

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

**Kenmerk**  
BR/CU-7037  
11D0023570

Ingevolge artikel 57, vijfde lid, Wmg, worden tarieven en prestatiebeschrijvingen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Ingevolge artikel 59 eerste lid, Wmg heeft de Minister van VWS met brieven van 28 oktober 2009, 5 mei 2010 en 23 november 2010, respectievelijk met kenmerk CZ-EKZ-296664, CZ-EKZ-3001562 en MC-U-3033761, ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg aan de NZa gegeven.

## **1. Reikwijdte**

Deze beleidsregel is van toepassing op multidisciplinaire zorg betreffende:

1. Diabetes Mellitus type 2 voor personen  $\geq$  18 jaar (DM type 2),
  2. Verhoogd risico op vasculaire Vasculair risicomanagement (VRM),
  3. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
- en als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Voor zover geen sprake is van multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD) als omschreven bij of krachtens de Zvw, is deze beleidsregel van toepassing op handelingen<sup>1</sup> of werkzaamheden<sup>2</sup> op het terrein van de gezondheidszorg geleverd door of onder verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3, dan wel 34, van de Wet BIG.

## **2. Doel van de beleidsregel**

Met deze beleidsregel wordt beoogd om het mogelijk te maken voor zorgaanbieders om multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken te declareren bij zorgverzekeraars, en om deze zorg integraal te bekostigen.

## **3. Begripsbepalingen**

### *3.1 Prestatie*

Met de prestatie wordt in deze regeling (een van) onderstaande prestaties bedoeld.

---

<sup>1</sup> Het betreft hier de handelingen bedoeld in artikel 1, sub b, nr. 2<sup>o</sup>, van de Wmg.

<sup>2</sup> Het betreft hier de werkzaamheden bedoeld in artikel 2, aanhef, en sub d, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

### *3.1.1 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. De zorg 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.

Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de ANW-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een Stoppen met Roken-programma vallen wel onder de prestatiebeschrijving.

### *3.1.2 Prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Vasculair Risicomanagement (VRM)*

De prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Vasculair Risicomanagement (VRM) 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.

Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de ANW-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een Stoppen met Roken-programma vallen wel onder de prestatiebeschrijving.

### *3.1.3 Prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*

De prestatie Multidisciplinaire zorgverlening voor Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) houdt een zorgverlening in waarbij

---

<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

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

zorgaanbieders van diverse disciplines de zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffen 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 COPD<sup>6</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 zorgonderdelen geleverd worden, tenminste dienen te voldoen aan de criteria zoals gesteld in het vigerende zorgstandaard model van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden.

Uitgezonderd van de prestatiebeschrijving zijn de ANW-zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geneesmiddelenzorg en hulpmiddelenzorg. Geneesmiddelen verstrekt binnen een Stoppen met Roken-programma vallen wel onder de prestatiebeschrijving.

### *3.2 Ketenzorg*

Multidisciplinaire zorgverlening voor chronisch zieken, aangeboden door meerdere zorgaanbieders, welke integraal bekostigd wordt.

### *3.3 Standaard voor zorgstandaarden*

Het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten dat is ontwikkeld door het coördinatieplatform zorgstandaarden (ingesteld door ZonMw) in opdracht van het ministerie van VWS.

### *3.4 Zorgstandaard*

Deze geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg, ook inhoudende de ondersteuning bij zelfmanagement, voor een bepaalde chronische ziekte gedurende het complete zorgcontinuüm, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante kwaliteitsindicatoren.

### *3.5 Zorgmodule*

Deze beschrijft een generieke component in de zorg voor mensen met een chronische ziekte. Een generieke component onderscheidt zich van een ziektespecifieke doordat hij op meer dan één chronische ziekte van toepassing kan zijn.

### *3.6 Stoppen met Rokenprogramma*

Zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als omschreven in artikel 2.5b van het Besluit zorgverzekering en welke voldoet aan de Zorgmodule Stoppen met Roken, opgesteld door het Partnership 'Stop met Roken', en aan de CBO-richtlijn Tabaksverslaving.

### *3.7 Zorgaanbieder*

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 aanhef en onder c van de Wmg.

### *3.8 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.

---

<sup>6</sup> De zorgstandaard COPD van de Long Alliantie Nederland

### *3.9 Onderlinge dienstverlening*

Indien meerdere zorgaanbieders gezamenlijk en in onderlinge afstemming de onder 3 omschreven prestatie(s) leveren, dan wordt de levering van zorg door degene die niet hoofdcontractant is aangemerkt als onderlinge dienstverlening.

### *3.10 'In zorg zijn'*

De cliënt is in zorg als de coördinatie en verantwoordelijkheid bij de hoofdcontractant van de keten ligt en hij/zij zorg ontvangt voor de bij hem/haar bestaande chronische aandoening, waarvan inhoud en levering overeenkomen met de in 3.1 beschreven prestaties.

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 of een andere zorgaanbieder buiten de keten.

## **4. Looptijd en tarief**

### *4.1 Looptijd prestatie*

De hier beschreven prestaties starten op het moment dat de diagnose (DM type 2 of COPD) of het verhoogde risico (VRM) is vastgesteld en duren zolang de cliënt 'in zorg' is.

### *4.2 Tarief prestatie*

Voor de prestaties als genoemd onder 3.1 gelden vrije tarieven.

### *4.3 Looptijd tarief*

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

### *4.4 Tarief onderlinge dienstverlening*

De tarieven voor onderlinge dienstverlening zijn vrij.

## **5. Voorwaarden en voorschriften**

### *5.1 Hoofdcontractant*

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.

## **6. Bepalingen betreffende samenloop innovatie-experimenten**

### *6.1 Lopende innovatie-experimenten*

De experimenten vanuit een van onderstaande beleidsregels:

- a. Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties;
- b. Beleidsregel Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten (de zogenaamde 'GEZ-module');
- c. Module Modernisering & innovatie (als omschreven in de beleidsregel verrichtingenlijst module M&I) gebruikt voor (een onderdeel van) de prestaties als genoemd in de onderhavige beleidregel,

lopen door tot einde looptijd van het experiment als genoemd in de individuele beschikking.

### *6.2. Eerder beëindigen innovatie- experiment*

Hoofdcontractant en zorgverzekeraar mogen te allen tijde besluiten hun experiment eerder te beëindigen en volgens onderhavige beleidsregel de genoemde prestaties gaan bekostigen.

**Kenmerk**  
BR/CU-7037  
11D0023570

**Pagina**  
5 van 8

### *6.2 Geen nieuwe experimenten*

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. 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.

## **8. Intrekking oude beleidsregel**

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel 'Beleidsregel integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)', met kenmerk CU-7012, ingetrokken.

## **9. Inwerkingtreding en citeerregel**

Deze beleidsregel treedt in werking op 1 juli 2011. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 30 juni 2010, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 juli 2011.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)'.

## Toelichting

**Kenmerk**  
BR/CU-7037  
11D0023570

**Pagina**  
6 van 8

### *Algemeen*

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 beschikking gebaseerd op 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), fysiotherapeut, 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>, VRM<sup>8</sup>, COPD<sup>9</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.

### *Artikelsgewijs*

#### **1. Reikwijdte**

De beleidsregel heeft een functionele werkingssfeer: niet de zorgaanbieder maar de te leveren zorg staat centraal. Bovendien heeft de beleidsregel, behoudens inperkingen in het vervolg van de

---

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

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

<sup>9</sup> Zorgstandaard COPD (Long Alliantie Nederland)

beleidsregel, betrekking op de gehele zorg zoals die is bepaald en omschreven bij de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit betekent dat elke zorgaanbieder de onderhavige prestaties onder genoemde voorwaarden kan leveren.

**Kenmerk**  
BR/CU-7037  
11D0023570

**Pagina**  
7 van 8

## **2 Begripsbepalingen**

### *3.1 Prestatie*

De 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.

Uitgezonderd zijn echter:

- Acute zorgvragen tijdens de ANW uren. Deze worden bekostigd middels de tarieven voor prestaties in avond, nacht en weekend.
- Diagnostiek betreffende het vaststellen van de diagnose (DM type 2, COPD) of van het verhoogde risico (VRM) en eerstelijnsdiagnostiek (laboratorium onderzoek, functieonderzoek, beeldvormend onderzoek) verricht op verzoek van de huisarts. Voor diagnostiek geldt dit niet voor die zorgaanbieders die dit al onder de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' binnen hun zorgprestatie hebben opgenomen.
- Geneesmiddelenzorg. Echter, de middelen die verstrekt worden binnen het Stoppen-met-Rokenprogramma, op basis van de Zorgmodule Stoppen met Roken en conform de CBO-Richtlijn Tabaksverslaving, vallen wel binnen de bekostiging.
- Hulpmiddelenzorg.

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. in de standaard voor zorgstandaarden zoals opgesteld door Coördinatieplatform Zorgstandaarden (februari 2010). Met behulp van de bestaande zorgstandaarden (DM, VRM en COPD) 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.

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.

### **3 Voorwaarden en voorschriften**

**Kenmerk**  
BR/CU-7037  
11D0023570

**Pagina**  
8 van 8

#### *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.

Wat betreft de basis huisartsgeneeskundige zorg welke in de keten geleverd wordt, dient opgemerkt te worden dat het gaat om keten gerelateerde basis huisartsgeneeskundige zorg. Het is niet verplicht, maar wel mogelijk, voor de hoofdcontractant om ook de overige (zorgvraag buiten de keten om) basis huisartsgeneeskundige zorg, voor die patiënt die in zorg is, te leveren (zelf of te contracteren).

#### *5.2 Overeenkomst*

In de regeling 'Integrale bekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (DM type 2, VRM, COPD)' 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.