daarin aangegeven, maar deze opsomming is uiteraard niet uitputtend (daarom bevat het schema ook 'andere generieke modules'). Door het NISB is de 'beweegkuur' ontwikkeld; dat kan een goede basis zijn voor een generieke zorgmodule 'Bewegen'. Op initiatief van Stivoro wordt er gewerkt aan een generieke module 'Stoppen met roken (tabaksverslaving)'. Op dit moment zijn er geen andere initiatieven bekend die invulling geven aan generieke modules die in het schema als mogelijkheid zijn aangegeven.

In tegenstelling tot de ziektespecifieke modules wordt binnen een generieke module geen onderscheid gemaakt tussen de fasen van het zorgcontinuüm, want generieke zorgvragen verschillen niet duidelijk per fase. Dat wil niet zeggen dat binnen een generieke module geen fasen of stappen te onderscheiden zijn in het betreffende behandel- en

begeleidingsproces, maar een generieke module kan voor een individuele cliënt of patiënt in meerdere fasen van het zorgcontinuüm van toepassing zijn en desgewenst ook meermalen worden in gezet.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
17 van 22

Net als bij de ziektespecifieke modules moet ook bij generieke modules worden aangegeven voor wie de betreffende module bestemd kan zijn (indicatie), wat de inhoud van het betreffende generieke zorgproces is (behandeling) en welke gegevens (data, parameters) in elk geval elektronisch moeten worden vastgelegd: de minimale dataset (MDS) van de generieke module. Uiteraard geldt ook hier dat de zorgverleners desgewenst meer data kunnen vastleggen voor hun communicatie en het beoogde kwaliteitsbeleid, maar dit minimum is vereist voor het operationaliseren van prestatie-indicatoren met betrekking tot de generieke module (proces- en uitkomstindicatoren, zie paragraaf 3.5 Prestatie- indicatoren voor kwaliteitsbeleid en verantwoordingsinformatie) ten behoeve van zorgverzekeraars en IGZ. Ook hier geldt dat de data bij voorkeur worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (epd).

Generieke module	Ziektespecifieke additie(s)
Informatie, voorlichting & bevordering van zelfmanagement	Ziektespecifieke additie(s)
	Ziektespecifieke additie(s)
Bewegen	Ziektespecifieke additie(s)
	Ziektespecifieke additie(s)
Voeding & dieet	Ziektespecifieke additie(s)
	Ziektespecifieke additie(s)
Stoppen met roken (tabaksverslaving)	Ziektespecifieke additie(s)
	Ziektespecifieke additie(s)
Laatste levensfase & palliatieve zorg	Ziektespecifieke additie(s)
	Ziektespecifieke additie(s)
(andere generieke modules)	Ziektespecifieke additie(s)
	Ziektespecifieke additie(s)
Individueel (individue-gerichte preventie en zorg)	

Figuur 2 : Schema generieke modules

Veel waarde wordt gehecht aan het bevorderen van zelfmanagement en het stimuleren dat de patiënt zelf de regie voert over eigen ziekte en bestaan. Uiteraard moet hierbij rekening worden gehouden met

kenmerken van de patiënt, zoals het vermogen tot zelfmanagement en de fase van het ziekteproces. De aandacht voor het bevorderen van zelfmanagement geldt voor alle trajecten bij de zorg aan chronisch zieken, in het bijzonder bij de trajecten die door de generieke modules worden gedekt. Het bevorderen van zelfmanagement loopt daar als een rode draad doorheen. Daarom wordt geen generieke module 'Bevorderen van zelfmanagement' voorgesteld, maar wordt bij elke generieke module aangegeven dat bevorderen van zelfmanagement daarin integraal moet zijn opgenomen.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
18 van 22

### 3.3.2 Ziektespecifieke addities aan de generieke module

Het is onwaarschijnlijk dat een generieke zorgstandaard voor alle chronische aandoeningen identiek kan zijn. Generieke aspecten van de zorg voor mensen met een chronische aandoening hebben ook ziektespecifieke componenten. 'Bewegen' heeft bij diabetes andere accenten dan bij artrose, 'Voeding & dieet' is anders bij diabetes dan bij depressie, en 'Stoppen met roken' heeft een bijzondere lading bij COPD die verschilt van die bij andere chronische aandoeningen. De reden om generieke modules te ontwerpen is gelegen in het feit dat de generieke component bij die aspecten van zorgverlening overweegt in verhouding tot de ziektespecifieke component, maar die laatste is niet afwezig. Vandaar dat bij een generieke module plaats is voor ziektespecifieke additie(s). Het aantal van deze addities hangt af van de aard van de betreffende generieke module.

### 3.3.3 Samenstelling van de generieke module

Uit het voorgaande blijkt dat elke generieke module tenminste drie vaste onderdelen bevat:

- indicatie (in- en exclusiecriteria):  
op welke cliënten / patiënten is deze generieke module van toepassing?
- behandeling (geïndiceerde preventie en zorg):  
welk advies / behandeling / interventie / ondersteuning / begeleiding bevat deze generieke module?
- verantwoordingsinformatie:  
wat zijn de gegevens (data) die in deze generieke module elektronisch moeten worden vastgelegd (minimale dataset, MDS)?

Daarnaast kunnen aan elke generieke module ziektespecifieke addities worden toegevoegd; het aantal addities hangt af van de betreffende generieke module.

## 3.4 Organisatiestructuur van het zorgproces inclusief kwaliteitsbeleid

### 3.4.1 Kenmerken van de organisatiestructuur

Elke zorgstandaard bevat een apart hoofdstuk met de beschrijving van de organisatiestructuur van het betreffende zorgproces (zie paragraaf 3.1.2). Dit geldt dus voor zowel ziektespecifieke als ook generieke zorgstandaarden.

De organisatiestructuur die in het hoofdstuk wordt beschreven beoogt een multidisciplinair zorgproces te faciliteren, doorgaans aangeduid als

ketenzorg (zie paragraaf 2.4.1 Kenmerken van een zorgstandaard). De organisatiestructuur van het zorgproces kan dus ook worden aangeduid als 'ketenorganisatie'.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1

**Pagina**  
19 van 22

De optimale organisatie van het multidisciplinaire zorgproces is in principe afhankelijk van de ziekte dan wel de zorgvraag die in de betreffende ziektespecifieke of generieke zorgstandaard aan de orde is. Die zorgstandaard-afhankelijke aspecten moeten uiteraard in de beschrijving van de organisatiestructuur van het zorgproces tot uitdrukking komen.

Daarnaast is er een aantal algemene kenmerken van de organisatie die in alle omstandigheden van kracht zijn als het de preventie en zorg bij chronische aandoeningen betreft, onafhankelijk van de aard van de aandoening. Deze algemene – zorgstandaard-onafhankelijke – kenmerken betreffen tenminste de volgende aspecten (in willekeurige volgorde), alle toegespitst op de behoefte van de patiënt:

- individueel zorgplan (aanwezigheid, inhoud);
- elektronisch patiëntendossier (epd) en informatie-uitwisseling (communicatie);
- vast aanspreekpunt (centrale zorgverlener);
- ondersteuning van zelfmanagement, bevordering van eigen regie van de patiënt;
- samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners (aanwezigheid, inhoud).

Er zijn nog meer algemene kenmerken om de organisatie van het zorgproces te beschrijven. Hier worden als voorbeeld genoemd: de wijze waarop telefonische bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorgverlener(s) is geregeld, de wijze waarop open (constructieve, proactieve, steunende) communicatie tussen zorgverlener(s) en de patiënt is ingericht, en de bereikbaarheid van het praktijkadres (openbaar vervoer, anderszins).

Het bovenstaande is geen uitputtende opsomming. De genoemde kenmerken zijn richtinggevend voor de wijze waarop de organisatiestructuur van het zorgproces kan worden beschreven en de elementen die in die beschrijving kunnen worden opgenomen.

Tenslotte: het kwaliteitsbeleid (bewaking en bevordering van de kwaliteit van preventie en zorg). Een zorgstandaard heeft als voornaamste doel het bevorderen van optimale zorg voor mensen met een chronische ziekte. Kwaliteit is dus een essentieel thema. Het bewaken en bevorderen van kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Dit vormt dus een belangrijk aspect van de organisatiestructuur van de ketenzorg. Het kwaliteitsbeleid richt zich uiteraard zowel op de ziektespecifieke en generieke modules als ook op de ketenorganisatie, en maakt gebruik van prestatie-indicatoren (zie paragraaf 3.5 Prestatie-indicatoren voor kwaliteitsbeleid en verantwoordingsinformatie).

Het hoofdstuk over de organisatiestructuur van het zorgproces bevat dus een beschrijving van het kwaliteitsbeleid en de beleidscyclus voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering van het zorgproces, inclusief de daarbij gehanteerde methode.

### 3.4.2 Inrichting van het hoofdstuk over organisatiestructuur

Elke zorgstandaard bevat een hoofdstuk over de organisatiestructuur van het zorgproces. Gezien het bovenstaande zullen deze hoofdstukken in de verschillende zorgstandaarden vergaande overeenkomst vertonen, want de algemene kenmerken zijn altijd van toepassing. Daarnaast zullen zij op onderdelen verschillen, omdat er ook een aantal zorgstandaard-afhankelijke kenmerken is.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
20 van 22

Behalve de beschrijving van de organisatie van het zorgproces moet het hoofdstuk ook een opsomming bevatten van de gegevens (data, parameters) die in elk geval elektronisch moeten worden vastgelegd als minimale dataset (MDS) behorende bij dit hoofdstuk. Uiteraard geldt ook hier dat de zorgverleners desgewenst meer data kunnen vastleggen voor hun communicatie en het beoogde kwaliteitsbeleid, maar het bedoelde minimum is vereist voor het berekenen en/of bepalen van prestatie-indicatoren betreffende de organisatie van het multidisciplinaire zorgproces ofwel de ketenorganisatie. Dit zijn dus de structuurindicatoren (zie paragraaf 3.5 Prestatie-indicatoren voor kwaliteitsbeleid en verantwoordingsinformatie) die niet alleen voor het eigen kwaliteitsbeleid inzetbaar zijn maar ook beschikbaar moeten zijn als verantwoordingsinformatie ten behoeve van zorgverzekeraars en IGZ. Ook hier geldt dat de data bij voorkeur worden vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier (epd).

Uit het voorgaande blijkt dat het hoofdstuk over de organisatiestructuur van het zorgproces tenminste vier vaste onderdelen bevat:

- zorgstandaard-afhankelijke kenmerken:  
beschrijving van de aspecten van de ketenorganisatie die speciaal op de betreffende zorgstandaard van toepassing zijn;
- algemene (zorgstandaard-onafhankelijke) kenmerken:  
beschrijving van de aspecten van de ketenorganisatie die algemeen, dus in principe voor alle chronische ziekten, van toepassing zijn;
- kwaliteitsbeleid:  
beschrijving van de beleidscyclus voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering;
- verantwoordingsinformatie:  
de gegevens (data) betreffende de ketenorganisatie die elektronisch moeten worden vastgelegd (minimale dataset, MDS).

### 3.5 Prestatie-indicatoren voor kwaliteitsbeleid en verantwoordingsinformatie

#### 3.5.1 Prestatie-indicatoren: proces, uitkomst en structuur

Voor de multidisciplinaire ketenorganisaties, doorgaans aangeduid als zorggroepen, is kwaliteit een centraal thema. Het bewaken en bevorderen van kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces (zie paragraaf 3.4.1 Kenmerken van de organisatiestructuur). Reflectie op het resultaat van eigen handelen is een essentiële stap in de beleidscyclus voor kwaliteit, en die reflectie vereist deugdelijk gesystematiseerde informatie. Prestatie indicatoren dienen dat doel, en voor de berekening en/of bepaling van prestatie-indicatoren zijn gegevens (data, parameters) vereist. Deze gegevens moeten dus beschikbaar zijn, elektronisch vastgelegd bij voorkeur in het elektronisch patiëntendossier (epd).

Duidelijk is dat prestatie-indicatoren een belangrijke functie hebben bij het kwaliteitsbeleid van zorgverleners (multidisciplinaire ketenorganisaties). Bovendien zijn zij vereist voor de verantwoordingsinformatie die moet worden aangeleverd aan de zorgverzekeraar als contractpartner en aan de IGZ als toezichthouder.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
21 van 22

Daarom bevat elke zorgstandaard een apart hoofdstuk met de beschrijving van de relevante prestatie indicatoren (zie paragraaf 3.1.2).

De prestatie-indicatoren worden berekend en/of bepaald op basis van de gegevens die door de zorgverleners worden vastgelegd als de minimale datasets (MDS) in de ziektespecifieke modules, in de generieke modules, en in de beschrijving van de organisatiestructuur van de ketenzorg. Er zijn dus meerdere minimale datasets; tezamen vormen zij het totaal aan data dat in elk geval elektronisch moet worden vastgelegd. Uiteraard is van belang dat deze gegevens elektronisch worden vastgelegd op een gestandaardiseerde wijze. Nictiz draagt zorg voor het opstellen van de noodzakelijke standaarden.

Prestatie-indicatoren worden onderverdeeld in procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek), uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel ziektespecifiek als generiek), en structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de ketenorganisatie).

Het hoofdstuk over prestatie-indicatoren in elke zorgstandaard geeft aan welke prestatie-indicatoren (onderverdeeld naar proces, uitkomst en structuur) geacht worden een goede weerspiegeling te bieden van de geleverde prestatie behorend bij de betreffende zorgstandaard. Ook geeft het aan hoe deze prestatie-indicatoren worden berekend en/of bepaald, uiteraard op basis van gegevens afkomstig uit de betreffende MDS.

### 3.5.2 Inrichting van hoofdstuk over prestatie-indicatoren

Het hoofdstuk over prestatie-indicatoren heeft in elk geval de volgende drie onderdelen.

Het onderdeel procesindicatoren bevat:

- de procesindicatoren die van toepassing zijn op de ziektespecifieke module en generieke module(s) in de betreffende zorgstandaard;
- de wijze waarop deze procesindicatoren worden berekend en/of bepaald.

Het onderdeel uitkomstindicatoren bevat:

- de uitkomstindicatoren die van toepassing zijn op de ziektespecifieke module en generieke module(s) in de betreffende zorgstandaard;
- de wijze waarop deze uitkomstindicatoren worden berekend en/of bepaald.

Het onderdeel structuurindicatoren bevat:

- de structuurindicatoren die van toepassing zijn op het hoofdstuk over de organisatiestructuur in de betreffende zorgstandaard;
- de wijze waarop deze structuurindicatoren worden berekend en/of bepaald.

Bovenstaande tekst is, zoals reeds beschreven, overgenomen uit het tussentijds rapport (18 augustus 2009) van het coördinatieplatform zorgstandaarden gericht aan het ministerie van VWS.

De Minimale dataset zoals genoemd in de tekst is reeds samengesteld door Zizo. Het betreft een set per prestatie (DM, CVR). De registratie van deze set is bij levering van de prestatie verplicht gesteld door de NZa (met ingang van 2010). De set dient als minimale variant van de te verzamelen data en de verkregen data kan als input dienen voor prestatie indicatoren. Uiteraard dient deze set als eerste stap gezien te worden en is toekomstige aanscherping in indeling, uitgebreidheid etc. te verwachten.

**Kenmerk**  
CV-7000-5.0.-1  
**Pagina**  
22 van 22