HANDLEIDING VOOR INCLUSIE EN EXCLUSIE VAN PATIËNTEN IN KETENZORGPROGRAMMA'S

Versie december 2025

In 2024 zijn de nieuwe NHG-standaarden CVRM en Diabetes uitgebracht. In deze versie van de 'handleiding inclusie en exclusie van patienten in ketenzorgprogramma's' zijn aanpassingen gedaan op de inclusiecriteria voor het zorgprogramma HVZ en VVR. Daarnaast zijn de inleidende teksten geupdate op basis van het proces zoals dat nu is vormgegeven.

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, astma/COPD en ouderengeneeskunde[1] 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 criteria het gaat en hoe u die kan registreren voor de declaraties.

Hoe gebruiken zorgaanbieders en zorgverzekeraars in- en exclusiecriteria?

- De huisarts gebruikt de in- en exclusiecriteria om samen met de patiënt te besluiten om deelname aan een ketenprogramma te starten, dan wel voort te zetten.

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

- 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.
- Zorggroepen en zorgverzekeraars gebruiken de in- en exclusiecriteria in registratie en declaraties. Hierdoor kunnen we op basis van meer eenduidige data nieuwe inzichten krijgen over inzet, effecten en doelmatigheid van ketenzorg.
- De in- en exclusiecriteria geven aan wie thuishoren in een zorgprogramma. Dit is niet per definitie ook de groep die meegenomen worden in het regionale kwaliteitsbeleid. Er kan worden gekozen om bepaalde groepen wel te includeren in de zorgprogramma's maar niet mee te nemen in het kwaliteitsbeleid omdat de kwaliteit van zorg daar door omstandigheden niet goed te vergelijken is.

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 criteria uit de handleiding voor in- en exclusie van patiënten in ketenzorgprogramma's volledig en zorgvuldig hanteren. Dit geldt ook voor de generieke inclusie- en exclusiecriteria zoals geformuleerd bij criterium 3.

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. 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	Aandoening specifieke in- en exclusiecriteria
Diabetes type 2	**Inclusiecriteria** – Diagnose T90.02[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 glucosewaarden (< 7.0) en HbA1c waarden (< 48) die niet bij meer diabetes passen) zonder glucose verlagende medicatie') – Diabetes Mellitus type 1 – Deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen
Astma	**Inclusiecriteria** – Diagnose R96 Astma en ≥ 16 jaar en: – gebruik inhalatiecorticosteroïden (of indicatie hiervoor volgens NHG standaard[3]) met als ATC-codes bij inhalatiecorticosteroïden monotherapie (R03BA) en/of bij inhalatiecorticosteroïden in combinatiepreparaten (R03AK06, R03AK07, R03AK08, R03AK10, R03AK11) en/of Montelukast (ATC R03DC03)
	Exclusiecriteria Patiënten, die in keten COPD zijn opgenomen (cf. Nza beleidsregel) – Deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen
COPD	**Inclusiecriteria** – De diagnose R95, COPD is juist gesteld o.b.v. anamnese en spirometrie[4]
	Exclusiecriteria – Deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen
HVZ	**Inclusiecriteria** - ≥ 18 jaar EN minimaal één (1) van de volgende criteria: • K74 Anginapectoris (incl. subcategorieën instabiele AP en stabiele AP) • K75 Acuut myocardinfarct • K76 Andere/chronische ischemische hartziekte (IHZ) • K89 Passagère cerebrale ischemie/TIA • K90.02 Intracerebrale bloeding • K90.03 Cerebraal infarct • K91 Atherosclerose[5] • K92.01 PAV/ claudicatio intermittens • K99.01 Aneurysma aortae
	Exclusiecriteria – patiënt die in ketenzorg DM2 is geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen

[2] Wanneer een ICPC code is aangeduid op rubrieksniveau, zijn de onderliggende ICPC sub-codes geïncludeerd
[3] Indicatie inhalatiecorticosteroïden: bij onvoldoende of matige controle volgens GINA richtlijnen en/of ACQ.
[4] Rekening houdend met het criterium uit de NHG-standaard COPD 2015 (FEV1/FVC < 5e percentiel)
[5] Ondubbelzinnig met beeldvormend onderzoek aangetoonde atherosclerotische HVZ omvatten onder andere plaque op coronaire angiografie of echografie van de halsslagader, of op CTA.

VVR (hoog risico/zeer hoog risico)	Inclusiecriteria - ≥ 18 jaar en < 70 jaar EN 'Zeer Hoog risico' (op basis van tabel 1 uit de CVRM standaard 2024) OF 'Hoog risico' (op basis van SCORE2 en/of van Tabel 1 uit de standaard CVRM) EN minimaal 1 vastgestelde risicofactor[6] - hypertensie (K86 of K87) - hypercholesterolemie (T93 of T93.01 of T93.03) - CNS (U99.01 of U99) - > 18 jaar en een (op basis van inschatting huisarts) hoog lifetimerisico - ≥ 18 jaar EN Hypertensie met een Systolische bloeddruk > 160 mmHg en < 180 mmHg EN medicatie wordt gestart op basis van de inschatting van de huisarts.[7] - ≥ 70 jaar EN medicatiegebruik op basis van de NHG-standaard CVRM (2024) - ≥ 18 jaar EN een vastgesteld verhoogd risico op basis van een eerdere CVRM richtlijn EN medicatie
	Exclusiecriteria – patiënt die in ketenzorg DM2 of HVZ is geïncludeerd (cf. beleidsregel Nza) of bij deelname aan een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen
Kwetsbare ouderen met complexe zorgvraag	**Inclusiecriteria** – kwetsbare oudere patienten gecodeerd met code A05 EN – complexiteit of complexe zorgvraag Nadrukkelijk wordt hier de leeftijdsgrens weggelaten. Deelname aan het zorgprogramma kwetsbare ouderen is alleen geïndiceerd wanneer er naast kwetsbaarheid (A05) ook sprake is van complexiteit of complexe zorgvraag. Mogelijke redenen voor complexiteit kunnen zijn: – multimorbiditeit; – meerdere betrokken hulpverleners; – grote ongeplande zorgvraag; – weerstand tegen behandeling. Op grond hiervan maakt de huisarts als hoofdbehandelaar de afweging of het voor de patiënt meerwaarde heeft om aan zorgprogramma deel te nemen en o.a. een zorgplan te maken en een MDO te organiseren.

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

[6] Zie ook Indicatoren CV-risicomanagement bij patiënten met Hypertensie, Hypercholesterolemie of Chronische Nierschade (CNS) (augustus 2025)

[7] Voor deze groep is het oordeel van de huisarts doorslaggevend voor het starten met medicatie en inclusie in de keten.

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.

Criterium 3 Check de generieke inclusie- en 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 inclusie- en exclusiecriteria die leiden tot wel of geen programmatische zorg staan beschreven in de onderstaande tabel.

Generieke in- en exclusiecriteria	Toelichting
Bereidheid en motivatie patiënt	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. Pas als de patiënt voldoende bereid én gemotiveerd is wordt hij/zij in het programma geïncludeerd.
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 van te voren aangeven onvoldoende meerwaarde te zien in het programma worden zij niet geïncludeerd. Als zij na verloop van tijd onvoldoende meerwaarde ervaren 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 uop LINK (voor leden).
Ander zorgprogramma	Instroom in een ander zorgprogramma kan aanleiding zijn om deelname aan het initiële zorgprogramma[8] 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.

[8] 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 2019 - BR/REG-19133 NZa, 2019.

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 op LINK). 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 de NHG *labcode 'deelname ketenzorg: nee'* (of het label 'geen programmatische zorg').De status kan worden gewijzigd op het moment waarop de patiënt opnieuw start met 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 gedeclareerd[9]. 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;
- NHG labcode 'deelname ketenzorg: ja'.

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.

[9] Artikel 4.4. Moment van declareren Regeling multidisciplinaire zorg (NR/REG-1821), NZa januari 2018

Als peildatum geldt hierbij de eerste dag van het kwartaal[10]. 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 word.

[10] Artikel 4.4. Moment van declareren Regeling multidisciplinaire zorg (NR/REG-1821), NZa januari 2018