

Handreiking financiering palliatieve zorg 2018

december 2017

Handreiking financiering palliatieve zorg 2018

Auteurs

Chantal Pereira

Bo van Aalst

Joep Douma

Manon Boddaert

Met als doel de huidige knelpunten in de financiering van palliatieve zorg te verhelderen, heeft IKNL een werkgroep van gemandateerde (medische) professionals, zorgadministrateurs en beleidsmedewerkers gevraagd om ervaring en kennis uit te wisselen en suggesties te doen voor verbetering. De rol van IKNL en Palliactief was specifiek gericht op het samenbrengen van de juiste (gemandateerde) professionals, om in samenspraak met het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de praktijk zo goed mogelijk te informeren over de mogelijkheden van financiering palliatieve zorg volgens de geldende wet- en regelgeving. Deze handreiking is daar een weerslag van.

De handreiking Zorgproducten palliatieve zorg in het ziekenhuis (IKNL, 2016) komt met deze handreiking per 1 januari 2018 te vervallen.

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 is in juli 2017 gepubliceerd. In deze versie van december 2017 is de definitief geworden regelgeving verwerkt. Inhoudelijk verschilt deze versie niet van eerdere publicatie.



"Ik weet niet wat wijsheid is, Guus." Olivia schenkt de koffie in en kijkt peinzend uit het raam. Guus zit aan tafel. Hij zwijgt. Wat moet je anders doen als je weet dat je je vrouw gaat verliezen? Olivia en Guus van Veen zijn net terug van het ziekenhuis. Alvleesklierkanker met in- en doorgroei in de omgeving en uitzaaiingen op afstand. Inoperabel. Geen hoop op genezing. Olivia denkt aan de pijnen in haar buik en de eindeloze vermoeidheid. De medisch oncoloog heeft haar de optie voorgelegd van een drietal maandelijks kuren palliatieve chemotherapie met de hoop op levensverlenging.

Het gerinkel van de telefoon doorbreekt haar gedachten. "Hoi mam, wat zeiden ze?" Guus staat op en pakt de koffie, terwijl Olivia hun dochter Sara alles zo goed en zo kwaad als het gaat probeert te vertellen. Ze legt de hoorn neer en gaat zitten. "Ik ga het doen", zegt ze. Guus pakt haar handen en knikt.

Aan de hand van het fictieve verhaal van Olivia van Veen en haar gezin¹ beschrijft deze handreiking de financiering van palliatieve zorg in de meest gebruikelijke zorgsettingen²: ziekenhuis (hoofdstuk 1), thuis (hoofdstuk 2), hospice (hoofdstuk 3), verpleeghuis & palliatieve terminale unit (hoofdstuk 4). De hoofdstukvolgorde sluit aan op het ziekteproces van een patiënt, van ziektegerichte palliatie naar symptoomgerichte palliatie, en begint daarom met het ziekenhuis.

Elk hoofdstuk start met een vervolg op bovenstaande casus, passend bij de zorgsetting. Daarna wordt, voor de beroepsgroepen waarbij de meeste knelpunten gesignaleerd worden³, beschreven hoe de palliatieve zorg in 2018 wordt gefinancierd, wat de knelpunten in de financiering in 2017 waren en welke oplossingen hiervoor in 2018 al of niet beschikbaar zijn gekomen.

Per 1 januari 2018 staan twee belangrijke wijzigingen in de financiering van palliatieve zorg gepland:

- Aanpassing zorgactiviteiten in het ziekenhuis
- Aanpassing indicatiestelling VV 10 (Wlz-zorg)

Wijzigingen in de financiering zijn herkenbaar aan een rood uitroepteken in de rechter kantlijn.

De hoofdstukken kunnen onafhankelijk van elkaar worden gelezen. Vanuit de inhoudsopgave navigeert u naar het onderdeel van uw interesse. Wanneer u alle hoofdstukken opeenvolgend leest, houdt u er dan rekening mee dat in elk hoofdstuk de casus vanuit bovenstaand startpunt wordt uitgewerkt. U leest dus geen chronologisch verhaal, maar vier verschillende scenario's die Oliva zou kunnen afleggen.

In de handreiking is veelvuldig gebruik gemaakt van verwijzingen in de voetnoten. Wanneer de verwijzing blauw is, betreft het een hyperlink naar een PDF-versie van het genoemde document. Aangezien het vaak gaat om verwijzingen naar complexe documenten met wet- en regelgeving, wordt zo veel mogelijk ook het artikel- of paginanummer vermeld.

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) spreekt men over patiënten, waar men in de Wet langdurige zorg (Wlz) spreekt over cliënten. Deze handreiking gaat over zorg voor palliatieve patiënten. Daarom is ervoor gekozen om in alle gevallen over patiënten te spreken. Daar waar 'patiënt' staat kan voor de Wlz ook 'cliënt' gelezen worden.

¹ In deze casus wordt uitgegaan van een patiënt met kanker, omdat voor deze groep patiënten de financiering in het ziekenhuis op de meeste knelpunten stuit.

² De specifieke financiering van palliatieve zorg voor kinderen en van palliatieve zorg in GGZ en VGZ instellingen valt buiten de scope van deze handreiking.

³ Zoals gemeld in door IKNL en Palliatief geïnitieerde werkgroepbijeenkomsten, bij het Praktijktteam Palliatieve zorg van VWS en bij de veldraadpleging van NZa in 2016 / 2017.

Inhoudsopgave

Leeswijzer	5
Inleiding	8
Wet- & regelgeving	9
Zorgverzekeringswet (Zvw)	9
Wet langdurige zorg (Wlz)	9
Besluit langdurige zorg artikel 1.1.1 palliatieve terminale zorg	9
Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)	9
Regeling palliatieve terminale zorg (Regeling PTZ)	9
Wet toelating zorginstellingen (Wtzi)	9
1 Ziekenhuis	10
1.1 Generalistische palliatieve zorg door de hoofdbehandelaar	10
1.1.1 Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties	10
1.1.2 Supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie	10
1.1.3 Nazorg	11
1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	11
1.2.1 Inzet team palliatieve zorg tijdens klinische opname	11
1.2.2 Inzet team palliatieve zorg op de polikliniek	13
1.3 Algemene regelgeving	13
1.4 Financiering binnen het ziekenhuis	14
1.5 Overzicht knelpunten en oplossingen	15
1.6 Potentieel knelpunt voor 2018	18
2 Thuis	19
2.1 Generalistische palliatieve zorg	19
2.1.1 Huisarts	19
2.1.2 Verpleging en verzorging	20
2.1.3 Mantelzorg	23
2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	24
2.2.1 Huisarts	24
2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager palliatieve zorg	27
2.2.3 Geestelijke verzorging	27
2.2.4 Vrijwilligers	28
2.3 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp	28
2.4 Nazorg	29
2.5 Overzicht knelpunten en oplossingen	29
3 Hospice	35
3.1 Vrijwilligers	35
3.2 Verpleging en verzorging	36
3.3 Arts	36
3.4 Geestelijke verzorging	37
3.5 Verblijfskosten	37
3.6 Afleggen en opbaren	37
3.7 Overzicht knelpunten en oplossingen	37

4	Verpleeghuis & Palliatieve terminale unit	40
4.1	Verpleeghuis	40
4.1.1	Arts	41
4.1.2	Verpleging, verzorging en begeleiding	41
4.1.3	Geestelijke verzorging	41
4.2	Palliatieve terminale unit (PTU)	42
4.2.1	Arts	43
4.2.2	Verpleging, verzorging en begeleiding	43
4.2.3	Geestelijke verzorging	44
4.3	Vrijwilligers	44
4.4	Nazorg	45
4.5	Afleggen en opbaren	45
4.6	Overzicht knelpunten en oplossingen	45
5	Conclusies en aanbevelingen	47
	Bijlage	49
	Overzicht betrokken organisaties	49

Mensen die vragen hebben over de organisatie en de financiering van palliatieve zorg kunnen terecht bij het Juiste Locket.

Telefoonnummer: (030) 7897878

e-mailadres: meldpunt@juisteloket.nl

U krijgt binnen drie werkdagen antwoord op uw e-mail. Spoedeisende vragen rondom palliatieve zorg worden dezelfde werkdag of uiterlijk de volgende werkdag behandeld.

Voor specifieke vragen over deze handreiking en het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland kunt u terecht bij Chantal Pereira, projectmedewerker financiering palliatieve zorg IKNL.

Telefoonnummer: (088) 23406000

e-mailadres: c.pereira@iknl.nl

Inleiding

Het ministerie van VWS stelt dat in 2020 iedere burger, als het aan de orde is, verzekerd is van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverleners. Kwaliteit van leven en waardig sterven staan daarbij centraal en er is plaats voor rouwzorg. Palliatieve zorg is onderdeel van de reguliere zorgverlening en waar nodig is specialistische kennis snel beschikbaar.⁴

Om dit te bereiken is in 2014 het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) gestart. De overheid investeert daarin tot 2020 ruim 50 miljoen euro om palliatieve zorg op een hoger niveau te brengen. Bij aanvang van het NPPZ is door de overheid gesteld dat de palliatieve zorg in Nederland onder meer kan verbeteren door uniforme kwaliteitseisen te stellen aan palliatieve zorg en door drempels in organisatie en financiering van de palliatieve zorg weg te nemen.⁵

In 2015 hebben Palliactief en IKNL de krachten gebundeld om zich hiervoor in te zetten en zijn zij het project 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland met passende financiering' gestart. Het project heeft tot doel de landelijke organisaties die zich bezighouden met palliatieve zorg te verbinden met wetenschappelijke verenigingen en koepelorganisaties, zorgverzekeraars en overheid om in overeenstemming te komen tot een gedragen, eenduidig kwaliteitskader voor palliatieve zorg met passende financiering. Ter voorbereiding op het project zijn knelpuntenanalyses verricht van de palliatieve zorg in de eerstelijns en in de tweede lijn.^{6,7} Vervolgens heeft een werkgroep van gemandateerde vertegenwoordigers van patiënten en naasten, zorgverleners en zorgverzekeraars aan de hand van de landelijke richtlijnprocedure, in de periode 2015-2017, uitvoering gegeven aan het opstellen van het kwaliteitskader. In mei 2017 is het concept 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland' ter autorisatie voorgelegd aan de betrokken wetenschappelijke verenigingen en koepelorganisaties. Kernpunten van het kwaliteitskader zijn gericht op vroege inzet van palliatieve zorg, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning, continuïteit en coördinatie van zorg, sterven op de plek van voorkeur en palliatieve zorg als generalistische zorg met, waar nodig, specialistische ondersteuning.

Het NPPZ streeft ernaar financiering van palliatieve zorg geen belemmering te laten zijn voor continue kwaliteit van palliatieve zorg. De financiering moet volstaan en duidelijk en niet bureaucratisch georganiseerd zijn.⁵ De knelpuntenanalyses^{6,7} maken duidelijk dat zowel in de eerstelijns als in de tweede lijn drempels in de financiering van palliatieve zorg ervaren worden. Voor het project 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland met passende financiering' is daarom het deelproject financiering gestart. In twee separate bijeenkomsten voor eerstelijns en tweede lijn is met een werkgroep van gemandateerde vertegenwoordigers afkomstig uit de wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en de overheid (zie bijlage) geïnventariseerd of en hoe de financiering van palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk aansluit bij de gewenste kwaliteit van palliatieve zorg. De knelpunten en oplossingen, die uit deze bijeenkomsten naar voren kwamen, zijn in deze handreiking beschreven in samenhang met het NZa-rapport 'Palliatieve zorg: zorg op maat'.⁸ De eindversie is tot stand gekomen na consultatierondes met de werkgroep leden en een klankbordgroep (zie bijlage) en in goede afstemming met het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Het doel van deze handreiking is de professional zo goed mogelijk te ondersteunen door de structuur en regelgeving rondom financiering van de palliatieve zorg voor 2018 op een rij te zetten en te koppelen aan mogelijkheden voor declaratie of persistente knelpunten te signaleren. Deze handreiking is in samenwerking met alle genoemde partijen tot stand gekomen. Onze dank gaat uit naar een ieder die betrokken is geweest. Vooral dankzij uw kennis en kunde is deze handreiking tot stand gekomen.

⁴ [VWS \(2013\), investeren in palliatieve zorg \[Kamerbrief\]](#)

⁵ [Nationaalprogramma palliatieve zorg.nl, geraadpleegd op 8 juli 2017](#)

⁶ [IKNL / Palliactief \(2017\), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerstelijns](#)

⁷ [IKNL / Palliactief \(2015\), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen](#)

⁸ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat](#)

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Iedereen in Nederland moet een basisverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar en kan daar desgewenst een aanvullende verzekering bij afsluiten. De overheid bepaalt wat in het basispakket zit. De zorgverzekeraar heeft de zorgplicht om dat aan al zijn verzekerden te leveren. De zorgverzekeraar en zorgaanbieders sluiten daarvoor contracten af met elkaar.⁹

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz is bedoeld voor mensen die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving. Een patiënt krijgt in principe zorg vanuit de Zvw, tenzij hij een indicatie voor de Wlz aanvraagt. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) indiceert welke zorg iemand nodig heeft. De patiënt krijgt een zorgprofiel op basis waarvan hij zorg ontvangt. In het zorgprofiel is de omvang van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling vastgelegd. Het zorgkantoor (veelal de grootste zorgverzekeraar in een regio) ziet erop toe dat de zorg geleverd wordt en sluit daarvoor contracten af met zorgaanbieders.¹⁰

Besluit langdurige zorg artikel 1.1.1 palliatieve terminale zorg

Zorg die betrekking heeft op de levensfase waarin de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden.¹¹

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)

Vanuit de Wmo krijgen personen met een beperking ondersteuning om te kunnen blijven meedoen in de maatschappij en thuis te kunnen blijven wonen. De gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk. Elke gemeente kan dit op eigen wijze vormgeven.¹²

Regeling palliatieve terminale zorg (Regeling PTZ)

De Regeling PTZ is een jaarlijkse instellingssubsidie voor de inzet van getrainde vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg (PTZ). De regeling bevat eventueel ook een tegemoetkoming in de exploitatie- en huisvestingskosten.¹³ De hoogte van de subsidie wordt berekend op basis van het gemiddeld aantal patiënten per kalenderjaar in de afgelopen drie jaar. Er geldt dan een tarief per palliatieve terminale patiënt en per zorgsetting.¹⁴

Wet toelating zorginstellingen (Wtzi)

Alleen Wtzi-toegelaten instellingen kunnen een contract afsluiten voor Eerstelijnsverblijf (Zvw) en Wlz zorg in een instelling. Een instelling is Wtzi-toegelaten als hij aan bepaalde eisen voldoet. Deze eisen gaan met name over "bereikbaarheid van acute zorg, de transparantie van bestuursstructuur en de bedrijfsvoering".¹⁵

In de palliatieve terminale fase kan een patiënt niet van de Zvw naar de Wlz gaan of andersom. Als een patiënt zorg krijgt vanuit de Zvw, dan ontvangt hij de palliatieve terminale zorg (PTZ) ook vanuit de Zvw. Als een patiënt zorg krijgt vanuit de Wlz, dan ontvangt hij de PTZ ook vanuit de Wlz. Het maakt daarbij niet uit waar de patiënt verblijft of wil verblijven (met uitzondering van ziekenhuiszorg).¹⁶

⁹ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 7-11](#)

¹⁰ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 13-15](#)

¹¹ [Artikel 1.1.1 Besluit langdurige zorg](#)

¹² [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 17-19](#)

¹³ [VWS \(2016\), Kamerbrief wijziging regeling PTZ](#)

¹⁴ [Artikel 6 en 7 Regeling palliatieve terminale zorg](#)

¹⁵ [Wtzi.nl, Over Toelating Zorginstellingen, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁶ [CIZ \(2017\), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15](#)

1 Ziekenhuis



Wanneer de behandeling start, moet Olivia al snel opgenomen worden in het ziekenhuis wegens belastende toxiciteit. Te ziek van de behandeling om ook maar iets te doen, twijfelt ze aan de zin van de ingeslagen weg. Misschien zou het leven met enkele maanden verlengd kunnen worden. Het alternatief is 'niets meer doen'. Juist dat laatste houdt haar erg bezig. Ze heeft uitdrukkelijk de wens om thuis te sterven en haar resterende tijd door te brengen met haar geliefde gezin.

In dit hoofdstuk worden de mogelijkheden beschreven voor declaratie van generalistische palliatieve zorg in het ziekenhuis en van de inzet van een gespecialiseerd team palliatieve zorg.

1.1 Generalistische palliatieve zorg door de hoofdbehandelaar

1.1.1 Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties

Voor de hoofdbehandelaar, in dit geval de medisch oncoloog, bestaat in deze situatie de mogelijkheid tot een *“Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met de patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger”* (190066).^{17,18} Dit uitgebreide consult is bedoeld om in een gezamenlijk proces beslissingen te nemen over gezondheids- en behandeldoelen en is te gebruiken voor alle relevante voorkomende situaties (niet alleen voor intensieve gesprekken in de laatste levensfase).

Voor dit consult gelden specifieke voorwaarden:

- het consult wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert;
- het gesprek is gevoerd op basis van een samen-beslismodel¹⁹;
- er is sprake van een consult dat minimaal tweemaal de standaardconsulttijd in beslag neemt die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is (voor een herhaalconsult of voor een consult op de verpleegafdeling).^{20,21}

Het betreft hier een gewijzigde zorgactiviteit. De wijziging houdt in dat er aan minder voorwaarden voldaan hoeft te worden ten opzichte van de oude zorgactiviteit *“Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties”* (190063). De zorgactiviteit heeft een puur registratieve functie en kan naast een herhaalpolibezoek, screen-to-screen consult of verpleegdag worden vastgelegd. Financiële afspraken over dit consult kunnen gemaakt worden in het lokaal overleg tussen aanbieder en verzekeraar. De extra lange consulttijd wordt zichtbaar in de zorgproductprofielen en op basis hiervan kan een andere waardering worden afgesproken voor de betreffende DBC-zorgproducten bij de toekomstige zorginkoop.²²

1.1.2 Supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie

Wanneer de medisch oncoloog en patiënt samen zouden besluiten om de ziektegerichte behandeling te staken, bestaat de mogelijkheid om de patiënt ook zonder behandeling te blijven begeleiden. De behandelend specialist, in dit geval de medisch oncoloog, kan de extra tijd die hij/zij besteedt aan de patiënt vergoed krijgen door de zorgactiviteit *“Begeleiding bij oncologie patiënten tijdens supportive care/palliatieve zorg”* (039928) te registreren.²³ Face-to-face contact met de patiënt is hierbij wel een voorwaarde voor registratie.

¹⁷ [NZa \(2017\). Wijzigingendocument dbc release RZ18a v20170425, p 12](#)

¹⁸ [Artikel 24.9 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

¹⁹ Bijvoorbeeld [G. Elwyn et al. \(J Gen Intern Med 2012\). Shared decision making: a model for clinical practice.](#)

²⁰ [NZa \(2017\). Wijzigingendocument dbc release RZ18a v20170425](#)

²¹ [Artikel 24.9 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

²² [NZa \(2017\). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen dbc-pakket RZ18a, p 8](#)

²³ [NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg, bijlage 3 zorgactiviteiten tabel](#)

Bij niet-oncologische palliatieve diagnoses (COPD, hartfalen, nierfalen) bestaat niet de mogelijkheid om een zorgactiviteit “supportive care/palliatieve zorg” te registreren, aangezien behandeling van de ziekte (en registratie en declaratie van bijbehorende zorgactiviteit) bij die patiënten veelal doorloopt tot aan overlijden.

Wanneer er op enig moment behoefte ontstaat aan supportive-care producten bij andere specialismen en/of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.²⁴

1.1.3 Nazorg

Nazorg is onderdeel van palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om het declareren van één of twee gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overleden patiënt en over hoe de begeleiding daarbij door de nabestaande ervaren is. Deze nazorg wordt bekostigd uit de huidige tarieven. Dit betekent dat nazorggesprekken tussen de nabestaanden en de behandelend arts van een overleden patiënt onderdeel zijn van de DBC. Deze nazorggesprekken kunnen dan ook niet separaat geregistreerd worden.^{25,26}

De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in de kostprijsaanleveringen, zodat de kwaliteit van zorg rondom nazorg na overlijden te borgen is met een adequaat tarief.

Wanneer een nabestaande een eigen zorgvraag heeft, kan hij/zij verwezen worden en start een nieuw zorgtraject gericht op deze hulpvraag.

1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg



De behandelend oncoloog van Olivia besluit het team palliatieve zorg in consult te vragen om de klachten van misselijkheid en pijn te bestrijden en de twijfels, wensen en behoeften van haarzelf en haar gezin nader te bespreken om zo samen tot passende besluitvorming over het vervolg te kunnen komen. De op de afdeling Oncologie. Olivia en Guus bespreken met hen de twijfels en de wens om thuis te sterven. Na het gesprek besluit Olivia te stoppen met de chemotherapie zodat ze naar huis kan en zich in de laatste periode met haar gezin misschien minder ziek zal voelen.

De gespecialiseerd verpleegkundige en de internist bespreken de situatie van Olivia en haar gezin in het multidisciplinair overleg (MDO) palliatieve zorg. Zij adviseren het eventueel plaatsen van een plexus coeliacus blokkade tegen de pijn en het inzetten van een gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg voor begeleiding thuis.

1.2.1 Inzet team palliatieve zorg tijdens klinische opname

Het normeringsrapport van de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) stelt dat alle ziekenhuizen in Nederland die oncologische patiënten behandelen, dienen te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg. Dit multidisciplinaire team moet bestaan uit ten minste twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg. De verpleegkundige is bij voorkeur een oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijn-

²⁴ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 15](#)

²⁵ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 16](#)

²⁶ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

geneeskunde. Ten minste één van de medisch specialisten dient specifiek opgeleid te zijn in palliatieve zorg.²⁷

Deze in palliatieve zorg gespecialiseerde teams zijn onder meer inzetbaar bij vragen over pijn en andere symptoombestrijding, psychosociale of spirituele problematiek en complexe medische besluitvorming bij zowel niet-oncologische als oncologische patiënten.

Het team palliatieve zorg biedt aanvullende en specialistische ondersteuning in de palliatieve zorg. De wijze waarop dit vorm krijgt kan per ziekenhuis verschillend zijn. Voor de inzet van het team palliatieve zorg wordt een apart zorgtraject geopend met de diagnose 'palliatieve zorg'. Dit zorgtraject loopt vrijwel altijd naast het zorgtraject van de behandelend specialist. Multidisciplinair overleg ten behoeve van de patiënt is een relevant kwaliteitsaspect van specialistische palliatieve zorg. Voor het in rekening brengen van zorgproducten palliatieve zorg dient per subtraject ten minste één multidisciplinair overleg plaatsgevonden te hebben.²⁸

Minimale eisen

Voor de declaratie van de inzet van het team is registratie van de volgende gegevens vereist:

1) DBC Diagnose Palliatieve zorg, deze is beschikbaar bij de volgende specialismen:

0313.050	Palliatieve zorg – Inwendige geneeskunde
0316.9950	Palliatieve zorg – Kindergeneeskunde
0322.9950	Palliatieve zorg – Longgeneeskunde
0330.9950	Palliatieve zorg – Neurologie
0335.352	Palliatieve zorg – Klinische geriatrie
0389.990	Palliatieve zorg – Anesthesiologie

2) Zorgactiviteit Overleg palliatieve zorg (190006):

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg. Het team palliatieve zorg bestaat uit:

- ten minste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of
- één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.²⁹

Zorgactiviteit 'Overleg palliatieve zorg' (190006) dient altijd geregistreerd te zijn om tot rechtmatige declaratie te kunnen komen van een zorgproduct palliatieve zorg. Het overleg palliatieve zorg kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd en het maakt onderdeel uit van het DBC-zorgproduct van de hoofdbehandelaar, behorende bij de zorgvraag die wordt besproken in de multidisciplinaire bespreking. Per overleg palliatieve zorg mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

3) Zorgactiviteit uit zorgprofielklasse:

- Consult door een lid van het team palliatieve zorg
- Dagverpleging/langdurige observatie
- Verpleegdag

²⁷ [Stichting Oncologische Samenwerking \(2017\). Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. SONCOS normeringsrapport 5](#)

²⁸ [NZa \(2017\). Rapport palliatieve zorg op maat, p. 12](#)

²⁹ [Artikel 24.42 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

De zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' (190067) is onderdeel van zorgproductgroep 990040 en is bedoeld voor zowel klinische als poliklinische consulten. De zorgactiviteit vervangt voor het team palliatieve zorg de gebruikelijke zorgactiviteiten zoals polikliniekbezoek en intercollegiaal consult of medebehandeling. Het consult mag alleen worden vastgelegd door leden van het team palliatieve zorg die de poortfunctie uitoefenen (dus niet alleen de medisch specialist, maar ook een verpleegkundig specialist of specialist ouderengeneeskunde).³⁰

Overigens blijven, in het geval van een parallel zorgtraject, de reguliere regels voor paralleliteit bij eenzelfde specialisme uiteraard van toepassing. Zo moet er aantoonbaar sprake zijn van een andere zorgvraag, waarvoor een separaat zorgtraject (diagnosestelling en behandeling) noodzakelijk is.³¹

Registratie en declaratie van een klinisch traject vanuit het team palliatieve zorg is niet mogelijk naast een lopend klinisch traject van hetzelfde specialisme. Binnen een specialisme mag maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend worden tijdens het klinische traject van de patiënt. Dit is een algemene regel en geldt voor alle klinische zorgproducten.³²

Indien er vanuit het medisch dossier aantoonbaar sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme, kunnen de opvolgende verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de 'nieuwe' hoofdbehandelaar. De verpleegdagen dienen toegekend te worden op het moment dat het hoofdbehandelaarschap is overgenomen.³³

1.2.2 Inzet team palliatieve zorg op de polikliniek



Na het staken van de chemotherapie zijn de klachten van misselijkheid bij Olivia verdwenen. Maar met de pijnmedicatie die in het ziekenhuis is gestart, is haar pijn nog niet goed onder controle. Bovendien krijgt ze meer en meer last van somberheid en angst en heeft ze twijfels over of ze wel de juiste beslissing genomen heeft. In samenspraak met de huisarts en de gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg maakt Guus voor Olivia, Sara en hemzelf een poli-afpraak met het team palliatieve zorg. Samen maken ze een zorgplan met afspraken voor de nabije toekomst en besluiten ze de zorg in het ziekenhuis af te sluiten. In de periode die volgt is er nog een paar keer telefonisch overleg tussen de huisarts en het team palliatieve zorg. Dit maakt het in alle rust thuis sterven mede mogelijk. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

De per 2018 nieuw beoogde zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' vervangt voor het team palliatieve zorg de gebruikelijke zorgactiviteiten uit zorgprofielklasse: polikliniekbezoek, intercollegiaal consult en medebehandeling. Dus ook voor het polibezoek van Olivia en haar gezin wordt deze nieuwe zorgactiviteit vastgelegd. De zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' vervangt alleen face-to-face of screen-to-screen contacten met de patiënt en is niet bruikbaar voor het registreren van telefonische consulten.

1.3 Algemene regelgeving

Alle hiervoor omschreven zorgactiviteiten mogen alleen worden vastgelegd indien voldaan is aan de registratievoorwaarden zoals omschreven in de NZa-regelgeving, waarbij de meest recent uitgekomen regel altijd leidend is. Hierop zijn geen uitzonderingen van toepassing in de palliatieve zorg.

³⁰ [Artikel 24.43 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

³¹ [Artikel 5a.1 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

³² [Artikel 5a.3 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

³³ [Artikel 5a.1 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

Voor algemene informatie over registratie van DBC/DOT in de ziekenhuizen verwijzen wij naar de Registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten. Hierin staan de meest gestelde vragen over registratie in het algemeen en specifiek over recente wijzigingen in de NZa-regelgeving.³⁴

1.4 Financiering binnen het ziekenhuis

Met ingang van de nieuwe regelgeving in 2018 is een aantal knelpunten op het niveau van registratie en declaratie opgelost. Op het niveau van financiering binnen het ziekenhuis bestaan echter ook onduidelijkheden en misverstanden. Veel ziekenhuizen hebben nog geen afspraken over de geboden palliatieve zorg met de zorgverzekeraar of over de interne verdeelsleutel voor het team palliatieve zorg in het ziekenhuis. Het is belangrijk om de zorgproducten palliatieve zorg mee te nemen in de gesprekken met de bij het ziekenhuis betrokken zorgverzekeraar(s). Ook over gereguleerde zorgproducten worden prijsafspraken gemaakt. De zorg valt dan wel onder het gereguleerd segment, maar de zorgverzekeraars kunnen proberen in de onderhandelingen lagere prijzen af te spreken. Daarnaast is het in de praktijk zo dat er meestal totaalprijzen worden afgesproken (plafondafpraak of aanneemsom).

Vanuit het oogpunt van kwaliteit of toename van zorg kunnen tijdens de jaarlijkse contract- en prijsonderhandelingen, onderhandelingen plaatsvinden over een verhoging van de totaalprijs. Als dit lukt, kan dit extra omzet betekenen voor het team palliatieve zorg. Lukt dit niet, dan levert het team palliatieve zorg geen extra omzet op en gaat het om een interne verschuiving van gelden. Het is belangrijk dat men intern afspraken maakt over de verdeelsleutel van de financiën. Ten eerste om een x-bedrag inkomsten te oormerken voor het team palliatieve zorg en ten tweede om de inkomsten te verdelen binnen het team palliatieve zorg.

Een registratie conform de werkelijkheid is van wezenlijk belang voor een juist inzicht in:

- de activiteiten van het team palliatieve zorg;
- voor de gesprekken met het management en de zorgverzekeraar;
- de verdere ontwikkeling van de financiering palliatieve zorg in de ziekenhuizen.

Goede registratie van geleverde palliatieve zorg krijgt het beste vorm door nauwe samenwerking tussen zorgadministrateurs en medisch inhoudelijke professionals. Juist in afstemming met elkaar worden structuur en regelgeving rondom financiering op de juiste wijze geborgd in zowel de systemen als processen binnen het ziekenhuis.

³⁴ [Registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten](#)

1.5 Overzicht knelpunten en oplossingen

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017	Declaratie zorgproducten 2018
<p><i>Parallelliteit (in geval van een andere zorgvraag bij eenzelfde specialisme).</i></p> <p>Wanneer een medisch specialist van het team palliatieve zorg voor een nieuwe zorgvraag een voor hetzelfde specialisme opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc/medebehandeling), kunnen er geen zorgproducten palliatieve zorg gedeclareerd worden.³⁵</p>	<p><i>Nieuwe zorgactiviteit: consult door een lid van het team palliatieve zorg.</i>³⁶</p> <p>Wanneer er bij een opgenomen patiënt op verzoek van de hoofdbehandelaar voor een nieuwe zorgvraag palliatieve zorg advies of begeleiding wordt gegeven door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg, kan de zorgactiviteit 'consult door een lid van het team palliatieve zorg' geregistreerd worden. Dit consult kan ongeacht het specialisme van de beroepsbeoefenaar geregistreerd worden.</p>
<p><i>Declaratie consult door een verpleegkundig specialist van het team pz bij een klinische patiënt.</i></p> <p>Wanneer een verpleegkundig specialist van het team palliatieve zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc / medebehandeling), kan deze niet zelfstandig een zorgactiviteit palliatieve zorg registreren en declareren.³⁷</p>	<p><i>Nieuwe zorgactiviteit: consult door een lid van het team palliatieve zorg.</i>³⁸</p> <p>Wanneer er bij een opgenomen patiënt advies of begeleiding wordt gegeven door één van de leden van het team palliatieve zorg, kan de zorgactiviteit 'consult door een lid van het team palliatieve zorg' geregistreerd worden door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg.</p>
<p><i>Declaratie consult en openen DBC palliatieve zorg door specialist ouderengeneeskunde.</i></p> <p>Het registreren en declareren van klinische en poliklinische consulten en het openen van de DBC palliatieve zorg is niet mogelijk voor specialisten ouderengeneeskunde.³⁹</p>	<p><i>Nieuwe zorgactiviteit: consult door een lid van het team palliatieve zorg.</i>⁴⁰</p> <p>Wanneer er bij een patiënt advies of begeleiding wordt gegeven door één van de leden van het team palliatieve zorg, kan de zorgactiviteit 'consult ten behoeve van palliatieve zorg' worden geregistreerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg. Dit geldt zowel voor klinische als</p>

³⁵ [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

³⁶ [Artikel 24.43 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

³⁷ [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

³⁸ [Artikel 24.43 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

Declaratie zorgproducten 2018

poliklinische consulten.

Technisch gezien is de specialist ouderengeneeskunde geen medisch specialist, maar een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (voor een ander specialisme), wat betekent dat openen van een DBC Diagnose Palliatieve Zorg mogelijk is in naam van het medisch specialisme waarvoor de poortfunctie wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld interne geneeskunde of klinische geriatrie).⁴¹

Overleg palliatieve zorg.

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg, bestaande uit minimaal twee poortspecialisten.⁴²

Aanpassing regelgeving Overleg palliatieve zorg

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg. Het team palliatieve zorg bestaat uit ten minste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.⁴³

Telefonisch consult door team palliatieve zorg kan niet worden gedeclareerd.

Voor palliatieve patiënten duurt een telefonisch consult vaak langer dan 15 minuten. Met het oog op de conditie van de patiënten vervangt een telefonisch consult voor palliatieve zorg regelmatig een regulier face-to-face contact.

Nieuwe zorgactiviteiten belconsult, schriftelijk consult en screen-to-screen consult⁴⁴

Binnen NZa heeft besluitvorming plaatsgevonden over de voorgenomen wijziging voor separate registratie en tariefstelling van een screen to screen consult ter vervanging van een polikliniekbezoek, een belconsult ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaalpolikliniekbezoek wanneer dit een face-to-face contact vervangt.⁴⁵

³⁹ [Artikel 24.1, 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

⁴⁰ [Artikel 24.43 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

⁴¹ [Artikel 1.bb NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

⁴² [Artikel 24.40 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

⁴³ [Artikel 24.42 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

⁴⁴ [Artikel 24.4 tot 24.6 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

⁴⁵ [NZa \(2017\), Wijzigingen dbc release RZ18b v201700921, p. 16-22](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

Patiënt overleden vóór Overleg palliatieve zorg.

Het probleem wordt herkend, maar het in rekening brengen van een overleg palliatieve zorg zonder dat dit regulier heeft plaatsgevonden, acht de NZa vanuit kwaliteitsargumenten niet wenselijk.

Patiënt overleden/ontslagen vóór face-to-face contact met medisch specialist.

Wanneer een gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist van het team palliatieve zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc/medebehandeling), dient een medisch specialist van het team palliatieve zorg face-to-face contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren.⁴⁶ Wanneer de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

Declaratie zorgproducten palliatieve zorg mag alleen wanneer andere DBC-producten afgesloten zijn.⁴⁸

Declaratie zorgproducten 2018

Geen aanpassing.

De beschreven situatie kan inderdaad voorkomen, maar zal niet de hoofdmoot zijn. De kosten die deze situatie met zich meebrengt, zijn mee te nemen in de kostprijsberekening van de zorgproducten palliatieve zorg.

Nieuwe zorgactiviteit: consult door een lid van het team palliatieve zorg.⁴⁷

Wanneer een gespecialiseerd verpleegkundige van het team palliatieve zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt, dient een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg face-to-face contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren. Wanneer de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd. Definitieve regelgeving omtrent deze zorgactiviteit wordt vastgelegd in de DBC-release RZ 18b.

Handboek registratie zorgactiviteiten v20141222 niet meer van kracht.

⁴⁶ [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

⁴⁷ [Artikel 24.43 NZa NR/REG-1816 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

⁴⁸ [NZa \(2015\), Handboek registratie zorgactiviteiten v20141222](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

Internsief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties

De huidige definitie van deze zorgactiviteit wordt als te beperkt ervaren en de gestelde criteria als te stringent. Met als gevolg dat deze zorgactiviteit niet of nauwelijks wordt geregistreerd.⁴⁹

Declaratie zorgproducten 2018

Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties.

Als resultaat van het project 'Samen beslissen' wordt de zorgactiviteit 190063 beëindigd en de nieuwe zorgactiviteit 'Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties' 190066 geïntroduceerd. De zorgactiviteit heeft een puur registratieve functie en kan naast een herhaalpolibezoek, screen-to-screen consult of verpleegdag worden vastgelegd.⁵⁰

1.6 Potentieel knelpunt voor 2018

ICT in ziekenhuis⁵¹

De palliatieve begeleidingsproducten kunnen met voornoemde aanpassingen per 2018 parallel geregistreerd worden, naast bestaande zorgtrajecten van hetzelfde specialisme. Dit is een uitdaging voor het koppelen (ICT) in de ziekenhuizen. Wanneer dit niet goed gaat, ontstaat er uitval.

Doorontwikkeling.

De NZa herkent dit signaal als knelpunt en neemt dit mee in de (middel)lange termijn doorontwikkeling van de bekostiging in de medisch specialistische zorg (msz).

⁴⁹ [NZa \(2017\). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a](#)

⁵⁰ [NZa \(2017\). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a](#)

⁵¹ [NZa \(2017\). Rapport palliatieve zorg op maat, p. 15](#)

2 Thuis



Guus zoekt zijn vrouw op in het ziekenhuis. Hij kijkt naar haar. "Dit is niks, hè meisje?" Ze zucht. "Het hoeft niet", zegt hij zachtjes. Olivia kijkt hem aan. Ze is te moe, nadenken lukt niet. De internist uit het team palliatieve zorg bespreekt de twijfels met Olivia en Guus. Olivia besluit te stoppen met de chemotherapie. Ze is opgelucht dat ze naar huis kan. Niet nog een keer die zware behandeling. En ze is teleurgesteld in zichzelf. Welke moeder laat nu de kans op meer tijd met haar kind schieten?

Na overleg met de transferverpleegkundige van het ziekenhuis start de wijkverpleging de thuiszorg op. De huisarts neemt met Olivia en Guus het zorgplan door zoals dat vanuit het ziekenhuis is overgedragen. Samen passen ze het aan op de thuissituatie en besluiten ze om voor de coördinatie en continuïteit van zorg de gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager palliatieve zorg het aanspreekpunt te laten zijn. Met de specifieke expertise in palliatieve zorg kan deze verpleegkundige begeleiding bieden in complexe situaties en anticiperen op het verloop van de ziekte en de problemen die dit mogelijk gaat veroorzaken. Ze kan tijdig regelen dat de zorg continu goed is afgestemd op de situatie van Olivia.

Olivia praat graag wat met de verpleegkundigen en verzorgenden terwijl zij hun werk doen. Zo leren ze haar in korte tijd goed kennen. Doordat zowel de wijkverpleegkundige en de huisarts deelnemen aan PaTz-overleg hebben zij een korte lijn met elkaar.⁵²

Dit hoofdstuk beschrijft de mogelijkheden voor financiering van generalistische palliatieve zorg en de inzet van gespecialiseerde palliatieve zorg van de verschillende betrokken disciplines in de thuissituatie.

2.1 Generalistische palliatieve zorg

2.1.1 Huisarts

Huisartsenzorg wordt in de thuissituatie altijd gefinancierd via de Zvw. Het maakt niet uit of een patiënt reeds een Wlz-indicatie heeft of niet.⁵³ De zorg is ingedeeld in drie segmenten:

- Segment 1: Basiszorg
- Segment 2: Programmatische multidisciplinaire zorg
- Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Palliatieve zorg valt onder de basiszorg in segment 1. Declaratie van de geboden palliatieve terminale zorg vindt plaats onder de prestatie Intensieve zorg⁵⁴:

Voor de palliatieve terminale zorg gedurende de laatste drie maanden van het leven kan de huisarts de prestatie '*Intensieve zorg, dag*' of '*Intensieve zorg, anw (avond, nacht, weekend)*' declareren. Hiervoor geldt een maximumtarief. Het aantal consulten *intensieve zorg* is in de huidige regelgeving niet meer aan een maximum gebonden. Telefonische consulten ter vervanging van een spreekuurconsult mogen volgens regulier tarief gedeclareerd worden.⁵⁵

Deelname PaTz-overleg

De huisarts van Olivia neemt deel aan het PaTz-overleg in zijn regio. PaTz staat voor Palliatieve Thuiszorg. Minimaal zes keer per jaar komen huisartsen en wijkverpleegkundigen uit een regio bij elkaar

⁵² [PaTz, uitgangspunten en doelen. Geraadpleegd op 15 juli 2017.](#)

⁵³ [NZa BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018, p. 37](#)

⁵⁴ [Artikel 5.2.6 NZa BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018](#)

⁵⁵ [Artikel 5.2.2 NZa BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018](#)

om hun palliatieve patiënten te bespreken. Ze houden een register van hun palliatieve patiënten bij en voor elke patiënt maakt één zorgverlener een zorgplan. Een in palliatieve zorg gespecialiseerde consulent ondersteunt hen. Door deelname aan een PaTz-groep weten huisarts en wijkverpleegkundige elkaar goed te vinden, neemt hun deskundigheid in palliatieve zorg toe, kan tijdig worden ingespeeld op de wensen en behoeften van de patiënt en sterven meer patiënten op de plek van hun voorkeur. De expertise van de consulent is laagdrempelig te bereiken.⁵⁶

Deelname van de huisarts aan PaTz kent nog geen structurele bekostiging. Wel zijn er regionale initiatieven en projecten met zorgverzekeraars om deelname te financieren uit bijvoorbeeld segment 3^{57,58} of als de prestatie *Palliatieve consultatie, telefonisch*⁵⁹ uit de M&I (Modernisatie en Innovatie) - verrichtingen.⁶⁰ Hiervoor geldt wel dat de huisarts daadwerkelijk een patiënt in moet brengen om voor vergoeding in aanmerking te komen.

2.1.2 Verpleging en verzorging

Financiering van de verpleging en verzorging in de thuissituatie verloopt in principe vanuit de [Zvw](#), tenzij de patiënt al een indicatie voor de [Wlz](#) heeft. Dat betekent dus dat financiering van verpleging en verzorging voor patiënten in de Zvw en Wlz op verschillende manieren verloopt:

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet	Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg
<p><i>Algemeen</i></p> <p>De patiënt kan de zorg thuis op twee manieren (leveringsvormen) ontvangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zorg in natura (zin); patiënt ontvangt de zorg die de zorgverzekeraar bij zorgaanbieders inkoop; – persoonsgebonden budget (pgb): de patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.⁶¹ <p>Verpleging en verzorging is onderverdeeld in de volgende prestaties:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persoonlijke verzorging 2. Oproepbare verzorging 3. Verpleging 4. Oproepbare verpleging 5. Advies, Instructie en voorlichting (AIV) 6. Gespecialiseerde verpleging 	<p><i>Algemeen</i></p> <p>De patiënt kan de zorg thuis op drie manieren (leveringsvormen) ontvangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – volledig pakket thuis (vpt): alle zorg door één aanbieder; – modulair pakket thuis (mpt): zorg geleverd door één of verschillende aanbieders; – persoonsgebonden budget (pgb): patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.⁶⁸ <p>De zorgaanbieder en het zorgkantoor spreken hiervoor tarieven af. Daarvoor gelden voornamelijk maximumtarieven zoals vastgelegd in de tariefbeschikkingen van de NZa.⁶⁹</p>

⁵⁶ [Schweitzer et al. \(2015\). Handleiding ten behoeve van de implementatie van PaTz.](#)

⁵⁷ [LHV West-Brabant.nl, S3 gelden - aanvullende regioprestaties, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁵⁸ [LHV Amsterdam/Almere. Zilveren Kruis financiert deelname huisartsen aan PaTz-groepen, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁵⁹ [PaTz. Vraag en antwoord. Vergoeding, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁶⁰ [NZa BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018. Bijlage 2a: Prestatielijst M&I-verrichtingen](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

7. Beloning op maat
8. Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg
9. Ketenzorg dementie
10. Onderlinge dienstverlening⁶²

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken hier tariefafspraken over. Voor de eerste zes prestaties geldt een maximum per uur. Voor de overige prestaties zijn de tarieven vrij.⁶³

Voor de eerste zes prestaties kan ook een integraal tarief worden afgesproken: de prestatie *experiment bekostiging verpleging en verzorging*. Hier geldt een vrij tarief.⁶⁴

In 2017 is 93 procent van de gecontracteerde zorgaanbieders gecontracteerd op basis van het integrale tarief.⁶⁵ Daarbij wordt vaak gevraagd om op doelgroep te registreren en declareren.⁶⁶ In de meeste gevallen maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken over tarieven per uur. Op grond van het experiment, kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ook andere tariefafspraken maken. Er zijn bijvoorbeeld zorgaanbieders die specifiek voor PTZ dagtarieven hebben afgesproken.⁶⁷

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Palliatieve zorg

Palliatieve terminale zorg (PTZ) wordt door de meeste verzekeraars niet apart, maar als onderdeel van het reguliere contract voor de wijkverpleging, ingekocht. Aan het leveren van PTZ worden wel specifieke eisen gesteld.⁷⁰ Dat gaat dan bijvoorbeeld om een terminaalverklaring

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt al heeft. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld Zorgpakket VV 6 heeft, dan wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.⁷⁵ Wanneer de patiënt nog niet terminaal is en de zorgbehoefte is minimaal 25 procent hoger dan

⁶¹ [Regelhulp.nl Rijksoverheid, Pgb voor wijkverpleging, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁶⁶ [Zorginstituut Nederland, Wlz-kompas, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁶⁹ [NZa \(2017\), Brief Aangepaste beleidsregels en regelingen Wlz 2017 en 2018, p. 2](#)

⁶² [Artikel 4 NZa BR/REG-18104 Beleidsregel Verpleging en Verzorging](#)

⁶³ [Artikel 5 NZa BR/REG-18104 Beleidsregel Verpleging en Verzorging](#)

⁶⁴ [Artikel 4.1 NZa BR/REG-18102 Experiment bekostiging verpleging en verzorging](#)

⁶⁵ [NZa \(2017\), Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 20](#)

⁶⁶ [ActiZ \(2017\), Zorgcontractering wijkverpleging, p. 8](#)

⁶⁷ [NZa \(2017\), Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 23](#)

⁷⁰ [NZa \(2017\), Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 5](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

van de behandelend arts, dat de organisatie aangesloten is bij een netwerk palliatieve zorg of dat er 24 uur per dag verpleegkundigen met deskundigheid op het gebied van palliatieve zorg beschikbaar zijn.⁷¹ Als de zorgaanbieder daaraan voldoet, kan deze de PTZ declareren vanuit de reguliere prestaties of de integrale prestatie met doelgroep terminale patiënten.⁷²

24-uurszorg

De wijkverpleegkundige indiceert de zorg die de patiënt nodig heeft. Het aantal uren zorg dat per dag geleverd kan worden, is afhankelijk van het beleid van de zorgverzekeraar en van wat de zorgverzekeraar en de thuiszorgorganisatie in hun contract hebben afgesproken.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is.⁷³ Wanneer het budgetplafond overschreden dreigt te worden, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in gesprek gaan over het ophogen van het plafond. Sommige verzekeraars hanteren bij PTZ geen budgetplafond of nemen een groeipercentage mee bij de inkoop om te voorkomen dat het leveren van PTZ leidt tot tekorten op het budget.⁷⁴

Beloning op maat

Vanuit de prestatie beloning op maat kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tegen een vrij tarief aanvullende afspraken maken over innovatie, kwaliteit, uitkomsten van zorg of de bediende populatie van de zorgaanbieder.⁸¹

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

vanuit zijn zorgprofiel wordt vergoed, kan in de profielen VV 7 en VV 8 extra financiering worden aangevraagd bij het zorgkantoor.⁷⁶

Er kan ook extra financiering worden aangevraagd bij onder meer:

- gespecialiseerde epilepsiezorg
- chronische invasieve beademing
- non-invasieve beademing
- CVA
- Huntington
- observatie

De zorgbehoefte hoeft dan *niet* minimaal 25 procent hoger te zijn.⁷⁷

Wanneer de patiënt terminaal is en zorg ontvangt via een mpt of een pgb, dan is Extra Kosten Thuis (EKT) bij het zorgkantoor aan te vragen, wanneer die verhoging nodig is om de patiënt palliatieve terminale zorg thuis te kunnen laten ontvangen. De behandelend arts dient hiervoor een terminaliteitsverklaring af te geven.⁷⁸ EKT kan niet gelijktijdig met extra financiering worden aangevraagd.

Wanneer de patiënt terminaal is en zorg ontvangt via een vpt, dan kan 10 VV *Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* bij het zorgkantoor gedeclareerd worden, wanneer die verhoging nodig is om de patiënt intensieve palliatieve terminale zorg thuis te kunnen laten ontvangen. De behandelend arts dient hiervoor een terminaliteitsverklaring af te geven. Het geïndiceerde zorgprofiel blijft hierbij ongewijzigd, maar kan niet gelijktijdig met VV 10 gedeclareerd worden.⁷⁹

⁷⁵ [VWS \(2017\), Informatiekaart palliatieve zorg](#)

⁷¹ Inkoopbeleid wijkverpleging 2018 ZKA, VGZ, CZ, Menzis

⁷² [Vektis, Prestatiecodelijst wijkverpleging, Geraadpleegd op 15 mei 2017](#)

⁷³ [VWS \(2017\), Palliatieve zorg, een niveau hoger \[Kamerbrief\], p. 5](#)

⁷⁴ [NZa \(2017\), Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 32](#)

⁷⁶ [Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg](#)

⁷⁷ [Artikel 2.2 c Regeling langdurige zorg](#)

⁷⁸ [Artikel 5.3 leden 4 en 5 Regeling langdurige zorg](#)

⁷⁹ [NZa BR/REG-18142 Prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis 2018, p. 29](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Eén zorgverzekeraar maakt bijvoorbeeld gebruik van beloning op maat om afspraken te maken met zorgaanbieders over de zorggarantie in de regio (basisinfrastructuur). Deze afspraken zijn bedoeld om de overdracht van het ziekenhuis naar de thuissituatie bij ontslag net voor het weekend te verbeteren.⁸²

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Hiervoor hoeft per 2018 geen indicatie meer te worden aangevraagd bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het volstaat dat de terminaalverklaring wordt opgenomen in het dossier van de patiënt voor toetsing bij de materiële controle.⁸⁰

Deelname PaTz-groep

Deelname aan de PaTz-vergaderingen kent geen specifieke bekostiging voor de wijkverpleegkundige.⁸³ Indirecte patiëntenzorg zit verdisconteerd in de zorgprestaties.⁸⁴

De huidige inrichting van de bekostiging beoogt de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de palliatieve zorg te borgen. Voor het kunnen leveren van goede palliatieve zorg, staan passende contractering en juiste indicering centraal. Bij palliatieve patiënten kan de gezondheidssituatie snel veranderen en verslechteren en dikwijls hebben ze al intensief te maken met huisartsenzorg of ziekenhuiszorg. Zij zullen niet alleen behoefte hebben aan verpleging en verzorging, maar ook aan coördinerende, signalerende en anticiperende taken, aan coaching, bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement⁸⁵ en mantelzorgondersteuning, en waar nodig aan inzet van gespecialiseerde zorgverleners.⁸⁶ Bij de contractering van kwalitatief beschikbare, passende zorg is het dan ook van belang rekening te houden met alle aspecten van 'zorg zoals de verpleegkundige die pleegt te bieden'. Het is belangrijk dat er bij het maken van afspraken over de tarieven goed wordt opgelet dat alle voorgenoemde onderdelen van indicering geleverd kunnen worden vanuit het tarief.

2.1.3 Mantelzorg

Voor de inzet van de mantelzorg bestaat geen algemene vergoeding. Wel kan de mantelzorger aanspraak maken op een aantal vergoedingen, waaronder vergoeding van reiskosten via de gemeente en tegemoetkoming voor extra zorgkosten. Ook bestaat de mogelijkheid om de mantelzorger in te schakelen vanuit het pgb.⁸⁷

⁸¹ [Artikel 4 NZa BR/REG-18104 Verpleging en Verzorging](#)

⁸² [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 28](#)

⁸⁰ [Artikel 5.7 tot 5.9 NZa BR/REG-18142 Prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis 2018](#)

⁸³ [PaTz.nl, Vraag en antwoord, Vergoeding, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁸⁴ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 50-51](#)

⁸⁵ [Zorginstituut Nederland, Verpleging in de wijk \(Zvw\), Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁸⁶ [Expertisecentrum mantelzorg, Mantelzorgers ondersteunen voor verzorging en verpleging, Geraadpleegd 4 juli 2017](#)

⁸⁷ [Mezzo, Vergoedingen, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

Soms kan de zorg te zwaar zijn voor de mantelzorg. Dan kan de thuiszorg (tijdelijk) hulp geven. Soms is logeeropvang mogelijk (tijdelijk logeren in een zorginstelling). Hierdoor heeft de mantelzorg even geen zorgtaken waardoor hij/zij kan uitrusten. Dit heet 'respijtzorg' of vervangende zorg.⁸⁸

Professionele respijtzorg kan worden vergoed door de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar. Welke instantie de respijtzorg vergoedt, is afhankelijk van de specifieke situatie:

- gemeente: als de zorgvrager zelf jeugdhulp of Wmo-ondersteuning krijgt. Vraag de betreffende gemeente naar de mogelijkheden;
 - zorgkantoor: als de zorgvrager zelf langdurige, intensieve zorg krijgt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
 - sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering;
- Respijtzorg kan ook uit een persoonsgebonden budget (pgb) betaald worden.⁸⁹

2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg



De zorg voor Olivia is zwaar voor Guus. Sara helpt waar ze kan, maar heeft ook de zorg voor haar eigen gezin en ze wil graag de momenten dat zij bij haar moeder is, niet alleen met de mantelzorg bezig zijn. De wijkverpleegkundige bespreekt met Olivia en haar gezin dat zij samenwerken met opgeleide vrijwilligers die er voor hen kunnen zijn. Samen komen ze tot het inzicht dat deze extra ondersteuning hen goed zou kunnen helpen. De wijkverpleegkundige neemt daarom contact op met de coördinator van de VPTZ-organisatie in de regio.

De huisarts bespreekt de situatie van Olivia in zijn PaTz-overleg. Hij vertelt over de tegenstrijdige gevoelens die Olivia heeft over het stoppen met de behandeling. De wijkverpleegkundige vertelt dat ze zag dat Olivia kortaf is tegen Sara. De gespecialiseerde consulent palliatieve zorg suggereert de inzet van een geestelijk verzorger.

Het idee dat ze haar dochter moet achterlaten is voor Olivia onverteerbaar. Ze staat achter haar keuze om te stoppen met de palliatieve chemotherapie en kiest bewust voor meer kwaliteit van leven in plaats van het toevoegen van dagen. Tegelijkertijd overschaduwde het aanstaande gemis van haar gezin haar kwaliteit van leven. Gesprekken met een geestelijk verzorger gaven haar handvatten om rust te kunnen vinden. Zo kan het gezin met aandacht voor elkaar afscheid nemen.

2.2.1 Huisarts

In complexe situaties rondom een patiënt in de palliatieve fase bestaat voor een huisarts de mogelijkheid om een in palliatieve zorg gespecialiseerde collega uit eigen of andere discipline in consult te vragen.

Palliatieve consultatie van kaderopgeleide huisarts

- Palliatieve consultatie, visite:
Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.

⁸⁸ [Regelhulp, Rijksoverheid, Gebruikelijke zorg, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁸⁹ [Regelhulp, Rijksoverheid, Vervangende zorg \(respijtzorg\), Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

- Palliatieve consultatie, telefonisch:

Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per telefonisch consult.

Het betreft hier prestaties onder M&I (Modernisatie en Innovatie)-verrichtingen. In geval een overeenkomst is afgesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, geldt voor deze verrichtingen een vrij tarief. In geval geen overeenkomst is afgesloten mogen maximaal de beschreven tarieven in rekening worden gebracht⁹⁰.

Palliatieve consultatie van kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde of lid team palliatieve zorg

- Meekijkconsult

Deze prestatie valt onder zorgvernieuwing in segment 3 en biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen van waaruit de zorgaanbieder de expertise in kan roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. Dit kan de inzet zijn van medisch specialistische consultatie of de inzet van andere expertises in het zorgveld. Doel van de inzet moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Enkel wanneer de huisarts een afspraak maakt met de zorgverzekeraars over aanvullende financiering door middel van deze module, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.⁹¹

De specialist ouderengeneeskunde kan in de eerstelijns door de huisarts geconsulteerd worden voor specifieke medisch geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten. Het gaat hierbij meestal om patiënten met complexe problemen. De wijze waarop de inzet van de specialist ouderengeneeskunde gefinancierd wordt, is afhankelijk van of de patiënt een Wlz-indicatie heeft of niet. Voor patiënten zonder Wlz-indicatie verloopt financiering via de Zvw en voor patiënten met Wlz-indicatie via de Wlz.

⁹⁰ [Artikel 4.11 NZa Prestatie- en tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018](#)

⁹¹ [Artikel 3.2 NZa Prestatie- en tariefbeschikking Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018](#)

Inzet specialist ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet

De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten zonder Wlz-indicatie wordt ook in 2018 bekostigd via de subsidieregeling extramurale behandeling. Totdat extramurale behandeling opgenomen wordt in de Zvw, is de subsidieregeling extramurale behandeling actief. Om voor financiering in aanmerking te komen onder de subsidieregeling extramurale behandeling moet de instelling of het samenwerkingsverband (van specialisten ouderengeneeskunde) waar de specialist ouderengeneeskunde voor werkt, gecontracteerd zijn door het zorgkantoor voor de functie S335.^{92,93}

Een consult kan bestaan uit face-to-face contact of een telefonisch behandelingscontact met de patiënt of gericht overleg met de behandelend arts. Het gaat om een beperkt (vijf tot tien) aantal contacten per patiënt per jaar. Hiervoor is geen indicatiebesluit van het CIZ nodig.⁹⁴

Inzet specialist ouderengeneeskunde Wet langdurige zorg

De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz-indicatie wordt bekostigd uit de Wlz. Patiënten met een Wlz-indicatie hebben recht op zorg door een specialist ouderengeneeskunde, wanneer zij vanuit geneeskundig oogpunt op deze zorg aangewezen zijn. Voor patiënten met een Wlz-indicatie die de zorg thuis ontvangen mag de zorg door de specialist ouderengeneeskunde op consultbasis bij het zorgkantoor gedeclareerd worden. Voor het (mogen) leveren van deze prestatie is wel een contract van de instelling of het samenwerkingsverband van de specialist ouderengeneeskunde met het zorgkantoor nodig voor de functie H335.^{95,96}

Deelname PaTz

Huisartsen en wijkverpleegkundigen in een PaTz-groep worden ondersteund door een in palliatieve zorg gespecialiseerde consultant. Deelname van deze specialist palliatieve zorg (inhoudelijk deskundige) aan een PaTz-groep kent geen structurele financiering. Wel zijn er regionale initiatieven/projecten met zorgverzekeraars waarbij deelname van de inhoudelijk deskundige wordt vergoed (West-Brabant).⁹⁷ Daarnaast biedt Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) vergoeding voor inzet van - aan IKNL verbonden - consultants⁹⁸.

Consultatievoorziening palliatieve zorg IKNL

Naast de beschreven consultatievormen bestaat ook de mogelijkheid om bij vragen en problemen in de palliatieve fase het consultatieteam palliatieve zorg van IKNL te raadplegen. De consultant denkt met de consultvrager mee en brengt advies uit. Hier zijn voor de consultvrager geen kosten aan verbonden. De consultants zijn artsen en verpleegkundigen die door opleiding en praktijk gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Om de expertise van de consultants nog laagdrempeliger en effectiever beschikbaar te stellen aan zorgverleners is de consultatievoorziening regionaal, lokaal én transmuraal georganiseerd.

⁹² [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p.18](#)

⁹³ [Bijlage 1 NZa BR/REG-18141 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2018](#)

⁹⁴ [Bijlage 1 NZa BR/REG-18141 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2018](#)

⁹⁵ [Bijlage 1 NZa BR/REG-18141 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2018](#)

⁹⁶ [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p.18](#)

⁹⁷ [LHV West-Brabant.nl, S3 gelden - aanvullende regioprestaties, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁹⁸ [IKNL, PaTz, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

Zorgverleners binnen de gehele zorgketen kunnen een beroep doen op deze consulenten voor advies en ondersteuning bij specialistische en complexe zorgvragen.⁹⁹

2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager palliatieve zorg

Bekostiging van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten/casemanager palliatieve zorg is één van de prestaties verpleging en verzorging en maakt deel uit van het integraal tarief.^{100,101} Als contractering plaatsvindt op basis van het integraal tarief, is het van belang dat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar goed opletten dat het afgesproken tarief voldoende ruimte biedt voor de inzet van gespecialiseerde verpleging.

2.2.3 Geestelijke verzorging

De aandacht voor het omgaan met ziekte en sterven is onderdeel van de behandeling van patiënten door huisarts, verpleging en verzorging.¹⁰² De geestelijk verzorger kan specialistische ondersteuning bieden op het gebied van coping en zingeving, het bieden van een vrijplaats¹⁰³ en het begeleiden bij religie en spiritualiteit.¹⁰⁴ In een instelling zijn deze drie vormen van zorg onderdeel van het zorgaanbod.¹⁰⁵ In de thuissituatie ligt dit anders:

Geestelijke verzorging Zorgverzekeringswet

Begeleiding bij coping en zingeving is verzekerde zorg wanneer er voldoende bewijs is voor de effectiviteit van de interventie en het gaat om 'zorg zoals een klinisch psycholoog die pleegt te bieden'.^{106,107} Deze zorg mag ook door een geestelijk verzorger geboden worden, wanneer deze voldoet aan voorgenoemde vereisten. Zo kan de geestelijk verzorger bijvoorbeeld worden ingezet als POH-GGZ bij de huisarts.

Sommige verzekeraars bieden vanuit innovatiegelden projecten met begeleiding bij coping en zingeving door de geestelijk verzorger aan.

Geestelijke verzorging Wet langdurige zorg

Patiënten met een vpt krijgen begeleiding bij coping en zingeving en het bieden van een vrijplaats door de geestelijk verzorger vergoed. Begeleiding bij religie en spiritualiteit is geen onderdeel van het vpt.¹⁰⁸

Patiënten met een mpt of pgb krijgen geen geestelijke verzorging vergoed vanuit de Wlz. Zij kunnen gebruikmaken van dezelfde mogelijkheden als patiënten in de Zvw.

⁹⁹ [IKNL. Consultatie palliatieve zorg en transmurale consultatie, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁰⁰ [Artikel 4 NZa BR/REG-18104 Beleidsregel Verpleging en Verzorging](#)

¹⁰¹ [Artikel 4.1 NZa BR/REG-18102 Experiment bekostiging verpleging en verzorging](#)

¹⁰² [Hopman, A.M. \(2006\), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 5](#)

¹⁰³ Het bieden van een vrijplaats houdt in dat de verzekerde met levensvragen bij een geestelijk verzorger terecht kan, los van de instelling of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is. ([VWS \(2010\), Geestelijke verzorging buiten de AWBZ-instelling \[Kamerbrief\], p. 3](#))

¹⁰⁴ [Hopman, A.M. \(2006\), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 4](#)

¹⁰⁵ [Artikel 6, eerste lid Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg](#)

¹⁰⁶ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 29-30](#)

¹⁰⁷ [Zorginstituut Nederland, Beoordeling van nieuwe zorg, Geraadpleegd 26 juni 2017](#)

¹⁰⁸ [VWS \(2015\), Financiering geestelijke begeleiding bij palliatieve zorg thuis \[Kamerbrief\], p. 2-3](#)

2.2.4 Vrijwilligers

Via VPTZ-organisaties kunnen opgeleide vrijwilligers mensen in de laatste levensfase en hun naasten ondersteunen. Hiervoor ontvangt de VPTZ-organisatie via de [Regeling palliatieve terminale zorg](#) een subsidie per cliënt. Van deze subsidie kunnen onkosten voor de organisatie van de inzet worden bekostigd.

2.3 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp



Olivia vindt het heerlijk om in de tuin te zitten. Ze luistert naar de vogels, voelt de lentezon op haar gezicht en praat wat met Guus. Ze heeft steeds meer moeite om naar de tuin te lopen. De wijkverpleegkundige regelt een rolstoel, zodat Guus haar daarmee naar de tuin kan brengen.

Olivia gaat steeds verder achteruit. Het slikken van medicijnen gaat slechter en om de pijn goed te blijven bestrijden wordt een pomp voor subcutane toediening van morfine ingezet. De wijkverpleegkundige regelt dag- en nachtzorg. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Zorgverzekeringswet

Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Wet langdurige zorg

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen die nodig zijn voor de behandeling, verpleging en verzorging, zoals een hoog-laagbed en een subcutane pomp worden vergoed vanuit de Zvw.^{109 110,111} Ook kunnen vanuit de Zvw tijdelijk hulpmiddelen worden geleend.¹¹² Hulpmiddelen ter vergroting van de zelfredzaamheid worden vergoed vanuit de [Wmo](#).^{113,114,115} Zo kan een rolstoel bijvoorbeeld de eerste zes maanden geleend worden vanuit de Zvw en daarna vergoed worden vanuit de Wmo.¹¹⁶

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wmo.¹¹⁷

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wlz.^{118,119,120}

¹⁰⁹ [Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹¹⁰ [Artikel 1 NZa BR/REG-18142, Prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis 2018](#)

¹¹¹ [Artikel 1 NZa BR/REG-18141 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2018](#)

¹¹² [Vilans.nl, Zorgverzekeringswet \(Zvw\), Geraadpleegd op 26 juni 2017](#)

¹¹³ [Artikel 1 NZa BR/REG-18142, Prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis 2018](#)

¹¹⁴ [Artikel 1 NZa BR/REG-18141 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2018](#)

¹¹⁵ [Rijksoverheid.nl, Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹¹⁶ [Vilans.nl, Rolstoelen, incidenteel gebruik, Geraadpleegd op 26 juni 2017](#)

¹¹⁷ [Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket? Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹¹⁸ [Artikel 1 NZa BR/REG-18142, Prestatiebeschrijvingen en tarieven volledig pakket thuis 2018](#)

¹¹⁹ [Artikel 1 NZa BR/REG-18141 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2018](#)

2.4 Nazorg

Voor nazorg bestaat geen aparte vergoeding. Het is onderdeel van goede zorg. Voor de huisarts wordt dit bekostigd uit de prestaties voor de huisartsenzorg. Hetzelfde geldt zowel in de Zvw als in de Wlz voor de verpleging en verzorging. Ook daar zijn een á twee gesprekken onderdeel van de prestaties. In de contractering moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieder er bij de tariefafspraken dus rekening mee houden dat deze voldoende ruimte bieden voor een á twee gesprekken met de nabestaanden van de patiënt.¹²¹ Wanneer de rouw complex wordt, start voor de nabestaande een eigen zorgvraag.

2.5 Overzicht knelpunten en oplossingen

Knelpunten huisarts 2017	Situatie 2018/oplossingsrichting
<i>Deelname huisarts aan PaTz-groep niet structureel bekostigd.</i>	Verschillende zorgverzekeraars onderschrijven de toegevoegde waarde van PaTz ten opzichte van een regulier MDO en voorzien in een tijdelijke financiering vanuit segment 3 in afwachting van eventuele standaardfinanciering.
<i>Samenwerking</i> Tussen patiënten in de stervensfase is de variatie aan zorgvragen/zorgbehoefte en aan hulpvragen in relatie tot welzijn/welbevinden groot. Om hieraan tegemoet te komen is generalistische en specialistische inzet nodig. Samenwerking tussen professionals is dus belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Regionale samenwerking als zodanig is niet structureel ingebed in de bekostiging. Met name uit de eerstelijnszorg worden knelpunten rondom de bekostiging van samenwerking naar voren gebracht ¹²² .	<i>Nieuwe module Organisatie en Infrastructuur</i> Binnen de - voor 2018 - nieuwe module Organisatie en Infrastructuur worden de prestaties Wijkmanagement en Regiomanagement geformuleerd. Deze prestaties bieden de mogelijkheid om afspraken te maken over aanvullende investeringen in samenwerkingsverbanden en bijbehorende ondersteuningsstructuur met als doel de optimalisatie van samenwerking tussen eerstelijns zorgaanbieders op wijkniveau (populatie van circa 10.000 tot 20.000 ingeschreven verzekerden) of op regioniveau (populatie van > 100.000 ingeschreven verzekerden). Het samenwerkingsverband ontwikkelt en onderhoudt een actieve plan-do-check-act-cyclus gericht op de kwaliteit en kosten

¹²⁰ [ActiZ \(2016\), Overgang huishoudelijke hulp bij mpt-cliënten thuis in één keer per 1 april 2017, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹²¹ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

¹²² [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 26-27](#)

Knelpunten huisarts 2017

Situatie 2018/oplossingsrichting

van zorg, gebaseerd op de zorgbehoefte van de populatie op wijk- of regioniveau. Naast het opzetten van de gewenste structuur en overlegvormen, betekent dit ook het periodiek analyseren van de ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorgkosten, het definiëren van speerpunten, het maken en uitvoeren van plannen op deze speerpunten en het inzichtelijk maken van de resultaten van deze plannen.¹²³

Knelpunten specialist ouderengeneeskunde 2017

Situatie 2018/oplossingsrichting

Inzet specialist ouderengeneeskunde

De huidige bekostiging van de inzet van een in palliatieve zorg opgeleide specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns leidt nog regelmatig tot problemen in de praktijk.

Subsidiereregeling extramurale lijn blijft van kracht

Subsidiereregeling extramurale behandeling blijft in 2018 van kracht (zie [2.2.1](#): Palliatieve consultatie van kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde of lid team palliatieve zorg).

Knelpunten wijkverpleging 2017

Situatie 2018/oplossingsrichting

Tarieven en budgetplafond (Zvw)

De tarieven en het budgetplafond voor verpleging en verzorging worden als krap ervaren voor het leveren van zorg door hoger geschoold personeel of zorg aan bijzondere doelgroepen (zoals terminale patiënten).

Toelichting op knelpunt:

De hoogte van het integrale tarief van een individuele aanbieder is veelal afhankelijk van:

- de historische verhouding van verpleging en verzorging;

Contractering

Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen om met elkaar passende afspraken te maken over de tarieven van de prestaties.

Sommige verzekeraars hanteren bij PTZ geen budgetplafond of nemen een groeipercentage mee bij de inkoop om te voorkomen dat het leveren van PTZ leidt tot tekorten op het budget.¹²⁸

Nza concludeert op basis van de contractering

¹²³ [Memo beleidsaanpassingen huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg](#)

Knelpunten wijkverpleging 2017

- het tarief in 2016;
- de doelmatigheidsscore bij de betreffende verzekeraar.¹²⁴

Uit een analyse van declaratiegegevens door de NZa bleek dat in 2016 de historische verhouding gemiddeld 80 procent persoonlijke verzorging en 20 procent verpleging was.¹²⁵

Daarnaast wordt er vaak in het contract een doorleverplicht vastgelegd. Zorgaanbieders moeten dan zorg leveren voor eigen rekening als het budgetplafond is bereikt.^{126,127}

Situatie 2018/oplossingsrichting

wijkverpleging 2017 dat aan de ene kant scherpe tariefstellingen en budgetplafonds gezien worden, gebaseerd op realisaties uit het verleden, en dat er aan de andere kant verschuiving naar een zwaardere zorgvraag is en er nog ruimte bestaat in het macrokader.¹²⁹

De zorgverzekeraar heeft zorgplicht en de zorg moet voldoende en tijdig en kwalitatief beschikbaar zijn. Vanuit die verplichting is het belangrijk dat het afgesproken tarief en budgetplafond voldoende ruimte bieden voor de wijkverpleging om alle zorg behorend bij haar taken te kunnen leveren. Het tarief kan dus niet dusdanig laag zijn dat dit niet meer mogelijk is.

Op basis van het Onderzoek Tariefherijking Wijkverpleging¹³⁰ worden, na overleg tussen de NZa en de branches en verzekeraars, in 2018 de tarieven geïndexeerd en zal in 2019 herijking plaatsvinden.

Hoort een patiënt in de Wlz of de Zvw?

Wanneer patiënten thuis willen sterven kan het gebeuren dat de verzekeraar aanstuurt op een overgang naar bekostiging vanuit de Wlz als de zorgvraag oploopt.¹³¹

Bij PTZ overgang niet mogelijk

Als een patiënt nog geen Wlz-indicatie heeft, zal het CIZ deze niet meer afgeven als er sprake is van een terminale situatie.¹³² In de PTZ kan een patiënt niet overgaan van de Zvw naar de Wlz. Voor aanvang van de PTZ, kiest de patiënt zelf of hij een indicatieaanvraag voor de Wlz indient of niet.¹³³

Terminaliteitsverklaring (Zvw)

Bekostiging van vroege inzet van palliatieve zorg (wanneer de prognose nog langer is dan drie

¹²⁸ [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 32](#)

¹²⁴ [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21](#)

¹²⁵ [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21](#)

¹²⁶ [ActiZ \(2017\) Zorgcontractering wijkverpleging, p. 5](#)

¹²⁷ [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 18](#)

¹²⁹ [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 37](#)

¹³⁰ [PWC \(2017\), Onderzoek Tariefherijking Wijkverpleging](#)

¹³¹ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43](#)

¹³² [CIZ \(2017\), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15](#)

¹³³ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43](#)

Knelpunten wijkverpleging 2017	Situatie 2018/oplossingsrichting
maanden), is onduidelijk.	
<p><i>Casemanager palliatieve zorg</i></p> <p>Bekostiging van een casemanager palliatieve zorg is onderdeel van de prestaties verpleging en verzorging.¹³⁴ Het is niet als zodanig geoormerkt. Wanneer de tarieven voor de prestaties krap zijn, is er te weinig ruimte om gespecialiseerde casemanagers in te kunnen zetten.</p>	
<p><i>24-uurs-zorg (Zvw)</i></p> <p>Zorgaanbieders geven aan dat zij soms nacht zorg willen inzetten, maar dat de zorgverzekeraar het daar niet altijd mee eens is.</p>	<p><i>24-uurs-zorg (Zvw)</i></p> <p>Vanuit de zorgplicht vergoedt de zorgverzekeraar de zorg die de patiënt nodig heeft. De zorgverzekeraar vergoedt geen zorg die méér is dan de patiënt nodig heeft en daardoor niet rechtmatig en doelmatig is. Zo kan er gekeken worden of de mogelijkheden van de inzet van vrijwilligers, zorg vanuit de Wmo en de mantelzorg voldoende zijn geïnventariseerd. Op dit moment inventariseert Zorginstituut Nederland of er vereisten over de indicatie en inzet van 24-uurs-zorg kunnen worden opgesteld.</p>
<p><i>Indiciatiestelling VV 10 door CIZ (Wlz)</i></p> <p>PTZ dient vaak snel geregeld te worden. De indicatie door het CIZ voor het ZZP VV10 duurt uiterlijk zes weken en kan met een spoedprocedure uiterlijk binnen twee weken gebeuren.¹³⁵ Wanneer de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet vergoed wordt.</p>	<p><i>Afschaffing indicatiestelling VV 10 door CIZ (Wlz)</i></p> <p>Vanaf 1 januari 2018 kan voor patiënten die reeds een indicatie voor de Wlz hebben VV 10 worden gedeclareerd mits in het dossier van de patiënt een terminaalverklaring van de behandelend arts kan worden ingevoegd. De indicatie door het CIZ vervalt, waardoor de PTZ sneller geleverd kan worden. Zie voor verdere toelichting paragraaf 2.1.2.¹³⁶</p>



¹³⁴ [NZa \(2017\). Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

¹³⁵ [Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg](#)

¹³⁶ [Informatielangdurigezorg.nl, Palliatief terminale zorg wordt eenvoudiger te regelen voor mensen met een Wlz-indicatie. Geraadpleegd op 14 december 2017](#)

Knelpunten wijkverpleging 2017

Nazorg (Wlz & Zvw)

Voor nazorg is geen aparte bekostiging. Het is onderdeel van de tarieven van de prestaties.

Situatie 2018/oplossingsrichting

Kostenonderzoeken

Voor de Wlz-prestaties gaat op korte termijn een kostenonderzoek plaatsvinden. De kosten van de zorgverlening, inclusief geleverde nazorg, worden uitgevraagd. Door dit kostenonderzoek vindt er een herijking van de kosten van nazorg plaats in de Wlz-tarieven.¹³⁷

De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in de kostprijsaanleveringen voor zowel de Zvw als de Wlz, zodat de kwaliteit van nazorg na overlijden geborgd is met een adequaat tarief.¹³⁸

Declaraties na overlijden

Het komt voor dat declaraties die ingediend worden na het overlijden van de patiënt, geweigerd worden door de verzekeraar.¹³⁹

Herinrichten proces

Zorg die verleend is aan de patiënt, mag na het overlijden geregistreerd en in rekening gebracht worden bij de zorgverzekeraar. Het kan in de praktijk voorkomen dat dit niet lukt door de inrichting van controlesystemen. In die gevallen dienen aanbieder en verzekeraar samen naar een (handmatige) oplossing te zoeken. De NZa vraagt verzekeraars om het proces anders in te richten zodat declaraties na het moment van overlijden niet automatisch worden aangemerkt als onrechtmatig.^{140,141}

Knelpunten geestelijke verzorging 2017

Structurele bekostiging voor elke patiënt

Financiering van zorg door een geestelijk verzorger is in de thuissituatie niet voor elke patiënt in Nederland beschikbaar is.

Situatie 2018/oplossingsrichting

Onderzoek naar structurele bekostiging

Op dit moment werken de Vereniging voor Geestelijk Verzorgers (VGVZ), Zorginstituut Nederland & V&VN aan structurele financiering van

¹³⁷ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 21](#)

¹³⁸ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

¹³⁹ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27](#)

¹⁴⁰ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27](#)

¹⁴¹ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

Knelpunten geestelijke verzorging 2017

Om de zorg in de thuissituatie te kunnen leveren, moet aan vereisten worden voldaan waar niet elke geestelijk verzorger op dit moment aan kan voldoen. Er zijn mogelijkheden waarmee lokaal of voor een bepaalde patiëntengroep wel vergoeding mogelijk is.

Situatie 2018/oplossingsrichting

geestelijke verzorging voor elke burger in Nederland.

3 Hospice



De palliatieve chemotherapie is zwaar. Olivia wilde graag nog zo lang mogelijk bij Guus en Sara blijven, maar twijfelt over de ingeslagen weg. Ze is te ziek van de behandeling om ook maar iets te doen. Wat extra tijd is fijn, maar wat voor tijd is dit? Ze wil naar huis. De transferverpleegkundige is al langs geweest om de benodigde thuiszorg te regelen. Gisteren kreeg ze ineens veel meer last van buikpijn en braken en nu heeft ze een darmafsluiting door de tumor. Ze is verdrietig en bang, het medicijn dat de klachten zou kunnen verminderen werkt niet en ze voelt zich zo ziek.

De internist uit het team palliatieve zorg spreekt met Olivia en Guus over de situatie van Olivia en informeert hen, uit zorg om heropnames, over andere opties dan thuis sterven. Er is direct plaats in het hospice in de buurt. Voor Olivia is alle expertise in huis. Guus, inmiddels ook fysiek en emotioneel uitgeput, kan hier de zorgtaken uit handen geven. Het gezin krijgt aandacht in relatie tot het verlies- en rouwproces en ze hebben nog een paar bijzondere momenten samen.

Enkele dagen later stelt de hospice-arts in een familiegesprek voor om vanwege het onophoudelijk braken, te starten met palliatieve sedatie. Olivia zakt weg in een vredige slaap. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

In het hospice wordt gezorgd voor patiënten in de palliatief terminale fase en hun naasten door een multidisciplinair team van beroepskrachten en vrijwilligers met generalistische en specialistische competenties. Deze specifieke palliatieve zorg wordt geboden met aandacht voor de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie en heeft als doel om optimale kwaliteit van leven, rouw en sterven bereikbaar te maken.¹⁴²

De hospices kennen verschillende organisatievormen:

- Hospices die werken met verpleegkundigen vanuit één of meerdere thuiszorgorganisatie(s)
- Hospices die werken met een vast team verpleegkundigen vanuit een thuiszorgorganisatie
- Hospices (zonder [Wtzi](#)-toelating) met eigen personeel in dienst
- Hospices (met [Wtzi](#)-toelating) met eigen personeel in dienst

Hospicezorg kent geen eigen bekostigingsstructuur. Financiering van de beroepsmatige zorg komt vanuit de wet- en regelgeving zoals die geldt voor de thuissituatie. Uitgebreide toelichting hierop is te vinden in [hoofdstuk 2](#).

In dit hoofdstuk bespreken we de financiering van palliatieve zorg voor zover deze door de specifieke setting van het hospice afwijkend wordt ingericht ten opzichte van de thuissituatie. Hospices die onderdeel zijn van een verpleeghuis (palliatief terminale units, PTU) worden in het hoofdstuk over het verpleeghuis besproken.

3.1 Vrijwilligers

Veel hospices werken voornamelijk met vrijwilligers. Zij krijgen een subsidie vanuit de [Regeling PTZ](#) voor de structurele kosten en de inzet van de vrijwilligers.¹⁴³ De subsidie geldt in principe niet voor [Wtzi](#) toegelaten hospices, omdat zij voor het leveren van zorg contracten af kunnen sluiten op basis van de [Wlz](#) en [Zvw](#). Daarop is echter een uitzondering gemaakt voor kleine hospices, die geen deel uitmaken van een grotere zorgorganisatie, met maximaal 20 fte verpleegkundigen in vaste dienst.

¹⁴² [AHzN. Definitie hospicezorg, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁴³ [Artikel 1 Regeling palliatieve terminale zorg](#)

3.2 Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging in het hospice verloopt per organisatievorm verschillend:

Hospice Verpleegkundigen thuiszorg

Hospice Vast team thuiszorg

In deze hospices komt de verpleging en verzorging vanuit een thuiszorgorganisatie. Financiering verloopt dan gelijk aan thuis (zie [paragraaf 2.1.2](#)). Contractafspraken met de verzekeraar over het budgetplafond en de tarieven worden dan door de betreffende thuiszorgorganisatie gemaakt.

Hospices geen WTZI-instelling Eigen personeel in dienst

Hospices WTZI-instelling Eigen personeel in dienst

Een hospice zonder Wtzi-toelating met eigen personeel in dienst is veelal onderaannemer van een zorgorganisatie met Wtzi-toelating. Een dergelijk hospice kan niet zelfstandig een contract afsluiten met de zorgverzekeraar (Zvw) of het zorgkantoor (Wlz). Wanneer een dergelijk hospice zelfstandig is, kan deze wel een contract afsluiten voor de zorg die het biedt (zie [paragraaf 2.1.2](#)).

Een hospice met een Wtzi-toelating kan zelf een contract afsluiten met de zorgverzekeraar (Zvw) of zorgkantoor (Wlz). In de praktijk gebeurt dit vanuit de [Aanspraak wijkverpleging](#).

Vanuit de regelgeving kan een dergelijk hospice voor palliatieve zorg ook in het kader van eerstelijnsverblijf een contract met de zorgverzekeraar (Zvw) afsluiten. Voor patiënten met een Wlz-indicatie kunnen zij contracten afsluiten met het zorgkantoor. Zie voor verdere toelichting hierop [paragraaf 4.2](#).

3.3 Arts

Inzet van een arts in een hospice gebeurt op verschillende manieren. Wanneer een patiënt in een hospice in de buurt van de eigen huisarts terecht kan, kan deze huisarts de zorg blijven verlenen. Daarnaast werken hospices vaak met een huisarts(engroep) in de buurt samen. De huisarts declareert de zorg die hij levert dan zoals in de thuissituatie (zie [paragraaf 2.1.1](#) en [paragraaf 2.2.1](#)).

Er zijn ook hospices die voor de medische zorg van hun patiënten een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts in dienst hebben. Voor vergoeding hiervan kan mogelijk een contract afgesloten worden met de zorgverzekeraar. Het hospice of de arts kan in dat geval afspraken maken met de zorgverzekeraar bijvoorbeeld op basis van de prestatie *Intensieve zorg*, die anders door de eigen huisarts van de patiënt zou zijn gedeclareerd.

3.4 Geestelijke verzorging

Bekostiging van geestelijke verzorging in het hospice is gelijk aan bekostiging hiervan in de thuissituatie (zie [paragraaf 1.3](#)). Geestelijke verzorging is een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Hospices hebben dan ook veelal een geestelijk verzorger in dienst. Hiervoor is geen aparte financiering vanuit de wet- en regelgeving. Er zijn ook hospices die gebruik maken van de geestelijk verzorger die in dienst is van de verpleeghuis- en thuiszorgorganisatie waar het hospice onderdeel van uitmaakt.

3.5 Verblijfskosten

Voor verblijfskosten van de patiënt vragen hospices een eigen (dag)bijdrage. Hiervan worden onder meer het verzorgen van maaltijden, wassen van beddengoed, de huur en/of huisvestigingskosten en de energierekening betaald. In een aantal aanvullende verzekeringen wordt deze eigen bijdrage (deels) vergoed.

Vanuit de [Wmo](#) kan een patiënt ondersteuning bij zelfredzaamheid, zoals bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, ontvangen. Het hospice kan, in sommige gevallen, voor de vergoeding van deze zorg een contract afsluiten met de gemeenten waarin hun patiënten wonen.

3.6 Afleggen en opbaren

Afleggen en opbaren is geen verzekerde zorg. Deze kosten komen voor rekening van de patiënt die zich daarvoor kan verzekeren.¹⁴⁴

Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling voor afleggen en opbaren, dan kan de instelling dit aan nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar in rekening brengen.^{145,146} Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

3.7 Overzicht knelpunten en oplossingen

Knelpunten hospicezorg 2017	Situatie 2018/oplossingsrichting
<p><i>Onderaannemerschap</i></p> <p>Hospices zonder Wtzi-toelating met eigen personeel zijn veelal onderaannemer bij een organisatie die contracten kan afsluiten met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. De thuiszorgorganisatie en zorgverzekeraar</p>	<p><i>Aandacht voor contractering hospicezorg</i></p> <p>De NZa geeft aan dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders regionaal in de contractering of landelijk via de branchepartijen kunnen kijken hoe specifieke aandacht gegeven kan worden aan de hospicezorg in de contractering. Ook kan er</p>

¹⁴⁴ [VWS \(2007\), Uitvaartpolissen \[Kamerbrief\], Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁴⁵ [VWS \(2007\), Uitvaartpolissen \[Kamerbrief\], Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁴⁶ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

Knelpunten hospicezorg 2017

maken afspraken over de omvang en de tarieven van de totale zorg die de thuiszorgorganisatie levert. Het hospice heeft zelf geen directe invloed op de afspraken die gemaakt worden over de gespecialiseerde zorg die zij leveren.

Wmo

Vergoeding vanuit de Wmo dient voor elke patiënt te worden aangevraagd bij de gemeente. Wanneer een hospice patiënten uit verschillende gemeenten heeft, moet met verschillende regelgeving rekening worden gehouden. Dit is arbeidsintensief. Door lange doorlooptijden bij gemeenten komt uitsluitel vaak pas na het overlijden van de patiënt.

Bekostiging respijtzorg, probleemanalyse en crisisinterventie

Hospicefinanciering is net als financiering van palliatieve zorg in de thuissituatie met name gericht op palliatieve terminale zorg, omdat er een terminaliteitsverklaring nodig is om er aanspraak op te kunnen maken. Bekostiging van respijtzorg, probleemanalyse en crisisinterventie wanneer de prognose nog langer is dan drie maanden, is ontoereikend en onduidelijk. Zo kan respijtzorg bijvoorbeeld (deels) bekostigd worden vanuit de Wmo, sommige aanvullende verzekeringen (Zvw) of Eerstelijnsverblijf (Zvw).

Verskillende eigen bijdragen in Zvw en Wlz

Omdat patiënten in de PTZ niet van de Zvw naar de Wlz gaan en andersom, wordt dezelfde zorg vanuit verschillende wetgevingen bekostigd. Een patiënt met een indicatie voor de Wlz betaalt voor de zorg een (lage) eigen bijdrage. Een

Situatie 2018/oplossingsrichting

geïventariseerd worden of directe contractering mogelijk is.¹⁴⁷

Afspraken op maat

De Wmo biedt gemeenten veel vrijheid in de uitvoering van de wet. Hospices kunnen met de gemeenten in hun regio inventariseren of een binnen het lokaal beleid passende financiering mogelijk is. Zo zijn er hospices die afspreken dat omliggende gemeenten een vast bedrag per inwoner bijdragen aan het hospice.

¹⁴⁷ [NZa \(2017\). Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 35-36](#)

Knelpunten hospicezorg 2017	Situatie 2018/oplossingsrichting
<p>patiënt in de Zvw betaalt deze eigen bijdrage niet.¹⁴⁸</p>	
<p><i>Verschillende vergoeding eigen (dag)bijdrage hospice.</i></p> <p>Zorgverzekeraars vergoeden de eigen (dag)bijdrage op verschillende wijzen, en alleen indien de patiënten aanvullend verzekerd zijn. Deze vorm van zorg is daarmee niet gelijk toegankelijk voor iedereen.</p>	

¹⁴⁸ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 39-40](#)

4 Verpleeghuis & Palliatieve terminale unit



Mam, wil je een slokje water?' Sara kijkt Guus hulpeloos aan als Olivia weer begint over te geven. Wat extra tijd is fijn, maar wat voor tijd is dat als je misselijk en brakend in een ziekenhuisbed ligt? Ze wil lekker in de tuin zitten met Guus en Sara. Olivia bespreekt haar twijfels met het team palliatieve zorg van het ziekenhuis. Ze besluit te stoppen met de behandeling. Het team is bezorgd om heropnames als Olivia naar huis zou gaan en praat met haar over andere mogelijkheden. Een verpleeghuis vlakbij hun huis heeft een palliatieve terminale unit (PTU): een afdeling voor hospicezorg waar ook personen van buiten terecht kunnen. Sara googelt het meteen. "Kijk, ze hebben een hele mooie tuin!"

In het verpleeghuis is een continu aanbod van zorg. Wanneer bewoners behoefte krijgen aan palliatieve zorg kunnen de zorgprofessionals daar direct op inspelen. Sommige verpleeghuizen richten een speciale afdeling in voor palliatieve zorg, een palliatieve terminale unit (PTU). Daar kunnen ook personen van buiten de instelling terecht. In dit hoofdstuk beschrijven we de financiering van palliatieve zorg in het verpleeghuis en de PTU.

4.1 Verpleeghuis

Bewoners van verpleeghuizen hebben een indicatie voor de [Wet langdurige zorg](#) (Wlz). Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt al heeft. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld Zorgpakket VV 6 heeft, dan wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.¹⁴⁹

Wanneer de patiënt nog niet terminaal is, kan in de pakketten VV 7 en VV 8, als de zorgbehoefte minimaal 25 procent hoger is dan het pakket vergoedt, de prestatie zzp-meerzorg worden aangevraagd bij het zorgkantoor.^{150, 151}

De prestatie zzp-meerzorg kan ook worden aangevraagd bij onder meer:

- gespecialiseerde epilepsiezorg
- chronische invasieve beademing
- non-invasieve beademing
- CVA
- Huntington
- observatie

De zorgbehoefte hoeft dan *niet* minimaal 25 procent hoger te zijn.¹⁵²

Wanneer de patiënt terminaal is en behoefte heeft aan intensieve palliatieve zorg, bestaat de mogelijkheid om voor deze patiënt 10 VV *Beschermde verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* te declareren. De situatie van de patiënt dient dan aan de volgende criteria te voldoen:

- de behandelend arts heeft in een verklaring aangegeven dat de levensverwachting van de patiënt korter is dan drie maanden;
- de patiënt moet beschikken over een geldige Wlz-indicatie;
- er is noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg, die in het reeds geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is;
- er is noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust;

¹⁴⁹ [VWS \(2017\). Informatiekaart palliatieve zorg](#)

¹⁵⁰ [Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg](#)

¹⁵¹ [Artikel 1 NZa BR/REG-18145 Prestatiebeschrijvingen en tarieven zzp-meerzorg Wlz](#)

¹⁵² [Artikel 2.2c Regeling langdurige zorg.](#)

- Er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg.¹⁵³

Hiervoor hoeft géén indicatie meer te worden aangevraagd bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De behandelend arts moet verklaren dat de patiënt voldoet aan deze criteria.¹⁵⁴ Het eerder door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel van de patiënt kan niet tegelijk met de 10 VV worden gedeclareerd.¹⁵⁵

4.1.1 Arts

Wlz-behandeling en algemene geneeskundige zorg zijn onderdeel van de Wlz in de instelling. Indien de patiënt verblijft in een verpleeghuis dat gecontracteerd is met behandeling, wordt de patiënt uitgeschreven bij de eigen huisarts. Een specialist ouderengeneeskunde, die in dienst is van de instelling of als onderaannemer door de instelling wordt ingehuurd, levert dan de behandeling én de algemene geneeskundige zorg.^{156,157} De instelling kan voor de algemene geneeskundige zorg ook gebruik maken van een huisarts. Het verpleeghuis vergoedt dan de inzet van de zelfstandig specialist ouderengeneeskunde of de huisarts uit het zorgzwaartepakket van de patiënt.^{158,159}

In verpleeghuizen die niet gecontracteerd zijn voor behandeling levert een huisarts de algemeen geneeskundige zorg. Indien daarnaast behandeling door de specialist ouderengeneeskunde gewenst is, is dit op consultbasis te declareren via de functie H335.^{160,161}

4.1.2 Verpleging, verzorging en begeleiding

De totale inzet voor verpleging, verzorging en begeleiding wordt vergoed vanuit de zorgprofielen (zie inleiding van [deze paragraaf](#)).¹⁶²

4.1.3 Geestelijke verzorging

Olivia bespreekt met de geestelijk verzorger van de instelling hoe zij het ziekteproces ervaart. De geestelijk verzorger kan specialistische ondersteuning bieden op het gebied van coping en zingeving, het bieden van een vrijplaats¹⁶³ en het begeleiden bij religie en spiritualiteit.¹⁶⁴ Een instelling dient ervoor te zorgen dat geestelijke verzorging beschikbaar is.¹⁶⁵ Vanuit de Wlz wordt dit bekostigd uit de tarieven van de zorgzwaartepakketten.

¹⁵³ [Artikel 5.10 tot 5.12 NZa BR/REG-18143 Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten](#)

¹⁵⁴ [NZa BR/REG-18143 Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten, p. 34](#)

¹⁵⁵ [NZa BR/REG-18143 Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten, p. 35](#)

¹⁵⁶ [LHV \(2014\), Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁵⁷ [Artikel 3.1.1, lid 1d1 Wet langdurige zorg](#)

¹⁵⁸ [ActiZ / LHV \(2015\), Factsheet Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie](#)

¹⁵⁹ [Verenso / LHV \(2016\) Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 9](#)

¹⁶⁰ [Bijlage 1 NZa BR/REG-18141 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2018](#)

¹⁶¹ [Verenso / LHV \(2016\) Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 19](#)

¹⁶² [NZa \(2016\), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg](#)

¹⁶³ Het bieden van een vrijplaats houdt in dat de verzekerde met levensvragen bij een geestelijk verzorger terecht kan, los van de instelling of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is. ([VWS \(2010\), Geestelijke verzorging buiten de AWBZ-instelling \[Kamerbrief\], p. 3](#))

¹⁶⁴ [Hopman, A.M. \(2006\). Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 4](#)

¹⁶⁵ [Artikel 6, eerste lid Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg](#)

4.2 Palliatieve terminale unit (PTU)



Olivia zit in een rolstoel en neemt een slokje thee. Stilletjes geniet ze van het zachte lentebriesje en het gebabbel van Guus en Sara. Het is niet thuis, maar het voelt toch huiselijk. In het verpleeghuis is een specialist ouderengeneeskunde werkzaam. Omdat het verpleeghuis dichtbij het huis van Olivia is, wil ze graag onder behandeling blijven bij haar eigen huisarts. Die kent haar immers al lang en heeft het verloop van de ziekte vanaf het begin met het gezin meegemaakt. Dat begrijpt de specialist ouderengeneeskunde en hij stemt daarover af met de huisarts. Daar waar Olivia specialistische palliatieve zorg nodig heeft, neemt de specialist ouderengeneeskunde deze voor zijn rekening.

Wanneer het braken onophoudelijk wordt, stelt de in palliatieve zorg kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis in een familiegesprek voor om te starten met palliatieve sedatie. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

Patiënten die van buitenaf op de PTU worden opgenomen hebben veelal geen Wlz indicatie. Zij ontvangen zorg in de instelling vanuit de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#). Patiënten die thuis woonden met een Wlz-indicatie ([zie paragraaf 2.1.2](#)) en bewoners van een verpleeghuis die naar een PTU verplaatst worden, krijgen de zorg op de PTU vanuit de Wlz. Palliatieve zorg op een PTU wordt dus op verschillende manieren bekostigd:

Opname PTU Zorgverzekeringswet

Patiënten die bij aanvang van de PTZ nog geen Wlz-indicatie hadden krijgen de zorg in de instelling vanuit de [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#) via de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg* (ELV PTZ). De behandelend arts geeft hiervoor een terminaliteitsverklaring af.¹⁶⁶

Het ELV-tarief is integraal voor alle zorg die in de instelling wordt geleverd. Dat wil zeggen dat de instelling hier medische zorg, verpleging en verzorging uit bekostigt.

De instelling en de zorgverzekeraar maken afspraken over dit tarief in het contract. Dit mag lager zijn dan het maximumtarief, mits de zorginstelling daarvoor wel alle zorg kan leveren, die kwalitatief goed, tijdig bereikbaar en betaalbaar is.¹⁶⁷

Opname PTU Wet langdurige zorg

Een opname op de PTU kan vanuit de Wlz op verschillende manieren worden gefinancierd.

Het verpleeghuis waar de unit deel van uitmaakt kan een contract afsluiten met het zorgkantoor voor intramurale zorg. Financiering is dan zoals in het verpleeghuis (zie [paragraaf 4.1](#))

Het verpleeghuis kan ook contracten afsluiten voor het leveren van zorg thuis. Zorg vanuit de Wlz kan thuis op verschillende manieren geleverd worden:

- volledig pakket thuis (vpt): alle zorg door één aanbieder;
- modulair pakket thuis (mpt): zorg geleverd door verschillende aanbieders;
- persoonsgebonden budget (pgb): patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.¹⁶⁸

Vergoeding voor patiënten met een vpt, mpt of pgb

¹⁶⁶ [Artikel 4.3 NZa BR/REG-18118 eerstelijnsverblijf](#)

¹⁶⁷ [Artikel 5.1 NZa BR/REG-18118 eerstelijnsverblijf](#)

¹⁶⁸ [Zorginstituut Nederland, Wlz-kompas, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

Opname PTU Zorgverzekeringswet	Opname PTU Wet langdurige zorg
	<p>verloopt dan zoals thuis (zie hoofdstuk 2).</p> <p>Voor het kunnen declareren van een VV 10 <i>Beschermde verblijf met intensieve palliatieve terminale zorg</i> bij patiënten die vanuit een verpleeghuis komen, dient de behandelend arts een verklaring af te geven over alle criteria genoemd in paragraaf 4.1.</p> <p>Voor het kunnen declareren van een VV 10 bij patiënten die vanuit thuis komen, kan de behandelend arts volstaan met het afgeven van enkel een terminaliteitsverklaring.</p>

4.2.1 Arts

Arts PTU Zorgverzekeringswet	Arts PTU Wet langdurige zorg
<p>Voor een patiënt opgenomen op een palliatieve terminale unit in een instelling kan de specialist ouderengeneeskunde de zorg op zich nemen.¹⁶⁹ Dit hoeft echter niet. De huisarts kan ook de patiënt zelf blijven behandelen, waar nodig met ondersteuning.</p> <p>De kosten voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde vallen onder de prestatie <i>Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg</i>.¹⁷⁰</p> <p>De huisarts kan hiervoor de prestaties 'Intensieve zorg' declareren, omdat er in eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg geboden wordt.¹⁷¹ Zie ook paragraaf 2.1.1.</p>	<p>Bekostiging van medische zorg op een PTU voor patiënten met een Wlz-indicatie is gelijk aan de bekostiging in het verpleeghuis (zie paragraaf 4.1) of thuis (zie hoofdstuk 2). Vergoeding zoals in het verpleeghuis of thuis kan alleen wanneer het verpleeghuis waar de PTU onderdeel van is, daarvoor een contract heeft afgesloten met het zorgkantoor.</p>

4.2.2 Verpleging, verzorging en begeleiding

¹⁶⁹ [Verenso / LHV \(2016\) Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 18](#)

¹⁷⁰ [Artikel 4 NZa BR/REG-18118 eerstelijnsverblijf](#)

¹⁷¹ [Artikel 5.2.6 NZa BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018](#)

Verpleging, verzorging en begeleiding PTU Zorgverzekeringswet

Vanuit de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg* wordt "24-uurs-beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging" vergoed.¹⁷² Verzekeraars stellen daarnaast in het inkoopbeleid nog aanvullende eisen, bijvoorbeeld aan het niveau van de verpleegkundigen.¹⁷³

Verpleging, verzorging en begeleiding PTU Wet langdurige zorg

Bekostiging van verpleegkundige zorg op een PTU voor patiënten met een Wlz-indicatie is gelijk aan de bekostiging in het verpleeghuis (zie [paragraaf 4.1](#)) of thuis (zie [hoofdstuk 2](#)). Vergoeding zoals in het verpleeghuis of thuis kan alleen indien het verpleeghuis waar de PTU onderdeel van is daarvoor een contract heeft afgesloten met het zorgkantoor.

4.2.3 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging PTU Zorgverzekeringswet

Geestelijke verzorging kan worden vergoed zoals in de [thuisituatie](#).

Geestelijke verzorging PTU Wet langdurige zorg

Bekostiging van geestelijke verzorging op een PTU voor patiënten met een Wlz indicatie is gelijk aan de bekostiging in het verpleeghuis (zie [paragraaf 4.1](#)) of thuis (zie [hoofdstuk 2](#)). Vergoeding zoals in het verpleeghuis of thuis kan alleen indien het verpleeghuis waar de PTU onderdeel van is daarvoor een contract heeft afgesloten met het zorgkantoor.

4.3 Vrijwilligers

Net als thuis en in een hospice kunnen in een instelling in PTZ getrainde vrijwilligers van de organisatie Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) worden ingezet. De instelling kan hierover afspraken maken met een VPTZ-organisatie in de regio, die voor vergoeding subsidie aanvraagt via de [Regeling PTZ](#).

De vergoeding voor inzet van vrijwilligers in intramurale instellingen zoals het verpleeghuis is sinds 1 januari 2017 mogelijk. De subsidie vanuit de Regeling PTZ wordt gebaseerd op het gemiddeld aantal patiënten in de afgelopen drie jaar. Dat betekent dat er pas na het opbouwen van een historie subsidie kan worden ontvangen. De VPTZ-organisatie dient tot die tijd zelf voor de financiering te zorgen.¹⁷⁴

¹⁷² [Artikel 4 NZa BR/REG-18118 eerstelijnsverblijf](#)

¹⁷³ Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf Zilveren Kruis, CZ, VGZ, Menzis

¹⁷⁴ [VPTZ, Palliatieve Terminale Zorg \(PTZ\) door gespecialiseerde vrijwilligers in zorginstellingen, Geraadpleegd op 04 juli 2017](#)

4.4 Nazorg

De betrokken zorgverleners spelen direct na het overlijden van de patiënt in op wat de nabestaanden nodig hebben.¹⁷⁵ Deze zorg is onderdeel van de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg* (Zvw) of het ZZP van de patiënt (Wlz). Als de zorgvraag van een nabestaande complex wordt, is dit geen onderdeel van de prestatie. De nabestaande heeft dan een eigen zorgvraag en start een eigen zorgtraject via diens huisarts.¹⁷⁶

4.5 Afleggen en opbaren

De naasten van Olivia van Veen ervaren goede ondersteuning op de PTU. Na het overlijden vinden Guus en Sara het passend dat de instelling zorg draagt voor het afleggen en opbaren.

Afleggen en opbaren is geen verzekerde zorg. Deze kosten komen voor rekening van de patiënt die zich daarvoor kan verzekeren.¹⁷⁷

Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling voor afleggen en opbaren, dan kan de instelling dit aan nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar in rekening brengen.^{178,179} Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

4.6 Overzicht knelpunten en oplossingen

Knelpunten Verpleeghuis/PTU 2017	Situatie 2018/oplossingsrichting
<p><i>Tarief Eerstelijnsverblijf (Zvw)</i></p> <p>Het tarief is niet altijd toereikend voor de zorg in de instelling.</p>	<p><i>Kostenonderzoek</i></p> <p>In 2017-2018 doet de NZa een kostenonderzoek naar de tarieven eerstelijnsverblijf. Wanneer uit de resultaten blijkt dat het tarief voor de prestatie <i>Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg</i> ontoereikend is voor het leveren van kwalitatief goede palliatieve zorg, kunnen de tarieven worden aangepast.¹⁸⁰</p>
<p><i>Indicatiestelling door CIZ (Wlz)</i></p> <p>PTZ dient vaak snel geregeld te worden. De indicatie door het CIZ voor het ZZP VV10 duurt</p>	<p><i>Afschaffing indicatiestelling VV 10 door CIZ (Wlz)</i></p> <p>Vanaf 1 januari 2018 kan voor patiënten die reeds een indicatie voor de Wlz hebben VV 10 worden</p>

¹⁷⁵ IKNL / Palliatief (in autorisatie), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

¹⁷⁶ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

¹⁷⁷ [VWS \(2007\), Uitvaartpolissen \[Kamerbrief\], Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁷⁸ [VWS \(2007\), Uitvaartpolissen \[Kamerbrief\], Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁷⁹ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

¹⁸⁰ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 33](#)

uiterlijk zes weken en kan met een spoedprocedure uiterlijk binnen twee weken gebeuren.¹⁸¹ Wanneer de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet vergoed wordt.

gedeclareerd, mits wordt voldaan aan de daarvoor opgestelde criteria. De indicatie door het CIZ vervalt, waardoor de PTZ sneller geleverd kan worden.¹⁸²

¹⁸¹ [Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg](#)

¹⁸² [Informatielangdurigezorg.nl, Palliatief terminale zorg wordt eenvoudiger te regelen voor mensen met een Wlz-indicatie, Geraadpleegd op 14 december 2017](#)

5 Conclusies en aanbevelingen

Zoals in de inleiding is beschreven, streeft het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) er naar dat financiering geen belemmering is voor continue kwaliteit van palliatieve zorg. Doel daarbij is dat de financiering volstaat en duidelijk en niet bureaucratisch georganiseerd is.

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland heeft als kernpunten: vroege inzet van palliatieve zorg, gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning, continuïteit en coördinatie van zorg, sterven op de plek van voorkeur en palliatieve zorg als generalistische zorg met, waar nodig, specialistische ondersteuning.

Uit deze handreiking blijkt dat er voor het leveren van goede palliatieve zorg vanuit wet- en regelgeving veel mogelijk is, maar dat het lastig uitvoerbaar is om dit voor patiënt en naasten in de praktijk ook daadwerkelijk te realiseren.

Vroege inzet

Uit diverse internationale wetenschappelijke onderzoeken blijkt dat vroege inzet van palliatieve zorg de kwaliteit van leven van de patiënt en de tevredenheid van patiënt en naasten over de geleverde zorg verbeteren. De huidige focus in de financiering op de laatste drie maanden biedt nog weinig ruimte voor deze vroege inzet.

Gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning

Mogelijkheden voor financiering van gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning zijn in de huidige praktijk veelal nog verbonden aan de palliatieve terminale fase. Als onderdeel van goede palliatieve zorg dienen deze eerder in het proces inzetbaar te zijn.

Continuïteit en coördinatie van zorg

Om goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverleners te realiseren, wanneer er sprake is van transfers van patiënten tussen ziekenhuis en thuis of verpleeghuis, blijkt door de diversiteit in de regelgeving en verzuiling van financiering tussen de eerstelijns en de tweede lijn frequent nog een ware uitdaging.

Sterven op de plek van voorkeur

Tegenover het streven naar sterven op de plek van voorkeur, hetgeen meestal thuis is, staan krappe tarieven en budgetplafonds, complexe regelgeving en afwezige vergoeding voor specifieke onderdelen van de palliatieve zorg die een belemmering vormen voor de inzet van specialistische (duurdere) ondersteuning in de eerstelijns. In complexe situaties zal in de praktijk daardoor nog regelmatig verplaatsing van de patiënt naar het ziekenhuis plaatsvinden.

Generalistische zorg met, waar nodig, specialistische ondersteuning

Met laagdrempelige mogelijkheid om in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in te zetten als extra schil van ondersteuning voor de patiënt, diens naasten en de betrokken generalistische zorgverleners zal de kwaliteit van zorg verder verbeteren. Dan zal voldoen aan de wens om thuis (of in het verpleeghuis) te sterven voor meer patiënten te realiseren zijn. Dit blijkt uit verrichte onderzoeken naar effect van PaTz groepen en vroege inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen (casemanagers palliatieve zorg) in de eerstelijns.^{183,184} Daarbij gaat het niet alleen om vroege inventarisatie van de wensen en behoeften van patiënten, maar ook om het, vanuit kennis en kunde, anticiperen op te verwachten complicaties in het verloop van de ziekte.

Complexe regelgeving

Vanuit de wens om op individueel niveau meer mogelijk te maken is de huidige wet- en regelgeving in de

¹⁸³ [Vumc-EPZ / Emgo. Factsheet evaluatieonderzoek PaTz.](#)

¹⁸⁴ [Van der Plas et al. \(2015\) Handreiking casemanagers palliatieve zorg in de eerste lijn](#)

loop der jaren complex geworden. Dit maakt in het algemeen de mogelijkheden van financiering van palliatieve zorg onduidelijk. Daarbij vindt vergoeding plaats op basis van verschillende wetten en is afhankelijk van de uitgangspositie van de patiënt en de contracten die de zorgaanbieder af heeft kunnen sluiten met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Op individueel niveau leidt dit tot verschillen in de mogelijkheden van financiering van de benodigde zorg.

Valkuil

Binnen de huidige organisatie van de financiering van palliatieve zorg dient men er voor te waken dat met het opheffen van het ene knelpunt niet een ander knelpunt ontstaat. Zo is het integraal tarief voor de wijkverpleging ingevoerd om de administratieve lasten te verlichten. De integrale tarieven bieden in de praktijk nu echter onvoldoende ruimte voor de (vroeg) inzet van specialistische ondersteuning. In dit geval heeft vermindering van de bureaucratische organisatie van de financiering er toe geleid dat de financiering niet volstaat.

Aanbevelingen tot 2020

Om de kernpunten van het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland in de aanloop naar 2020 te realiseren is verbetering op de volgende punten noodzakelijk:

Regelgeving

- vereenvoudiging van wet- en regelgeving
- voorgestelde aanpassingen / oplossingen afstemmen met het veld om tot daadwerkelijk passende financiering te komen
- ruimte bieden voor vroeg inzet van palliatieve zorg, tijdige gezamenlijke besluitvorming en proactieve zorgplanning.

Contractering

- loslaten van een budgetplafond bij aangetoonde doelmatige palliatieve zorg of meenemen van een groeipercentage bij de inkoop om te voorkomen dat het leveren van doelmatige palliatieve zorg leidt tot tekorten op het budget
- specifieke aandacht voor directe contractering van hospicezorg

Bekostiging van specialistische ondersteuning in de eerstelijns voor

- PaTZ
- (vroeg) inzet gespecialiseerd verpleegkundige (casemanager palliatieve zorg)
- (vroeg) inzet van in palliatieve zorg kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde

Aanbevelingen 2020 - 2025

Uit diverse internationale studies blijkt vroeg inzet van goede palliatieve zorg te leiden tot verbetering van de ervaren kwaliteit van zorg in combinatie met kosteneffectiviteit. Deze resultaten zijn onder meer te danken aan vroegtijdige zorgplanning, waar inventarisatie van de wensen en behoeften van patiënten en hun naasten frequent blijkt te leiden tot minder lang doorgaan met ziektegerichte behandeling. Op dit moment is het Zorginstituut Nederland bezig met een onderzoek naar kosteneffectiviteit van palliatieve zorg bij long- en darmkanker patiënten.

Naar verwachting zullen de resultaten een onderbouwing vormen voor de aanbeveling uit het KNMG rapport 'Niet alles wat kan, hoeft' om ons zorgstelsel minder te richten op productie, maar meer op passendheid van zorg. Pleidooi is om dit voor de palliatieve zorg te realiseren middels een aparte bekostigingssystematiek. Hierbij kan een landelijk geautoriseerd Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland als uitgangspunt dienen.

Bijlage

Overzicht betrokken organisaties

Werkgroep eerstelijns	
Landelijke Huisartsenvereniging	Karel Rosmalen
Vereniging specialisten ouderengeneeskunde	Kees Goedhart
Vereniging van Geestelijk Verzorgers	Charlotte Molenaar Etje Verhagen
Verpleegkundigen & Verzorgenden NL	Mariska de Bont Jolande van den Brink Ria van Leer Anke Straatsma
Vrijwilligers Palliatieve terminale zorg	Chantal Holtkamp
Associatie Hospicezorg Nederland	Ingrid Heidema Janneke Koningswoud Marion Sonneveld
Actiz	Wimjan Vink

Werkgroep tweede lijn	
Nederlandse vereniging voor Anesthesiologie	Michel Wagemans
Nederlandse Internisten vereniging	Robbert van Alphen
Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde	Desirée Cremers
Nederlandse vereniging voor Klinische Geriatrie	Geert Lefeber
Nederlandse vereniging van artsen voor Longziekten en Tuberculose	Kris Mooren Karin Pool
Nederlandse vereniging voor Neurologie	Maaïke Bos
Verpleegkundigen & Verzorgenden NL	Sylvia Verhage
Leids Universitair medisch centrum	Noortje Kraneveld

Maasstad Ziekenhuis	Eline Duijvesteijn
Radboud Universitair medisch centrum	Danielle Stuijvenberg
Rijnstate Ziekenhuis	Erica van Henten

Klankbordgroep	
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra	Hanna Toornstra
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen	Jan Plass
Nederlandse Zorgautoriteit	Marieke Hollander Yolande Waterreus
Praktijktteam palliatieve zorg ministerie van VWS	Nicole Houweling Fred Lafeber Thea Leeuwangh
Raad Beroepsbelangen Federatie Medisch specialisten	Anne Claire van Harderwijk
Zorgverzekeraars Nederland	Angela Bransen Mischa Buter

Integraal Kankercentrum
Nederland
info@iknl.nl
www.iknl.nl

