

# **Handreiking financiering palliatieve zorg 2020**

juli 2019

## **Auteurs**

Bo van Aalst  
Rob Daamen  
Chantal Pereira  
Joep Douma  
Manon Boddaert

## **1<sup>e</sup> Versie**

Juli 2019

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 van palliatieve zorg volgens de geldende wet- en regelgeving in 2018. De handreiking financiering palliatieve zorg 2018 was hier een weerslag van. De handreiking is voor 2019 en nu voor 2020, 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 het betreffende jaar.

De doorgevoerde wijzigingen in de Handreiking financiering palliatieve zorg 2020 betreffen:

Medisch specialistische zorg:

- Nieuwe zorgactiviteit voor medisch specialistische zorg in de thuissituatie
- Verduidelijking regelgeving rondom paralleliteit
- Logeervergoeding voor patiënten bij een meerdaagse behandeling op grote afstand

Eerstelijns:

- Inzet specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijns vanuit de Zorgverzekeringswet
- Geestelijke verzorging

Langdurige zorg

- Vereenvoudiging hulpmiddelenzorg voor patiënten in een Wlz-instelling

Deze wijzigingen zijn aangegeven met een  in de kantlijn van de tekst.

Daarnaast is er in samenwerking met het Netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe en de Patiëntenfederatie een hoofdstuk (5) toegevoegd met eigen betalingen van patiënten.

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2019 komt met deze handreiking per 1 januari 2020 te vervallen.

# Leeswijzer



"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 gezin<sup>1</sup> beschrijft deze handreiking de financiering van palliatieve zorg in de meest gebruikelijke zorgsettingen<sup>2</sup>: 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 werden<sup>3</sup>, beschreven hoe de palliatieve zorg in 2020 wordt gefinancierd. Tot slot zijn ook eigen betalingen van patiënten beschreven (hoofdstuk 5).

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

In de handreiking is veelvuldig gebruik gemaakt van verwijzingen in de voetnoten. 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.'<sup>4</sup> Deze handreiking gaat over financiering van palliatieve zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)<sup>5</sup> en beperkt zich daarin niet tot de laatste drie maanden van het leven.

<sup>1</sup> 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.

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

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

<sup>4</sup> Artikel 1.1.1 Besluit langdurige zorg

<sup>5</sup> IKNL/Palliactief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

# Inhoudsopgave

<b>Leeswijzer</b>	<b>3</b>
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
<b>1. Ziekenhuis</b>	<b>8</b>
1.1 Generalistische palliatieve zorg door hoofdbehandelaar	8
1.1.1 Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties	8
1.1.2 Supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie	8
1.1.3 Medisch specialistische zorg thuis	9
1.1.4 Nazorg	9
1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	9
1.2.1 Inzet team palliatieve zorg tijdens klinische opname	9
1.2.1 Inzet team palliatieve zorg op de polikliniek	11
1.2.3 Inzet team palliatieve zorg in de thuissituatie	12
1.3 Algemene regelgeving	12
1.4 Financiering binnen het ziekenhuis	12
1.5 Logeervergoeding	13
<b>2. Thuis</b>	<b>14</b>
2.1 Generalistische palliatieve zorg	14
2.1.1 Huisarts	14
2.1.2 Verpleging en verzorging	16
2.1.3 Mantelzorg	20
2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	21
2.2.1 Huisarts	21
2.2.2 Verpleegkundig specialistgespecialiseerd verpleegkundige/casemanager	23
2.2.3 Geestelijke verzorging	23
2.2.4 Vrijwilligers	24
2.3 Medisch-specialistische zorg thuis	24
2.4 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp	24
2.4 Nazorg	25
<b>3. Hospice</b>	<b>26</b>
3.1 Vrijwilligers	26
3.2 Verpleging en verzorging	27
3.3 Arts	27
3.4 Medisch specialistische zorg	28
3.4 Geestelijke verzorging	28
3.5 Verblijfskosten	28
3.6 Afleggen en opbaren	28
<b>4. Verpleeghuis &amp; Palliatieve terminale unit</b>	<b>29</b>
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)	31
4.2.1 Arts	32
4.2.2 Medisch specialistische zorg	32
4.2.2 Verpleging, verzorging en begeleiding	33
4.2.3 Geestelijke verzorging	33
4.3 Vrijwilligers	33
4.4 Hulpmiddelen	34
4.4 Nazorg	34
4.5 Afleggen en opbaren	34
<b>5. Eigen betalingen van patiënten</b>	<b>35</b>
<b>6. Knelpunten</b>	<b>37</b>
6.1 Ziekenhuis	37
6.2 Thuis	41
6.3 Hospice	46
6.4 Verpleeghuis	47
<b>Bijlagen</b>	<b>49</b>
<b>B1 Relevante wet- en regelgeving</b>	<b>50</b>
<b>B2 Overzicht betrokken organisaties</b>	<b>51</b>

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

E-mail: [meldpunt@juisteloket.nl](mailto: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](mailto:c.pereira@iknl.nl)

# Inleiding

## **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.<sup>6</sup>

## **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.<sup>7</sup> Om dit te bereiken is in 2014 het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) gestart. 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.<sup>8</sup>

## **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.

## **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.<sup>8</sup> Knelpuntenanalyses<sup>9,10</sup> maken duidelijk dat zowel in de eerstelijns als in de tweede lijn drempels in de financiering van palliatieve zorg ervaren worden. Voor het

<sup>6</sup> [IKNL/Palliactief \(2017\), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

<sup>7</sup> [VWS \(2013\), investeren in palliatieve zorg \[Kamerbrief\]](#)

<sup>8</sup> [Nationaalprogrammapalliatievezorg.nl, geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

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

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

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 2](#)) geïnventariseerd of en hoe de financiering van palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk aansluit bij de gewenste kwaliteit van palliatieve zorg.

### **Handreiking financiering 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'.<sup>11</sup> 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 is sindsdien jaarlijks herzien. De herziene versies zijn ieder wederom afgestemd met het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast is er in samenwerking met het Netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe en de Patiëntenfederatie in deze versie over 2020 een hoofdstuk (5) toegevoegd met eigen betalingen van patiënten. 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 2020 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.

### **Doorontwikkeling financiering palliatieve zorg**

In rondetafels die de NZa tussen februari en april 2018 als vervolg op het rapport 'Palliatieve zorg op maat' organiseerde gaven innovatieve zorgaanbieders in de palliatieve zorg, experts en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en de wetenschap aan dat zij verwachten dat een vorm van transmurale bekostiging kan helpen om de kwaliteit van palliatieve zorg te verbeteren. In het rapport 'Samenwerken in de palliatieve zorg: Zorg rondom de patiënt'<sup>12</sup> (2018) heeft de NZa de mogelijkheden hiertoe op een rij gezet, maar concludeert ook dat het bestaan van deze mogelijkheden niet betekent dat de uitvoering eenvoudig is. Zij nodigt partijen dan ook uit om met bekostiging van transmurale palliatieve zorg te experimenteren. De coöperatie Palliatieve zorg Nederland (PZNL) heeft in het voorjaar van 2018 een veldverkenning<sup>13</sup> uitgevoerd naar de mate waarin regionale initiatieven in transmurale palliatieve zorg aandacht hebben voor de acht essenties voor toepassing van het kwaliteitskader<sup>14</sup>. Op basis hiervan zijn zeven initiatieven in transmurale palliatieve zorg gevraagd om, ondersteund door PZNL, in het project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$)<sup>15</sup> inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van zorg is in deze initiatieven en hiervoor een passende bekostiging te ontwikkelen. Met de opgedane kennis in dit project kan een waardegedreven bekostiging worden ontworpen waarmee bestaande initiatieven in transmurale palliatieve zorg kunnen worden bestendigd en waarmee het ontstaan van nieuwe initiatieven kan worden gefaciliteerd.

<sup>11</sup> [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat](#)

<sup>12</sup> [NZa \(2018\), Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt](#)

<sup>13</sup> [PZNL \(2018\), transmurale model palliatieve zorg: hulpmiddel bij implementatie kwaliteitskader? Methodiek veldverkenning](#)

<sup>14</sup> [PZNL \(2018\), Factsheet Essenties Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

<sup>15</sup> [PZNL \(2019\), Factsheet TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging \(TAPA\\$\)](#)

# 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 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).<sup>16</sup> 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-beslismodel<sup>17</sup>. Lees meer over gezamenlijke besluitvorming in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland;<sup>18</sup>
- 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).<sup>19</sup>

Deze activiteit wordt naast een herhaalpolibezoek (190008, 190013, 190065), screen-to-screenconsult (190161) of verpleegdag (190200, 190218, 194804) vastgelegd. De zorgactiviteit heeft een puur registratieve functie en kan naast een herhaalpolibezoek, screen-to-screen consult of verpleegdag worden vastgelegd. Financiële afspraken over dit consult kunnen gemaakt worden in het lokaal overleg tussen aanbieder en verzekeraar. De extra lange consulttijd wordt zichtbaar in de zorgproductprofielen en op basis hiervan kan een andere waardering worden afgesproken voor de betreffende DBC-zorgproducten bij de toekomstige zorginkoop.<sup>20</sup>

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

Wanneer de medisch oncoloog en patiënt samen zouden besluiten om de ziektegerichte behandeling te staken, bestaat de mogelijkheid om de patiënt ook zonder behandeling te blijven begeleiden. De behandelend specialist, in dit geval de medisch oncoloog, kan de extra tijd die hij/zij besteedt aan de patiënt vergoed krijgen door de zorgactiviteit "Begeleiding bij oncologie patiënten tijdens supportive care/palliatieve zorg" (039928) te registreren.<sup>21</sup> Face-to-face contact met de patiënt is hierbij wel een voorwaarde voor registratie.

<sup>16</sup> Artikel 24.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001

<sup>17</sup> Bijvoorbeeld G. Elwyn et al. (J Gen Intern Med 2012), Shared decision making: a model for clinical practice.

<sup>18</sup> KNL/Palliactief (2017), Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland

<sup>19</sup> Artikel 24.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2001

<sup>20</sup> NZa (2017). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen dbc-pakket RZ18a, p. 8

<sup>21</sup> Bijlage 3: Zorgactiviteitentabel NZa Regeling medisch-specialistische-zorg 2020 NR/REG-2001j NR/REG-2001j



Bij niet-oncologische palliatieve diagnoses (COPD, hartfalen, nierfalen) bestaat niet de mogelijkheid om een zorgactiviteit "supportive care/palliatieve zorg" te registreren, aangezien behandeling van de ziekte (en registratie en declaratie van bijbehorende zorgactiviteit) bij die patiënten veelal doorloopt tot aan overlijden. Wanneer er op enig moment behoefte ontstaat aan supportive-care producten bij andere specialismen en/of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.<sup>22</sup>

### 1.1.3 Medisch specialistische zorg thuis



Medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan per 1 januari 2020 gedeclareerd worden via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).<sup>23</sup> Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten, heeft een vast tarief en kan zowel los als naast een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd. Om de zorgactiviteit te kunnen declareren dient er wel een contract te zijn afgesloten met de zorgverzekeraar. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

### 1.1.4 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.<sup>24,25</sup>

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

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

## 1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg



De behandelend oncoloog van Olivia besluit het team palliatieve zorg in consult te vragen om de klachten van misselijkheid en pijn te bestrijden en de twijfels, wensen en behoeften van haarzelf en haar gezin nader te bespreken om zo samen tot passende besluitvorming over het vervolg te kunnen komen. 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

<sup>22</sup> NZa (2017), [Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 15](#)

<sup>23</sup> [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>24</sup> NZa (2017), [Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 16](#)

<sup>25</sup> NZa (2017), [Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

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.<sup>26</sup>

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

Het team palliatieve zorg biedt aanvullende en specialistische ondersteuning in de palliatieve zorg. De wijze waarop dit vorm krijgt kan per ziekenhuis verschillend zijn. Voor de inzet van het team palliatieve zorg wordt een apart zorgtraject geopend met de diagnose 'palliatieve zorg'. Dit zorgtraject loopt vrijwel altijd naast het zorgtraject van de behandelend specialist. De reguliere regels voor paralleliteit bij eenzelfde specialisme zijn hierop van toepassing. Zo moet er aantoonbaar sprake zijn van een ander uit te voeren beleid, ten aanzien van de zorgvraag.<sup>27</sup> Per 1 januari 2020 wordt de regelgeving op dit punt verduidelijkt. Het team palliatieve patiënten zal veelal palliatieve patiënten begeleiden, maar niet overgaan tot behandeling. In de verduidelijkte regelgeving, komt onder andere het begrip 'behandeling' in het kader van paralleliteit niet meer voor. Daardoor wordt duidelijk dat wanneer wordt overgegaan tot een conservatieve behandeling of niet (direct) behandelen, toch kan worden voldaan aan de vereisten voor een parallel zorgtraject.<sup>28</sup>

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.<sup>29</sup>

#### 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.

<sup>26</sup> [Stichting Oncologische Samenwerking \(2019\), Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland, SONCOS normeringsrapport 7](#)

<sup>27</sup> [Artikel 5.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 – NR/REG-2001](#)

<sup>28</sup> [NZa \(2019\), Wijzigingen medisch-specialistische zorg 2020 op een rij](#)

<sup>29</sup> [NZa \(2017\), Rapport palliatieve zorg op maat, p. 12](#)

- 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.
- De zorgactiviteit mag door elk teamlid dat bij het overleg betrokken is, worden vastgelegd in het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.<sup>30</sup>

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.

## 2) 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 betreft het consult tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg. De zorgactiviteit is bedoeld voor zowel klinische als poliklinische consulten. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.<sup>31</sup>

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.<sup>32</sup>

### 1.2.1 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-afspraken 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' (190067) 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.<sup>33</sup>

<sup>30</sup> [Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>31</sup> [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>32</sup> [Artikel 23.7 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>33</sup> [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2021](#)

### 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.<sup>34</sup>

#### **1.2.3 Inzet team palliatieve zorg in de thuissituatie**



De prestatie “Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis” (190228)<sup>35</sup> (zie [paragraaf 1.1.3](#) en [hoofdstuk 2.3](#)) kan gebruikt worden voor alle in het ziekenhuis geleverde zorg. Het team palliatieve zorg kan hier dus gebruik van maken om te voorkomen dat palliatieve patiënten onnodig in het ziekenhuis opgenomen hoeven te worden. De zorgactiviteit heeft een vast tarief en kan alleen gedeclareerd worden als hierover een contract is afgesloten met de zorgverzekeraar.

#### **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 Specialististen. Hierin staan de meest gestelde vragen over registratie in het algemeen en specifiek over recente wijzigingen in de NZa-regelgeving.<sup>36</sup>

#### **1.4 Financiering binnen het ziekenhuis**

Met ingang van de regelgeving in 2018 is een aantal knelpunten op het niveau van registratie en declaratie voor activiteiten van het team palliatieve zorg 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

<sup>34</sup> [Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>35</sup> [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>36</sup> [Registratiewijzer Federatie Medisch Specialististen](#)

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.

### 1.5 Logeervergoeding



Patiënten die voor een meerdaagse behandeling in een gespecialiseerd ziekenhuis of behandelcentrum, bijvoorbeeld voor bestraling, over grote afstanden heen en weer reizen, ontvangen voor vervoerskosten een vergoeding. Als sprake is van drie aaneengesloten dagen behandeling kunnen zij vanaf 2020 ook kiezen voor een logeervergoeding vanuit het basispakket van de zorgverzekering.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> [Rijksoverheid, Basispakket zorgverzekering uitgebreid met logeervergoeding. Geraadpleegd 10 juli 2019](#)

## 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.<sup>38</sup>

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.<sup>39</sup> De zorg is ingedeeld in drie segmenten:

- Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg
- 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 zorg<sup>40</sup>:

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

<sup>38</sup> [PaTz.nu Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>39</sup> [NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 - BR/REG-18122, Toelichting artikelsgewijs](#)

<sup>40</sup> [Artikel 5.2.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133](#)

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.<sup>41</sup>

#### 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 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.<sup>42</sup>

#### 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.<sup>43</sup>

#### 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 consultant 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 consultant is laagdrempelig te bereiken.<sup>44</sup>

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<sup>45,46</sup> of als de prestatie *Palliatieve consultatie, telefonisch*<sup>47</sup> uit de M&I (Modernisatie en Innovatie) -verrichtingen<sup>48</sup> en is er een regio waar huisartsen die deelnemen aan PaTz groepen

<sup>41</sup> [Artikel 5.2.2 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133](#)

<sup>42</sup> [Artikel 6.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133](#)

<sup>43</sup> [Artikel 7.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133](#)

<sup>44</sup> [Schweitzer et al. \(2015\). Handleiding ten behoeve van de implementatie van PaTz.](#)

<sup>45</sup> [LHV West-Brabant.nl, S3 gelden - aanvullende regioprestaties, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>46</sup> [LHV Amsterdam/Almere, Zilveren Kruis financiert deelname huisartsen aan PaTz-groepen, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>47</sup> [PaTz, Vraag en antwoord, Vergoeding, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>48</sup> [Bijlage 2a: Prestatielijst M&I-verrichtingen Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133](#)

aanspraak kunnen maken op een eenmalige toeslag op het inschrijftarief per ingeschreven patiënt.<sup>49</sup>

### 2.1.2 Verpleging en verzorging

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

#### Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

##### 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.<sup>50</sup>

Verpleging en verzorging is onderverdeeld in de volgende prestaties:

1. Persoonlijke verzorging
2. Oproepbare verzorging
3. Verpleging
4. Oproepbare verpleging
5. Gespecialiseerde verpleging
6. Advies, Instructie en voorlichting (AIV)
7. Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar
8. Beloning op maat
9. Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg
10. Ketenzorg dementie
11. Thuiszorgtechnologie
12. Onderlinge dienstverlening<sup>51</sup>

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken hier tariefafspraken over. Voor de eerste zeven

#### 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.<sup>52</sup>

De zorgaanbieder en het zorgkantoor spreken hiervoor tarieven af. Daarvoor gelden voornamelijk maximumtarieven zoals vastgelegd in de tariefbeschikkingen van de NZa.<sup>58</sup>

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.<sup>59</sup> 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.<sup>60</sup>

<sup>49</sup> PaTz Regiotafel Midden-Nederland (MN). Geraadpleegd op 15 juli 2019

<sup>50</sup> Regelhulp.nl Rijksoverheid, Pgb voor wijkverpleging, Geraadpleegd op 8 juli 2018

<sup>51</sup> Artikel 4 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging 2020 BR/REG-20109

<sup>57</sup> Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz). Geraadpleegd op 15 juli 2019

<sup>58</sup> NZa (2017), Brief Aangepaste beleidsregels en regelingen Wlz 2017 en 2018, p. 2

<sup>59</sup> Artikel 3.3.6 Wet langdurige zorg

<sup>60</sup> Artikel 3.3.6a Wet langdurige zorg



### Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

prestaties geldt een maximum per uur. De prestatie thuiszorgtechnologie is nieuw per 1 januari 2020. Voor de prestatie Thuiszorgtechnologie kan maximaal het uurtarief van de prestaties verpleging en persoonlijke verzorging worden afgesproken.<sup>52</sup> Voor de overige prestaties zijn de tarieven vrij.<sup>53</sup>

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'. 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.<sup>54</sup>

Bijna alle gecontracteerde zorg ging voor 2019 over de experimentprestatie.<sup>55</sup> 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.<sup>56</sup>

### *Palliatieve (terminale) zorg*

Palliatieve zorg is onderdeel van de reguliere prestaties voor de wijkverpleging of onderdeel van het integrale tarief.<sup>61</sup> Sommige verzekeraars stellen aan het leveren van

### 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.<sup>69</sup>

<sup>52</sup> [NZa \(2019\), Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2020](#)

<sup>53</sup> [Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging 2020 BR/REG-20109](#)

<sup>54</sup> [Artikel 4.1 NZa BR/REG-19144 Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging](#)

<sup>55</sup> [NZa \(2019\), Monitor Contractering wijkverpleging 2019, p. 32](#)

<sup>56</sup> [NZa \(2018\), Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 28](#)

<sup>61</sup> [NZa \(2018\), Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 36](#)

<sup>69</sup> [VWS \(2017\), Informatiekaart palliatieve zorg](#)

## Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

palliatieve terminale zorg (PTZ) specifieke eisen, bijvoorbeeld aan het niveau van de zorgverleners, deelname aan consultatieteams en/of deelname aan het netwerk palliatieve zorg.<sup>62,63</sup> Zorgaanbieders kunnen daar dan facultatief op inschrijven.

### *Intensieve zorg*

24-uurszorg wordt voortaan 'intensieve zorg' genoemd.<sup>64</sup> De wijkverpleegkundige indiceert de zorg die de patiënt nodig heeft. Dit gaat voor zorg in de palliatieve terminale fase niet anders dan bij een 'normale' indicatiestelling. In de palliatieve terminale fase is er altijd sprake van geneeskundige zorg. Dit hoeft echter niet altijd méér zorg te zijn dan in de fase daarvoor en de zorg hoeft niet altijd door de wijkverpleegkundige zelf geleverd te worden. De wijkverpleegkundige kan in samenspraak met de patiënt (en/of naasten) besluiten de benodigde zorg door vrijwilligers en/of naasten te laten uitvoeren. Dit hangt af van de individuele situatie van de zorgvrager en zijn netwerk.<sup>65,66</sup> De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de vergoeding van de geïndiceerde zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is.<sup>67</sup> 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.<sup>68</sup>

## Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

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.<sup>70</sup>

Wanneer voor deze patiënten de zorgbehoefte minimaal 25 procent hoger is dan vanuit het zorgprofiel wordt vergoed, kan in de profielen VV 7 en VV 8 extra financiering worden aangevraagd bij het zorgkantoor.<sup>71</sup>

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.<sup>72</sup>

### *Palliatieve terminale zorg*

Ook palliatieve terminale zorg (PTZ) wordt in principe vergoed vanuit het zorgprofiel dat de patiënt al heeft.<sup>73</sup>

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

<sup>62</sup> NZa (2019). Monitor Contractering wijkverpleging 2019, p. 47

<sup>63</sup> NZa (2018). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34

<sup>64</sup> VWS (2018). Verbeteringen palliatieve zorg [Kamerbrief], p. 5

<sup>65</sup> V&VN (2019). Begrippenkader indicatieproces

<sup>66</sup> ZIN (2019). Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding

<sup>67</sup> VWS (2017). Palliatieve zorg, een niveau hoger [Kamerbrief], p. 5

<sup>68</sup> NZa (2018). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34

<sup>70</sup> Artikel 5.3 leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg

<sup>71</sup> Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg

<sup>72</sup> Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg

<sup>73</sup> VWS (2017). Informatiekaart palliatieve zorg

### Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

### Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

PTZ thuis te kunnen laten ontvangen. Dit kan als de behandelend arts inschat dat de levensverwachting korter dan drie maanden is.<sup>74</sup>

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 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.<sup>75</sup> Het geïndiceerde zorgprofiel blijft hierbij ongewijzigd, maar kan niet gelijktijdig met VV 10 gedeclareerd worden.<sup>76</sup>

### 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.<sup>77</sup>

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.<sup>78</sup>

<sup>74</sup> [Artikel 5.3 leden 3 en 4 Regeling langdurige zorg](#)

<sup>75</sup> [Artikel 12 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124](#)

<sup>76</sup> [NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 BR/REG-20124, Toelichting per artikel](#)

<sup>77</sup> [Artikel 4.1 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging 2020 BR/REG-20109](#)

<sup>78</sup> [NZa \(2018\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 28](#)

*Deelname PaTz-groep*

Deelname aan de PaTz-vergaderingen kent geen specifieke bekostiging voor de wijkverpleegkundige.<sup>79</sup> Indirecte patiëntenzorg zit verdisconteerd in de zorgprestaties.<sup>80</sup>

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 zelfmanagement<sup>81</sup> en mantelzorgondersteuning, en waar nodig aan inzet van gespecialiseerde zorgverleners.<sup>82</sup> 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.<sup>83</sup>

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 'respijt zorg' of vervangende zorg.<sup>84</sup>

Professionele respijt zorg kan worden vergoed door de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar.

Welke instantie de respijt zorg vergoedt, is afhankelijk van de specifieke situatie:

- gemeente: als de zorgvrager zelf jeugdzorg 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 respijt zorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering;
- Respijt zorg kan ook uit een persoonsgebonden budget (pgb) betaald worden.<sup>85</sup>

<sup>79</sup> PaTz.nl, Vraag en antwoord, Vergoeding, Geraadpleegd op 15 juli 2019

<sup>80</sup> NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 50-51

<sup>81</sup> Zorginstituut Nederland, Verpleging in de wijk (Zvw), Geraadpleegd op 15 juli 2019

<sup>82</sup> Expertisecentrum mantelzorg, Mantelzorgers ondersteunen voor verzorging en verpleging, Geraadpleegd 4 juli 2017

<sup>83</sup> Mezzo, Vergoedingen, Geraadpleegd op 15 juli 2019

<sup>84</sup> Regelhulp, Rijksoverheid, Gebruikelijke zorg, Geraadpleegd op 4 juli 2017

<sup>85</sup> Regelhulp, Rijksoverheid, Vervangende zorg (respijt zorg), Geraadpleegd op 4 juli 2017

## 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 geven haar handvatten om rust te kunnen vinden. Zo kan het gezin met aandacht voor elkaar afscheid nemen.

### 2.2.1 Huisarts

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

#### Palliatieve consultatie van kaderopgeleide huisarts

- Palliatieve consultatie, visite:  
Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.
- 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.<sup>86</sup>

#### Palliatieve consultatie 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

<sup>86</sup> [Bijlage 2a NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133](#)

aanvullende financiering door middel van deze module, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.<sup>87</sup>

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 vanaf 2020 niet langer bekostigd via de tijdelijke subsidieregeling extramurale zorg, maar vanuit de Zvw.<sup>88</sup> De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz-indicatie wordt bekostigd uit de Wlz.

#### Inzet specialist ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet



De specialist ouderengeneeskunde kan voor patiënten zonder Wlz-indicatie de zorg declareren via de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden'.<sup>89</sup> Deze prestatie kan per uur worden gedeclareerd. Daarnaast kan er per bezoek een reistoelage worden gedeclareerd. Voor deze twee prestaties geldt een maximumtarief. Met de zorgverzekeraar kan worden afgesproken dat ten hoogste 10% bovenop het maximumtarief kan worden gedeclareerd.<sup>90</sup>

Met de zorgverzekeraar kan ook een contract worden afgesproken over de prestatie 'experiment'. Dan is het tarief vrij.

Tot slot kan de inzet van de specialist ouderengeneeskunde ook worden gedeclareerd via de prestatie 'onderlinge dienstverlening'.

#### Inzet specialist ouderengeneeskunde Wet langdurige zorg

De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz-indicatie wordt bekostigd uit de Wlz. Patiënten met een Wlz-indicatie hebben recht op zorg door een specialist ouderengeneeskunde, wanneer zij vanuit geneeskundig oogpunt op deze zorg aangewezen zijn. Voor patiënten met een Wlz-indicatie die de zorg thuis ontvangen mag de zorg door de specialist ouderengeneeskunde op consultbasis bij het zorgkantoor gedeclareerd worden. Voor het (mogen) leveren van deze prestatie is wel een contract van de instelling of het samenwerkingsverband van de specialist ouderengeneeskunde met het zorgkantoor nodig voor de functie H335.<sup>91,92</sup>

<sup>87</sup> [Artikel 7.2.2 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133](#)

<sup>88</sup> [VWS \(2019\). Basispakket Zvw 2020 \[Kamerbrief\]](#)

<sup>89</sup> [Artikel 4.1 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen BR/REG-20139](#)

<sup>90</sup> [NZa Prestatie- en tariefbeschikking geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen TB/REG-20628-01](#)

<sup>91</sup> [Bijlage 1 NZa Prestatieschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2020 BR/REG-20123](#)

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

### 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).<sup>93</sup> Daarnaast biedt Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) vergoeding voor inzet van - aan IKNL verbonden - consulenten<sup>94</sup>.

### 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. Zorgverleners binnen de gehele zorgketen kunnen een beroep doen op deze consulenten voor advies en ondersteuning bij specialistische en complexe zorgvragen.<sup>95</sup>

#### **2.2.2 Verpleegkundig specialistgespecialiseerd verpleegkundige/casemanager**

Bekostiging van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten/casemanager palliatieve zorg kan via de prestaties 'gespecialiseerde verpleging' of 'AIV'.<sup>96</sup> Bekostiging kan ook deel uitmaken van het integraal tarief.<sup>97,98</sup> 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.<sup>99</sup> Wanneer de hulpvraag van de patiënt hun deskundigheid overstijgt, kan de geestelijk verzorger hierin specialistische ondersteuning bieden.<sup>100</sup>

Voor 2019 en 2020 is de bestaande subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg tijdelijk opgehoogd om de inzet van geestelijk verzorgers in de thuissituatie mogelijk te maken.<sup>101</sup>

De regeling is bedoeld voor drie (patiënten)groepen, mits zij niet in een [Wtzi](#)-toegelaten instelling verblijven:

1. mensen van 50 jaar en ouder
2. patiënten in de palliatieve fase en hun naasten
3. kinderen in de palliatieve fase en hun naasten.

Zij kunnen in hun eigen regio voor een aanvraag voor een consult terecht bij het netwerk (kinder)palliatieve zorg of bij de organisatie in de regio die voor de coördinatie van geestelijke verzorging in de thuissituatie is aangewezen.<sup>102</sup>

<sup>93</sup> [LHV West-Brabant.nl, S3 gelden - aanvullende regioprestaties. Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>94</sup> [IKNL, PaTz, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>95</sup> [IKNL, Consultatie palliatieve zorg en transmurale consultatie, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>96</sup> [Artikel 4 NZa Beleidsregel Verpleging en Verzorging 2020 BR/REG-20109](#)

<sup>97</sup> [Artikel 4.1 NZa BR/REG-19144 Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging](#)

<sup>98</sup> [NZa \(2018\), Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 36](#)

<sup>99</sup> Hopman, A.M. (2006), *Uitvoeringstoets geestelijke verzorging*, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 5

<sup>100</sup> [IKNL \(2018\) Richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase](#)

<sup>101</sup> [VWS \(2018\), Aanpak geestelijke verzorging/levensbegeleiding \[Kamerbrief\]](#)

<sup>102</sup> [Agora, Geestelijke verzorging thuis, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

De consulten kunnen worden geleverd door geestelijk verzorgers die ingeschreven zijn in het register van de Stichting Kwaliteitsregister Geestelijke Verzorging (SKGV). Voor kinderpalliatieve zorg kunnen daarnaast rouw- en verliesbegeleiders worden ingeschakeld.

Naast consulten kunnen de middelen worden ingezet voor deelname van geestelijk verzorgers aan overlegvormen in de 1<sup>e</sup> lijn (zoals multidisciplinaire overleggen) en voor de inzet van geestelijke verzorgers voor bijscholing van (in)formele zorgverleners. Tot slot ontvangen de netwerken middelen voor onder andere het opzetten van de benodigde faciliteiten.<sup>103</sup>

#### 2.2.4 Vrijwilligers

Via Vrijwilligers Palliatieve Terminal Zorg (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 Medisch-specialistische zorg thuis



De diagnose, de bijwerkingen, de overwegingen om te stoppen met behandelingen: het is veel om te behappen. Om te voorkomen dat palliatieve patiënten onnodig naar het ziekenhuis moeten, kan medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), per 1 januari 2020 worden gedeclareerd via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).<sup>104</sup> Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten en kan zowel los als naast een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd. Registratie gebeurt per kalenderdag, mits 'opname' plaatsvond vóór 20:00 uur en de patiënt niet op die dag wordt overgeplaatst naar het ziekenhuis. De zorgactiviteit kent een vast, integraal tarief voor alle door het ziekenhuis geleverde zorg, die niet in andere zorgactiviteiten is beschreven. Om de zorgactiviteit te kunnen declareren dient hierover een contract te zijn afgesloten met de zorgverzekeraar.

#### 2.4 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 nacht zorg. "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.

<sup>103</sup> [Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging](#)

<sup>104</sup> [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)



### 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.<sup>105 106,107</sup> Ook kunnen vanuit de Zvw tijdelijk hulpmiddelen worden geleend.<sup>108</sup> Hulpmiddelen ter vergroting van de zelfredzaamheid worden vergoed vanuit de Wmo.<sup>109,110,111</sup> Zo kan een rolstoel bijvoorbeeld de eerste zes maanden geleend worden vanuit de Zvw en daarna vergoed worden vanuit de Wmo.<sup>112</sup>

#### Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wmo.<sup>113</sup>

#### Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wlz.<sup>114,115,116</sup>

## 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.<sup>117</sup> Wanneer de rouw complex wordt, start voor de nabestaande een eigen zorgvraag.

<sup>105</sup> [Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>106</sup> [Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124](#)

<sup>107</sup> [Artikel 1 NZa Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2020 - BR/REG-20123](#)

<sup>108</sup> [Vilans.nl, Zorgverzekeringswet \(Zvw\), Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>109</sup> [Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124](#)

<sup>110</sup> [Artikel 1 NZa Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2020 - BR/REG-20123](#)

<sup>111</sup> [Rijksoverheid.nl, Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>112</sup> [Vilans.nl, Rolstoelen, incidenteel gebruik, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>113</sup> [Rijksoverheid.nl, Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>114</sup> [Artikel 1 NZa, Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124](#)

<sup>115</sup> [Artikel 1 NZa Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2020 - BR/REG-20123](#)

<sup>116</sup> [ActiZ \(2016\), Overgang huishoudelijke hulp bij mpt-cliënten thuis in één keer per 1 april 2017, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>117</sup> [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.<sup>118</sup>

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.<sup>119</sup> De subsidie geldt in principe niet voor [Wtzi](#) toegelaten hospices, omdat zij voor het leveren van zorg contracten af kunnen sluiten op basis van

<sup>118</sup> [AHZN. Definitie hospicezorg, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>119</sup> [Artikel 1 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging](#)

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.

### 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 Medisch specialistische zorg



Medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan per 1 januari 2020 gedeclareerd worden via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).<sup>120</sup> Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het hospice. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

### 3.4 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging is een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Er zijn hospices die een geestelijk verzorger in dienst hebben. 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. Hospices zonder Wtzi-toelating kunnen hier gebruik van maken. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.2.3](#).

### 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 huisvestingskosten 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.<sup>121</sup>

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.<sup>122,123</sup> Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

<sup>120</sup> [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>121</sup> VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

<sup>122</sup> VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

<sup>123</sup> [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.<sup>124</sup>

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.<sup>125, 126</sup>

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.<sup>127</sup>

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

- de behandelend arts heeft in een verklaring aangegeven dat de levensverwachting van de patiënt korter is dan drie maanden;

<sup>124</sup> VWS (2017). [Informatiekaart palliatieve zorg](#)

<sup>125</sup> [Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg](#)

<sup>126</sup> [Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz 2020 - BR/REG-20122](#)

<sup>127</sup> [Artikel 2.2c Regeling langdurige zorg](#)

- 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.

De behandelend arts moet verklaren dat de patiënt voldoet aan deze criteria.<sup>128</sup> Het eerder door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel van de patiënt kan niet tegelijk met de 10 VV worden gedeclareerd.<sup>129</sup>

#### 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.<sup>130,131</sup> 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.<sup>132,133</sup>

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.<sup>134,135</sup>

#### 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).<sup>136</sup>

#### 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 vrijplaats<sup>137</sup> en het begeleiden bij religie en spiritualiteit.<sup>138</sup> Een instelling dient ervoor te zorgen dat geestelijke verzorging beschikbaar is.<sup>139</sup> Vanuit de Wlz wordt dit bekostigd uit de tarieven van de zorgzwaartepakketten.

<sup>128</sup> [Artikel 12 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124](#)

<sup>129</sup> [Toelichting per artikel NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2020 - BR/REG-20124](#)

<sup>130</sup> [LHV \(2014\), Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

<sup>131</sup> [Artikel 3.1.1, lid 1d1 Wet langdurige zorg](#)

<sup>132</sup> [ActiZ / LHV \(2015\), Factsheet Huisartsenzorg voor patiënten met een Wlz-indicatie](#)

<sup>133</sup> [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 9](#)

<sup>134</sup> [Bijlage 1 NZa Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2020 - BR/REG-20123](#)

<sup>135</sup> [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 19](#)

<sup>136</sup> [NZa \(2016\), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg](#)

<sup>137</sup> 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)

<sup>138</sup> Hopman, A.M. (2006), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 4

<sup>139</sup> [Artikel 6 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg](#)

## 4.2 Palliatieve terminale unit (PTU)



Olivia zit in een rolstoel en neemt een slokje thee. Stilletjes geniet ze van het zachte lentebriesje en het gebabbel van Guus en Sara. Het is niet thuis, maar het voelt toch huiselijk. In het verpleeghuis is een specialist ouderengeneeskunde werkzaam. Omdat het verpleeghuis dichtbij het huis van Olivia is, wil ze graag onder behandeling blijven bij haar eigen huisarts. Die kent haar immers al lang en heeft het verloop van de ziekte vanaf het begin met het gezin meegemaakt. Dat begrijpt de specialist ouderengeneeskunde en hij stemt daarover af met de huisarts. Daar waar Olivia specialistische palliatieve zorg nodig heeft, neemt de specialist ouderengeneeskunde deze voor zijn rekening. Wanneer het braken onophoudelijk wordt, stelt de in palliatieve zorg kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde van het verpleeghuis in een familiegesprek voor om te starten met palliatieve sedatie. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

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

### Opname PTU Zorgverzekeringswet

Patiënten die bij aanvang van de PTZ nog geen Wlz-indicatie hadden krijgen de zorg in de instelling vanuit de Zvw via de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg* (ELV PTZ). Deze prestatie kan worden gedeclareerd wanneer de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn.<sup>140</sup>

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.<sup>141</sup>

### 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.<sup>142</sup>

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

<sup>140</sup> [Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-20115](#)

<sup>141</sup> [Artikel 5.1 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-20115](#)

<sup>142</sup> [Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen \(instelling, vpt, mpt en pgb\) \(Wlz\). Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

#### Opname PTU Zorgverzekeringswet

#### Opname PTU Wet langdurige zorg

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](#).

Het declareren van een VV 10 kan voor patiënten die vanuit thuis komen wanneer levensverwachting van die patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn. Er hoeft dan niet te worden voldaan aan de andere criteria.

#### 4.2.1 Arts

##### Arts PTU Zorgverzekeringswet

Voor een patiënt opgenomen op een palliatieve terminale unit in een instelling kan de specialist ouderengeneeskunde de zorg op zich nemen.<sup>143</sup> Dit hoeft echter niet. De huisarts kan ook de patiënt zelf blijven behandelen, waar nodig met ondersteuning.

De kosten voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde vallen onder de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg*.<sup>144</sup>

De huisarts kan hiervoor de prestaties 'Intensieve zorg' declareren, omdat er in eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg geboden wordt.<sup>145</sup> Zie ook [paragraaf 2.1.1](#).

##### Arts PTU Wet langdurige zorg

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.

#### 4.2.2 Medisch specialistische zorg



Medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan per 1 januari 2020 gedeclareerd worden via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis"

<sup>143</sup> [Verenso / LHV \(2016\), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 18](#)

<sup>144</sup> [Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-20115](#)

<sup>145</sup> [Artikel 5.2.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2020 - BR/REG-20133](#)



(190228).<sup>146</sup> Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het verpleeghuis of de PTU. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

#### 4.2.2 Verpleging, verzorging en begeleiding

##### Verpleging, verzorging en begeleiding PTU Zorgverzekeringswet

Vanuit de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg* wordt "24-uurs-beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging" vergoed.<sup>147</sup> Verzekeraars stellen daarnaast in het inkoopbeleid nog aanvullende eisen, bijvoorbeeld aan het niveau van de verpleegkundigen.<sup>148</sup>

##### Verpleging, verzorging en begeleiding PTU Wet langdurige zorg

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

#### 4.2.3 Geestelijke verzorging

##### Geestelijke verzorging PTU Zorgverzekeringswet

Geestelijke verzorging kan worden vergoed zoals in de thuissituatie (zie [paragraaf 2.2.3](#)).

##### Geestelijke verzorging PTU Wet langdurige zorg

Bekostiging van geestelijke verzorging op een PTU voor patiënten met een Wlz indicatie is gelijk aan de bekostiging in het verpleeghuis (zie [paragraaf 4.1](#)) of thuis (zie [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](#).

<sup>146</sup> [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>147</sup> [Artikel 4 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-20115](#)

<sup>148</sup> Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf Zilveren Kruis, CZ, VGZ, Menzis

#### 4.4 Hulpmiddelen



Vanaf 1 januari 2020 ontvangen alle patiënten die in een Wlz-instelling verblijven voortaan hun mobiliteitshulpmiddelen (zoals een rolstoel) en hulpmiddelen zoals een tillift en een hoog-laag bed (zogenaamde 'roerende voorzieningen') vanuit de Wlz.<sup>149</sup> Hulpmiddelen voor cliënten die in een Wlz-instelling wonen werden tot 2020 vanuit de Wlz, de Zvw en de Wmo geleverd. De regels verschilden daarnaast voor cliënten met behandeling en cliënten zonder behandeling in de instelling.<sup>150</sup>

#### 4.4 Nazorg

De betrokken zorgverleners spelen direct na het overlijden van de patiënt in op wat de nabestaanden nodig hebben.<sup>151</sup> Deze zorg is onderdeel van de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg (Zvw)* of het ZZP van de patiënt (Wlz). Als de zorgvraag van een nabestaande complex wordt, is dit geen onderdeel van de prestatie. De nabestaande heeft dan een eigen zorgvraag en start een eigen zorgtraject via diens huisarts.<sup>152</sup>

#### 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.<sup>153</sup>

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.<sup>154, 155</sup> Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

<sup>149</sup> VWS (2019), [Stand van zaken moties en toezeggingen VWS \[Bijlage bij Kamerbrief\]](#)

<sup>150</sup> VWS (2019), [Vereenvoudiging hulpmiddelenzorg voor cliënten in een Wlz-instelling](#)

<sup>151</sup> KNL / Palliactief (2017), [Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

<sup>152</sup> NZa (2017), [Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

<sup>153</sup> VWS (2007), [Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen](#)

<sup>154</sup> VWS (2007), [Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen](#)

<sup>155</sup> NZa (2017), [Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

## 5. Eigen betalingen van patiënten



Heel veel zondagmiddagen later kijkt Guus naar de administratie op zijn bureau. Hij heeft het lang uitgesteld. Er zaten nog veel rekeningen uit de tijd voor het overlijden van Olivia bij. Het voelt niet goed. Alsof zijn vrouw iets zakelijks is. Vandaag heeft hij de moed gevat om het één en ander te ordenen. Toen Olivia besloot te stoppen met de chemotherapie en ze naar huis kwam om te sterven, gaf zijn broer Guus de tip om 'alle bonnetjes' te bewaren. Dat was wel het láátste waar hij op dat moment aan dacht.

Hij staart een tijd naar de map.

Open dan maar. Er zijn heel wat bonnetjes van de drogist, voor paracetamol en vitaminen, speciale washandjes en meer van dat soort dingen. Vooral veel kleine bedragen. Maar ook rekeningen van de fysiotherapeut die meerdere keren langs kwam. En een eigen bijdrage van de taxi uit de tijd dat Olivia nog naar de bestraling moest. O ja, wat voelde ze zich toen verschrikkelijk...

Met elk bonnetje komen de herinneringen terug. Hoe fijn was het dat hun verpleegkundige hem op het hart drukte om huishoudelijke hulp te vragen bij de gemeente. Het duurde wel even voordat het geregeld was, maar de kosten vielen reuze mee. Waar Guus geen rekening van heeft gezien, zijn de kosten van Nelleke en Annemiek. Zij waren 'de stille steun' in huis. Ze hadden veel ervaring als vrijwilliger met thuis sterven en hadden altijd tijd voor een praatje met Guus.

Er volgt een diepe zucht. Eigenlijk raar, al die verschillende regelingen en eigen betalingen.

Patiënten betalen zelf kosten voor zorg:

### Zorgverzekeringswet

Patiënten betalen voor zorg vanuit de Zvw de eerste kosten zelf. Dit is het eigen risico. Daarna wordt de zorg vergoed door vanuit de zorgverzekering. Voor sommige zorg hoeft de patiënt geen eigen risico te betalen, zoals bijvoorbeeld de huisarts en wijkverpleging.<sup>156</sup> Voor sommige zorg geldt een eigen bijdrage, zoals bijvoorbeeld bij ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer.<sup>157</sup>

### Wet langdurige zorg

Voor Wlz-zorg betalen patiënten een eigen bijdrage. De hoogte daarvan is afhankelijk van de leveringsvorm en de persoonlijke (financiële) omstandigheden van de patiënt.<sup>158</sup>

### Wet maatschappelijke ondersteuning

Voor maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo betaalt de patiënt een eigen bijdrage per 4 weken. Daarnaast kunnen gemeenten eigen bijdragen vragen voor algemene voorzieningen vanuit de Wmo.<sup>159</sup>

In het schema op de volgende pagina zijn de eigen betalingen waar palliatieve patiënten mee te maken kunnen krijgen per plaats van zorg en wet opgenomen:

<sup>156</sup> [Zorginstituut Nederland. Eigen risico \(Zvw\). Geraadpleegd 12 juli 2019](#)

<sup>157</sup> [Zorginstituut Nederland. Eigen bijdrage \(Zvw\). Geraadpleegd 12 juli 2019](#)

<sup>158</sup> [Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de Wet langdurige zorg?. Geraadpleegd 12 juli 2019](#)

<sup>159</sup> [CAK. In 2019 is eigen bijdrage wmo maximaal 17,50. Geraadpleegd op 30 mei 2019](#)

Plaats	Zorgverzekeringswet (Zvw) <sup>160</sup>	Wet langdurige zorg (Wlz) <sup>161,162</sup> <i>* Betreft bedragen 2019</i>	Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) <sup>163,162</sup> <i>* Betreft bedragen 2019</i>
Ziekenhuis	Verplicht eigen risico (Vastgesteld op € 385).	Ziekenhuiszorg valt altijd onder de Zvw.	
Thuis	Huisartsenzorg en Wijkverpleging zijn vrijgesteld van het eigen risico.	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage: PGB: min. € 23,4 max. € 721 p/m MPT: min € 23,4 max € 721 p/m VPT: min. € 164,2 max. € 861,80 p/m <sup>164</sup>	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen: Max. €17,50 per 4 weken  Eigen bijdrage algemene voorzieningen: Afhankelijk van gemeente
Hospice Geen Wtzi- instelling	Beroepsmatige zorg conform thuis, bij Wlz-zorg altijd lage eigen bijdrage Eigen bijdrage per verblijfdag (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering)		Conform thuis
Hospice Wtzi- instelling	Beroepsmatige zorg conform verpleeghuis Eigen bijdrage per verblijfdag (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering)		Conform verpleeghuis & palliatieve terminale unit
Verpleeghuis & Palliatieve terminale unit	Eerstelijnsverblijf: Verplicht eigen risico (Vastgesteld op € 385).	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage:  Lage eigen bijdrage (eerste vier maanden): Min. € 164,20 en max. € 861,80 per maand  Hoge eigen bijdrage (na vier maanden): Min. €0 en max. € 2.364,80	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen: Max. €17,50 per 4 weken Eigen bijdrage algemene voorzieningen: Afhankelijk van gemeente  Bij Wlz-zorg geen eigen bijdrage.

<sup>160</sup> [Zorginstituut Nederland. Eigen risico \(Zvw\). Geraadpleegd op 30 mei 2019](#)

<sup>161</sup> [Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de wet langdurige zorg. Geraadpleegd op 30 mei 2019](#)

<sup>162</sup> [CAK. Zorg vanuit de wlz. Geraadpleegd op 30 mei 2019](#)

<sup>163</sup> [CAK. In 2019 is eigen bijdrage wmo maximaal 17,50. Geraadpleegd op 30 mei 2019](#)

<sup>164</sup> [Artikel 3.3.2.1 & 3.3.2.2 Besluit langdurige zorg](#)

## 6. Knelpunten

Ter voorbereiding op de ontwikkeling van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)<sup>165</sup> zijn knelpuntenanalyses verricht van de palliatieve zorg in de eerstelijns en in de tweede lijn.<sup>166,167</sup> 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 2](#)) 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'.<sup>168</sup> Een aantal van deze knelpunten is door - ook in de handreiking beschreven - wijzigingen in de financiering opgelost. In dit hoofdstuk zijn per setting de knelpunten uit 2017 opgenomen en is de stand van zaken voor 2020 omschreven.

### 6.1 Ziekenhuis

#### Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

*Parallelliteit (in geval van een andere zorgvraag bij eenzelfde specialisme).*

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.<sup>169</sup>

#### Stand van zaken 2020

*Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.<sup>170</sup>*

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.

<sup>165</sup> [IKNL / Palliactief \(2017\), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

<sup>166</sup> [IKNL / Palliactief \(2017\), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerstelijns](#)

<sup>167</sup> [IKNL / Palliactief \(2015\), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen](#)

<sup>168</sup> [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat](#)

<sup>169</sup> [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

<sup>170</sup> [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

### Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

*Declaratie consult door een verpleegkundig specialist van het team pz bij een klinische patiënt.*

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.<sup>171</sup>

### Stand van zaken 2020

*Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.*<sup>172</sup>

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.

*Declaratie consult en openen DBC palliatieve zorg door specialist ouderengeneeskunde.*

Het registreren en declareren van klinische en poliklinische consulten en het openen van de DBC palliatieve zorg is niet mogelijk voor specialisten ouderengeneeskunde.<sup>173</sup>

*Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.*<sup>174</sup>

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.

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).<sup>175</sup>

<sup>171</sup> [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

<sup>172</sup> [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>173</sup> [Artikel 24.1, 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

<sup>174</sup> [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>175</sup> [Artikel 1cc NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

### Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

#### *Overleg palliatieve zorg.*

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg, bestaande uit minimaal twee poortspecialisten.<sup>176</sup>

#### *Telefonisch consult door team palliatieve zorg kan niet worden gedeclareerd.*

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

#### *Patiënt overleden vóór Overleg palliatieve zorg.*

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

### Stand van zaken 2020

#### *Aanpassing regelgeving Overleg palliatieve zorg per 1 januari 2018.*

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.<sup>177</sup>

#### *Nieuwe zorgactiviteiten per 1 januari 2018: belconsult, schriftelijk consult en screen-to-screen consult<sup>178</sup>*

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.<sup>179</sup>

#### *Geen aanpassing.*

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

<sup>176</sup> [Artikel 24.40 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

<sup>177</sup> [Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>178</sup> [Artikel 24.4, 24.5 en 24.6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>179</sup> [NZa \(2017\), Wijzigingen dbc release RZ18b v201700921, p. 16-22](#)

### Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

*Patiënt overleden/ontslagen vóór face-to-face contact met medisch specialist.*  
Wanneer een gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist van het team palliatieve zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc/medebehandeling), dient een medisch specialist van het team palliatieve zorg face-to-face contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren.<sup>180</sup>  
Wanneer de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

*Declaratie zorgproducten palliatieve zorg mag alleen wanneer andere DBC-producten afgesloten zijn.*<sup>182</sup>

*Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties*  
De huidige definitie van deze zorgactiviteit wordt als te beperkt ervaren en de gestelde criteria als te stringent. Met als gevolg dat deze zorgactiviteit niet of nauwelijks wordt geregistreerd.<sup>183</sup>

### Stand van zaken 2020

*Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.*<sup>181</sup>  
Wanneer een gespecialiseerd verpleegkundige van het team palliatieve zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt, dient een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg face-to-face contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren.  
Wanneer de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

*Handboek registratie zorgactiviteiten v20141222 niet meer van kracht.*

*Aangepaste zorgactiviteit per 1 januari 2018: Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties.*  
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 herhaalpolibezoek, screen-to-screen consult of verpleegdag worden vastgelegd.<sup>184</sup>

<sup>180</sup> [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

<sup>181</sup> [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2020 - NR/REG-2001](#)

<sup>182</sup> [NZa \(2015\), Handboek registratie zorgactiviteiten v20141222](#)

<sup>183</sup> [NZa \(2017\), Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a](#)

<sup>184</sup> [NZa \(2017\), Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a](#)



## 6.2 Thuis

### Knelpunten huisarts 2017

Deelname huisarts aan PaTz-groep niet structureel bekostigd.

### Samenwerking

Tussen patiënten in de stervensfase is de variatie aan zorgvragen/zorgbehoefte en aan hulpvragen in relatie tot welzijn/welbevinden groot. Om hieraan tegemoet te komen is generalistische en specialistische inzet nodig. Samenwerking tussen professionals is dus belangrijk voor de kwaliteit van zorg.

Regionale samenwerking als zodanig is niet structureel ingebed in de bekostiging.

Met name uit de eerstelijnszorg worden knelpunten rondom de bekostiging van samenwerking naar voren gebracht.<sup>185</sup>

### Stand van zaken 2020

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.

*Rapport 'Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt' (NZa, 2018) & TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$)*

Als vervolg op het rapport 'Palliatieve zorg op maat' (NZa, 2017) organiseerde de NZa in 2018 rondetafels met meer dan 75 voorlopers in de palliatieve zorg. In deze rondetafels werd besproken wat deze voorlopers op (middel)lange termijn nastreefden en hoe bekostiging dat kan stimuleren. Op basis van de rondetafels heeft de NZa in het rapport 'Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt'<sup>186</sup> (2018) beschreven wat de mogelijkheden in de bekostiging zijn voor casemanagement, transmurale samenwerking en patiëntvolgende bekostiging. De NZa concludeert dat er in aanleg mogelijkheden zijn voor het bekostigen hiervan, maar dat met name het bekostigen van transmurale samenwerking een complexe aangelegenheid is.

De coöperatie Palliatieve zorg Nederland (PZNL) heeft in het voorjaar van 2018 een veldverkenning<sup>187</sup> - met consortia en netwerken palliatieve zorg - uitgevoerd naar de mate waarin regionale initiatieven in transmurale palliatieve zorg essenties uit het kwaliteitskader<sup>188</sup> in praktijk brengen. Op basis hiervan zijn zeven initiatieven geselecteerd.

<sup>185</sup> NZa (2017), *Rapport Palliatieve zorg op maat*, p. 26-27

<sup>186</sup> NZa (2018), *Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt*

<sup>187</sup> PZNL (2018), *transmurale model palliatieve zorg: hulpmiddel bij implementatie kwaliteitskader? Methodiek veldverkenning*

<sup>188</sup> PZNL (2018), *Factsheet Essenties Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland*

### Knelpunten huisarts 2017

### Stand van zaken 2020

Deze initiatieven organiseren palliatieve zorg op een innovatieve manier om de kwaliteit te verbeteren. Zij zijn gevraagd om in het project TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$)<sup>189</sup> te dienen als leertuinen. TAPA\$ beoogt in een periode van circa drie jaar inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van zorg is in de zeven geselecteerde initiatieven en hiervoor passende bekostiging te ontwikkelen.

### Knelpunten specialist ouderengeneeskunde 2017

### Stand van zaken 2020

#### *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.

#### *Vergoeding specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie per 1 januari 2020 via de Zvw*

De zorg door de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie voor patiënten zonder Wlz-indicatie wordt vanaf 2020 niet langer bekostigd via de tijdelijke subsidieregeling extramurale zorg, maar vanuit vanuit de Zvw (zie [paragraaf 2.2.1](#)).

### Knelpunten wijkverpleging 2017

### Stand van zaken 2020

#### *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

#### *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

<sup>189</sup> PZNL (2019). Factsheet TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$).

### Knelpunten wijkverpleging 2017

individuele aanbieder is veelal afhankelijk van:

- de historische verhouding van verpleging en verzorging;
- het tarief in 2016;
- de doelmatigheidsscore bij de betreffende verzekeraar.<sup>190</sup>

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.<sup>191</sup>

Daarnaast wordt er vaak in het contract een doorleverplicht vastgelegd. Zorgaanbieders moeten dan zorg leveren voor eigen rekening als het budgetplafond is bereikt.<sup>192,193</sup>

### Stand van zaken 2020

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.<sup>194</sup>

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.<sup>195</sup>

### Hoort een patiënt in de Wlz of de Zvw?

Wanneer patiënten thuis willen sterven kan het gebeuren dat de verzekeraar aanstuurt op een overgang naar bekostiging vanuit de Wlz als de zorgvraag oploopt.<sup>196</sup>

### Bij PTZ overgang niet mogelijk

Als een patiënt nog geen Wlz-indicatie heeft, zal het CIZ deze niet meer afgeven als er sprake is van een terminale situatie.<sup>197</sup> 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.<sup>198</sup>

### Terminaliteitsverklaring (Zvw)

Bekostiging van vroege inzet van palliatieve zorg (wanneer de prognose nog langer is dan drie maanden), is onduidelijk.

<sup>190</sup> NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21

<sup>191</sup> NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21

<sup>192</sup> ActiZ (2017) Zorgcontractering wijkverpleging, p. 5

<sup>193</sup> NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 18

<sup>194</sup> VWS (2017), Palliatieve zorg, een niveau hoger [Kamerbrief], p. 5

<sup>195</sup> NZa (2018). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34

<sup>196</sup> NZa (2017). Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

<sup>197</sup> CIZ (2017). Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15

<sup>198</sup> NZa (2017). Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

### Knelpunten wijkverpleging 2017

*Casemanager palliatieve zorg*  
Bekostiging van een casemanager palliatieve zorg is onderdeel van de prestaties verpleging en verzorging.<sup>199</sup> Het is niet als zodanig geoormerkt. Wanneer de tarieven voor de prestaties krap zijn, is er te weinig ruimte om gespecialiseerde casemanagers in te kunnen zetten.

### *24-uurs-zorg (Zvw)*

Zorgaanbieders geven aan dat zij soms nachtzorg willen inzetten, maar dat de zorgverzekeraar het daar niet altijd mee eens is.

### *Indicatiestelling VV 10 door CIZ (Wlz)*

PTZ dient vaak snel geregeld te worden. De indicatie door het CIZ voor het ZP VV10 duurt uiterlijk zes weken en kan met een spoedprocedure uiterlijk binnen twee weken gebeuren.<sup>203</sup> Wanneer de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet vergoed wordt.

### *Nazorg (Wlz & Zvw)*

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

### Stand van zaken 2020

### *Intensieve zorg*

24-uurszorg wordt voortaan 'intensieve zorg' genoemd.<sup>200</sup> Zorginstituut Nederland heeft in een nadere duiding aangegeven op welke manier deze zorg onder de verzekerde zorg valt<sup>201</sup> en V&VN heeft in het 'Begrippenkader indicatieproces'<sup>202</sup> verhelderd hoe de wijkverpleegkundige deze zorg kan indiceren. Zie verder [paragraaf 2.1.2](#).

### *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 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](#).<sup>204</sup>

### *Kostenonderzoeken*

De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in kostprijstaanleveringen voor zowel de Zvw als de Wlz, zodat de kwaliteit van nazorg

<sup>199</sup> NZa (2017). [Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

<sup>200</sup> VWS (2018). [Verbeteringen palliatieve zorg \[Kamerbrief\], p. 5](#)

<sup>201</sup> ZIN (2019). [Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding](#)

<sup>202</sup> V&VN (2019). [Begrippenkader indicatieproces](#)

<sup>203</sup> [Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg](#)

<sup>204</sup> [Informatielangdurigezorg.nl, Palliatief terminale zorg wordt eenvoudiger te regelen voor mensen met een Wlz-indicatie. Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

### Knelpunten wijkverpleging 2017

### Stand van zaken 2020

#### *Declaraties na overlijden*

Het komt voor dat declaraties die ingediend worden na het overlijden van de patiënt, geweigerd worden door de verzekeraar.<sup>206</sup>

#### *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.<sup>207,208</sup>

### Knelpunten geestelijke verzorging 2017

### Stand van zaken 2020

#### *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.<sup>209</sup>

#### *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 eerste lijn mogelijk te maken, zie [hoofdstuk 2.2.3](#).<sup>210</sup>

<sup>205</sup> NZa (2017), [Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

<sup>206</sup> NZa (2017), [Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27](#)

<sup>207</sup> NZa (2017), [Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27](#)

<sup>208</sup> NZa (2017), [Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

<sup>209</sup> VGVZ (2018), [Financieringsmogelijkheden geestelijke verzorging in eerste lijn](#)

<sup>210</sup> VWS (2018), [Aanpak geestelijke verzorging/levensbegeleiding \[Kamerbrief\]](#)

## 6.3 Hospice

### Knelpunten hospicezorg 2017

#### *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.

#### *Wmo*

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

#### *Bekostiging respijtzorg, probleemanalyse en crisisinterventie*

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

### Stand van zaken 2020

#### *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.<sup>211</sup>

#### *Afspraken op maat*

De Wmo biedt gemeenten veel vrijheid in de uitvoering van de wet. Hospices kunnen met de gemeenten in hun regio inventariseren of 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.

<sup>211</sup> NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 35-36

### Knelpunten hospicezorg 2017

### Stand van zaken 2020

aanvullende verzekeringen (Zvw) of Eerstelijnsverblijf (Zvw).

#### *Verschillende eigen bijdragen in Zvw en Wlz*

Omdat patiënten in de PTZ niet van de Zvw naar de Wlz gaan en andersom, wordt dezelfde zorg vanuit verschillende wetgevingen bekostigd. Een patiënt met een indicatie voor de Wlz betaalt voor de zorg een (lage) eigen bijdrage. Een patiënt in de Zvw betaalt deze eigen bijdrage niet.<sup>212</sup>

#### *Verschillende vergoeding eigen (dag)bijdrage hospice.*

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.

#### *Ophoging van het budget van de Regeling Palliatieve terminale zorg*

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. 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.<sup>213</sup>

## 6.4 Verpleeghuis

### Knelpunten Verpleeghuis/PTU 2017

### Stand van zaken 2020

*Tarief Eerstelijnsverblijf (Zvw)*  
Het tarief is niet altijd toereikend voor de zorg in de instelling.

*Kostenonderzoek*  
De NZa heeft de tarieven voor de prestaties eerstelijnsverblijf laag-complex, hoog-complex

<sup>212</sup> NZa (2017), *Rapport Palliatieve zorg op maat*, p. 39-40

<sup>213</sup> VWS (2018), *Verbetering palliatieve zorg* [Kamerbrief]

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.

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 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 omdat de data nog niet voldoende representatief bleken te zijn. De NZa heeft besloten om een vervolgonderzoek op te starten. Het vervolgonderzoek wordt in nauwe samenwerking met partijen opgezet en uitgevoerd.<sup>214</sup>

#### *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.<sup>215</sup> 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.<sup>216</sup>

<sup>214</sup> [NZa \(2018\), Circulaire regelgeving eerstelijnsverblijf 2019 - CI/18/06c](#)

<sup>215</sup> [Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg](#)

<sup>216</sup> [Informatielangdurigezorg.nl, Palliatief terminale zorg wordt eenvoudiger te regelen voor mensen met een Wlz-indicatie. Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)



# 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.<sup>217</sup>

## **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.<sup>218</sup>

## **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.<sup>219</sup>

## **Regeling palliatieve terminale zorg (Regeling PTZ)**

De Regeling PTZ is een jaarlijkse instellingssubsidie voor de inzet van getrainde vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg (PTZ). De regeling bevat eventueel ook een tegemoetkoming in de exploitatie- en huisvestingskosten.<sup>220</sup> 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.<sup>221</sup>

## **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".<sup>222</sup>

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).<sup>223</sup>

<sup>217</sup> VWS (2016), [Het Nederlandse zorgstelsel](#), p. 7-11

<sup>218</sup> VWS (2016), [Het Nederlandse zorgstelsel](#), p. 13-15

<sup>219</sup> VWS (2016), [Het Nederlandse zorgstelsel](#), p. 17-19

<sup>220</sup> VWS (2016), [Wijziging regeling PTZ \[Kamerbrief\]](#)

<sup>221</sup> [Artikel 6 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging](#)

<sup>222</sup> Wtzi.nl, [Over Toelating Zorginstellingen](#), Geraadpleegd op 4 juli 2017

<sup>223</sup> 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  
Daniëlle 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 Lefeber  
Thea Leeuwangh  
Huub Schreuder  
Anne Claire van Harderwijk  
Angela Bransen  
Mischa Buter

