

Handreiking financiering palliatieve zorg 2026

Inhoudsopgave

Handreiking financiering palliatieve zorg 2026	1
Inhoudsopgave	2
Inleiding	5
Leeswijzer	9
1. Ziekenhuis	11
1.1 Generalistische palliatieve zorg door beroepsoefenaar die de poortfunctie uitoefent	11
1.1.1 Consult samen beslissen (190098)	11
1.1.2 Overig zorgproduct Proactieve zorgplanning (190099)	12
1.1.3 Supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie	13
1.1.4 Medisch specialistische zorg thuis	13
1.1.5 Nazorg	14
1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	15
1.2.1 Inzet team Palliatieve Zorg tijdens klinische opname	15
1.2.2 Inzet team Palliatieve Zorg op de polikliniek	17
1.2.3 Inzet team Palliatieve Zorg in de thuissituatie	17
1.3 Innovatie	18
1.4 Algemene regelgeving	18
1.5 Financiering van het team palliatieve zorg binnen het ziekenhuis	19
1.6 Logeervergoeding	19
1.7 Transmurale samenwerking	19
2. Thuis	21
2.1 Generalistische palliatieve zorg	21
2.1.1 Huisarts	21
2.1.2 Verpleging en verzorging	24
2.1.3 Centrale zorgverlener	30
2.1.4 Mantelzorg	30
2.1.5 Vrijwilligers	31
2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	31
2.2.1 Huisarts	32
2.2.2 Palliatieve consultatie in PZ opgeleide specialist ouderengeneeskunde of lid team Palliatieve Zorg in het ziekenhuis	32
2.2.3 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige	35
2.2.4 Geestelijke verzorging	35
2.3 Medisch specialistische zorg	36
2.4 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp	37
2.5 Nazorg	38
2.6 Innovatie: Experiment bekostiging transmurale palliatieve zorg	38
2.7 Experimenten met alternatieve bekostiging	40
3. Hospice	42
3.1 Vrijwilligers	44
3.2 Verpleging en verzorging (HCH en BTH)	45

3.3	Arts	45
3.4	Medisch specialistische zorg	46
3.5	Geestelijke verzorging	46
3.6	Verblijfskosten	47
3.7	Respijtzorg	47
3.8	Opname in een hospice vanuit 'zorg thuis' met een Wlz-indicatie	48
3.9	Afleggen en opbaren	49
4.	Verpleeghuis & Palliatieve Unit	51
4.1	Verpleeghuis	51
4.1.1	Arts	52
4.1.2	Verpleging, verzorging en begeleiding	53
4.1.3	Geestelijke verzorging	53
4.2	Palliatieve Unit (pu)	53
4.2.1	Arts	54
4.2.2	Medisch specialistische zorg	55
4.2.3	Geestelijke verzorging	55
4.3	Vrijwilligers	55
4.4	Hulpmiddelen	55
4.5	Nazorg	56
4.6	Afleggen en opbaren	56
5.	Eigen betalingen van patiënten	57
6.	Knelpunten	60
6.1	Ziekenhuis	60
6.2	Thuis	61
6.3	Hospice	64
6.4	Verpleeghuis	67
6.5	Patiënten	67
6.6	Palliatieve zorg voor kinderen	70
7.	Opgeloste knelpunten	81
7.1	Ziekenhuis	81
7.2	Thuis	85
7.3	Wijkverpleging	88
7.4	Hospice	89
7.5	Verpleeghuis	89
7.6	Patiënten	89
7.7	Palliatieve zorg voor kinderen	91
Bijlagen		96
B1	Relevante wet- en regelgeving	96
B2	Poortspecialisten en -functies	98
B3	Overzicht betrokken organisaties	99
B4	Verantwoording	100

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

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 2026 op een rij te zetten en te koppelen aan mogelijkheden voor registratie en declaratie. Het is ook een overzicht voor alle partijen om de knelpunten die zorgaanbieders ervaren op het gebied van financiering, te verzamelen en transparant te maken.¹

Nationaal Programma Palliatieve Zorg II

Toenmalig minister van VWS, Conny 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 de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg te vergroten en proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar te maken. Stichting PZNL voert de regie over dit landelijke programma en neemt daarmee haar rol als verbindend platform in. Het inrichten en realiseren van passende financiering van palliatieve zorg is een belangrijke activiteit van NPPZ II.

Aanpak Stichting PZNL

Gedurende de looptijd van het NPPZ II (2022–2026) dragen we vanuit Stichting PZNL bij aan de implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. We inventariseren, analyseren, prioriteren, agenderen en waar mogelijk helpen bij het oplossen van de knelpunten in de financiering van proactieve transmurale palliatieve zorg. Daarbij nemen we de geleerde lessen uit projecten als TAPA\$, experimenten alternatieve bekostiging en de transformaties mee. We stemmen onze aanpak regelmatig af met de stakeholders. En we delen de geleerde lessen continu via Palliaweb. In deze handreiking wordt onder ‘financiering’ zowel de bekostiging (betaaltitels) als de contractering van zorg (inkoop door zorgverzekeraars) verstaan.

Steeds meer behoefte aan palliatieve zorg

De verwachting is dat steeds meer mensen in de komende jaren palliatieve zorg nodig zullen hebben. In 2024 zijn ongeveer 170.000 mensen overleden. Daarvan hebben naar schatting 112.000 mensen een ziekte-traject doorgemaakt voorafgaand aan het overlijden, waarbij palliatieve zorg mogelijk passend was 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

Bekostiging proactieve zorgplanning deels geregeld

In juni 2024 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een verkenning uitgebracht over de bekostiging van proactieve zorgplanning. Uit onderzoek van de NZa bleek dat er nog geen landelijke organisatie en bekostiging van proactieve zorgplanning was. De NZa heeft daar inmiddels deels verandering in aangebracht. Met ingang van 2025 is er een betaaltitel Proactieve zorgplanning in de medisch specialistische zorg ingevoerd en wordt er gewerkt aan de bekostiging in de huisartsenzorg.

Rapport hospicezorg – twee soorten hospices

In opdracht van het ministerie van VWS deed Gupta Strategists onderzoek naar de inrichting en bekostiging van hospices in Nederland. Het rapport is in november 2025 opgeleverd³. De kern van

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 Hospices in Nederland, Gupta Strategist november 2025

het advies is om een duidelijk onderscheid te maken tussen twee soorten hospices op basis van hun functie. Er zijn hospices voor mensen die op grond van hun zorgvraag 24-uurs-aanwezigheid van formele zorg nodig hebben en hospices voor mensen die dit niet nodig hebben, maar ook niet thuis kunnen overlijden. In het rapport wordt geadviseerd de bekostiging voor deze twee typen hospicezorg verschillend in te richten. De minister heeft naar aanleiding van het advies de Kamer laten weten dat de komende tijd nog overleg zal plaatsvinden met betrokken partijen over de wijze van opvolging van de aanbevelingen. Ook zal worden bezien wat nu al kan worden voorbereid in het kader van het NPPZ II, binnen de resterende looptijd van het programma.⁴

Omzetplafonds & doelmatigheidsafspraken geen belemmering voor palliatieve zorg

In maart 2025 schreef de staatssecretaris van VWS een brief⁵ naar de Tweede Kamer over palliatieve zorg. Daarin staat dat de financiering van palliatieve zorg onder druk staat door omzetplafonds en doelmatigheidseisen in contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Hoewel zorgverzekeraars aangeven dat deze plafonds geen belemmering mogen vormen voor terminale zorg, blijkt uit signalen dat dit in de praktijk soms anders uitpakt. Tariefdalings voor wijkverpleging in Bijna Thuis Huizen leiden daarnaast tot zorgen over verminderde inzet. De overheid zet in op aanvullende afspraken binnen het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) om deze knelpunten te verhelpen. Ook is gewerkt aan betere communicatie tussen partijen en aan structurele beschikbaarheid van volwaardige alternatieven, zoals hospices.

Aandacht voor palliatieve zorg in het AZWA

De staatssecretaris vindt het van groot belang dat patiënten in de stervensfase te allen tijde de palliatieve zorg ontvangen die zij nodig hebben. Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over omzetplafonds kunnen hiervoor op geen enkele wijze een belemmering vormen. Dit is ook zo opgenomen in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

Het AZWA is in september 2025 ondertekend. Dit zijn afspraken die aanvullend zijn op het Integraal Zorgakkoord (IZA), dat in 2022 werd gesloten. Door het ondertekende AZWA wordt op het gebied van palliatieve (terminale) zorg het volgende gerealiseerd:

- Omzetplafonds voor wijkverpleging en doelmatigheidsafspraken vormen geen belemmering meer voor de zorg voor terminale patiënten die thuis verblijven. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken een duidelijk proces af over wie wanneer wat moet doen om ervoor te zorgen dat omzetplafonds en doelmatigheidsafspraken daadwerkelijk geen rol meer spelen. Er wordt verkend of een leidraad daarbij nog ondersteunend kan zijn.
- Zorgverleners gaan vroegtijdig het gesprek aan met de patiënt over zijn/haar wensen en voorkeuren om te weten wat een patiënt belangrijk vindt in de laatste fase van het leven (proactieve zorgplanning). Daarom blijft het ministerie de regionale transformaties palliatieve zorg ondersteunen en draagt het zorgaanbieders en zorgverzekeraars op om méér aandacht te geven aan de betaaltitel Proactieve zorgplanning, die sinds begin dit jaar van kracht is. Daarnaast gaan veldpartijen en de [Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\)](#) ervoor zorgen dat proactieve zorgplanning wordt opgenomen in de basisbekostiging van de huisartsen per 2027. De NZa verkent tevens, in nauwe samenwerking met [Stichting PZNI](#) en [ZonMw](#), welke alternatieve wijze van bekostigen proactieve, transmurale palliatieve zorg (verder) kan stimuleren.
- Tot slot stellen onderwijs-, zorg- en welzijnsinstellingen in 2025 een plan op om te zorgen dat alle zorg- en welzijnsmedewerkers op korte termijn bij- en nascholing ontvangen op het gebied van palliatieve zorg (inclusief het voeren van proactieve zorgplanningsgesprekken).

⁴ VWS, Kamerbrief 'aanbieding rapport Hospices in Nederland, kenmerk 4242367-1090078-LZ

⁵ Brief van de staatssecretaris 14 maart 2025

Experimenten alternatieve bekostiging

De huidige bekostiging is vooral gebaseerd op vergoedingen per verrichting. Dit ondersteunt passende zorg onvoldoende want:

- Het geeft een productieprikkel.
- Het legt geen focus op uitkomsten van zorg en geen structurele beloning voor substitutie (verplaatsen van zorg), innovatie en preventie.
- Er is geen stimulans tot transmurale samenwerking.

Alternatieve manieren van bekostigen kunnen samenwerking beter ondersteunen en mogelijk de productieprikkel remmen. Daarom experimenteren Stichting PZNL, ZonMw en de NZa samen met zorgaanbieders met alternatieve bekostigingsmodellen in de palliatieve zorg. VWS heeft hiervoor subsidie beschikbaar gesteld.

Praktijkteam palliatieve zorg beantwoordt vragen en pakt knelpunten op

Het Praktijkteam palliatieve zorg is in 2016 opgericht en bestaat uit een vertegenwoordiging van zorgverleners en andere betrokken zorgpartijen in de palliatieve zorg. Ervaren knelpunten in de organisatie en/of financiering van palliatieve zorg worden door zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten en naasten bij het Praktijkteam palliatieve zorg gemeld. Het praktijkteam beantwoordt vragen en bespreekt de knelpunten in een multidisciplinair overleg dat ieder kwartaal plaatsvindt. Begin 2025 heeft het Praktijkteam palliatieve zorg bij de Stuurgroep NPPZ II een probleemomschrijving met oplossingsrichtingen aangedragen voor de vier thema's waar in de praktijk knelpunten worden ervaren⁶: hulpmiddelen, medicatie, wijkverpleging en hospicezorg. Per thema is inzichtelijk gemaakt welke samenwerking van verschillende betrokken partijen noodzakelijk is. Over de opvolging van het proces en de uitvoering van de oplossingsrichtingen wordt gerapporteerd in de Stuurgroep NPPZ II.

Wijzigingen Handreiking financiering palliatieve zorg voor 2026

Voor 2026 zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd:

- Meedenkadvis in SI huisartsenzorg en apart te declareren door adviesvrager (huisarts) en adviesgever (zorgverlener die poortfunctie uitoefent binnen MSZ) in paragraaf 2.1.1.
- Aanvullingen in de tekst over het overige zorgproduct proactieve zorgplanning in de MSZ naar aanleiding van vragen uit het veld (paragraaf 1.1.2).
- Een toelichting op de rol en bekostiging van de centrale zorgverlener (paragraaf 1.8).
- Een toevoeging bij de huisartsenbekostiging over de prestaties buiten segmenten (paragraaf 2.1.1).
- Een uitbreiding van de tekst over de huidige mogelijkheden van bekostiging van proactieve zorgplanning bij de huisartsen (paragraaf 2.1.1).

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

Dankwoord

Deze handreiking is evenals 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 voor 2026 weer – tot stand gekomen.

⁶ Knelpuntenanalyse praktijkteam palliatieve zorg

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 Palliactief was specifiek gericht op het samenbrengen van de juiste (gemandateerde) professionals, om in samenspraak met het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de praktijk zo goed mogelijk te informeren over de mogelijkheden van financiering van palliatieve zorg volgens de geldende wet- en regelgeving in 2018. De Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 was hier een weerslag van.

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 NZa aan de hand van de geldende wet- en regelgeving voor palliatieve zorg.

Ook deze herziene versie voor 2026 is in samenwerking met bovengenoemde partijen en vele andere betrokkenen onder verantwoordelijkheid van Stichting PZNL tot stand gekomen.

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2025 komt met deze handreiking per 1 januari 2026 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 drie maandelijkse 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 gezin⁷ beschrijft deze handreiking de financiering van palliatieve zorg in de meest gebruikelijke zorgsettingen.⁸

- **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 werden gesignaleerd⁹, beschreven hoe de palliatieve zorg in 2026 wordt gefinancierd. Tot slot zijn ook eigen betalingen van patiënten beschreven (hoofdstuk 5) en een overzicht van ervaren knelpunten in de bekostiging (hoofdstuk 6). Aansluitend 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 trajecten die Olivia zou kunnen doorlopen.

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' worden gelezen.

⁷ 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

⁸ De specifieke financiering van palliatieve zorg in GGZ- en GHZVGZ-instellingen valt buiten de scope van deze handreiking

⁹ Zoals gemeld in door IKNL en Palliatief geïnitieerde werkgroepbijeenkomsten in 2016/2017, bij het Praktijkteam Palliatieve zorg van VWS en bij de veldraadpleging van NZa in 2016/2017

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.'¹⁰ Deze handreiking gaat over financiering van palliatieve zorg, zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)¹¹ en het addendum hierop voor de kinderpalliatieve zorg, en beperkt zich daarin niet tot de laatste drie maanden van het leven.

Nieuwe ontwikkelingen en wijzigingen in de handreiking voor 2026 zijn in de tekst met een



aangegeven. Specifieke informatie over kinderpalliatieve zorg is met een



aangeduid.

¹⁰ Artikel 1.1.1 Besluit langdurige zorg

¹¹ IKNL/Palliactief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

1. Ziekenhuis



Wanneer de behandeling start, moet Olivia al snel in het ziekenhuis worden opgenomen 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 kunnen worden verlengd. 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 beroepsoefenaar die de poortfunctie uitoefent

Iedere zorgverlener kan palliatieve zorg verlenen. Dit zit grotendeels in de reguliere dbc's verwerkt. Specifieke regelingen zijn hieronder beschreven.

1.1.1 Consult samen beslissen (190098)

Het consult 'samen beslissen' (Za 190098) wordt geregistreerd in plaats van ieder polikliniekbezoek, screen-to-screen consult of telefonisch consult dat wordt uitgevoerd in het kader van een samen beslissen. Als alle stappen van het samen beslis proces in één consult worden doorlopen, dan wordt zorgactiviteit (za) 190098 één keer geregistreerd. Er heeft immers één consult plaatsgevonden. Als voor het samen beslis proces twee (of meer) consulten nodig zijn (bijvoorbeeld omdat de patiënt tijd nodig heeft om de informatie te verwerken en na te denken over de eigen wensen en behoeften), dan wordt de za twee keer (of vaker) geregistreerd. Hierbij gaat het specifiek om consulten waarvoor eerder één van de volgende za's kon worden geregistreerd:

- 1e polikliniekbezoek gespecialiseerd brandwondencentrum (190007)
- Herhaal-polikliniekbezoek gespecialiseerd brandwondencentrum (190008)
- Herhaal-polikliniekbezoek (190013)
- Eerste polikliniekbezoek (190060)
- Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent (190065)
- Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)
- Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164)
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165)
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190166)

Deze registratievoorwaarden zijn opgenomen in de Regeling medisch specialistische zorg¹². Deze zorgactiviteit speelt in de afleiding naar dbc-zp's dezelfde rol als de bovengenoemde zorgactiviteiten.

¹² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_806723_22/2/

Als gevolg van deze wijziging is za Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger (190066) beëindigd.

1.1.2 Overig zorgproduct Proactieve zorgplanning (190099)

Het overig zorgproduct (ozp) Proactieve zorgplanning gaat over het vroegtijdig bespreken van wensen en grenzen in de palliatieve fase uitmondend in een individueel, transmuraal met betrokken zorgverleners afgestemd en gedeeld zorgplan (190099). Dit ozp valt binnen de categorie supplementaire producten, subcategorie add-on overig (tarieftype 14). Voor deze ozp geldt een maximumtarief.

Pzp kan meerdere gesprekken omvatten. Bij minimaal een van deze gesprekken dient een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent aanwezig te zijn. Daarnaast kunnen ook andere disciplines, zoals een gespecialiseerd verpleegkundige, de gesprekken voeren.

In de regels van de NZa zijn registratie- en declaratievoorwaarden voor ozp 190099 opgenomen. Om dubbele bekostiging te voorkomen, is in de regels opgenomen dat voor een gesprek ten behoeve van proactieve zorgplanning niet gelijktijdig ook een regulier consult kan worden geregistreerd. Als een gesprek hoofdzakelijk in het teken staat van proactieve zorgplanning mag hiervoor dus geen andere za voor een consult worden vastgelegd. Op het moment dat een patiënt de behandelend arts bezoekt in het kader van de behandeling van de aandoening en het proactief zorgplan hierbij kort aan de orde komt, is sprake van een regulier consult. Uit het medisch dossier dient te blijken welke gesprekken in het kader van proactieve zorgplanning zijn gevoerd en dat een proactief zorgplan aan andere zorgverleners (in ieder geval de huisarts) is overgedragen. Alleen dan kan de prestatie gedeclareerd worden.

 In de regelgeving wordt niet uitgesloten dat het overig zorgproduct voor proactieve zorgplanning gelijktijdig gedeclareerd wordt met een dbc-zorgproduct voor palliatieve zorg. Bijvoorbeeld wanneer de behandelaar van de patiënt (niet zijnde onderdeel van het specialistisch team Palliatieve Zorg) proactieve zorgplanning uitvoert én vanwege een complexe zorgvraag het specialistisch team Palliatieve Zorg in consult geroepen wordt. Het is niet toegestaan om het overig zorgproduct voor proactieve zorgplanning te declareren voor proactieve zorgplanning die wordt uitgevoerd door het specialistisch team Palliatieve Zorg. Zorg die wordt geleverd door dit team wordt gedeclareerd via de dbc-zorgproducten voor palliatieve zorg (zorgproductgroep 990040). Het overig zorgproduct voor proactieve zorgplanning kan dus ook niet gekoppeld worden aan dbc-zorgproducten uit zorgproductgroep 990040. Voor Kinder Comfort Teams (KCT's) geldt dat pzp niet kan worden gedeclareerd, omdat deze zorg al is opgenomen in de tarieven van de zorgproducten die declarabel zijn voor de kindergeneeskunde en KCT's.¹³



Door de NZa is naast de regelgeving een FAQ¹⁴ opgesteld met betrekking tot de registratie- en declaratievoorwaarden. Voor proactieve zorgplanning is door branchepartijen en Stichting PZNL een handreiking¹⁵ opgesteld.

¹³ Registratiewijzer Kinderpalliatieve zorg

¹⁴ Vraag en antwoord proactieve zorgplanning

¹⁵ Handreiking OZP proactieve zorgplanning MSZ

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

Als de medisch oncoloog en patiënt samen 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.¹⁶



Bij kinderen en bij niet-oncologische palliatieve diagnoses (COPD, hartfalen, nierfalen) levert de zorgactiviteit 'supportive care/palliatieve zorg' geen declarabel zorgproduct op, aangezien behandeling van de ziekte (en registratie en declaratie van bijbehorende zorgactiviteit) bij deze patiënten veelal doorloopt tot aan overlijden. Als er op enig moment behoefte ontstaat aan supportive care producten bij andere specialismen en/of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.¹⁷

1.1.4 Medisch specialistische zorg thuis

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. Er is 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'.¹⁸

Zorgactiviteiten zijn in principe niet locatie afhankelijk. Dat betekent dat het reguliere eerste polikliniekbezoek (190060) en het herhaal-polikliniekbezoek (190013) in de thuissituatie kunnen worden geregistreerd en gedeclareerd.¹⁹

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 worden gedeclareerd via de prestatie 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228).²⁰ Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten, heeft een vast tarief en kan zowel los als naast een dbc gedeclareerd worden. 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 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-polikliniekbezoek (190162) respectievelijk schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163) zijn daarvoor geïntroduceerd. Daarnaast kan een screen-to-screenconsult ter vervanging van een herhaal-

¹⁶ Bijlage Zorgactiviteitentabel, NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

¹⁷ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 15

¹⁸ artikel 29.9 NR NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

¹⁹ Toelichting artikel 23.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025. In het kort: zorgactiviteiten zijn niet locatieafhankelijk, mits er geen nadere bepalingen in de regelgeving zijn opgenomen

²⁰ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

polikliniekbezoek (190166) worden geregistreerd.²¹ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

1.1.5 Nazorg

Nazorg is onderdeel van palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om 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 nazorggesprekken tussen de nabestaanden en de behandelend arts van een overleden patiënt onderdeel zijn van de DBC. Deze nazorggesprekken kunnen dan ook niet separaat worden geregistreerd.^{22, 23}

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.

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

²¹ Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

²² NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 16

²³ 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 de twijfels met hen 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 (bij oncologische zorg) of verpleegkundig specialist anesthesiologie/pijngeneeskunde. Ten minste één van de medisch specialisten dient specifiek opgeleid te zijn in palliatieve zorg.²⁴

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 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.²⁵ Het team Palliatieve Zorg zal veelal palliatieve patiënten begeleiden, maar niet overgaan tot behandeling. In de regelgeving komt onder andere het begrip 'behandeling' in het kader van paralleliteit niet voor. Daardoor is duidelijk dat als wordt overgegaan tot een conservatieve behandeling of niet (direct) behandelen, toch kan worden voldaan aan de vereisten voor een parallel zorgtraject.²⁶



Voor kinderen met een palliatieve zorgvraag ziet het team Palliatieve Zorg er anders uit. Voor deze zorg zijn vanuit elk academisch ziekenhuis Kinder Comfort Teams (KCT) operationeel.²⁷ De KCT's leveren multidisciplinaire zorg gericht op proactieve zorgplanning. 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 beroepsbeoefenaar (die de poortfunctie uitvoert) verantwoordelijk voor de zorgvraag van de patiënt in het ziekenhuis. Er

²⁴ Stichting Oncologische Samenwerking (2021), Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland, SONCOS normeringsrapport 9

²⁵ Artikel 5.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

²⁶ Artikel 29 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

²⁷ Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg, Kinder Comfort Teams, geraadpleegd 29 oktober 2025

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 staat in de registratiewijzer die te vinden is op de website van het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg.²⁸

Minimale eisen

Voor de declaratie van de inzet van het team Palliatieve Zorg 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 te hebben plaatsgevonden.²⁹ 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 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 door middel van 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 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 beroepsbeoefenaar (die de poortfunctie uitvoert) verantwoordelijk voor de zorgvraag van de patiënt'.³⁰



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 worden geregistreerd.

3) Zorgactiviteit in het kader van een patiëntcontact:

²⁸ registratiewijzer kinderpalliatieve zorg

²⁹ NZa (2017), Rapport palliatieve zorg op maat, p. 12

³⁰ Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg



- Consult door een lid van het team Palliatieve Zorg
- Dagverpleging/langdurige observatie
- Verpleegdag
- Consult door een lid van het team Kindercomfortteam, uitgezonderd beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (zie 190067)
- De zorgactiviteit 190173 kan worden gebruikt binnen de kindergeneeskunde. Het betreft een consult door een lid van het team Kinderpalliatieve zorg (een paramedicus), 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 uitvoert en onderdeel uitmaakt van het team Palliatieve Zorg. De zorgactiviteit is bedoeld voor zowel klinische als poliklinische consulten. De zorgactiviteit kan ook worden geregistreerd voor zorg op afstand. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.³¹

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

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 heeft genomen. In samenspraak met de huisarts en de gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg maakt Guus voor Olivia, Sara en hemzelf een poli-afpraak met het team Palliatieve Zorg. Samen maken ze een zorgplan met afspraken voor de nabije toekomst en besluiten ze de zorg in het ziekenhuis af te sluiten. In de periode die volgt, is er nog een paar keer telefonisch overleg tussen de huisarts en het team Palliatieve Zorg. Dit maakt het in alle rust thuis kunnen 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 polibezzoek 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 kunnen worden geregistreerd en gedeclareerd.³³

³¹ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

³² Artikel 23.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

³³ Artikel 23.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

De zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' (190067) kan ook worden geregistreerd in geval van consulten op afstand met de patiënt, of soms, in geval van kinderpalliatieve zorg, met de ouders of voogd van het kind.³⁴

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](#)) worden gebruikt voor alle door het ziekenhuis geleverde zorg. De zorgactiviteit heeft een vast tarief en kan alleen worden gedeclareerd 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 maken om te voorkomen dat palliatieve patiënten onnodig naar het ziekenhuis hoeven te komen.



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 eerste lijn 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. Omdat de consulten vrij van vorm en locatie zijn, is er vooralsnog geen aparte zorgactiviteitscode voor het huisbezoek. Het advies van de NZa is geweest om de eventuele extra kosten van de huisbezoeken (t.o.v. 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

Er bestaat een facultatieve prestatie binnen de medisch specialistische zorg.³⁵ 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 Algemene regelgeving

Alle hiervoor omschreven zorgactiviteiten mogen alleen worden vastgelegd indien is voldaan 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'.³⁶

³⁴ NZa. Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ21b, p.39

³⁵ NZa informatiekaart facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg

³⁶ Registratiewijzer Federatie Medisch Specialisten

1.5 Financiering van het team palliatieve zorg binnen het ziekenhuis

Vanuit het oogpunt van kwaliteit of toename van zorg kunnen tijdens de jaarlijkse contract- en prijsonderhandelingen, onderhandelingen plaatsvinden over tarieven, volumes en totale omzet. Dit wordt op totaalniveau afgesproken en niet specifiek per vakgroep. Het is belangrijk om als team palliatieve zorg intern duidelijke afspraken te maken over de verdeelsleutel van de opbrengsten. Ten eerste om een x-bedrag aan 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
- 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.

1.6 Logeervergoeding

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

1.7 Transmurale samenwerking

Er zijn vier experimentele zorgprestaties ontwikkeld voor de bekostiging van transmurale palliatieve zorg. We noemen dit TAPAS-prestaties³⁸ (TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging). Dit zijn:

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

TAPAS is een experiment onder de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten van de NZa. Het experiment is verlengd tot en met 2027. Deze beleidsregel biedt zorgaanbieders de ruimte om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Andere regio's kunnen zich – met instemming van de experiment-partijen – aansluiten bij een bestaand kleinschalig experiment. Een groot deel van de innovatie-experimenten die via de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten wordt aangevraagd, komt na verloop van tijd terecht in de reguliere regels.

Voor een uitgebreidere toelichting op deze experimentele zorgprestaties, zie paragraaf 2.6.



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:

³⁷ Zorginstituut, vindplaats logeervergoeding pagina vervoer

³⁸ Meer info op Palliaweb

- Ziekenhuis en eerstelijnszorgaanbieder kunnen afspraken maken op basis van onderlinge dienstverlening.³⁹
- 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.

³⁹ 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 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 het 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 al een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft of niet. Binnen de kinderpalliatieve zorg is de kinderarts de beroepsbeoefenaar (die de poortfunctie uitvoert) verantwoordelijk voor de zorgvraag van de patiënt. Naast de kinderarts kan ook de verpleegkundig specialist de zorg coördineren. Hij of zij stemt af met de huisarts over de taakverdeling.

De bekostiging van 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. Naast specifieke prestaties voor palliatieve terminale zorg, kan palliatieve zorg bekostigd worden vanuit het inschrijftarief en consultprestaties. Vanuit S1 ontvangt een huisarts een vast bedrag (inschrijftarief per kwartaal) voor zijn ingeschreven patiënten. De hoogte hiervan is mede afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Het bedrag neemt toe naar mate de leeftijd en de daarmee verwachte zorgzwaarte toeneemt.

Declaratie van de geboden palliatieve *terminale* zorg vindt plaats onder de prestatie 'intensieve zorg'.⁴⁰ Voor de palliatieve terminale zorg gedurende de laatste drie maanden (of, in geval van kinderen, de laatste 12 maanden) 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, hoewel sommige verzekeraars wel een maximumaantal hanteren in hun contracten. Telefonische consulten of consulten per e-mail of via een internet beeldverbinding ter vervanging van een spreekuurconsult mogen volgens regulier tarief worden gedeclareerd, indien de zorgverlening zorginhoudelijk vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier face-to-face consult wordt geboden.⁴¹ Het is aan de huisarts om te beoordelen of een patiënt zich in de terminale fase bevindt.

 Een huisarts kan advies vragen aan een medisch specialist⁴² om een doorverwijzing naar het ziekenhuis mogelijk te voorkomen. Dit noemen we een meedenkadvis. Het meedenkadvis gaat om contact tussen de huisarts en medisch specialist, zonder patiëntcontact⁴³. Als een huisarts en medisch specialist deze zorg leveren, brengen zij ieder een bedrag in rekening voor de zorg die zij hebben geleverd. De medisch specialist⁴⁴ en de huisarts⁴⁵ hebben hiervoor vanaf 2026 hun eigen betaaltitel. Dit betekent dat zij niet langer van onderlinge dienstverlening gebruik hoeven te maken voor het declareren van de inzet.

De prestatie wordt maximaal één keer per zorgvraag gedeclareerd, ook indien er voor de totstandkoming van één advies over één zorgvraag meerdere contactmomenten hebben plaatsgevonden. Deze prestatie kan alleen door de huisarts worden gedeclareerd indien zonder advies van de medisch-specialistische zorgverlener de huisarts over zou gaan tot een reguliere verwijzing. Het advies stelt de huisarts in staat om te beslissen of en hoe de patiënt zelf verder te behandelen voor deze zorgvraag of om door te verwijzen. Indien de patiënt voor de zorgvraag reeds onder behandeling is in de medisch-specialistische zorg, kan de prestatie niet worden gedeclareerd. De prestatie wordt in de MSZ uitsluitend gedeclareerd door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, ook wanneer meerdere beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren betrokken zijn geweest bij de totstandkoming van het advies.

Het meedenkadvis is landelijk vrijgesteld van eigen risico.

Segment 2: Multidisciplinaire eerstelijnszorg

Segment 2 biedt de mogelijkheid tot het maken van afspraken over prestaties op het gebied 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/of terugdringen van de kosten van zorg.

Segment 2A bevat de prestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in

⁴⁰ Artikel 5.1.7 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026

⁴¹ Artikel 5.2.2.3 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026

⁴² Het betreft niet alleen de medisch specialist, maar alle beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren binnen de MSZ.

⁴³ Andere vormen van consultatie waarbij er contact is met de patiënt, zoals het meekijkconsult, is geen meedenkadvis.

⁴⁴ Wijzigingsbesluit houdende wijziging van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg en van de Regeling medisch-specialistische zorg WB/REG-2026-01 – artikel Q

⁴⁵ Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026, artikel 5 lid 9

het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma. 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. 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.⁴⁶

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Segment 3 biedt ruimte aan zorgverzekeraars 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 (basis-huisartsenzorg) en Segment 2 (multidisciplinaire zorg). Ook de zorgvernieuwing kan op beide domeinen betrekking hebben.⁴⁷

Tot slot zijn er prestaties die niet goed in één van de drie segmenten zijn in te passen, de zogenaamde 'prestaties buiten segmenten'. Bijvoorbeeld de M&I-verrichtingen, waar de prestaties 'palliatieve consultatie' (visite en/of telefonisch) onder vallen. Het gaat hier over prestaties die consultatie van een huisarts door een huisarts mogelijk maken; zie voor een nadere toelichting paragraaf 2.2.1.

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 (soms aangevuld door een geestelijk verzorger, specialist ouderengeneeskunde, VPTZ-organisatie of maatschappelijk werker) 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.⁴⁸

Deelname van de huisarts aan PaTz (indirect patiëntgebonden tijd) zit net als andere MDO's verdisconteerd in de tarieven voor de direct patiëntgebonden tijd, oftewel het consult- en inschrijftarief (segment 1). Soms wordt een MDO apart gefinancierd in bijvoorbeeld modules ouderenzorg met afspraken die via S2 of S3 lopen. Voor een nadere toelichting van een knelpunt bij (structurele) financiering van deelname aan een PaTz-overleg wordt verwezen naar Hoofdstuk 6.

In een aantal regio's zijn PaTz-groepen meegefinancierd via het TAPA\$-experiment.⁴⁹

⁴⁶ Artikel 6.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026

⁴⁷ Artikel 7.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026

⁴⁸ Schweitzer et al. (2024). Handleiding ten behoeve van de implementatie van PaTz

⁴⁹ Meer info op Palliaweb

Proactieve zorgplanning

 Sommige zorgverzekeraars contracteren binnen S3 actief zogeheten 'behandelwensgesprekken' in het kader van proactieve zorgplanning. De huisarts (of de verpleegkundig specialist of POH onder regie van de huisarts) krijgt meer tijd voor het gesprek en de voorbereiding hiervan. Het zorgplan wordt overgedragen aan de huisartsenpost. Andere zorgverzekeraars contracteren proactieve zorgplanning via de bredere zorgmodule ouderenzorg als onderdeel van een integrale aanpak voor de ouderen en kwetsbare patiënten binnen de populatie. De NZa is voornemens om per 1 januari 2027 proactieve zorgplanning structureel te financieren via een aparte prestatie in Segment 1.⁵⁰ Tot 2027 roepen ze zorgverzekeraars op om proactieve zorgplanning ruim in te kopen.

Module kwetsbare ouderen

In veel regio's worden samenwerkingsafspraken gemaakt over de zorg en ondersteuning van thuiswonende kwetsbare ouderen. Dit is relevant voor de palliatieve zorg, omdat er steeds meer initiatieven zijn waarbij de palliatieve patiënt besproken wordt tijdens de mdo's die rondom kwetsbare ouderen georganiseerd worden. De samenwerking rondom kwetsbare ouderen wordt vaak betaald vanuit S2 O&I, maar sommige zorgverzekeraars contracteren dit ook via S3.

Samenwerkende eerstelijnsparitien hebben een handreiking⁵¹ gepubliceerd over de module kwetsbare ouderen. Deze is onderschreven door 17 partijen. Daarin staan 6 stappen:

1. Signalering
2. Gesprek met oudere en/of mantelzorger (inschatten situatie)
3. In kaart brengen kwetsbaarheid (gestructureerd met instrumenten)
4. Bespreking bevindingen brede domeinanalyse met direct betrokken professionals (incl. afspraken over hoofdbehandelaar/ aanspreekpunt/ medisch inhoudelijk verantwoordelijke)
5. Breed multidisciplinair overleg (borgen goede informatie-uitwisseling en afstemming)
6. Bespreken MDP en IZP met oudere en familie, uitvoeren en evalueren

2.1.2 Verpleging en verzorging

Financiering van de verpleging en verzorging in de thuissituatie verloopt in principe vanuit de Zvw, tenzij de patiënt 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.



Persoonlijke verzorging voor palliatieve kinderen kan daarnaast vanuit de Jeugdwet bekostigd worden als deze zorg buiten de geneeskundige context valt: het gaat dan om verzorging die nodig is vanwege de zelfredzaamheid van het kind. Het is aan de kinderverpleegkundige om aan te geven of de persoonlijke verzorging samenhangt met (i) geneeskundige zorg of (ii) een (voorzienbaar) hoog risico daarop, of (iii) overwegend niet-geneeskundige ondersteuning. In dat laatste geval wordt de inzet doorgaans aangeduid als 'begeleidende hulp'.^{52, 53} Het verschilt per gemeente hoe dit is geregeld.⁵⁴ Dit is daarom niet verder uitgewerkt in onderstaand overzicht.

⁵⁰ Rapport NZa – verkenning proactieve zorgplanning

⁵¹ Handreiking kwetsbare ouderen thuis – Beter oud

⁵² Artikel 1.1 Jeugdwet

⁵³ V&VN (2020) Handreiking Indicatieproces Kindzorg, p.13

⁵⁴ Zorgwijzer. Jeugdzorg in Nederland. Geraadpleegd op 30 oktober 2025

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

Algemeen

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

- zorg in natura (zin); patiënt ontvangt de zorg waarover zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken kunnen maken. Een patiënt kan ook kiezen voor niet-niet-gecontracteerde zorg. In dat geval wordt de zorg niet altijd volledig vergoed. Dit is afhankelijk van het type zorgverzekering dat de patiënt heeft; de niet-gecontracteerde zorgaanbieder moet dit vooraf duidelijk melden aan de patiënt zodat deze niet voor onverwachte kosten komt te staan
- persoonsgebonden budget (pgb): de patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.⁵⁵

(Experiment) Integrale prestaties wijkverpleging

Medio 2021 hebben zes partijen een convenant gesloten om samen met elkaar te werken aan nieuwe bekostiging voor wijkverpleging in de periode 2022-2026.⁵⁶ Daarin bestaat de mogelijkheid om op basis van een uur-, dag-, week-, maand- of kwartaaltarief afspraken te maken over verpleging en verzorging. De tarieven zijn vrij. Het merendeel van de gecontracteerde aanbieders wijkverpleging heeft op deze manier de zorg gecontracteerd.

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Algemeen

De patiënt kan de zorg thuis op drie manieren (leveringsvormen) ontvangen⁵⁸:

- volledig pakket thuis (vpt): alle zorg door één aanbieder;
- modulair pakket thuis (mpt): zorg geleverd door één of verschillende aanbieders. Vanaf 1 januari 2027 is mpt voorliggend in voorbereiding op de wetswijziging in 2028.⁵⁹
- 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. Dit geldt niet bij een pgb, daar wordt het budget bepaald o.b.v. de indicatie. Budgethouders kunnen zelf bepalen hoeveel zorg ze inkopen. Ze mogen een zorgverlener echter niet meer betalen dan de maximale⁶⁰ uurtarieven voor formele en informele zorgverleners.

Voor patiënten met een Wlz-indicatie die op een wachtlijst staan voor een zorglocatie en die in de tussentijd zorg thuis nodig hebben, kan overbruggingszorg worden aangevraagd. Als de leveringsvorm is vastgesteld, moet het zorgkantoor ervoor zorgen dat die zorg geleverd wordt. Als die zorg niet geleverd kan worden omdat er geen aanbod beschikbaar is (wachtlijst, personeelstekort), dan moet het

⁵⁵ Zelf verpleging en verzorging inkopen (Zvw-pgb) | Verpleging en verzorging thuis | Regelhulp - Ministerie van VWS, geraadpleegd op 30 oktober 2025

⁵⁶ Deze partijen zijn: Actiz, NZa, Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Zorgthuis.nl en Zorgverzekeraars Nederland. Zie Convenant bekostiging wijkverpleging 2022 – 2026

⁵⁸ Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz)

⁵⁹ HLO Ouderenzorg – Samen voor kwaliteit van bestaan

⁶⁰ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 – BR/REG-26125a en Beleidsregel Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026 – BR/REG-26124a

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

Voor de overige aanbieders Verpleging en verzorging is de zorg onderverdeeld in de volgende prestaties⁵⁷:

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. Medische kindzorg thuis
8. Beloning op maat
9. Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht-, en weekendzorg
10. Centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging
11. Ketenzorg dementie
12. Thuiszorgtechnologie: zorg die op digitale wijze wordt ondersteund of gerealiseerd
13. Onderlinge dienstverlening.

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken tariefafspraken over de hierboven genoemde prestaties. Dit geldt niet bij pgb-zvw, daar zijn max-tarieven afgesproken voor professionele en niet-professionele zorg en zorgverzekeraars publiceren hun tarieven. 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 zes prestaties zijn opgenomen.

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

zorgkantoor een passende en verantwoorde overbrugging bieden. Dit heeft niet alleen betrekking op de overbruggingsperiode naar verblijf, maar ook op de overbruggingsperiode naar andere leveringsvormen. Het zorgkantoor overlegt met de verzekerde wat een passende overbrugging is.⁶¹

⁵⁷ Artikel 4 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging - BR/REG-26108

⁶¹ Zorginstituut Nederland, Overbruggingszorg en andere transitieperioden (Wiz)

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. Zorgverzekeraars maken met slechts een deel van de zorgaanbieders specifieke afspraken over gespecialiseerde wijkverpleging, waaronder palliatieve (terminale) zorg.⁶² In het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)⁶³ dat halverwege 2025 is gesloten, staat de afspraak dat omzetplafonds en doelmatigheidsafspraken nooit belemmerend mogen zijn voor de palliatieve terminale zorg en ondersteuning. De meeste zorgverzekeraars hebben dit ook al zo opgenomen in het zorginkoopbeleid 2026.

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

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt al heeft. Als een patiënt bijvoorbeeld zorgprofiel VV 6 heeft, wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.⁶⁷

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 via de regeling Extra Kosten Thuis (EKT).⁶⁸

Als de zorgbehoefte bij patiënten met een zorgprofiel VV 'Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding', of het zorgprofiel VV 'Beschermd wonen met zeer intensieve zorg vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging' (voorheen ZZP VV 7 of VV 8) minimaal 25 procent hoger is dan vanuit het zorgprofiel wordt vergoed, kan extra financiering (meerzorg) worden



aangevraagd bij het zorgkantoor.⁶⁹

Voor kinderen kan dit bij VG 5, 7 en 8 en LG 5, 6 en 7.⁷⁰

Er kan ook een intramurale toeslag worden aangevraagd bij een aantal diagnoses (zie ook paragraaf 4.1). De zorgbehoefte moet dan minimaal 25 procent hoger te zijn.⁷¹

⁶² Monitor contractering wijkverpleging 2022, update maart 2022

⁶³ AZWA

⁶⁷ VWS, Informatiekaart palliatieve zorg, juni 2020

⁶⁸ Artikel 5.1a Regeling langdurige zorg

⁶⁹ Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg

⁷⁰ <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/extra-budget/meerzorg>

⁷¹ Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

naasten) besluiten (een deel van) de benodigde zorg door vrijwilligers en/of naasten te laten uitvoeren⁶⁴. Dit hangt af van de individuele situatie van de zorgvrager en zijn netwerk.^{65,66} De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de vergoeding van de geïndiceerde zorg.

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Vanaf 2025 geldt voor iedereen binnen de Wlz een pgb op maat. Bij pgb op maat kijkt het zorgkantoor samen met de aanvrager naar iemands zorgvraag en daarna welk budget hierbij hoort. Een gedegen budgetplan is dus noodzakelijk. Een pgb op maat vervangt het automatische basisbedrag dat aanvragers eerder kregen.⁷²

Palliatieve terminale zorg

Ook palliatieve terminale zorg (ptz) wordt in eerste instantie vergoed vanuit het zorgprofiel dat de patiënt al heeft.⁷³

Als de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een mpt of een pgb, kan bij het zorgkantoor een verhoging worden aangevraagd indien dit nodig is om de patiënt ptz thuis te kunnen laten ontvangen.⁷⁴

Als de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een vpt, kan zorgprofiel VV

64 Organisaties – VPTZ

65 V&VN (2019). Begrippenkader indicatieproces

66 ZIN (2019). Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding

72 PGB op maat – rijksoverheid

73 VWS, Informatiekaart palliatieve zorg, juni 2020

74 Artikel 5.1c leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Beschermde verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg (vpt VV 10) bij het zorgkantoor worden gedeclareerd, indien die verhoging nodig is om de patiënt intensieve ptz thuis te kunnen laten ontvangen. Het volstaat dat deze levensverwachting is opgenomen in het dossier van de patiënt voor toetsing bij de materiële controle.⁷⁵ Het geïndiceerde zorgprofiel blijft hierbij ongewijzigd (maar alleen vpt VV 10 wordt gedeclareerd.⁷⁶

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 zorgaanbieder⁷⁷

Deelname aan diverse (regionale) structuren

Deelname aan de PaTz-vergaderingen kent geen specifieke bekostiging voor de wijkverpleegkundige. Indirecte patiëntenzorg zit verdisconteerd in de zorgprestaties. 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 prestatie gespecialiseerde verpleging.⁷⁸

Mocht de zorgaanbieder gebruik maken van het experiment bekostiging wijkverpleging (zie paragraaf 2.1.2) dan vindt declaratie plaats via de integrale prestatie per uur, dag, week of maand (afhankelijk van de afspraken met de verzekeraar). Dit experiment loopt nog tot december 2028.⁷⁹

De KCT organiseren multidisciplinaire overleggen (mdo's) Kinderpalliatieve zorg met alle betrokkenen vanuit het ziekenhuis. Daarnaast worden casuïstiekbesprekingen gevoerd in de



⁷⁵ Artikel II NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 - BR/REG-26125

⁷⁶ NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 - BR/REG-26125, Toelichting per artikel

⁷⁷ Beleidsregel verpleging en verzorging - BR/REG-26108

⁷⁸ NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-26108

⁷⁹ Experiment integrale prestaties wijkverpleging - NZa

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Netwerken Integrale Kindzorg en zijn er regionale indicatieoverleggen met indicierend kinderverpleegkundigen.

Regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening kan worden gedeclareerd via de prestatie Medische Kindzorg thuis, maar dit moet wel in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt.⁸⁰ De toelichting op de beleidsregel noemt het multidisciplinair overleg als voorbeeld van een activiteit die niet onder directe zorgverlening valt.

2.1.3 Centrale zorgverlener

 De centrale zorgverlener is het belangrijkste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en het gehele team van betrokken zorgverleners. Deze aangewezen eerstverantwoordelijke is in principe een BIG-geregistreeerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit van de zorg.

In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, dan wel gedelegeerd aan een andere zorgverlener.

Er is geen aparte betaaltitel voor de rol van centrale zorgverlener of het zijn van eerste aanspreekpunt, dit is onderdeel van de reguliere werkzaamheden/ prestaties.

In sommige regio's wordt gesproken over de casemanager palliatieve zorg in plaats van over centrale zorgverlener. Casemanagement komt in verschillende vormen.⁸¹

Casemanagement kan vallen onder zorg zoals huisartsen die plegen te bieden of onder zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De nadruk ligt óf op de geneeskundige kant van de zorg óf op de verpleegkundige zorg. Afhankelijk van de invulling en de aanspraak kunnen de betreffende prestaties gebruikt worden om de zorg in rekening te brengen.

Er zijn in verschillende regio's financieringsafspraken gemaakt over casemanagement palliatieve zorg binnen de V&V. Zo wordt het in enkele regio's bekostigd via de prestatie Advies, Instructie en Voorlichting (AIV), of via de Vektiscode 'ziekenhuisverplaatste zorg' (1121). Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar casemanagement binnen de kinderpalliatieve zorg vanuit NPPZ II.



2.1.4 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. Er bestaat de mogelijkheid om een informele zorgverlener in te schakelen vanuit het pgb.⁸² Dat is echter niet bedoeld voor mantelzorg of gebruikelijke zorg.

⁸⁰ Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-26108

⁸¹ Duiding Zorginstituut.

⁸² Mantelzorg.nl. Geldzaken. Geraadpleegd op 30 oktober 2025

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 tijd heeft voor bijvoorbeeld werk, studie, gezin, familie, vrienden en ontspanning. Dit heet 'respijtzorg' of vervangende zorg.⁸³ Door respijtzorg kunnen mantelzorgers hun eigen leven beter in balans houden en de zorg voor hun naaste langer volhouden.

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

- **Gemeente:** als de zorgvrager zelf Wmo-ondersteuning krijgt, kan respijtzorg worden vergoed 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.⁸⁴ 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 kinderdagverblijf⁸⁵ en Verblijf bij medische kindzorg voor verblijf in een verpleegkundig kindzorghuis.⁸⁶



2.1.5 Vrijwilligers

(Vrijwilligers)organisaties voor palliatieve terminale zorg kunnen opgeleide vrijwilligers inzetten om mensen in de laatste levensfase en hun naasten te ondersteunen. Dit kan bijvoorbeeld in een hospice, zorginstelling of bij mensen thuis. Een (vrijwilligers) organisatie kan via de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (Regeling PTZ) in aanmerking komen voor een subsidie per cliënt met een levensverwachting van minder dan 3 maanden.⁸⁷ De Regeling PTZ ziet toe op het stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg. De subsidie loopt eind 2026 af en wordt momenteel geëvalueerd. Het is soms ook wenselijk om vrijwilligers al eerder in de palliatieve fase in te zetten. Hier is geen vaste financiering voor. Soms krijgt de organisatie hiervoor subsidie vanuit de gemeente.

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

⁸³ Mantelzorg.nl. Vervangende zorg voor mantelzorgers (respijtzorg). Geraadpleegd op 30 oktober 2025

⁸⁴ Artikel 1.1 Jeugdwet

⁸⁵ Artikel 4.1 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg – BR/REG-26109

⁸⁶ Artikel 4.2 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg – BR/REG-26109

⁸⁷ Artikel 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

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, zie ook paragraaf 2.1.1. Als er een overeenkomst is afgesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, geldt voor deze verrichtingen een vrij tarief. Als er geen overeenkomst is afgesloten, gelden maximumtarieven voor deze prestaties.⁸⁸ De huisartsconsulent mag de prestatie zelf in rekening brengen bij de zorgverzekeraar.

2.2.2 Palliatieve consultatie in PZ opgeleide specialist ouderengeneeskunde of lid team Palliatieve Zorg in het ziekenhuis

De specialist ouderengeneeskunde kan in de eerstelijns door de huisarts worden geconsulteerd voor specifieke medisch geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten, ook in de palliatieve fase. Het gaat hierbij meestal om patiënten met complexe problemen. Dit kan via telefonische of bedside consultatie, en vanaf 2025 bestaat ook de mogelijkheid van trajectfinanciering van kwetsbare patiënten thuis. Het betreft de inzet van specialistische zorg voor kwetsbare, thuiswonende patiënten met chronische multimorbiditeit, multidomeinproblematiek en complexe zorgvragen gedurende een langere periode. Het doel van de zorg is dat patiënten langer thuis kunnen wonen met focus op kwaliteit van leven, waar mogelijk beperken van verdergaande achteruitgang en het voorkomen van crisissituaties of -opnames.

⁸⁸ Artikel 8.1.13 o en p NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026 – BR/REG-26112

De prestaties in de beleidsregel zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat de zorg wordt omschreven (het 'wat') en wanneer deze mag worden gedeclareerd, maar dat niet is opgenomen wie de zorg moet leveren. Dit heeft als gevolg dat iedere zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om (een deel van) de zorg te bieden, de zorg kan declareren. Dit houdt in dat zorg die specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden bijvoorbeeld ook geboden kan worden door daartoe bevoegde en bekwame verpleegkundig specialisten en physician assistants.

De wijze waarop de inzet van de specialist ouderengeneeskunde wordt gefinancierd, 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 bekostigd vanuit de Zvw via de beleidsregel 'geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen' (gzsp).⁸⁹ 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 met de beleidsregel gzsp door de huisarts kan worden geconsulteerd. Denk hierbij aan collegiaal overleg of een consult bij de patiënt of trajectfinanciering. Als de specialist ouderengeneeskunde zorg levert aan patiënten zonder Wlz-indicatie kan die de zorg declareren via de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die bieden'.⁹⁰ Deze prestatie kan per 5 minuten worden gedeclareerd. Daarnaast kan er per bezoek een reistoelage worden gedeclareerd. Voor de trajectfinanciering geldt een startfase voor diagnostiek en het opstellen van een zorgplan voor 3 maanden, wat kan worden verlengd per maand met een 'vervolgfase'. Voor deze prestaties in de gzsp geldt een maximumtarief. Met de zorgverzekeraar kan worden afgesproken dat ten hoogste 10% boven op het maximumtarief kan worden gedeclareerd.

Met de zorgverzekeraar kan ook een contract worden afgesproken binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige

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, als zij vanuit geneeskundig oogpunt op deze zorg zijn aangewezen. Voor patiënten met een Wlz-indicatie die de zorg thuis ontvangen, mag de zorg door de specialist Ouderengeneeskunde op consultbasis bij het zorgkantoor worden gedeclareerd. 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 behandelcodes/functies H335 (behandeling specialist Ouderengeneeskunde.)^{91,92}

⁸⁹ NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen – BR/REG – 26115

⁹⁰ Artikel 4 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen – BR/REG-26115

⁹¹ Bijlage 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 – BR/REG-25130b

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

Inzet specialist ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet	Inzet specialist ouderengeneeskunde Wet langdurige zorg
experimenten (zoals ten aanzien van het multidisciplinair team ouderen (MTO)). Dan is het tarief vrij. Tot slot kan de inzet van de specialist ouderengeneeskunde ook worden 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. Stichting PZNL biedt een vergoeding voor de inzet van – aan Stichting PZNL verbonden – consultants.⁹³ In enkele regio's worden PaTz-groepen (mee)gefinancierd via de TAPA\$-prestaties.⁹⁴

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 Stichting PZNL te raadplegen. De consultant denkt met de consultvrager mee en brengt advies uit. Hieraan zijn voor de consultvrager geen kosten verbonden. De consultants zijn artsen en verpleegkundigen die door opleiding en praktijk gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Om de expertise van de consultants nog laagdrempeliger en effectiever beschikbaar te stellen aan zorgverleners is de consultatievoorziening regionaal én transmuraal georganiseerd. Zorgverleners binnen de gehele zorgketen kunnen een beroep doen op deze consultants voor advies en ondersteuning bij specialistische en complexe zorgvragen.⁹⁵

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 worden geregeld.

⁹³ PaTz, Hoe is de vergoeding van de inhoudelijk deskundige geregeld? Geraadpleegd op 30 oktober 2025

⁹⁴ Meer info op Palliaweb

⁹⁵ Palliaweb, Consultatie, Geraadpleegd op 30 oktober 2025

2.2.3 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige



Bekostiging van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten kan via de prestaties 'gespecialiseerde verpleging' of 'AIV' of via het integrale tarief wijkverpleging.^{96,97} 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.

De VS kan ook zorg leveren en declareren via de prestatie gzsp. In de beleidsregel gzsp staat hierover: De prestaties in de beleidsregel zijn functioneel omschreven. Dit betekent dat de zorg wordt omschreven (het 'wat') en wanneer deze mag worden gedeclareerd, maar dat niet is opgenomen wie de zorg moet leveren. Dit heeft als gevolg dat iedere zorgverlener die bevoegd en bekwaam is om (een deel van) de zorg te bieden, de zorg kan declareren. Dit houdt in dat zorg die specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden bijvoorbeeld ook geboden kan worden door daartoe bevoegd en bekwaame verpleegkundig specialisten en physician assistants.⁹⁸

2.2.4 Geestelijke verzorging

Zorg voor zingeving en spiritualiteit is onderdeel van de taken van zorgverleners.⁹⁹ Als de hulpvraag van de patiënt hun deskundigheid overstijgt, kan verwezen worden naar een geestelijk verzorger.¹⁰⁰

De Regeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis¹⁰¹ maakt de inzet van geestelijk verzorgers in de ambulante eerstelijns thuis mogelijk. De regeling is bedoeld voor drie (patiënten)groepen, tenzij zij gedurende een etmaal of langer in een intramurale setting 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



Dat geldt dus ook voor patiënten die poliklinische msz-behandeling ontvangen, en patiënten die een WLZ indicatie voor Volledig Pakket Thuis, Modulair Pakket Thuis of een PGB hebben. Naasten van patiënten in de palliatieve fase kunnen altijd gebruik maken van de regeling, ook als hun naaste in een intramurale setting verblijft.

Zij kunnen in hun eigen regio voor een aanvraag voor een consultgesprek thuis terecht bij de organisatie (meestal Centrum voor Levensvragen) in de regio die voor de coördinatie van geestelijke verzorging in de thuissituatie is aangewezen.¹⁰² In het geval van kinderen in de palliatieve fase en/of kinderen met een ouder in de palliatieve fase, zijn de Netwerken Integrale Kindzorg het aanspreekpunt.¹⁰³

⁹⁶ Artikel 5e NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-26115

⁹⁷ Zie de voorgaande paragraaf over verpleging en verzorging voor meer informatie.

⁹⁸ Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen – BR/REG-26115 – Nederlandse Zorgautoriteit

⁹⁹ Hopman, A.M. (2006), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 5

¹⁰⁰ IKNL (2018) Richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase

¹⁰¹ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging

¹⁰² Agora, Geestelijke verzorging thuis, Geraadpleegd op 30 oktober 2025

¹⁰³ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn

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 Jeugdwet.¹⁰⁴ Daarnaast geldt de aanspraak voor rouw- en verliesbegeleiders alleen als het kind jonger dan 23 jaar oud is.¹⁰⁵

Naast consulten kunnen de middelen worden ingezet voor deelname van geestelijk verzorgers aan overlegvormen in de eerstelijns (zoals multidisciplinaire overleggen/PaTz) en voor de inzet van geestelijke verzorgers voor bijscholing van (in)formele zorgverleners.¹⁰⁶ De subsidieregeling loopt tot eind 2026, en wordt momenteel geëvalueerd.

Bovenstaande regeling is niet van toepassing op eerstelijnsverblijf, zoals eerstelijnsverblijf palliatieve zorg (HCH of PU). Geestelijke verzorging valt binnen de aanspraak van verblijf en dient door de zorgaanbieder te worden aangeboden vanuit het tarief voor de ELV. Hij geldt wel voor Bijna Thuis Huizen.

2.3 Medisch specialistische zorg

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), worden gedeclareerd via de prestatie 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228).¹⁰⁷ Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten en kan zowel los als naast een DBC kalenderdag worden geregistreerd, mits 'opname' plaatsvindt 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 nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. Tegenwoordig kunnen de zorgactiviteiten 'belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek' (190164) en 'belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek' (190162) respectievelijk 'schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek' (190167) en 'schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek' (190163) worden geregistreerd. Daarnaast kan een 'screen-to-screenconsult' 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

¹⁰⁴ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn

¹⁰⁵ 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

¹⁰⁶ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging

¹⁰⁷ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

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.¹⁰⁸ Als binnen een bepaald zorgtraject face-to-face contact wel nodig is, staat dit vermeld in de regelgeving.¹⁰⁹

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.^{110,111} 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 worden geleend vanuit de Zvw en daarna worden vergoed vanuit de Wmo.¹¹²

Sinds 2024 wordt ook de Palliakit door de meeste zorgverzekeraars vergoed. De Palliakit is een box die middelen bevat om snel te kunnen handelen als bij palliatieve patiënten, die in de terminale fase zijn gekomen, een plotse verslechtering of een acuut probleem optreedt. In dat geval moet direct worden geschakeld met huisarts en apotheek om alle benodigde zorg te kunnen leveren.

Met de Palliakit is er een snelle beschikbaarheid van onder andere katheters en palliatieve medicatie bij patiënten die in een thuissituatie of hospice stervende zijn. Bovendien neemt het veel bureaucratie weg. De Palliakit wordt door lokale apotheken geleverd en niet door centraal opererende apotheken.

Bij kinderen worden sommige hulpmiddelen vergoed vanuit de WIA, uitgevoerd door het UWV. Denk hierbij aan hulpmiddelen die nodig zijn bij het volgen van onderwijs.

¹⁰⁸ Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

¹⁰⁹ NZa (2019), Informatiekaart wijzigingen dbc-pakket 2020 (RZ20b)

¹¹⁰ Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket? Geraadpleegd op 30 oktober 2025

¹¹¹ Hulpmiddelenwijzer van Vilans, geraadpleegd op 30 oktober 2025

¹¹² Vilans.nl, Rolstoel, incidenteel gebruik. Geraadpleegd op 30 oktober 2025

Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Zorgverzekeringswet	Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Wet langdurige zorg
<i>Huishoudelijke hulp</i> Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wmo. ¹¹³	<i>Huishoudelijke hulp</i> Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wlz. ^{114,115}

2.5 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 is.¹¹⁶ 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 vanwege de declaratieregels, zie hoofdstuk 6 Knelpunten voor een nadere toelichting.

2.6 Innovatie: Experiment bekostiging transmurale palliatieve zorg

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

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

2) Als de situatie complexer wordt (afhankelijk van de deskundigheid van de generalistische zorgverlener) kan aanvullende deskundigheid worden ingezet.

In het project TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende beko\$tiging (TAPA\$) is daarvoor een passende bekostiging ontwikkeld. Hiermee wordt interdisciplinaire transmurale samenwerking tussen generalistische zorgverleners 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 (tijdelijke) prestaties opgesteld om het transmuraal samenwerken en de inzet van de specialist palliatieve zorg te bekostigen. De TAPA\$-prestaties zijn speciaal ontworpen voor die onderdelen in het zorgproces die nog niet regulier zijn bekostigd. Structurele bekostiging is van belang voor de implementatie van transmurale palliatieve zorg, zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Sinds twee jaar loopt

¹¹³ Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 30 oktober 2025

¹¹⁴ Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 – BR/REG-26125

¹¹⁵ Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2026 – BR/REG-26124

¹¹⁶ Uit: Informatiekaart – Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

er een NZa-experiment in de regio Oss-Meijerijstad-Maashorst om de meerwaarde van de vier innovatieve prestaties vast te stellen. Stichting PZNL ondersteunt deze regio in afstemming met de NZa en zorgverzekeraars VGZ en CZ. Eind augustus 2025 is akkoord gegeven op verlenging van het experiment tot en met 2027. Gesprekken met de NZa over structurele bekostiging zijn gestart.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de prestaties:

Prestatie 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) tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners, bijvoorbeeld volgens de PaTz-methodiek.

Prestatie 2a. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): telefonische consultatie

De prestatie SCOP-telefonisch betreft telefonische steun en consultatie aan de generalistische zorgverlener bij complexe palliatieve zorg; in de meeste gevallen zal dit de hoofdbehandelaar zijn. De prestatie kan worden uitgevoerd 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, waaronder:

- het overleg met de hoofdbehandelaar;
- het bestuderen van het medisch dossier ten behoeve van de SCOP;
- het advies en de verslaglegging ten behoeve van de hoofdbehandelaar;
- het afsluitend overleg met de hoofdbehandelaar voor onder meer bespreking van het advies.

Prestatie 2b. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): bedside consultatie

Deze prestatie betreft steun en consultatie bij complexe palliatieve zorg aan de patiënt en diens omgeving en de hoofdbehandelaar. Deze prestatie kan worden uitgevoerd door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist op verzoek van de (hoofd)behandelaar van de patiënt. Onder de prestatie wordt het totaal aan activiteiten van de SCOP-arts/verpleegkundig specialist begrepen naar aanleiding van een SCOP-verzoek. Het totaal aan activiteiten zoals beschreven onder prestatie 2a is ook onderdeel van prestatie 2b. In aanvulling op deze activiteiten valt het uitvoeren van bedside consultatie(s) bij de patiënt en diens omgeving door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist onder deze prestatie. De huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde blijft hoofdbehandelaar en de (wijk)verpleging blijft de reguliere zorg bieden.

Prestatie 3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg

Als de zorgvraag van de patiënt dusdanig complex blijkt of wordt, dat continuïteit van specialistische ondersteuning wenselijk is, kan voor de palliatieve zorg een in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige worden ingeschakeld. 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 innovatieve 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 prestaties structureel in te voeren. Zoals aangegeven heeft de NZa verlenging van het experiment goedgekeurd, zodat er meer tijd is voor het aantonen van de meerwaarde en het vormgeven van een landelijke betaaltitel.

Meer tijd voor TAPA\$-bekostigingsexperiment!

In samenwerking met alle betrokkenen is de looptijd van het experiment met twee jaar verlengd. Dit betekent dat de zorgaanbieders en zorgverzekeraars die al gebruik maken van de TAPA\$-prestaties, ook gedurende de verlengde experimenteerperiode tot en met 31 december 2027 gebruik kunnen maken van de prestaties. Transformatieregio's die een of meerdere TAPA\$-prestaties willen inzetten, kunnen – na overleg met en akkoord van de preferente zorgverzekeraar – ook van deze prestaties gebruik maken. Om de TAPA\$-prestaties te kunnen declareren, moeten een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder overstemming hebben over aantallen en tarieven en dat vastleggen in een contract. Daarnaast moeten ze samen een zogeheten Aansluitovereenkomst indienen bij de NZa.

Een lokaal experiment starten vraagt vanwege de interdisciplinaire en transmurale opzet om voldoende organisatiekracht in de regio, gedegen voorbereiding en een goede samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en met zorgverzekeraars.

Op Palliaweb is de [Aanpak transmurale samenwerking in de palliatieve zorg](#) gepubliceerd.¹¹⁷ In deze Aanpak staat het opzetten of verder uitbouwen van een Transmuraal team Palliatieve Zorg centraal, in combinatie met de implementatie van het gebruik en declareren van de TAPA\$-prestaties. Met de Aanpak wil het NPPZ II-programma zorgaanbieders, die transmuraal willen samenwerken, daar passende/goede afspraken over willen maken en daarvoor ook passend gefinancierd willen worden, op weg helpen met praktische informatie.

2.7 Experimenten met alternatieve bekostiging

In 2024 zijn verschillende experimenten op het gebied van 'alternatieve bekostiging van palliatieve zorg' gestart. In deze experimenten staat een andere, alternatieve, manier van bekostigen centraal. Bijvoorbeeld door zorgaanbieders gezamenlijk één bedrag per patiënt te betalen voor (een groot deel van) alle (palliatieve) zorg, waarbij de verantwoording per losse betaaltitels mogelijk komt te vervallen. Hierdoor krijgen zorgaanbieders naar verwachting meer ruimte, flexibiliteit en vertrouwen om de zorg te organiseren en te leveren, zoals zij denken dat dat het meest passend is voor hun patiënten. Tegelijkertijd gaan ze door een dergelijke alternatieve manier van bekostigen naar verwachting ook meer financiële verantwoordelijkheid dragen voor de (integrale) kwaliteit en kosten van de zorg en dat kan (financiële) risico's met zich meebrengen.

De drie experimenten lopen nu. De eerste twee jaar (tot eind 2026) betreft een 'ontwikkelfase' waarin het streven van de experimenten is om met alle lokale belanghebbenden (zorgaanbieders, zorgverzekeraar(s), etc.) te komen tot werkbare contractafspraken op basis van een alternatief bekostigingsmodel. Na 2026 (als de alternatieve contractafspraken van kracht zijn) volgt een 'implementatiefase', die zal doorlopen tot 2031 om de effecten van

¹¹⁷ Aanpak transmurale samenwerking in de palliatieve zorg. Geraadpleegd 30 oktober 2025

de andere manier van bekostigen adequaat te kunnen evalueren. Op de [website](#) van de NZa is actuele informatie over het traject te vinden.

Het gaat om 3 experimenten:

1. Alternatieve bekostiging van vroege palliatieve zorg bij patiënten met een kwaadaardige hersentumor (LUMC)
2. Implementatie van een acuut hospice bed: op weg naar gepaste zorg in de laatste levensfase (AUMC en Hospice Kuria)
3. Transmurale palliatieve zorg voor mensen met longfibrose (Erasmus MC)

3. Hospice



De palliatieve chemotherapie is zwaar. Olivia wilde graag nog zo lang mogelijk bij Guus en Sara blijven, maar twijfelt over de ingeslagen weg. Ze is te ziek van de behandeling om ook maar iets te doen. Wat extra tijd is fijn, maar wat voor tijd is dit? Ze wil naar huis. De transferverpleegkundige is al langs geweest om de benodigde 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. Hospicezorg is multidimensionale zorg geleverd door een multidisciplinair team met als doel optimale kwaliteit van leven, rouw en sterven bereikbaar te maken. Het multidisciplinaire team bestaat uit zorgverleners en vrijwilligers met generalistische en specialistische competenties (ook wel formele respectievelijk informele zorgverleners genoemd). 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.¹¹⁸

Er kunnen drie typen hospiceorganisaties worden onderscheiden:¹¹⁹

- **Bijna Thuis Huis (BTH):**
Een Bijna Thuis Huis verleent voornamelijk informele zorg door deskundige vrijwilligers. Het is geen zorginstelling. De beroepsmatige zorg wordt verleend door al dan niet een vast team van wijkverpleegkundigen en/of verzorgenden vanuit een organisatie voor wijkverpleging. De medische zorg is in handen van de eigen huisarts/een huisartsengroep uit de regio van het hospice. In sommige BTH's zijn er ook 's nachts vrijwilligers aanwezig. De verpleegkundige zorg in een BTH wordt bekostigd via verpleging en verzorging. De patiënt betaalt zelf voor het verblijf. Soms wordt dit door de gemeenten of door de aanvullende verzekering vergoed.
- **High Care Hospice (HCH):**
Een High Care Hospice verleent formele zorg door professionele specialistische zorgverleners en informele zorg door deskundige vrijwilligers. Bij een HCH is kenmerkend dat zorg 24 uur per dag wordt geleverd. De medische zorg is meestal in handen van een

¹¹⁸ AHZN. Definitie hospicezorg. Geraadpleegd 30 oktober 2025

¹¹⁹ Publieksrapport HOPEVOL: eerste grootschalige onderzoek hospicezorg

eigen huisarts/een huisartsengroep uit de regio van het hospice. Soms heeft het hospice een eigen arts voor de medische zorg.

High care hospices zijn regelmatig betrokken bij onderzoek, onderwijs en hun medewerkers fungeren als consulent in de palliatieve zorg.

High care hospices zijn in het bezit van een kwaliteitskeurmerk: PREZO Hospicezorg. HCH wordt bekostigd via het eerstelijnsverblijf.

- Palliatieve Unit (PU):

De Palliatieve Unit is onderdeel een overkoepelende WTZa-toegelaten zorginstelling, met veelal ook een verpleeghuis. De beroepsmatige zorg wordt verleend door verpleegkundigen en verzorgenden, de medische zorg door een specialist Ouderengeneeskunde. Bij een PU is kenmerkend dat de formele zorg 24 uur per dag wordt geleverd en voor informele zorg er sprake is van een wisselende inzet. Een PU wordt bekostigd via het eerstelijnsverblijf voor patiënten die niet over een WLZ-indicatie beschikken.



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](#).

Duidelijkheid bekostiging hospices ¹²⁰

De hoofdvormen van bekostiging vanuit de Zvw zijn:

- Via het eerstelijnsverblijf Palliatieve Terminale zorg (artikel 2.12 Besluit zorgverzekering). Hierbij is sprake van een integraal pakket waar zorg en verblijf uit wordt bekostigd. De patiënt betaalt hiervoor het eigen risico.
- Via verpleging en verzorging (artikel 2.10 Besluit zorgverzekering). De patiënt betaalt zelf voor het verblijf in het hospice, wat soms (deels) wordt vergoed uit de aanvullende verzekering of een gemeentelijke bijdrage.

Alle High Care Hospices en Palliatieve Units worden via het eerstelijnsverblijf Palliatief Terminale zorg (PTZ) bekostigd. De zorg in 'Bijna Thuis Huizen' (BTH) wordt bekostigd via de wijkverpleging. De formele zorg (wijkverpleging) die wordt geleverd binnen een BTH wordt geleverd en gedeclareerd door een externe zorgaanbieder. Dit is niet het BTH zelf.

AHzN en VPTZ Nederland hebben dit onderscheid met Zorgverzekeraars Nederland verder uitgewerkt. Daaruit is gekomen:

- ELV-PTZ tarief: als het hospice één overeenkomst met de gast sluit voor zowel het verblijf als de zorg.
- Wijkverpleging: als de hospicegast een overeenkomst sluit met het hospice voor het verblijf en een overeenkomst sluit met een zorgaanbieder voor wijkverpleging voor de formele zorg.

Op basis van deze criteria zijn alle hospices ingedeeld.

Voor de patiënt blijft er voor het verblijf een verschil bestaan in wettelijk eigen risico (bij een HCH en PU) en eigen bijdrage door het hospice (bij een BTH). Het is in ieders belang dat het verschil in kosten vooraf duidelijk is voor de patiënt.

Voor patiënten met een Wlz-indicatie met verblijf kan – indien de indicatie niet toereikend is voor de intensieve 24-uurszorg in de palliatief terminale fase – zonder tussenkomst van het zorgkantoor het zorgprofiel VV10 worden gedeclareerd. Indien de patiënt een Wlz-indicatie heeft zonder verblijf, kan PTZ worden gedeclareerd in het hospice. Het hospice moet daarvoor wel een overeenkomst met het zorgkantoor hebben.

Dit hoofdstuk beschrijft de financiering van palliatieve zorg voor zover deze in de setting van een BTH of HCH wordt geleverd. Hospices die onderdeel zijn van een verpleeghuis (Palliatieve Units, PU) worden in het hoofdstuk over het verpleeghuis besproken.

3.1 Vrijwilligers

Alle hospices werken met vrijwilligers. Zij kunnen in aanmerking komen voor een subsidie vanuit de Regeling Palliatieve Terminale Zorg en geestelijke verzorging thuis (Regeling PTZ¹²¹). Deze subsidie kan worden gebruikt voor de inzet, de opleiding en de coördinatie van vrijwilligers bij de mensen thuis en in de hospices. Instellingen die formele zorg leveren die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en Zorgverzekeringswet (Zvw), kunnen alleen aanspraak maken op subsidie vanuit de Regeling PTZ, als:

- (1) een instelling die de palliatieve terminale zorg verleent door vrijwilligers niet meer dan 20 fte verpleegkundigen, gerekend naar voltijds dienstverband, in vaste dienst heeft of
- (2) de overkoepelende organisatie van de instelling die palliatieve terminale zorg verleent met inzet van vrijwilligers:
 - 1°. ten hoogste 20 verpleegkundigen, gerekend naar voltijds dienstverband, in vaste dienst heeft of
 - 2°. meer dan 20 verpleegkundigen gerekend naar voltijds dienstverband in vaste dienst heeft en de instelling die palliatieve terminale zorg door vrijwilligers verleent *zelfstandig opereert* en ten hoogste 20 verpleegkundigen, gerekend naar voltijds dienstverband, in vaste dienst heeft.¹²²

In de praktijk bleek aanhoudend enige onduidelijkheid te bestaan over wanneer sprake is van *zelfstandig opereren*. Het moet gaan om een organisatie die in de maatschappij als zelfstandige eenheid te herkennen is en een interne zelfstandige bedrijfsvoering voert.¹²³

Zelfstandige eenheid

Bij de beoordeling of de instelling in de maatschappij als zelfstandige eenheid is te herkennen is van belang hoe deze zich naar buiten toe, extern, in de maatschappij presenteert en daarmee voor derden als zelfstandige eenheid zichtbaar is. Bij de beoordeling of hiervan sprake is, kan onder meer indicatief zijn (en in onderlinge samenhang te beoordelen) in hoeverre de eenheid zich extern publiekelijk als zelfstandig presenteert, de eenheid een eigen adres heeft, deze als aparte vestiging/locatie bij de Kamer van Koophandel is geregistreerd, een eigen naam bezigt en een eigen website kent.

Interne zelfstandige bedrijfsvoering

Elementen die indicatief kunnen zijn (en in onderlinge samenhang moeten worden beoordeeld) bij de bepaling of sprake is van een interne zelfstandige bedrijfsvoering zijn: of

¹²¹ 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

¹²² Artikel 3 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis – In de wijziging van 1 januari 2024 is in artikel 3 de reikwijdte van de regeling verduidelijkt door middel van een redactionele wijziging. In de praktijk bleek er aanhoudend enige onduidelijkheid te bestaan over wanneer een instelling aanspraak kan maken op een subsidie voor palliatieve terminale zorg door vrijwilligers. De strekking van het artikel blijft ongewijzigd

¹²³ Staatscourant 2024, 38026 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen

sprake is van een aparte rechtspersoon, of er zelfstandig (financieel) wordt gerapporteerd, of deze eenheid als zelfstandig onderdeel in de (financiële) rapportage is opgenomen (blijkt bijvoorbeeld uit jaarplannen), in hoeverre een eigen management verantwoordelijk is voor de bedrijfsvoering, of de eenheid zelfstandig personeel in dienst kan nemen en ontslaan en of sprake is van een eigen, separate medezeggenschap.

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 een organisatie(s) voor wijkverpleging. Financiering verloopt dan vanuit dezelfde aanspraak als thuis (zie [paragraaf 2.1.2](#)). Vanaf 1 januari 2025 wordt daarbij specifiek voor bijna-thuis-huizen gewerkt met een dagprijs, één bedrag per gast per etmaal. Contractafspraken met zorgverzekeraars over de tarieven worden met de betreffende organisatie voor wijkverpleging gemaakt. Niet-gecontracteerde aanbieders voor wijkverpleging kunnen geen gebruik maken van de dagprijs, en indiceren op uurbasis, zoals in de thuissituatie.

Voor cliënten met een WLZ-indicatie kan een Modulair Pakket Thuis (MPT) of een volledig pakket thuis (VPT) door de thuiszorgorganisatie gedeclareerd worden. Bij een VPT moet wel opgelet worden dat er geen dubbele bekostiging van voeding/huishoudelijke hulp is, omdat dat ook in het VPT tarief zit.

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. Uitgangspunt voor bekostiging is dan zoals hieronder staat beschreven (bij met WTZa-vergunning).

Eigen personeel in dienst, met WTZa-vergunning

Een hospice met een WTZa-vergunning kan zelf een contract afsluiten. Het uitgangspunt voor bekostiging is eerstelijnsverblijf PTZ. In geval van kinderen is de prestatie Verblijf intensieve kindzorg van toepassing.¹²⁴ 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. Als 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

¹²⁴ NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij medische kindzorg - BR/REG-26109

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 Ouderengeneeskunde wordt ingezet in een hospice. Als de zorg in een BTH, zonder dat de patiënt een WLZ-indicatie heeft, wordt geleverd zoals thuis, kan de inzet van de specialisten ouderengeneeskunde verlopen via de prestatie Zorg zoals specialisten Ouderengeneeskunde bieden in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.¹²⁵ Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 2.2.1](#). Als de zorg wordt vergoed op basis van het eerstelijnsverblijf, zoals bij HCH's en PU, zit de inzet van de specialist Ouderengeneeskunde al in het tarief. Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 4.2](#). Indien de patiënt een WLZ-indicatie heeft, kan de inzet van de Specialist Ouderengeneeskunde met een indicatie MPT of VPT apart worden gedeclareerd, bij een WLZ indicatie verblijf is het onderdeel van het tarief.

Er zijn ook hospices (HCH of PU) die voor de medische zorg van hun patiënten een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts/kaderarts Palliatieve Zorg in dienst hebben. De zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde maakt onderdeel uit van de integrale prestaties voor eerstelijnsverblijf. De geneeskundige zorg (inclusief diagnostiek) geleverd door de huisarts zit niet in het tarief inbegrepen en wordt via de prestaties van de huisartsenzorg gedeclareerd. Voor vergoeding hiervan kan – indien het geneeskundige zorg betreft – mogelijk een contract worden afgesloten 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. Voor de kosten van de inzet van de kaderarts Palliatieve Zorg voor bijvoorbeeld een MDO is het hospice zelf verantwoordelijk.

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 worden gedeclareerd via de prestatie 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228).¹²⁶ Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het hospice. De klinische zorgdag in de thuissituatie mag naast de prestaties van het eerstelijnsverblijf worden gedeclareerd. Wel zit er mogelijk overlap tussen de verschillende integrale prestaties, zoals verpleging en verzorging. De declaraties kunnen naast elkaar bestaan, maar hier moeten dan wel aparte afspraken over worden gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet 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.¹²⁷ 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 verzorging thuis¹²⁸ is de inzet van geestelijk

¹²⁵ Artikel 4 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen – BR/REG-26115

¹²⁶ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

¹²⁷ Artikel 24.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

¹²⁸ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

verzorgers in de ambulante eerstelijns mogelijk gemaakt. BTH's kunnen hier onder voorwaarden gebruik van maken.

Het Zorginstituut is van mening dat geestelijke verzorging bij het eerstelijnsverblijf een voorziening betreft. De Wkkgz zegt het volgende in artikel 6¹²⁹:

Artikel 6

De zorgaanbieder die zorg verleent welke verblijf van de cliënt in een accommodatie gedurende het etmaal met zich brengt, draagt er zorg voor dat geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt.

Een zorgaanbieder die verblijf levert zal dus ook geestelijke verzorging moeten bieden, wat onderdeel is van het tarief ELV. Nu de Wkkgz dit zo stelt ziet het zorginstituut 'geestelijke verzorging' als voorziening die als onderdeel van het verblijf geleverd wordt, overeenkomstig andere, meer praktische, voorzieningen die inherent zijn aan het verblijf, zoals bad, bed en brood.

Omdat Palliatieve Units (PU) en HCH verblijf bieden, kunnen zij geen gebruik maken van de landelijke subsidieregeling. Ze moeten wel geestelijke verzorging bieden.

3.6 Verblifskosten

Voor verblijfskosten van de patiënt vragen hospices een eigen (dag)bijdrage. Dit mag wettelijk alleen bij een hospice bekostigd op basis van wijkverpleging, dus een BTH. Van de eigen bijdrage worden onder meer de verblijfskosten, het verzorgen van maaltijden en wassen van beddengoed betaald. Bij de bekostiging op basis van eerstelijnsverblijf (HCH en PU) maken deze kosten onderdeel uit van het tarief. Wel kan een bijdrage worden gevraagd voor 'extra's die te maken hebben met het verblijf', zoals de persoonlijke was, complementaire zorg, streamingsdienst-aansluiting e.d. Die wordt soms vergoed uit de aanvullende verzekering.

In meerdere aanvullende zorgverzekeringen wordt deze eigen bijdrage (deels) vergoed. Indien een patiënt de eigen bijdrage niet kan betalen, wordt deze soms vergoed door de Vriendenstichting of kwijtgescholden door het hospice. Er zijn echter ook gemeenten die dit vergoeden vanuit de bijzondere bijstand, als onderdeel van de Participatiewet.¹³⁰

Vanuit de Wmo kan een patiënt ondersteuning bij zelfredzaamheid, zoals bijvoorbeeld huishoudelijke hulp, ontvangen. Het bijna-thuis-huis 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.¹³¹



Voor kinderen zijn twee typen respijtzorg te onderscheiden:

- Verpleegkundig kinderdagverblijf.¹³²

¹²⁹ Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2025-07-05>

¹³⁰ Rijksoverheid, Wanneer heb ik recht op bijzondere bijstand? Geraadpleegd 30 oktober 2025

¹³¹ Financiering van logeerszorg – MantelzorgNL, Movisie, Vilans

¹³² Binkz. Verpleegkundig kinderdagverblijven. Geraadpleegd op 30 oktober 2025

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 kinderzorghuis.¹³³

Ook wel kinderspice 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 kinderzorghuis kan worden geboden in combinatie met een verpleegkundig kinderdagverblijf en/of kinderdagverblijf.

Professionele palliatieve 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 worden vergoed 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. De zorgverzekeraar vergoedt de prestatie Verpleegkundige dagopvang medische kindzorg voor het bezoeken van een verpleegkundig kinderdagverblijf¹³⁴ en Verblijf medische kindzorg voor verblijf in een verpleegkundig kinderzorghuis.¹³⁵



3.8 Opname in een hospice vanuit 'zorg thuis' met een Wlz-indicatie

Als een cliënt in het kader van een beperking of een stoornis een Wlz-indicatie heeft (bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapt, ggz of dementie), maar wel thuis woont (zelfstandig of in een geclusterde woonvorm) kan er aanleiding zijn hem of haar in een hospice op te nemen. Dan gelden de volgende regels:

Voor Bijna Thuis Huizen:

- **Patiënt heeft een persoonsgebonden budget (pgb-wlz):** De patiënt kan opgenomen worden in een BTH. De kosten voor verpleging en verzorging kunnen in rekening worden gebracht via het pgb. Er kan een extra toeslag worden aangevraagd voor palliatieve terminale zorg (ptz). De begeleiding die samenhangt met de beperking/stoornis kan door de oorspronkelijke aanbieder/persoon worden blijven geleverd. Het BTH vraagt een eigen bijdrage voor verblijf, zoals hiervoor beschreven.
- **Patiënt heeft een modulair pakket thuis (mpt):** De organisatie voor wijkverpleging die de V&V in het hospice verzorgt, kan de geleverde verpleging en verzorging bij het zorgkantoor in rekening brengen. Er kan een extra toeslag worden aangevraagd voor

¹³³ Binkz, Verpleegkundig kinderzorghuizen. Geraadpleegd op 30 oktober 2025

¹³⁴ Artikel 4.1 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij medische kindzorg - BR/REG-26109

¹³⁵ Artikel 4.2 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij medische kindzorg - BR/REG-26109

palliatieve terminale zorg (ptz). De coördinator zorg thuis (czt) zorgt dat de toewijzing wordt aangepast. De begeleiding die samenhangt met de beperking/stoornis kan door de oorspronkelijke zorgaanbieder (bijv de VG- of GGZ-organisatie) worden blijven geleverd, indien noodzakelijk. Het BTH vraagt een eigen bijdrage voor verblijf, zoals hiervoor beschreven.

- **Patiënt heeft volledig pakket thuis (vpt):** alle zorg moet dan worden geleverd door 1 zorgaanbieder. Verpleging & verzorging enerzijds en begeleiding anderzijds kunnen niet door 2 aanbieders worden geleverd en gedeclareerd. Als beide aanbieders wel willen (blijven) leveren dient de leveringsvorm te worden omgezet naar mpt zodat verschillende zorgaanbieders apart V&V en begeleiding kunnen leveren en declareren. Het maken van onderlinge afspraken daarover kost vaak wel tijd.

In het volledige pakket thuis wordt ook betaald voor eten & drinken en voor huishoudelijke hulp. Het gevolg is dat:

- Meerdere gemeenten geen bijdrage aan de huishoudelijke hulp hoeven te betalen voor gasten met een vpt in het hospice. Dit hangt af van de afspraken die het BTH heeft met de gemeente rondom de huishoudelijk hulp: of het nodig is om het aantal gasten aan te leveren of dat het een lumpsum-bedrag is.
- Niet alle aanvullende verzekeringen zijn bereid de eigen bijdrage voor verblijf te vergoeden, omdat er (in hun ogen) geen indicatie is voor verblijf.
- De hospicegast betaalt al een eigen bijdrage voor het vpt, en zal dus ook niet graag zelf de eigen bijdrage voor het verblijf betalen.

Het Bijna Thuis Huis kan hierbij een afspraak maken met de thuiszorgorganisatie dat ze een gedeelte van de inkomsten uit het vpt betalen aan het hospice, voor de huishoudelijke hulp. Als dit onwenselijk is, kan de indicatie worden omgezet naar mpt.

Voor High Care Hospices/Palliatieve Unit:

Het HCH moet een contract hebben met het zorgkantoor voor het leveren van Wlz-zorg. Een Palliatieve Unit heeft dat normaal gesproken al.

Een verzekerde die Wlz-zorg thuis krijgt, kan tijdelijk worden opgenomen in een Wlz-instelling als zorg thuis niet meer mogelijk is (thuis kan een zelfstandige wooneenheid of een geclusterde woonvorm zijn). De leveringsvorm voor Wlz-zorg moet dan worden gewijzigd in verblijf. De instelling moet een overeenkomst hebben met het zorgkantoor voor Wlz-verblijf. Als een instelling alleen een overeenkomst heeft met een zorgverzekeraar voor eerstelijnsverblijf vanuit de Zvw, dan kan deze Wlz-cliënt daar alleen worden opgenomen op basis van een pgb of via onderaannemerschap onder een zorgaanbieder met een WLZ contract. Er is een hoger tarief mogelijk in de terminale fase (VV10).

3.9 Afleggen en opbaren

Verlenen van de laatste zorg (afleggen) en opbaren is geen verzekerde zorg. Deze kosten komen voor rekening van de patiënt die zich daarvoor kan verzekeren.¹³⁶

In het hospice kan gekozen worden of de laatste zorg door een zorgverlener of door een uitvaartondernemer wordt uitgevoerd. In de hospices worden vaak de naasten ook gevraagd of zij hier een bijdrage willen leveren. Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling voor afleggen en opbaren, dan kan de instelling dit aan

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

nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de
uitvaartverzekeraar in rekening brengen.¹³⁷ Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

¹³⁷ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

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 vlak bij 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. Als 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 (PU). 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. Als een patiënt bijvoorbeeld het zorgprofiel 'Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging' (voorheen ZP VV 6) heeft, dan wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat profiel.¹³⁸

Er kan een intramurale toeslag worden aangevraagd als meer zorg nodig is dan op grond van de indicatie mogelijk is, én de zorgbehoefte voortkomt uit:

- 1° gespecialiseerde epilepsiezorg
- 2° chronische invasieve beademing
- 3° non-invasieve beademing
- 4° klinisch intensieve behandeling
- 5° niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie
- 6° observatie
- 7° zorg in verband met een CVA
- 8° zorg in verband met de ziekte van Huntington
- 9° gespecialiseerde zorg in verband met de ziekte van Huntington waarbij sprake is van verblijf in een instelling
- 10° gespecialiseerde zorg in verband met het syndroom van Korsakov waarbij sprake is van verblijf in een instelling
- 11° gespecialiseerde zorg in verband met een langdurige bewustzijnsstoornis waarbij sprake is van verblijf in een instelling
- 12° gespecialiseerde zorg in verband met dementie met zeer ernstig probleemgedrag die gericht is op verbetering van het probleemgedrag en waarbij sprake is van verblijf in een instelling
- 13° gespecialiseerde zorg in verband met een zeer ernstige gerontopsychiatrische aandoening waarbij sprake is van verblijf in een instelling
- 14° gespecialiseerde zorg in verband met multiple sclerose met ernstige motorische beperkingen waarbij sprake is van verblijf in een instelling

15° gespecialiseerde zorg in verband met niet-aangeboren hersenletsel met zeer ernstig probleemgedrag waarbij sprake is van verblijf in een instelling of
16° coördinerende activiteiten in het kader van de levenslooppaak zoals omschreven in de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg^{139,140}

Naast deze specifieke intramurale toeslagen kan ook een beroep gedaan worden op de meer generieke prestatie 'meerzorg'. Als de zorgbehoefte minimaal 25 procent hoger is dan het op grond van de indicatie mogelijk is, kan naast de zorgprofielen Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding (voorheen VV 7) en Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging en verpleging (voorheen VV 8), de prestatie zzp-meerzorg worden aangevraagd bij het zorgkantoor.^{141,142}

Als de patiënt terminaal is en behoefte heeft aan intensieve palliatieve zorg, bestaat de mogelijkheid om voor deze patiënt Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg (voorheen VV 10) 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

De behandelend arts moet verklaren dat de patiënt voldoet aan deze criteria. Het eerder door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel van de patiënt kan niet tegelijk met de VV 10 worden gedeclareerd. Ook kan bij dit zorgprofiel geen meerzorg in rekening worden gebracht.

4.1.1 Arts

Wlz-behandeling en algemene geneeskundige zorg zijn onderdeel van de Wlz in de instelling. Indien de patiënt met een indicatie inclusief behandeling verblijft in een instelling, 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 medisch generalistische zorg. De instelling kan voor de medisch generalistische zorg ook gebruik maken van een huisarts. Het verpleeghuis betaalt dan de inzet van de zelfstandig specialist ouderengeneeskunde of de huisarts uit het zorgprofiel van de patiënt.

Voor patiënten die geen indicatie hebben voor behandeling, levert een huisarts de algemeen geneeskundige zorg via de Zvw. Indien daarnaast behandeling door de specialist ouderengeneeskunde gewenst is, is dit op consultbasis te declareren via de functie H335.

¹³⁹ Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg

¹⁴⁰ Zorginstituut Nederland, Extra zorg (Wlz) Geraadpleegd 30 oktober 2025

¹⁴¹ Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg

¹⁴² Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz - BR/REG-26130

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).¹⁴³

4.1.3 Geestelijke verzorging

De patiënt kan met de geestelijk verzorger van de instelling bespreken hoe hij of zij het ziekteproces ervaart. De geestelijk verzorger kan specialistische ondersteuning bieden op het gebied van coping en zingeving, het bieden van een vrijplaats.¹⁴⁴ en het begeleiden bij religie en spiritualiteit.¹⁴⁵ Een instelling dient ervoor te zorgen dat geestelijke verzorging beschikbaar is.¹⁴⁶ Vanuit de Wlz wordt dit bekostigd uit de tarieven van de zorgprofielen.

4.2 Palliatieve Unit (PU)



Olivia zit in een rolstoel en neemt een slokje thee. Stilletjes geniet ze van het zachte lentebriesje en het gebabbel van Guus en Sara. Het is niet thuis, maar het voelt toch huiselijk. In het verpleeghuis is een specialist Ouderengeneeskunde werkzaam. Omdat het verpleeghuis dicht bij 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. Als 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 Zorgverzekeringswet (Zvw). Patiënten die thuis woonden met een Wlz-indicatie (zie paragraaf 2.1.2) en bewoners van een verpleeghuis die naar een PU worden verplaatst, krijgen de zorg op de PU vanuit de Wlz. Palliatieve zorg op een PU wordt dus op verschillende manieren bekostigd:

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 als de levensverwachting van de patiënt volgens

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.

¹⁴³ Beleidsregel prestatiebeschrijvingen tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 – BR/REG-26125a

¹⁴⁴ Het bieden van een vrijplaats is aan de orde als iemand zijn leven in een instituut (bijvoorbeeld een zorginstelling) doorbrengt en van dat instituut afhankelijk is voor zijn dagelijks leven. De verzekerde heeft altijd toegang tot een geestelijk verzorger bij levensvragen (VWS (2010), Geestelijke verzorging buiten de AWBZ-instelling [Kamerbrief], p. 3)

¹⁴⁵ Hopman, A.M. (2006), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen Zorginstituut Nederland, p. 4

¹⁴⁶ Artikel 6 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Opname PU Zorgverzekeringswet

de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn.¹⁴⁷

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.¹⁴⁸

Het is 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.¹⁴⁹

Opname PU Wet langdurige zorg

Financiering is dan zoals in het verpleeghuis (zie [paragraaf 4.1](#)).

Voor het kunnen declareren van het zorgprofiel Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg (voorheen VV 10) 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 dit zorgprofiel kan voor patiënten met een Wlz-indicatie die vanuit thuis komen als de levensverwachting van die patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn. Er hoeft dan niet te worden voldaan aan de andere criteria.

4.2.1 Arts

Arts PU Zorgverzekeringswet

Voor een patiënt opgenomen op een palliatieve unit in een instelling kan de specialist ouderengeneeskunde de zorg op zich nemen.¹⁵⁰ Dit hoeft echter niet. De huisarts kan ook de patiënt zelf blijven behandelen, waar nodig met ondersteuning.

De kosten voor de inzet van de specialist ouderengeneeskunde vallen onder de prestatie Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg.¹⁵¹

De huisarts kan hiervoor de prestaties 'Intensieve zorg' declareren, omdat er in

Arts PU Wet langdurige zorg

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](#)). Vergoeding zoals in het verpleeghuis kan alleen als het verpleeghuis waar de pu onderdeel van is, daarvoor een contract heeft afgesloten met het zorgkantoor.

¹⁴⁷ Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-26114

¹⁴⁸ Artikel 5.1 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-26114

¹⁴⁹ Artikel 4.6 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-26114

¹⁵⁰ Verenso / LHV (2016), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde

¹⁵¹ Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-26114

eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg wordt geboden.¹⁵² Zie ook [paragraaf 2.1.1](#).

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 worden gedeclareerd via de prestatie 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228).¹⁵³ Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het verpleeghuis of de pu. Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet 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.¹⁵⁴ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

4.2.3 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging PU Zorgverzekeringswet

Een zorgaanbieder die verblijf levert zal geestelijke verzorging moeten bieden vanuit het tarief ELV. Het zorginstituut ziet 'geestelijke verzorging' als voorziening die als onderdeel van het verblijf geleverd wordt, overeenkomstig andere, meer praktische, voorzieningen die inherent zijn aan het verblijf, zoals bad, bed en brood.

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 als 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 subsidieregeling PTZ. Deze subsidieregeling loopt eind 2026 af en wordt momenteel geëvalueerd.

4.4 Hulpmiddelen

Alle patiënten die in een Wlz-instelling verblijven ontvangen hun mobiliteitshulpmiddelen (zoals een rolstoel) en hulpmiddelen, zoals een tillift en een hoog-laag bed (zogenoeten 'roerende voorzieningen'), vanuit de Wlz.¹⁵⁵

¹⁵² Artikel 5.2.7 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2026 - BR/REG-26112

¹⁵³ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

¹⁵⁴ Artikel 24.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

¹⁵⁵ Brochure 'Hulpmiddelen in de Wlz'

Patiënten die thuis wonen, ontvangen hulpmiddelen vanuit de Wmo. Bij een verhuizing naar een Wlz-instelling, worden de hulpmiddelen normaal gesproken na de verhuizing opgehaald. Echter, bij een verblijf of logeren van minimaal 18 dagen per jaar bij familie of naasten, kunnen de hulpmiddelen vanuit de Wmo – bijvoorbeeld een tillift – behouden worden in de thuissituatie.

Voor hulpmiddelen vanuit de gemeente geldt een andere werkwijze ten aanzien van het behoud van hulpmiddelen dan voor de hulpmiddelen vanuit de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beslist op basis van coulance of de patiënt de hulpmiddelen – zoals een antidecubitusmatras – kan behouden. De patiënt dient daarvoor een coulanceverzoek in bij de verzekeraar.¹⁵⁶

4.5 Nazorg

De betrokken zorgverleners spelen direct na het overlijden van de patiënt in op wat de nabestaanden nodig hebben.¹⁵⁷ Deze zorg is onderdeel van de prestatie Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg (Zvw) of het zorgprofiel 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 de eigen huisarts.¹⁵⁸

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.¹⁵⁹

Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling voor afleggen en opbaren, kan de instelling dit aan nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar in rekening brengen.¹⁶⁰ Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

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.^{161, 162}

¹⁵⁶ Behoud Wmo-hulpmiddelen thuis na verhuizing naar een Wlz-zorginstelling. Regelhulp. Geraadpleegd 30 oktober 2025

¹⁵⁷ IKNL / Palliatief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

¹⁵⁸ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

¹⁵⁹ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹⁶⁰ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹⁶¹ Artikel 6.4 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 – BR/REG-26125

¹⁶² NZa, Wanneer mag je mutatiedagen declareren na overlijden van een cliënt? Geraadpleegd 3 januari 2025

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 betalen.¹⁶³ Voor sommige zorg geldt een eigen bijdrage.¹⁶⁴

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.¹⁶⁵

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.¹⁶⁶



Jeugdwet

Voor hulp en ondersteuning vanuit de Jeugdwet is geen eigen bijdrage van toepassing.¹⁶⁷ 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 2025 per plaats van zorg en wet opgenomen.

¹⁶³ Zorginstituut Nederland. Eigen risico (Zvw). Geraadpleegd 30 oktober 2025

¹⁶⁴ Zorginstituut Nederland. Eigen bijdrage (Zvw). Geraadpleegd 30 oktober 2025

¹⁶⁵ Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de Wet langdurige zorg? Geraadpleegd 30 oktober 2025

¹⁶⁶ Rijksoverheid. Betaal ik een eigen bijdrage voor ondersteuning uit de Wmo?

¹⁶⁷ Per Saldo. Eigen bijdrage en tarieven bij een pgb van de gemeente

Wet Plaats	Zorgverzekeringswet (Zvw) ^{168,169,170,171}	Wet langdurige zorg (Wlz) ^{172,173,174,175,176}	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) ^{177,178}
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. Kinderzorgtehuizen, verpleegkundig kinderdagverblijven vallen onder de wijkverpleging.	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage per maand: pgb: € 30,40–€ 933,60 mpt: € 30,40–€ 933,60 vpt: € 212,60–€ 1.115,80 Partners die beiden Wlz- zorg ontvangen, betalen een gezamenlijke eigen bijdrage. Voor kinderen onder de 18 geldt geen inkomensafhankelijke bijdrage.	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen & algemene voorzieningen: Max. € 21 per maand (‘abonnementstarief’). In een enkel geval een aparte bijdrage in de kosten. In de Jeugdwet geldt geen eigen bijdrage.
Hospice Geen WTZa- instelling (BTH)	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 (HCH/PU)	Conform verpleeghuis & Palliatieve Unit óf via Eerstelijnsverblijf. Dan geldt verplicht eigen risico.	Conform verpleeghuis & Palliatieve Unit óf conform thuis.	Conform verpleeghuis & Palliatieve Unit óf conform thuis.

168 Zorginstituut Nederland. Eigen risico (Zvw). Geraadpleegd 30 oktober 2025

169 Artikel 35 Participatiewet

170 Hospice Alkmaar

171 Hospice Dignitas

172 Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de wet langdurige zorg? Geraadpleegd 30 oktober 2025

173 CAK. Zorg vanuit de Wlz. Geraadpleegd 30 oktober 2025

174 Artikel 3.3.2.1 & 3.3.2.2 Besluit langdurige zorg

175 CAK – Wlz en beschermd wonen: wat verandert er in 2023? Geraadpleegd op 30 oktober 2025

176 CAK. Mijn partner ontvangt ook Wlz-zorg of beschermd wonen. Geraadpleegd 30 oktober 2025

177 CAK. Wat is het verschil tussen een algemene voorziening en een maatwerkvoorziening? Geraadpleegd 30 oktober 2025

178 CAK. Ik ontvang Wlz-zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Betaal ik dan 2 keer een eigen bijdrage? Geraadpleegd 30 oktober 2025

Verpleeghuis & Palliatieve Unit (PU) <i>(Geldt ook voor hospices die werken als onderaannemer van een verpleeghuis)</i>	Eerstelijnsverblijf: Verplicht eigen risico (vastgesteld op € 385).	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage per maand: Lage eigen bijdrage (eerste vier maanden): € 212,60–€ 1.115,80 Hoge eigen bijdrage (na vier maanden): € 0 – € 3.061,80 Partners die beiden Wlz-zorg ontvangen, betalen een gezamenlijke eigen bijdrage.	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen & algemene voorzieningen: Max. € 21 per maand ('abonnementstarief'). In een enkel geval een aparte bijdrage in de kosten. Bij Wlz-zorg geen eigen bijdrage.
---	--	--	--

6. Knelpunten

Dit hoofdstuk geeft zicht op de zorg die niet of nog niet kan worden 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 2026.

6.1 Ziekenhuis

Knelpunten ziekenhuis 2017

Patiënt overleden vóór Overleg palliatieve zorg

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 te hebben plaatsgevonden. Als de patiënt is overleden voor dit overleg heeft plaatsgevonden, kan er geen zorgproduct worden gedeclareerd.

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

Als 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. Dit contact kan ook als zorg op afstand plaatsvinden. Als de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

Stand van zaken 2026

Geen aanpassing

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. 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.

Als een patiënt overlijdt, is hij van rechtswege niet langer verzekerd. De prestatie kan niet worden gedeclareerd. De kosten worden in het kostprijsonderzoek toegerekend aan de wel declarabele zorgprestaties.

Knelpunten ziekenhuis 2017

Stand van zaken 2026

Registratie Overleg palliatieve zorg (code 190006)

Het betreft de bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg, bestaande uit minimaal 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 door middel van opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.

In steeds meer ziekenhuizen maakt een specialist ouderengeneeskunde deel uit van het team palliatieve zorg. Om de DBC palliatieve zorg declarabel te krijgen, is een overleg palliatieve zorg tussen een kader opgeleide specialist ouderengeneeskunde en een verpleegkundig specialist na een consult met de patiënt onvoldoende, omdat zij beiden *beroepsbeoefenaar zijn die de poortfunctie vervullen*.

Ondanks het feit dat het hier gaat om multidisciplinair overleg tussen in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners kan in deze situatie alleen een overleg palliatieve zorg worden geregistreerd als een *poortspecialist* (die regelmatig minder expertise heeft in palliatieve zorg dan de kader opgeleide specialist ouderengeneeskunde of de verpleegkundig specialist) deelneemt aan het overleg.

Vanaf 1 april 2024 werkt een gemandateerde werkgroep aan het Kader consultatie palliatieve zorg. De trekker hiervan is Palliactief, de multidisciplinaire beroepsvereniging voor professionals werkzaam in de palliatieve zorg. In dit richtinggevend kader wordt onder meer uitgewerkt hoe de samenstelling van een transmuraal team palliatieve zorg (waarvan ook het ziekenhuisteam palliatieve zorg deel uitmaakt) eruitziet, alsmede wat de rollen en taken van de verschillende teamleden zijn. De planning is dat dit Kader consultatie in de zomer van 2026 wordt opgeleverd.

Als de inhoud van het Kader consultatie niet langer aansluit op de DBC's palliatieve zorg, kan dat vervolgens worden geagendeerd bij de NZa.

6.2 Thuis

Knelpunten huisarts 2017

Stand van zaken 2026

Structurele financiering transmuraal team

Knelpunten huisarts 2017

Er zijn momenteel slechts beperkte mogelijkheden voor het bekostigen en contracteren van de samenwerking van zorgverleners in een transmuraal team. Bijvoorbeeld voor transmurale mdo's, transmurale bedside consultaties en de inzet van casemanagement/regiefunctie palliatieve zorg.¹⁷⁹

Dit knelpunt staat nu bij huisartsen maar geldt, afhankelijk van de lokale inrichting van het transmurale team Palliatieve Zorg, ook voor andere zorgverleners in dat team.

Deelname huisarts aan PaTz-groep niet structureel bekostigd

Stand van zaken 2026

Een oplossing voor dit knelpunt kan liggen in de contractafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar kunnen maken over de prestaties in het TAPA\$-experiment. Zie toelichting op TAPA\$ in paragraaf 2.6.

Deelname van de huisarts aan PaTz (indirect patiëntgebonden tijd) zit net als andere mdo's verdisconteerd in de tarieven voor de direct patiëntgebonden tijd, oftewel het consult- en inschrijftarief. Binnen de huisartsenfinanciering zijn er daarnaast mogelijkheden om hierover aanvullende maatwerkafspraken te maken in segment 3. Verschillende zorgverzekeraars onderschrijven de toegevoegde waarde van PaTz ten opzichte van een regulier Multidisciplinair overleg (mdo) en voorzien in financiering vanuit segment 3. Financiering vanuit segment 3 is echter altijd tijdelijk. Een oplossing voor dit knelpunt kan liggen in de contractafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar kunnen maken over de prestaties in het TAPA\$-experiment. Zie toelichting op TAPA\$ in paragraaf 2.6.

In de uitwerking van de visie 2030 1^e lijn is een [handreiking Contractering regionale eerstelijnsamenwerkingsverbanden](#) opgeleverd. Daarin staat dat een van de hoofdtaken van het RESV het maken van zorginhoudelijke afspraken over specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld patiënten in de palliatieve fase) is. Deze zorg kan vanaf 2027 worden gecontracteerd.

¹⁷⁹ Gebaseerd op de inventarisatie van knelpunten in de eindrapportage 'Patiëntreizen' van Stichting PZNL

Knelpunten huisarts 2017

Structurele financiering voor proactieve zorgplanningsgesprekken

Stand van zaken 2026

Voor proactieve zorgplanningsgesprekken hebben huisartsen de mogelijkheid om een lang consult te declareren (>20 minuten). In de praktijk duren deze gesprekken echter aanzienlijk langer, waardoor het tarief als ontoereikend wordt ervaren.

De NZa werkt momenteel aan proactieve zorgplanning per 2027 structureel en landelijk te bekostigen vanuit S1. Tot dat moment kan er ruim in S3 geëxperimenteerd worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De NZa ziet dit als een kans om te onderzoeken en te leren hoe proactieve zorgplanning kan aansluiten bij de praktijk.

Knelpunten wijkverpleging 2017

Terminaliteitsverklaring (Zvw)

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

Stand van zaken 2026

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 vooralsnog met uitzondering van aanvragen van een pgb voor zorg in de palliatief terminale fase.¹⁸⁰ 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.

Nazorg (Wlz & Zvw)

Kostenonderzoeken

¹⁸⁰ VWS. Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig. 5 november 2019

Knelpunten wijkverpleging 2017

Voor nazorg is geen aparte bekostiging. Het is onderdeel van de tarieven van de prestaties en daardoor niet transparant welke nazorg precies geleverd is.

Stand van zaken 2026

In de kostprijsaanleveringen wordt de nazorg meegenomen voor zowel de Zvw als de Wlz, zodat de kosten van nazorg na overlijden geborgd zijn met een adequaat tarief.

6.3 Hospice

Knelpunten 2017

Onderaannemerschap

Hospices zonder WTZa-toelating zijn veelal onderaannemer bij een organisatie die contracten kan afsluiten met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor.¹⁸¹ 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 worden gemaakt over de gespecialiseerde zorg die zij leveren.

Wmo

De Wmo (huishoudelijke hulp) biedt gemeenten veel vrijheid in de uitvoering van de wet. BTH 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.

Stand van zaken 2026

Aandacht voor contractering hospicezorg

De NZa geeft aan dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders regionaal in de contractering of landelijk via de branchepartijen kunnen kijken hoe specifieke aandacht kan worden gegeven aan de hospicezorg in de contractering. Ook kan er worden geïnventariseerd of directe contractering mogelijk is.¹⁸²

Afspraken op maat

Hiervoor is geen oplossing.

¹⁸¹ Voor meer informatie: Over de Wtza

¹⁸² NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 35-36

Knelpunten 2017

Bijdragen vanuit de Wmo voor de inzet van vrijwilligers zijn mogelijk voor alle hospicetypes.

Bekostiging respijtzorg

Bekostiging van respijtzorg, wanneer de prognose nog langer is dan drie maanden, is ontoereikend en onduidelijk.

In principe wordt deze zorg bekostigd vanuit de Wmo. Gemeenten zijn echter vrij hoeveel respijtzorg zij bekostigen en voor welk bedrag. De verschillen onderling zijn enorm (denk: factor 10 in bedrag per gast per dag). Dat maakt dat het in sommige gemeenten goed lukt om dit te organiseren (denk Woerden, Beverwijk, Panningen) en in andere gemeenten het niet van de grond komt omdat de gemeente het niet wil bekostigen.

Respijtzorg onduidelijk of ZVW of WMO

Vanuit de zorgwetten wordt nog met regelmaat naar elkaar verwezen. Het gaat vaak om mensen die 24/7 toezicht nodig hebben en die dat normaal in de thuissituatie dat krijgen door mantelzorgers en naasten. De mantelzorg heeft dan af en toe adempauze nodig, zodat ze 24/7 toezicht kan blijven bieden. Wat er helaas gebeurt is dat BTH's die respijtzorg willen gaan bieden en naar de gemeenten gaan, te horen krijgen dat de gemeente vindt dat het hier om ELV-zorg of Wlz-zorg gaat, omdat degene die wordt opgenomen 24/7 toezicht nodig heeft. Zij willen het dan dus niet bekostigen. Maar de zorgverzekeraar zegt andersom: 'het gaat om een mantelzorger die een adempauze nodig heeft. Dat is respijtzorg, dus ga maar terug naar de gemeente'. En zo lukt het het BTH niet om de financiering rond te krijgen en kan ze geen respijtzorg bieden.

Stand van zaken 2026

Respijtzorg kan (deels) worden bekostigd vanuit de Wmo, sommige aanvullende verzekeringen (Zvw) of Eerstelijnsverblijf (Zvw).

Er wordt op dit moment niet gewerkt aan een oplossing.

Knelpunten 2017

Stand van zaken 2026

Coördinatie en opleiding van vrijwilligers

De VWS-subsidie voor o.a. coördinatie en opleiding van vrijwilligers is landelijk gemaximeerd en groeit niet meer met een groeiende vraag naar vrijwilligers. Door een groei van het aantal cliënten, daalt het bedrag per cliënt.

De subsidie loopt eind 2026 af. De regeling wordt momenteel geëvalueerd.

De hoogte van de subsidie voor een hospice is afhankelijk van de werkzaamheden in eerdere jaren. In regio's waar dit nieuw wordt neergezet of de vraag sterk groeit, wordt de vergoeding t.b.v. coördinatie en opleiding als niet toereikend ervaren.

Hierdoor kunnen coördinerende taken en opleidingstrajecten soms onvoldoende worden uitgevoerd, leidend tot een lagere inzet van vrijwilligers.

Eerdere inzet vrijwilligers dan laatste 3 maanden valt buiten subsidie

Uit onderzoek van Verwey-Jonker blijkt dat de behoefte aan ondersteuning van een vrijwilliger meestal start 12 tot 6 maanden voor het overlijden. Echter, een VPTZ-organisatie mag iemand pas meetellen voor de subsidieregeling als die persoon een levensverwachting heeft van minder dan 3 maanden. Meerdere VPTZ-organisaties bieden deze ondersteuning nu toch. Om de financiering rond te krijgen, krijgt een beperkt aantal van hen subsidie vanuit de gemeente. Dit verschilt echter sterk per gemeente en de meeste gemeenten doen dit niet. De andere VPTZ-organisaties die het wel bieden, moeten hiervoor dus particuliere donaties werven. In sommige gevallen zijn er vermogensfondsen (zoals het Oranjefonds) die dit willen bekostigen, maar dat is altijd tijdelijk en alleen in de opstartfase (max 2 of 3 jaar). Dit is dus een financieel knelpunt: er is aantoonbare

Dit is benoemd in de evaluatie van de subsidieregeling die nu loopt.

Knelpunten 2017

Stand van zaken 2026

behoefte, organisaties willen dit bieden, maar de financiering ontbreekt.

6.4 Verpleeghuis

Knelpunten Verpleeghuis/PU 2017

Stand van zaken 2026

6.5 Patiënten

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2026

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.¹⁸³ Er kunnen hierdoor verschillen ontstaan in kosten voor patiënten, die met name bij opname in een hospice duidelijk zichtbaar kunnen worden.

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 maandelijks eigen bijdrage die kan oplopen tot € 3.061,80. Hier zijn vragen over gesteld vanuit de Tweede Kamer en betrokken partijen, zoals de Patiëntenfederatie Nederland.¹⁸⁴ 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.¹⁸⁵

Bijbetalen niet-gecontracteerde zorg (Zvw)

¹⁸³ NZa (2017), Rapport palliatieve zorg op maat

¹⁸⁴ Minister de Jonge, Antwoord op vragen van het lid Kerstens over het bericht dat ouderen nauwelijks geld overhouden [30-09-2019]

¹⁸⁵ Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2018), Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies

Knelpunten en vragen in 2019

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

Stand van zaken 2026

VWS zet in op verbetering van de contractering én op betere informatie voor de patiënt. Toch vindt dit kabinet dat het 'hinderpaalcriterium' niet verder mag worden opgerekt. Zorgverzekeraars hanteren nu het cessieverbod. Niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen daardoor niet meer zelf hun declaraties indienen bij de zorgverzekeraar: dat moet via de patiënt. In veel gevallen moet de verzekerde ook een machtiging aanvragen. De zorgverzekeraar geeft dan goedkeuring voor het leveren van de zorg door een (mogelijk niet-gecontracteerde) aanbieder. Door deze maatregelen wordt voorkomen dat een patiënt niet weet dat zijn zorgaanbieder niet-gecontracteerd is – en hij voor onverwachte kosten komt te staan¹⁸⁶. Desalniettemin ligt de verplichting bij de niet-gecontracteerde zorgaanbieder om de patiënt te informeren over eigen bijdragen: Sinds 1 september 2024 is de vernieuwde [Regeling transparantie zorgaanbieders \(TH/NR-035\)](#) van kracht. Daarin is aangescherpt dat zorgaanbieders patiënten **vooraf actief en aantoonbaar** moeten informeren over de aan- of afwezigheid van een contract met diens zorgverzekeraar. Als een patiënt (een deel van) de kosten van de zorg zelf moet betalen, dan is het belangrijk dat de patiënt dat weet voordat de behandeling start. Het is daarom van belang dat een zorgaanbieder de patiënt voor aanvang van de afspraak informeert als er sprake is van een mogelijke eigen bijbetaling voor de benodigde zorg.¹⁸⁷

Stapel van zorgkosten

Doordat mensen te maken krijgen met zorg die wordt vergoed vanuit

In de rijksbegroting zijn diverse maatregelen opgenomen:

¹⁸⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 29 689, nr. 941

¹⁸⁷ Informatieverstrekking door zorgaanbieders – Nederlandse Zorgautoriteit

Knelpunten en vragen in 2019

verschillende wetten, krijgen ze ook te maken met verschillende eigen betalingen.

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

Zorgval

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

Stand van zaken 2026

- Zvw – Het eigen risico wordt ook in 2026 bevroren op € 385. De eigen bijdrage voor geneesmiddelen is gemaximeerd op € 250 per jaar.

Verder is de afgelopen jaren een aantal dingen gewijzigd:

- Wmo – De eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen is een abonnementstarief per maand geworden.¹⁸⁸ Per 2027 wordt de eigen bijdrage Wmo inkomens- en vermogensafhankelijk.¹⁸⁹
- Wlz – De vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdragen is per 2019 gehalveerd naar 4%.
- Wmo – een eerlijkere eigen bijdrage voor de huishoudelijke hulp met landelijke normen en met oog voor betaalbaarheid van lage- en middeninkomens.

Door maatwerkregelingen binnen de Wlz kan extra budget worden aangevraagd bij het zorgkantoor, als de zorg volgens het geïndiceerde zorgzwaartepakket ontoereikend is.^{190,191}

- De Meerzorgregeling 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. De meerzorgregeling is niet bedoeld voor de terminale fase.
- De Extra kosten thuis regeling is er voor patiënten die thuis zorg ontvangen met een mpt of pgb en waar de zorgkosten

¹⁸⁸ CAK. In 2026 is de eigen bijdrage Wmo maximaal € 21,00 per maand. Geraadpleegd op 30 oktober 2025.

¹⁸⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2025/03/14/invulling-van-de-inkomens--en-vermogensafhankelijke-eigen-bijdrage-in-de-wmo-per-1-januari-2027>

¹⁹⁰ Significant (2019), Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'

¹⁹¹ Minister de Jonge, Kamerbrief [17-05-2018] Maatwerk in de Wlz-zorg thuis

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2026

maximaal 25% hoger zijn dan ze in een instelling zouden zijn.¹⁹²

- 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.¹⁹³ In geval van een vpt, kan in plaats van het geïndiceerde zorgprofiel, VV 10 Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg worden gedeclareerd bij het zorgkantoor.¹⁹⁴

Vergoeding van medicijnen

Sommige medicijnen uit de landelijke richtlijnen voor palliatieve zorg worden niet (standaard) vergoed uit het basispakket, of niet in elke setting. Individueel overleg tussen apotheker, voorschrijver en verzekeraar is tijdrovend (vaak spoedeisende situatie) en heeft niet altijd het gewenste resultaat. De producent van het medicijn heeft gezien het geringe volume voor deze specifieke toepassing niet altijd belang bij het leveren van wetenschappelijk bewijs wat nodig is voor het off-label inzetten van deze medicijnen.

Het landelijke praktijkteam palliatieve zorg helpt mee bij het oplossen van knelpunten bij de organisatie en financiering van palliatieve zorg. In dit team nemen vertegenwoordigers vanuit onder meer Zorgverzekeraars Nederland, zorgverleners en patiënten deel. In het praktijkteam is het knelpunt uitgebreid geanalyseerd en geagendeerd.

6.6



Palliatieve zorg voor kinderen

Knelpunten ziekenhuis

Stand van zaken 2026

Nazorg kan niet apart geregistreerd en gedeclareerd worden

¹⁹² NZa (2016), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg

¹⁹³ Artikel 5.1c leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg

¹⁹⁴ Artikel II NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 – BR/REG-26125

Knelpunten ziekenhuis

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 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.

Het is niet mogelijk om eigen pgb'ers zorg te laten leveren in het ziekenhuis, terwijl kinderen met intensieve medische zorgvragen bij opname in het ziekenhuis soms continue toezicht nodig hebben die de verpleegkundigen niet kunnen bieden.

Doordat de zorgzwaarte en de financiering van de mogelijk zorg in natura niet gelijk op gaan, ontstaan problemen bij de kinderverpleegkundige (thuis)zorg binnen de Wlz. Dit kan tot gevolg hebben dat kinderen met een Wlz-profiel geen kindervrijverpleging

Stand van zaken 2026

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

De richtlijn Palliatieve zorg voor kinderen heeft een hoofdstuk over nazorg opgenomen. Wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing van de noodzaak tot nazorg heeft plaatsgevonden. Momenteel wordt de omvang van noodzakelijke nazorg bij kinderen bepaald met de stakeholders en een wijzigingsverzoek ontwikkeld om in te dienen bij de NZa.

Formeel laat de Zvw dit niet toe. Zeer incidenteel wordt met een coulance regeling gewerkt door de zorgverzekeraar, waarbij het ziekenhuis aangeeft de noodzakelijke verpleging en verzorging niet te kunnen bieden en inzet van de pgb'er gedoogd wordt. Hier zijn tot heden geen structurele afspraken over te maken met zorgverzekeraars. De oplossing om dit via 'onderlinge dienstverlening' te borgen, komt in de praktijk moeilijk tot stand. In de Wlz is dit soms als uitzonderingsregel mogelijk na overleg met het betreffende zorgkantoor.

Inzet van kinderverpleegkundige (thuis)zorg binnen de Wlz is verder onder druk komen te staan. Grootste knelpunt is het ontbreken van een profiel verpleegkundige kindzorg binnen de Wlz. Er is een verzoek tot ontwikkeling

Knelpunten ziekenhuis

kunnen krijgen. Het is vooralsnog onduidelijk hoe vaak dit in de praktijk voorkomt.

Er is voor kinderen zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEVMB) een nieuwe code (Z1006) waarop kindzorghuizen zorg kunnen declareren binnen de Wlz. Dit is echter niet genoeg voor een etmaal zorg. Meezorg is dan nodig en moet worden aangevraagd.

Eenzelfde probleem doet zich voor binnen de Wlz invasief beademde kinderen die daarnaast nog veel andere verpleegkundige zorg nodig hebben.

Zorgzwaarte van kinderen is niet goed verdisconteerd in de WLZ-profielen, waardoor er sprake kan zijn van niet-vergoede zorg.

Stand van zaken 2026

voorgelegd aan de staatsecretaris en VWS.

Voor 2025 zijn nu afspraken gemaakt met de zorgkantoren, maar dit is nog geen structurele oplossing. Verder blijkt de opbouw in structuur, administratieve last en werkwijze van de declaraties binnen de Wlz niet goed passend voor kinderthuiszorgorganisaties. Hierover zijn de volgende afspraken gemaakt:

- De surprise question is niet langer een relevant vraagstuk. Het ministerie van VWS heeft uitgesproken dat elk kind met een Wlz-indicatie zorg extramuraal ontvangt vanuit de Wlz.
- De prestatiecode 118 (verpleging speciaal aan kinderen <18 jaar) kan voortaan bovenop mpt/pgb worden gedeclareerd en wordt toewijzingsvrij.

Het tarief voor logeeropvang binnen de Wlz dekt bij lang na de kosten niet voor de complexe medische zorg. Er worden nu geregeld losse afspraken met zorgkantoren gemaakt. Er is geen eenduidigheid hoe de complexe medische en palliatieve kindzorg rondom logeren en verblijf binnen de Wlz gedeclareerd mag worden. Verder komen de pgb-tarieven binnen de Wlz niet overeen met de ZIN-tarieven. Zorgkantoren acteren actief op het naar beneden bijstellen van de pgb-tarieven, waardoor het bijna niet meer mogelijk is voor verpleegkundig kindzorghuizen en kinderspices om pgb-zorg te leveren binnen de Wlz.

De Wlz kent geen apart profiel voor kinderen met de indicatie medische kindzorg. De bestaande kindzorgprofielen in de Wlz zijn hier niet toereikend voor. In alle gevallen is er dan sprake van een ophoging met meezorg. Kinderen worden dus 'kunstmatig' onder de huidige

Knelpunten ziekenhuis

Stand van zaken 2026

profielen gezet, waarbij het niet altijd lukt hiervoor meerzorg aan te vragen.

Knelpunten thuis

Stand van zaken 2026

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 worden.¹⁹⁵
- Diegene die het huisbezoek doet, als onderdeel van het KCT vanuit het ziekenhuis, niet kan registreren in de DOT productstructuur. Vooral nog 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.

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 worden toegerekend 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.

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

Toolbox Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK):
Binnen het kader van de verpleegkundig indicatiestelling medische kindzorg (de kinderleef-domeinen van het medisch

¹⁹⁵ Art. 24.1 NZa Regeling Medisch-specialistische zorg 2026

Knelpunten thuis

Ouders hebben vaak juist veel behoefte aan nazorggesprekken met de, vaak jarenlang nauw betrokken, zorgverleners. Deze zorg kan niet worden gedeclareerd. 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.

Bekostiging van ouderlijke zorg als mantelzorg door middel van 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 door middel van het PGB.¹⁹⁷ Bovendien stopt de vergoeding als het kind in het ziekenhuis ligt. De kinderverpleegkundige bekijkt per situatie op basis van maatwerk wat redelijkerwijs kan worden verwacht van ouders en wat dus onder de ouderlijke zorg valt.¹⁹⁸

Stand van zaken 2026

kindzorg samenwerking 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).¹⁹⁶

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 nazorggesprekken plaatsvinden. Dit traject loopt momenteel nog. Zie ook dit knelpunt bij de ziekenhuiszorg.

Bekostiging ouderlijke zorg pgb via [addendum](#) opgelost in de Zvw. Ook binnen de Jeugdwet kunnen ouders zichzelf inzetten als zorgverlener vanuit een pgb. Echter signaleren de Netwerken Integrale Kindzorg sinds begin 2022 een tendens dat gemeenten helemaal geen pgb meer verstrekken aan ouders als zij zichzelf in willen zetten als zorgverlener. Deze ontwikkeling vraagt kritische monitoring.

¹⁹⁶ Kenniscentrum kinderpalliatieve zorg. Toolkit voor betekenisgeving en levensvragen: Connect Geraadpleegd 31 oktober 2025

¹⁹⁷ ZIN (29 oktober 2020) Verduidelijking Zorginstituut van begrippen bij verpleegkundige indicatiestelling kindzorg Zvw

¹⁹⁸ 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

Als er 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 Jeugdwet.¹⁹⁹

- 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.
- En constateren we een grijs gebied tussen persoonlijke verzorging vanuit een geneeskundige context vanuit de Zvw en vanuit tekorten in de zelfredzaamheid

Stand van zaken 2026

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 andere ouder kan dat dan wel. Dit vereist toestemming vanuit het zorgkantoor.

Dit knelpunt is geagendeerd met de VNG en maakt onderdeel uit van de Landelijke Werkagenda Palliatieve Zorg Kind & Jongere (t/m 2026).

Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg en de Branche Integrale Kindzorg hebben de problematiek in 2021/2022 geanalyseerd in de pilot Domeinoverstijgend Indiceren.²⁰⁰ Dit heeft volgende inzichten opgeleverd:

- Medisch verpleegkundig handelen is helder beschreven in de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).²⁰¹
- 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 domeinoverstijgende kennissessies ontwikkeld en gehouden.
- De medisch professional (in het geval van kinderen de kinderverpleegkundige) bepaalt of de persoonlijke verzorging kan worden vergoed uit de Zvw. Zo niet, dan kan een beroep worden gedaan op de Jeugdwet.

¹⁹⁹ V&VN (2020) Handreiking Indicatieproces Kindzorg, p.13

²⁰⁰ Eindrapportage Pilot domeinoverstijgend indiceren in de kinderpalliatieve zorg

²⁰¹ V&VN (2020) Handreiking Indicatieproces Kindzorg

Knelpunten thuis

binnen de Jeugdwet. Bijv. wanneer je alert moet zijn in veranderingen in de vitale functies terwijl daar geen handelingen vanuit een kinderverpleegkundige uit voortkomen. Dit knelpunt is onder de aandacht van het ministerie van VWS.

Stand van zaken 2026

- Beoordeling vindt dan plaats door gemeente.²⁰²
- Ouders worden getraind door de Ouder-Kind-Educatie (OKE-training) die is ontwikkeld. Ze zijn naar succesvol doorlopen bevoegd en bekwaam om handelingen uit te voeren.²⁰³
- 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 domeinoverstijgende indicatievraagstukken een opschalingssystematiek ontwikkeld die zijn waarde heeft bewezen en per 2023 duurzaam is verankerd binnen het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg: de 'Regionale Domeinoverstijgende Indicatieteams'.²⁰⁴

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

*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:

Stand van zaken 2026

Het dagtarief Zvw voor de verpleegkundig kinderdagverblijven is in principe dekkend voor palliatieve kinderen. Er kan ook een dagdeel worden gedeclareerd als kinderen korter verblijven. Knelpunt voor de dagverblijven is echter het bij de palliatieve kinderen relatief hoge

²⁰²Regelhulp. Begeleiding bij de persoonlijke verzorging (jeugd). Geraadpleegd 31 oktober 2025

²⁰³ Medische Kindzorg Samenwerking. Ouder-Kind educatie. Geraadpleegd 31 oktober 2025

²⁰⁴ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg. Projecten ter verbetering van kinderpalliatieve zorg. Geraadpleegd 31 oktober 2025

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

- 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;
- 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;
- een dusdanig specifieke zorgvraag hebben, dat uitgebreidere scholing van medewerkers nodig is.

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

Het tarief voor het verpleegkundig kinderzorghuis 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 kinderzorghuis 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

Stand van zaken 2026

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.

De NZa is in 2025 begonnen met de voorbereidingen voor een kostprijsonderzoek naar de tarieven van de prestaties voor verpleegkundig kinderdagverblijven en verpleegkundig kinderzorghuizen. Hierin neemt de NZa de laatste ontwikkelingen mee.

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

De focus van de kinderzorghuizen 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.

De NZa is in overleg met de sector in 2025 begonnen met de voorbereidingen voor een kostprijsonderzoek naar de tarieven van de prestaties voor verpleegkundig

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

verdiscontering van dit soort overleggen in de tarieven rekening mee is gehouden;

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

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 gemeenten.

Stand van zaken 2026

kinderdagverblijven en verpleegkundig kinderzorghuizen. Hierin neemt de NZa de laatste ontwikkelingen mee.

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

Budgetplafonds worden ook als knelpunt ervaren bij de 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.

Stand van zaken 2026

Gemeenten mogen zelf hun inkoopbeleid bepalen. Het wordt steeds lastiger voor vaktherapeuten en rouw- en verliesbegeleiders om een contract te sluiten met de gemeente.

Knelpunten overige kosten

Als de betreffende zorg niet wordt 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 plaatsvinden 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 gesprekken.²⁰⁵

Het beeld is dat gemeenten regelmatig niet toegerust zijn op de doelgroep kinderen met complexe somatische aandoeningen. De jeugdconsulenten kunnen de problematiek niet voldoende duiden en er is geen passend aanbod ingekocht.

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 2026

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.

De IGV regeling voor kinderen is verlengd en loopt door tot 2026. In verband met het grote aantal aanvragen en beperkte subsidie is er een max. van vijf gesprekken.

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 moet worden overgezet naar pgb, duurt dat vaak maanden voordat bewust-keuze-gesprek heeft plaatsgevonden en alle zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen opnieuw zijn gemaakt.

²⁰⁵ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn

Knelpunten overige kosten

Stand van zaken 2026

Jongeren die een grote zorgvraag hebben in de Zvw en over gaan naar de Wlz na hun 18e jaar, dreigen een zorgval te maken. Met name door het naar beneden bijstellen van de tarieven voor zorg door de zorgkantoren. Dit geldt ook voor jongeren die na hun 18e jaar binnen de Zvw blijven. Er is sprake van hogere tarieven voor medisch kindzorg en veel lagere tarieven voor volwassen wijkverpleging. Bovendien heeft de volwassen wijkverpleging minder ervaring met de specifieke aandachtspunten in de zorg van deze jongeren. Ook is Respijtzorg voor palliatieve jongeren (met name met normaal IQ) nauwelijks aanwezig.

Gemeenten hebben nagenoeg geen aanbod ingekocht voor kinderen met een somatische aandoening en een palliatieve zorgvraag. Deze ouders kunnen vaak niet anders dan zorg vanuit pgb optuigen. Daarbij voeren veel gemeenten een actief ontmoedigingsbeleid wanneer ouders zichzelf willen inzetten om zorg middels pgb te leveren, ondanks dat het niet is toegestaan om zonder gedegen onderzoek pgb aan ouders te weigeren.

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)

Als 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 worden gedeclareerd.²⁰⁶

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

Als 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.²⁰⁸

Stand van zaken 2026

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team Palliatieve Zorg (190067).²⁰⁷

Als er bij een opgenomen patiënt op verzoek van de beroepsbeoefenaar (die de poortfunctie uitvoert) verantwoordelijk voor de zorgvraag van de patiënt 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 worden geregistreerd. Dit consult kan ongeacht het specialisme van de beroepsbeoefenaar worden geregistreerd.

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team Palliatieve Zorg²⁰⁹

Als 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 worden geregistreerd 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

²⁰⁶ Artikel 24.44 en 24.45 NZa Regeling Medisch specialistische zorg 2026

²⁰⁷ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

²⁰⁸ Artikel 24.44 en 24.45 Regeling Medisch specialistische zorg 2026

²⁰⁹ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

Declaratie zorgproducten 2017

Stand van zaken 2026

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.²¹¹

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).²¹⁰

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: 190067 consult door een lid van het team Palliatieve Zorg.²¹²

Als 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, zie ook hoofdstuk 2).²¹³

²¹⁰ Artikel 1dd NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

²¹¹ Artikel 24.1, 24.44 en 24.45 NZa Regeling Medisch specialistische zorg 2026

²¹² Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

²¹³ Artikel 1dd NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

Declaratie zorgproducten 2017

Overleg palliatieve zorg

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team Palliatieve Zorg, bestaande uit minimaal twee poortspecialisten.²¹⁴

Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties

De huidige definitie van deze zorgactiviteit wordt als te beperkt ervaren en de gestelde criteria als te stringent. Met als gevolg dat deze zorgactiviteit (welke onder andere kan worden gebruikt in het kader van proactieve zorg gesprekken) niet of nauwelijks wordt geregistreerd.²¹⁶

Stand van zaken 2026

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 door 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.²¹⁵

Met ingang van 2025 staat de zorgactiviteit proactieve zorgplanning in de regels voor de medisch-specialistische zorg als overig zorgproduct (ozp) 190099. Uit het medisch dossier moet blijken welke gesprekken in het kader van proactieve zorgplanning zijn gevoerd. Daarnaast moet er proactief een zorgplan aan andere zorgverleners (in ieder geval de huisarts) worden overgedragen.

Per 2025 introduceert de NZa tevens voor Samen beslissen een aparte zorgactiviteit (Consult samen beslissen, 190098). Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd in plaats van ieder polikliniekbezoek, screen-to-screen consult of telefonisch consult dat wordt uitgevoerd in het kader van een samen beslissproces.

²¹⁴ Artikel 24.40 NZa Regeling Medisch specialistische zorg 2026

²¹⁵ Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

²¹⁶ NZa (2017). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a



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.

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.²¹⁸ Als de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

Stand van zaken 2026

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 corona-uitbraak, blijvend versoepeld. Een zorgactiviteit mag worden geregistreerd als zorg op afstand wordt geleverd of op een andere locatie dan in het ziekenhuis. Er zijn enkele nieuwe zorgactiviteiten voor eerste consulten op afstand bijgekomen en bij een aantal zorgactiviteiten is face-to-face contact niet langer vereist. Daarbij moet wel worden voldaan aan alle voorwaarden.²¹⁷ Zie ook [hoofdstuk 2.3](#).

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg²¹⁹

Als 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. Dit contact kan ook als zorg op afstand plaatsvinden. Als de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

²¹⁷ NZa, Wanneer registreer je een consult op afstand? Geraadpleegd 31 oktober 2025

²¹⁸ Artikel 24.44 en 24.45 NZa Regeling Medisch specialistische zorg 2026

²¹⁹ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2026

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 2026

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?

Als patiënten thuis willen sterven, kan het gebeuren dat de verzekeraar aanstuurt op een overgang naar bekostiging vanuit de Wlz als de zorgvraag oploopt.²²⁰

24-uurs zorg (Zvw)

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

Stand van zaken 2026

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.²²¹ In de PTZ kan een patiënt niet overgaan van de Zvw naar de Wlz. Voor aanvang van de PTZ, kiest de patiënt zelf of hij een indicatieaanvraag voor de Wlz indient of niet.²²²

Intensieve zorg

24-uurs zorg wordt voortaan 'intensieve zorg' genoemd.²²³ Zorginstituut Nederland heeft in een nadere duiding aangegeven op welke manier deze zorg onder de verzekerde zorg

²²⁰ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

²²¹ CIZ (2017), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15

²²² NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

²²³ VWS (2018), Verbeteringen palliatieve zorg [Kamerbrief], p. 5

Knelpunten wijkverpleging 2017

Stand van zaken 2026

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.²²⁶ Als de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet wordt vergoed.

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.

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

valt.²²⁴ V&VN heeft in het 'Begrippenkader indicatieproces'²²⁵ 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.²²⁷ Een indicatie door het CIZ is hiervoor niet (meer) nodig. Zie voor verdere toelichting [paragraaf 2.1.2](#).²²⁸

De NZa heeft een kostenonderzoek uitgevoerd en per 1 januari 2025 zijn de tarieven voor het eerstelijnsverblijf palliatieve zorg in de laatste levensfase fors verhoogd.

Contractering

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

In het AZWA is afgesproken dat terminale zorg en stervensbegeleiding ongehinderd kunnen worden geleverd (C7)

²²⁴ ZIN (2019). Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding

²²⁵ V&VN (2019). Begrippenkader indicatieproces

²²⁶ Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg

²²⁷ Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 – BR/REG-26125

²²⁸ CIZ, Palliatief terminale zorg eenvoudiger te regelen in 2018

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 verzekeraar²²⁹

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.

Daarnaast wordt er vaak in het contract een doorleverplicht vastgelegd.

Zorgaanbieders moeten dan zorg leveren voor eigen rekening als het budgetplafond is bereikt.²³⁰

Casemanager palliatieve zorg

Bekostiging van (de rol van) een casemanager palliatieve zorg is onderdeel van de prestaties verpleging en verzorging.²³¹ Het is niet als zodanig geoormerkt. Als de tarieven voor de prestaties krap zijn, is er te weinig ruimte om zorgverleners als casemanager in te kunnen zetten.

Stand van zaken 2026

Mensen in de stervensfase ontvangen te allen tijde de palliatieve terminale zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over omzetplafonds voor wijkverpleging kunnen hier in individuele gevallen op geen enkele wijze een belemmering in vormen. Ook doelmatigheidsafspraken – die in zijn algemeenheid nodig zijn – mogen nooit in de weg staan aan passende zorg in de laatste levensfase van een individuele patiënt. Om te voorkomen dat hierover onduidelijkheden bestaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars spreken zij een duidelijk proces af over wie wanneer wat moet doen om er voor te zorgen dat het omzetplafond en doelmatigheidsafspraken daadwerkelijk geen belemmering vormen. Verkend wordt of een leidraad daarbij nog ondersteunend kan zijn. Het is belangrijk dat mensen juist ook in de palliatief terminale fase de zorg krijgen die zij nodig hebben en zij die zorg zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving ontvangen.

Casemanager palliatieve zorg

Er zijn in verschillende regio's financieringsafspraken gemaakt over (de rol van) casemanager binnen de V&V. Zo wordt het in enkele regio's bekostigd via de prestatie Advies, Instructie en Voorlichting (AIV), of via de Vektiscode 'ziekenhuisverplaatste zorg' (1121).

²²⁹ NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21

¹⁷² NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 18

Knelpunten Geestelijke verzorging 2017

Structurele bekostiging voor elke patiënt

Financiering van zorg door een geestelijk verzorger is in de thuissituatie niet voor elke patiënt in Nederland beschikbaar. Geestelijke verzorging zit niet in het basispakket, omdat op dit moment de resultaten van de interventie nog moeten worden aangetoond.²³²

Stand van zaken 2026

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 verlengd. 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](#).²³³

7.3 Wijkverpleging

Knelpunten wijkverpleging

Declaraties na overlijden

Zorg die is verleend aan de patiënt voordat hij of zij overleed, mag na het overlijden worden geregistreerd en in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar. Het komt voor dat declaraties voor zorg aan de patiënt die worden ingediend na het overlijden van de patiënt, door de verzekeraar worden geweigerd.²³⁴

Stand van zaken 2026

Herinrichten proces

Zorg die voor het overlijden is verleend aan de patiënt, mag na het overlijden worden geregistreerd en in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar. Het kan in de praktijk voorkomen dat zorg die is geleverd voor overlijden, maar gedeclareerd na overlijden wordt geblokkeerd 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.^{235,236}

²³² VGVZ (2018), Financieringsmogelijkheden geestelijke verzorging in eerstelijns

²³³ VWS (2018), Aanpak geestelijke verzorging/levensbegeleiding [Kamerbrief]

²³⁴ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27

²³⁵ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27

²³⁶ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

7.4 Hospice

Knelpunten hospicezorg 2017

Vergoeding (dag)bijdrage hospice

Zorgverzekeraars vergoeden de eigen (dag)bijdrage op verschillende wijzen, en alleen als patiënten aanvullend verzekerd zijn. Sommigen gemeentes vergoeden ook deze eigen bijdrage. Dat verschilt echter per gemeente. Deze vorm van zorg is daarmee niet gelijk toegankelijk voor iedereen.

Bij HCH mag vanaf 2025 geen eigen bijdrage meer in rekening worden gebracht, bij BTH wel. Het is mogelijk dat dit leidt tot een verschuiving van aanmeldingen van BTH naar HCH/PU.

Stand van zaken 2026

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Hospices nemen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid waarmee de eigen bijdrage wordt kwijtgescholden als mensen deze niet kunnen betalen (en dat dit dan wordt betaald door particuliere donaties aan het hospice).

7.5 Verpleeghuis

Knelpunten Verpleeghuis/PU 2017

Stand van zaken 2026

7.6 Patiënten

Knelpunten en vragen in 2019

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.

Stand van zaken 2026

Als in de nacht zorg moet worden 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.²³⁷ In 2019 hebben betrokken partijen afgesproken dat een terminaliteitsverklaring niet meer nodig is voor palliatief terminale zorg, vooralsnog met uitzondering van aanvragen van een pgb voor zorg in de palliatief terminale fase. Het enkel 'aanwezig zijn' bij de cliënt wordt niet vergoed

237 V&VN Normenkader (2019), Begrippenkader Indicatieproces

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2026

Maaltijdondersteuning (Wmo/Zvw)

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

vanuit de Zvw. Er moet sprake zijn van een geneeskundige context, bijvoorbeeld voor het monitoren van vitale lichaamsfuncties bij gevaar voor verstikking of bloeding of bij onrust, wanen, hallucinaties, delirant gedrag, verzekerden die veel pijn hebben en gedraaid moeten worden. Enkel de momenten waarop de monitoring (of een andere interventie) door de zorgverlener plaatsvindt kunnen worden geïndiceerd en vergoed. De momenten waarop de cliënt rust of slaapt en de zorgverleners enkel aanwezig zijn kunnen niet worden geïndiceerd.²³⁸

Maaltijdondersteuning wordt vergoed vanuit de:

1. Zvw: als er sprake is van een 'geneeskundige context of een hoog risico daarop'.
2. Wlz: Als de patiënt een Wlz-indicatie heeft. In andere gevallen kan maaltijdondersteuning worden vergoed vanuit de Wmo.

Personenalarmering (Wmo/Zvw)

Soms is onduidelijk of personenalarmering via de Wmo of de Zvw wordt vergoed.

Personenalarmering wordt (soms) deels vanuit de aanvullende verzekering vergoed, als 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.²³⁹

Vergoeding voor mantelzorg is onduidelijk

Welke vergoedingen of voorzieningen er zijn voor mantelzorgers is onduidelijk.

De ondersteuning van mantelzorgers is geregeld in de Wmo en verschilt daarom per gemeente.²⁴⁰

²³⁸ Verpleegkundige indicatiestelling – een nadere duiding – Zorginstituut Nederland

²³⁹ Rijksoverheid. Wanneer krijg ik personenalarmering voor thuis vergoed? Geraadpleegd op 31 oktober 2025

²⁴⁰ Artikel 2.1.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2026

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.²⁴¹

Snelle levering van hulpmiddelen is lastig

Een snelle levering van hulpmiddelen is in de praktijk lastig.

Het is mogelijk om voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo worden vergoed, een spoedaanvraag te doen bij de gemeente. De gemeente kan dan bekijken of ze een sneller besluit kunnen nemen over een definitieve of tussentijdse oplossing bieden.²⁴²

Eigen bijdrage bij overgang hospice

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.

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-instelling naar een niet WTZa-toegelaten hospice gaat.²⁴³



7.7

Palliatieve zorg voor kinderen

Knelpunten ziekenhuis

Stand van zaken 2026

Inzet van Kinder Comfort Teams (KCT) en kinderartsen bij perinatale palliatieve zorg is niet declarabel

De inzet van KCT's en kinderartsen bij de begeleiding van ouders waar hun kind

Omdat er sprake is van een nieuwe zorgvraag, heeft de NZa aangegeven dat er

²⁴¹ Movisie. Wetten en financiering respijtzorg? Geraadpleegd op 31 oktober 2025

²⁴² Patiëntenfederatie, Spoedaanvraag Wmo Geraadpleegd op 31 oktober 2025

²⁴³ ZonMw, Q&A's palliatieve zorg voor professionals

Knelpunten ziekenhuis

nog niet geboren is maar waarvan wel bekend is dat het kind na geboorte snel zal sterven, is niet declarabel. De inzet van kindergeneeskunde is namelijk enkel mogelijk voor kinderen die nog leven. In het geval van perinatale begeleiding is de inzet van de KCT vergelijkbaar als bij een kind dat na geboorte palliatief is geworden.

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.

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

Als 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

Stand van zaken 2026

een apart traject geopend mag worden met diagnose 316.9950 en zorgvraag kind. Dit traject wordt bij de moeder vastgelegd. De foetus is (nog) geen juridisch persoon, daarom wordt in dit geval een zorgtraject bij de moeder geopend. Het is dus mogelijk om een eigen ZTI te openen in het kader van palliatieve zorg.

Per 1 januari 2023 zijn nieuwe zorgproducten voor de kinderpalliatieve zorg geïntroduceerd in de NZa productstructuur.

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 verblijft.²⁴⁵

Het komen tot oplossingsrichtingen voor dit knelpunt is opgenomen als een van de

²⁴⁵ NZa. Kan de wijkverpleegkundige ook wijkverpleegkundige zorg declareren, terwijl de cliënt nog in het ziekenhuis (of elv, grz, hospice) verblijft? Geraadpleegd op 31 oktober 2025

Knelpunten ziekenhuis

de vergoeding afhangt van de daadwerkelijk geleverde zorg, van de overeenkomst met de zorgaanbieder en van (uitsluiten van) dubbele bekostiging.²⁴⁴

Stand van zaken 2026

actiepunten van het landelijke project 'Wij zien je Wel' waar het gaat om Wlz-pgb.

Knelpunten thuis

Geestelijk verzorging in het KCT buiten het ziekenhuis

Als de geestelijk verzorger vanuit het ziekenhuis betrokken is bij het KCT en wordt ingezet 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 wordt ingezet.

Stand van zaken 2026

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 verzorgers 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.

²⁴⁴ Significant Public (2020) Zorg in ziekenhuis aan mensen met een (complexe) verstandelijke en/of lichamelijke handicap

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 2026

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.

Knelpunten overige kosten

- Logeervergoeding voor ouders

Er is geen logeervergoeding voor ouders, als 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 als de zorgvrager een kind is. Als oplossing hiervoor kan huishoudelijke hulp via de ouders worden aangevraagd, als zij mantelzorger zijn. In de praktijk wordt dit vaak niet toegekend.

- Inzet persoonlijke verzorging op diverse punten opgelost

Stand van zaken 2026

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 door de Ouder-Kind-Educatie (OKE-training) die is ontwikkeld. Ze zijn naar succesvol doorlopen bevoegd en bekwaam om handelingen uit te voeren.²⁴⁶

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.

²⁴⁶ Medische Kindzorg Samenwerking. Ouder-Kind educatie. Geraadpleegd 31 oktober 2025.

Knelpunten overige kosten

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

Stand van zaken 2026

Opgelost door handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).

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.²⁴⁷

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 wordt geleverd en sluit daarvoor contracten af met zorgaanbieders.²⁴⁸

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.²⁴⁹

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.²⁵⁰

Regeling Palliatieve Terminale Zorg en geestelijke verzorging thuis (Regeling PTZ)

De Regeling PTZ is een jaarlijkse instellingsubsidie voor de inzet van getrainde vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg (PTZ). De regeling bevat ten dele ook een tegemoetkoming in de exploitatie- en huisvestingskosten.²⁵¹ De hoogte van de subsidie wordt berekend op basis van het gemiddeld aantal patiënten per kalenderjaar in de afgelopen drie jaar. Er geldt een tarief per palliatieve terminale patiënt en per zorgsetting.²⁵² Daarnaast is de inzet van geestelijke verzorgers en rouw- en verliesbegeleiders thuis via de regionale instellingen voor geestelijke verzorging thuis alsmede de regionale netwerken palliatieve zorg in de Regeling PTZ ondergebracht.

Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa)

²⁴⁷ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 7-11

²⁴⁸ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 13-15

²⁴⁹ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 17-19

²⁵⁰ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 21-23

²⁵¹ VWS (2016), Wijziging regeling PTZ [Kamerbrief]

²⁵² Artikel 6 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

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.²⁵³

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).²⁵⁴

²⁵³ Vergunningplicht zorgaanbieders. Over de WTZa Geraadpleegd op 17 december 2025

²⁵⁴ [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 worden uitgevoerd door de poortspecialist, enkele ondersteunende specialisten en enkele beroepsbeoefenaren die geen medisch specialist zijn.²⁵⁵

	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	
anesthesioloog-pijnspecialist (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](#).

²⁵⁵ Artikel 1, dd en ee van Regeling medisch-specialistische zorg 2026

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.²⁵⁶ Tijdens de totstandkoming van het kwaliteitskader zijn knelpuntenanalyses^{257,258} in zowel de eerste 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 eerste 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).²⁵⁹ 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 Nederland 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 2026.

²⁵⁶ Palliactief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

²⁵⁷ IKNL/ Palliactief (2017), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerste lijn

²⁵⁸ IKNL/ Palliactief (2015), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

²⁵⁹ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat

