

Handreiking

financiering palliatieve zorg 2023

Inhoudsopgave

Inleiding	4
Leeswijzer	6
1. Ziekenhuis	7
1.1 Generalistische palliatieve zorg door hoofdbehandelaar	7
1.1.1 Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties	7
1.1.2 Supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie	7
1.1.3 Medisch specialistische zorg thuis	8
1.1.4 Nazorg	8
1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	9
1.2.1 Inzet team palliatieve zorg tijdens klinische opname	9
1.2.2 Inzet team palliatieve zorg op de polikliniek	11
1.2.3 Inzet team palliatieve zorg in de thuissituatie	11
1.3 Innovatie	12
1.4 Facultatieve prestatie: Time to talk, bespreken wensen en grenzen	12
1.5 Algemene regelgeving	12
1.6 Financiering binnen het ziekenhuis	12
1.7 Logevergoeding	13
1.8 Transmurale samenwerking	13
2. Thuis	14
2.1 Generalistische palliatieve zorg	14
2.1.1 Huisarts	14
2.1.2 Verpleging en verzorging	15
2.1.3 Mantelzorg	20
2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	21
2.2.1 Huisarts	21
2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager	23
2.2.3 Geestelijke verzorging	23
2.2.4 Vrijwilligers	24
2.3 Medisch-specialistische zorg	24
2.4 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp	25
2.4 Nazorg	26
2.5 Transmurale samenwerking	26
2.6 Innovatie: Experiment bekostiging transmurale palliatieve zorg	26
3. Hospice	28
3.1 Vrijwilligers	29
3.2 Verpleging en verzorging (HCH en BTH)	29
3.3 Arts	30
3.4 Medisch specialistische zorg	30
3.5 Geestelijke verzorging	30
3.6 Verblijfskosten	30
3.7 Respijtzorg	31
3.8 Afleggen en opbaren	31
3.9 Transmurale samenwerking	32

4. Verpleeghuis & Palliatieve unit	33
4.1 Verpleeghuis	33
4.1.1 Arts	34
4.1.2 Verpleging, verzorging en begeleiding	34
4.1.3 Geestelijke verzorging	34
4.2 Palliatieve unit (PU)	34
4.2.1 Arts	36
4.2.2 Medisch specialistische zorg	36
4.2.3 Geestelijke verzorging	37
4.3 Vrijwilligers	37
4.4 Hulpmiddelen	37
4.5 Nazorg	37
4.6 Afleggen en opbaren	37
4.7 Transmurale samenwerking	38
5. Eigen betalingen van patiënten	39
6. Knelpunten	41
6.1 Ziekenhuis	41
6.2 Thuis	42
6.3 Hospice	44
6.4 Verpleeghuis	46
6.5 Patiënten	47
6.6 Palliatieve zorg voor kinderen	49
7. Opgeloste knelpunten	58
7.1 Ziekenhuis	58
7.2 Thuis	60
7.3 Hospice	62
7.4 Verpleeghuis	62
7.5 Patiënten	62
7.6 Palliatieve zorg voor kinderen	64
Bijlagen	67
B1 Relevante wet- en regelgeving	68
B2 Poortspecialisten en -functies	69
B3 Overzicht betrokken organisaties	70
B4 Verantwoording	71

Zorgaanbieders kunnen met knelpunten die ze in de praktijk ervaren, bijvoorbeeld over financiering, terecht bij het praktijkteam palliatieve zorg: **E-mail:** meldpunt@juisteloket.nl / **Telefoon:** 030 789 78 78

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

Inleiding

Januari 2023

Het doel van deze handreiking is de zorgverlener zo goed mogelijk te ondersteunen door de structuur en regels rondom financiering van de palliatieve zorg voor 2023 op een rij te zetten en te koppelen aan mogelijkheden voor registratie en declaratie. Het is ook een platform voor de praktijk om de knelpunten die zorgaanbieders ervaren, bijvoorbeeld over financiering, te verzamelen en transparant te maken.¹

Nationaal Programma Palliatieve Zorg II

Minister Helder heeft in haar brief van 6 juli 2022 aan de Tweede Kamer het startsein gegeven voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II)². Het programma heeft als doel om de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg te vergroten en proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar te maken. Samen passen en meten, dat wordt komende jaren de kern van de aanpak van het NPPZ II. PZNL is de regisseur van dit landelijke programma en neemt daarmee haar rol als verbindend platform graag in. Het inrichten en realiseren van Passende financiering van palliatieve zorg is een belangrijke activiteit van NPPZ II.

Steeds meer behoefte aan palliatieve zorg

De verwachting is dat steeds meer mensen palliatieve zorg nodig zullen hebben in de komende jaren. In 2020 zijn ongeveer 169.000 mensen overleden. Daarvan hebben naar schatting 106.000 mensen een ziekte-traject doorgemaakt voorafgaand aan het overlijden, waarbij palliatieve zorg mogelijk passend is geweest. Naar verwachting zal dat aantal de komende jaren verder toenemen. Immers, door de vergrijzing en door een toename van mensen met een chronische ziekte, zullen er de komende jaren meer mensen zijn die een ziekte-traject doormaken voorafgaand aan overlijden. Zij kunnen baat hebben bij palliatieve zorg.

Ontwikkelingen passende financiering

Begin 2022 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een nieuw visiedocument gepubliceerd over de bekostiging van palliatieve zorg. De NZa is voornemens om (1) een prikkel in de bekostiging in te bouwen voor tijdige proactieve zorgplanning per 2025 en (2) partijen aan te sporen om in te zetten op regionale transmurale samenwerking rondom de patiënt en ondersteunen in het toewerken naar bundelbekostiging in de regio, gekoppeld aan relevante uitkomstindicatoren.³ Minister Helder geeft in haar Kamerbrief aan dat het ministerie van VWS samen met de NZa en in samenspraak met partijen verder zal onderzoeken hoe de opzet en de uitvoering van (experimentele) aanpassingen in de bekostiging kunnen worden vormgegeven.

Aanpak PZNL

Gedurende de looptijd van het NPPZ II (2022-2026) dragen we vanuit PZNL bij door het inventariseren, analyseren, prioriteren, agenderen en waar mogelijk (mede) bijdragen aan het oplossen van de knelpunten in de financiering van proactieve transmurale palliatieve zorg. Daarbij nemen we de geleerde lessen uit o.a. het project TAPA\$ mee. Ook worden de laatste ontwikkelingen betrokken zoals de visie op de (bundel)bekostiging vanuit de NZa. We stemmen onze aanpak regelmatig af met de stakeholders. En we delen continue de geleerde lessen via Palliaweb. In onze aanpak wordt onder 'financiering' zowel de bekostiging (betaaltitels) als de contractering van zorg (inkoop door zorgverzekeraars) verstaan.

Wijzigingen Handreiking financiering palliatieve zorg voor 2023

- NZa Facultatieve prestatie 'Time to talk' (1.4)
- NZa experiment bekostiging transmurale palliatieve zorg, TAPA\$-prestaties (2.6)
- Nieuwe zorgproducten voor de kinderpalliatieve zorg (1.2.1)
- Herziening van de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (3.1)

Ten behoeve van het overzicht zijn de actuele en opgeloste knelpunten voor het declareren van palliatieve zorg in twee verschillende hoofdstukken verwerkt (6 en 7).

¹ Zie bijlage B4 voor meer informatie over op welke wijze de knelpunten zijn geïnventariseerd.

² VWS, Kamerbrief 'diverse onderwerpen Wet langdurige zorg, kenmerk 3384410-1031121-LZ.

³ NZa (2022), rapport Visie bekostiging digitale zorg.

Dankwoord

Deze handreiking is net zoals in eerdere jaren in nauwe samenwerking met veel partijen en betrokkenen tot stand gekomen. De gedeelde waarde is steeds dat zij allen de palliatieve zorg een warm hart toedragen. Onze dank gaat uit naar eenieder die betrokken is geweest. Vooral dankzij uw kennis en kunde is deze handreiking - ook weer voor 2023 - tot stand gekomen. Met een speciale dank aan Chantal Pereira en Manon Boddaert voor hun belangrijke betrokkenheid bij deze en eerdere edities van de handreiking.

Achtergrond Handreiking financiering palliatieve zorg

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 Palliatief 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. In 2021 is in samenwerking met partijen in de kinderpalliatieve zorg informatie toegevoegd over financiering van palliatieve zorg voor kinderen. De handreiking is de afgelopen jaren jaarlijks herzien, in samenspraak met het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan de hand van de geldende wet- en regelgeving voor palliatieve zorg. Ook deze herziene versie voor 2023 is in samenwerking met bovengenoemde partijen en vele andere betrokkenen onder verantwoordelijkheid van PZNL tot stand gekomen.

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2022 komt met deze handreiking per 1 januari 2023 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 gezin⁴ beschrijft deze handreiking de financiering van palliatieve zorg in de meest gebruikelijke zorgsettingen⁵:


- **Ziekenhuis** (hoofdstuk 1),
- **Thuis** (hoofdstuk 2),
- **Hospice** (hoofdstuk 3),
- **Verpleeghuis & palliatieve 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 werden⁶, beschreven hoe de palliatieve zorg in 2023 wordt gefinancierd. Tot slot zijn ook eigen betalingen van patiënten beschreven (hoofdstuk 5) en een overzicht van ervaren knelpunten in de bekostiging (hoofdstuk 6). Ook is een overzicht opgenomen van knelpunten die de afgelopen jaren zijn opgepakt en opgelost (hoofdstuk 7).

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 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 terminale zorg (PTZ) en palliatieve zorg. 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.'⁷ Deze handreiking gaat over financiering van palliatieve zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)⁸ en het addendum hierop voor de kinderpalliatieve zorg en beperkt zich daarin niet tot de laatste drie maanden van het leven.

De wijzigingen in de handreiking voor 2023 zijn aangegeven met een  in de tekst.

Specifieke informatie met betrekking tot kinderpalliatieve zorg is met een  aangeduid.

⁴ In deze casus wordt uitgegaan van een patiënt met kanker, omdat knelpunten in de financiering in het ziekenhuis voor deze groep patiënten aanleiding was tot de totstandkoming van deze handreiking. De handreiking beperkt zich echter niet tot deze patiënten.

⁵ De specifieke financiering van palliatieve zorg in GGZ- en VGZ-instellingen valt buiten de scope van deze handreiking.

⁶ 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.

⁷ Artikel 1.1.1 Besluit langdurige zorg

⁸ IKNL/Palliactief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

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 voor poortspecialisten en beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (zie [Bijlage 2 Poortspecialisten en -functies](#)).

1.1 Generalistische palliatieve zorg door hoofdbehandelaar

1.1.1 Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties

Ten behoeve van de zorgvuldige afweging van behandelopties, samen met de patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger" kan een zorgactiviteit worden geregistreerd (190066).⁹ Dit uitgebreide consult is bedoeld om in een gezamenlijk proces beslissingen te nemen over gezondheids- en behandeldoelen en kan worden geregistreerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert 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-beslismodel¹⁰. Lees meer over gezamenlijke besluitvorming in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland;
- 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)

Deze activiteit wordt naast een herhaalpolibezoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190065), screen-to-screenconsult (190165, 190166) of verpleegdag (190200, 190218, 194804) of klinische zorgdag in de thuissituatie (190228) vastgelegd. De zorgactiviteit heeft een puur registratieve functie. 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.¹¹

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 van oncologie patiënten tijdens supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie" (039928) te registreren.¹²

Bij kinderen en bij niet-oncologische palliatieve diagnoses (COPD, hartfalen, nierfalen) levert de zorgactiviteit "supportive care/palliatieve zorg" geen declarabel zorgproduct op, aangezien

⁹ Artikel 24.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

¹⁰ Bijvoorbeeld G. Elwyn et al. (J Gen Intern Med 2012). Shared decision making: a model for clinical practice.

¹¹ NZa (2017). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen dbc-pakket RZ18a, p. 8

¹² Bijlage 3 Zorgactiviteitentabel, NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

behandeling van de ziekte (en registratie en declaratie van bijbehorende zorgactiviteit) bij deze patiënten veelal doorloopt tot aan overlijden. Wanneer er op enig moment behoefte ontstaat aan supportieve care producten bij andere specialismen en/of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.¹³

1.1.3 Medisch specialistische zorg thuis

Zorgactiviteiten zijn in principe niet locatie afhankelijk. Dat betekent dat het reguliere eerste polikliniekbezoek (190060) en het herhaal-polikliniekbezoek (190013) in de thuissituatie geregistreerd en gedeclareerd kunnen worden¹⁴

Medisch specialistische zorg die in plaats van tijdens een klinische opname in het ziekenhuis, in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan gedeclareerd worden via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).¹⁵ Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten, heeft een vast tarief en kan zowel los als naast een DBC Om de zorgactiviteit Klinische zorgdag in de thuissituatie te kunnen declareren dient er wel een contract te zijn afgesloten met de zorgverzekeraar. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. De zorgactiviteiten belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniek (190162) respectievelijk schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163) geïntroduceerd. Daarnaast kan een screen-to-screenconsult ter van een herhaal-polikliniekbezoek (190166) worden geregistreerd.¹⁶ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

Steeds vaker is het mogelijk om medisch-specialistische zorg bij patiënten thuis te leveren. Dit is een goed voorbeeld van passende zorg; zorg zoveel mogelijk dicht bij de patiënt leveren en alleen in het ziekenhuis als het moet. Vandaar dat de meeste zorgactiviteiten ook locatie-onafhankelijk zijn omschreven door de NZa. Voor patiënten is het fijn als zij niet steeds op en neer naar het ziekenhuis moeten. Sinds 2020 is er ook een zorgprestatie (190288) die de declaratie van klinische zorg in de thuissituatie mogelijk maakt. De prestatie heet 'Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg in de thuissituatie'.¹⁷

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 is verdisconteerd in de huidige tarieven. Dit betekent dat nazorgsgesprekken tussen de nabestaanden en de behandelend arts van een overleden patiënt onderdeel zijn van de DBC. Deze nazorgsgesprekken kunnen dan ook niet separaat geregistreerd worden.^{18,19}

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.

¹³ NZa (2017), [Rapport Palliatieve zorg op maat](#), p. 15

¹⁴ Toelichting artikel 23.3 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG2103a. In het kort: zorgactiviteiten zijn niet locatieafhankelijk, mits er geen nadere bepalingen in de regelgeving zijn opgenomen.

¹⁵ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

¹⁶ Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

¹⁷ artikel 29.9 NR

¹⁸ NZa (2017), [Rapport Palliatieve zorg op maat](#), p. 16

¹⁹ NZa (2017), [Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg



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

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

1.2.1 Inzet team palliatieve zorg tijdens klinische opname

Het normeringsrapport van de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) stelt dat alle ziekenhuizen in Nederland die oncologische patiënten behandelen, dienen te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg. Dit multidisciplinaire team moet bestaan uit ten minste twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg. De verpleegkundige is bij voorkeur een oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijn-geneeskunde. Ten minste één van de medisch specialisten dient specifiek opgeleid te zijn in palliatieve zorg.²⁰

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 bij de palliatieve zorg voor volwassenen 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.²¹ Per 1 januari 2020 is de regelgeving op dit punt verduidelijkt. Het team palliatieve zorg 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.²²



Voor kinderen met een palliatieve zorgvraag ziet het team palliatieve zorg er anders uit. Sinds 2020 zijn voor deze zorg vanuit elk academisch ziekenhuis Kinder Comfort Teams (KCT) operationeel²³. Deze zijn projectmatig opgestart en gefinancierd middels subsidie van fondsen, het ministerie van VWS en giften. De KCT's leveren multidisciplinaire zorg gericht op proactieve zorgplanning (ook wel Advance Care Planning; ACP). Doel is om de zorg zo snel mogelijk te verplaatsen naar thuis en om drempelloos overleg te faciliteren tussen de zorgprofessionals in de thuissituatie en de hoofdbehandelaars in het ziekenhuis. Een groot deel van de activiteiten betreft casemanagement.

²⁰ Stichting Oncologische Samenwerking (2021), *Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland, SONCOS normeringsrapport 9*

²¹ Artikel 5.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

²² NZa (2019), *Wijzigingen medisch-specialistische zorg 2020 op een rij*

²³ Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg, *Kinder Comfort Teams, geraadpleegd 23 juli 2021*

Er wordt vaak samengewerkt met kinderartsen in de periferie die kinderen ook in de palliatieve zorg bijstaan en dus ook kinderpalliatieve zorg leveren.

 Voor de Kinderpalliatieve zorg zijn per 1 januari 2023 nieuwe zorgproducten ontwikkeld, een uitgebreide toelichting op de registratie hiervan leest u in de registratiewijzer die te vinden is op de website van het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg.²⁴

Minimale eisen

Voor de declaratie van de inzet van het team is registratie van de drie volgende gegevens vereist, als een van deze drie ontbreekt is er geen declarabel product mogelijk:

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):

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.²⁵ Hiervoor moet niet de zorgactiviteit 'Multidisciplinair overleg' (190005) worden geregistreerd, maar de 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:

- tenminste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of
- één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.
- In het geval van palliatieve zorg voor kinderen wordt de zorg geleverd door het KCT, dat bestaat uit 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.²⁶



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. Per overleg palliatieve zorg mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

3) Zorgactiviteit in het kader van een patiëntcontact:

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

²⁴ <https://www.kinderpalliatief.nl/ondersteuning/belangrijke-methodes-tools>

²⁵ NZa (2017), Rapport palliatieve zorg op maat, p. 12

²⁶ Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

- Consult door een lid van het team kinderpalliatieve zorg, uitgezonderd beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (zie 190067)

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. Per 2021 kan de zorgactiviteit ook geregistreerd worden voor zorg op afstand. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.²⁷

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.²⁸

1.2.2 Inzet team palliatieve zorg op de polikliniek



Na het staken van de chemotherapie zijn de klachten van misselijkheid bij Olivia verdwenen. Maar met de pijnmedicatie die in het ziekenhuis is gestart, is haar pijn nog niet goed onder controle. Bovendien krijgt ze meer en meer last van somberheid en angst en heeft ze twijfels over of ze wel de juiste beslissing genomen heeft. In samenspraak met de huisarts en de gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg maakt Guus voor Olivia, Sara en hemzelf een poli-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 poli-bezoek van Olivia en haar gezin wordt deze zorgactiviteit vastgelegd.

1.2.3 Inzet team palliatieve zorg in de thuissituatie

Zorgactiviteiten zijn in principe niet locatie afhankelijk. Dat betekent dat het reguliere eerste polikliniekbezoek 190060 en het herhaal-polikliniekbezoek 190013 in de thuissituatie geregistreerd en gedeclareerd kunnen worden²⁹.

De zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' (190067) kan sinds 2021 ook geregistreerd worden in geval van consulten op afstand met de patiënt, of soms, in geval van kinderpalliatieve zorg, met de ouders of voogd van het kind³⁰.

Daarnaast kan de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228) (zie [paragraaf 1.1.3](#) en [hoofdstuk 2.3](#)) gebruikt worden voor alle door het ziekenhuis geleverde zorg. De zorgactiviteit heeft een vast tarief en kan alleen gedeclareerd worden als hierover een contract is afgesloten met de zorgverzekeraar.

Het team palliatieve zorg kan van deze mogelijkheden om medisch specialistische zorg in de thuissituatie te leveren, gebruik van maken om te voorkomen dat palliatieve patiënten onnodig naar het ziekenhuis hoeven te komen.

²⁷ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

²⁸ Artikel 23.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

²⁹ Artikel 23.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

³⁰ NZa. Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ21b, p.40



Het KCT levert in de thuissituatie zorg voor kinderen met een palliatieve zorgvraag. Ze spelen daarin een verbindende rol tussen de medisch specialist, de zorgverleners in de eerstelijns en het kind en de ouders. De KCT's organiseren de juiste zorg en ondersteuning voor kind en gezin dan ook niet alleen in, maar ook buiten het ziekenhuis, al dan niet aan huis. Omdat veelal sprake is van ziekenhuisverplaatste zorg in dagverpleging, is de "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228) hierop niet van toepassing.

Voor de Kinderpalliatieve zorg is een nieuwe productstructuur ontwikkeld, ook hier is het huisbezoek uitvoerig besproken. Omdat de consulten vrij van vorm en locatie zijn, is besloten om voornamelijk geen aparte zorgactiviteitcode aan te maken voor het huisbezoek. Het advies van de NZa is geweest om de eventuele extra kosten van de huisbezoeken (toevallig regulier consult in een ziekenhuis) te verdisconteren in de kostprijzen die moeten worden aangeleverd voor het A-segment (waar de Kindergeneeskunde zich thans nog in bevindt).

1.3 Innovatie

Per 2021 heeft de NZa een facultatieve prestatie in het leven geroepen voor de medisch specialistische zorg.³¹ De facultatieve prestatie biedt extra ruimte waarin ziekenhuis en zorgverzekeraar afspraken kunnen maken voor lokale bekostigingsvraagstukken. Denk aan (nieuwe) initiatieven die lastig zijn te bekostigen met de reguliere DBC's. Dat kan bijvoorbeeld gaan om palliatieve zorg die beter kan worden georganiseerd door een andere manier van werken en bekostiging.

1.4 Facultatieve prestatie: Time to talk, bespreken wensen en grenzen



Voor het bespreken van wensen en grenzen in de palliatieve fase resulterend in een individueel, transmuraal afgestemd zorgplan is de facultatieve prestatie 'Time to talk' beschikbaar.³² De doelgroep is een patiëntengroep waarbij de inschatting is dat er, naar het oordeel van de behandelend specialist, een reële kans op overlijden bestaat binnen een tijdsbestek van 1 jaar.

De prestatie kan gedeclareerd worden indien hierover een schriftelijke overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder is afgesloten en omvat ten minste de volgende onderdelen:

- Bespreken wensen en grenzen met de patiënt door de behandelend de poortspecialist
- Informeren huisarts
- Vervolggesprek met patiënt
- Opstellen individueel zorgplan voor patiënt, dat is besproken met patiënt, huisarts en specialist en geaccordeerd door de consultant palliatie team.

1.5 Algemene regelgeving

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

Voor algemene informatie over registratie van DBC/DOT in de ziekenhuizen verwijzen wij naar de 'Registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten'³³

1.6 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

³¹ NZa informatiekaart facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg; https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_721551_22/1/

³² NZa Prestatiebeschrijvingbeschikking facultatieve prestatie Time to talk: bespreken wensen en grenzen in de palliatieve fase - TB/REG-21685-01

³³ Registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten

zorgproducten palliatieve zorg mee te nemen in de gesprekken met de bij het ziekenhuis betrokken zorgverzekeraar(s). Ook over gereguleerde zorgproducten worden prijsafspraken gemaakt. De zorg valt dan wel onder het gereguleerd segment, maar de zorgverzekeraars kunnen proberen in de onderhandelingen lagere prijzen af te spreken. Daarnaast is het in de praktijk zo dat er meestal totaalprijzen worden afgesproken (plafondafpraak of aanneemsom).

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

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

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

Goede registratie van geleverde palliatieve zorg, zowel voor volwassenen als voor kinderpalliatieve 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.

1.7 Logevergoeding

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 logevergoeding vanuit het basispakket van de zorgverzekering.³⁴

1.8 Transmurale samenwerking

De NZa heeft een [informatiekaart](#) transmuraal samenwerken en casemanagement in de (palliatieve) zorg gepubliceerd. Daarin kunnen zorgprofessionals zien hoe zij hun inzet vergoed krijgen als zij samenwerken met zorgprofessionals die onder een andere bekostiging vallen.



Het kan voorkomen dat een zorgverlener die in de eerstelijns betrokken is bij de palliatieve zorg voor een kind, ook deelneemt aan het zorgproces tijdens een klinische opname in het ziekenhuis. Er zijn twee opties om deze inzet te bekostigen:

- Ziekenhuis en eerstelijnszorgaanbieder kunnen afspraken maken op basis van onderlinge dienstverlening³⁵
- Er kan zorg worden gedeclareerd door de wijkverpleegkundige, zolang er sprake is van directe zorgverlening gericht op cliëntgebonden afstemming, indicatiestelling en (warme) overdracht bij ontslag en opname van de cliënt terwijl de cliënt nog elders verblijft.

³⁴ Zorginstituut, vindplaats logevergoeding: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/vervoer-zvw>

³⁵ NZa (2020) Informatiekaart wijzigingen dbc-pakket 2020 (RZ20b), Regel onderlinge dienstverlening verruimd

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 zorg thuis 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 als de huisarts deelnemen aan PaTz-overleg hebben zij een korte lijn met elkaar.

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 daarbij niet uit of een patiënt reeds een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft of niet.³⁶ Binnen de kinderpalliatieve zorg is de kinderarts de hoofdbehandelaar. Naast de kinderarts kan ook de verpleegkundig specialist de zorg coördineren. Hij of zij stemt af met de huisarts over de taakverdeling.

De huisartsenzorg 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 zorg³⁷:

Voor de palliatieve terminale zorg gedurende de laatste drie maanden (of, in geval van kinderen, de laatste 12 maanden³⁸) van het leven kan de huisarts de prestatie 'Intensieve zorg, overdag' of 'Intensieve zorg, anw (avond, nacht, weekend)' declareren. Hiervoor geldt een maximumtarief. Het aantal consulten intensieve zorg is niet aan een maximum gebonden. Telefonische consulten of consulten per e-mail of via een internet beeldverbinding ter vervanging van een spreekuurconsult

³⁶ NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 - BR/REG-18122, Toelichting artikelsgewijs artikel 5.6

³⁷ Artikel 5.1.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023

³⁸ VWS (2016), Wijziging regeling PTZ [Kamerbrief]

mogen volgens regulier tarief gedeclareerd worden, mits de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier face-to-face consult wordt geboden.³⁹

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.⁴⁰

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.⁴¹

Deelname PaTz-overleg

De huisarts van Olivia neemt deel aan het PaTz-overleg in zijn regio. PaTz staat voor Palliatieve Thuiszorg. Een aantal keer per jaar komen huisartsen en wijkverpleegkundigen uit een regio bij elkaar om hun (volwassen) palliatieve patiënten te bespreken. Ze houden een register van hun palliatieve patiënten bij en selecteren bij iedere bespreking een aantal patiënten om te bespreken. De bespreking is gericht op het proactief nadenken over het zorgplan. Een in palliatieve zorg gespecialiseerde consulent ondersteunt hen. Door deelname aan een PaTz-groep weten huisarts en wijkverpleegkundige elkaar goed te vinden, neemt hun deskundigheid in palliatieve zorg toe, kan tijdig worden ingespeeld op de wensen en behoeften van de patiënt en sterven meer patiënten op de plek van hun voorkeur. De expertise van de consulent is laagdrempelig te bereiken.⁴²

Deelname van de huisarts aan PaTz kent nog geen structurele bekostiging. Binnen de huisartsenfinanciering zijn er wel mogelijkheden om hierover maatwerkafspraken te maken in segment 3⁴³.

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. In onderstaand overzicht worden deze verschillen toegelicht.

³⁹ Artikel 5.2.2.3 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023

⁴⁰ Artikel 6.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023

⁴¹ Artikel 7.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023

⁴² Schweitzer et al. (2015). Handleiding ten behoeve van de implementatie van PaTz

⁴³ Stichting PaTz zet zich in voor structurele bekostiging.



Persoonlijke verzorging voor palliatieve kinderen kan daarnaast vanuit de Jeugdwet bekostigd worden wanneer deze zorg buiten de geneeskundige context valt: het gaat dan om verzorging die nodig is vanwege de zelfredzaamheid van het kind. De zorg is dan niet als geneeskundig te beschouwen, maar karakteriseert zich als 'begeleidende hulp'.^{44,45} Per gemeente verschilt hoe dit is geregeld.⁴⁶ Dit is daarom niet verder uitgewerkt in onderstaand overzicht.

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Algemeen

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

- zorg in natura (zin); patiënt ontvangt de zorg waarvoor zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken kunnen maken. Zijn er geen afspraken, dan kan een patiënt kiezen voor ongecontracteerde zorg. In dat geval wordt de zorg niet altijd volledig vergoed. Dit is afhankelijk van het type zorgverzekering dat de patiënt heeft.
- persoonsgebonden budget (pgb): de patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.⁴⁷

Verpleging en verzorging is onderverdeeld in de volgende prestaties⁴⁸:

1. Persoonlijke verzorging
2. Oproepbare verzorging: verzorging buiten de afgesproken tijden
3. Verpleging
4. Oproepbare verpleging: verpleging buiten de afgesproken tijden
5. Gespecialiseerde verpleging
6. Advies, Instructie en Voorlichting
7. Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar
8. Beloning op maat
9. Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht-, en weekendzorg

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Algemeen

De patiënt kan de zorg thuis op drie manieren (leveringsvormen) ontvangen⁵¹:

- 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.

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

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 te worden voldaan, kan voor een periode van 13 weken worden verleend. Deze periode kan worden verlengd.⁵² 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.⁵³

Voor kinderen met een mpt zijn een prestatie en tarief beschikbaar voor Verpleging speciaal aan kinderen tot 18 jaar incl. beschikbaarheid



⁴⁴ Artikel 1.1 Jeugdwet

⁴⁵ V&VN (2020) Handreiking Indicatieproces Kindzorg, p.13

⁴⁶ Zorgwijzer, Jeugdzorg in Nederland, Geraadpleegd op 16 december 2022.

⁴⁷ Zelf verpleging en verzorging inkopen (Zvw-pgb) | Verpleging en verzorging thuis | Regelhulp - Ministerie van VWS, geraadpleegd op 4 november 2022

⁴⁸ Artikel 4 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging - BR/REG-22101b

⁵¹ Zorginstuut Nederland, Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz)

⁵² Artikel 3.3.6 Wet langdurige zorg

⁵³ Artikel 3.3.6a Wet langdurige zorg

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

10. Ketenzorg dementie
11. Thuiszorgtechnologie: zorg die op digitale wijze wordt ondersteund of gerealiseerd
12. Onderlinge dienstverlening
De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken tariefafspraken over de bovenste elf prestaties. Voor de eerste zeven prestaties en voor thuiszorgtechnologie geldt een maximumtarief per uur. Voor de overige prestaties zijn de tarieven vrij. In de praktijk spreken veel zorgverzekeraars en zorgaanbieders een integraal tarief af waarin de eerste 6 prestaties zijn opgenomen.

Experiment cliëntprofielen

Medio 2021 hebben zes partijen een convenant gesloten om samen met elkaar te werken aan nieuwe bekostiging voor wijkverpleging in de periode 2022 – 2026.⁴⁹ Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben vanuit het experiment cliëntprofielen⁵⁰ nu al de mogelijkheid om op basis van een uur-, dag-, week-, maand- of kwartaaltarief afspraken te maken over verpleging en verzorging. De tarieven zijn vrij. Wel moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieder de afspraken in een schriftelijke overeenkomst vastleggen. De ontwikkeling van cliëntprofielen is onderdeel van dit experiment. Deze moeten inzicht geven in de zorgvraag van cliënten op basis van een aantal cliëntkenmerken. Het idee is dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder met deze informatie het gesprek meer gaan voeren over de inhoud van zorg voor bepaalde cliëntengroepen in plaats van alleen over uren van zorg. Deze cliëntprofielen worden begin 2023 vastgesteld. Vanaf 2024 is het verplicht om de cliëntprofielen te registreren en mee te sturen met de declaratie.

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

en, met ingang van 2021, voor Verpleging speciaal aan kinderen tot 18 jaar excl. beschikbaarheid.⁵⁴

⁴⁹Deze partijen zijn: Actiz, NZa, Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Zorgthuis.nl en Zorgverzekeraars Nederland. Zie [Convenant bekostiging wijkverpleging 2022 – 2026](#).

⁵⁰Zie voor meer informatie [Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging - BR/REG-22103](#)

⁵⁴Zie de [Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Palliatieve (terminale) zorg

Palliatieve (terminale) zorg is onderdeel van de reguliere prestaties voor de wijkverpleging of onderdeel van het integrale tarief dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben afgesproken. In het 'experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging' maakt de palliatieve zorg onderdeel uit van de verschillende cliëntprofielen. Zorgverzekeraars maken met slechts een deel van de zorgaanbieders specifieke afspraken over gespecialiseerde wijkverpleging, waaronder palliatief (terminale) zorg.⁵⁵ In het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars is terug te vinden welke eisen hieraan worden verbonden.

Intensieve zorg

24-uurszorg wordt vanaf 2018 'intensieve zorg' genoemd. 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.^{56,57} De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de vergoeding van de geïndiceerde zorg.

Indien een zorgverzekeraar een omzetplafond hanteert, vergoedt die binnen het omzetplafond de zorg die

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.⁵⁹

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.⁶⁰

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.⁶¹

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.⁶²

Palliatieve terminale zorg

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

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

⁵⁵ Monitor contractering wijkverpleging 2022, update maart 2022

⁵⁶ V & VN (2019), Begrippenkader indicatieproces

⁵⁷ ZIN (2019), Verpleegkundige indicatiestelling: een nadere duiding

⁵⁹ VWS, Informatiekaart palliatieve zorg, juni 2020

⁶⁰ Artikel 5.1a Regeling langdurige zorg

⁶¹ Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg

⁶² Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg

⁶³ VWS, Informatiekaart palliatieve zorg, juni 2020

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

noodzakelijk is. Zorgverzekeraars geven aan dat er geen afspraken zijn gemaakt met de zorgaanbieders om specialistische zorg, waaronder palliatieve zorg, buiten het omzetplafond te houden.⁵⁸ Wanneer het omzetplafond overschreden dreigt te worden, kan de zorgaanbieder een verzoek tot bijcontracteren indienen bij deze zorgverzekeraar. Als zorgverzekeraar en zorgaanbieder hier niet met elkaar uitkomen, kan de zorgaanbieder besluiten om geen nieuwe patiënten die bij de zorgverzekeraar verzekerd zijn, in zorg te nemen.

Beloning op maat

Vanuit de prestatiebeloning 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.⁶⁷

Eén zorgverzekeraar maakte 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.⁶⁸

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

aangevraagd indien dit nodig is om de patiënt PTZ thuis te kunnen laten ontvangen. Dit kan als de behandelend arts inschat dat de levensverwachting korter dan drie maanden is.⁶⁴

Als de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een vpt, kan 10 VV *Beschermde 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.⁶⁵ Het geïndiceerde zorgprofiel blijft hierbij ongewijzigd, maar kan niet gelijktijdig met VV 10 gedeclareerd worden.⁶⁶

Deelname aan diverse (regionale) structuren

⁵⁸ Monitor contractering wijkverpleging 2022, update maart 2022

⁶⁴ Artikel 5.1c leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg

⁶⁵ Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125

⁶⁶ NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125. Toelichting per artikel

⁶⁷ Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101b

⁶⁸ NZa (2018) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 28

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Deelname aan de PaTz-vergaderingen kent geen specifieke bekostiging voor de wijkverpleegkundige. Regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt is onderdeel van de prestatiebeschrijving gespecialiseerde verpleging⁶⁹

De KCT organiseren multidisciplinaire overleggen (MDO's) kinderpalliatieve zorg met alle betrokkenen vanuit het ziekenhuis. Zowel beroepsbeoefenaren die de poortfunctie beoefenen als paramedisch ondersteuners. Deelnemende verpleegkundigen kunnen deze registreren op basis van regie- en coördinatie middels de prestatie Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar.⁷⁰ Daarnaast worden casuïstiekbesprekingen gevoerd in de Netwerken Integrale Kindzorg en zijn er regionale indicatieoverleggen met indicierend kinderverpleegkundigen. Ook zij kunnen deze inzet registreren.



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. Coördinerende, signalerende en anticiperende taken, ondersteuning bij zelfmanagement en mantelzorgondersteuning zijn dan van belang en zijn onderdeel van wijkverpleging⁷¹. Bij de contractering van kwalitatief beschikbare, passende zorg is het van belang rekening te houden met alle aspecten van 'zorg zoals de verpleegkundige die pleegt te bieden'. Het is belangrijk dat er bij het maken van afspraken over de tarieven goed wordt opgelet dat alle voorgenoemde onderdelen van indicering geleverd kunnen worden vanuit het tarief.

2.1.3 Mantelzorg

Voor de inzet van de mantelzorg bestaat geen algemene vergoeding. Wel kan de mantelzorger aanspraak maken op een aantal vergoedingen, waaronder vergoeding van reiskosten via de gemeente en tegemoetkoming voor extra zorgkosten. Ook bestaat de mogelijkheid om de mantelzorger in te schakelen vanuit het pgb.⁷²

Soms kan de zorg te zwaar zijn voor de mantelzorger. Dan kan een vrijwilliger of de wijkverpleging (tijdelijk) hulp geven. Soms is tijdelijk logeeropvang mogelijk in een zorginstelling of een tijdelijke opname in een hospice (zie [paragraaf 3.7](#)). Hierdoor heeft de mantelzorger even geen zorgtaken waardoor hij/zij kan uitrusten. Dit heet 'respijtorg' of vervangende zorg⁷³

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

- **Gemeente:** als de zorgvrager zelf Wmo-ondersteuning krijgt, kan respijtorg vergoed worden vanuit de Wmo. Respijtorg voor kinderen met een palliatieve zorg behoefte kan worden

⁶⁹ Artikel 4 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101b

⁷⁰ Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101b

⁷¹ Wijkverpleging (18 jaar en ouder) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland

⁷² Mantelzorg.nl. Geldzaken. Geraadpleegd op 16 juli 2020

⁷³ Mantelzorg.nl. Vervangende zorg voor mantelzorgers (respijtorg). Geraadpleegd op 11 december 2019



vergoed vanuit de Jeugdwet, als hun zorgvraag niet geneeskundig van aard is⁷⁴. Vraag de betreffende gemeente naar de mogelijkheden;

- **Zorgkantoor:** als de zorgvrager zelf zorg krijgt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- **Zorgverzekeraar:** sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt vanuit de basisverzekering de prestatie Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg voor het bezoeken van een verpleegkundig kinderdagverblijf⁷⁵ en Verblijf intensieve kindzorg voor verblijf in een verpleegkundig kindzorghuis⁷⁶

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 gelden maximum tarieven voor deze prestaties.⁷⁷ De huisartsconsulent mag de prestatie zelf in rekening brengen bij de zorgverzekeraar.

⁷⁴ Artikel 1.1 Jeugdwet

⁷⁵ Artikel 4.1 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-17144

⁷⁶ Artikel 4.2 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-17144

⁷⁷ Artikel 8.1.12.p en q NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023

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 aanvullende financiering door middel van deze module, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.⁷⁸

De specialist ouderengeneeskunde kan in de eerstelijns door de huisarts geconsulteerd worden voor specifieke medisch geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten. Het gaat hierbij meestal om patiënten met complexe problemen. De wijze waarop de inzet van de specialist ouderengeneeskunde gefinancierd wordt, is afhankelijk van of de patiënt een Wlz-indicatie heeft of niet. 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.⁷⁹ De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz-indicatie wordt bekostigd uit de Wlz.

Inzet specialist ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet

Hiervoor is uitgelegd hoe de specialist ouderengeneeskunde via het meekijkconsult geconsulteerd kan worden door de huisarts. Als de specialist ouderengeneeskunde zorg levert aan patiënten zonder Wlz-indicatie kan die de zorg declareren via de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden'.⁸⁰ 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.

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

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 en H336.^{81,82}

⁷⁸ Artikel 7.1.1.h NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2023

⁷⁹ VWS (2019). Basispakket Zvw 2020 [Kamerbrief]

⁸⁰ Artikel 4 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-22135

⁸¹ Bijlage 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 - BR/REG-22124

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

Inzet specialist ouderengeneeskunde
Zorgverzekeringswet

Inzet specialist ouderengeneeskunde
Wet langdurige zorg

gedeclareerd via de prestatie 'onderlinge dienstverlening'.

Begeleiding PaTz door inhoudelijk deskundige palliatieve zorg

Een inhoudelijk deskundige ondersteunt de PaTz-groep. Deze deelname kent geen structurele financiering. PZNL biedt een vergoeding voor de inzet van - aan PZNL verbonden - consulenten⁸³.

Consultatievoorziening palliatieve zorg

Naast de beschreven consultatievormen bestaat ook de mogelijkheid om bij vragen en problemen in de palliatieve fase het consultatieteam palliatieve zorg van PZNLK 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.⁸⁴

Consultatie door het KCT



Het KCT levert in de thuissituatie zorg voor kinderen met een palliatieve zorgvraag. Ze spelen daarin een verbindende rol tussen de medisch specialist, de zorgverleners in de eerstelijns en het kind en de ouders. De KCT's organiseren de juiste zorg en ondersteuning voor kind en gezin dan ook niet alleen in, maar ook buiten het ziekenhuis, al dan niet aan huis. Omdat voor de doelgroep kinderen specifieke expertise nodig is, die in bovenstaande consultatiemogelijkheden niet of onvoldoende aanwezig zijn, kan de huisarts voor palliatieve zorg bij kinderen dan ook het KCT in consult vragen. Dit kan zowel telefonische als bedside consultatie zijn. De bekostiging van deze consultatie kan op basis van afspraken in het kader van het meekijkconsult geregeld worden.

2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager



Bekostiging van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten/casemanager palliatieve zorg kan via de prestaties 'gespecialiseerde verpleging' of 'AIV'.⁸⁵ Bekostiging kan ook deel uitmaken van de cliëntprofielen.⁸⁶ In geval van kinderpalliatieve zorg kan dit op basis van de prestatie Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar worden gedeclareerd. 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.⁸⁷ Wanneer de hulpvraag van de patiënt hun deskundigheid overstijgt, kan de geestelijk verzorger hierin specialistische ondersteuning bieden.⁸⁸

⁸³ PaTz, Hoe is de vergoeding van de inhoudelijk deskundige geregeld? Geraadpleegd op 19-12-2022.

⁸⁴ Palliaweb, Consultatie, Geraadpleegd op 23 juli 2021.

⁸⁵ Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101

⁸⁶ Zie de voorgaande paragraaf over verpleging en verzorging voor meer informatie.

⁸⁷ Hopman, A.M., (2006), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 5

⁸⁸ IKNL (2018) Richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase

De Regeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging⁸⁹ maakt de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns mogelijk. De regeling is bedoeld voor drie (patiënten)groepen, mits zij niet in een WTZA-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 de organisatie in de regio die voor de coördinatie van geestelijke verzorging in de thuissituatie is aangewezen.⁹⁰ In geval van kinderen in de palliatieve fase en hun naasten, is het Netwerk Integrale Kindzorg aanspreekpunt.⁹¹

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 naast geestelijk verzorgers (die vaak ook deel uitmaken van de KCT's) ook rouw- en verliesbegeleiders aanspraak maken op deze subsidie. Voorwaarde is wel dat er geen mogelijkheden zijn voor reguliere financiering vanuit bijvoorbeeld een aanvullende zorgverzekering of de Jeugdwet⁹². Daarnaast geldt de aanspraak voor rouw- en verliesbegeleiders alleen als het kind ofwel jonger dan 18 jaar is, ofwel tussen de 18 en 23 jaar oud is en de inzet van geestelijk verzorgers en rouw- en verliesbegeleiders aanving vóór de achtste verjaardag van het kind.⁹³

Naast consulten kunnen de middelen worden ingezet voor deelname van geestelijk verzorgers aan overlegvormen in de eerstelijns (zoals multidisciplinaire overleggen) en voor de inzet van geestelijke verzorgers voor bijscholing van (in)formele zorgverleners. Tot slot ontvangen de Netwerken Palliatieve Zorg middelen voor onder andere het opzetten van de benodigde faciliteiten.⁹⁴

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 en geestelijke verzorging (Regeling PTZ) een subsidie per cliënt. Deze subsidie is onder andere een tegemoetkoming in de coördinatiekosten van vrijwilligers.

2.3 Medisch-specialistische zorg

De diagnose, de bijwerkingen, de overwegingen om te stoppen met behandelingen: het is veel om te behappen voor Olivia. Ze is moe. 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), vanaf 1 januari 2020 worden gedeclareerd via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).⁹⁵ Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten en kan zowel los als naast een DBC-enderdag, 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.

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. Vanaf 2021 zijn de zorgactiviteiten belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniek (190162) respectievelijk schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163) kunnen worden geregistreerd. Daarnaast kan een screen-to-screenconsult

⁸⁹ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging

⁹⁰ Agora, Geestelijke verzorging thuis, Geraadpleegd op 15 juli 2019

⁹¹ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn

⁹² Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn

⁹³ Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden (02 december 2021), Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 november 2021, kenmerk 3276391-1019032-LZ

⁹⁴ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging

⁹⁵ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165) of een screen-to-screenconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190166) worden geregistreerd.

Het gaat hierbij om consulten 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.⁹⁶ Wanneer binnen een bepaald zorgtraject face-to-face contact wel nodig is staat dit vermeld in de regelgeving.⁹⁷

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 nachtzorg. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Zorgverzekeringswet

Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Wet langdurige zorg

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen die nodig zijn voor de behandeling, verpleging en verzorging worden vergoed vanuit de Zvw.^{98 99} Ook kunnen vanuit de Zvw tijdelijk hulpmiddelen worden geleend. Hulpmiddelen ter vergroting van de zelfredzaamheid worden vergoed vanuit de Wmo. Zo kan een rolstoel bijvoorbeeld de eerste zes maanden geleend worden vanuit de Zvw en daarna vergoed worden vanuit de Wmo.¹⁰⁰

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wmo.¹⁰¹

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wlz.^{102,103,104}

⁹⁶ Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

⁹⁷ NZa (2019). Informatiekaart wijzigingen dbc-pakket 2020 (RZ20b)

⁹⁸ Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, geraadpleegd op 18 november 2022

⁹⁹ Hulpmiddelenwijzer van Vilans, geraadpleegd op 18 november 2022

¹⁰⁰ Vilans.nl, Rolstoel, incidenteel gebruik, Geraadpleegd op 23 juli 2021

¹⁰¹ Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 23 juli 2021

¹⁰² Artikel 1 NZa NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125

¹⁰³ Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 - BR/REG-22124

¹⁰⁴ ActiZ (2016). Overgang huishoudelijke hulp bij mpt-cliënten thuis in één keer per 1 april 2017, Geraadpleegd op 16 juli 2020


2.4 Nazorg

Nazorg is onderdeel van goede zorg. Concreet gaat het hier om één of twee gesprekken met de nabestaande over het verloop van de palliatieve fase van de overleden patiënt en hoe de begeleiding door de zorgprofessional door de nabestaande ervaren is¹⁰⁵. Het Zorginstituut heeft bepaald dat nazorg verzekerde zorg is. Idealiter is er in de overeengekomen tarieven tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruimte opgenomen om deze zorg te financieren. In de praktijk blijkt dit lastig te zijn, zie hoofdstuk knelpunten.

2.5 Transmurale samenwerking

De NZa heeft een [informatiekaart](#) over transmuraal samenwerken en casemanagement in de (palliatieve) zorg gepubliceerd. Daarin kunnen zorgprofessionals zien hoe zij hun inzet vergoed krijgen als zij samenwerken met zorgprofessionals die onder een andere bekostiging vallen.

2.6 Innovatie: Experiment bekostiging transmurale palliatieve zorg

 Uit eerdere knelpuntenanalyses die samenhangen met het Kwaliteitskader Palliatieve zorg en vele gesprekken blijkt een voorkeur van het veld om de palliatieve zorg interdisciplinair en transmuraal te organiseren. Daarbij wordt idealiter lijnoverstijgend samengewerkt tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners op basis van een zogenaamd 'stepped care'-model:

1) Patiënten krijgen in beginsel palliatieve zorg geleverd door de generalist (die structureel samenwerkt met in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners).

2) Wanneer de situatie complexer wordt (afhankelijk van de deskundigheid van de generalist) kan aanvullende deskundigheid worden ingezet.

In het project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\$ting (TAPA\$) is daarvoor een passende bekostiging ontwikkeld. Hiermee wordt interdisciplinaire transmurale samenwerking tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en transmurale inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners bekostigd, aanvullend op de zorg die generalistische zorgverleners leveren vanuit de huidige reguliere prestaties. Op basis van het zorgproces dat de patiënt in de palliatieve fase doorloopt, zijn drie (tijdelijke) prestaties opgesteld voor transmuraal samenwerken:

1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg

Deze prestatie betreft de voorzieningen die nodig zijn om, gedurende het gehele zorgproces, ad hoc en structureel samenwerken tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in een regio mogelijk te maken. Dit omvat bijv. intensieve coördinatie van zorg door de generalist voor complexe palliatieve patiënten en structureel multidisciplinair overleg (mdo) generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, bijvoorbeeld volgens de PaTz-methodiek.

2. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP)

Deze prestatie betreft steun en consultatie bij complexe palliatieve zorg aan de patiënt en diens hoofdbehandelaar. Deze zorg wordt geleverd door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist op verzoek van de hoofdbehandelaar van de patiënt. Onder de prestatie wordt het totaal aan activiteiten van de SCOP-arts/verpleegkundig specialist begrepen naar aanleiding van een SCOP-verzoek, bijvoorbeeld een bedside consultatie. De huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde blijft hoofdbehandelaar en de (wijk)verpleging blijft de reguliere zorg bieden.

3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg

Wanneer de zorgvraag van de patiënt dusdanig complex blijkt of wordt, dat continuïteit van specialistische ondersteuning wenselijk is, dan kan voor de palliatieve zorg een in palliatieve zorg

¹⁰⁵ Uit: [Informatiekaart](#) – Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

gespecialiseerde verpleegkundige ingeschakeld worden. Deze prestatie omvat een traject waarin een in palliatieve zorg gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist de patiënt, diens naasten en diens zorgverleners voor complexe palliatieve zorg begeleidt, adviseert en/of behandelt. Ook dan blijft de (generalistische) huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar en biedt de (wijk)verpleging de reguliere zorg.

De NZa heeft deze zorgprestaties op tijdelijke basis goedgekeurd, zodat zorgorganisaties samen met zorgverzekeraars na kunnen gaan of hiermee tot een betere kwaliteit van palliatieve zorg tegen gelijke of lagere kosten kan worden bereikt. Wanneer dit zo blijkt te zijn, kan de NZa besluiten de betaaltitels structureel in te voeren.

Zelf aan de slag met TAPA\$!

Alle zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen gedurende de experimenteerperiode die nog loopt tot en met 31 december 2024 gebruikmaken van de prestaties. De prestatie kan worden gedeclareerd op basis van een schriftelijke overeenkomst tussen een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder. Deelname vraagt door de interdisciplinaire en transmurale opzet wel om voldoende organisatiekracht in de regio, gedegen voorbereiding en een goede samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en met zorgverzekeraars.

Op de website van PZNL Palliaweb¹ is meer informatie over dit project opgenomen.¹⁰⁶ Onder het kopje 'zelf aan de slag met bekostiging' zijn de experimentele prestaties meer in detail toegelicht. In een online magazine van de NZa is een artikel hierover opgenomen, waarin ook is uitgelegd hoe zorgaanbieders kunnen aansluiten bij dit experiment.¹⁰⁷ Neem voor meer informatie over het proces van deelname aan het TAPA\$-experiment contact op met PZNL.

¹⁰⁶ Zie: Toolkit TAPA\$ Transmurale palliatieve zorg

¹⁰⁷ <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2020/05/palliatieve-zorg>

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 lang geweest om de benodigde wijkverpleging 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, vanwege zorg over 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 arts van het hospice 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 zorg verleend aan patiënten in de palliatieve 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.¹⁰⁸

Er kunnen drie typen hospiceorganisaties onderscheiden worden¹⁰⁹:

- **Bijna Thuis Huis (BTH):**
Hospice als zelfstandige stichting met een eigen bestuur en goed opgeleide vrijwilligers. Op de loonlijst staan doorgaans (een) coördinator(en) vrijwilligers, manager en/of directeur. De beroepsmatige zorg wordt aanvullend verleend door al dan niet een vast team van wijkverpleegkundigen en/of verzorgenden van een organisatie voor wijkverpleging. De medische zorg is in handen van de eigen huisarts/een huisartsgroep uit de regio van het hospice. De aanvullende informele zorg wordt door goed opgeleide vrijwilligers verleend.
- **High Care Hospice (HCH):**
Hospice als zelfstandige stichting met een eigen bestuur of als zelfstandig onderdeel van een organisatie. Op de loonlijst staan doorgaans (een) coördinator(en) vrijwilligers, manager en/of directeur, arts en verpleegkundigen. Aanvullende informele zorg wordt door goed opgeleide vrijwilligers verleend.
- **Palliatieve unit (PU):**
Hospice in de vorm van een aantal kamers of een aparte unit als onderdeel van een overkoepelende WTZa-toegelaten zorginstelling, met veelal ook een verpleeghuis. Het hospice heeft geen eigen bestuur. De beroepsmatige zorgverleners zijn in dienst van de instelling. De

¹⁰⁸ AHZN. Definitie hospicezorg

¹⁰⁹ Publieksrapport HOPEVOL: eerste grootschalige onderzoek hospicezorg

beroepsmatige zorg wordt verleend door verpleegkundigen en verzorgenden, de medische zorg door specialist ouderengeneeskunde. Aanvullende zorg wordt verleend door vrijwilligers.



Hospicezorg voor volwassenen kent geen eigen bekostigingsstructuur. Financiering van de beroepsmatige zorg kan verlopen zoals in de thuissituatie of zoals in een verpleeghuis. Voor kinderen wordt de zorg bekostigd op basis van de beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg of de prestatie verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar. Uitgebreide toelichting hierop is te vinden in [hoofdstuk 2](#) en [hoofdstuk 4](#).

Dit hoofdstuk beschrijft 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 (palliatieve units, PU) worden in het hoofdstuk over het verpleeghuis besproken.

3.1 Vrijwilligers



Veel hospices werken met vrijwilligers. Zij krijgen een subsidie vanuit de Regeling Palliatieve Terminale Zorg en geestelijke verzorging (Regeling PTZ¹¹⁰). Deze subsidie kan gebruikt worden voor de inzet, de opleiding en de coördinatie van vrijwilligers bij de mensen thuis en in de hospices. Voor hospices vormt een deel van de subsidie een tegemoetkoming in de huisvestingskosten. Instellingen die zorg leveren die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen geen aanspraak maken op subsidie vanuit de Regeling PTZ, tenzij zij vrijwilligers inzetten in de thuissituatie of in een high care hospice met niet meer dan 20 fte verpleegkundigen in vaste dienst.

3.2 Verpleging en verzorging (HCH en BTH)

Verpleging en verzorging kan in hospices op verschillende wijzen worden gefinancierd:

Verpleegkundigen & verzorging via organisatie(s) voor wijkverpleging

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

Eigen personeel in dienst, zonder WTZa-vergunning

Een hospice zonder WTZa-vergunning, met eigen verpleegkundigen en verzorgenden in dienst, is onderaannemer van een zorgorganisatie mét WTZa-vergunning. Een dergelijk hospice kan niet zelfstandig een contract afsluiten met de zorgverzekeraar (Zvw) of het zorgkantoor (Wlz). De financiering loopt via de hoofdaannemer.

Eigen personeel in dienst, met WTZa-vergunning

Een hospice met een WTZa-vergunning kan zelf een contract afsluiten. Dit kan in het kader van eerstelijnsverblijf of wijkverpleging. In geval van kinderen is de prestatie Verblijf intensieve kindzorg

¹¹⁰ Artikel 3 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging – Vanaf januari 2023 geldt dat de kring van instellingen waarvoor deze regeling geldt wordt beperkt tot algemeen nut beogende instellingen (ANBI's) en instellingen die niet zijn onderworpen aan de vennootschapsbelasting of daarvan zijn vrijgesteld. Rechtsvormen zoals een BV en een NV zijn altijd onderworpen aan de vennootschapsbelasting.

van toepassing¹¹¹. Voor patiënten met een Wlz-indicatie kunnen zij contracten afsluiten met het zorgkantoor. Zie voor verdere toelichting hierop [paragraaf 4.2](#).

3.3 Arts

De inzet van een arts in een hospice gebeurt op verschillende manieren. Wanneer een patiënt in een BTH of HCH 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](#)).

Het komt ook voor dat een specialist ouderengeneeskundige ingezet wordt in een hospice. Als de verpleegkundige zorg wordt geleverd zoals thuis, dan kan de declaratie verlopen via de prestatie Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.¹¹² Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 2.2.1](#). Wanneer de zorg wordt vergoed op basis van het eerstelijnsverblijf, zit de inzet van de specialist ouderengeneeskunde al in het tarief. Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 4.2](#).

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).¹¹³ Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het hospice. Daarnaast is het vanaf 1 januari 2020 voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. In plaats daarvan kan hij bijvoorbeeld ook een Screen-to-screenconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165 en 190166) registreren.¹¹⁴ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

3.5 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging is een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Door middel van de Regeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging¹¹⁵ is de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns mogelijk gemaakt. Hospices zonder WTZA-vergunning kunnen hier gebruik van maken. Er zijn hospices die een geestelijk verzorger in dienst hebben. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.2.3](#).

3.6 Verblijfskosten

Voor verblijfskosten van de patiënt vragen hospices een eigen (dag)bijdrage. Hiervan worden onder meer het verzorgen van maaltijden en wassen van beddengoed betaald. In een aantal aanvullende zorgverzekeringen wordt deze eigen bijdrage (deels) vergoed. Indien een patiënt de eigen bijdrage niet kan betalen, wordt deze soms vergoed door de Vriendenstichting. Er zijn echter

¹¹¹ NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-20111

¹¹² Artikel 4 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-22135

¹¹³ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

¹¹⁴ Artikel 24.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

¹¹⁵ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging

ook gemeenten die dit vergoeden vanuit de bijzondere bijstand, als onderdeel van de Participatiewet.¹¹⁶

Vanuit de Wmo kan een patiënt ondersteuning bij zelfredzaamheid, zoals bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, ontvangen. Het hospice kan voor de vergoeding van deze zorg een contract afsluiten met de gemeenten waarin hun patiënten wonen. Gemeenten hebben beleidsvrijheid om de uitvoering via verordeningen zelf vorm te geven. Hierdoor verschilt de uitvoering van de Wmo per gemeente.

3.7 Respijtzorg

Er is een beperkt aantal hospices die voor een bepaalde periode respijtzorg aanbieden voor volwassenen.¹¹⁷



Voor kinderen zijn twee typen respijtzorg te onderscheiden:

- **Verpleegkundig kinderdagverblijf¹¹⁸**
Een dagverblijf voor kinderen van 0-4 jaar met (complex) medische problematiek en kinderen met een somatisch gerelateerde beperking. Er is begeleiding in de vorm van verpleegkundige en pedagogische zorg en ontwikkelingsactiviteiten. Het verblijf is op basis van een dagprogramma, waardoor ouders kunnen blijven werken en ontspannen.
- **Verpleegkundig kindorzorghuis¹¹⁹**
Ook wel kindhospice genoemd. Er is 24 uur per dag, 7 dagen per week verpleging en verzorging en ook pedagogische zorg voor zieke kinderen/jongeren van 0 tot en met 18 jaar, vaak met complexe zorgvragen. Zo nodig wordt samengewerkt met een kinderarts, arts verstandelijk gehandicapten of huisarts. De zorg is aanvullend dan wel ter tijdelijke ontlasting van het gezin, waarbij de regie over de zorg bij de ouders en andere mantelzorgers blijft. Zorg in een verpleegkundig kindorzorghuis kan geboden worden in combinatie met een verpleegkundig kinderdagverblijf en/of kinderthuiszorg.

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

- **Gemeente:** als de zorgvrager zelf Wmo-ondersteuning krijgt, kan respijtzorg vergoed worden vanuit de Wmo. Respijtzorg voor kinderen met een palliatieve zorg behoefte kan worden vergoed vanuit de Jeugdwet, als hun zorgvraag niet geneeskundig van aard is. Vraag de betreffende gemeente naar de mogelijkheden;
- **Zorgkantoor:** als de zorgvrager zelf zorg krijgt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- **Zorgverzekeraar:** sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering. Vergoeding kan daarnaast vanuit de basisverzekering in geval van een specifieke geneeskundige zorgvraag door de zorgverzekeraar plaatsvinden vanuit eerstelijnsverblijf¹²⁰. De zorgverzekeraar vergoedt de prestatie Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg voor het bezoeken van een verpleegkundig kinderdagverblijf¹²¹ en Verblijf intensieve kindzorg voor verblijf in een verpleegkundig kindorzorghuis.¹²²



3.8 Afleggen en opbaren

Afleggen en opbaren is geen verzekerde zorg. Deze kosten komen voor rekening van de patiënt die zich daarvoor kan verzekeren.¹²³

¹¹⁶ Rijksoverheid, Wanneer heb ik recht op bijzondere bijstand? Geraadpleegd 23 juli 2021

¹¹⁷ Factsheet Respijtzorg Palliaweb

¹¹⁸ Binkz, Verpleegkundig kinderdagverblijven. Geraadpleegd op 23 juli 2021

¹¹⁹ Binkz, Verpleegkundig kindorzorghuizen. Geraadpleegd op 23 juli 2021

¹²⁰ VWS (2016) Kamerbrief Palliatieve zorg, een niveau hoger, bijlage 4 Respijtzorg in de laatste levensfase

¹²¹ Artikel 4.1 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-201.11

¹²² Artikel 4.2 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-201.11

¹²³ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

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.^{124,125} Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

3.9 Transmurale samenwerking

De NZa heeft een [informatiekaart](#) over transmuraal samenwerken en casemanagement in de (palliatieve) zorg gepubliceerd. Daarin kunnen zorgprofessionals zien hoe zij hun inzet vergoed krijgen als zij samenwerken met zorgprofessionals die onder een andere bekostiging vallen.

¹²⁴ VWS (2007), [Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen](#)

¹²⁵ NZa (2017), [Informatiekaart Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

4. Verpleeghuis & Palliatieve 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 unit (PU): 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 unit. Daar kunnen ook personen van buiten de instelling terecht. Dit hoofdstuk beschrijft de financiering van palliatieve zorg in het verpleeghuis en de PU.

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.¹²⁶

Er kan een toeslag worden aangevraagd bij onder meer:

- gespecialiseerde epilepsiezorg
- chronische ademhalingsondersteuning
- CVA
- Huntington
- observatie^{127,128}

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.^{129, 130}

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

- De behandelend arts heeft in een verklaring aangegeven dat de levensverwachting van de patiënt korter is dan drie maanden.
- De patiënt moet beschikken over een geldige Wlz-indicatie
- Er is noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg, die in het reeds geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is.
- Er is noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust.
- Er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg.

¹²⁶ VWS (2017). Informatiekaart palliatieve zorg

¹²⁷ Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg

¹²⁸ Zorginstituut Nederland, Extra zorg (Wlz) Geraadpleegd 23 juli 2021

¹²⁹ Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg

¹³⁰ Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz - BR/REG-22122

De behandelend arts moet verklaren dat de patiënt voldoet aan deze criteria.¹³¹ Het eerder door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel van de patiënt kan niet tegelijk met de VV 10 worden gedeclareerd.¹³²

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. 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.

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.

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).¹³³

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 vrijplaats¹³⁴ en het begeleiden bij religie en spiritualiteit.¹³⁵ Een instelling dient ervoor te zorgen dat geestelijke verzorging beschikbaar is.¹³⁶ Vanuit de Wlz wordt dit bekostigd uit de tarieven van de zorgzwaartepakketten.

4.2 Palliatieve unit (PU)



Olivia zit in een rolstoel en neemt een slokje thee. Stilletjes geniet ze van het zachte lentedriesje 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 PU worden opgenomen hebben veelal geen Wlz indicatie. Zij ontvangen zorg in de instelling vanuit de Zorgverzekeringwet (Zvw). Patiënten die thuis woonden met een Wlz-indicatie (zie paragraaf 2.1.2) en bewoners van een verpleeghuis die naar een PU verplaatst worden, krijgen de zorg op de PU vanuit de Wlz. Palliatieve zorg op een PU wordt dus op verschillende manieren bekostigd:

¹³¹ Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125

¹³² NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125, Toelichting per artikel

¹³³ NZa (2016), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg

¹³⁴ 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)

¹³⁵ Hopman, A.M. (2006), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 4

¹³⁶ Artikel 6 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Opname PU 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.¹³⁷

Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen over palliatieve zorg op de PU ook op basis van de prestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing afspraken maken. Deze prestatie komt in dat geval in de plaats van de prestatie ELV palliatief terminale zorg.¹³⁸

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.¹³⁹

Met ingang van 2020 is het mogelijk om met de zorgverzekeraar een contract af te sluiten over de prestatie Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie). Met deze prestatie kan regionale coördinatie over beschikbare bedden worden vergoed.¹⁴⁰

Opname PU Wet langdurige zorg

Een opname op de PU 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.¹⁴¹

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

Voor het kunnen declareren van een VV 10 *Beschermd 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 met een Wlz indicatie 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.

¹³⁷ Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132

¹³⁸ Artikel 4.4 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132

¹³⁹ Artikel 5.1 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132

¹⁴⁰ Artikel 4.5 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132

¹⁴¹ Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz). Geraadpleegd op 23 juli 2021.

4.2.1 Arts

Arts PU Zorgverzekeringswet	Arts PU Wet langdurige zorg
<p>Voor een patiënt opgenomen op een palliatieve unit in een instelling kan de specialist ouderengeneeskunde de zorg op zich nemen.¹⁴² Dit hoeft echter niet. De huisarts kan ook de patiënt zelf blijven behandelen, waar nodig met ondersteuning.</p> <p>De kosten voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde vallen onder de prestatie <i>Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg</i>.¹⁴³</p> <p>De huisarts kan hiervoor de prestaties 'Intensieve zorg' declareren, omdat er in eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg geboden wordt.¹⁴⁴ Zie ook paragraaf 2.1.1.</p>	<p>Bekostiging van medische zorg op een PU 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 PU onderdeel van is, daarvoor een contract heeft afgesloten met het zorgkantoor.</p>

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" (190228).¹⁴⁵ Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het verpleeghuis of de PU. Daarnaast is het vanaf 1 januari 2020 voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. In plaats daarvan kan hij bijvoorbeeld ook een Screen-to-screenconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165) registreren.¹⁴⁶ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

¹⁴² Verenso / LHV (2016), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 18

¹⁴³ Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132

¹⁴⁴ Artikel 5.2.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147

¹⁴⁵ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

¹⁴⁶ Artikel 24.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

4.2.3 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging PU Zorgverzekeringswet

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

Geestelijke verzorging PU Wet langdurige zorg

Bekostiging van geestelijke verzorging op een PU 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 PU 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 PTZ opgeleide vrijwilligers van de lokale organisatie Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) worden ingezet. De instelling kan hierover afspraken maken met een VPTZ-organisatie in de regio, die voor vergoeding subsidie aanvraagt via de Regeling PTZ.

4.4 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.¹⁴⁷ Hulpmiddelen voor cliënten die in een Wlz-instelling wonen werden tot 2020 vanuit de Wlz, de Zvw en de Wmo geleverd. De regels verschillen daarnaast voor cliënten met behandeling en cliënten zonder behandeling in de instelling.¹⁴⁸

4.5 Nazorg

De betrokken zorgverleners spelen direct na het overlijden van de patiënt in op wat de nabestaanden nodig hebben.¹⁴⁹ 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.¹⁵⁰

4.6 Afleggen en opbaren

De naasten van Olivia van Veen ervaren goede ondersteuning op de PU. Na het overlijden vinden Guus en Sara het passend dat de instelling zorgdraagt 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.¹⁵¹

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.^{152, 153} Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

¹⁴⁷ VWS (2019), *Stand van zaken moties en toezeggingen VWS [Bijlage bij Kamerbrief]*

¹⁴⁸ VWS (2019), *Vereenvoudiging hulpmiddelenzorg voor cliënten in een Wlz-instelling en zie ook Zorginstituut Nederland (2020) Handreiking 'Hulpmiddelen voor cliënten met een Wlz indicatie'*.

¹⁴⁹ IKNL / Palliatief (2017), *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland*

¹⁵⁰ NZa (2017), *Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat*

¹⁵¹ VWS (2007), *Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen*

¹⁵² VWS (2007), *Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen*

¹⁵³ NZa (2017), *Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat*

Voor de bekostiging van de dagen dat de kamer leeg achter wordt gelaten als gevolg van overlijden, kan tussen zorgkantoor en zorgaanbieder de prestatie mutatiedag worden afgesproken. Als de cliënt in de eigen kamer is opgebaard, geldt dat ook als leeg achtergelaten. Een verpleeghuis of verzorgingshuis ontvangt maximaal 13 dagen een vergoeding als een bewoner is overleden, in de vorm van mutatiedagen.^{154,155}

4.7 Transmurale samenwerking

De NZa heeft een informatiekaart over transmuraal samenwerken en casemanagement in de (palliatieve) zorg gepubliceerd. Daarin kunnen zorgprofessionals zien hoe zij hun inzet vergoed krijgen als zij samenwerken met zorgprofessionals die onder een andere bekostiging vallen.

¹⁵⁴ [Artikel 6.4 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125](#)

¹⁵⁵ [NZa, Wanneer mag je mutatiedagen declareren na overlijden van een cliënt? Geraadpleegd 23 juli 2021.](#)

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. Openen 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 langskwam. 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.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Volwassen patiënten betalen voor zorg vanuit de Zvw de eerste kosten zelf. Dit is het eigen risico. Daarna wordt de zorg vergoed vanuit de zorgverzekering. Voor sommige zorg hoeft de patiënt geen eigen risico te betalen¹⁵⁶ Voor sommige zorg geldt een eigen bijdrage.¹⁵⁷

Wet langdurige zorg (Wlz)

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

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)

Voor maatwerkvoorzieningen en voor sommige algemene voorzieningen uit de Wmo betaalt de patiënt een eigen bijdrage per maand. Daarnaast kunnen gemeenten een aparte eigen bijdrage vragen voor andere algemene voorzieningen uit de Wmo.¹⁵⁹



Jeugdwet

Voor hulp en ondersteuning vanuit de Jeugdwet is geen eigen bijdrage van toepassing¹⁶⁰. Deze wet staat om deze reden niet nader uitgewerkt in onderstaand overzicht.

De exacte kosten voor de eigen specifieke situatie, kunnen op de website van het CAK worden berekend: [CAK - Eigen bijdrage rekenhulp](#). In onderstaand schema zijn de eigen betalingen waar palliatieve patiënten mee te maken kunnen krijgen in 2022 per plaats van zorg en wet opgenomen.

¹⁵⁶ [Zorginstituut Nederland. Eigen risico \(Zvw\)](#)

¹⁵⁷ [Zorginstituut Nederland. Eigen bijdrage \(Zvw\)](#)

¹⁵⁸ [Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de Wet langdurige zorg?](#)

¹⁵⁹ [Rijksoverheid. Betaal ik een eigen bijdrage voor ondersteuning uit de Wmo?](#)

¹⁶⁰ [Per Saldo. Eigen bijdrage en tarieven bij een pgb van de gemeente.](#)

Wet Plaats	Zorgverzekeringswet (Zvw) ^{161,162,163,164}	Wet langdurige zorg (Wlz) ^{165,166,167,168,169}	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) ^{170,171}
Ziekenhuis	Verplicht eigen risico (Vastgesteld op € 385).	Niet van toepassing: palliatieve zorg in het ziekenhuis valt altijd onder de Zvw.	Niet van toepassing: palliatieve zorg in het ziekenhuis valt altijd onder de Zvw.
Thuis	Huisartsenzorg en wijkverpleging zijn vrijgesteld van het eigen risico.	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage per maand: PGB: € 26,00 - € 808,60 MPT: € 26,00 - € 808,60 VPT: € 184,00 - € 966,60 Partners die beiden Wlz-zorg ontvangen, betalen een gezamenlijke eigen bijdrage.	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen & algemene voorzieningen: Max. €19 per maand. In een enkel geval een aparte bijdrage in de kosten. Bij Wlz-zorg geen eigen bijdrage.
Hospice Geen WTZa- instelling	Conform thuis. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).	Conform thuis. Altijd lage eigen bijdrage. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).	Conform thuis. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).
Hospice WTZa-instelling	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf conform thuis.	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf conform thuis	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf conform thuis
Verpleeghuis & Palliatieve unit (PU) (Geldt ook voor hospices die werken als onderaannemer van een verpleeghuis)	Eerstelijnsverblijf: Verplicht eigen risico (vastgesteld op € 385).	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage per maand: Lage eigen bijdrage (eerste vier maanden): € 184,00 - € 966,60 Hoge eigen bijdrage (na vier maanden): €0 - € 2.652,40 Partners die beiden Wlz-zorg ontvangen, betalen een gezamenlijke eigen bijdrage.	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen & algemene voorzieningen: Max. €19 per maand. In een enkel geval een aparte bijdrage in de kosten. Bij Wlz-zorg geen eigen bijdrage.

¹⁶¹ Zorginstituut Nederland. Eigen risico (Zvw).

¹⁶² Artikel 35 Participatiewet

¹⁶³ Hospice Alkmaar

¹⁶⁴ Hospice Dignitas 1

¹⁶⁵ Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de wet langdurige zorg?

¹⁶⁶ CAK. Zorg vanuit de Wlz.

¹⁶⁷ Artikel 3.3.2.1 & 3.3.2.2 Besluit langdurige zorg

¹⁶⁸ CAK - Wlz en beschermd wonen: wat verandert er in 2023? (hetcak.nl)

¹⁶⁹ CAK. Mijn partner ontvangt ook Wlz-zorg of beschermd wonen.

¹⁷⁰ CAK. Wat is het verschil tussen een algemene voorziening en een maatwerkvoorziening?

¹⁷¹ CAK. Ik ontvang Wlz-zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Betaal ik dan 2 keer een eigen bijdrage?

6. Knelpunten

Dit hoofdstuk geeft zicht op de zorg die niet of nog niet kan gedeclareerd. Hiermee borduurt dit hoofdstuk voort op het hoofdstuk 'Knelpuntenanalyse' uit voorgaande versies van de Handreiking. Dat hoofdstuk is voortaan opgedeeld in een hoofdstuk 6 'Knelpunten' en hoofdstuk 7 'Opgeloste knelpunten'. De nieuwe Handreiking geeft de actuele stand van zaken weer per 2023.

6.1 Ziekenhuis

Knelpunten ziekenhuis 2017	Stand van zaken 2023
<p><i>Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties</i></p> <p>De huidige definitie van deze zorgactiviteit wordt als te beperkt ervaren en de gestelde criteria als te stringent. Met als gevolg dat deze zorgactiviteit niet of nauwelijks wordt geregistreerd.¹⁷²</p>	<p><i>Aangepaste zorgactiviteit per 1 januari 2018: Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties.</i></p> <p>Als resultaat van het project 'Samen beslissen' werd 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 moet naast een herhaalpolibezoek, screen-to-screen consult of verpleegdag worden vastgelegd.¹⁷³</p> <p>In de contractafspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars ziet NZa steeds vaker afspraken over samen beslissen met de patiënt. In 2020 maakte 34% van de ziekenhuizen hier afspraken over en in 2021 was dit toegenomen naar 39%.¹⁷⁴ De NZa constateert dat nog veel terrein te winnen is aangezien een meerderheid hier nog geen afspraken over maakt.¹⁷⁵</p> <p>Zie ook de mogelijkheid van de Facultatieve prestatie: Time to talk - bespreken wensen en grenzen in de palliatieve fase (paragraaf 1.4)</p>
<p><i>Patiënt overleden vóór Overleg palliatieve zorg.</i></p> <p>Het probleem wordt herkend, maar het in rekening brengen van een overleg palliatieve zorg zonder dat dit regulier heeft plaatsgevonden, acht de NZa vanuit kwaliteitsargumenten niet wenselijk.</p>	<p><i>Geen aanpassing.</i></p> <p>De beschreven situatie kan inderdaad voorkomen, maar zal niet de hoofdmoot zijn. De kosten die deze situatie met zich meebrengt, zijn mee te nemen in de kostprijsberekening van de zorgproducten palliatieve zorg.</p>

¹⁷² NZa (2017). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a

¹⁷³ NZa (2017). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a

¹⁷⁴ NZa (2021). Monitor Medisch specialistische zorg

¹⁷⁵ NZa (2022). Visie bekostiging palliatieve zorg

Knelpunten ziekenhuis 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.¹⁷⁶ Wanneer de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

Stand van zaken 2023

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.¹⁷⁷

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 contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren. Vanaf 2021 kan dit contact ook als zorg op afstand plaatsvinden. Wanneer de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

6.2 Thuis

Knelpunten huisarts 2017

Deelname huisarts aan PaTz-groep niet structureel bekostigd.

Stand van zaken 2023

Versillende zorgverzekeraars onderschrijven de toegevoegde waarde van PaTz ten opzichte van een regulier Multidisciplinair overleg (MDO) en voorzien in een tijdelijke financiering vanuit segment 3 in afwachting van eventuele standaardfinanciering.

Knelpunten wijkverpleging 2017

Tarieven en budgetplafond (Zvw)

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

Toelichting op knelpunt:
De hoogte van het integrale tarief van een

Stand van zaken 2023

Contractering

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

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is. Op het moment dat het budgetplafond overschreden dreigt te worden, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in gesprek gaan over het ophogen van het plafond. Uit

¹⁷⁶ Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg

¹⁷⁷ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

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 verzekeraar¹⁷⁸

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.¹⁷⁹

Daarnaast wordt er vaak in het contract een doorleverplicht vastgelegd. Zorgaanbieders moeten dan zorg leveren voor eigen rekening als het budgetplafond is bereikt.^{180, 181}

Stand van zaken 2023

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.¹⁸² 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.¹⁸³ Daarnaast concludeert de NZa in haar Visie bekostiging palliatieve zorg (2022): "De huidige bekostiging van de wijkverpleging bevordert het inzetten van specialistische palliatieve terminale zorg in de thuissituatie niet altijd voldoende. De integrale tarieven in de wijkverpleging zijn gemiddelde tarieven.... deze prikkel [maakt] het lonend om zorg te leveren passend bij of onder het gemiddelde tarief. Specialistische palliatieve terminale zorg is complexe dure zorg en daarmee vaak niet lonend om te leveren".¹⁸⁴

Casemanager palliatieve zorg

Bekostiging van een casemanager palliatieve zorg is onderdeel van de prestaties verpleging en verzorging.¹⁸⁵ Het is niet als zodanig geormerkt. Wanneer de tarieven voor de prestaties krap zijn, is er te weinig ruimte om gespecialiseerde casemanagers in te kunnen zetten.

Zie antwoord boven bij 'Tarieven en budgetplafond (Zvw)'

Terminaliteitsverklaring (Zvw)

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

Terminaliteitsverklaring meestal niet meer nodig

In 2019 hebben betrokken partijen afgesproken dat een terminaliteitsverklaring niet meer nodig is, omdat het niet patiëntvriendelijk is, onnodige administratieve handelingen oplevert en het nooit met zekerheid te zeggen is of de levensverwachting daadwerkelijk korter is dan drie maanden. De afschaffing geldt

¹⁷⁸ NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21

¹⁷⁹ NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21

¹⁸⁰ ActiZ (2017) Zorgcontractering wijkverpleging, p. 5

¹⁸¹ NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 18

¹⁸² VWS (2017), Palliatieve zorg, een niveau hoger [Kamerbrief], p. 5

¹⁸³ NZa (2018), Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34

¹⁸⁴ NZa (2022), Visie bekostiging palliatieve zorg

¹⁸⁵ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

Knelpunten wijkverpleging 2017	Stand van zaken 2023
	<p>vooral nog met uitzondering van aanvragen van een PGB voor zorg in de palliatief terminale fase.¹⁸⁶ Nog steeds dient de noodzaak van de in te zetten zorg te blijken uit voldoende onderbouwing in het zorgplan. Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij de zorginzet en de conclusies van het overleg met de huisarts over het aanbreken van de laatste levensfase vastlegt in het zorgdossier.</p>
<p><i>Nazorg (Wlz & Zvw)</i></p> <p>Voor nazorg is geen aparte bekostiging. Het is onderdeel van de tarieven van de prestaties.</p>	<p><i>Kostenonderzoeken</i></p> <p>De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in kostprijsaanleveringen voor zowel de Zvw als de Wlz, zodat de kwaliteit van nazorg na overlijden geborgd is met een adequaat tarief.¹⁸⁷</p>
<p><i>Declaraties na overlijden</i></p> <p>Het komt voor dat declaraties voor zorg aan de patiënt die ingediend worden na het overlijden van de patiënt, geweigerd worden door de verzekeraar.¹⁸⁸</p>	<p><i>Herinrichten proces</i></p> <p>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.^{189, 190}</p>

6.3 Hospice

Knelpunten 2017	Stand van zaken 2023
<p><i>Onderaannemerschap</i></p> <p>Hospices zonder WTZa-toelating met eigen personeel zijn veelal onderaannemer bij een</p>	<p><i>Aandacht voor contractering hospicezorg</i></p> <p>De NZa geeft aan dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders regionaal in de contractering</p>

¹⁸⁶ VWS, Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig, 5 november 2019

¹⁸⁷ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

¹⁸⁸ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27

¹⁸⁹ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27

¹⁹⁰ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

Knelpunten 2017

organisatie die contracten kan afsluiten met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor.¹⁹¹ 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 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

Stand van zaken 2023

of landelijk via de branchepartijen kunnen kijken hoe specifieke aandacht gegeven kan worden aan de hospicezorg in de contractering. Ook kan er geïntariseerd worden of directe contractering mogelijk is.¹⁹²

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. Sommige gemeenten dragen wel bij, anderen helemaal niet. Dit leidt tot regionale verschillen en kan gevolgen hebben voor de exploitatie van een hospice. Hierdoor blijft dit, ondanks deze ruimte, in de praktijk een knelpunt voor hospices.

Sinds eind 2019 is een terminaliteitsverklaring niet meer nodig om aanspraak te maken op palliatief terminale zorg¹⁹³. Dat verandert niets aan de probleemanalyse en crisisinterventie wanneer de prognose nog langer dan drie maanden is.

Dit wordt veroorzaakt door verschillende wetten van waaruit palliatieve zorg wordt geleverd: voor de Zvw geldt een jaarlijks eigen risico van €385,- en voor de Wlz een

¹⁹¹ Zie voor informatie over WTZA: <https://www.toetredingzorgaanbieders.nl/wat-betekent-de-wtza>

¹⁹² NZa (2017), *Rapport Palliatieve zorg op maat*, p. 35-36

¹⁹³ VWS, *Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig*. Geraadpleegd 8 december 2019

Knelpunten 2017

Een indicatie voor de Wlz betaalt voor de zorg een (lage) eigen bijdrage. Een patiënt in de Zvw betaalt deze eigen bijdrage niet.¹⁹⁴

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.

Stand van zaken 2023

maandelijkse eigen bijdrage die kan oplopen tot € 2.652,40. Hier zijn vragen over gesteld vanuit de Tweede Kamer en betrokken partijen zoals de Patiëntenfederatie.¹⁹⁵ Eind juni 2020 presenteerde de commissie 'Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen' op verzoek van de minister een advies met betrekking tot deze hogere eigen bijdrage, 'Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies'. Hierin wordt geadviseerd tot een wetswijziging om meerdere problemen voor ouderen met betrekking tot Zvw, Wlz en Wmo op te lossen.¹⁹⁶

Ophoging van het budget van de Regeling PTZ

Door ophoging van het budget van de Regeling PTZ tot 2026 is de financiële armslag van hospices verruimd en is de inzet van vrijwilligers overal waar mensen overlijden mogelijk gemaakt. 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.^{197 198}

6.4 Verpleeghuis

Knelpunten Verpleeghuis/PU 2017

Tarief Eerstelijnsverblijf (Zvw)

Eerstelijnsverblijf is een kort verblijf in een zorginstelling of een verpleeghuis. Het tarief is niet altijd toereikend voor de zorg in de instelling.

Stand van zaken 2023

Verheldering knelpunten en zoektocht oplossingen

Vanuit de NZa is in 2020 een traject gestart naar aanleiding van signalen over knelpunten in de bekostiging van de hospicezorg waaronder ook eerstelijnsverblijf. In gesprek met zorgverzekeraars en branche- en koepelorganisaties worden deze knelpunten verhelderd en wordt gezocht naar oplossingen.

¹⁹⁴ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 39-40

¹⁹⁵ Minister de Jonge, Antwoord op vragen van het lid Kerstens over het bericht dat ouderen nauwelijks geld overhouden [30-09-2019]

¹⁹⁶ Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2018), Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies

¹⁹⁷ VWS (2018), Verbetering palliatieve zorg [Kamerbrief]

¹⁹⁸ Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

6.5 Patiënten

Knelpunten en vragen in 2019

Grote verschillen eigen betalingen

Omdat patiënten met een levensverwachting korter dan drie maanden (palliatieve terminale zorg, 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.¹⁹⁹ Er kunnen hierdoor verschillen ontstaan in kosten voor patiënten, die met name bij opname in een hospice duidelijk zichtbaar kunnen worden.

Bijbetalen ongecontracteerde zorg (Zvw)

In de wijkverpleging kunnen mensen afhankelijk van hun zorgverzekering kiezen voor ongecontracteerde zorgaanbieders. Niet altijd is het voor de patiënt vooraf duidelijk dat het om ongecontracteerde zorg gaat. In dat geval vergoedt de zorgverzekeraar niet 100% van de geleverde zorg.

Stapelning van zorgkosten

Doordat mensen te maken krijgen met zorg die wordt vergoed vanuit verschillende wetten, krijgen ze ook te maken met verschillende eigen betalingen.

Stand van zaken 2023

Dit wordt veroorzaakt door verschillende wetten van waaruit palliatieve zorg wordt geleverd: voor de Zvw geldt een jaarlijks eigen risico van €385,- en voor de Wlz een maandelijkse eigen bijdrage die kan oplopen tot € 2.652,40. Hier zijn vragen over gesteld vanuit de Tweede Kamer en betrokken partijen zoals de Patiëntenfederatie.²⁰⁰ Eind juni 2020 presenteerde de commissie 'Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen' op verzoek van de minister een advies met betrekking tot deze hogere eigen bijdrage, 'Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies'. Hierin wordt geadviseerd tot een wetwijziging om meerdere problemen voor ouderen met betrekking tot Zvw, Wlz en Wmo op te lossen.²⁰¹

VWS zet in op verbetering van de contractering én op betere informatie voor de patiënt. Zorgverzekeraars hanteren nu het cessieverbod. Ongecontracteerde zorgaanbieders kunnen daardoor niet meer zelf hun declaraties indienen bij de zorgverzekeraar: dat moet via de patiënt. Soms moet de verzekerde ook een machtiging aanvragen. De zorgverzekeraar geeft dan goedkeuring voor het leveren van de zorg door een (mogelijk ongecontracteerde) aanbieder. Door deze maatregelen wordt voorkomen dat een patiënt niet weet dat zijn zorgaanbieder ongecontracteerd is – en hij voor onverwachte kosten komt te staan²⁰²

In het regeerakkoord over 2017 tot 2021²⁰³ zijn diverse maatregelen opgenomen:

- Zvw - Het verplicht eigen risico is bevroren op 385 euro voor de periode van dit

¹⁹⁹ NZa (2017), Rapport palliatieve zorg op maat

²⁰⁰ Minister de Jonge, Antwoord op vragen van het lid Kerstens over het bericht dat ouderen nauwelijks geld overhouden [30-09-2019]

²⁰¹ Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2018), Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies

²⁰² Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 29 689, nr. 941

²⁰³ VVD, CDA, D66 en ChristenUnie (2017), Vertrouwen in de toekomst. Regeerakkoord 2017 – 2021

Knelpunten en vragen in 2019

Daarnaast zijn er ook nog zorgkosten die vanuit geen van deze wetten worden vergoed (zoals bijvoorbeeld bijbetalingen voor services in instellingen).

Stand van zaken 2023

kabinet. De eigen bijdrage voor geneesmiddelen is gemaximeerd op 250 euro per jaar.

- Wmo - De eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen is een abonnementstarief per maand geworden.²⁰⁴
- Wlz - De vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdragen is per 2019 gehalveerd naar 4%.

In het regeerakkoord over 2021-2025²⁰⁵ is o.a. opgenomen:

- Zvw - het niet in een keer betalen van het gehele eigen risico maar een betaling per behandeling tot een maximum van 385 euro. Daarnaast wordt gedacht aan het monitoren en tegengaan van de stapeling van eigen bijdragen.
- Wmo - een eerlijkere eigen bijdrage voor de huishoudelijke hulp met landelijke normen en met oog voor betaalbaarheid van lage- en middeninkomens.

Voor hospicezorg geldt in aanvulling daarop dat de Tweede Kamer het totaalbedrag voor de Regeling PTZ heeft verhoogd tot 2026 en daarbij aan de hospices heeft gevraagd hun eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten te beperken.²⁰⁶

Zorgval

Patiënten krijgen vanuit de Wlz op basis van hun zorgzwaartepakket soms minder zorg dan zij voor die tijd vanuit de Zvw kregen.

Middels maatwerkregelingen binnen de Wlz kan extra budget aangevraagd worden bij het zorgkantoor, als de zorg volgens het geïndiceerde zorgzwaartepakket ontoereikend is.^{207,208}

- De Meerzorg regeling is er voor patiënten die geïndiceerd zijn met een VV 7 of 8, maar een zorgbehoefte hebben die minimaal 25% hoger ligt dan waar ze op basis van hun zorgprofiel aanspraak op hebben.

²⁰⁴ CAK. In 2020 is eigen bijdrage Wmo maximaal 19,00 Geraadpleegd op 4 september 2019

²⁰⁵ VWS: Coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst', 10 januari 2022.

²⁰⁶ Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

²⁰⁷ Significant (2019), Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'

²⁰⁸ Minister de Jonge, Kamerbrief [06-06-2019] Maatwerk in de Wlz-zorg thuis

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2023

- De Extra kosten thuis regeling is er voor patiënten die thuis zorg ontvangen met een mpt of pgb en waar de zorgkosten maximaal 25% hoger zijn dan ze in een instelling zouden zijn.²⁰⁹
- Als de behandelend arts verwacht dat de levensverwachting van een patiënt minder dan 3 maanden is en de zorg wordt geleverd volgens een mpt of pgb, kan een hoger budget bij het zorgkantoor worden aangevraagd.²¹⁰ In geval van een vpt, kan in plaats van het geïndiceerde zorgprofiel, VV 10 *Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* gedeclareerd worden bij het zorgkantoor.²¹¹



6.6

Palliatieve zorg voor kinderen

Knelpunten ziekenhuis

Inzet van de KCT's is nog niet structureel geborgd

Op dit moment worden de KCT gefinancierd vanuit interne middelen van de academische ziekenhuizen die beschikbaar zijn voor projecten, gecombineerd met gerichte fundraising. De beschikbare middelen verschillen per academisch ziekenhuis wat maakt dat niet alle KCT de zorg kunnen leveren die kind en gezin nodig hebben.

Nazorg kan niet apart geregistreerd en gedeclareerd worden

Net als in de volwassenenzorg, maakt nazorg bij kinderen onderdeel uit van de lopende DBC. Trajecten in de kinderpalliatieve zorg lopen vaak erg lang. Ouders willen dan vaak nog gesprekken

Stand van zaken 2023

Per 1 januari 2023 zijn nieuwe zorgproducten voor de kinderpalliatieve zorg geïntroduceerd in de NZa productstructuur. Dit betekent echter niet dat de financiering ervan automatisch is gewaarborgd. Het is belangrijk dat de nieuwe zorgproducten meeonderhandeld worden in de afspraken met zorgverzekeraars.

In geval van palliatieve zorg voor kinderen en hun naasten gelden dezelfde uitgangspunten als bij de palliatieve zorg voor volwassenen. Dat wil zeggen dat één of twee nazorg gesprekken onderdeel uitmaken van de

²⁰⁹ NZa (2016), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg

²¹⁰ Artikel 5.1c leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg

²¹¹ Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125

Knelpunten ziekenhuis

met zorgverleners die, soms jarenlang, nauw betrokken zijn geweest bij de zorg voor hun kind. Die inzet wordt niet voldoende gedekt door de tarieven van de betreffende DBC's.

Stand van zaken 2023

reguliere zorgprestaties in het kader van de palliatieve zorg. Deze nazorg wordt bekostigd uit de huidige tarieven. De NVK bekijkt of de, vaak meer uitgebreide, nazorg voor kinderen hierin een duidelijker plek kan krijgen.

Knelpunten thuis

Inzet KCT in de thuissituatie wordt slechts beperkt vergoed

De zorg die wordt geleverd in de thuissituatie is lastig te declareren omdat:

- De locatie van het consult (polikliniekbezoek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis, thuissituatie) tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen moet worden²¹²;
- Diegene die het huisbezoek doet, als onderdeel van het KCT vanuit het ziekenhuis, niet kan registreren in de DOT productstructuur. Vooralsnog mogen alleen artsen, verpleegkundig specialisten (vs) en physician assistants (pa) registreren. Vaak zijn de verpleegkundigen in het KCT geen vs of pa;
- Er geen sprake is van klinisch verplaatste zorg, maar ambulante zorg. Bij kpz vinden er relatief minder opnames plaats en wordt zorg ambulant verleend. Het is dus niet passend om de zorgactiviteit "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228) te gebruiken.

Stand van zaken 2023

Met de introductie van nieuwe zorgproducten kinderpalliatieve zorg is een belangrijke stap genomen in het komen tot een oplossing voor dit probleem. De kosten van de huisbezoeken kunnen toegerekend worden naar de zorgproducten zodat de kostprijzen en de uiteindelijke tarieven een afspiegeling zijn van de gedane inzet.

Dit onderwerp heeft nog steeds de aandacht van het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg. Het uiteindelijke doel is om een zorgactiviteit te kunnen registreren voor huisbezoeken.

²¹² Art. 24.1 NZa Regeling Medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

Knelpunten thuis

Er is geen bekostiging voor nazorg bij kinderen door kinderverpleegkundigen uit de eerstelijns

Ouders hebben vaak juist veel behoefte aan nazorgsgesprekken met de, vaak jarenlang nauw betrokken, zorgverleners. Deze zorg kan niet gedeclareerd worden. Daarnaast verschilt per jaar en per zorgaanbieder hoeveel kinderen er overlijden, waardoor het lastig is om deze zorg te verdisconteren in het tarief. Vanuit zorgaanbieders is daarom slechts beperkt mogelijkheid voor nazorg.

Stand van zaken 2023

Toolbox Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK):

Binnen het kader van de verpleegkundig indicatiestelling medische kindzorg (de kinderleef-domeinen van het medisch kindzorg systeem en het individueel zorgplan) zijn mogelijkheden om gesprekken met ouders te voeren over zingeving. Het voeren van een gesprek rondom zingeving valt onder de inventarisatie van zorg of de evaluatie die een kinderverpleegkundige pleegt te doen. Dit is een onderdeel van het verpleegkundig proces. Hierin wordt ook het domein spiritualiteit uitgevraagd. In het dossier houdt de kinderverpleegkundige bij hoeveel tijd het uitvragen heeft gekost en welke onderdelen extra tijd hebben gevraagd, zoals bijvoorbeeld het voeren van een zingevingsgesprek. Zie: Toolbox Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).²¹³

Nazorg is expliciet opgenomen in de herziene Richtlijn Palliatieve Zorg voor Kinderen (november 2022). Op basis hiervan zal een verankering in beleid en herijking van het aantal nazorgsgesprekken plaats vinden. Dit traject start begin 2023.

Bekostiging van ouderlijke zorg als mantelzorg middels het PGB beperkt

Omdat veel zorg die wordt geleverd door ouders aan hun kind onder de ouderlijke zorg valt en niet onder mantelzorg, komt deze zorg vaak niet in aanmerking voor declaratie middels het PGB²¹⁴. De kinderverpleegkundige bekijkt per situatie op basis van maatwerk wat redelijkerwijs verwacht kan worden van ouders en wat dus onder de ouderlijke zorg valt²¹⁵.

Binnen de Zvw is eind 2020 de HIK (Handreiking Indicatieproces Kindzorg) ontwikkeld. Hierin staat beschreven dat bij ouders als **informele zorgverleners** (niet als mantelzorger) de kinderverpleegkundige onderscheid maakt tussen "kennis en kunde" en "beschikbaarheid" van de ouders en de complexiteit en (on)planbaarheid om een handeling uit te voeren. De indicatiestelling is dan ook maatwerk, waarbij de ouder voor de toegekende uren het tarief voor informeel zorgverlener ontvangt.

Ook binnen de Jeugdwet kunnen ouders zichzelf inzetten als zorgverlener vanuit een pgb. Echter signaleren de Netwerken

²¹³ Zie: <https://www.kinderpalliatief.nl/ondersteuning/belangrijke-methodes-tools/connect/tookit>

²¹⁴ ZIN (29 oktober 2020) Verduidelijking Zorginstituut van begrippen bij verpleegkundige indicatiestelling kindzorg Zvw

²¹⁵ V&VN (2020) Handreiking Indicatieproces Kindzorg

Knelpunten thuis

Probleem is door invoering 'informeel zorgverlener' **gedeeltelijk opgelost** maar vraagt wel monitoring.

Inzet van persoonlijke verzorging vanuit de Zvw of vanuit de Jeugdwet is vaak niet duidelijk

Wanneer sprake is van medisch verpleegkundig handelen, dan wel een verhoogd risico op verpleegkundig handelen is de Zvw van toepassing, zo niet dan valt de zorg onder de Jeugdwet²¹⁶.

- Ouders zitten dan wel met twee budgetten uit verschillende wetgevingen en soms ook met twee zorgverleners die tegelijkertijd aanwezig moeten zijn. Zie regionale indicatieteams.
- Daarnaast is sprake van een hiaat in het aanbod van zorgverleners: er bestaat geen opleiding voor kinderverzorgenden.
- Tevens ontbreekt het pedagogisch medewerkers vanuit de Jeugdwet vaak aan expertise om kinderen met een levensbedreigende of levensduurverkortende diagnose te begeleiden.

Stand van zaken 2023

Integrale Kindzorg sinds begin 2022 een tendens dat gemeenten helemaal geen pgb meer verstrekken aan ouders wanneer zij zichzelf in willen zetten als zorgverlener. Deze ontwikkeling vraagt kritische monitoring.

Binnen de Wlz mag een ouder als gewaarborgde hulp (veelal een van de ouders voor het minderjarige kind) vaak niet ook nog pgb inzetten voor zichzelf als zorgverlener. De anders ouder kan dat dan wel. Dit vereist toestemming vanuit het zorgkantoor.

Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg en de Branche Integrale Kindzorg hebben de problematiek in 2021/2022 geanalyseerd in de pilot Domeinoverstijgend Indiceren²¹⁷.

Dit heeft volgende inzichten opgeleverd:

- Medisch verpleegkundig handelen is helder beschreven in de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK)²¹⁸
- De afbakening is duidelijk, maar lang niet bij iedereen bekend. Er is dus sprake van een groot kennishiaat. Om het kennishiaat terug te dringen zijn domein overstijgende kennissessies ontwikkeld en gehouden.
- De medisch professional (in het geval van kinderen de kinderverpleegkundige) bepaalt of de persoonlijke verzorging vergoed kan worden uit de Zvw. Zo niet, dan kan een beroep gedaan worden op de Jeugdwet. Beoordeling vindt dan plaats door gemeente.²¹⁹
- Ouders worden getraind middels de Ouder-Kind-Educatie (OKE-training) die is ontwikkeld. Ze zijn naar succesvol doorlopen bevoegd en

²¹⁶ V&VN (2020) Handreiking Indicatieproces Kindzorg, p.13

²¹⁷ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Pilot domeinoverstijgend indiceren in de kinderpalliatieve zorg, geraadpleegd op 7 december 2020

²¹⁸ Zie: <https://www.venvn.nl/media/toomnih/handreiking-indicatieproces-kindzorg.pdf>

²¹⁹ Zie: <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/verpleging-en-verzorging-voor-jeugd/begeleiding-bij-verzorging>

Knelpunten thuis

Stand van zaken 2023

bekwaam om handelingen uit te voeren.²²⁰

- Niet veranderbaar is het stelsel wat maakt dat deze gezinnen altijd met meerdere wettelijke kaders te maken zullen blijven hebben. Om ouders en zorgprofessionals te ontlasten en het indicatieproces te versnellen is voor domein overstijgende indicatievraagstukken een opschalingssystematiek ontwikkeld die zijn waarde heeft bewezen en per 2023 duurzaam verankerd wordt: de 'Regionale Domeinoverstijgende Indicatieteams'.²²¹

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

Stand van zaken 2023

Tarieven **verpleegkundig kinderdagverblijf** zijn niet passend in geval van palliatieve zorg

Het tarief voor het verpleegkundig kinderdagverblijf sluit niet goed aan bij de zorg voor kinderen die het kinderdagverblijf bezoeken op basis van een palliatieve zorgvraag. Dat komt doordat kinderen met een palliatieve zorgvraag:

- soms niet in staat zijn een volledig dagprogramma te volgen en dan niet voldoen aan het minimum van 6 uur aanwezigheid per dag om deze prestatie te kunnen declareren.

Het dagtarief Zvw voor de verpleegkundig kinderdagverblijven is dekkend voor palliatieve kinderen.

Knelpunt voor de dagverblijven is wel het bij de palliatieve kinderen relatief hoge percentage 'no show', want dan krijgt het kinderdagverblijf niet betaald.

Daarnaast spelen er problemen als een kind overgaat van de Zvw naar de Wlz, aangezien de tarieven in de Wlz niet overeenkomen met hetgeen er nodig is voor deze complexe groep kinderen. Binnen Wlz werkt eigenlijk alleen het pgb goed.

²²⁰ Zie: <https://integralekindzorgmetmks.nl/ouder-kind-educatie/>

²²¹ <https://www.kinderpalliatief.nl/over-kinderpalliatieve-zorg/projecten/project/pilot-domeinoverstijgend-indiceren-in-de-kinderpalliatieve-zorg>

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

- meer één op één zorg nodig hebben, waar het tarief is gebaseerd op groepszorg.
- frequenter besproken dienen te worden in multidisciplinaire overleggen, dan waar bij de verdiscontering van dit soort overleggen in de tarieven rekening mee is gehouden.
- ad hoc meer thuisbegeleiding nodig hebben dan andere kinderen en
- een dusdanig specifieke zorgvraag hebben, dat uitgebreidere scholing van medewerkers nodig is.

Stand van zaken 2023

Ontwikkeling van clientprofielen voor kinderen is gestart. De verpleegkundig kinderdagverblijven (en ook de verpleegkundig kindersorghuizen) zullen worden meegenomen in het onderzoek dat in 2023 zal starten.

Tarieven **verpleegkundig kindersorghuizen** zijn niet passend in geval van palliatieve zorg

Het tarief voor het verpleegkundig kindersorghuis sluit niet goed aan bij de zorg voor kinderen die daar verblijven op basis van een palliatieve grondslag. Dat komt doordat bij kinderen met een palliatieve zorgvraag:

- behalve de kinderen zelf, ook personen uit hun omgeving en heel regelmatig het hele gezin aanwezig zijn; indien beschikbaar verblijft het gezin in een ouder/kind appartement als onderdeel van het kindersorghuis met extra kosten als gevolg.
- meer één op één zorg nodig is, waar het tarief is gebaseerd op groepszorg.
- frequenter multidisciplinair overleg nodig is, dan waar bij de verdiscontering van dit soort overleggen in de tarieven rekening mee is gehouden.

De tarieven 2022 voor verblijf in het verpleegkundig kindersorghuis vanuit de Zvw volstaan. Ook bij zeldzame complexe maatwerkzorg, die niet binnen de reguliere tarieven past, worden met zorgverzekeraars tot maatwerkverafspraken gekomen.

De focus van de kindersorghuizen is in de afgelopen jaren wel meer op de psychosociale familiegerichte zorg komen te liggen. Dit deel van de begeleiding aan gezinnen (inclusief nazorg) ligt in het gemeentelijke domein. Hier doen zich soms wel knelpunten voor door de verschillen in inkoopbeleid van gemeenten.

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

- ad hoc meer (stervens-)begeleiding nodig is voor ouders of broertjes en zusjes en uitgebreidere scholing van medewerkers nodig is.

Stand van zaken 2023

Budgetplafonds in de Jeugdwet

Door de budgetplafonds bij gemeenten kan het voorkomen dat een zorgaanbieder zorg levert waar geen vergoeding tegenover staat, of zorg niet kan leveren terwijl het kind en ouders daar wel behoefte aan hebben.

Gemeenten gaan hier op verschillende manieren mee om, waardoor soms in de ene gemeente wel tot vergoeding wordt overgegaan en in de andere gemeente niet. Zorgaanbieders hebben daarbij soms te maken met verschillende gemeentes.

De budgetplafonds bij de gemeenten bestaan nog steeds waardoor in de loop van het jaar geen (nieuwe) zorg ingezet kan worden door een zorgorganisatie. Wanneer deze zorg de meeste passende is, moet de gemeente nadenken over maatwerkconstructies. Dit wordt verschillend opgepakt binnen gemeenten.

Budgetplafonds worden ook als knelpunt ervaren bij inzet van onafhankelijke clientondersteuning. Bij gezinnen met palliatieve kinderen is deze inzet vaak waardevol en noodzakelijk. Hier speelt ook het kennishiaat bij gemeenten waar het gaat om complex zieke kinderen en helpt opschaling naar de Regionale Domeinoverstijgende Indicatieteams, waarin gemeenten participeren.

Knelpunten overige kosten

Bekostiging van de psychosociale zorg is niet eenduidig

De mogelijkheden voor bekostiging van psychosociale zorg in de eerstelijns is afhankelijk van of de betreffende zorgverlener een contract heeft met de gemeente. Vooral met grote gemeenten is de ervaring dat veel zorgverleners maar beperkt contracten met gemeenten krijgen. Wanneer de betreffende zorg niet wordt

Stand van zaken 2023

Gemeenten mogen zelf hun inkoopbeleid bepalen. Vooral 'eenpitters' (bijv. vaktherapeuten en rouw- en verliesbegeleiders) ervaren de inkoopcriteria als dermate gecompliceerd dat ze zich niet laten inkopen door de gemeente.

Knelpunten overige kosten

vergoed vanuit de Jeugdwet, wordt deze soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Als de patiënt geen aanvullende verzekering heeft óf als die de geleverde zorg niet volledig vergoedt, kan een vergoeding plaats vinden op basis van de Regeling palliatief terminale zorg. Deze is echter alleen bruikbaar voor geestelijk verzorgers en rouw- en verliesbegeleiders, en niet voor vaktherapeuten en orthopedagogen. De regeling voorziet bovendien in een gemaximeerd aantal van vijf gesprekken²²².

De uitgangspunten voor financiering door het sociaal domein sluiten niet aan bij de palliatieve kindzorg.

De overgang van Zvw naar Wlz leidt regelmatig tot vacuüm in zorg.

Stand van zaken 2023

De regeling geestelijke verzorging thuis is een goede oplossing gebleken voor inzet van rouw- en verliesbegeleiding en geestelijke verzorging.

Voor wat betreft de inzet van psychosociale zorg blijkt in de praktijk dat het behandelende academische kinderziekenhuis deze zorg ook poliklinisch blijft uitvoeren of waar het gaat om vraagstukken op gebied van 'levend verlies' en 'verlies' overdraagt aan een regionale rouw- en verliesbegeleider, die in de kinderpalliatieve zorg veelal een achtergrond in de psychosociale zorg heeft.

Het gemaximeerd aantal van 5 gesprekken is losgelaten, maatwerk wordt toegepast. En ook hier geldt dat contacten tussen de NIK-coördinator en de gemeente veelal oplossingen creëert.

Veel gemeenten stellen als doel dat er sprake moet zijn van het vergroten van de zelfredzaamheid en stimulatie van de ontwikkeling. Dit is niet aan de orde bij palliatieve kinderen.

Wanneer indicatie Wlz is afgegeven, stopt direct de betaling vanuit Zvw. Het duurt echter vaak enkele maanden voordat de Wlz uitbetaling kan starten. Gezinnen dreigen daardoor zorgverleners kwijt te raken of in financiële problemen te komen. Omzetting naar PGB duurt nog langer. Een beschikking wordt altijd eerst afgegeven in zorg in natura, maar als het overgezet moet worden naar PGB, dan duurt dat vaak maanden voordat bewust-keuze-gesprek heeft plaats gevonden

²²² Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg. Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn

Knelpunten overige kosten

Stand van zaken 2023

en alle zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen opnieuw zijn gemaakt.

7. Opgeloste knelpunten

 Dit hoofdstuk geeft het overzicht van knelpunten voor het declareren van palliatieve zorg die in de afgelopen jaren zijn opgelost.

7.1 Ziekenhuis

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.²²³

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.²²⁵

Stand van zaken 2023

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg (190067).²²⁴

Wanneer er bij een opgenomen patiënt op verzoek van de hoofdbehandelaar voor een nieuwe zorgvraag palliatieve zorg (icc/medebehandeling) wordt gegeven door een poortspecialist of een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en deel 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.

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.²²⁶

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 deel uitmaakt van het team palliatieve zorg.

Technisch gezien is de verpleegkundig specialist 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).²²⁷

²²³ Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg

²²⁴ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

²²⁵ Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg

²²⁶ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

²²⁷ Artikel 1dd NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

Declaratie zorgproducten 2017

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.²²⁸

Stand van zaken 2023

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: 190067 consult door een lid van het team palliatieve zorg.²²⁹

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 deel 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).²³⁰

Overleg palliatieve zorg.

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg, bestaande uit minimaal twee poortspecialisten.²³¹

Aanpassing regelgeving zorgactiviteit 190006 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. Voor de kindergeneeskunde is per 1 januari 2019 de definitie van deze zorgactiviteit aangepast voor de minimale bezetting van een team palliatieve zorg, conform de Richtlijn Palliatieve Zorg voor Kinderen. Hierdoor kunnen kinderartsen via registratie van deze zorgactiviteit, zorgproducten palliatieve zorg declareren.²³²



²²⁸ Artikel 24.1, 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg

²²⁹ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

²³⁰ Artikel 1dd NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

²³¹ Artikel 24.40 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg

²³² Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

Declaratie zorgproducten 2017

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.

Stand van zaken 2023

Verdere verruiming van mogelijkheden voor registratie van zorg op afstand per 2021

De NZa heeft diverse bepalingen uit de regelgeving voor de medisch specialistische zorg, mede naar aanleiding van de coronauitbraak, blijvend versoepeld. Een zorgactiviteit mag geregistreerd worden als zorg op afstand geleverd wordt of op een andere locatie dan in het ziekenhuis. Er zijn enkele nieuwe zorgactiviteiten voor eerste consulten op afstand bij gekomen en bij een aantal zorgactiviteiten is face-to-face contact niet langer vereist. Daarbij moet wel voldaan worden aan alle voorwaarden²³³. Zie ook [hoofdstuk 2.3](#).

7.2 Thuis

Knelpunten specialist ouderengeneeskunde 2017

Inzet specialist ouderengeneeskunde

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

Stand van zaken 2023

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 de Zvw (zie [paragraaf 2.2.1](#)).

Knelpunten wijkverpleging 2017

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.²³⁴

Stand van zaken 2023

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.²³⁵ In de PTZ kan een patiënt niet overgaan van de Zvw naar de Wlz. Voor aanvang van de PTZ, kiest

²³³ NZa, [Zorg op afstand krijgt structurele plek binnen de medisch specialistische zorg](#), 17 september 2020

²³⁴ NZa (2017), [Rapport Palliatieve zorg op maat](#), p. 42-43

²³⁵ CIZ (2017), [Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017](#), p. 15

Knelpunten wijkverpleging 2017

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 ZZP VV10 duurt uiterlijk zes weken en kan met een spoedprocedure uiterlijk binnen twee weken gebeuren.²⁴⁰ Wanneer de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet vergoed wordt.

Stand van zaken 2023

de patiënt zelf of hij een indicatieaanvraag voor de Wlz indient of niet.²³⁶

Intensieve zorg

24-uurs zorg wordt voortaan 'intensieve zorg' genoemd.²³⁷ Zorginstituut Nederland heeft in een nadere duiding aangegeven op welke manier deze zorg onder de verzekerde zorg valt²³⁸ V&VN heeft in het 'Begrippenkader indicatieproces'²³⁹ verheldert 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. 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.²⁴¹ Een indicatie door het CIZ is hiervoor niet (meer) nodig. Zie voor verdere toelichting [paragraaf 2.1.2](#).²⁴²

Knelpunten Geestelijke verzorging 2017

Structurele bekostiging voor elke patiënt

Financiering van zorg door een geestelijk verzorger is in de thuissituatie niet voor elke patiënt in Nederland beschikbaar. Geestelijke verzorging zit niet in het basispakket, omdat op dit moment de

Stand van zaken 2023

Bekostiging via de subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg

De subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg die zou komen te vervallen per 2022, is met vijf jaar verlengd²⁴⁴. De inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns op basis van deze regeling blijft daarmee in principe mogelijk tot 1 januari 2027, zie [paragraaf 2.2.3](#).²⁴⁵

²³⁶ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

²³⁷ VWS (2018), Verbeteringen palliatieve zorg [Kamerbrief], p. 5

²³⁸ ZIN (2019), Verpleegkundige indicatiestelling: een nadere duiding

²³⁹ V&VN (2019), Begrippenkader indicatieproces

²⁴⁰ Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg

²⁴¹ Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125

²⁴² CIZ, Palliatief terminale zorg eenvoudiger te regelen in 2018, Geraadpleegd op 11 december 2019

²⁴⁴ VWS (2021) Toelichting op Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging in verband met verlenging van de werkingsduur en actualisering

²⁴⁵ VWS (2018), Aanpak geestelijke verzorging/levensbegeleiding [Kamerbrief]

Knelpunten Geestelijke verzorging 2017

Stand van zaken 2023

resultaten van de interventie nog moeten worden aangetoond.²⁴³

7.3 Hospice

Knelpunten hospicezorg 2017

Stand van zaken 2023

7.4 Verpleeghuis

Knelpunten Verpleeghuis/PU 2017

Stand van zaken 2023

7.5 Patiënten

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2023

Nachtzorg door de wijkverpleegkundige

Het is niet altijd duidelijk of wijkverpleging in de nacht wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Sommige zorgverzekeraars hanteren nog het uitgangspunt van gemiddeld 12,6 uur zorginzet en verlangen een terminaliteitsverklaring.

Wanneer in de nacht zorg wordt geleverd, valt dit onder de reguliere wijkverpleging die wordt geïndiceerd door de wijkverpleegkundige. Die betreft hierbij waar mogelijk het netwerk van de patiënt en ook vrijwilligers. Vanuit de Zvw is er geen maximum aan het aantal ingezette uren.²⁴⁶ In 2019 hebben betrokken partijen afgesproken dat een terminaliteitsverklaring niet meer nodig is, vooralsnog met uitzondering van aanvragen van een PGB voor zorg in de palliatief terminale fase.²⁴⁷ [paragraaf 2.1.2](#)

Maaltijdondersteuning (Wmo/Zvw)

Soms is het onduidelijk of maaltijdondersteuning via de Wmo of de Zvw wordt vergoed.

Maaltijdondersteuning wordt vergoed vanuit de:

1. Zvw: wanneer er sprake is van een 'geneeskundige context of een hoog risico daarop'.
2. Wlz: wanneer de patiënt een Wlz indicatie heeft.

²⁴³ VGVZ (2018), Financieringsmogelijkheden geestelijke verzorging in eerstelijns

²⁴⁶ V&VN Normenkader (2019), Begrippenkader Indicatieproces

²⁴⁷ VWS, Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig. Geraadpleegd 8 december 2019

Knelpunten en vragen in 2019	Stand van zaken 2023
	In andere gevallen kan maaltijdondersteuning worden vergoed vanuit de Wmo. ²⁴⁸
<p><i>Personenalarmering (Wmo/Zvw)</i></p> <p>Soms is onduidelijk of personenalarmering via de Wmo of de Zvw wordt vergoed.</p>	<p>Personenalarmering wordt (soms) deels vanuit de aanvullende verzekering vergoed, wanneer er sprake is van een medische indicatie. Is deze er niet, en is er sprake van een sociale indicatie, dan kan het in aanmerking komen voor vergoeding vanuit de Wmo.²⁴⁹</p>
<p><i>Vergoeding voor mantelzorg is onduidelijk</i></p> <p>Welke vergoedingen of voorzieningen er zijn voor mantelzorgers is onduidelijk.</p>	<p>De ondersteuning van mantelzorgers is geregeld in de Wmo en verschilt daarom per gemeente.²⁵⁰ Respijtzorg kan in sommige gevallen ook vanuit de Wlz worden ingevuld, als de patiënt een Wlz indicatie heeft. Er zijn zorgverzekeraars die vervangende mantelzorg vergoeden vanuit de aanvullende pakketten.²⁵¹</p>
<p><i>Snelle levering van hulpmiddelen is lastig</i></p> <p>Een snelle levering van hulpmiddelen is in de praktijk lastig.</p>	<p>Het is mogelijk om voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo vergoed worden, een spoedaanvraag te doen bij de gemeente. De gemeente kan dan binnen drie dagen een definitieve of tussentijdse oplossing bieden.²⁵²</p>
<p><i>Eigen bijdrage bij overgang hospice</i></p> <p>Het is niet altijd duidelijk of een patiënt een hoge of een lage eigen bijdrage betaalt, als hij langer dan 4 maanden in een Wlz-instelling verblijft en daarna naar een hospice gaat.</p>	<p>Een patiënt in een Wlz-instelling betaalt de eerste 4 maanden de lage, en daarna de hoge eigen bijdrage. De patiënt blijft de lage eigen bijdrage ook na vier maanden betalen als: de patiënt een thuiswonende partner heeft, in het levensonderhoud van thuiswonende of uit huis studerende kinderen voorziet of van een Wlz-</p>

²⁴⁸ Minister de Jonge, Antwoord op vragen van het lid Bergkamp over het bericht dat kwetsbare ouderen die hulp nodig hebben met eten deze pas krijgen als het te laat is [20-08-2018]

²⁴⁹ Rijksoverheid, Wanneer krijg ik personenalarmering voor thuis vergoed? Geraadpleegd op 23 juli 2021

²⁵⁰ Artikel 2.1.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

²⁵¹ Movisie, Mantelzorg valt uit: welke wet regelt vervangende zorg? Geraadpleegd op 16 juli 2020

²⁵² Patiëntenfederatie, Spoedaanvraag Wmo Geraadpleegd op 23 juli 2021

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2023

instelling naar een niet WTZa-toegelaten hospice gaat.²⁵³



7.6

Palliatieve zorg voor kinderen

Knelpunten ziekenhuis

Stand van zaken 2023

Inzet professionals uit de eerstelijns bij opname van een kind in het ziekenhuis

Wanneer de eigen zorgverlener uit de eerstelijns ook wordt ingezet bij een opname in het ziekenhuis, loopt de financiering vaak niet door.

- Bij zorg uit de Zvw stopt de (bekostiging van de) zorg tijdelijk tijdens de opname in het ziekenhuis.
- Bij zorg uit de Wlz loopt de indicatie tijdelijk door, maar kan de wijze waarop deze inzet in de praktijk wordt ingericht variëren per zorgaanbieder. In geval van PGB bestaat er onder zorgverleners veel onduidelijkheid over de wijze waarop het PGB doorloopt, omdat de vergoeding afhangt van de daadwerkelijk geleverde zorg, van de overeenkomst met de zorgaanbieder en van (uitsluiten van) dubbele bekostiging.²⁵⁴

De NZa adviseert twee mogelijke wijzen van bekostiging:

- Er kunnen afspraken worden gemaakt over onderlinge dienstverlening tussen het ziekenhuis en de eerstelijns zorgaanbieder.
- Er kan zorg worden gedeclareerd door de wijkverpleegkundige, zolang er sprake is van directe zorgverlening gericht op cliëntgebonden afstemming, indicatiestelling en (warme) overdracht bij ontslag en opname van de cliënt terwijl de cliënt nog elders verblijft²⁵⁵.

Het komen tot oplossingsrichtingen voor dit knelpunt is opgenomen als een van de actiepunten van het landelijke project 'Wij zien je Wel' waar het gaat om Wlz-pgb.

Knelpunten thuis

Stand van zaken 2023

Geestelijk verzorging in het KCT buiten het ziekenhuis

²⁵³ VWS (2017). Q&A's palliatieve zorg voor professionals

²⁵⁴ Significant Public (2020) Zorg in ziekenhuis aan mensen met een (complexe) verstandelijke en/of lichamelijke handicap

²⁵⁵ NZa. Kan de wijkverpleegkundige ook wijkverpleegkundige zorg declareren, terwijl de cliënt nog in het ziekenhuis (of elv, grz, hospice) verblijft? Geraadpleegd op 3 december 2020

Knelpunten thuis

Wanneer de geestelijk verzorger vanuit het ziekenhuis betrokken is bij het KCT en ingezet wordt in een poliklinische setting of in de thuissituatie, staat daar geen structurele bekostiging tegenover. De zorgverlener kan wel aanspraak maken op de regeling palliatief terminale zorg, maar omdat de regeling vaak als complex wordt ervaren en de vergoeding vaak niet kostendekkend is, gaan zorgverleners en ziekenhuizen hier verschillend mee om. In de praktijk zijn er verschillen in de mate waarin de geestelijk verzorger buiten het ziekenhuis ingezet wordt.

Stand van zaken 2023

Met de introductie van de nieuwe zorgproducten is er een mogelijkheid gekomen voor alle paramedisch ondersteuners van een KCT om te registreren en in combinatie met het Overleg Palliatief (190006) af te leiden naar zorgproduct '1 tot maximaal 4 consulten door (para)medisch ondersteuner i.v.m. palliatieve zorg (zorg voor mensen die niet meer beter worden) bij kind' (990040 015). Voor het huisbezoek is nog geen structurele vergoeding. Maar dit geldt ook voor de artsen en verpleegkundigen.

Geestelijk verzorger kunnen voor huisbezoeken gebruik maken van de regeling geestelijke verzorging thuis. Dit geldt ook voor geestelijk verzorgers die zowel in 1e als ook 3e lijns medische kindzorg werkzaam zijn.

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

Gemeenten vergoeden respijtzorg voor kinderen over het algemeen niet als zij vinden dat er een 'medische' grondslag is. Soms betreft het in die gevallen echter geen medische, maar een sociale grondslag. Respijtzorg op basis van die sociale grondslag wordt niet altijd geïndiceerd. Soms leidt dit tot een sociale opname-indicatie in het ziekenhuis om ouders te ontlasten.

Stand van zaken 2023

Afgifte van een SMI (sociaal medische indicatie) is mogelijk, met uitzondering van de ouders die tevens vanuit een Zvw-pgb zorg inzetten voor hun eigen kind, aangezien dat als inkomen wordt gezien.

Respijtzorg vanuit de Zvw is wel mogelijk en wordt veelal ook ingezet. Bij alle palliatieve kinderen is de medische grondslag voorliggend.

Respijtzorg wordt meegenomen in het Experiment clientprofielen wijkverpleging medische kindzorg (NZa). Verpleegkundig kindzorghuizen/kinderhospices en verpleegkundig kinderdagverblijven maken binnen de medische kindzorg onderdeel uitmaken van de wijkverpleging.

Knelpunten overige kosten

- Logeervergoeding voor ouders

Er is geen logeervergoeding voor ouders, wanneer zij gedurende de opname van een kind in bijvoorbeeld een Ronald McDonald huis verblijven.

- Aanvragen huishoudelijke hulp als de zorgvrager een kind is

Huishoudelijke hulp vanuit de WMO kan in principe niet worden aangevraagd wanneer de zorgvrager een kind is. Als oplossing hiervoor kan huishoudelijke hulp via de ouders aangevraagd worden, als zij mantelzorgers zijn. In de praktijk wordt dit vaak niet toegekend.

- Inzet persoonlijke verzorging op diverse punten opgelost

Medisch verpleegkundig handelen is niet altijd even scherp af te bakenen.

Stand van zaken 2023

De eigen bijdrage van €15 per nacht als ouder in een Ronald McDonald-huis wordt deels of zelfs geheel vergoed vanuit de aanvullende verzekering die veel ouders hebben afgesloten.

Ouders worden getraind middels de Ouder-Kind-Educatie (OKE-training) die is ontwikkeld. Ze zijn naar succesvol doorlopen bevoegd en bekwaam om handelingen uit te voeren.²⁵⁶

Soms ook wordt een deel van de persoonlijke verzorging vanuit de Zvw geïndiceerd en een deel vanuit de Jeugdwet. In de praktijk wordt dan gekeken of de persoon die de persoonlijke verzorging biedt, bekwaam kan worden gemaakt om de verpleegkundige handelingen uit te voeren

Opgelost door handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).

²⁵⁶ <https://integralekindzorgmetmks.nl/ouder-kind-educatie/>

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.²⁵⁷

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.²⁵⁸

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.²⁵⁹

Jeugdwet

De Jeugdwet regelt ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen en hun families bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. De verantwoordelijkheid ligt bij de gemeenten. Die bepalen hoe ze dat in de praktijk vormgeven en wat er precies aan jeugdhulp nodig is.²⁶⁰

Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging (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.²⁶¹ 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.²⁶² Daarnaast is de inzet van geestelijke verzorgers en rouw- en verliesbegeleiders thuis via de Netwerken palliatieve zorg in de Regeling PTZ ondergebracht.

Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa)

Deze wet is per 2022 in werking getreden en vervangt de wet toelating zorginstellingen (WTZi). Alleen WTZa-toegelaten instellingen kunnen een contract afsluiten voor Eerstelijnsverblijf (Zvw) en Wlz zorg in een instelling.²⁶³

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).²⁶⁴

²⁵⁷ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 7-11

²⁵⁸ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 13-15

²⁵⁹ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 17-19

²⁶⁰ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 21-23

²⁶¹ VWS (2016), Wijziging regeling PTZ [Kamerbrief]

²⁶² Artikel 6 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging

²⁶³ Toetreding zorgaanbieders. Wat betekent de WTZa? Geraadpleegd op 21 juli 2021.

²⁶⁴ CIZ (2017), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15

B2 Poortspecialisten en -functies

Een zorgaanbieder met de poortfunctie kan een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist, enkele ondersteunende specialisten en enkele beroepsbeoefenaren die geen medisch specialist zijn²⁶⁵:

	Poortspecialist	Poortfunctie	Diagnose pz
oogheelkunde (0301)	X	X	
KNO (0302)	X	X	
heelkunde/chirurgie (0303)	X	X	
plastische chirurgie (0304)	X	X	
orthopedie (0305)	X	X	
urologie (0306)	X	X	
gynaecologie (0307)	X	X	
neurochirurgie (0308)	X	X	
dermatologie (0310)	X	X	
inwendige geneeskunde (0313)	X	X	X
kindergeneeskunde/neonatologie (0316)	X	X	X
gastro-enterologie/ mdl (0318)	X	X	
cardiologie (0320)	X	X	
longgeneeskunde (0322)	X	X	X
reumatologie (0324)	X	X	
allergologie (0326)	X	X	
revalidatie (0327)	X	X	
cardio-pulmonale chirurgie (0328)	X	X	
consultatieve psychiatrie (0329)	X	X	
neurologie (0330)	X	X	X
klinische geriatrie (0335)	X	X	X
radiotherapie (0361)	X	X	
sportgeneeskunde	X	X	
interventie-radioloog (0362)		X	
anesthesist als pijnbestrijder (0389)		X	X
klinisch geneticus (0390)		X	
arts-assistent		X	
klinisch fysicus audioloog (1900)		X	
specialist ouderengeneeskunde (8418)		X	
SEH-arts KNMG		X	
verpleegkundig specialist		X	
physician assistant		X	
Klinisch technologen		X	
tandarts-specialisten mondziekten en kaakchirurgie		X	
gespecialiseerd verpleegkundige			
huisarts			
Arts voor verstandelijk gehandicapten			

Dit is een bijlage bij [Hoofdstuk 1 Ziekenhuis](#).

²⁶⁵ Artikel 1, dd en ee van Regeling medisch-specialistische zorg, NR/REG-2306a

B3 Overzicht betrokken organisaties

De eerste 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:

Deelnemende organisaties Werkgroep eerstelijns

Landelijke Huisartsenvereniging
Vereniging specialisten ouderengeneeskunde
Vereniging van Geestelijk Verzorgers
Verpleegkundigen & Verzorgenden NL
Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg
Associatie Hospicezorg Nederland
Actiz

Deelnemende organisaties 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

Deelnemende organisaties 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

In 2021 is in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Branchevereniging voor Integrale Kindzorg (BINKZ) en Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg informatie toegevoegd over bekostiging van palliatieve zorg voor kinderen.

B4 Verantwoording

Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

In het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017) staat beschreven wat vertegenwoordigers van patiënten en hun naasten, zorgverleners en zorgverzekeraars vinden dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland moet zijn.²⁶⁶ Tijdens de totstandkoming van het kwaliteitskader zijn knelpuntenanalyses^{267,268} in zowel de eerstelijns als in de tweede lijn verricht, om te inventariseren welke drempels het in de praktijk brengen van het kwaliteitskader zouden kunnen belemmeren. Eén van de ervaren belemmeringen betrof de financiering.

Passende financiering

De minister van VWS heeft eerder aangegeven dat financiering van palliatieve zorg moet volstaan en duidelijk en niet bureaucratisch georganiseerd moet zijn. In twee separate bijeenkomsten voor de eerstelijns en de tweede lijn brachten IKNL en Palliactief in 2016 en 2017 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 (zie bijlage 3) bijeen, om te inventariseren of en hoe de financiering van palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk aansluit bij de gewenste kwaliteit van palliatieve zorg.

Totstandkoming Handreiking financiering

De mogelijkheden, knelpunten en oplossingen, die uit deze bijeenkomsten en het Rapport 'Palliatieve zorg op maat' (NZa, 2017)²⁶⁹ naar voren kwamen, zijn gebundeld in de Handreiking financiering palliatieve zorg 2018. De eindversie is tot stand gekomen na consultatierondes met de werk- en een klankbordgroep (zie bijlage 3) en in goede afstemming met het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS en de NZa. Deze handreiking is sindsdien jaarlijks herzien.

In 2020 is in samenwerking met het Netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe en de Patiëntenfederatie een hoofdstuk (5) toegevoegd met eigen betalingen van patiënten en een paragraaf met knelpunten en veel gestelde vragen hierover. In 2021 is in samenwerking met de NVK, BINKZ en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg in de hoofdstukken 1, 2 en 3 informatie toegevoegd en een aparte paragraaf met knelpunten, die alle specifiek van toepassing zijn voor de financiering van de kinderpalliatieve zorg. De herziene versies inclusief knelpunten zijn telkens wederom afgestemd met het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS, de NZa en andere relevante stakeholders. Ook deze versie voor 2023.

²⁶⁶ IKNL/Palliactief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

²⁶⁷ IKNL/Palliactief (2017), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerstelijns

²⁶⁸ IKNL/Palliactief (2015), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

²⁶⁹ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat



Godebaldkwartier 419
3511 DT Utrecht
info@pzn.nl
pzn.nl

PZNL