

Onderwerp:	<b>Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw</b>
Samenvatting:	<p>Het rapport is opgesteld in verband met de voorgenomen integrale bekostiging voor de chronische aandoeningen diabetes, cardio-vasculair risicomanagement en COPD per 1 januari 2010. De bekostiging zal uitgaan van de zorgstandaarden die nu beschikbaar zijn voor deze chronische aandoeningen. Voor de bekostiging is het belangrijk te weten welke onderdelen van de zorgstandaarden wél of niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoren. Het CVZ beantwoordt in dit rapport deze vraag.</p> <p>Daarnaast duidt het CVZ het begrip 'ketenzorg'. 'Ketenzorg' is geen begrip dat voorkomt in de Zvw. Het CVZ vat ketenzorg op als samenhangende, multidisciplinaire zorg rond een aandoening. De organisatorische schil rond de zorg die nodig is om de samenhang te bewerkstelligen, rekent het CVZ tot de te verzekeren prestaties.</p>
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	21 september 2009

Onderstaand de volledige uitspraak.

## Samenvatting

### *voornemen tot bekostiging ketenzorg*

Het aantal chronisch zieken zal in de komende decennia sterk toenemen. De minister heeft aangegeven vier ketens voor chronische aandoeningen integraal te willen gaan bekostigen, met de zorgstandaarden als basis. Om deze multidisciplinaire zorg voor chronisch zieken mogelijk te maken stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een beleidsregel op die de bekostiging van ketenzorg regelt. In het kader hiervan is het voor de NZa van belang te weten welke zorg uit de zorgstandaarden momenteel behoort tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

### *de zorgstandaarden*

Het CVZ duidt in dit rapport de zorg uit de zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement en COPD (chronische bronchitis en longemfyseem). Omdat de zorgstandaard hartfalen nog niet gereed is, neemt het CVZ deze in dit rapport niet mee.

### *beginpunt zorg*

Het CVZ geeft in dit rapport aan dat de elementen die het beginpunt vormen van de zorgstandaarden soms als selectieve preventie gekwalificeerd kunnen worden. In die gevallen maken zij geen deel uit van de te verzekeren prestaties.

### *generieke en specifieke interventies*

In de duiding onderscheidt het CVZ binnen de zorgstandaarden generieke en specifieke interventies. Generieke interventies zijn in alle besproken zorgstandaarden beschreven. Het CVZ concludeert dat de

generieke interventies voor een zeer belangrijk deel behoren tot de te verzekeren prestaties Zvw. Dat geldt bijvoorbeeld voor de elementen voeding, stoppen met roken en zelfmanagement.

***voetzorg voor diabetici***

Voor de specifieke interventie 'voetzorg voor diabetici' geeft het CVZ aan dat deze zorg gedeeltelijk niet onder de te verzekeren prestaties valt. Het CVZ heeft over dit onderwerp een rapport in voorbereiding, om meer duidelijkheid te geven.

***detailering***

Sommige begrippen uit de zorgstandaarden zijn momenteel nog onvoldoende gedetailleerd beschreven. Om die reden kan het CVZ deze elementen niet duiden en daarom niet aangeven of ze tot de te verzekeren prestaties behoren.

***structuur en beheersing van het proces***

De vraag of de samenhang bevorderende elementen uit de zorgstandaarden behoren tot de te verzekeren prestaties, beantwoordt het CVZ in dit rapport bevestigend. De structuur van ketenzorg en de beheersing van het zorgproces, zijn naar de mening van het CVZ essentieel voor ketenzorg. Omdat ze noodzakelijk zijn voor het leveren van zorg 'op een professioneel juiste wijze' oordeelt het CVZ dat ze onderdeel uitmaken van de te verzekeren prestaties Zvw.

***belang van Integraliteit en continuïteit huisartsenzorg***

De functionele systematiek geeft de zorgverzekeraar vrijheid om te bepalen welke zorgverlener ingezet wordt om bepaalde zorg te verlenen. 'Goede' ketenzorg veronderstelt echter wel een structurele, intensieve inbedding in de 'reguliere' eerstelijnszorg en betrokkenheid van de primaire behandelaar (over het algemeen de huisarts). De functionele systematiek en de vrijheid in organisatorische vormgeving die daaruit voortvloeit, moeten immers wel blijven sporen met de integraliteit en continuïteit van de Nederlandse huisartsenzorg.

***uitwerking infrastructuur***

Naar de mening van het CVZ is het noodzakelijk dat de uitwerking van de organisatie en infrastructuur van ketenzorg in de komende jaren nog veel aandacht krijgt. Hierbij gaat het om de sturing en beheersing binnen de keten en om de noodzakelijke relatie met de reguliere 'eerstelijns'zorg.

***zorginkoop***

Ook concludeert het CVZ dat met het oog op de inkoop van multidisciplinaire (keten)zorg, de zorgstandaarden nog meer standaardisatie en uitwerking moeten krijgen.

***verplicht eigen risico***

Omdat de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden nauw verweven is met de zorg in de zorgketens, signaleert het CVZ dat de verrekening van het verplicht eigen risico mogelijk tot uitvoeringsproblemen zal

leiden. De zorg zoals huisartsen die plegen te bieden valt immers buiten het verplichte eigen risico en het zal niet eenvoudig zijn om binnen de keten een onderscheid te maken tussen zorg die wél of niet ten laste van het eigen risico moet komen.

## **Inleiding**

### ***zorgvraag***

Het aantal chronisch zieken zal de komende decennia sterk toenemen. Hierdoor wordt de zorgvraag in de eerste lijn groter en complexer. De overheid wil de instrumenten creëren om deze patiënten zo goed mogelijk te helpen met hun chronische aandoening om te gaan én om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te houden. De patiënt en zijn zorgvraag komen meer centraal te staan. Daarvoor is samenhang in het zorg- en ondersteuningsaanbod van de patiënt/hulpvrager noodzakelijk en verdere ontwikkeling van de multidisciplinaire samenwerking. Met het oog hierop wil de minister van VWS een functionele bekostiging introduceren rond een aantal chronische aandoeningen. Dit voornemen heeft de minister uiteengezet in zijn brief van 22 december 2008.

### ***ketenzorg***

De minister geeft in deze brief aan te willen beginnen met vier ketens van chronische zorg, namelijk die voor diabetes, COPD, vasculair risicomanagement en hartfalen. In deze ketens moet de integraliteit en de vraaggerichtheid van de zorg tot uiting komen. De zorgstandaard voor de betrokken aandoening moet de basis vormen voor de zorghoud van de keten. Op basis van deze zorgstandaard en de functionele bekostiging kan de zorgverzekeraar een integrale zorgketen contracteren voor zijn verzekerden.

### ***functionele bekostiging***

Dit voornemen heeft formeel gestalte gekregen de brief van 13 juli 2009 van de minister van VWS. In deze brief geeft de minister aan dat hij op grond van artikel 8 van de *Wet markt-ordening gezondheidszorg (Wmg)* de NZa een aanwijzing zal geven om de ketenzorg voor chronische aandoeningen met ingang van 1 januari 2010 functioneel te kunnen bekostigen.

### ***beleidsregel NZa***

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bereidt nu een beleidsregel voor die deze functionele bekostiging mogelijk moet maken. In deze beleidsregel beschrijft de NZa de volgende prestatie: 'multidisciplinaire zorgverlening waarbij multidisciplinaire zorgaanbieders de noodzakelijke en wenselijke zorgonderdelen in samenhang en in samenwerking met de betreffende patiënt aan de patiënt leveren'. Deze 'multidisciplinaire zorg ten aanzien van chronische aandoeningen' zal een vrij tarief kennen, waarbij de te verzekeren prestaties Zvw onderscheiden worden van de niet-Zvw-zorg.

### ***zorgstandaarden***

Ten behoeve van het vaststellen van de beleidsregel

vraagt de NZa aan het CVZ om duidelijkheid over de vraag welke zorg uit de zorgstandaarden behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw. Deze vraag van de NZa vormt de aanleiding voor dit rapport.

***eenheid van taal***

Daarnaast speelt het volgende. Een functionele bekostiging van ketenzorg binnen de Zorgverzekeringswet raakt meerdere domeinen:

- *zorginhoudelijk*: de zorgstandaarden;
- *bekostiging*: (de prestatieomschrijving op basis van de Wmg;
- *te verzekeren prestaties*: (de begrippen en systematiek van) de Zvw.

***uitvoeringsproblemen***

Aangezien deze regelingen en documenten uiteenlopende begrippen gebruiken, kunnen mogelijk onduidelijkheden over aanspraken en vergoedingen ontstaan. Voor verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars is dat lastig, het leidt tot problemen in de uitvoering. Om die reden geeft het CVZ in dit rapport aan hoe de zorg in de zorgstandaarden, die de basis vormt voor de zorg in de ketens voor chronisch zieken, zich verhoudt tot de zorg die behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw en wat de betekenis van de functionele systematiek hierbij is.

***diabetes, VRM, COPD***

Het CVZ duidt in dit rapport onderdelen uit de zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement en COPD (concept-standaard) in termen van de te verzekeren prestaties Zvw. Omdat de zorgstandaard hartfalen nog niet gereed is, neemt het CVZ deze in dit rapport niet mee.

***quick scan***

Met het oog op deze duiding heeft het CVZ het bureau Plexus een quick scan laten uitvoeren naar de inhoud van de zorgstandaarden diabetes, vasculair risicomanagement en COPD. Deze quick scan behelst de volgende onderdelen:

- een analyse van de zorginhoud/producten;
- beschrijving van de zorginhoud naar deskundigheden en middelen;
- beschrijving van de voorwaarden voor het leveren van ketenzorg.

***vragen die het rapport beantwoordt***

Met behulp van de uitkomsten van de quick scan gaat dit rapport in op de volgende vragen:

1. Behoren alle producten en interventies die de zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement en COPD benoemen (voor zover zij behoren tot de ketenzorg die functioneel bekostigd gaat worden) tot de te verzekeren prestaties Zvw?
2. Behoren alle elementen uit de zorgstandaarden, die de samenhang in de zorg moeten bewerk-

stelligen (de samenhang die leidt tot *ketenzorg*), tot de te verzekeren prestaties Zvw?

**leeswijzer**

Het rapport heeft de volgende opbouw. In hoofdstuk 2 verduidelijkt het CVZ de begrippen in dit rapport. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van een quick scan naar de opzet, inhoud en uitwerking van de aan de orde zijnde zorgstandaarden. Hoofdstuk 4 behelst de duiding van het CVZ. Deze duiding gaat in op de elementen van de zorgstandaarden, de interventies die in alle drie zorgstandaarden aan de orde komen en de specifieke interventies uit de drie zorgstandaarden afzonderlijk. Ook duiden we in dit hoofdstuk de organisatorische aspecten uit de zorgstandaarden die voor samenhang in de zorg moeten zorgdragen. Het hoofdstuk besluit met een paragraaf waarin de consequenties van de duiding aan de orde komen, bijvoorbeeld voor de praktijk van het zorgaanbod en voor de inkoop van ketenzorg. Hoofdstuk 5 tenslotte vat de conclusies samen.

**Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de Zvw: een verbijzondering van het doel van dit rapport**

In dit hoofdstuk verduidelijkt het CVZ de begrippen zorgstandaard en ketenzorg. Het CVZ geeft vervolgens de context van deze begrippen aan in relatie tot de bekostiging enerzijds en de te verzekeren zorg en de polis anderzijds.

***Wat is een zorgstandaard?***

***zorgstandaard***

De zorgstandaard biedt een raamwerk voor 'goede zorg' voor een bepaalde aandoening.

In het rapport *Standaard voor zorgstandaarden* van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden is de volgende definitie opgenomen:

Een zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie, zorg en 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 prestatie-indicatoren.

***gebruiksdoelen***

Een zorgstandaard heeft volgens het rapport tenminste de volgende gebruiksdoelen:

Het opstellen van een individueel zorgplan, de transparante communicatie tussen patiënten en zorgverleners, de informatievoorziening en het voeren van een adequaat kwaliteitsbeleid.

*en*

Bovendien is de zorgstandaard de leidraad bij het contracteren van ketenzorg door de zorgverzekeraar en bij het bepalen van de aanspraken in verzekerde zorg en de onderliggende bekostigingssystematiek.

## ***Wat is ketenzorg?***

### ***ketenzorg***

Ketenzorg is samenhangende zorg. Het is een organisatievorm van het aanbod van de zorg. De RVZ definieert ketenzorg als volgt:

een samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd. Het is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën.

### ***samenhang, doelgerichtheid, planmatigheid***

Effectieve zorgverlening vereist volgens de RVZ duidelijkheid voor alle betrokken zorgverleners over hun bijdrage (bijvoorbeeld op basis van een individueel behandelplan) en regie en coördinatie om deze samenhang gedurende het gehele proces te bewaren. Ketenzorg kenmerkt zich dus, kort gezegd, door samenhang, doelgerichtheid en planmatigheid.

## ***Hoe verhoudt de ketenzorg zich tot de zorgstandaard?***

### ***ketenzorg - zorgstandaard***

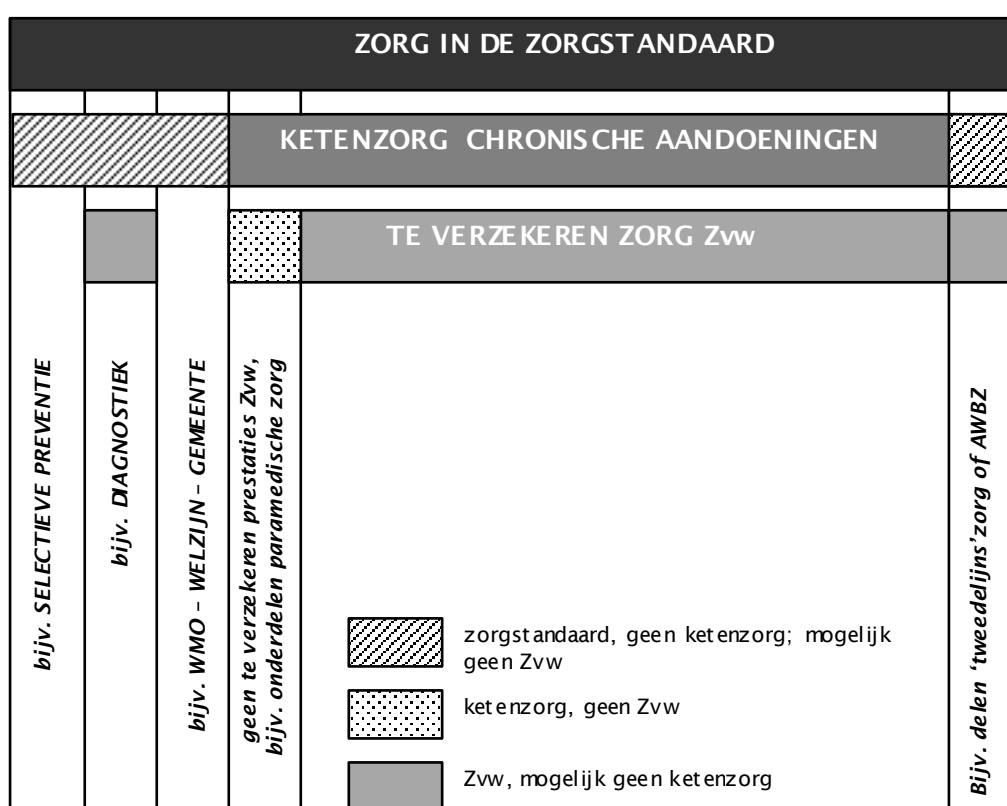
Ketenzorg behelst verschillende, samenhangende zorgonderdelen in een organisatorisch verband. De zorg kan bestaan uit onder meer diagnostiek, behandeling en zelfmanagement, kortweg, de zorginhoud. Daarnaast omvat een keten specifieke organisatorische elementen en aspecten die door hun aard en inhoud samenhang verzorgen, met andere woorden, die de keten tot een keten maken. Niet alle onderdelen van de zorgstandaarden zullen in de ketens voorkomen. De zorgstandaard beschrijft het gehele zorgproces, niet alle zorg vergt een aanpak in een keten. Sommige zorg in het kader van de AWBZ, zoals bijvoorbeeld verpleging in de eigen omgeving, past wel binnen een keten. Ketenzorg is een deelverzameling van zorg uit de zorgstandaarden die, met het oog op het bewerkstelligen van samenhang, in een organisatorisch verband is geplaatst.

## ***De drie zorgstandaarden en de functionele bekostiging***

### ***zorgstandaard en functionele bekostiging***

In dit rapport zijn de zorgstandaarden voor diabetes, vasculair risicomanagement en COPD in beeld. Deze zorgstandaarden geven richting aan de wijze waarop de zorgvraag van mensen met deze chronische aandoeningen wordt beantwoord. Het zijn instrumenten die optimale zorg bevorderen. De zorgstandaarden zijn daarnaast een instrument bij het realiseren van verschillende doelen zoals het bevorderen van transparantie in het zorgproces, het bevorderen van zelfmanagement en het inkopen van ketenzorg door zorgverzekeraars.

De voorgenomen bekostiging omvat niet alle zorg uit de betrokken zorgstandaarden. Een aantal zorgonderdelen uit de zorgstandaard is van de ketenzorg uitgesloten. De minister heeft in zijn brief van 22 december 2008 aangegeven dat diagnostiek (met als doel de beantwoording van een klinische vraagstelling in de eerste lijn), farmaceutische middelen, hulpmiddelen en AWBZ-zorg vooralsnog buiten beschouwing blijven bij de bekostiging van de ketenzorg. Om de verhoudingen tussen de gehanteerde begrippen inzichtelijk te maken hanteert het CVZ de volgende schematische weergave (figuur 1)



**Figuur 1**  
De samenhang tussen de zorgstandaard, de te bekostigen ketenzorg en de te verzekeren prestaties Zvw

### **Ketenzorg op basis van de zorgstandaarden: de polis is bepalend**

#### **verzekerde prestaties**

Met de invoering van de Zvw heeft de wetgever ervoor gekozen om de te verzekeren prestaties – de prestaties die zorgverzekeraars in hun modelpolissen moeten vertalen naar verzekerde prestaties – functioneel te omschrijven. Alleen het 'wat' (de inhoud en omvang van de zorg) en het 'wanneer' (de indicatiegebieden) zijn in

de regelgeving opgenomen. Wie de zorg verleent en waar de zorg wordt verleend, is ter bepaling van de zorgverzekeraars. In artikel 11 van de Zvw is geregeld dat een zorgverzekering in te verzekeren prestaties dient te voorzien. Deze worden uitgewerkt in het besluit zorgverzekering (Bzv). Ook is in dit artikel 11 de verplichting van de zorgverzekeraars vastgelegd om de te verzekeren prestaties in de zorgverzekering/polis op te nemen en te vertalen naar verzekerde prestaties.

#### **de polis**

De verzekerde ontleent zijn recht op verzekerde zorg of recht op vergoeding van de kosten van zorg aan de zorgverzekeringsovereenkomst (de polis) die hij met een zorgverzekeraar heeft gesloten. De omschrijving van de verzekerde prestaties in de polis geeft de verzekerde de informatie over het 'wie' en 'waar', in dit geval van de ketenzorg.

#### **Conclusie**

#### **zorgstandaard, ketenzorg, te verzekeren prestaties**

In deze paragraaf hebben we beschreven hoe de inhoud van zorgstandaard, ketens en te verzekeren prestaties zich tot elkaar verhouden. Inhoudelijk vallen deze niet samen. Een keten kan een deel van de zorgstandaard bestrijken. Daarnaast valt niet per se alle zorg uit de zorgstandaard en uit de keten onder de te verzekeren prestaties van de Zvw. Tenslotte kan ook nog op andere gronden dan zorginhoudelijke de inhoud en omvang van de keten ingeperkt worden.

De voorgenomen bekostiging van de ketens zal zich bijvoorbeeld niet uitstrekken tot de diagnostiek die de klinische vraagstelling in de 'eerste lijn' beantwoordt en AWBZ-zorg in de 'eerste lijn'.

Voor de verzekerde is tenslotte van belang dat de zorgstandaard in het algemeen de zorg en de organisatie van de zorg beschrijft. Hoe in zijn specifieke geval de keten is ingericht, hangt af van zijn zorgverzekeraar. In de functionele systematiek van de Zvw bepaalt de zorgverzekeraar immers het 'wie' en 'waar' van de zorg. De polis geeft hierover uitsluitel.

### **Resultaten Quick scan zorgstandaarden diabetes, vasculair risico management en COPD**

#### **Onderzoeksvragen quick scan**

Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven staan in dit rapport drie zorgstandaarden voor chronische zorg centraal. Om meer zucht te krijgen op de inhoud en opzet van de betreffende zorgstandaarden heeft het CVZ aan Plexus een opdracht gegeven om de zorgstandaarden te analyseren. Daarbij stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Waaruit bestaat de zorginhoud van de zorgstandaarden diabetes, vasculair risicomanagement en COPD, opgesplitst naar de verschillende processtappen van het zorgtraject en uitgedrukt in activiteiten/producten van de keten?



2. Wat valt er te zeggen over de functionele omschrijving van de zorginhoud, bijvoorbeeld naar benodigde deskundigheden en middelen?
3. Wat zijn volgens de zorgstandaard ketenspecifieke elementen die ervoor zorgen dat de keten als keten functioneert?

**resultaten  
quickscan**

In deze *Quickscan Zorgstandaarden Diabetes, COPD, Cardiovasculair risicomanagement nader beschouwd* geeft Plexus de resultaten weer van het onderzoek. Het rapport sluit af met een beschouwing over de structuur en inhoud van de zorgstandaarden. De quickscan vormt bijlage 1 bij dit rapport. Het CVZ formuleert op basis van de resultaten van de quickscan van Plexus een drietal bevindingen over de zorgstandaarden.

**consistentie  
beschrijving van  
de zorg**

1. De eerste bevinding is dat de zorgstandaarden niet consistent zijn in de manier waarop deze het proces van zorg en de inhoud van de zorg beschrijven. Het proces wordt niet op een eenduidige manier onderverdeeld en gedefinieerd. Zo variëren bijvoorbeeld de beginpunten en eindpunten van de zorgstandaarden. Ook in de mate van detaillering van het proces, de processtappen en de interventies verschillen de zorgstandaarden. Voor sommige achtergronden en/of detailleringen is het noodzakelijk de achterliggende richtlijnen te raadplegen.

**functionele  
omschrijving**

2. De tweede bevinding is dat de zorgstandaarden veel van de benoemde activiteiten niet in functionele termen beschrijven. De uitwerking in termen van benodigde deskundigheden en middelen wordt veelal gekoppeld aan met naam genoemde beroepsbeoefenaren in plaats van aan de (minimaal) benodigde deskundigheid.

**minimaal in te  
zetten deskundig-  
heid**

Vanuit een oogpunt van een integrale bekostiging is een functionele omschrijving van de interventies en activiteiten gewenst in de zin van minimaal in te zetten deskundigheid. Op die manier kan bij de inkoop gebruik worden gemaakt van de functionele systematiek in de Zvw en kan de verzekeraar de zorgverlener met de juiste deskundigheid en expertise contracteren. Aan de uitwerking van de functionele omschrijving in deze zin zal nog meer aandacht moeten worden besteed. Dit dwingt temeer omdat de zorgstandaarden niet met het doel van zorginkoop zijn opgezet, maar daar nu wel handvatten voor zouden moeten leveren, omdat ze gaan dienen als basis voor de bekostiging van ketenzorg.

**ketenspecifieke  
elementen**

3. De derde bevinding gaat over de ketenspecifieke elementen. De 3 zorgstandaarden noemen diverse ketenspecifieke elementen, bijvoorbeeld coördinatie en

regie. De gehanteerde begrippen zijn veelal (nog) niet nader uitgewerkt. De ketenspecifieke elementen zijn ook nog niet als aparte activiteit of product benoemd. Zij vormen daardoor nog geen geheel of een eenheid. In termen van de te verzekeren prestaties Zvw is de inhoud en omvang van de prestatie 'ketenzorg' nog niet helder omschreven. In paragraaf 4.4 gaan we daar nader op in.

## **conclusie**

### Conclusie

Het CVZ concludeert op basis van de quick scan, dat de inhoud en opzet van de zorgstandaarden, voor het doel inkoop van ketenzorg bij multidisciplinair werkende zorgaanbieders, verdere standaardisatie en uitwerking behoeven.

Het tussenrapport van het *Coördinatieplatform zorgstandaarden* geeft een voorstel voor een standaardisatie van een zorgstandaard en de uitwerking daarvan. Het rapport geeft aan dat een zorgstandaard uit de volgende componenten zou moeten bestaan: een ziektespecifieke module, een aantal generieke modules, passend bij de betreffende chronische ziekte, een hoofdstuk over de organisatiestructuur van het zorgproces en een hoofdstuk over de relevante prestatie-indicatoren. Naar de mening van het CVZ sluit deze conclusie aan bij de beschouwing in hoofdstuk 7 van de quick scan van Plexus. Het CVZ is van mening dat het, met het oog op het faciliteren van het inkopen van te verzekeren prestaties en de bekostiging daarvan, wenselijk is dat alle zorgstandaarden aan de door het platform voorgestelde structuur en kenmerken voldoen.

## **Duiding van de drie zorgstandaarden**

### ***duiding van de interventies***

Het CVZ duidt in dit hoofdstuk de generieke, in elke standaard voorkomende interventies, en de specifieke interventies uit de zorgstandaarden die van belang zijn voor de prestatie-beschrijving Wmg. Dat gebeurt in paragraaf 1 in algemene zin, in paragraaf 2 voor de generieke interventies en in paragraaf 3 voor de in de drie zorgstandaarden benoemde specifieke interventies. De paragrafen 1 tot en met 3 beantwoorden de eerste hoofdvraag van dit rapport: *welke producten en interventies uit de zorgstandaarden, die deel uitmaken van de ketens voor chronische aandoeningen, behoren tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw.* Paragraaf 4 geeft aan *óf en in hoeverre de ketenspecifieke elementen, die in de zorgstandaarden benoemde organisatorische elementen en aspecten, deel uitmaken van de te verzekeren prestaties.* Deze paragraaf geeft daarmee antwoord op de tweede hoofdvraag van het rapport. De laatste paragraaf, paragraaf 4.5, gaat in op de consequenties van de duiding, en consequenties voor de praktijk van zorgaanbod en zorginkoop.

## ***Duiding van de zorgstandaarden: wet- en regelgeving***

### ***toepasselijke regelgeving***

In artikel 10 Zvw is bepaald dat de zorgverzekering de behoefte aan bepaalde vormen van zorg of met die zorg verband houdende diensten verzekert. Het artikel definieert het te verzekeren risico. Een verzekerde heeft op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Er moet een behoefte aan zorg zijn die het gevolg is van een 'te verzekeren risico'.

### ***art. 11 Zvw***

In artikel 11 Zvw en het Bzv is geregeld in welke prestaties een zorgverzekering dient te voorzien. Ook is in dit artikel de verplichting van de zorgverzekeraars vastgelegd om de te verzekeren prestaties in de zorgverzekering/polis op te nemen en te vertalen naar verzekerde prestaties. De verzekerde ontleent zijn recht op verzekerde zorg of recht op vergoeding van de kosten van zorg aan de zorgverzekeringsovereenkomst (de polis) die hij met een zorgverzekeraar heeft gesloten. Welke zorg dat is, is geregeld in het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering.

### ***art. 2.4 – 2.15 Bzv***

De te verzekeren prestaties zijn omschreven in het Besluit zorgverzekering (Bzv). De volgende te verzekeren prestaties zijn opgenomen in de artikelen 2.4 tot en met 2.15: geneeskundige zorg (waaronder begrepen zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden), fysiotherapie, paramedische zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging (waaronder begrepen kraamzorg), verblijf en vervoer. Sommige van deze zorgvormen zijn in algemene termen beschreven. Andere zorgvormen zijn meer in detail geregeld. Soms is sprake van een limitatieve opsomming.

### ***'plegen te bieden'***

Voor de meer in algemene termen beschreven zorgvormen heeft de regelgever gebruik gemaakt van de formulering 'plegen te bieden'. Zo is bijvoorbeeld bepaald dat geneeskundige zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (art. 2.4, lid 1 Bzv):

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden (...)

### ***aanvaarde arsenaal en op 'professioneel juiste wijze'***

Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft – kort gesteld – zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In de ideale situatie kan

aan de hand van de richtlijnen en de standaarden van de beroepsgroep worden vastgesteld of er sprake is van zorg die de beroepsgroep 'pleegt te bieden'. Genoemde documenten kunnen in voorkomende gevallen ook dienen om na te gaan of en wanneer er sprake is van zorgverlening op 'professioneel juiste wijze'.

***functionele systematiek***

De functionele systematiek en de daarmee samenhangende open omschrijvingen, laten ruimte aan de zorgverzekeraar om zelf (in de polis) te bepalen tot wie (welke soort zorgverlener) een verzekerde zich voor de betreffende zorg moet wenden. Een zorgverzekeraar moet bij het maken van een keuze de door de wetgever geformuleerde omschrijving van de te verzekeren prestaties in acht nemen.

***'stand van de wetenschap en praktijk'***

Bij het duiden is daarnaast het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' van belang. De vraag of de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (art. 2.1, lid 2 Bzv):

De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

***overige wettelijke bepalingen***

Tot slot zijn voor een duiding ook overige wettelijke bepalingen van belang. Zo is in artikel 2.6, zesde lid van het Bzv bijvoorbeeld bepaald dat de dieetadvisering is beperkt tot een maximum van vier behandeluren per jaar. Artikel 2.4, eerste lid, sub d, bepaalt dat eerstelijnspsychologische zorg ten hoogste acht zittingen per jaar omvat.

Samengevat betekent dit het volgende.

In een duiding toetst het CVZ aan de volgende criteria:

- gaat het om zorg zoals beschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv. In geval geneeskundige zorg, is de vraag aan de orde of het gaat om 'zorg zoals 'beroepsbeoefena-ren' die plegen te bieden'?
- gaat het om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk?
- overige wettelijke voorwaarden.

Wat het tweede criterium betreft merken wij het volgende op. De zorgstandaarden noemen voor een deel interventies die tot de reguliere zorg behoren, zoals dieetadvisering. In dergelijke gevallen gaan wij in dit rapport niet specifiek in op het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Deze staat bij deze interventies immers niet ter discussie. Ook kunnen zorgstandaarden interventies omvatten waarover het CVZ onlangs een

duiding heeft uitgebracht, zoals de gecombineerde leefstijlinterventie en stoppen met roken-programma's. Voor deze gevallen verwijzen wij voor de bespreking van de stand van de wetenschap en praktijk naar die rapporten.

***duiding van de beginpunten***

***Duiding van de beginpunten van de zorgstandaarden***

De zorgstandaarden omschrijven de beginpunten van de beschreven zorg op uiteenlopende wijzen. De zorgstandaard diabetes spreekt van individuele preventie. De zorgstandaard COPD benoemt de begrippen preventie en opsporing en case-finding. De zorgstandaard vasculair risicomanagement tenslotte spreekt van identificatie van patiënten met een verhoogd risico. Voor de duiding van deze begrippen grijpen we terug op de begrippen die het CVZ heeft beschreven in zijn rapport *Preventie: van zorg verzekerd*.

***selectieve vs geïndiceerde preventie***

Het eerste onderscheid dat gemaakt moet worden is dat tussen *selectieve preventie* en *geïndiceerde preventie*. Onder *selectieve preventie* verstaat het CVZ die preventie die zich ongeveer richt op (hoog) risicogroepen in de bevolking met als doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van preventieprogramma's. Het gaat om een vorm van collectieve preventie in tegenstelling tot individuele preventie. Selectieve preventie behoort niet tot de te verzekeren prestaties Zvw.

***vroege opsporing***

*Vroege opsporing* (in een risicogroep) door middel van het ongeveer opsporen en diagnosticeren van mogelijke risicogroepen beschouwt het CVZ als een vorm van selectieve preventie en behoort dus niet tot de te verzekeren prestaties.

***case finding***

*Case finding* is een vorm van individuele preventie bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk. Individuele preventie richt zich op een individu en niet op een collectiviteit. Case finding is een vorm van opsporing bij een patiënt die, min of meer los van klachten waarmee de patiënt zich presenteert, plaatsvindt bij die patiënt. Casefinding bij een in de spreekkamer aanwezige patiënt met klachten en/of symptomen, met toepassing van de geldende standaarden en richtlijnen, behoort tot de te verzekeren prestaties (*geneeskundige zorg*: art. 2.4, lid 1 Bzv). Als het begrip *case finding* wordt gebruikt in de zin van *vroege opsporing* door middel van het ongeveer opsporen en diagnosticeren van mogelijke risicogroepen, behoort het zoals hiervoor gesteld, tot de selectieve preventie en daarmee niet tot de te verzekeren prestaties Zvw.

***geïndiceerde preventie***

Onder *geïndiceerde preventie* verstaat het CVZ die preventie die zich richt op het individu met risico-

factoren en/of symptomen met de bedoeling het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie.

Geïndiceerde preventie kan behoren tot de te verzekeren prestaties mits aan een aantal voorwaarden is voldaan:

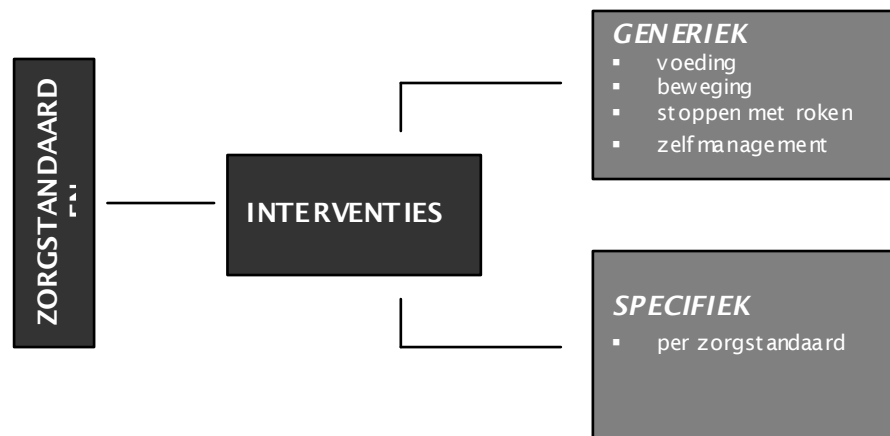
- De verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte en is daardoor in redelijkheid aangewezen op de betreffende zorg;
- De preventieve interventie moet voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en
- De preventieve interventie moet voldoen aan het criterium 'plegen te bieden'.

### **Generieke interventies en de te verzekeren prestaties Zvw**

#### **generieke interventies**

In deze paragraaf beschouwt het CVZ de interventies die in alle 3 zorgstandaarden aan de orde komen, dit noemen we in dit rapport de generieke interventies.

Voor een beschouwing van de interventies die onderdeel uitmaken van de zorgstandaarden hanteert het CVZ de volgende schematische weergave. (figuur 2).



**Figuur 2**

Zorginterventies in de zorgstandaard; generiek en specifiek.

De generieke interventies zullen in de toekomst in meer zorgstandaarden aan de orde zijn. Het betreft in termen van de zorgstandaarden de elementen voeding, bewegen, stoppen met roken en zelfmanagement. Over deze interventies valt het volgende op te merken.

#### **Voeding**

#### **goede voeding en afvallen**

De zorgstandaarden noemen 'goede voeding' en 'afvallen'. Welke interventies gaan hierachter schuil en welke hiervan behoren tot de te verzekeren prestaties? In verband met 'goede voeding' en 'afvallen' kunnen de volgende interventies aan de orde zijn:

- dieetadvisering (art. 2.6 lid 6 Bzv);

- de gecombineerde leefstijlinterventie: advisering en begeleiding bij (het volgen van een) dieet, beweging en gedragsverandering.

#### Dieetadvisering

#### **dieetadvisering**

Artikel 2.6 lid 6 Bzv omschrijft dieetadvisering als volgt:

voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden (tot een maximum van vier behandelingen per jaar).

De dieetadvisering kan in de praktijk variëren van algemene adviezen over gezonde voeding en voorlichting over het belang van het vermindering van energie-inname, tot een op het individu toegesneden dieet. Dat is zorg zoals diëtisten die plegen te bieden (art. 2.6, lid 6 Bzv). Ook begeleiding bij het volgen van een dieet is mogelijk binnen deze te verzekeren prestatie. De te verzekeren prestatie dieetadvisering is beperkt tot vier behandelingen per kalenderjaar.

#### **adviseren en begeleiden**

Dieetadvisering in algemene zin en de begeleiding bij het volgen van een dieet kunnen ook onderdeel uitmaken van de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden (art. 2.4, lid 1 Bzv). Zo kan het voorkomen dat in dezelfde keten een gespecialiseerd advies door de diëtist aan de orde is en er tegelijkertijd sprake is van begeleiding bij het volgen van een dieet door bijvoorbeeld de praktijk-ondersteuner. Er is dan de facto sprake van twee te verzekeren prestaties. Advisering en begeleiding kunnen ook in groepsverband plaatsvinden en behoren ook in dat geval tot de te verzekeren prestaties Zvw. De inhoud van het dieet (het voedsel zelf) maakt geen deel uit van de te verzekeren prestaties.

#### **de gecombineerde leefstijlinterventie**

#### De gecombineerde leefstijlinterventie

In februari 2009 bracht het CVZ een rapport uit over de gecombineerde leefstijlinterventie ter preventie van aandoeningen die samenhangen met overgewicht en obesitas. Dit rapport gaat na in hoeverre deze interventie tot de te verzekeren prestaties behoort én geeft aan voor welke groepen dit het geval is. Daarbij gaat het vooral ook om de omschrijving van de hoogrisicogroep. In verband met de zorgstandaard Diabetes verwijzen wij voor dit onderdeel ook naar het rapport. *Preventie van diabetes: verzekerde zorg?* van februari 2009. Dit rapport beschrijft gedetailleerd wanneer er sprake is van een hoog risico op diabetes en wanneer er dus sprake kan zijn van een indicatie voor de gecombineerde leefstijlinterventie. Voor de toetsing van het onderdeel adviseren over en begeleiding bij (het volgen van) een dieet verwijzen wij naar hetgeen wij beschreven hebben in de paragraaf *Dieet-advisering*. Het onderdeel adviseren over en begeleiding bij bewegen komt in de volgende paragraaf aan de orde.

## ***Bewegen***

### ***bewegen***

In de zorgstandaarden komen beweegprogramma's en voldoende bewegen aan de orde. Wat is daarvan 'te verzekeren zorg'? Deze interventies heeft het CVZ geduid in het rapport over de gecombineerde leefstijl-interventie.

Bij deze duiding is het van belang een onderscheid te maken tussen het adviseren over en het begeleiden bij bewegen. Samengevat komen de conclusies neer op het volgende.

### ***adviseren over bewegen***

#### **Adviseren over bewegen**

Advisering over bewegen maakt deel uit van de leefstijladviezen die onder de geneeskundige zorg te scharen zijn: zorg zoals huisartsen en ook verloskundigen, medisch-specialisten plegen te bieden (art. 2.4, lid 1 Bzv). Ook controle van de effecten van het bewegen is een normale geneeskundige taak die vaak binnen de huisartsenpraktijk zal plaatsvinden: controleren van het gewicht, cardiovasculaire gevolgen, blessurepreventie.

Onder geneeskundige zorg, zoals beschreven in art. 2.4, lid 1 Bzv, valt ook de paramedische zorg. Deze wordt nader uitgewerkt in art. 2.6 Bzv, lid 1 van dit artikel geeft aan dat de paramedische zorg onder andere fysiotherapie en oefentherapie omvat. Fysiotherapie en oefentherapie omvatten zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten plegen te bieden, aldus lid 2 bij art. 2.6 Bzv. Binnen de fysiotherapeutische praktijk worden tal van beweegprogramma's aangeboden gericht op specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld met chronische aandoeningen. De fysiotherapeut leert de patiënt binnen deze programma's om het lichaam op de juiste manier, gezien zijn aandoening, te belasten en zijn complete gezondheidstoestand te verbeteren. Het adviseren over bewegen schaaft het CVZ dan ook onder de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden.

### ***begeleiden bij bewegen***

#### **Begeleiden bij bewegen**

Het begeleiden bij bewegen onderscheidt zich van adviseren. Dit onderscheid is gradueel. Het opstellen van beweegprogramma's, het motiveren tot volhouden en het bewaken van de voortgang, behoren tot de advisering. Ook kunnen zij onderdeel uitmaken van het begeleiden. Het verschil tussen begeleiden en adviseren is dat begeleiden daarnaast ook letterlijk vergezellen kan inhouden. Dat wil zeggen het 'in levenden lijve' instrueren, motiveren en ondersteunen van de patiënt bij het bewegen.

### ***zorg zoals fysio- en oefentherapeuten plegen te***

Deze vorm van begeleiding bij bewegen schaaft het CVZ onder de zorg zoals fysio- en oefentherapeuten die plegen te bieden (artikel 2.6 lid 2 Bzv). Deze vorm van



## **bieden**

begeleiding schaaft het CVZ niet onder de zorg zoals huisartsen, verloskundigen en medisch-specialisten die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv). (Een uitgebreide onderbouwing van deze conclusie kunt u lezen in het rapport over de gecombineerde leefstijlinterventie).

Voor de toepassing van artikel 2.6, lid 2 is een additionele voorwaarde van toepassing. Art. 2.6, lid 2 Bzv geeft aan dat de zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden, beperkt is tot de behandeling van de aandoeningen die genoemd worden op de zogenaamde *chronische lijst* (bijlage 1 bij het Bzv). Deze lijst geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder en voor verzekerden jonger dan 18 jaar. De behandeltermijn van bepaalde aandoeningen is gemaximeerd. Daarnaast geldt nog voor verzekerden van 18 jaar en ouder dat de eerste negen behandelingen niet onder de dekking van de basisverzekering vallen. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar geldt bovendien dat niet alleen behandelingen van aandoeningen die op de chronische lijst staan onder de dekking van de basisverzekering vallen, maar ook maximaal achttien behandelingen per jaar van aandoeningen die niet op de chronische lijst staan (art. 2.6, lid 3 Bzv).

De aandoeningen diabetes en vasculair risicomanagement komen niet voor op de *chronische lijst*. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder behoort de behandeling van diabetes en vasculair risicomanagement daarom niet tot de te verzekeren zorg. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar behoort het echter wel tot de te verzekeren zorg. Zij kunnen immers maximaal achttien behandelingen per jaar krijgen van aandoeningen die niet op de *chronische lijst staan*.

De zorgstandaard COPD noemt in verband met het gezond bewegen de volgende subindicatie: drempelwaarde FEV1/VC < 60%. COPD met een FEV1/VC < 60% komt wel voor op de *chronische lijst* en de behandeling van deze aandoening met deze subindicatie behoort dus tot de te verzekeren zorg voor zowel verzekerden van 18 jaar en ouder als voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

### **Stoppen met roken**

## **stoppen met roken-programma**

De zorgstandaarden noemen een stoppen met roken-behandeling. Maakt deze behandeling onderdeel uit van de te verzekeren prestaties?

Begeleiding bij het stoppen met roken is zowel gericht op het behandelen van tabaksverslaving als op het voorkomen van allerlei aan roken gerelateerde ziekten. De begeleiding bestaat uit gedragsmatige ondersteuning of uit gedragsmatige ondersteuning in combinatie met farmacotherapeutische ondersteuning.

In juni 2008 bracht het CVZ een duiding uit van de verzekerde zorg voor stoppen met roken. Deze duiding werd gevolgd door een advies van april 2009 om een stoppen-met-roken programma op te nemen als een separate te verzekeren prestatie Zvw. Dat betekent concreet het volgende.

***ondersteunende interventies***

Momenteel en ook voor 2010 geldt dat korte en minder intensieve ondersteunende interventies die gericht zijn op gedragsverandering (=stoppen met roken) in de eerste en tweede lijn vallen onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen plegen te bieden (art. 2.4, lid 1 Bzv). Voor zover deze geneeskundige zorg door eerstelijnspsychologen wordt geboden geldt dat deze te verzekeren prestatie is beperkt tot acht zittingen per jaar (art. 2.4, lid 1 onder d Bzv). Naast de korte interventies zijn ook de intensievere vormen van op gedragsverandering gerichte interventies onderdeel van de 'zorg zoals ... die plegen te bieden' (art. 2.4, lid 1 Bzv). De intensievere vormen gaan uit van een minimale contactduur van 40 minuten in de periode van begeleiding van de stoppoging.

***Farmacotherapeutische interventies***

Voor de farmacotherapeutische interventies, zoals nicotinevervangende middelen, geldt momenteel en voor 2010 dat alleen nortriptyline onder te verzekeren prestaties valt (art. 2.8, lid 1 Bzv). De genoemde interventies zijn beoordeeld op grond van het criterium stand van de wetenschap en praktijk en behoren tot de te verzekeren prestaties. De beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk kunt u in het betrokken rapport lezen.

***advies CVZ - april 2009***

Het CVZ heeft in het advies van april 2009 aangegeven dat integrale opname van een stoppen-met-roken programma in de te verzekeren prestaties Zvw de voorkeur verdient. De minister heeft het voornemen om met ingang van 1 januari 2011 een integraal stoppen-met-rokenprogramma onderdeel uit te laten maken van de te verzekeren prestaties Zvw (artikel 2.5b Bzv). Het gaat om een stepped care programma dat aansluit bij de kenmerken en wensen van de individuele patiënt. Het programma maakt onderdeel uit van de geneeskundige zorg zoals geregeld in artikel 2.4. van het Bzv. Deze separaat geregelde te verzekeren prestatie behelst het volgende:

1. Gedragmatige ondersteuning, zoals de korte ondersteunende interventies of de intensieve op gedragsverandering gerichte interventies of
2. Gedragmatige ondersteuning in combinatie met farmacotherapeutische ondersteuning met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion

De inhoud en omvang van het stoppen-met-roken-

programma worden, net zoals bij alle zorgvormen, mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dat betekent dat in de toekomst ook nieuwe interventies en middelen, na een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk, aan het programma kunnen worden toegevoegd.

De conclusie is dat voor 2010 de gedragsmatige ondersteuning behoort tot de te verzekeren prestaties (art. 2.4, lid 1 Bzv), de farmacotherapeutische ondersteuning is beperkt onderdeel van de te verzekeren prestaties (art. 2.8, lid 1 Bzv). Voor 2011 en volgende jaren maakt een integraal programma met gedragsmatige en farmacotherapeutische interventies deel uit van de te verzekeren prestaties (art. 2.5b Bzv).

### ***Zelfmanagement***

#### ***zelfmanagement***

Het CVZ bereidt op het ogenblik een rapport voor, waarin de verschillende betekenissen van het begrip zelfmanagement uiteengezet worden. Het rapport zal de vraag beantwoorden in hoeverre de verschillende betekenissen onder de werking van de Zvw vallen.

#### ***'gebruikelijke zorg'***

Voor deze definitie van het begrip is het goed om een allereerste afbakening te maken op grond van de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde. In de AWBZ is bijvoorbeeld geregeld dat het 'gebruikelijk' is dat mensen die een bepaalde relatie met elkaar hebben, elkaar verzorgen. Het meest duidelijk is de zorg die ouders aan hun kinderen geven. Ook van partners wordt verlangd dat zij elkaar tot op zekere hoogte verzorgen. Men spreekt in dergelijke situaties van 'gebruikelijke zorg'. Voor gebruikelijke zorg kan een verzekerde geen beroep doen op de AWBZ.

#### ***zelfmanagement in 'enge' betekenis***

Voor de duiding in dit rapport gaat het CVZ uit van zelfmanagement in 'enge' betekenis. De Zvw kent immers al voorbeelden van zelfmanagement in de 'enge' betekenis van het woord. Het gaat hierbij om de chronisch zieke die in de eigen omgeving zelf (een deel van) de behandeling van de ziekte overneemt. Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan diabetespatiënten die een bloedglucosebepaling doen en de insuline doseren; trombosepatiënten die de bloedstollingswaarde meten en de geneesmiddelen doseren; de nierpatiënt die thuis dialyseert (zie bijvoorbeeld : artikel 2.20 en 2.36 Regeling zorgverzekering)

Wil de verzekerde deze behandeling in de eigen omgeving kunnen uitvoeren dan zijn hieraan (zorginhoudelijke) voorwaarden verbonden:

- *educatie* : inzicht in de ziekte, het verloop, de risicofactoren en de behandeling;
- *begeleiding* : ondersteuning bij het uitvoeren van de behandeling en bij het optreden van complicaties;
- *hulpmiddelen* : voor het uitvoeren van de behandeling kan apparatuur noodzakelijk zijn

(bloedglucosemeter; zelfmeetapparatuur  
bloedstollingswaarde; dialyseapparatuur) en de  
daarbij behorende instructie.

Voor de genoemde patiëntengroepen valt deze vorm van  
zelfmanagement al onder de te verzekeren prestaties in  
de Zvw. Voor andere patiëntengroepen kan dit ook aan  
de orde zijn. Dit werkt het CVZ uit in het rapport dat het  
zal uitbrengen over 'zelfmanagement'.

**beschikbaarheid  
zelfmanagement**

Voor de beschikbaarheid van zelfmanagement gelden  
een aantal organisatorische, infrastructurele voor-  
waarden. Vooral de tijdigheid en beschikbaarheid van de  
begeleiding luistert nauw, wil verantwoord zelfmanage-  
ment mogelijk zijn. Vragen, onduidelijkheden en compli-  
caties kunnen immers op alle mogelijke momenten  
oprijzen. Ondersteuning van zelfmanagement stelt dus  
de nodige eisen aan de (communicatie)voorzieningen bij  
de zorgaanbieder. Een operationele ondersteuning van  
het zelfmanagement binnen de eerstelijns ketenzorg  
vergt veelal nog een nadere uitwerking.

**informatie,  
educatie,  
begeleiding**

Informatie, educatie en begeleiding zijn niet alleen aan  
de orde zodra de patiënt in de eigen omgeving (een deel  
van) de behandeling overneemt. Voor iedere patiënt is  
het van belang inzicht te krijgen in de reikwijdte van zijn  
ziekte en begeleid te worden bij het verloop van de  
ziekte. Dit kan geschaard worden onder de noemer  
'goede zorg' en valt in die zin onder de 'zorg zoals ...  
die plegen te bieden'.

**Specifieke interventies binnen de drie zorgstandaarden**

**specifieke  
interventies**

In deze paragraaf komen de specifieke interventies aan  
de orde. Het betreft elementen die genoemd worden in  
één van de 3 zorgstandaarden. Voor de elementen uit  
de zorgstandaarden die hierna niet specifiek genoemd  
worden, bijvoorbeeld het oogonderzoek in de zorg-  
standaard diabetes, geldt dat deze tot de te verzekeren  
prestaties Zvw behoren.

**Diabetes**

Voor diabeteszorg zijn de verschillen tussen de zorg die  
behoort tot de te verzekeren prestaties en de zorg die  
daar niet toe behoort, onder meer beschreven in de  
Paketscan Diabetes van het CVZ van juli 2008. Het gaat  
om voetzorg zoals podotherapeuten en pedicures die  
plegen te bieden en (begeleiding bij) bewegen.

**voetonderzoek**

De zorgstandaard benoemt het voetonderzoek.  
Het gaat daarbij om een jaarlijks onderzoek (controle)  
en een gericht onderzoek bij patiënten met een  
verhoogd risico op complicaties. Deze onderzoeken zijn  
beschreven in standaarden en richtlijnen en maken deel  
uit van de zorg zoals huisartsen en medisch-specialisten  
die plegen te bieden en behoren dan ook tot de te

verzekeren prestaties (art. 2.4, lid 1 Bzv).

- voetzorg** Naast het voetonderzoek wordt ook het begrip voetzorg gebruikt. Dat is een breder begrip. Voetzorg omvat meer dan de genoemde onderzoeken, het gaat ook om schoeisel, hulpmiddelen, instrumentele behandeling, correctie en andere verzorging. De conclusie is dat niet alle elementen van de voetzorg tot de te verzekeren prestaties behoren (art. 2.4, lid 1 Bzv). Om duidelijkheid te scheppen op dit punt bereidt het CVZ een duiding voor van de voetzorg voor diabetici zoals podotherapeuten en pedicures met de aantekening diabetische voet, die plegen te bieden. In dat rapport zal het CVZ verduidelijken welk deel van deze zorg momenteel tot de te verzekeren prestaties Zvw behoort.
- Zelftestapparatuur** De zorgstandaard benoemt tevens zelftestapparatuur. Het CVZ merkt hierbij op dat deze apparatuur voor type 2 diabeten die niet afhankelijk zijn van insuline en niet zijn uitbehandeld met orale medicatie, op dit moment niet tot de te verzekeren prestaties behoort. Het CVZ bereidt, in het kader van een eventuele opname in de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg (art. 2.9, lid 1 Bzv), een beoordeling over de teststrips voor.
- hoog-risicogroep** In februari 2009 bracht het CVZ het rapport *Preventie van diabetes: verzekerde zorg?* uit. In dat rapport omschrijft het CVZ de hoog risicogroep voor diabetes type 2. Het betreft personen die een score van meer dan 10 hebben op de Nederlandse Diabetes Risicotest en daardoor een kans van ca. 20 % hebben om binnen 5 jaar type 2 diabetes te ontwikkelen. Ook personen met prediabetes, gedefinieerd als een gestoorde nuchtere glucosewaarde en/of een gestoorde glucosetolerantie, die daarmee een kans hebben van meer dan 30% op het ontwikkelen van type 2 diabetes binnen 5 jaar. Het rapport van het CVZ van februari 2009 geeft in hoofdstuk 6. aan welke preventieve interventies voor deze risicogroep behoren tot de te verzekeren prestaties Zvw. ( Zie ook paragraaf 4.b.1)
- Vasculair risicomanagement**
- zelfhulpprogramma's** De zorgstandaard benoemt zelfhulpgroepen en cursussen GGD. Deze zorg wordt niet nader gespecificeerd. Het is daarom ook niet duidelijk om welke zorg het gaat en voor wie deze is bedoeld. Ook noemt de zorgstandaard ondersteuning van patiëntenorganisaties. Ook hiervoor geldt dat niet duidelijk is waar het om gaat en voor welke indicaties. Het is daarom niet mogelijk dit nader te duiden.
- revalidatieprogramma's** Tot slot vermeldt de zorgstandaard dat patiënten gebruik kunnen maken van revalidatieprogramma's. Gezien de doelgroep gaat het om hartrevalidatieprogramma's. Hartrevalidatie is de zorg die plaatsvindt

in het kader van een behandeling voor patiënten met een acuut coronair syndroom, angina pectoris of een percutane coronaire interventie of patiënten die een omleidingsoperatie hebben ondergaan. Hartrevalidatie is een multidisciplinaire behandeling gericht op het in de best mogelijke fysieke, psychische en sociale conditie laten verkeren van de patiënt. De richtlijn hartrevalidatie is bedoeld voor alle betrokken zorgverleners.

De richtlijn onderscheidt drie fasen te weten de klinische fase, de revalidatiefase (postklinische fase) en de postrevalidatiefase, gericht op het behoud van de in de tweede fase ingezette leefstijlveranderingen. De brief van de minister van 13 juli 2009 geeft aan dat de zorg voor patiënten met complexe problematiek waarvoor medisch-specialistische regievoering noodzakelijk is, niet onder de functionele bekostigde ketenzorg voor chronische aandoeningen zal vallen.

### **COPD**

#### **COPD**

De zorgstandaard benoemt onder meer case finding, diagnostiek, multidisciplinaire longrevalidatie, psychosociale begeleiding en palliatieve zorg. Case finding en de bijbehorende diagnostiek zijn beschreven in paragraaf 4.2.

#### **longrevalidatie**

Multidisciplinaire longrevalidatie bestaat uit een samenstelsel van therapeutische componenten/interventies die gericht is op het beïnvloeden van de aandoening en de gevolgen daarvan. Mogelijke elementen zijn medicatie, zuurstoftherapie, educatie, ademhalingsoefeningen, bewegingstraining enz. Kenmerkend is de integrale benadering door een multidisciplinair team waarbij de medisch-specialist (longarts of kinderarts) de eindverantwoordelijkheid draagt. Het is een gespecialiseerde interventie gedurende een beperkte periode die plaatsvindt in de klinische of poliklinische setting en behoort tot de te verzekeren prestaties. Ook hier gaat het om patiënten waarvoor een medisch-specialistische regievoering noodzakelijk is.

#### **psychosociale begeleiding**

De zorgstandaard noemt als activiteit ook psychosociale begeleiding. Het gaat om zorg die gericht is op psychische en sociale problemen die verband houden met de gestelde diagnose. Adviesgeving en begeleiding, waaronder de psychosociale begeleiding, met als doel omgaan met de ziekte, bevorderen van het herstel, - de conditieverbetering en het instandhouden van de conditie maken onderdeel uit van de zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden (art. 2.4 lid 1 Bzv). Ook binnen de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden kan psychosociale begeleiding een element zijn. Deze zorg maakt dan onderdeel uit van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

#### **palliatieve zorg**

Het begrip palliatieve zorg wordt niet nader omschreven. Het CVZ kan het om die reden niet nader duiden.

## ***De organisatie van ketenzorg op basis van de zorgstandaarden en de te verzekeren prestaties***

### ***organisatie ketenzorg***

Welke organisatorische elementen en aspecten maken de zorg, zoals omschreven in de zorgstandaarden, tot ketenzorg en kunnen we deze elementen tot de te verzekeren prestaties Zvw rekenen?

### ***diverse begrippen***

De drie zorgstandaarden noemen een aantal organisatorische elementen en aspecten. Het gaat om de volgende begrippen: coördinatie, communicatie en afstemming, multidisciplinair overleg, scholing en deskundigheidsbevordering, registratie en informatie-uitwisseling, consultatie, evaluatie en feedback, kwaliteitsborging en organisatie, diabeteszorggroep, verantwoordelijkheden en bevoegdheden, protocol, toegankelijkheid en facilitaire voorziening, beslissingsondersteuning en informatiesystemen. Deze begrippen zijn divers en veelal algemeen van aard. Ze kunnen daardoor niet als basis dienen voor een duiding. Het CVZ beschouwt deze begrippen om die reden in een breder perspectief. De zorgverlening aan chronisch zieken is een dynamisch en cyclisch geheel. Het gaat om continue zorg door meerdere professionals in de zorgketen. Het zorgproces bestaat in feite uit een netwerk van zorgelementen die in samenhang zijn gebracht. Deze samenhang moet kennelijk bewerkstelligd worden door de begrippen die de zorgstandaarden benoemen.

### ***Chronic Care Model***

Voor een ordening van de hiervoor genoemde begrippen kan het *Chronic care model* dienen dat Wagner c.s. ontwikkelden. Dit model beschrijft 6 componenten die er aan bijdragen dat de resultaten van de zorg door verschillende professionals te-zamen meerwaarde opleveren voor de patiënt. De elementen zijn rijvertaald:

1. De context van de zorg in de dagelijkse (woon)omgeving;
2. De organisatie van de zorg en ketenafspraken;
3. Ondersteuning van zelfmanagement;
4. Ontwerp van het zorgproces;
5. Beslissondersteuning van de zorg en
6. Informatiesystemen ter ondersteuning van de zorgverlening en de patiënt

### ***'goede' ketenzorg***

De tweede component gaat in op de organisatie van de zorg en de ketenafspraken. Het is de vraag wat 'goede' ketenzorg is. Recent heeft de IGZ in een rapport geformuleerd aan welke voorwaarden moet zijn voldaan, om te kunnen spreken van goede ketenzorg. Het gaat om het rapport van de IGZ over de zorgketen voor kankerpatiënten.

### ***IGZ: regie op vier terreinen***

In dat rapport geeft de IGZ in maart 2009 aan dat op vier terreinen regie nodig is;

1. communicatie in de zin van één aanspreekpunt;

2. sturing: een regisseur die overzicht heeft;
3. behandelplan: één geactualiseerd behandelplan;
4. geïntegreerde dossiervoering: toegankelijk en voor een ieder beschikbaar

We realiseren ons dat het rapport betrekking heeft op een ander type zorgketen dan waarover we in dit rapport spreken, maar we menen uit het voorgaande toch de algemene conclusie te mogen trekken dat voor ketenzorg een organisatorische schil nodig is die, vanuit het perspectief van de patiënt, zorgdraagt voor de samenhang in de zorgverlening en die uiteindelijk de meerwaarde van de multidisciplinaire samenwerking voor de patiënt brengt. Het CVZ verwijst voor een schematische weergave naar de figuur op pagina 30 van de quick scan van Plexus.

De in de zorgstandaarden genoemde organisatorische elementen en aspecten zijn onderdelen van de organisatie van ketenzorg en hebben tot doel bij te dragen aan de samenhang, doelgerichtheid en planmatigheid van de zorg. De organisatie draagt zorg voor de structuur in het zorgproces (zie definitie ketenzorg van de RVZ : samenhang, doelgerichtheid en planmatigheid van de ketenzorg) en de beheersing van het proces (zie conclusies van de IGZ over regie in de ketenzorg).

***structuur en beheersing van het proces***

Samengevat constateert het CVZ dat voor ketenzorg de volgende punten essentieel zijn:

- De structuur van het proces moet voor een ieder helder en inzichtelijk zijn (wat zich bijvoorbeeld uit in de aanwezigheid van een individueel behandelplan en het opleveren van relevante uitkomstmaten);
- De beheersing van het proces moet duidelijk zijn, (bijvoorbeeld via duidelijkheid over de regie- en coördinatiefunctie van de zorg en protocollering van de zorgverlening);
- Beschikbaarheid van ondersteunende (informatie) systemen met het oog op de structuur en beheersing van het proces.

Het is de vraag of deze kenmerken die tot samenhang moeten leiden, deel uitmaken van de te verzekeren prestaties binnen de Zvw.

Voor de beantwoording van deze vraag is het criterium 'plegen te bieden' van belang zoals dat is opgenomen in de Zvw.

***'op professioneel juiste wijze'***

Het CVZ bracht in november 2008 het rapport *Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'* uit. In dit rapport verduidelijkt het CVZ dat het criterium 'plegen te bieden' de inhoud en omvang van de zorg bepaalt. Het criterium heeft naar de mening van het CVZ twee aspecten: 'soorten zorg' en een 'professioneel juiste wijze'. Kortgezegd: welke soorten zorg vallen onder de



Zvw en wanneer is er sprake van op professioneel juiste wijze (van verlenen van deze zorg).

**organisatorische aspecten** Het aspect 'op professioneel juiste wijze' kan betrekking hebben op specifieke kenmerken of specifieke organisatorische aspecten van de zorg. Het gaat dan om kenmerken of aspecten die zodanig bepalend zijn voor de inhoud of omvang van de zorg, dat alleen als aan deze kenmerken/aspecten is voldaan, er sprake kan zijn van 'professioneel juiste zorg'.

**totaal is meer dan de som der delen** Het CVZ leidt uit de zorgstandaarden af dat multidisciplinaire zorg in samenhang georganiseerd (als ketenzorg) in de opvatting van de beroepsbeoefenaren een toegevoegde waarde heeft voor de patiënt, het totaal is meer dan de som der individuele (zorg)delen.

**te verzekeren prestaties** Hiervoor gaven we aan dat deze samenhang structuur en beheersing binnen het proces van (keten)zorgverlening veronderstelt. Alleen dan is er sprake van het op 'professioneel juiste wijze' verlenen van ketenzorg. Voor de Zvw betekent dit dat de organisatorische aspecten die binnen de ketenzorg de structuur en beheersing van het proces bewerkstelligen, deel uitmaken van de te verzekeren prestaties.

### **Overige bevindingen en aanbevelingen**

#### Ketenzorg chronische aandoeningen en 'reguliere eerstelijns'zorg

**functionele systematiek** In de vorige hoofdstukken hebben we uiteengezet dat de functionele systematiek een voorwaarde is voor een functionele bekostiging. De functionele systematiek geeft de zorgverzekeraar immers vrijheid om te bepalen welke zorgverlener ingezet wordt om bepaalde zorg te verlenen. Deze vrijheid geeft ruimte aan taakherschikkingen (horizontaal en verticaal) die zeker in de eerstelijnszorg al veel voorkomen (*bijvoorbeeld*: nurse practitioners, praktijkondersteuners, gespecialiseerde verpleegkundigen) Er zijn grenzen aan deze vrijheid. In de vorige paragraaf hebben wij uiteengezet dat de omschrijving 'plegen te bieden' en de daarbij behorende verwijzing naar beroepsbeoefenaren niet alleen de inhoud en omvang van de zorg bepaalt binnen de Zvw. De toelichting bij het Bzv geeft aan dat het bij de uitleg van 'plegen te bieden' er ook om gaat dat de zorg *op professioneel juiste wijze* wordt geleverd: de zorg moet wel geleverd worden op het kwaliteitsniveau dat volgens de betreffende beroepsgroep is aangewezen. Wat betekent dit voor de eerstelijnsketenzorg?

**toegevoegde waarde voor patiënt** De ketens leveren multidisciplinaire zorg bij een chronische aandoening. Zorginhoudelijk heeft deze multidisciplinaire aanpak toegevoegde waarde voor de patiënt. Hoe deze zorg organisatorisch wordt vormgegeven hangt af van de zorginkoop van de

### **regie en sturing**

zorgverzekeraar (in overleg met de zorgaanbieders). Ook aan deze organisatorische vormgeving kunnen beperkingen gesteld worden, voorzover de organisatie invloed heeft of kan hebben op de zorginhoud. In de vorige paragraaf verwezen wij al naar het onderzoek van de IGZ over regie en sturing bij multidisciplinaire zorg aan kanker-patiënten. De voorwaarden die de IGZ formuleerde, gelden voor alle vormen van multidisciplinaire zorg. Daarbij is het van belang dat niet alleen de verschillende onderdelen van de multidisciplinaire zorg regie en sturing moeten kennen. Voor de ketenzorg bij chronische aandoeningen is met name ook de samenhang met de 'reguliere eerstelijns'zorg van belang; een patiënt is immers meer dan alleen zijn chronische aandoening. Nog daargelaten dat er sprake kan zijn van meerdere chronische aandoeningen. Concreet betekent dit dat 'goede' ketenzorg een structurele, intensieve inbedding in de 'reguliere eerstelijns'zorg veronderstelt en betrokkenheid van de primaire behandelaar (over het algemeen de huisarts). Op welke wijze dit wordt gerealiseerd is vervolgens wel weer ter bepaling aan de zorgverzekeraar in overleg met de betrokken zorgaanbieders.

### **huisartsenzorg in Nederland**

Deze voorwaarde hangt ook samen met de opvattingen rond huisartsenzorg in Nederland. Huisartsenzorg is in Nederland integraal, persoonsgericht, continue en toegankelijk. (zie *bijvoorbeeld: Toekomstvisie huisartsenzorg 2012* van de NHG). Deze noties komen in de praktijk onder andere tot uiting via het principe van de huisartsenzorg als 7x24-uur-zorg, de inschrijving van de verzekerde bij een specifieke huisarts en het beheer van de huisarts over het medisch dossier van de patiënt. De functionele systematiek geeft dus ruimte voor taakherschikkingen: andere, nieuwe beroepsbeoefenaren kunnen onderdelen van bijvoorbeeld de huisartszorg overnemen. Deze vrijheid moet wel blijven sporen met de opvattingen die wij in Nederland hebben over de huisartsenzorg: de vrijheid in organisatorische vormgeving die voortvloeit uit de functionele systematiek moet in overeenstemming blijven met de integraliteit en continuïteit van de Nederlandse huisartsenzorg.

### **het verplichte eigen risico**

#### Het verplichte eigen risico

Tot slot een opmerking over het eigen risico. De brief van de minister van VWS van 13 juli 2009 aan de voorzitter van de Tweede Kamer, stelt dat de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden en die via ketenzorg zal worden gecontracteerd, buiten het eigen risico valt. De in dit rapport beschreven zorgketens zijn nauw verweven met de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Het zal daarom niet eenvoudig zijn om een goed onderscheid te maken tussen onderdelen van de keten die wel en onderdelen die niet buiten het eigen risico vallen. Dit kan in de praktijk tot uitvoeringsproblemen leiden.

## Conclusies

In dit rapport geeft het CVZ aan welke zorg in de zorgstandaarden wel of niet deel uitmaakt van de te verzekeren prestaties Zvw. De conclusies en de overige bevindingen op een rij.

### De opzet en inhoud van de zorgstandaarden:

- De zorgstandaarden zijn (nog) niet consistent in de manier waarop deze het proces van zorg en de inhoud van de zorg beschrijven.
- De zorgstandaarden benoemen op zich veel van de activiteiten in functionele termen, de uitwerking in termen van de benodigde minimale deskundigheden en middelen ontbreekt. Deze uitwerking is nodig voor de zorginkoop door zorgverzekeraars
- De ketenspecifieke elementen die de zorgstandaarden noemen, zijn divers en veelal (nog) niet nader uitgewerkt.

### Zorg waarmee de zorgstandaarden beginnen:

- Vroege opsporing en selectieve preventie behoren niet tot de te verzekeren prestaties.
- Case finding als individuele preventie voor een patiënt uit een hoog risico groep en geïndiceerde preventie in zijn algemeenheid behoren tot de te verzekeren prestaties.

### De generieke interventies die de zorgstandaarden benoemen:

- Advisering en begeleiding bij het volgen van een dieet behoren tot de te verzekeren prestaties (art. 2.4, lid 1 en 2.6, lid 6 Bzv).
- De advisering over gezond bewegen behoort tot de te verzekeren prestaties (art. 2.4, lid 1 Bzv).
- De begeleiding (in levende lijve) bij gezond bewegen behoort alleen tot de te verzekeren prestaties (art. 2.6, lid 2 Bzv) voor verzekerden tot 18 jaar en voor COPD-patiënten met de indicatie drempelwaarde FEV1/VC < 60%. (9).
- De zorg bij het stoppen met roken behoort momenteel tot de te verzekeren prestaties (art. 2.4, lid 1 en art. 2.8, lid 1 Bzv) voor zover het kortere en intensievere vormen van gedragsmatige ondersteuning betreft, en daarnaast het geneesmiddel nortriptyline.
- Vanaf 2011 is het voornemen dat een integraal stoppen-met-rokenprogramma (gedragsmatige ondersteuning in combinatie met farmacotherapeutische interventie) integraal onderdeel uitmaakt van de te verzekeren prestaties (toekomstig art. 2.5b Bzv).
- Zelfmanagement in de betekenis van het overnemen door de patiënt van (een deel van) zijn behandeling

in de eigen omgeving behoort momenteel al tot de te verzekeren prestaties. Het gaat dan om educatie, begeleiding en eventuele benodigde hulpmiddelen. Het CVZ brengt een rapport uit over de bredere betekenis van het begrip en geeft daarbij aan welke elementen ook tot de te verzekeren prestaties zijn te rekenen.

*De specifieke interventies die de zorgstandaarden benoemen:*

*Diabetes*

- Het is momenteel niet duidelijk welke elementen van de voetzorg tot de te verzekeren prestaties behoren. Het CVZ brengt hierover een rapport uit.
- Ook brengt het CVZ een standpunt uit over de verstrekking van teststrips voor type 2 diabetes die niet afhankelijk zijn van insuline en niet zijn uitbehandeld met orale medicatie.

*Vasculair risicomanagement*

- Het CVZ kan, op basis van de informatie uit de zorgstandaard, de termen ondersteuning van patiëntenorganisaties, zelfhulpgroepen en cursussen GGD niet duiden en daarom niet aangeven of dit tot de te verzekeren prestaties behoort.

*COPD*

- Psychosociale begeleiding maakt deel uit van de te verzekeren prestaties geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch specialisten die in het kader van een behandeling plegen te bieden (art. 2.4. lid 1 Bzv).
- Het begrip palliatieve zorg wordt niet nader omschreven, om die reden kan het CVZ dit niet duiden.

*De organisatorische aspecten die de zorgstandaarden benoemen voor ketenzorg:*

- De zorgstandaarden benoemen een diversiteit aan organisatorische aspecten die veelal niet zijn uitgewerkt.
- Het CVZ concludeert dat de structuur van het proces, de beheersing van het proces en ondersteunende (informatie-)systemen essentieel zijn voor ketenzorg.
- Het CVZ concludeert dat deze kenmerken noodzakelijk zijn voor het leveren van zorg 'op een professioneel juiste wijze' en daarom deel uitmaken van de te verzekeren prestaties Zvw.

*Overige bevindingen en aanbevelingen:*

- De functionele systematiek geeft de zorgverzekeraar vrijheid om te bepalen welke zorgverlener ingezet wordt om bepaalde zorg te verlenen. 'Goede' ketenzorg veronderstelt echter een structurele,

intensieve inbedding in de 'reguliere' eerstelijnszorg en betrokkenheid van de primaire behandelaar (over het algemeen de huisarts). De functionele systematiek mag niet gaan strijden met de integraliteit en continuïteit van de huisartsenzorg.

- Het is noodzakelijk dat in de komende jaren binnen de te verzekeren zorg, verder uitwerking wordt gegeven aan de organisatorische en infrastructurele voorwaarden van ketenzorg.
- Omdat de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden nauw verweven is met de zorg in de zorgketens, signaleert het CVZ dat de verrekening van het verplicht eigen risico mogelijk tot uitvoeringsproblemen zal leiden.

Zodra de zorgstandaard hartfalen een meer definitieve status heeft, zal het CVZ ook de zorg uit deze zorgstandaard duiden.