Afbeelding met Lettertype, tekst, Graphics, ontwerp

Automatisch gegenereerde beschrijving

|  |
| --- |
|  |
| Sjabloon projectplan |
| [Bijv. ondertitel – jaartallen] |

|  |
| --- |
| **Mededeling: het sjabloon wordt verder ontwikkeld met input uit de praktijk.**  De tekst die tussen [haken] is geplaatst betreffen instructies voor het personaliseren van de overeenkomst naar de regionale situatie. |

Inhoud

* Achtergrond 3
* Probleem 6
* Doelstelling 7
* Resultaat 8
* Afbakening 10
* Risico’s 11
* Afhankelijkheden 12
* Planning 12
* Financiën 13
* Projectorganisatie 13
* Bijlage 1: format experimenteerovereenkomst 20
* Bijlage 2: aansluitovereenkomst 21

Achtergrond

Jaarlijks sterven in Nederland ongeveer 170.000 mensen. Zo’n 70% van die overlijdens komt voor de (behandelend) arts niet onverwachts. Deze 119.000 teamiënten van wie de levensverwachting - om wat voor reden dan ook - begrensd is, zullen in hun laatste levensfase in veel gevallen enige vorm van palliatieve zorg nodig hebben ([Palliaweb](https://palliaweb.nl/zorgpraktijk/palliatieve-zorg" \l ":~:text=De%20palliatieve%20fase%20begint%20als,)%20behandeling%2C%20begeleiding%20en%20zorg.), 2022).

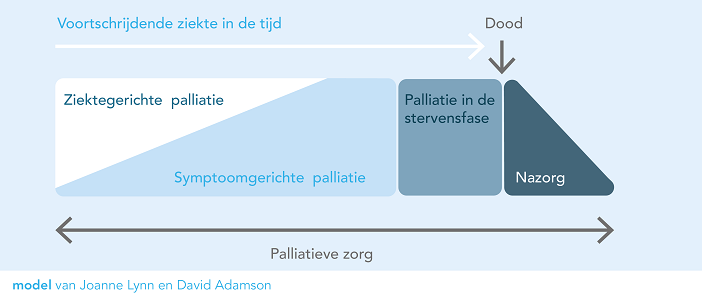
|  |
| --- |
| *Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven en het welzijn verbetert van patiënten en hun naasten, die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige 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.* |

Definitie ‘Palliatieve zorg’ in het Kwaliteitskader (gemodificeerd WHO 2002)

Om palliatieve patiënten en hun naasten in de laatste levensfase zo optimaal mogelijk te ondersteunen en lijden bij deze patiënten te voorkomen en te verlichten, wordt palliatieve zorg ingezet. Vaak wordt palliatieve zorg ingezet naast zorg die zich richt op de behandeling van de aandoening. Palliatieve zorg is namelijk meer dan alleen terminale zorg. Het verschil is dat palliatieve zorg jaren kan duren, in veel gevallen al vanaf het moment van diagnose. Dit terwijl over terminale zorg pas gesproken wordt wanneer het overlijden nabij is (binnen 3 maanden)

Palliatieve zorg richt zich op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven en terminale zorg richt zich op een zo goed mogelijke kwaliteit van sterven.

Nazorg is onderdeel van de palliatieve zorg en wordt geboden door de betrokken zorgverleners aan nabestaanden van de overleden patiënt. Figuur 1 geeft schematisch de 4 fasen weer die worden onderscheiden in de palliatieve zorg.

  
Figuur 1: Vier fasen in de palliatieve zorg

Om palliatieve zorg te organiseren en leveren, zoals omschreven in het kwaliteitskader, is transmurale samenwerking cruciaal. Palliatieve zorg wordt namelijk in alle zorgsectoren geboden en gaat over meerdere wettelijke domeinen heen (Wlz, Zvw, Wmo).   
De zorg wordt geleverd in ziekenhuizen, bij patiënten thuis, in verpleeghuizen en in hospices. Palliatieve zorg en ondersteuning wordt onder andere geleverd door medische specialisten, huisartsen, (wijk)verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, paramedici, apothekers, geestelijk verzorgers en vrijwilligers. Daarnaast spelen mantelzorgers een cruciale rol.

Er is een onderscheid tussen generalistische palliatieve zorg en specialistische palliatieve zorg. Zorgverleners hebben generalistische basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg. Dit betekent dat de zorgverlener de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg integreert in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid.   
De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in de palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Vaak is de specialist palliatieve zorg werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg regelmatig deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is (Kwaliteitskader palliatieve zorg, 2022).

Dit betekent dat een generalistisch opgeleide zorgverlener zoals een huisarts of een specialist ouderengeneeskunde in de palliatieve zorg juist een specialistische zorgverlener kan zijn. Een specialistisch opgeleide zorgverlener zoals een medisch specialist in een ziekenhuis moet als een generalistische zorgverlener gezien worden als het om palliatieve zorg gaat.  
  
Door de vele betrokkenen vanuit verschillende zorgsectoren en wettelijke domeinen wordt palliatieve zorg in vaak in netwerkverband georganiseerd.

[Ruimte om de regionale situatie toe te lichten, geschiedenis palliatieve zorg in de regio en bijvoorbeeld recente ontwikkelingen]

[hierna volgt een voorbeeld vanuit een regionaal werkzaam multidisciplinair samengesteld team , hierna: TEAM]

Het TEAM is voor zorgprofessionals in de eerste- en tweedelijnszorg 24 uur per dag bereikbaar voor advies en vragen die betrekking hebben op de zorg in de laatste levensfase. Deze vragen zijn zowel zorginhoudelijk als organisatorisch van aard en worden zowel telefonisch als bedside aangeboden.   
Daarnaast komt het TEAM wekelijks bij elkaar voor een multidisciplinair overleg, verzorgen zij regionale scholingen, faciliteren intervisie aan generalisten en specialisten en zijn zij betrokken bij het opstellen en implementeren van regionale samenwerkingsafspraken.   
  
Met behulp van deze aanpak krijgt de palliatieve zorg in de regio een nóg duidelijker profiel en is er meer samenhang in de palliatieve zorgverlening. De basiskennis over palliatieve zorg wordt door middel van het TEAM onder de generalisten dusdanig vergroot, zodat zij op een nog laagdrempeligere manier proactieve zorgplanning kunnen toepassen en, waar nodig, tijdig specialistische expertise kunnen aanvragen vanuit het TEAM.   
  
Mede door deze aanpak wil men in de regio bewerkstelligen dat iedereen is verzekerd van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste, bekwame zorgverlener. Tevens worden met hulp van proactieve zorgplanning, onnodige ziekenhuisopnames en onnodige behandelingen teruggebracht. Kwaliteit van leven en waardig sterven staan daarbij centraal.

# Probleem

Het NZa-rapport *‘Visie bekostiging palliatieve zorg’* (2022) concludeert dat de inrichting van goede regionale palliatieve zorg moeilijk uitvoerbaar is doordat de bekostiging monodisciplinair is ingericht. Voor elke zorgsector gelden aparte regels, prestaties en tarieven rondom palliatieve zorg. Dit bemoeilijkt in veel gevallen het domeinoverstijgend denken en samenwerken. Daarnaast concludeert het rapport dat de vergoeding van transmurale samenwerking, afstemming en consultatie als onvoldoende en complex wordt ervaren in de praktijk. Het gaat vaak om de niet-patiëntgebonden tijd die onvoldoende of niet gedeclareerd kan worden. Er lopen verschillende initiatieven voor vergoeding van transmuraal palliatieve zorg via bijvoorbeeld subsidieregelingen, maatwerkmogelijkheden in de bekostiging of innovatie- en transformatiegelden. Deze gelden zijn door de manier van financieren niet in de structurele bekostiging ingebed.   
Daarnaast worden de afspraken met de preferente zorgverzekeraar niet altijd gevolgd door andere zorgverzekeraars, waardoor sommige initiatieven niet volledig uitgevoerd kunnen worden. Ook resulteert deze manier van financieren in onzekerheid voor de betreffende zorgaanbieders, omdat deze vergoedingen niet per definitie een permanent of langdurig karakter hebben.   
Deze onzekere, tijdelijke oplossingen in de bekostiging werpen mogelijk een drempel op voor een zorgaanbieder tot het aangaan van langdurige samenwerkingsafspraken in de palliatieve zorg.   
  
Uit het NZa-rapport blijkt eveneens dat centrale coördinatie rondom de palliatieve patiënt bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Centrale coördinatie en de bijbehorende afstemming is tijdrovend. In de praktijk is het vaak niet duidelijk wie de palliatieve zorg coördineert. De huisarts en de wijkverpleegkundige zouden beiden deze rol kunnen vervullen. Er is echter geen (duidelijke) prikkel in de bekostiging om deze coördinatie op te pakken.   
  
Het is voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa een uitdaging de bekostiging in lijn te brengen met de doelen die zorgverleners hebben in de zorg voor hun palliatieve patiënten: palliatieve zorg waarbij de wensen en waarden van patiënten centraal staan en waar goede samenwerking ervoor zorgt dat de juiste expertise betrokken is en onnodige zorg vermeden wordt.Uit studies blijkt dat het vroegtijdig signaleren van de laatste levensfase en de inzet van palliatieve zorg een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van patiënten (Kavalieratos, 2016). Het leidt tot minder ziekenhuisopnames, minder overbehandeling en patiënten sterven vaker op de plek van hun voorkeur (Maetens, 2019, Quinn, 2020; Boddaert, 2020).

Doelstelling   
[[Ruimte om de regionale situatie toe te lichten, geschiedenis palliatieve zorg in de regio en bijvoorbeeld recente ontwikkelingen]

[hierna volgt een voorbeeld vanuit een regionaal werkzaam TEAM]

Door de monodisciplinaire financiering, was het voortbestaan van het TEAM ieder jaar onzeker, terwijl [de resultaten](https://palliaweb.nl/getmedia/94a2647a-7f0a-49dd-8443-e67470aac44a/rapport_resultaten_TAPA$_def.pdf)[[1]](#footnote-1) positief waren. Om die reden is gezocht naar een vorm van bekostiging die beter aansluit bij transmurale samenwerking. Dit heeft geleid tot een NZa-aanvraag *‘kleinschalige experimenten’*. Deze aanvraag is ingediend en overeengekomen in samenspraak en afstemming met lokale zorgorganisaties en zorgverzekeraars […].

Op landelijk niveau wordt het experiment omarmd door Palliatieve Zorg Nederland (PZNL), die waar mogelijk ondersteunt bij de implementatie en evaluatie van dit experiment.   
  
In de overeenkomst zijn vier innovatieve zorgprestaties *transmurale palliatieve zorg* geformuleerd, die uiteindelijk geëvalueerd gaan worden:

* Prestatie 1: Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg
* Prestatie 2a: Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): telefonische consultatie
* Prestatie 2b: Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): bedside consultatie
* Prestatie 3: Regiefunctie complexe palliatieve zorg

In Bijlage 1 ‘Format experimenteerovereenkomst’ zijn de inhoud en declaratievoorwaarden van deze prestaties nader toegelicht.  
  
Het doel is om met behulp van deze vier innovatieve zorgprestaties goede kwaliteit van (transmurale) palliatieve zorg te blijven leveren in de regio […].   
Goede kwaliteit van palliatieve zorg vergt coördinatie en continuïteit van zorg, die met kennis van zaken vooruit wordt gepland en georganiseerd. Transmurale palliatieve zorg beoogt bij te dragen aan het verbeteren van de coördinatie en continuïteit van zorg door het realiseren van betere samenwerking tussen zorgverleners en het waarborgen van de vroegtijdige inzet van palliatieve zorg.   
  
Hiermee wordt beoogd mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase (laatste maanden) te reduceren. De verwachting is dat deze reductie ook een kostenreductie oplevert, die ten minste even hoog of hoger is dan de kosten van de inzet van transmurale palliatieve zorg. Hierdoor kan de beoogde kwaliteitsverbetering tegen gelijke of lagere kosten worden gerealiseerd.

Resultaat

Door in de regio […] te gaan experimenteren met de vier innovatieve zorgprestaties, wordt er een start gemaakt om de uitdaging aan te gaan om de bekostiging van de palliatieve zorg in lijn te brengen met de doelen die zorgverleners hebben met de zorg richting hun palliatieve patiënten.

Om de toegevoegde waarde van de nieuwe zorgprestaties inzichtelijk te maken, worden er een aantal indicatoren (opnieuw) meetbaar gemaakt. [hierna volgt een voorbeeld gebaseerd op een regionaal werkzaam TEAM]

1. **Ervaringen en opvattingen van zorgverleners, naasten en patiënten over de meerwaarde van transmurale palliatieve zorg**

In interviews met de betrokken zorgverleners, naasten en patiënten, zal de ervaren meerwaarde van het TEAM getoetst en geëvalueerd worden.

1. **Mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase**

Voor het in kaart brengen van het terugbrengen van mogelijke overbehandeling in de laatste levensfase wordt de internationale maatscore gebruikt. Deze score bestaat uit de volgende zes objectieve factoren, die gemeten worden in de laatste 30 dagen voor overlijden van de patiënt:

* Meer dan 1 ziekenhuisopname
* Meer dan 14 dagen opgenomen in ziekenhuis
* Meer dan 1 SEH opname
* Een of meer IC opnames
* Overlijden in het ziekenhuis
* Chemotherapie ontvangen (alleen bij kanker)

Deze items kunnen op basis van declaratie-data[[2]](#footnote-2), vanuit VEKTIS, vastgesteld worden. Hierdoor worden de betrokken zorgverleners niet belast met een extra registratieplicht.

Door de score van de regio te volgen over de tijd en te vergelijken met de landelijke cijfers, geeft dit een indicatie van (de ontwikkeling van) de kwaliteit van de palliatieve zorg in de regio.

Ook wordt er gekeken naar de *timing van de potential aggressive end-of-life score*, waarbij gemeten wordt hoe vaak een opname (ziekenhuis, SEH) van een patiënt plaatsvindt in het weekend ten opzichte van weekdagen. Aanvullend zal de duur van de opnameperiode gemeten worden (vroegtijdigheid), evenals de tijd tussen ontslag uit het ziekenhuis en contact met de huisarts.

Deze metingen geven inzicht op groepsniveau en zeggen niets over de ‘mogelijke overbehandeling’ van een individuele patiënt. Meer dan 1 ziekenhuisopname in de laatste maand van het leven is bijvoorbeeld niet per definitie ongewenst voor een individuele patiënt (overbehandeling), maar op groepsniveau is het belangrijk dat dit percentage niet te hoog is, omdat het samenhangt met mindere kwaliteit van leven. Internationaal onderzoek laat namelijk zien dat de voornoemde factoren van *de potential aggressive end of life care* samenhangen met een beter ervaren kwaliteit van leven[[3]](#footnote-3).

1. **Zorgkosten in het laatste levensjaar**

In een buitenlandse studie bleek dat de kosten voor patiënten die ‘potential aggressive end of life care’ ontvangen substantieel hoger zijn en dat de inzet van effectieve palliatieve zorg de kosten kan reduceren[[4]](#footnote-4). Om inzichtelijk te maken of dit binnen dit experiment ook het geval is, zullen gedurende dit experiment de zorgkosten die in het laatste levensjaar worden gemaakt, in kaart worden gebracht op basis van declaratiedata (Zvw en Wlz).

Afbakening  
De focus van dit experiment ligt op [nader in te vullen].

[De toelichting hier heeft een sterke samenhang met de TAPAS-prestaties die worden ingezet. In onderstaand voorbeeld is een toelichting opgenomen waarbij alle vier de TAPA$-prestaties worden ingezet].   
  
Palliatieve zorg wordt ‘stepped care’ aangeboden. De focus van dit experiment richt zich op de specialistische transmurale palliatieve zorg. Generalistische palliatieve zorg valt buiten de scope van dit experiment.   
  
De tijd die een huisarts besteedt aan generalistische palliatieve zorg, wordt gefinancierd via segment 1 binnen de reguliere huisartsenfinanciering. De aanvullende inzet van specialistische kennis wordt gefinancierd via de 4 TAPA$-prestaties in dit experiment.  
  
De tijd die een wijkverpleegkundige besteedt aan generalistische en specialistische palliatieve zorg maakt onderdeel uit van de reguliere prestatie ‘verpleging’, wanneer een patiënt een indicatiestelling heeft. Wanneer een patiënt in een eerstelijnsverblijf generalistische of gespecialiseerde verpleging ontvangt, zitten deze kosten verrekend in het dagtarief voor het eerstelijnsverblijf of kan de inzet en vergoeding van een gespecialiseerd verpleegkundige gefinancierd worden via de prestatie ‘onderlinge dienstverlening’.   
  
De tijdsinvestering voor generalistische palliatieve zorg binnen het ziekenhuis wordt gefinancierd middels de regulieren DBC’s in het ziekenhuis. De bekostiging van specialistische palliatieve zorg binnen het ziekenhuis wordt vergoed via de volgende zes zorgproducten[[5]](#footnote-5):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zorgproduct** |  | **Omschrijving** |
| 990040003 |  | Ziekenhuisopname i.v.m. palliatieve zorg |
| 990040004 |  | Meer dan 1 consult/consultaties op afstand met onderzoek(en) i.v.m. palliatieve zorg |
| 990040005 |  | Dagbehandeling met een ingreep i.v.m. palliatieve zorg |
| 990040006 |  | Meer dan 1 consult/consultaties op afstand met een ingreep i.v.m. palliatieve zorg |
| 990040007 |  | Meer dan 2 consulten/consultaties op afstand i.v.m. palliatieve zorg |
| 990040009 |  | 1 of 2 consulten/consultaties op afstand i.v.m. palliatieve zorg |

In Figuur 3 worden de kerncijfers palliatieve zorg weergeven. Hieruit blijkt dat het TEAM de ambitie heeft om middels het stepped-care principe 50% van de patiëntenpopulatie te bereiken door o.a. deskundigheidsbevordering, consultatie en casemanagement.   
Afbeelding met diagram

Automatisch gegenereerde beschrijving  
*Figuur 2: Stepped care regionale palliatieve zorg in de regio (Bron: palliaweb)*

Risico’s  
Intern:  
Het implementeren van nieuwe bekostiging is complex. Een randvoorwaarde voor het succes van dit experiment is dat de betrokken zorgaanbieders de gedeelde ambitie rondom palliatieve zorg behouden en daardoor goed blijven samenwerken.   
Het zorgpad palliatieve zorg, samengesteld door alle betrokken netwerkpartners in de regio, is het uitgangspunt geweest voor de totstandkoming van de transmurale bekostiging binnen dit experiment.  
Het blijft hierbij belangrijk om gezamenlijke keuzes te maken, o.a. over de afbakening van de populatie en de zorg die geleverd wordt voor het afgesproken tarief.   
  
Naast het behoud van de inhoudelijke ambitie is het voor het succes van dit experiment ook belangrijk dat de zorgactiviteiten vanuit het TEAM op de juiste manier geregistreerd worden.   
Op die manier wordt het inzichtelijk voor de betrokken partijen, wat de toegevoegde waarde is van het transmuraal samenwerken binnen de palliatieve zorg.

Extern:  
De twee grootste zorgverzekeraars in de regio ondersteunen het experiment. Met zorgverzekeraar A zijn de tarieven overeengekomen. Zorgverzekeraar B volgt deze tarieven.   
Van de overige zorgverzekeraars is het nog niet bekend of zij dit initiatief gaan volgen. Zorgverzekeraars zijn vrij om te bepalen of zij meedoen aan het experiment. Wanneer niet alle zorgverzekeraars meedoen aan het experiment, betekent dit minder inkomsten, waardoor er ook minder patiënten gebruik kunnen maken van dit experiment. Wanneer de definitieve overeenkomst door zorgverzekeraar A is opgemaakt, kunnen de volgcontracten verstuurd worden naar de overige zorgverzekeraars.   
Op dit moment is het marktaandeel van zorgverzekeraars A en B in totaal: X %.

Afhankelijkheden  
Voor de evaluatie van het experiment willen we idealiter VEKTIS-data gebruiken, om op die manier te evalueren.   
Wanneer we niet over deze data kunnen beschikken, zijn we afhankelijk van de declaratiedata van zorgverzekeraars A en B. Hier zitten nadelen aan vast:

1. Hierdoor is geen vergelijking met het landelijk gemiddelde mogelijk, door gebrek aan data;
2. De declaratiedata tussen zorgverzekeraars A en B mogen niet uitgewisseld worden, waardoor is de evaluatie minder transparant ingericht kan worden.

Planning  
De doorlooptijd van het experiment is [nader in te vullen] jaar en loopt vanaf [nader in te vullen] t/m [nader in te vullen].

Voor de concrete planning verwijs wordt verwezen naar het Excel-bestand ‘Planning experiment transmurale palliatieve bekostiging’.

Financiën

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Prestaties transmurale palliatieve zorg** | | | |
|  | | **Vergoeding** | **(Financieel) risico** |
| **Prestatie 1** | Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg. | € X per inwoner Max. vergoeding  € X | * Géén inkomsten van de verre zorgverzekeraars. |
| **Prestatie 2a** | Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): telefonische consultatie | € X per verrichting | * Géén inkomsten van de verre zorgverzekeraars * Begroting is gebaseerd op X SCOP verzoeken |
| **Prestatie 2b** | Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): bedside consultatie | € X per verrichting | Zie prestatie 2b |
| **Prestatie 3** | Regiefunctie complexe palliatieve zorg | € X per verrichting | * Begroting is gebaseerd op X zorgtrajecten |

Tabel 2: Vergoeding prestaties transmurale palliatieve zorg en de daarbij behorende financiële risico’s.   
  
Voor [jaartal] dient de begroting nog te worden geïndexeerd in afstemming met de betrokken partijen.

Projectorganisatie  
In onderstaand figuur is de projectorganisatie weergegeven en in tabel 1 staan de bijbehorende taken en verantwoordelijkheden omschreven.

[zelf invoegen]

*Figuur 2: Projectorganisatie transmurale palliatieve zorg*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Taken & verantwoordelijkheden**  **Legenda:**  X = eindverantwoordelijk voor taak  O = voert taak (mede) uit |  | **Management team** | **Projectleider** |
| **Opdrachtgever** |
| **Projectorganisatie** | **x** | **x** | **x** |
| Verantwoordelijk voor continuïteit en het (integraal) aansturen van het management team | x | 0 |  |
| Verantwoordelijk voor het projectresultaat | x | 0 |  |
| Vaststellen van de te voeren strategie |  | x |  |
| Vertegenwoordigen van de interne organisatie binnen het MT-overleg |  | x |  |
| Het nemen van investeringsbeslissingen |  | x |  |
| Beheren voortgang van het experiment. |  |  | x |
| Initieert en faciliteert de juiste randvoorwaarden voor samenwerking binnen het experiment |  |  | x |
| Fungeren als eerste aanspreekpunt voor de deelnemende zorgorganisaties en zorgverzekeraars |  |  | x |
| Onderhouden van contacten met (potentiële) relaties |  |  | x |
| Het periodiek informeren van het TEAM over de voortgang van het experiment |  |  | x |
| **Projectvoorbereiding** | **x** | **x** | **x** |
| Opmaak projectplan |  |  | x |
| Opmaak samenwerkingsovereenkomst zorgaanbieders |  |  | x |
| Opmaak declareerwijzer |  |  | x |
| Vaststellen KPI's |  | x |  |
| Vaststellen format kwartaalrapportage |  | x |  |
| Contractering zorgverzekeraars |  |  | x |
| Accorderen overeenkomsten zorgverzekeraars |  | x |  |
| **Overlegstructuur** | **x** | **x** | **x** |
| Managementoverleg (1 x per maand) | x | 0 |  |
| Cliëntenraad (1 x per jaar) |  |  | x |
| Evaluatie zorgverzekeraars (1 x per half jaar) |  |  | x |
| **Projectadministratie** | **x** | **x** | **x** |
| Accorderen inkomende facturen |  |  | x |
| Accorderen kwartaalrapportage |  | x |  |
| Opmaak kwartaalrapportage |  |  | x |
| Opmaak tussenevaluatie zorgverzekeraars 1 x per half jaar |  |  | x |

*Tabel 1 Taken en verantwoordelijkheden binnen de projectorganisatie*

1. Samenvattend:

   1. Minder niet passende zorg in de laatste 30 dagen van het leven, dan overledenen in een vergelijkbare controlegroep.
   2. Duidelijke meerwaarde voor patiënten, naasten en zorgverleners
   3. De gedeclareerde zorgkosten in de laatste 30 dagen van overlijden, zijn lager dan in de vergelijkbare controlegroep.

   [↑](#footnote-ref-1)
2. De volgende (zorgactiviteit)-codes worden hiervoor gebruikt:  
   Opnames: 190200, 190218, 190153, 190154, 190155, 190157, 190158

   SEH-bezoek: 190015, 190016

   IC-opname: 190153, 190154, 190155, 190157, 190158

   Chemotherapie: 032701, 032714, 034730, 034731, 039141, 039142, 039143, 039144, 039145, 039888, 039958

   Meerdere opnames: 190200, 190218 [↑](#footnote-ref-2)
3. Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors important to patients' quality of life at the end of life. Arch Intern Med. 2012 Aug 13;172(15):1133-42 [↑](#footnote-ref-3)
4. 6 Cheung, M.C. e.a. (2015), Impact of Aggressive Management and Palliative Care on Cancer Costs in the Final Month of Life [↑](#footnote-ref-4)
5. Een voorwaarde om deze zorgproducten te kunnen declareren is de registratie van de DBC-diagnose ‘Palliatieve zorg’. Deze kan geregistreerd worden door de volgende specialismen: inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde, longgeneeskunde, neurologie, klinische geriatrie en anesthesiologie. [↑](#footnote-ref-5)