

Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

Uit een analyse van de NZa blijkt de regelgeving voor palliatieve zorg voor zorgaanbieders niet altijd helder te zijn. Hieronder geven we een toelichting op veel gestelde vragen.



1 Inzet specialistisch team in het ziekenhuis

De inzet van het specialistisch palliatief team in het ziekenhuis kan niet geregistreerd en gedeclareerd worden met een klinisch traject náást een lopend klinisch traject van hetzelfde specialisme.

2 Declareren na overlijden

Nabestaanden krijgen rekeningen van de zorgaanbieder omdat die door de zorgverzekeraar zijn afgewezen of krijgen teruggestuurde rekeningen van de zorgverzekeraar.

3 Nazorg aan nabestaanden

Mag zorg aan nabestaanden gedeclareerd worden? Concreet gaat het hier om één of twee gesprekken of telefoontjes 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.

4 Lege bedden en opbaren in de langdurige zorg

Aanbieders van langdurige zorg mogen mutatiedagen in rekening brengen als een kamer leeg is achtergelaten. Mogen de dagen dat een overledene in zijn kamer is opgebaard als een mutatiedag gedeclareerd worden?

5 Begeleiding patiënt in het ziekenhuis

Wanneer mag de zorgactiviteit begeleiding van oncologie patiënten tijdens supportieve care of palliatieve zorg zonder chemo- en hormoontherapie (ZA 039928) precies geregistreerd worden?

6 Het goede gesprek in het ziekenhuis

De vergoeding voor het gesprek over niet curatieve behandelopties is onvoldoende, terwijl de vergoeding van curatieve behandelopties wél adequaat is. De prikkels staan hier niet goed, en dat kan leiden tot overbehandeling.

7 De geestelijk verzorger in het ziekenhuis

Palliatieve zorg houdt naast aandacht voor de medische dimensies ook aandacht in voor psychosociale en spirituele dimensies. Een geestelijk verzorger maakt niet standaard deel uit van het gespecialiseerd palliatief team in ziekenhuizen. Hiermee kan aandacht voor de spirituele dimensie in het gedrang komen.

8 Geestelijke verzorging thuis

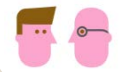
Het is vaak onduidelijk of geestelijke verzorging thuis verzekerde zorg is of onderdeel is van reguliere maatschappelijke of particuliere voorzieningen.

9 Bekostiging samenwerking

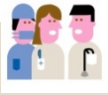
Er bestaan onduidelijkheden over de bekostiging van diverse vormen van samenwerking.

10 Casemanagement

Welke zorgverlener indiceert casemanagement en kan de organisatie en uitvoering van deze zorg declareren?



Knelpunt



Inzet specialistisch team in het ziekenhuis

De inzet van het specialistisch palliatief team in het ziekenhuis kan niet geregistreerd en gedeclareerd worden met een klinisch traject náást een lopend klinisch traject van hetzelfde specialisme.

Dit is een algemene regel en geldt voor alle klinische zorgproducten in de medisch-specialistische zorg (artikel 8.1 onder c van de nadere regel [NR/REG-1732](#), artikel 51 lid 3). Binnen een specialisme mag maximaal één klinisch dbc-zorgproduct geopend worden tijdens het klinische traject van de patiënt. Het is de bedoeling dat alle klinische dagen aan één zorgtraject worden gekoppeld. Deze regel is opgenomen om versnippering en 'opknippen' van prestaties te voorkomen wanneer een opgenomen patiënt meerdere ziekten heeft, waarvoor hij onder behandeling is bij dezelfde medisch specialist. Per kalenderdag mag er één verpleegdag geregistreerd worden.

Door alle klinische dagen bij het lopende traject te registreren wordt het specialistisch team vanzelf gedeclareerd met een niet-klinische dbc.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Declareren na overlijden

Nabestaanden krijgen rekeningen van de zorgaanbieder omdat die door de zorgverzekeraar zijn afgewezen of krijgen teruggestuurde rekeningen van de zorgverzekeraar.

Verzekeraars geven aan dat als een declaratie binnenkomt na het moment van overlijden, hun afhandelingsstelsel deze als onrechtmatig beschouwt omdat de datum van overlijden in principe als einddatum van de verzekering wordt gezien.

Zorg die verleend is ten behoeve van de patiënt voor dat hij of zij overleed, mag na het overlijden geregistreerd en in rekening gebracht worden bij de zorgverzekeraar. Het kan in de praktijk voorkomen dat dit niet lukt door de inrichting van controlesystemen. In die gevallen dienen aanbieder en verzekeraar samen naar een (handmatige) oplossing te zoeken. De NZa vraagt verzekeraars om het proces anders in te richten zodat declaraties na het moment van overlijden niet automatisch worden aangemerkt als onrechtmatig.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Nazorg aan nabestaanden

Mag zorg aan nabestaanden gedeclareerd worden? Concreet gaat het hier om één of twee gesprekken of telefoontjes 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.

In het ziekenhuis

Het Zorginstituut stelt dat nazorg zoals hierboven beschreven verzekerde zorg is volgens de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat nagesprekken met de nabestaanden door de zorgprofessional onderdeel zijn van de dbc. De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in de kostprijsaanleveringen, zodat de kwaliteit van zorg rondom nazorg na overlijden geborgd kan worden met een adequaat tarief. Als de nabestaande met een eigen zorgvraag bij de huisarts komt waarvoor behandeling in de tweedelijnszorg noodzakelijk is, verwijst de huisarts hem door. In het ziekenhuis start een nieuw zorgtraject over de hulpvraag van de nabestaande.

In de eerste lijn

In hoeverre is nazorg aan de nabestaanden opgenomen in de huisartsenzorg, verpleging en verzorging en het eerstelijnsverblijf?

Het Zorginstituut heeft bepaald dat nazorg verzekerde zorg is volgens de Zvw. Nazorg aan nabestaanden wordt bekostigd uit de huidige tarieven. De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in de kostprijsaanleveringen, zodat de kwaliteit van zorg rondom nazorg na overlijden geborgd kan worden met een adequaat tarief. Als een nabestaande zich met een eigen zorgvraag naar de huisarts wendt, start een nieuwe zorgvraag en wordt de geleverde zorg op naam van die nabestaande gedeclareerd.

In de langdurige zorg

De nazorg in de Wlz wordt, net als in de Zvw hierboven, bekostigd uit de huidige tarieven. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat nazorg onderdeel is van goed zorgverlenerschap en integraal onderdeel uitmaakt van de afronding van de zorg aan de verzekerde. De NZa vraagt aanbieders om de nazorg mee te nemen in het kostenonderzoek, zodat we een passend tarief kunnen vaststellen.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Lege bedden en opbaren in langdurige zorg

Aanbieders van langdurige zorg mogen mutatiedagen in rekening brengen als een kamer leeg is achtergelaten. Mogen de dagen dat een overledene in zijn kamer is opgebaard als een mutatiedag gedeclareerd worden?

Een mutatiedag is een kalenderdag waarop een plaats of bed leeg is achtergelaten door overlijden of verhuizing van de cliënt. De mutatiedag kan alleen gedeclareerd worden wanneer het een cliënt betreft met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking die verblijft in een instelling. (Zie art. 3.2.3 van beleidsregel BR/REG-17131 'Definities Wlz').

Als de cliënt in de eigen kamer is opgebaard, is de kamer niet leeg achtergelaten. De zorgaanbieder kan hiervoor geen vergoeding krijgen op grond van de Wlz.

Opbaren is wenselijke laatste zorg die niet onder de Wmg valt en dus niet gereguleerd wordt door de NZa. De kosten van opbaren kunnen door de zorgaanbieder gefactureerd worden aan de nabestaanden of de uitvaartverzekeraar.

Mutatiedagen kunnen tijdens de periode van opbaren in de eigen kamer van de overledene niet vergoed worden op grond van de Wlz. Het is wel zo dat de maximale periode van 13 werkelijke mutatiedagen pas begint te lopen wanneer de kamer leeg is achtergelaten als gevolg van overlijden (Zie art. 6.2.1 van beleidsregel [BR/REG-17137b](#) 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten'). Dit betekent dat de zorgaanbieder aansluitend aan het opbaren maximaal 13 werkelijke mutatiedagen in rekening kan brengen aan de Wlz-uitvoerder.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Begeleiding patiënt in het ziekenhuis

Wanneer mag de zorgactiviteit begeleiding van oncologie patiënten tijdens supportieve care of palliatieve zorg zonder chemo- en hormoontherapie (ZA 039928) precies geregistreerd worden?

Er worden naast het face-to-face contact geen eisen aan het registreren van deze zorgactiviteit gesteld. Het registreren van ZA 039928 leidt alleen bij oncologische diagnoses tot een declarabel zorgproduct 'begeleiding van oncologie patiënten tijdens supportieve care/ palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie'. Het gaat hier om de inzet van de behandelend specialist, meestal de internist, die hiermee de extra tijd die hij of zij besteedt aan de patiënt vergoed krijgt.

Af en toe komt de vraag op of er ook behoefte is aan supportieve care producten bij andere dan oncologische diagnoses, bijv bij COPD, hartfalen, nierfalen. Wanneer er op enig moment behoefte ontstaat aan supportieve care producten bij andere specialismen of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.

1

2

3

4

5

6

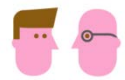
7

8

9

10

Knelpunt



Het goede gesprek in het ziekenhuis

De vergoeding voor het gesprek over niet-curatieve behandelopties is onvoldoende, terwijl de vergoeding van curatieve behandelopties wèl adequaat is. De prikkels staan hier niet goed, en dat kan leiden tot overbehandeling.

Het gesprek over de niet-curatieve behandelopties hoort thuis in de spreekkamer van iedere medisch specialist wanneer het levenseinde in zicht komt. Dit kan soms jaren voor het overlijden al aan de orde zijn. Dit gesprek is onderdeel van de reguliere dbc's. De palliatieve begeleidingsproducten zijn hier niet voor, die zijn bedoeld voor advies of begeleiding door het gespecialiseerd palliatief team.

Om inzichtelijk te maken dat er bij een consult sprake is van een gesprek over behandelopties is er een specifieke zorgactiviteit beschikbaar. Deze is niet alleen bedoeld voor de medisch specialist maar ook voor de verpleegkundig specialist of andere poortfunctionarissen. Door deze goed te registreren en met de zorgverzekeraar in gesprek te gaan, kunnen ziekenhuis en verzekeraar samen een adequate prijs voor 'samen beslissen' bepalen.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Geestelijk verzorger in het palliatief team

Palliatieve zorg houdt naast aandacht voor de medische dimensies ook aandacht in voor psychosociale en spirituele dimensies. Een geestelijk verzorger maakt niet standaard deel uit van het gespecialiseerd palliatief team in ziekenhuizen. Hiermee kan aandacht voor de spirituele dimensie in het gedrang komen.

Geestelijke zorg bestaat uit drie verschillende onderdelen:

1. begeleiding bij coping en zingelevingsvraagstukken;
2. het bieden van een vrijplaats;
3. begeleiding bij religie en spiritualiteit.

Het Zorginstituut heeft bepaald dat alleen begeleiden bij coping en zingelevingsvraagstukken onderdeel is van de verzekerde zorg, onder voorwaarden. De eerste is dat de zorg moet voldoen aan het criterium van stand van wetenschap en praktijk: er moet voldoende bewijs zijn dat de interventie effectief is. De tweede voorwaarde is dat het moet gaan om 'zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden': het moet gaan om een interventie die gerekend kan worden tot het zorgarsenaal van de beroepsgroep. Voor zover geestelijk verzorgers deze zorg bieden, kan het ten laste van de Zvw komen aangezien de aanspraken functioneel omschreven zijn.

Knelpunt



Geestelijke verzorging thuis

Het is vaak onduidelijk of geestelijke verzorging thuis verzekerde zorg is of onderdeel is van reguliere maatschappelijke of particuliere voorzieningen.

De zorg die geestelijk verzorgers aanbieden is heel breed. Slechts een klein deel van deze zorg mag vanuit het basispakket vergoed worden. Religie en spiritualiteit in de thuissituatie zijn geen verzekerde zorg (CVZ 2006, nu Zorginstituut). Begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken is onder voorwaarden onderdeel van verzekerde zorg.

De eerste voorwaarde is dat de zorg moet voldoen aan het criterium van stand van wetenschap en praktijk: er moet voldoende bewijs zijn dat de interventie effectief is. De tweede voorwaarde is dat het moet gaan om 'zorg zoals klinisch psychologen plegen te bieden'. Het moet dus gaan om een interventie, die gerekend kan worden tot het zorgarsenaal van de beroepsgroep. Voor zover geestelijk verzorgers deze zorg bieden, kan die ten laste van de Zvw komen aangezien de aanspraken functioneel omschreven zijn.

Wlz

Mensen die zelfstandig wonen maken zelf keuzes over bij wie men terecht wil met zingevingsvragen. Die keuzes zijn nauw verweven met de persoonlijke levenssfeer. Als mensen daar behoefte aan hebben, kunnen zij hulp vragen bij het maatschappelijk werk, een vrijgevestigd geestelijk verzorger, een geloofsgemeenschap of een andere maatschappelijke organisatie. Het initiatief voor het inroepen van hulp ligt primair bij de thuiswonenden zelf en personen in hun persoonlijk netwerk. Zij zijn bij het maken van keuzes niet afhankelijk van een zorginstelling. Uitzondering hierop is als de cliënt voor zijn dagelijkse bestaan afhankelijk is van een zorginstelling zoals bij volledig pakket thuis (vpt). De staatssecretaris heeft hierover geschreven dat het bieden van een vrijplaats de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder wanneer de cliënt voor zijn dagelijks bestaan afhankelijk is van een instelling. Dat zal meestal het geval zijn bij mensen met een indicatie voor langdurige zorg, die kiezen voor het vpt.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Bekostiging samenwerking

Er bestaan onduidelijkheden over de bekostiging van diverse vormen van samenwerking.

Bijvoorbeeld

- het declareren van de behandelinzet van de specialist ouderengeneeskunde;
- de bekostiging van de huisarts die een palliatief poliklinisch spreekuur draait in een ziekenhuis;
- de declaratiemogelijkheden van bedside face-to-face consultatie in de eerstelijnszorg door een gespecialiseerd arts;
- bekostiging van een transmurale consultatie (meekijkconsult);
- in hoeverre afstemming/multidisciplinair overleg integraal onderdeel is van tarieven.

Multidisciplinair overleg is een activiteit die valt onder indirect patiëntgebonden tijd. Dat is de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment met de patiënt waarbij de patiënt zelf niet aanwezig is. Direct en indirect patiëntgebonden tijd zit verdisconteerd in tarieven. Hiermee is de tijd voor multidisciplinair overleg niet direct als prestatie te declareren maar zijn de kosten die men als tijd hiermee kwijt is wel meegenomen in de huidige tarieven.

Daarnaast kunnen huisartsen, wijkverpleging en aanbieders van eerstelijnsverblijf hierover met de zorgverzekeraar specifieke afspraken maken. Zij kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om indirect patiëntgebonden tijd, in de vorm van multidisciplinair overleg, te oormerken.

Knelpunt



Casemanagement

Welke zorgverlener indiceert casemanagement en kan de organisatie en uitvoering van deze zorg declareren?

Casemanagement valt onder de aanspraak en de prestaties verpleging en verzorging in de Zvw.

Dat betekent dat er voor een uur direct patiënt gebonden tijd een uur verpleging in rekening gebracht kan worden. Een zorgverlener die daartoe bevoegd en bekwaam, voert het casemanagement uit. Vaak zal dit in de praktijk een wijkverpleegkundige zijn, maar dat is niet verplicht.