

Handreiking financiering palliatieve zorg 2019

Juli 2018
2^e Versie

Handreiking financiering palliatieve zorg 2019

Auteurs

Bo van Aalst
Chantal Pereira
Joep Douma
Manon Boddaert

2^e Versie

November 2018

Met het doel om knelpunten in de financiering van palliatieve zorg te verhelderen, heeft IKNL in 2017 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 in 2018. Deze Handreiking financiering palliatieve zorg 2019 is, opnieuw in samenspraak met het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), herzien aan de hand van de geldende wet- en regelgeving voor palliatieve zorg in 2019.

De doorgevoerde wijzigingen in de Handreiking financiering palliatieve zorg 2019 betreffen:

Hoofdstuk 1: Ziekenhuis

- Aangepaste omschrijving zorgactiviteit *Overleg palliatieve zorg (190006)* waardoor deze ook voor kinderpalliatieve zorg geregistreerd kan worden. Zie [paragraaf 1.2.1](#)
- Toelichting op de per 1 januari 2018 toegevoegde zorgactiviteiten screen-to-screenconsult (190161), belconsult (190162) en schriftelijke consultatie (190163) ten behoeve van consultverlening op afstand. Zie [paragraaf 1.2.2](#)

Hoofdstuk 2: Thuis

- Uitbreiding per 1 juli 2018 van de mogelijkheden voor extra financiering voor patiënten die thuis wonen met een Wlz-indicatie. Zie [paragraaf 2.1.2](#)
- Nieuwe, integrale prestatie verpleging en verzorging voor kinderen in de thuissituatie per 1 januari 2019. Zie [paragraaf 2.1.2](#)
- Vergoeding van geestelijke verzorging in de eerstelijns via de netwerken palliatieve zorg. Zie [paragraaf 2.2.3](#)

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 (IKNL/Palliactief, 2017) komt met deze handreiking per 1 januari 2019 te vervallen.

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2019 is in juli 2018 gepubliceerd. In deze versie van november 2018 is definitief geworden regelgeving verwerkt en zijn de meest recente wijzigingen in de wet- en regelgeving doorgevoerd.



"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 werden³, beschreven hoe de palliatieve zorg in 2019 wordt gefinancierd.

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 Olivia 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 de bron. 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.

In de financiering wordt een onderscheid gemaakt tussen palliatieve zorg en palliatieve terminale zorg (PTZ). In het Besluit langdurige zorg wordt PTZ omschreven als: '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.'⁴ Deze handreiking gaat over financiering van palliatieve zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)⁵ en beperkt zich daarin niet tot de laatste drie maanden van het leven.

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 stuitte.

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

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

⁴ [Artikel 1.1.1 Besluit langdurige zorg](#)

⁵ [IKNL/Palliactief \(2017\), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

Inhoudsopgave

Leeswijzer	5
Inhoudsopgave	6
Inleiding	8
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	14
1.4 Financiering binnen het ziekenhuis	14
2 Thuis	15
2.1 Generalistische palliatieve zorg	15
2.1.1 Huisarts	15
2.1.2 Verpleging en verzorging	16
2.1.3 Mantelzorg	21
2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	21
2.2.1 Huisarts	22
2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager palliatieve zorg	24
2.2.3 Geestelijke verzorging	24
2.2.4 Vrijwilligers	24
2.3 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp	24
2.4 Nazorg	25
3 Hospice	26
3.1 Vrijwilligers	26
3.2 Verpleging en verzorging	27
3.3 Arts	27
3.4 Geestelijke verzorging	28
3.5 Verblijfskosten	28
3.6 Afleggen en opbaren	28
4 Verpleeghuis & Palliatieve terminale unit	29
4.1 Verpleeghuis	29
4.1.1 Arts	30
4.1.2 Verpleging, verzorging en begeleiding	30
4.1.3 Geestelijke verzorging	30
4.2 Palliatieve terminale unit (PTU)	30
4.2.1 Arts	32
4.2.2 Verpleging, verzorging en begeleiding	33
4.2.3 Geestelijke verzorging	33
4.3 Vrijwilligers	33
4.4 Nazorg	33

4.5	Afleggen en opbaren	34
5	Knelpunten	35
5.1	Ziekenhuis	35
5.2	Thuis	39
5.3	Hospice	44
5.4	Verpleeghuis	46
	Bijlagen	48
B1	Relevante wet- en regelgeving	49
B2	Overzicht betrokken organisaties	50

Inleiding

Nationaal Programma Palliatieve Zorg

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.⁶

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.⁷

Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

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 had tot doel de landelijke organisaties die zich bezighouden met palliatieve zorg te verbinden met wetenschappelijke verenigingen en koepelorganisaties, zorgverzekeraars en overheid om gezamenlijk te komen tot een gedragen, eenduidig kwaliteitskader voor palliatieve zorg met passende financiering.

In oktober 2017 is het 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland' gelanceerd (IKNL/Palliactief). Het kader is breed geautoriseerd door de betrokken partijen.

Definitie Palliatieve zorg in het Kwaliteitskader (gemodificeerd WHO 2002)

Zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.

Palliatieve zorg heeft de volgende kenmerken:

- de zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden;
- generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten en stemmen de behandeling af op door de patiënt gestelde waarden, wensen en behoeften;
- de centrale zorgverlener coördineert de zorg ten behoeve van de continuïteit;
- de wensen van de patiënt en diens naasten omtrent waardigheid worden gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.⁸

Financiering palliatieve zorg

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.⁹ Knelpuntenanalyses^{9,10} maken duidelijk dat zowel in de eerstelijns als in de tweede lijn

⁶ [VWS \(2013\), investeren in palliatieve zorg \[Kamerbrief\]](#)

⁷ [Nationaalprogramma palliatievezorg.nl, geraadpleegd op 8 juli 2017](#)

⁸ [IKNL/Palliactief \(2017\), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

⁹ [IKNL / Palliactief \(2017\), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerstelijns](#)

¹⁰ [IKNL / Palliactief \(2015\), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen](#)

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 lijns 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) geïnterviewd 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 de Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 beschreven in samenhang met het NZa-rapport 'Palliatieve zorg op maat'.¹¹ De eindversie is tot stand gekomen na consultatierondes met de werkgroepleden en een klankbordgroep (zie bijlage 2) en in goede afstemming met het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze Handreiking financiering palliatieve zorg 2019 is een herziening van die van 2018 en is wederom afgestemd 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 2019 op een rij te zetten en te koppelen aan mogelijkheden voor registratie en declaratie.

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.

¹¹ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat](#)

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).¹² 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-beslismodel¹³. Lees meer over gezamenlijke besluitvorming in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland;¹⁴
- 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).¹⁵

Deze activiteit wordt naast een herhaalpolibezzoek (190008, 190013, 190065), screen-to-screenconsult (190161) of verpleegdag (190200, 190218, 194804) vastgelegd. De zorgactiviteit heeft een puur registratieve functie en kan naast een herhaalpolibezzoek, 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.¹⁶

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 supportieve care/palliatieve zorg" (039928) te registreren.¹⁷ Face-to-face contact met de patiënt is hierbij wel een voorwaarde voor registratie.

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

¹² [Artikel 24.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

¹³ Bijvoorbeeld [G. Elwyn et al. \(J Gen Intern Med 2012\), Shared decision making: a model for clinical practice.](#)

¹⁴ [IKNL/Palliatief \(2017\), Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland](#)

¹⁵ [Artikel 24.9 NZa NR/REG-1907 Regeling medisch-specialistische zorg](#)

¹⁶ [NZa \(2017\). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen dbc-pakket RZ18a, p 8](#)

¹⁷ [NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a Zorgactiviteitentabel](#)

registratie en declaratie van bijbehorende zorgactiviteit) bij die patiënten veelal doorloopt tot aan overlijden. Wanneer er op enig moment behoefte ontstaat aan supportieve-care producten bij andere specialismen en/of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.¹⁸

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.^{19,20}

De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in de kostprijstaanleveringen, 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. 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-geneeskunde. Ten minste één van de medisch specialisten dient specifiek opgeleid te zijn in palliatieve zorg.²¹

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.

¹⁸ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 15](#)

¹⁹ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 16](#)

²⁰ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

²¹ [Stichting Oncologische Samenwerking \(2018\), Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland, SONCOS normeringsrapport 6](#)

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.²²

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.

In het geval van palliatieve zorg voor kinderen bestaat het team palliatieve zorg tenminste uit één poortspecialist met speciale expertise/aanvullende scholing op het gebied van de kinderpalliatieve zorg en een coördinerend verpleegkundige.²³

De 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

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. Het consult mag 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).²⁴

²² [NZa \(2017\). Rapport palliatieve zorg op maat, p. 12](#)

²³ [Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

²⁴ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

Overigens blijven, in het geval van een parallel zorgtraject, de reguliere regels voor parallelliteit 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.²⁵

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.²⁶

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.²⁷

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 zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' is ook bedoeld voor het poliklinische consult. Voor het polibezoek van Olivia en haar gezin wordt deze 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. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.²⁸

Consulten op afstand

Screen-to-screenconsulten (190161) kunnen een polikliniekbezoek vervangen. Daarnaast kunnen belconsulten (190162) en schriftelijke consultatie (190163) een herhaal-polikliniekbezoek vervangen. Het gaat dan om een consult waarbij contact is met een patiënt via de telefoon, een beeldverbinding of schriftelijk (bijvoorbeeld via e-mail of chat). Het consult moet zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldoen aan de voorwaarden die gelden voor het reguliere face-to-face (herhaal-)polikliniekbezoek. Het schriftelijke consult dat bijvoorbeeld één herhaal-polikliniekbezoek vervangt, kan uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen bestaan en toch als één schriftelijk consult worden geregistreerd. Van dit type consulten wordt, net als bij face-to-face-polikliniekbezoeken inhoudelijke verslaglegging gedaan in het medisch dossier van de patiënt.²⁹

²⁵ [Artikel 5a 1 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

²⁶ [Artikel 5a 3 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

²⁷ [Artikel 5a 1 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

²⁸ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

²⁹ [Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

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.

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.³⁰

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.

³⁰ [Registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten](#)

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.³¹

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 [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#). Het maakt niet uit of een patiënt reeds een indicatie voor de [Wet langdurige zorg \(Wlz\)](#) heeft of niet.³² De zorg is ingedeeld in drie segmenten:

- Segment 1: Basiszorg
- Segment 2: Multidisciplinaire eerstelijnszorg
- Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Segment 1: Basiszorg

Palliatieve zorg valt onder de basiszorg in segment 1. Declaratie van de geboden palliatieve terminale zorg vindt plaats onder de prestatie Intensieve zorg³³:

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 of consulten per e-mail of via een internet beeldverbinding ter vervanging van een spreekuurconsult mogen volgens regulier tarief gedeclareerd worden, mits de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier face-to-face consult wordt geboden.³⁴

Segment 2: Multidisciplinaire eerstelijnszorg

Segment 2 biedt de mogelijkheid tot prestaties onder de noemer van Organisatie en Infrastructuur (O&I). De prestaties O&I Wijkmanagement, O&I Ketenzorg, O&I Regiomanagement en O&I Geïntegreerde

³¹ [PaTz, uitgangspunten en doelen. Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

³² [NZa BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018, p. 37](#)

³³ [Artikel 5.2.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133](#)

³⁴ [Artikel 5.2.2 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133](#)

eerstelijnszorg overig bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Deze aanvullende vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continu verbeteren van de kwaliteit en kosten van zorg.

Segment 2B biedt ruimte voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in Segment 2A (ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma). Het gaat hierbij om nieuwe ketens (bijvoorbeeld depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens (bijvoorbeeld farmaceutische zorg) waarbij landelijk overeenstemming is over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden.³⁵

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Ook Segment 3 biedt ruimte aan verzekeraars en aanbieders om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. De afspraken binnen Segment 3 kunnen betrekking hebben op uitkomsten van zorg geleverd in Segment 1 (huisartsenzorg) en Segment 2 (multidisciplinaire zorg). Ook de zorgvernieuwing kan op beide domeinen betrekking hebben.³⁶

Deelname PaTz-overleg

De huisarts van Olivia neemt deel aan het PaTz-overleg in zijn regio. PaTz staat voor Palliatieve Thuiszorg. Zes keer per jaar komen huisartsen en wijkverpleegkundigen uit een regio bij elkaar om hun palliatieve patiënten te bespreken. Ze houden een register van hun palliatieve patiënten bij en selecteren bij iedere bespreking een aantal patiënten om te bespreken. De bespreking is gericht op het proactief nadenken over het 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.³⁷

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^{38,39} of als de prestatie *Palliatieve consultatie, telefonisch*⁴⁰ uit de M&I (Modernisatie en Innovatie) - verrichtingen⁴¹ en is er een regio waar huisartsen die deelnemen aan PaTz groepen aanspraak kunnen maken op een eenmalige toeslag op het inschrijftarief per ingeschreven patiënt.⁴²

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:

³⁵ [Artikel 6.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133](#)

³⁶ [Artikel 7.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133](#)

³⁷ [Schweitzer et al. \(2015\). Handleiding ten behoeve van de implementatie van PaTz..](#)

³⁸ [LHV West-Brabant.nl, S3 gelden - aanvullende regioprestaties, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

³⁹ [LHV Amsterdam/Almere. Zilveren Kruis financiert deelname huisartsen aan PaTz-groepen, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁴⁰ [PaTz. Vraag en antwoord, Vergoeding, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁴¹ [NZa BR/REG-18122 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018. Bijlage 2a: Prestatielijst M&I-verrichtingen](#)

⁴² [PaTz Regiotafel Midden-Nederland \(MN\). Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Algemeen

De patiënt kan de zorg thuis op twee manieren (leveringsvormen) ontvangen:

- 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.⁴³

Verpleging en verzorging is onderverdeeld in de volgende prestaties:

1. Persoonlijke verzorging
2. Oproepbare verzorging
3. Verpleging
4. Oproepbare verpleging
5. Advies, Instructie en voorlichting (AIV)
6. Gespecialiseerde verpleging
7. Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar
8. Beloning op maat
9. Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg
10. Ketenzorg dementie
11. Onderlinge dienstverlening⁴⁴

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken hier tariefafspraken over. Voor de eerste zeven prestaties geldt een maximum per uur. Voor de overige prestaties zijn de tarieven vrij.⁴⁵

Voor individueel toewijsbare zorg kan ook een integraal tarief worden afgesproken op basis van de prestatie: 'experiment bekostiging verpleging en verzorging'. Een uitzondering hierop zijn de prestaties 'ketenzorg dementie' en 'regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg'.

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Algemeen

De patiënt kan de zorg thuis op drie manieren (leveringsvormen) ontvangen:

- 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.⁴⁹

De zorgaanbieder en het zorgkantoor spreken hiervoor tarieven af. Daarvoor gelden voornamelijk maximumtarieven zoals vastgelegd in de tariefbeschikkingen van de NZa.⁵⁰

Voor patiënten met een Wlz-indicatie die op een wachtlijst staan voor een zorginstelling en die in de tussentijd zorg thuis nodig hebben, kan overbruggingszorg worden aangevraagd. Overbruggingszorg waarbij niet aan het doelmatigheidscriterium hoeft worden voldaan, kan voor een periode van 13 weken worden verleend. Deze periode kan worden verlengd.⁵¹ Als er voorafgaand aan deze periode al zorg vanuit bijvoorbeeld de Zvw werd geleverd aan deze patiënt, dan kan de overbruggingszorg door dezelfde aanbieder worden geleverd.⁵²

⁴³ [Regelhulp.nl Rijksoverheid, Pgb voor wijkverpleging, Geraadpleegd op 8 juli 2018](https://regelhulp.nl/Rijksoverheid/Pgb-voor-wijkverpleging-Geraadpleegd-op-8-juli-2018)

⁴⁴ [Artikel 4 NZa BR/REG-19141 Beleidsregel Verpleging en Verzorging](#)

⁴⁵ [Artikel 5 NZa BR/REG-19141 Beleidsregel Verpleging en Verzorging](#)

⁴⁹ [Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen \(instelling, vpt, mpt en pgb\) \(Wlz\), Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁵⁰ [NZa \(2017\), Brief Aangepaste beleidsregels en regelingen Wlz 2017 en 2018, p. 2](#)

⁵¹ [Artikel 3.3.6 Wet langdurige zorg](#)

⁵² [Artikel 3.3.6a Wet langdurige zorg](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Deze prestaties kunnen geen onderdeel uitmaken van het integraal tarief. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen met elkaar afspraken maken over welke prestaties zij via het integraal tarief willen bekostigen. De tarieven zijn vrij. Wel moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieder de afspraken in een schriftelijke overeenkomst vastleggen.⁴⁶

Zorgverzekeraars hebben voor 2018 gemiddeld met 98 procent van hun gecontracteerde zorgaanbieders een integraal uurtarief afgesproken. Het ging dan over het algemeen om een vervanging van de prestaties verpleging, persoonlijke verzorging, oproepbare verpleging en oproepbare verzorging en AIV.⁴⁷ Op grond van het experiment kunnen ook andere afspraken dan een integraal tarief per uur gemaakt worden, bijvoorbeeld een tarief per cliënt per maand, week of dag.⁴⁸

Palliatieve (terminale) zorg

Palliatieve zorg wordt door de meeste verzekeraars niet apart, maar als onderdeel van het reguliere contract voor de wijkverpleging ingekocht.

Aan het leveren van palliatieve terminale zorg (PTZ) worden wel specifieke eisen gesteld, bijvoorbeeld aan het niveau van de zorgverleners, deelname aan consultatieteams en/of deelname aan het netwerk palliatieve zorg.⁵³ Als de zorgaanbieder daaraan voldoet, kan deze de PTZ declareren vanuit de reguliere prestaties of de integrale prestatie. Specialistische zorgvormen kunnen onder het integrale tarief vallen.⁵⁴

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt al heeft. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld Zorgprofiel VV 6 heeft, dan wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.⁵⁸

Patiënten met een mpt of een pgb, met een levensverwachting langer dan drie maanden en voor wie de zorg thuis aantoonbaar ontoereikend is, kunnen tot 25 procent extra budget ontvangen.⁵⁹

Wanneer voor deze patiënten de zorgbehoefte minimaal 25 procent hoger is dan vanuit het zorgprofiel wordt vergoed, kan in de profielen

⁴⁶ [Artikel 4.1 NZa BR/REG-19144 Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging](#)

⁴⁷ [NZa \(2018\). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 26](#)

⁴⁸ [NZa \(2018\). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 28](#)

⁵³ [NZa \(2018\). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34](#)

⁵⁴ [NZa \(2018\). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 36](#)

⁵⁸ [VWS \(2017\). Informatiekaart palliatieve zorg](#)

⁵⁹ [Artikel 5.3 leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Intensieve zorg

24-uurszorg wordt voortaan 'intensieve zorg' genoemd.⁵⁵ De wijkverpleegkundige indiceert de zorg die de patiënt nodig heeft. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de vergoeding van de geïndiceerde zorg. Hij kan wel vragen om daar zinnig mee om te gaan, bijvoorbeeld door de inzet van niet-formele zorg waar dat mogelijk is.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is.⁵⁶ Wanneer het budgetplafond overschreden dreigt te worden, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in gesprek gaan over het ophogen van het plafond. Alle zorgverzekeraars zijn bereid bij te contracteren als PTZ in het geding is.⁵⁷

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

VV 7 en VV 8 extra financiering worden aangevraagd bij het zorgkantoor.⁶⁰

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.⁶¹

Palliatieve terminale zorg

Ook palliatieve terminale zorg (PTZ) wordt in principe vergoed vanuit het zorgprofiel dat de patiënt al heeft.⁶²

Wanneer de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een mpt of een pgb, kan bij het zorgkantoor een verhoging worden aangevraagd indien dit nodig is om de patiënt PTZ thuis te kunnen laten ontvangen. Dit kan als de behandelend arts inschat dat de levensverwachting korter dan drie maanden is.⁶³

Als de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een vpt, kan 10 VV *Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* bij het zorgkantoor gedeclareerd worden, indien die verhoging nodig is om de patiënt intensieve PTZ thuis te kunnen laten ontvangen. Dit kan als de behandelend arts inschat dat de

⁵⁵ [VWS \(2018\), Verbeteringen palliatieve zorg \[Kamerbrief\], p. 5](#)

⁵⁶ [VWS \(2017\), Palliatieve zorg, een niveau hoger \[Kamerbrief\], p. 5](#)

⁵⁷ [NZa \(2018\), Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34](#)

⁶⁰ [Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg](#)

⁶¹ [Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg](#)

⁶² [VWS \(2017\), Informatiekaart palliatieve zorg](#)

⁶³ [Artikel 5.3 leden 3 en 4 Regeling langdurige zorg](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

levensverwachting korter dan drie maanden is. Het volstaat dat deze levensverwachting is opgenomen in het dossier van de patiënt voor toetsing bij de materiële controle.⁶⁴ Het geïndiceerde zorgprofiel blijft hierbij ongewijzigd, maar kan niet gelijktijdig met VV 10 gedeclareerd worden.⁶⁵

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.⁶⁶ 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.⁶⁷

Deelname PaTz-groep

Deelname aan de PaTz-vergaderingen kent geen specifieke bekostiging voor de wijkverpleegkundige.⁶⁸ Indirecte patiëntenzorg zit verdisconteerd in de zorgprestaties.⁶⁹

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

⁶⁴ [Artikel 5.9 NZa BR/REG-19121 Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019](#)

⁶⁵ [NZa BR/REG-19121 Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019, toelichting per artikel](#)

⁶⁶ [Artikel 4.1 NZa BR/REG-19141 Beleidsregel Verpleging en Verzorging](#)

⁶⁷ [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 28](#)

⁶⁸ [PaTz.nl, Vraag en antwoord, Vergoeding, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁶⁹ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 50-51](#)

zelfmanagement⁷⁰ en mantelzorgondersteuning, en waar nodig aan inzet van gespecialiseerde zorgverleners.⁷¹ 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.⁷²

Soms kan de zorg te zwaar zijn voor de mantelzorger. Dan kan de thuiszorg (tijdelijk) hulp geven. Soms is logeeropvang mogelijk (tijdelijk logeren in een zorginstelling). Hierdoor heeft de mantelzorger even geen zorgtaken waardoor hij/zij kan uitrusten. Dit heet 'respijtzorg' of vervangende zorg.⁷³

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.⁷⁴

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.

⁷⁰ [Zorginstituut Nederland, Verpleging in de wijk \(Zvw\), Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁷¹ [Expertisecentrum mantelzorg, Mantelzorgers ondersteunen voor verzorging en verpleging, Geraadpleegd 4 juli 2017](#)

⁷² [Mezzo, Vergoedingen, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁷³ [Regelhelp, Rijksoverheid, Gebruikelijke zorg, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

⁷⁴ [Regelhelp, Rijksoverheid, Vervangende zorg \(respijtzorg\), Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

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.

- 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 gebracht.⁷⁵

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.⁷⁶

De specialist ouderengeneeskunde kan in de eerste lijn 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. De zorg door de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie voor patiënten zonder Wlz-indicatie wordt ook in 2019 bekostigd via de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling.⁷⁷ De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz- indicatie wordt bekostigd uit de Wlz.

Inzet specialist ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet

De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten zonder Wlz-indicatie wordt ook in

Inzet specialist ouderengeneeskunde Wet langdurige zorg

De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz- indicatie wordt bekostigd

⁷⁵ [Bijlage 2a NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133](#)

⁷⁶ [Artikel 7.2.2 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133](#)

⁷⁷ [Artikel 1.2 Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling](#)

Inzet specialist ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet

2019 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.^{78,79}

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.⁸⁰

Inzet specialist ouderengeneeskunde Wet langdurige zorg

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.^{81,82}

Deelname PaTz

Huisartsen en wijkverpleegkundigen in een PaTz-groep worden ondersteund door een in palliatieve zorg gespecialiseerde consulent. 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).⁸³ Daarnaast biedt Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) vergoeding voor inzet van - aan IKNL verbonden - consulenten⁸⁴.

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 consulent denkt met de consultvrager mee en brengt advies uit. Hier zijn voor de consultvrager geen kosten aan verbonden. De consulenten zijn artsen en verpleegkundigen die door opleiding en praktijk gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Om de expertise van de consulenten nog laagdrempeliger en effectiever beschikbaar te stellen aan zorgverleners is de consultatievoorziening regionaal én transmuraal georganiseerd.

⁷⁸ [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p.18](#)

⁷⁹ [Bijlage 1 NZa BR/REG-19120 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019](#)

⁸⁰ [Bijlage 1 NZa BR/REG-19120 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019](#)

⁸¹ [Bijlage 1 NZa BR/REG-19120 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019](#)

⁸² [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p.18](#)

⁸³ [LHV West-Brabant.nl, S3 gelden - aanvullende regioprestaties, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁸⁴ [IKNL, PaTz, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

Zorgverleners binnen de gehele zorgketen kunnen een beroep doen op deze consultants voor advies en ondersteuning bij specialistische en complexe zorgvragen.⁸⁵

2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager palliatieve zorg

Bekostiging van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten/casemanager palliatieve zorg kan via de prestaties 'gespecialiseerde verpleging' of 'AIV'.⁸⁶ Bekostiging kan ook deel uitmaken van het integraal tarief.^{87,88} 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

Begeleiding op het gebied van zingeving en spiritualiteit is onderdeel van de taken van zorgverleners.⁸⁹ Wanneer de hulpvraag van de patiënt hun deskundigheid overstijgt, kan de geestelijk verzorger hierin specialistische ondersteuning bieden.⁹⁰

Voor 2019 en 2020 wordt de bestaande subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg tijdelijk opgehoogd om de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns mogelijk te maken. Deze ophoging kan besteed worden aan consulten van geestelijk verzorgers, deelname van geestelijk verzorgers aan diverse multidisciplinaire overleggen, beschikbaarheid van geestelijk verzorgers voor bijscholing van primaire zorgverleners en om de bekendheid van de geestelijk verzorgers te vergroten. Daarnaast ontvangen de netwerken middelen voor onder andere het opzetten van de benodigde faciliteiten.

De netwerken zullen gedurende deze twee jaar worden ondersteund via een landelijk project en actiegericht onderzoek. Hierdoor wordt op korte termijn gewerkt aan een groter aanbod en een betere bekostiging. Tegelijkertijd wordt door alle partijen gewerkt aan de verdere ontwikkeling van geestelijke verzorging en wordt samen met deze partijen uitgezocht welke alternatieven er zijn voor toekomstige bekostiging (na 2020). Hiervoor zijn vanaf 2021 structurele middelen beschikbaar.

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.

⁸⁵ [IKNL. Consultatie palliatieve zorg en transmurale consultatie, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁸⁶ [Artikel 4 NZa BR/REG-19141 Beleidsregel Verpleging en Verzorging](#)

⁸⁷ [Artikel 4.1 NZa BR/REG-19144 Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging](#)

⁸⁸ [NZa \(2018\). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 36](#)

⁸⁹ [Hopman, A.M. \(2006\). Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 5](#)

⁹⁰ [IKNL \(2018\) Richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase](#)

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.^{91 92,93} Ook kunnen vanuit de Zvw tijdelijk hulpmiddelen worden geleend.⁹⁴ Hulpmiddelen ter vergroting van de zelfredzaamheid worden vergoed vanuit de Wmo.^{95,96,97} Zo kan een rolstoel bijvoorbeeld de eerste zes maanden geleend worden vanuit de Zvw en daarna vergoed worden vanuit de Wmo.⁹⁸

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wmo.⁹⁹

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wlz.^{100,101,102}

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.¹⁰³ Wanneer de rouw complex wordt, start voor de nabestaande een eigen zorgvraag.

⁹¹ [Rijksoverheid, Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁹² [Artikel 1 NZaBR/REG-19121, Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019](#)

⁹³ [Artikel 1 NZa BR/REG-19120 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019](#)

⁹⁴ [Vilans.nl, Zorgverzekeringswet \(Zvw\), Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁹⁵ [Artikel 1 NZaBR/REG-19121, Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019](#)

⁹⁶ [Artikel 1 NZa BR/REG-19120 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019](#)

⁹⁷ [Rijksoverheid.nl, Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁹⁸ [Vilans.nl, Rolstoelen, incidenteel gebruik, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁹⁹ [Rijksoverheid.nl, Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

¹⁰⁰ [Artikel 1 NZaBR/REG-19121, Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019](#)

¹⁰¹ [Artikel 1 NZa BR/REG-19120 Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019](#)

¹⁰² [ActiZ \(2016\), Overgang huishoudelijke hulp bij mpt-cliënten thuis in één keer per 1 april 2017, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

¹⁰³ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

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.¹⁰⁴

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.¹⁰⁵ 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 [Wet langdurige zorg Wlz](#) en [Zorgverzekeringswet \(Zvw\)](#). 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.

¹⁰⁴ [AHZn. Definitie hospicezorg. Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

¹⁰⁵ [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. Vanuit de regelgeving kan een dergelijk hospice voor palliatieve zorg 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 . In de praktijk sluit dit type hospice soms contracten af met de zorgverzekeraar op basis van Aanspraak wijkverpleging (Zvw).

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

Geestelijke verzorging is een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Hospices hebben dan ook veelal een geestelijk verzorger in dienst. Bekostiging van geestelijke verzorging in het hospice is gelijk aan bekostiging hiervan in de thuissituatie. Voor 2019 en 2020 wordt de bestaande subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg tijdelijk opgehoogd om de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns mogelijk te maken (zie [paragraaf 2.2.3](#)). Welke mogelijkheden dit biedt voor bekostiging van geestelijk verzorgers in hospices was bij het verschijnen van deze handreiking nog niet uitgewerkt. 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.¹⁰⁶

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.^{107,108} Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

¹⁰⁶ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹⁰⁷ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹⁰⁸ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

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.¹⁰⁹

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.^{110, 111}

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.¹¹²

Wanneer de patiënt terminaal is en behoefte heeft aan intensieve palliatieve zorg, bestaat de mogelijkheid om voor deze patiënt 10 VV *Beschermd 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;
- er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg.

¹⁰⁹ [VWS \(2017\). Informatiekaart palliatieve zorg](#)

¹¹⁰ [Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg](#)

¹¹¹ [Artikel 1 NZa BR/REG-19123 Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz](#)

¹¹² [Artikel 2.2c Regeling langdurige zorg](#)

De behandelend arts moet verklaren dat de patiënt voldoet aan deze criteria.¹¹³ Het eerder door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel van de patiënt kan niet tegelijk met de 10 VV worden gedeclareerd.¹¹⁴

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.^{115,116} 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.^{117,118}

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.^{119,120}

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).¹²¹

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 vrijplaats¹²² en het begeleiden bij religie en spiritualiteit.¹²³ Een instelling dient ervoor te zorgen dat geestelijke verzorging beschikbaar is.¹²⁴ Vanuit de Wlz wordt dit bekostigd uit de tarieven van de zorgzwaartepakketten.

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.

¹¹³ [Artikel 5.9 NZa BR/REG-19121 Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019](#)

¹¹⁴ [NZa BR/REG-19121 Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2019, toelichting per artikel](#)

¹¹⁵ [LHV \(2014\), Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

¹¹⁶ [Artikel 3.1.1, lid 1d1 Wet langdurige zorg](#)

¹¹⁷ [ActiZ / LHV \(2015\), Factsheet Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie](#)

¹¹⁸ [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 9](#)

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

¹²⁰ [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p.19](#)

¹²¹ [NZa \(2016\), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg](#)

¹²² 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](#))

¹²³ [Hopman, A.M. \(2006\), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 4](#)

¹²⁴ [Artikel 6, eerste lid Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg](#)

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 Zvw via de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg* (ELV PTZ). De behandelend arts geeft hiervoor een terminaliteitsverklaring af.¹²⁵

Het ELV-tarief is integraal voor de zorg die in de instelling wordt geleverd. Dat wil zeggen dat de instelling hier medische zorg, verpleging en verzorging uit bekostigt. Het is een maximumtarief, welke per 1 januari 2019 is herijkt.¹²⁶

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.¹²⁷

Vergoeding voor patiënten met een vpt, mpt of pgb verloopt dan zoals thuis (zie [hoofdstuk 2](#)).

Voor het kunnen declareren van een VV 10 *Beschermde verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* bij patiënten die vanuit een verpleeghuis komen, dient de behandelend arts een verklaring af te geven over alle criteria genoemd in [paragraaf 4.1](#).

¹²⁵ [Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-19126](#)

¹²⁶ [Artikel 5.1 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-19126](#)

¹²⁷ [Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen \(instelling, vpt, mpt en pgb\) \(Wlz\). Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

Opname PTU Zorgverzekeringswet	Opname PTU Wet langdurige zorg
	<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.¹²⁸ 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>.¹²⁹</p> <p>De huisarts kan hiervoor de prestaties 'Intensieve zorg' declareren, omdat er in eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg geboden wordt.¹³⁰ 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>

¹²⁸ [Verenso / LHV \(2016\). Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 18](#)

¹²⁹ [Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-19126](#)

¹³⁰ [Artikel 5.2.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2019 - BR/REG-19133](#)

4.2.2 Verpleging, verzorging en begeleiding

Verpleging, verzorging en begeleiding PTU Zorgverzekeringswet	Verpleging, verzorging en begeleiding PTU Wet langdurige zorg
Vanuit de prestatie <i>Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg</i> wordt "24-uurs-beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging" vergoed. ¹³¹ Verzekeraars stellen daarnaast in het inkoopbeleid nog aanvullende eisen, bijvoorbeeld aan het niveau van de verpleegkundigen. ¹³²	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 PTU Wet langdurige zorg
Geestelijke verzorging kan worden vergoed zoals in de thuissituatie (zie paragraaf 2.2.3).	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 paragraaf 2.2.3). 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](#).

4.4 Nazorg

De betrokken zorgverleners spelen direct na het overlijden van de patiënt in op wat de nabestaanden nodig hebben.¹³³ 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

¹³¹ [Artikel 4 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-19126](#)

¹³² Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf Zilveren Kruis, CZ, VGZ, Menzis

¹³³ [IKNL / Palliactief \(2017\), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

onderdeel van de prestatie. De nabestaande heeft dan een eigen zorgvraag en start een eigen zorgtraject via diens huisarts.¹³⁴

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.¹³⁵

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.^{136,137} Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

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

¹³⁵ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹³⁶ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹³⁷ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

5 Knelpunten

Ter voorbereiding op de ontwikkeling van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)¹³⁸ zijn knelpuntenanalyses verricht van de palliatieve zorg in de eerstelijns en in de tweede lijn.^{139,140} Deze 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 de eerstelijns en de tweede lijn in het najaar van 2016, 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 die uit deze bijeenkomsten naar voren kwamen, zijn in de Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 beschreven in samenhang met het NZa-rapport 'Palliatieve zorg op maat'.¹⁴¹ Een aantal van deze knelpunten is door - ook in de handreiking beschreven - wijzigingen in de financiering per 1 januari 2018 opgelost. In dit hoofdstuk zijn per setting de knelpunten uit 2017 opgenomen en is de stand van zaken voor 2019 omschreven.

5.1 Ziekenhuis

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017	Stand van zaken 2019
<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.¹⁴²</p>	<p><i>Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.</i>¹⁴³</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>

¹³⁸ [IKNL / Palliactief \(2017\), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

¹³⁹ [IKNL / Palliactief \(2017\), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerstelijns](#)

¹⁴⁰ [IKNL / Palliactief \(2015\), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen](#)

¹⁴¹ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat](#)

¹⁴² [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

¹⁴³ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017	Stand van zaken 2019
<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.¹⁴⁴</p>	<p><i>Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.</i>¹⁴⁵</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.¹⁴⁶</p>	<p><i>Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.</i>¹⁴⁷</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 poliklinische consulten.</p> <p>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).¹⁴⁸</p>

¹⁴⁴ [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

¹⁴⁵ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

¹⁴⁶ [Artikel 24.1, 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

¹⁴⁷ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

¹⁴⁸ [Artikel 1cc NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017	Stand van zaken 2019
<p><i>Overleg palliatieve zorg.</i></p> <p>Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg, bestaande uit minimaal twee poortspecialisten.¹⁴⁹</p>	<p><i>Aanpassing regelgeving Overleg palliatieve zorg per 1 januari 2018.</i></p> <p>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.¹⁵⁰</p>
<p><i>Telefonisch consult door team palliatieve zorg kan niet worden gedeclareerd.</i></p> <p>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.</p>	<p><i>Nieuwe zorgactiviteiten per 1 januari 2018: belconsult, schriftelijk consult en screen-to-screen consult¹⁵¹</i></p> <p>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.¹⁵²</p>
<p><i>Patiënt overleden vóór Overleg palliatieve zorg.</i></p> <p>Het probleem wordt herkend, maar het in rekening brengen van een overleg palliatieve zorg zonder dat dit regulier heeft</p>	<p><i>Geen aanpassing.</i></p> <p>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</p>

¹⁴⁹ [Artikel 24.40 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

¹⁵⁰ [Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

¹⁵¹ [Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

¹⁵² [NZa \(2017\), Wijzigingen dbc release RZ18b v201700921, p. 16-22](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017	Stand van zaken 2019
plaatsgevonden, acht de NZa vanuit kwaliteitsargumenten niet wenselijk.	kostprijsberekening van de zorgproducten palliatieve zorg.
<p><i>Patiënt overleden/ontslagen vóór face-to-face contact met medisch specialist.</i></p> <p>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.¹⁵³</p> <p>Wanneer de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.</p>	<p><i>Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.</i>¹⁵⁴</p> <p>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.</p> <p>Wanneer de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.</p>
<p><i>Declaratie zorgproducten palliatieve zorg mag alleen wanneer andere DBC-producten afgesloten zijn.</i>¹⁵⁵</p>	<p><i>Handboek registratie zorgactiviteiten v20141222 niet meer van kracht.</i></p>
<p><i>Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties</i></p> <p>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.¹⁵⁶</p>	<p><i>Aangepaste zorgactiviteit per 1 januari 2018: Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties.</i></p> <p>Als resultaat van het project 'Samen beslissen' wordt de zorgactiviteit 190063 beëindigd en wordt op 1 januari 2018 de nieuwe zorgactiviteit 'Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties' 190066 geïntroduceerd. De zorgactiviteit heeft een puur registratieve functie en kan naast een</p>

¹⁵³ [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

¹⁵⁴ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-1907a](#)

¹⁵⁵ [NZa \(2015\). Handboek registratie zorgactiviteiten v20141222](#)

¹⁵⁶ [NZa \(2017\). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017	Stand van zaken 2019
	herhaalpolibezoek, screen-to-screen consult of verpleegdag worden vastgelegd. ¹⁵⁷

5.2 Thuis

Knelpunten huisarts 2017	Stand van zaken 2019
<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.
<p><i>Samenwerking</i></p> <p>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.</p> <p>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.¹⁵⁸</p>	<p><i>Per 1 januari 2018 nieuwe module: Organisatie en Infrastructuur</i></p> <p>Zie paragraaf 2.1.1</p>

¹⁵⁷ [NZa \(2017\). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a](#)

¹⁵⁸ [NZa \(2017\). Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 26-27](#)

Knelpunten specialist ouderengeneeskunde 2017

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.

Stand van zaken 2019

Subsidieregeling extramurale lijn blijft van kracht

Subsidieregeling extramurale behandeling blijft in 2019 van kracht (zie [paragraaf 2.2.1](#): Palliatieve consultatie van kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde of lid team palliatieve zorg).

Knelpunten wijkverpleging 2017

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;
- het tarief in 2016;
- de doelmatigheidsscore bij de betreffende verzekeraar.¹⁵⁹

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.¹⁶⁰

Stand van zaken 2019

Contractering

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

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is. Op het moment dat het budgetplafond overschreden dreigt te worden, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in gesprek gaan over het ophogen van het plafond. Uit de Kamerbrief 'Palliatieve zorg, een niveau hoger' bleek dat individuele zorgverzekeraars bij een dreigende overschrijding van het omzetplafond als gevolg van het leveren van PTZ, in principe 100 procent van het aangevraagde hogere budget honoreerden.¹⁶³

Ook de NZa concludeert op basis van de contractering wijkverpleging 2018 dat alle zorgverzekeraars bereid zijn bij te contracteren als PTZ in het geding is.¹⁶⁴

¹⁵⁹ [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21](#)

¹⁶⁰ [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21](#)

¹⁶³ [VWS \(2017\), Palliatieve zorg, een niveau hoger \[Kamerbrief\], p. 5](#)

¹⁶⁴ [NZa \(2018\), Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34](#)

Knelpunten wijkverpleging 2017	Stand van zaken 2019
<p>Daarnaast wordt er vaak in het contract een doorleverplicht vastgelegd. Zorgaanbieders moeten dan zorg leveren voor eigen rekening als het budgetplafond is bereikt.^{161,162}</p>	
<p><i>Hoort een patiënt in de Wlz of de Zvw?</i></p> <p>Wanneer patiënten thuis willen sterven kan het gebeuren dat de verzekeraar aanstuurt op een overgang naar bekostiging vanuit de Wlz als de zorgvraag oploopt.¹⁶⁵</p>	<p><i>Bij PTZ overgang niet mogelijk</i></p> <p>Als een patiënt nog geen Wlz-indicatie heeft, zal het CIZ deze niet meer afgeven als er sprake is van een terminale situatie.¹⁶⁶ 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.¹⁶⁷</p>
<p><i>Terminaliteitsverklaring (Zvw)</i></p> <p>Bekostiging van vroege inzet van palliatieve zorg (wanneer de prognose nog langer is dan drie maanden), is onduidelijk.</p>	
<p><i>Casemanager palliatieve zorg</i></p> <p>Bekostiging van een casemanager palliatieve zorg is onderdeel van de prestaties verpleging en verzorging.¹⁶⁸ Het is niet als zodanig geormerkt. 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 nachtzorg willen inzetten, maar dat de</p>	<p><i>Intensieve zorg</i></p> <p>Vanuit de zorgplicht vergoedt de zorgverzekeraar de zorg die de patiënt nodig</p>

¹⁶¹ [ActiZ \(2017\) Zorgcontractering wijkverpleging, p. 5](#)

¹⁶² [NZa \(2017\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 18](#)

¹⁶⁵ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43](#)

¹⁶⁶ [CIZ \(2017\), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15](#)

¹⁶⁷ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43](#)

¹⁶⁸ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

Knelpunten wijkverpleging 2017	Stand van zaken 2019
<p>zorgverzekeraar het daar niet altijd mee eens is.</p>	<p>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.</p> <p>Op dit moment inventariseert Zorginstituut Nederland of er vereisten voor de indicatie en inzet van 24-uurszorg kunnen worden opgesteld. Partijen zullen gezamenlijk werken aan gesignaleerde knelpunten en aan de slag gaan met oplossingen, zoals verdere professionalisering van het indiceren, beter bepalen welke deskundigheid wanneer nodig is, afspraken over normering van uren voor palliatieve zorg door verzekeraars en scherpere duiding van de verpleegkundige zorg in de laatste fase. Afgesproken is om deze zorg vanaf nu intensieve zorg te noemen.¹⁶⁹</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.¹⁷⁰ 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>Per 1 januari 2018 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 2.1.2.¹⁷¹</p>

¹⁶⁹ [VWS \(2018\), Verbeteringen palliatieve zorg \[Kamerbrief\], p. 5](#)

¹⁷⁰ [Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg](#)

¹⁷¹ [Informatielangdurigezorg.nl, Palliatief terminale zorg wordt eenvoudiger te regelen voor mensen met een Wlz-indicatie, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

Knelpunten wijkverpleging 2017

Nazorg (Wlz & Zvw)

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

Declaraties na overlijden

Het komt voor dat declaraties die ingediend worden na het overlijden van de patiënt, geweigerd worden door de verzekeraar.¹⁷³

Stand van zaken 2019

Kostenonderzoeken

De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in kostprijstaanleveringen voor zowel de Zvw als de Wlz, zodat de kwaliteit van nazorg na overlijden geborgd is met een adequaat tarief.¹⁷²

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.^{174,175}

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. Geestelijke verzorging zit niet in het basispakket, omdat op dit moment de resultaten van de interventie nog moeten worden aangetoond.¹⁷⁶

Stand van zaken 2019

Bekostiging via tijdelijke ophoging subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg

Voor 2019 en 2020 wordt de bestaande subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg tijdelijk opgehoogd om de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns mogelijk te maken. Deze ophoging kan besteed worden aan consulten van geestelijk verzorgers, deelname van geestelijk verzorgers aan

¹⁷² [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

¹⁷³ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27](#)

¹⁷⁴ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27](#)

¹⁷⁵ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

¹⁷⁶ [GVVZ \(2018\), Financieringsmogelijkheden geestelijke verzorging in eerste lijn](#)

Knelpunten geestelijke verzorging 2017

Stand van zaken 2019

diverse multidisciplinaire overleggen, bijscholing van primaire zorgverleners en om de bekendheid van de geestelijk verzorgers te vergroten. Daarnaast ontvangen de netwerken middelen voor onder andere het opzetten van de benodigde faciliteiten.

De netwerken zullen gedurende deze twee jaar worden ondersteund via een landelijk project en actiegericht onderzoek. Hierdoor wordt op korte termijn gewerkt aan een groter aanbod en een betere bekostiging. Tegelijkertijd wordt door alle partijen gewerkt aan de verdere ontwikkeling van geestelijke verzorging en wordt samen met deze partijen uitgezocht welke alternatieven er zijn voor toekomstige bekostiging (na 2020). Hiervoor zijn vanaf 2021 structurele middelen beschikbaar.¹⁷⁷

5.3 Hospice

Knelpunten hospicezorg 2017

Stand van zaken 2019

Onderaannemerschap

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 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.

Aandacht voor contractering hospicezorg

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 geïnventariseerd worden of directe contractering mogelijk is.¹⁷⁸

¹⁷⁷ [VWS \(2018\), Aanpak geestelijke verzorging/levensbegeleiding \[Kamerbrief\]](#)

¹⁷⁸ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 35-36](#)

Knelpunten hospicezorg 2017	Stand van zaken 2019
<p><i>Wmo</i></p> <p>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.</p>	<p><i>Afspraken op maat</i></p> <p>De Wmo biedt gemeenten veel vrijheid in de uitvoering van de wet. Hospices kunnen met de gemeenten in hun regio inventariseren of er 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.</p>
<p><i>Bekostiging respijtzorg, probleemanalyse en crisisinterventie</i></p> <p>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).</p>	
<p><i>Verschillende eigen bijdragen in Zvw en Wlz</i></p> <p>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 patiënt in de Zvw betaalt deze eigen bijdrage niet.¹⁷⁹</p>	

¹⁷⁹ [NZA \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 39-40](#)

Knelpunten hospicezorg 2017	Stand van zaken 2019
<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>	<p><i>Ophoging van het budget van de Regeling Palliatieve terminale zorg</i></p> <p>De helft van de 8 miljoen euro in het regeerakkoord die jaarlijks extra is uitgetrokken voor de palliatieve zorg wordt besteed aan de ophoging van het budget van de Regeling Palliatieve terminale zorg. Dit verruimt de financiële armslag van hospices en maakt de inzet van vrijwilligers overal waar mensen overlijden mogelijk.</p> <p>In overleg met VPTZ Nederland zijn de instellingen gevraagd om de eigen bijdrage van de cliënt laag te houden en om niet-vergoede goedkope medicijnen en kleinere hulpmiddelen niet aanvullend bij de cliënt in rekening te brengen.¹⁸⁰</p>

5.4 Verpleeghuis

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>De NZa heeft de tarieven voor de prestaties eerstelijnsverblijf laag-complex, hoog-complex en palliatieve terminale zorg voor 2019 herijkt. Deze tariefherijking is gebaseerd op de uitkomsten van het kostenonderzoek langdurige zorg dat uitgevoerd is door KPMG Advisory NV. De volledige tariefherijking is ter consultatie voorgelegd aan de betrokken brancheorganisaties.</p> <p>Naast het uitgevoerde kostenonderzoek door de NZa, heeft ActiZ het onderzoeksbureau Q-consult de opdracht gegeven om een registratieonderzoek uit te voeren, om meer inzicht te krijgen in de profielen en zorgvraag</p>

¹⁸⁰ [VWS \(2018\), Verbetering palliatieve zorg \[Kamerbrief\]](#)

van patiënten die gebruik maken van het ELV. De NZa heeft besloten om de resultaten van het Q-consult onderzoek niet mee te nemen in de huidige prestatiestructuur en tariefonderbouwing. De NZa heeft besloten om een vervolgonderzoek op te starten. Het vervolgonderzoek gaan wordt in nauwe samenwerking met partijen opgezet en uitgevoerd.¹⁸¹

Indicatiestelling door CIZ (Wlz)

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.¹⁸² Wanneer de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet vergoed wordt.

Per 1 januari 2018 afschaffing indicatiestelling VV 10 door CIZ (Wlz)

Vanaf 1 januari 2018 kan voor patiënten die reeds een indicatie voor de Wlz hebben VV 10 worden gedeclareerd, mits wordt voldaan aan de daarvoor opgestelde criteria. De indicatie door het CIZ vervalt, waardoor de PTZ sneller geleverd kan worden.¹⁸³

Zorgaanbieders kunnen met knelpunten die ze in de praktijk ervaren, bijvoorbeeld over financiering, terecht bij het praktijkteam palliatieve zorg:

E-mail: meldpunt@juisteloket.nl

Telefoon: 030 789 78 78

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

Het praktijkteam palliatieve zorg is een samenwerking tussen het ministerie van VWS, verzekeraars, netwerken palliatieve zorg en diverse partijen uit de palliatieve zorg. Het belangrijkste doel is het structureel oplossen van knelpunten in de palliatieve zorg en deze oplossingen landelijk bekend maken en invoeren.

Specifieke vragen over deze handreiking kunt u stellen aan Chantal Pereira, adviseur palliatieve zorg IKNL:

Telefoon: 088 234 60 00

E-mail: c.pereira@iknl.nl

¹⁸¹ [NZa \(2018\), Circulaire regelgeving eerstelijnsverblijf 2019 - CI/18/06c](#)

¹⁸² [Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg](#)

¹⁸³ [Informatielangdurigezorg.nl, Palliatief terminale zorg wordt eenvoudiger te regelen voor mensen met een Wlz-indicatie, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

Bijlagen

B1 Relevante wet- en regelgeving

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.¹⁸⁴

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.¹⁸⁵

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.¹⁸⁶

Regeling palliatieve terminale zorg (Regeling PTZ)

De Regeling PTZ is een jaarlijkse instellingsubsidie voor de inzet van getrainde vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg (PTZ). De regeling bevat eventueel ook een tegemoetkoming in de exploitatie- en huisvestingskosten.¹⁸⁷ 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.¹⁸⁸

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".¹⁸⁹

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).¹⁹⁰

¹⁸⁴ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 7-11](#)

¹⁸⁵ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 13-15](#)

¹⁸⁶ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 17-19](#)

¹⁸⁷ [VWS \(2016\), Wijziging regeling PTZ \[Kamerbrief\]](#)

¹⁸⁸ [Artikel 6 en 7 Regeling palliatieve terminale zorg](#)

¹⁸⁹ [Wtzi.nl, Over Toelating Zorginstellingen, Geraadpleegd op 4 juli 2017](#)

¹⁹⁰ [CIZ \(2017\), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15](#)

B2 Overzicht betrokken organisaties

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 is tot stand gekomen met een werk- en klankbordgroep van gemandateerde vertegenwoordigers afkomstig uit de wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en de overheid:

Werkgroep eerstelijns

Landelijke Huisartsenvereniging

Vereniging specialisten ouderengeneeskunde

Vereniging van Geestelijk Verzorgers

Verpleegkundigen & Verzorgenden NL

Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg

Associatie Hospicezorg Nederland

Actiz

Karel Rosmalen

Kees Goedhart

Charlotte Molenaar

Etje Verhagen

Mariska de Bont

Jolande van den Brink

Ria van Leer

Anke Straatsma

Chantal Holtkamp

Ingrid Heidema

Janneke Koningswoud

Marion Sonneveld

Wimjan Vink

Werkgroep tweede lijn

Nederlandse vereniging voor Anesthesiologie

Nederlandse Internisten vereniging

Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde

Nederlandse vereniging voor Klinische Geriatrie

Nederlandse vereniging van artsen voor Longziekten en Tuberculose

Nederlandse vereniging voor Neurologie

Verpleegkundigen & Verzorgenden NL

Leids Universitair medisch centrum

Maasstad Ziekenhuis

Radboud Universitair medisch centrum

Rijnstate Ziekenhuis

Michel Wagemans

Robbert van Alphen

Desirée Cremers

Geert Lefeber

Kris Mooren

Karin Pool

Maaïke Bos

Sylvia Verhage

Noortje Kraneveld

Eline Duijvesteijn

Danielle Stuijvenberg

Erica van Henten

Klankbordgroep

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Nederlandse Zorgautoriteit

Praktijkteam palliatieve zorg ministerie van VWS

Raad Beroepsbelangen Federatie Medisch specialisten

Zorgverzekeraars Nederland

Hanna Toornstra

Jan Plass

Marieke Hollander

Yolande Waterreus

Nicole Houweling

Fred Lafeber

Thea Leeuwangh

Huub Schreuder

Anne Claire van Harderwijk

Angela Bransen

Mischa Buter

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

