

HANDLEIDING VOOR INCLUSIE EN EXCLUSIE VAN PATIËNTEN IN KETENZORGPROGRAMMA'S

Versie 7 juli 2016

Waarom in- en exclusiecriteria voor ketenzorgprogramma's?

Het is belangrijk dat patiënten de noodzakelijke zorg ontvangen. Dat geldt ook voor chronische zorg geleverd door ketenzorgorganisaties. Soms is het echter niet direct duidelijk welke patiënten in aanmerking komen voor deelname aan een ketenzorgprogramma. De groeiende groep chronische patiënten en de praktijkvariatie maakt meer eenduidigheid van belang. Richtlijnen en (zorg)standaarden helpen hierbij, zij beschrijven volgens de laatste stand van de wetenschap welke zorg is aangewezen. De in- en exclusiecriteria voor deelname aan ketenzorgprogramma's zijn afgeleid van de richtlijnen en (zorg)standaarden en geven aan welke patiënten thuis horen in een zorgprogramma.

Door deze criteria is ook betere registratie mogelijk, die inzicht kan geven in de inzet, effecten en doelmatigheid van ketenzorg. Daar waar duidelijke, wetenschappelijke maatstaven ontbreken, hebben vertegenwoordigers van InEen, expertgroepen van kaderhuisartsen voor diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD¹ en zorgverzekeraars in samenspraak gezocht naar een passende beschrijving van in- en exclusiecriteria.

Wat is het doel van dit document?

In dit document staan de in- en exclusiecriteria die zorgaanbieders en zorgverzekeraars helpen om te bepalen welke patiënten in aanmerking komen voor deelname aan een ketenzorgprogramma en welke niet. In het document staat om welke drie criteria het gaat, hoe u die kan registreren en wat er verandert voor de aanlevering van de gegevens voor de landelijke benchmark en voor de declaraties.

Hoe gebruiken zorgaanbieders en zorgverzekeraars in- en exclusiecriteria?

- De huisarts gebruikt de in- en exclusiecriteria om, bij voorkeur samen met de patiënt, te besluiten om deelname aan een ketenprogramma te starten, dan wel voort te zetten.
 - Beoordeling van deelname van patiënten aan zorgprogramma op basis van deze criteria is een continu proces en kan in de loop van de tijd veranderen.
- Zorgverzekeraars en zorggroepen gebruiken de in- en exclusiecriteria bij de inkoop van ketenzorg.
 - De zorgverzekeraar heeft daarbij de beleidsvrijheid om een ketenzorgprogramma wel of niet te contracteren en nadere kwaliteits- en doelmatigheidsafspraken² te maken. De noodzaak voor multidisciplinaire programmatische zorg maakt of een patiënt ook daadwerkelijk moet worden geïncludeerd. Verzekerden die geen ketenzorg ontvangen, krijgen behandeling en/of begeleiding vanuit de basiszorg.

¹ De expertgroepen zijn organisaties van kaderhuisartsen met een specifieke opleiding en deskundigheid op het gebied van diabetes, hart- en vaatziekten en astma/COPD (respectievelijk DiHAG, HartVaatHAG en CaHAG)

² Als zorgverzekeraars bijvoorbeeld een hogere inclusie dan verwacht signaleren, kunnen zij hierover het gesprek met de zorggroepen aangaan.

- Zorggroepen en zorgverzekeraars gebruiken de in- en exclusiecriteria in registratie, benchmark informatie en declaraties. Hierdoor kunnen we op basis van meer eenduidige data nieuwe inzichten krijgen over inzet, effecten en doelmatigheid van ketenzorg.

Welke afspraken zijn er gemaakt voor het gebruiken van de in- en exclusiecriteria?

Uitgangspunt van de in- en exclusiecriteria zijn de inhoudelijke overwegingen van zorgverleners die bepalen of een patiënt in een zorgprogramma wordt opgenomen. Het is daarbij cruciaal dat de betrokken zorgverleners alle drie criteria uit de handleiding voor in- en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's volledig en zorgvuldig hanteren. Dit geldt ook voor de generieke exclusiecriteria zoals geformuleerd bij criterium 3.

InEen spant zich door het geven van voorlichting en instructie maximaal in om deze handleiding bij zorggroepen te implementeren en ziet voor zichzelf een rol weggelegd om zorggroepen te wijzen op hun verantwoordelijkheid bij het sturen op juiste in- en exclusie. Om te beoordelen of de juiste zorg voor de juiste patiënt en doelmatigheid hand in hand blijven gaan, zullen zorggroepen de inclusiepercentages bij de aangesloten huisartsenpraktijken en hun patiëntpopulaties blijven monitoren. Daarbij wordt ook gekeken naar de praktijkvariatie tussen zorggroepen. InEen en ZN evalueren minimaal eens in de twee jaar de in- en exclusiecriteria om te bepalen of deze nog steeds aansluiten bij de stand van wetenschap en praktijk en of ze voldoen aan de beoogde doelen. Aan de hand van de beoordeling van drie criteria kan worden bepaald of patiënten in een ketenzorgprogramma thuis horen. Bij de opzet van deze handleiding vormt de route van de patiënt door het zorgproces het uitgangspunt.

Hoe past een zorgaanbieder de in- en exclusiecriteria toe?

Criterium 1. Check of patiënt voldoet aan de aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria:

Aandoening	Aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria
Diabetes type 2	Inclusiecriteria – Diagnose T90.2 Diabetes Mellitus type2, gesteld volgens de NHG standaard EN ≥ 18 jaar Exclusiecriteria – Vrouwen met diabetes die een zwangerschapswens hebben of zwanger zijn – Vrouwen met zwangerschapsdiabetes – Diabetes in remissie (> 5 jaar normale glucose zonder glucoseverlagende medicatie) – Diabetes Mellitus type 1
Astma	Inclusiecriteria – Diagnose R963 Astma en ≥ 16 jaar en tevens: – gebruik inhalatiecorticosteroïden (of indicatie hiervoor volgens NHG-standaard⁴) met als ATC-codes bij inhalatiecorticosteroïden monotherapie (R03BA) en bij inhalatiecorticosteroïden in combinatiepreparaten (R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK10, R03AK11)

³ Wanneer een ICPC code is aangeduid op rubrieks niveau, zijn de onderliggende ICPC subcodes geïnccludeerd

⁴ Indicatie inhalatiecorticosteroïden: bij onvoldoende of matige controle volgens GINArichtlijnen en/of ACQ

	Exclusiecriteria Patiënten, die in keten COPD zijn opgenomen (cf. Nza beleidsregel)
COPD	Inclusiecriteria – De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie ⁵
CVRM (primaire preventie)	Inclusiecriteria – ≥ 18 jaar en – Indicatie voor medicamenteuze behandeling (Co2, C03, C07, C08 en/of C09) bij hypertensie (K86,K87) en/of (C10) bij hypercholesterolemie (T 93) volgens de NHG-standaard CVRM ⁶ (zie bijlage voor nadere toelichting)
	Exclusiecriteria – Een doorgemaakt event zoals beschreven bij secundaire preventie – Patiënten die in ketenzorg DM2 zijn geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza)
CVRM (secundaire preventie)	Inclusiecriteria – ≥ 18 jaar en – K74 angina pectoris – K75 acuut myocardinfarct – K76 andere/chronische ischemische hartziekte K76.01 Coronairsclerose K76.02 Vroeger myocardinfarct (> 4 wkn geleden) – K89 passagère cerebrale ischemie/TIA (advies: trombose a. retinalis gecodeerd als TIA) – K90.03 cerebraal infarct – K92.01 claudicatio intermittens – K99.01 aneurysma aortae
	Exclusiecriteria – Patiënten die in ketenzorg DM2 zijn geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza)

Criterium 2. Check de hoofdbehandelaar van de patiënt

Alleen patiënten waarvan de huisarts hoofdbehandelaar is, kunnen worden opgenomen in het zorgprogramma. Als een medisch specialist na verwijzing voor één van de ketenzorgaandoeningen de behandeling overneemt, wordt deelname aan het zorgprogramma beëindigd. Terugverwijzing naar en overdracht van het hoofdbehandelaarschap van de medisch specialist naar de huisarts is ook mogelijk, waarbij de patiënt weer kan gaan deelnemen aan het zorgprogramma.

Bij medisch specialistische consultatie als onderdeel van het zorgprogramma blijft de patiënt in het zorgprogramma met de huisarts als hoofdbehandelaar. Dit geldt ook voor kortdurende opnames in het ziekenhuis waarbij een medisch specialist in consult wordt geroepen. Als daarbij het hoofdbehandelaarschap niet wordt overgedragen aan de medisch specialist, blijft de patiënt ook na ontslag uit het ziekenhuis in het zorgprogramma. Als de huisarts van de specialist bericht ontvangt dat de specialist het hoofdbehandelaarschap overneemt dan zal de huisarts het ketenzorgprogramma voor de betreffende patiënt beëindigen. Op deze manier wordt voorkomen dat er door meerdere zorgaanbieders declaraties worden verstuurd voor dezelfde zorg.

⁵ Rekening houdend met het nieuwe criterium uit de NHG-standaard COPD 2015 (FEV₁/FVC < 5e percentiel)

⁶ De indicatie voor medicamenteuze behandeling dient gebaseerd te zijn op de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement (zie bijlage voor een nadere toelichting).

Criterion 3 Check de generieke exclusiecriteria voor geen programmatische zorg

In aanvulling op de aandoeningsspecifieke in- en exclusiecriteria en het hoofdbehandelaarschap zijn er generieke criteria voor deelname aan een ketenzorgprogramma, waar een **gezamenlijk besluit van de patiënt en de betrokken huisarts** aan ten grondslag ligt. Voor inclusie in een ketenzorgprogramma wordt de patiënt over de zorgverlening binnen het zorgprogramma geïnformeerd en de bereidheid en motivatie voor deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma getoetst. Er zijn verschillende redenen denkbaar op grond waarvan huisarts en patiënt samen kunnen besluiten om geen gebruik (meer) te maken van een zorgprogramma. Deze generieke exclusiecriteria die leiden tot geen programmatische zorg staan beschreven in de onderstaande tabel.

Generieke exclusiecriteria	Toelichting
Op verzoek van de patiënt	Persoonlijke omstandigheden Persoonlijke omstandigheden kunnen er toe leiden dat deelname aan het ketenzorgprogramma niet langer opportuun is; bijv in geval van een beperkte levensverwachting of ernstige vormen van comorbiditeit waarbij de verwachting bestaat dat deelname aan het zorgprogramma geen toegevoegde waarde heeft en palliatieve zorg, respectievelijk casemanagement meer is aangewezen). De zorgverlener en de patiënt kunnen beiden het initiatief nemen om de persoonlijke omstandigheden te bespreken. Onvoldoende meerwaarde Als patiënten aangeven onvoldoende meerwaarde te ervaren van deelname aan het ketenzorgprogramma, kan de programmatische zorg worden beëindigd. Bij het vermoeden van onvoldoende meerwaarde zal ook de zorgverlener het initiatief nemen dit met de patiënt te bespreken.
Op initiatief van de huisarts	Stabiel met lage ziektelast/ afname medische noodzaak Langdurige stabilisering van de gezondheidssituatie van de patiënt met een afgenomen ziektelast kan reden zijn het zorgprogramma te beëindigen (bijv. een al vele jaren niet meer rokende COPD patiënt met een stabiele longfunctie en lage ziektelast, of een patiënt op hoge leeftijd met stabiele bloedglucosewaarden bij wie de programmatische diabeteszorg geen bijdrage levert aan diens kwaliteit van leven). De zorgverlener en de patiënt kunnen beiden het initiatief nemen om het ontbreken van meerwaarde van de programmatische zorg als gevolg van de langdurige stabilisatie van de gezondheidssituatie te bespreken.
No show	Patiënten die herhaald niet verschijnen op de afgesproken controles (no show) worden benaderd om te bespreken of zij nog gebruik willen blijven maken van het zorgprogramma. De zorgverlener neemt hiertoe het initiatief. Het advies en stroomschema No-Show vindt u in de bijlage.
Ander zorgprogramma	Instroom in een ander zorgprogramma kan aanleiding zijn om deelname aan het initiële zorgprogramma⁷ te beëindigen (bijvoorbeeld een CVRM patiënt die diabetes krijgt en over gaat naar het zorgprogramma DM of een patiënt die instroomt in een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen). De zorgverlener neemt hiertoe het initiatief.

⁷ Bij de combinatie van een aantal ketenzorgprogramma's (diabetes en CVRM of astma en COPD) geeft de beleidsregel aan dat het niet is toegestaan om deze combinaties van ketenzorgprogramma's tegelijkertijd voor de dezelfde patiënt te declareren. Bron: Toelichting op de Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg (BR/CU-7165), NZa, maart 2016.

Wanneer wordt deelname aan een ketenzorgprogramma beëindigd?

Het beëindigen van deelname aan het ketenzorgprogramma dient in **gezamenlijke overleg tussen huisarts en patiënt** te worden besloten. In voorkomende situaties kan een **huisarts eenzijdig besluiten** deelname van patiënten aan ketenzorgprogramma's te beëindigen. Dat gebeurt in het geval van 'no show' als het gedurende een periode van 6 maanden na de laatste afgesproken datum voor een controleafspraak ondanks herhaalde pogingen niet lukt om hierover met de patiënt in gesprek te komen. De huisarts kan dan eenzijdig de deelname van de patiënt aan het ketenzorgprogramma beëindigen, mits daarbij de zorgvuldigheidseisen en inspanningsverplichtingen door de huisarts in acht zijn genomen (Zie hiervoor het InEen advies over het no-showbeleid in de bijlage). Aanvraag voor herhaalreceptuur kan een goede gelegenheid zijn om in gesprek te geraken over nut en noodzaak voor deelname aan programmatische zorg. Als wordt besloten tot beëindiging van het zorgprogramma kan de patiënt terugvallen op reguliere basiszorg.

Hoe registreren zorgaanbieders de in- en exclusiecriteria?

Patiënten die voldoen aan de in- en exclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is krijgen het label 'hoofdbehandelaar huisarts'. Als een medisch specialist de behandeling overneemt krijgen de patiënten het label 'hoofdbehandelaar specialist'.

Patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en bij wie de huisarts hoofdbehandelaar is, maar die om redenen zoals hierboven genoemd niet (meer) deelnemen in het zorgprogramma krijgen bij de meting controlebeleid het label 'geen programmatische zorg'.

Binnen de categorie '*Reden geen programmatische zorg*' zijn vijf mogelijke uitslagen beschikbaar (zie tabel diagnostische bepalingen):

- Op verzoek patiënt (zoals persoonlijke omstandigheden of geen meerwaarde van het zorgprogramma)
- Op initiatief arts (denk hierbij aan afname medische noodzaak)
- Naar / in ander zorgprogramma
- No show
- Overig/onbekend

De status kan worden gewijzigd via de meting controlebeleid op het moment waarop de patiënt opnieuw start met het ketenzorgprogramma.

Hoe levert een zorgaanbieder gegevens aan voor de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg'?

De handleiding voor in- en exclusiecriteria van patiënten in een ketenzorgprogramma biedt ook de basis voor het aanleveren van gegevens voor de landelijke benchmark 'Transparante Ketenzorg'. Dat betekent dat alle drie criteria uit de handleiding hierop van toepassing zijn. De landelijke benchmark rapporteert daarnaast alleen over patiënten die het volledige betreffende kalenderjaar in het zorgprogramma waren opgenomen. Samenvattend rapporteert de landelijke benchmark over de volgende patiënten:

- voldoen aan de aandoeningsspecifieke inclusiecriteria en geen aandoeningsspecifieke exclusiecriteria;
- huisarts is hoofdbehandelaar;

- geen label 'geen programmatische zorg';
- het afgelopen jaar gedurende het gehele jaar opgenomen in het ketenzorgprogramma.

Hoe declareert een zorgaanbieder de zorg voor deelname van patiënten aan het zorgprogramma?

De handleiding voor in- en exclusie van patiënten in een ketenzorgprogramma vormt ook het vertrekpunt voor het declareren van de zorg voor patiënten die deelnemen aan het zorgprogramma. Alleen wanneer de 'patiënten in zorg zijn' kan de prestatie (Chronische Multidisciplinaire Zorg, CMZ) worden gedeclareerd⁸. Om te bepalen of patiënten 'in zorg zijn' dienen alle drie criteria uit de handreiking van toepassing te zijn. Dit betekent:

- voldoen aan de aandoeningsspecifieke inclusiecriteria;
- de huisarts is hoofdbehandelaar;
- geen label 'geen programmatische zorg'.

Het declareren van de zorg voor deelname van patiënten aan het zorgprogramma gebeurt per kwartaal. Dit betekent dat uitsluitend voor patiënten, waarvan de huisarts in de periode waarvoor wordt gedeclareerd hoofdbehandelaar is, het overeengekomen kwartaaltarief in rekening kan worden gebracht. Als peildatum geldt hierbij de eerste dag van het kwartaal⁹. Het contract tussen zorgverzekeraar en Zorggroep, dat moet voldoen aan de vigerende wet-en regelgeving, is leidend bij de vraag wat onder welke voorwaarden gedeclareerd mag worden.

⁸ Artikel 4.4. Moment van declareren Regeling multidisciplinaire zorg (NR/CU-742), NZa januari 2016

⁹ Artikel 4.4. Moment van declareren Regeling multidisciplinaire zorg (NR/CU-742), NZa januari 2016

BIJLAGE TOELICHTING INDICATIE VOOR MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Het uitgangspunt voor de inclusie van patiënten in het zorgprogramma voor primaire preventie bij cardiovasculair risicomanagement is dat er sprake moet zijn van een indicatie voor medicamenteuze behandeling. De indicatie voor medicamenteuze behandeling dient gebaseerd te zijn op de NHG standaard cardiovasculair risicomanagement. Deze bijlage geeft een toelichting op de Indicatie voor medicamenteuze behandeling (CO₂, CO₃, CO₇, CO₈ en/of CO₉) bij hypertensie (K86,K87) en/of hypercholesterolemie (T 93) volgens de NHG-standaard CVRM.

Voor mensen < 70 jaar

- Groen: 10-jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ van < 10% (laag risico) betekent volgens de NHG standaard zelden indicatie voor medicamenteuze behandeling. Hieruit volgt dat alleen in uitzonderlijke situaties mensen met een risico lager dan 10% in aanmerking komen voor deelname aan een zorgprogramma.
- Geel: 10-jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ van 10 tot 20% (matig risico) alleen indicatie voor medicamenteuze behandeling bij aanvullende risicofactoren (zie onderstaande tabel) in combinatie met een SBD > 140 mmHg of een LDL > 2,5 mmol/l. Het betreft hierbij 1 sterk risicoverhogende factor of 2 of meer mild risicoverhogende factoren. Patiënt zonder indicatie voor medicatie wordt niet in de ketenzorg opgenomen.
- Rood: 10-jaars risico op ziekte of sterfte door HVZ van ≥ 20% (hoog risico) indicatie voor medicamenteuze behandeling als de SBD > 140 mmHg of het LDL > 2,5 mmol/l

Tabel Risicoverhogende factoren bij patiënten met een 10-jaarsrisico op HVZ van 10 tot 20%

	Niet risicoverhogend	Mild risicoverhogend	Sterk risicoverhogend*
eerstegraadsfamilielid met premature HVZ	geen	1 familielid < 65 jaar	≥ 2 familieleden < 65 jaar óf ≥ 1 familielid < 60 jaar
lichamelijke activiteit	≥ 30 min/d, ≥ 5 dgn/wk	< 30 min/d, ≤ 5 dgn/wk	sedentair bestaan
lichaamsbouw	BMI < 30 kg/m ²	BMI 30-35 kg/m ²	BMI > 35 kg/m ²
eGFR	< 65 jaar: > 60 ml/min/1,73 m ² ≥ 65 jaar: > 45 ml/min/1,73 m ²	< 65 jaar: 30-60 ml/min/1,73 m ² ≥ 65 jaar: 30-45 ml/min/1,73 m ²	alle leeftijden: < 30 ml/min/1,73 m ²
HVZ = hart- en vaatziekten; BMI = body-mass index; eGFR = estimated glomerular filtration rate (geschatte glomerulaire filtratiesnelheid); d = dag; dgn = dagen; wk = week. Bij patiënten met DM of RA gelden slechte metabole controle, microalbuminurie ook als sterk risicoverhogende factoren; bij patiënten met RA is een sterke ziekteactiviteit een sterk risicoverhogende factor.			

Toelichting bij het gebruik van de tabel:

- geen risicoverhogende factoren = risicoverlagend, geen indicatie voor medicamenteuze behandeling;
- 1 sterk risicoverhogende factor = indicatie voor medicamenteuze behandeling;
- ≥ 2 mild risicoverhogende factoren = indicatie voor medicamenteuze behandeling.

Voor mensen > 70 jaar

De risicotabel is niet van toepassing op personen ouder dan 70 jaar. Het ligt echter in de lijn der verwachting dat het risico van 70-plussers minstens gelijk is aan dat van 70-jarigen. Personen van 70 jaar of ouder die roken, hebben bij een SBD > 140 mmHg of een LDL > 2,5 mmol/l een 10-jaarsrisico op ziekte of sterfte door HVZ dat groter is dan 20%, waarmee zij in aanmerking komen voor medicamenteuze begeleiding. Bij patiënten met een beperkte levensverwachting en/of uitgebreide comorbiditeit en polyfarmacie is een afweging van de voor- en nadelen van medicamenteuze behandeling van HVZ noodzakelijk. Bij deze afweging dienen de wensen van de patiënt te worden meegewogen.

Voor mensen > 80 jaar

Bij een leeftijd $\geq$ 80 jaar en een SBD > 160 mmHg worden leefstijlmaatregelen geadviseerd en bij onvoldoende effect op de SBD antihypertensieve medicatie. De SBD dient niet veel verder te dalen dan 150 mmHg. Continueren van al eerder gestarte behandeling van hypertensie is ook bij deze leeftijdsgroep zinvol; eventueel kan de dosering worden aangepast.

Controleer via dossieronderzoek of de patiënten die deelnemen aan een zorgprogramma (nog steeds) voldoen aan deze inclusiecriteria en of er geen exclusiecriteria van toepassing zijn.

BIJLAGE ADVIES EN STROOMSCHEMA NO SHOW

Indicatie voor medicamenteuze behandeling = patiënt komt in aanmerking voor deelname zorgprogramma

