

Handreiking financiering palliatieve zorg 2022

Juli 2021 – 1e versie

Auteurs

Chantal Pereira
Manon Boddaert
Joep Douma
Rob Daamen
Floor Cornelissen
Meike Dobbelaar
Bo van Aalst

1^e Versie

Juli 2021

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 bekostiging van palliatieve zorg voor kinderen. De handreiking is de afgelopen jaren en nu voor 2022, opnieuw in samenspraak met het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), herzien aan de hand van de geldende wet- en regelgeving voor palliatieve zorg in het betreffende jaar.

De doorgevoerde wijziging in de regelgeving in de Handreiking financiering palliatieve zorg 2022 betreft:

- Experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging op basis van cliëntprofielen en nieuwe systeemfuncties voor onplanbare zorg in de avond, nacht en weekend.

Deze wijziging is aangegeven met een  in de kantlijn van de tekst.

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

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2021 komt met deze handreiking per 1 januari 2022 te vervallen.

Leeswijzer



"Ik weet niet wat wijsheid is, Guus." Olivia schenkt de koffie in en kijkt peinzend uit het raam. Guus zit aan tafel. Hij zwijgt. Wat moet je anders doen als je weet dat je je vrouw gaat verliezen? Olivia en Guus van Veen zijn net terug van het ziekenhuis. Alvleesklierkanker met in- en doorgroei in de omgeving en uitzaaiingen op afstand. Inoperabel. Geen hoop op genezing. Olivia denkt aan de pijnen in haar buik en de eindeloze vermoeidheid. De medisch oncoloog heeft haar de optie voorgelegd van een drietal maandelijks kuren palliatieve chemotherapie met de hoop op levensverlenging.

Het gerinkel van de telefoon doorbreekt haar gedachten. "Hoi mam, wat zeiden ze?" Guus staat op en pakt de koffie, terwijl Olivia hun dochter Sara alles zo goed en zo kwaad als het gaat probeert te vertellen. Ze legt de hoorn neer en gaat zitten. "Ik ga het doen", zegt ze. Guus pakt haar handen en knikt.

Aan de hand van het fictieve verhaal van Olivia van Veen en haar gezin¹ beschrijft deze handreiking de financiering van palliatieve zorg in de meest gebruikelijke zorgsettingen²: ziekenhuis (hoofdstuk 1), thuis (hoofdstuk 2), hospice (hoofdstuk 3), verpleeghuis & palliatieve unit (hoofdstuk 4). De hoofdstukvolgorde sluit aan op het ziekteproces van een patiënt, van ziektegerichte palliatie naar symptoomgerichte palliatie, en begint daarom met het ziekenhuis. Elk hoofdstuk start met een vervolg op bovenstaande casus, passend bij de zorgsetting. Daarna wordt, voor de beroepsgroepen waarbij de meeste knelpunten gesignaleerd werden³, beschreven hoe de palliatieve zorg in 2021 wordt gefinancierd. Tot slot zijn ook eigen betalingen van patiënten beschreven (hoofdstuk 5) en een overzicht van ervaren knelpunten in de bekostiging (hoofdstuk 6).

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

In de handreiking is veelvuldig gebruik gemaakt van verwijzingen in de voetnoten. Aangezien het vaak gaat om verwijzingen naar complexe documenten met wet- en regelgeving, wordt zo veel mogelijk ook het artikel- of paginanummer vermeld.

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) spreekt men over patiënten, waar men in de Wet langdurige zorg (Wlz) spreekt over cliënten. Deze handreiking gaat over zorg voor palliatieve patiënten. Daarom is ervoor gekozen om in alle gevallen over patiënten te spreken. Daar waar 'patiënt' staat kan voor de Wlz ook 'cliënt' gelezen worden.

In de financiering wordt een onderscheid gemaakt tussen palliatieve zorg en palliatieve terminale zorg (PTZ). In het Besluit langdurige zorg wordt PTZ omschreven als: 'Zorg die betrekking heeft op de levensfase waarin de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden.'⁴ Deze handreiking gaat over financiering van palliatieve zorg zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)⁵ en het addendum hierop voor de kinderpalliatieve zorg en beperkt zich daarin niet tot de laatste drie maanden van het leven.

¹ 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.

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

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

⁴ Artikel 1.1.1 Besluit langdurige zorg

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

Inhoudsopgave

Leeswijzer	3
Inleiding	6
1. Ziekenhuis	7
1.1 Generalistische palliatieve zorg door hoofdbehandelaar	7
1.1.1 Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties	7
1.1.2 Supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie	7
1.1.3 Medisch specialistische zorg thuis	8
1.1.4 Nazorg	8
1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	9
1.2.1 Inzet team palliatieve zorg tijdens klinische opname	9
1.2.2 Inzet team palliatieve zorg op de polikliniek	11
1.2.3 Inzet team palliatieve zorg in de thuissituatie	11
1.3 Innovatie	12
1.4 Algemene regelgeving	12
1.5 Financiering binnen het ziekenhuis	12
1.6 Logeervergoeding	13
1.7 Transmurale samenwerking	13
2. Thuis	14
2.1 Generalistische palliatieve zorg	14
2.1.1 Huisarts	14
2.1.2 Verpleging en verzorging	16
2.1.3 Mantelzorg	21
2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	21
2.2.1 Huisarts	21
2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager	24
2.2.3 Geestelijke verzorging	24
2.2.4 Vrijwilligers	25
2.3 Medisch-specialistische zorg	25
2.4 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp	25
2.4 Nazorg	26
2.5. Transmurale samenwerking	27
3. Hospice	28
3.1 Vrijwilligers	29
3.2 Verpleging en verzorging	29
3.3 Arts	30
3.4 Medisch specialistische zorg	30
3.5 Geestelijke verzorging	30
3.6 Verblijfskosten	30
3.7 Respijtzorg	31
3.8 Afleggen en opbaren	32

3.9. Transmurale samenwerking	32
4. Verpleeghuis & Palliatieve unit	33
4.1 Verpleeghuis	33
4.1.1 Arts	34
4.1.2 Verpleging, verzorging en begeleiding	34
4.1.3 Geestelijke verzorging	34
4.2 Palliatieve unit (PU)	34
4.2.1 Arts	36
4.2.2 Medisch specialistische zorg	36
4.2.3 Verpleging, verzorging en begeleiding	37
4.2.4 Geestelijke verzorging	37
4.3 Vrijwilligers	37
4.4 Hulpmiddelen	37
4.5 Nazorg	38
4.6 Afleggen en opbaren	38
4.7. Transmurale samenwerking	38
5. Eigen betalingen van patiënten	39
6. Knelpunten	41
6.1 Ziekenhuis	41
6.2 Thuis	45
6.3 Hospice	51
6.4 Verpleeghuis	53
6.5 Patiënten	54
6.6 Palliatieve zorg voor kinderen	58
Bijlagen	67
B1 Relevante wet- en regelgeving	68
B2 Poortspecialisten en -functies	69
B3 Overzicht betrokken organisaties	70

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.

Specifieke vragen over deze handreiking kunt u stellen aan Chantal Pereira, adviseur IKNL:

Telefoon: 088 234 60 00

E-mail: c.pereira@iknl.nl

Inleiding

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.⁶ Tijdens de totstandkoming van het kwaliteitskader zijn knelpuntenanalyses^{7,8} in zowel de eerstelijns als in de tweede lijn verricht, om te inventariseren welke drempels het in de praktijk brengen van het kwaliteitskader zouden kunnen belemmeren. Eén van de ervaren belemmeringen betrof de financiering.

Passende financiering

De minister van VWS heeft aangegeven dat financiering van palliatieve zorg moet volstaan en duidelijk en niet bureaucratisch georganiseerd moet zijn.⁸ In twee separate bijeenkomsten voor de eerstelijns en de tweede lijn brachten IKNL en Palliactief in 2016 en 2017 een werk- en klankbordgroep van gemandateerde vertegenwoordigers afkomstig uit de wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en de overheid (zie bijlage 3) bijeen, om te inventariseren of en hoe de financiering van palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk aansluit bij de gewenste kwaliteit van palliatieve zorg.

Handreiking financiering

De mogelijkheden, knelpunten en oplossingen, die uit deze bijeenkomsten en het Rapport 'Palliatieve zorg op maat' (NZa, 2017)⁹ 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 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze handreiking is sindsdien jaarlijks herzien. In 2020 is in samenwerking met het Netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe en de Patiëntenfederatie een hoofdstuk (5) toegevoegd met eigen betalingen van patiënten en een paragraaf (6.5) 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 (6.6) met knelpunten, die alle specifiek van toepassing zijn voor de financiering van de kinderpalliatieve zorg. De herziene versies zijn telkens wederom afgestemd met het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS en de NZa.

Het doel van deze handreiking is de zorgverlener zo goed mogelijk te ondersteunen door de structuur en regelgeving rondom financiering van de palliatieve zorg voor 2021 op een rij te zetten en te koppelen aan mogelijkheden voor registratie en declaratie.

Dank

Deze handreiking is in samenwerking met alle genoemde partijen tot stand gekomen. Onze dank gaat uit naar een ieder die betrokken is geweest. Vooral dankzij uw kennis en kunde is deze handreiking – telkens opnieuw – tot stand gekomen.

⁶ IKNL/Palliactief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

⁷ IKNL / Palliactief (2017), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerstelijns

⁸ IKNL / Palliactief (2015), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

⁹ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat

1. Ziekenhuis



Wanneer de behandeling start, moet Olivia al snel opgenomen worden in het ziekenhuis wegens belastende toxiciteit. Te ziek van de behandeling om ook maar iets te doen, twijfelt ze aan de zin van de ingeslagen weg. Misschien zou het leven met enkele maanden verlengd kunnen worden. Het alternatief is 'niets meer doen'. Juist dat laatste houdt haar erg bezig. Ze heeft uitdrukkelijk de wens om thuis te sterven en haar resterende tijd door te brengen met haar geliefde gezin.

In dit hoofdstuk worden de mogelijkheden beschreven voor declaratie van generalistische palliatieve zorg in het ziekenhuis en van de inzet van een gespecialiseerd team palliatieve zorg voor poortspecialisten en beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (zie [Bijlage 2 Poortspecialisten en -functies](#)).

1.1 Generalistische palliatieve zorg door hoofdbehandelaar

1.1.1 Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties

De medisch oncoloog die Oliva behandelt kan in deze situatie de zorgactiviteit "Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met de patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger" (190066) registreren.¹⁰ Dit uitgebreide consult is bedoeld om in een gezamenlijk proces beslissingen te nemen over gezondheids- en behandeldoelen, kan worden geregistreerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en is te gebruiken voor alle relevante voorkomende situaties (niet alleen voor intensieve gesprekken in de laatste levensfase). Voor dit consult gelden specifieke voorwaarden:

- het consult wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert;
- het gesprek is gevoerd op basis van een samen-beslismodel¹¹. Lees meer over gezamenlijke besluitvorming in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland;¹²
- er is sprake van een consult dat minimaal tweemaal de standaardconsulttijd in beslag neemt die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is (voor een herhaalconsult of voor een consult op de verpleegafdeling).¹³

Deze activiteit wordt naast een herhaalpolibezzoek (190007, 190008, 190013, 190060, 190065), screen-to-screenconsult (190165, 190166) of verpleegdag (190200, 190218, 194804) of klinische zorgdag in de thuissituatie (190228) vastgelegd. De zorgactiviteit heeft een puur registratieve functie. Financiële afspraken over dit consult kunnen gemaakt worden in het lokaal overleg tussen aanbieder en verzekeraar. De extra lange consulttijd wordt zichtbaar in de zorgproductprofielen en op basis hiervan kan een andere waardering worden afgesproken voor de betreffende DBC-zorgproducten bij de toekomstige zorginkoop.¹⁴

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

Wanneer de medisch oncoloog en patiënt samen zouden besluiten om de ziektegerichte behandeling te staken, bestaat de mogelijkheid om de patiënt ook zonder behandeling te blijven begeleiden. De behandelend specialist, in dit geval de medisch oncoloog, kan de extra tijd die hij/zij

¹⁰ [Artikel 24.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹¹ Bijvoorbeeld G. Elwyn et al. (J Gen Intern Med 2012), Shared decision making: a model for clinical practice.

¹² [IKNL/Palliactief \(2017\), Kwaliteitskader Palliatieve Zorg Nederland](#)

¹³ [Artikel 24.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹⁴ [NZa \(2017\). Besluitvormingsdocument Hoofdpijnen dbc-pakket RZ18a, p. 8](#)

besteedt aan de patiënt vergoed krijgen door de zorgactiviteit "Begeleiding bij oncologie patiënten tijdens supportieve care/palliatieve zorg" (039928) te registreren.¹⁵

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. Wanneer er op enig moment behoefte ontstaat aan supportieve care producten bij andere specialismen en/of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.¹⁶

1.1.3 Medisch specialistische zorg thuis

Zorgactiviteiten zijn in principe niet locatie afhankelijk. Dat betekent dat het reguliere eerste polikliniekbezoek (190060) en het herhaal-polikliniekbezoek (190013) in de thuissituatie geregistreerd en gedeclareerd kunnen worden¹⁷.

Medisch specialistische zorg die in plaats van tijdens een klinische opname in het ziekenhuis, in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan gedeclareerd worden via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).¹⁸ Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten, heeft een vast tarief en kan zowel los als naast een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd. Om de zorgactiviteit Klinische zorgdag in de thuissituatie te kunnen declareren dient er wel een contract te zijn afgesloten met de zorgverzekeraar. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. Vanaf 2021 zijn de zorgactiviteiten belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) geïntroduceerd. 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.¹⁹ Het belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163) kunnen geregistreerd worden bij een herhaal-polikliniekbezoek. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

1.1.4 Nazorg

Nazorg is onderdeel van palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om het declareren van één of twee gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overleden patiënt en over hoe de begeleiding daarbij door de nabestaande ervaren is. Deze nazorg wordt bekostigd uit de huidige tarieven. Dit betekent dat nazorgsgesprekken tussen de nabestaanden en de behandelend arts van een overleden patiënt onderdeel zijn van de DBC. Deze nazorgsgesprekken kunnen dan ook niet separaat geregistreerd worden.^{20,21}

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

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

¹⁵ [Bijlage 3 Zorgactiviteitentabel, NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹⁶ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 15](#)

¹⁷ [Toelichting artikel 23.3 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG2103a](#)

¹⁸ [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹⁹ [Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

²⁰ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 16](#)

²¹ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg



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

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

1.2.1 Inzet team palliatieve zorg tijdens klinische opname

Het normeringsrapport van de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) stelt dat alle ziekenhuizen in Nederland die oncologische patiënten behandelen, dienen te beschikken over een multidisciplinair team palliatieve zorg. Dit multidisciplinaire team moet bestaan uit ten minste twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg. De verpleegkundige is bij voorkeur een oncologieverpleegkundige of verpleegkundig specialist oncologie of anesthesiologie/pijn-geneeskunde. Ten minste één van de medisch specialisten dient specifiek opgeleid te zijn in palliatieve zorg.²²

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

Het team palliatieve zorg biedt aanvullende en specialistische ondersteuning in de palliatieve zorg. De wijze waarop dit vorm krijgt kan per ziekenhuis verschillend zijn. Voor de inzet van het team palliatieve zorg wordt een apart zorgtraject geopend met de diagnose 'palliatieve zorg'. Dit zorgtraject loopt bij de palliatieve zorg voor volwassenen vrijwel altijd naast het zorgtraject van de behandelend specialist. De reguliere regels voor paralleliteit bij eenzelfde specialisme zijn hierop van toepassing. Zo moet er aantoonbaar sprake zijn van een ander uit te voeren beleid, ten aanzien van de zorgvraag.²³ Per 1 januari 2020 is de regelgeving op dit punt verduidelijkt. Het team palliatieve zorg zal veelal palliatieve patiënten begeleiden, maar niet overgaan tot behandeling. In de verduidelijkte regelgeving, komt onder andere het begrip 'behandeling' in het kader van paralleliteit niet meer voor. Daardoor wordt duidelijk dat wanneer wordt overgegaan tot een conservatieve behandeling of niet (direct) behandelen, toch kan worden voldaan aan de vereisten voor een parallel zorgtraject.²⁴



Voor kinderen met een palliatieve zorgvraag ziet het team palliatieve zorg er anders uit. Sinds 2020 zijn voor deze zorg vanuit elk academisch ziekenhuis Kinder Comfort Teams (KCT) operationeel²⁵. Deze zijn projectmatig opgestart en gefinancierd middels subsidie van fondsen, het ministerie van VWS en giften. De KCT's leveren multidisciplinaire zorg gericht op proactieve zorgplanning (ook wel Advance Care Planning; ACP). Doel is om de zorg zo snel mogelijk te verplaatsen naar thuis en om

²² [Stichting Oncologische Samenwerking \(2021\), Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland, SONCOS normeringsrapport 9](#)

²³ [Artikel 5.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

²⁴ [NZa \(2019\), Wijzigingen medisch-specialistische zorg 2020 op een rij](#)

²⁵ [Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg, Kinder Comfort Teams, geraadpleegd 23 juli 2021](#)

drempelloos overleg te faciliteren tussen de zorgprofessionals in de thuisituatie en de hoofdbehandelaars in het ziekenhuis. Een groot deel van de activiteiten betreft casemanagement. Er wordt vaak samengewerkt met kinderartsen in de periferie die kinderen ook in de palliatieve zorg bijstaan en dus ook kinderpalliatieve zorg leveren.

Minimale eisen

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

1) DBC Diagnose Palliatieve zorg, deze is beschikbaar bij de volgende specialismen:

0313.050	Palliatieve zorg – Inwendige geneeskunde
0316.9950	Palliatieve zorg – Kindergeneeskunde
0322.9950	Palliatieve zorg – Longgeneeskunde
0330.9950	Palliatieve zorg – Neurologie
0335.352	Palliatieve zorg – Klinische geriatrie
0389.990	Palliatieve zorg – Anesthesiologie

2) Zorgactiviteit Overleg palliatieve zorg (190006):

Multidisciplinair overleg ten behoeve van de patiënt is een relevant kwaliteitsaspect van specialistische palliatieve zorg. Voor het in rekening brengen van zorgproducten palliatieve zorg dient per subtraject ten minste één multidisciplinair overleg plaatsgevonden te hebben.²⁶ Hiervoor moet niet de zorgactiviteit 'Multidisciplinair overleg' (190005) worden geregistreerd, maar de zorgactiviteit 'Overleg palliatieve zorg' (190006):

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg. Het team palliatieve zorg bestaat uit:

- ten minste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of
- één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.
- In het geval van palliatieve zorg voor kinderen wordt de zorg geleverd door het KCT, dat bestaat uit tenminste uit één poortspecialist met speciale expertise/aanvullende scholing op het gebied van de kinderpalliatieve zorg en een kinderverpleegkundige.
- De zorgactiviteit mag door elk teamlid dat bij het overleg betrokken is, worden vastgelegd in het zorgtraject van de hoofdbehandelaar.²⁷



De zorgactiviteit 'Overleg palliatieve zorg' (190006) dient altijd geregistreerd te zijn om tot rechtmatige declaratie te kunnen komen van een zorgproduct palliatieve zorg. Het overleg palliatieve zorg kan door iedere betrokken beroepsbeoefenaar worden vastgelegd. Per overleg palliatieve zorg mag deze zorgactiviteit slechts eenmaal per specialisme geregistreerd worden.

3) Zorgactiviteit uit zorgprofielklasse:

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

De zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' (190067) is onderdeel van zorgproductgroep 990040 en betreft het consult tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar die

²⁶ NZa (2017), *Rapport palliatieve zorg op maat*, p. 12

²⁷ Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg. De zorgactiviteit is bedoeld voor zowel klinische als poliklinische consulten. Per 2021 kan de zorgactiviteit ook geregistreerd worden voor zorg op afstand. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.²⁸

Registratie en declaratie van een klinisch traject vanuit het team palliatieve zorg is niet mogelijk naast een lopend klinisch traject van hetzelfde specialisme. Binnen een specialisme mag maximaal één klinisch DBC-zorgproduct geopend worden tijdens het klinische traject van de patiënt. Dit is een algemene regel en geldt voor alle klinische zorgproducten.²⁹

1.2.2 Inzet team palliatieve zorg op de polikliniek



Na het staken van de chemotherapie zijn de klachten van misselijkheid bij Olivia verdwenen. Maar met de pijnmedicatie die in het ziekenhuis is gestart, is haar pijn nog niet goed onder controle. Bovendien krijgt ze meer en meer last van somberheid en angst en heeft ze twijfels over of ze wel de juiste beslissing genomen heeft. In samenspraak met de huisarts en de gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg maakt Guus voor Olivia, Sara en hemzelf een poli-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 sterven mede mogelijk. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

De zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' (190067) is ook bedoeld voor het poliklinische consult. Voor het poli-bezoek van Olivia en haar gezin wordt deze zorgactiviteit vastgelegd. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.³⁰

1.2.3 Inzet team palliatieve zorg in de thuissituatie

Zorgactiviteiten zijn in principe niet locatie afhankelijk. Dat betekent dat het reguliere eerste polikliniekbezoek 190060 en het herhaal-polikliniekbezoek 190013 in de thuissituatie geregistreerd en gedeclareerd kunnen worden³¹.

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. Vanaf 2021 zijn de zorgactiviteiten belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) geïntroduceerd. 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.³² Het belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163) kunnen geregistreerd worden bij een herhaal-polikliniekbezoek. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

De zorgactiviteit 'Consult door een lid van het team palliatieve zorg' (190067) kan sinds 2021 ook geregistreerd worden in geval van consulten op afstand met de patiënt, of soms, in geval van kinderpalliatieve zorg, met de ouders of voogd van het kind³³.

²⁸ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

²⁹ [Artikel 23.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

³⁰ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

³¹ [Artikel 23.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

³² [Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

³³ [NZa. Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ21b, p.40](#)

Daarnaast kan de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228)³⁴ (zie [paragraaf 1.1.3](#) en [hoofdstuk 2.3](#)) gebruikt worden voor alle door het ziekenhuis geleverde zorg. De zorgactiviteit heeft een vast tarief en kan alleen gedeclareerd worden als hierover een contract is afgesloten met de zorgverzekeraar.

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



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.

1.3 Innovatie

Per 2021 heeft de NZa een facultatieve prestatie in het leven geroepen voor de medisch specialistische zorg.³⁵ De facultatieve prestatie biedt ruimte waarin ziekenhuis en zorgverzekeraar afspraken kunnen maken voor lokale bekostigingsvraagstukken, als (nieuwe) initiatieven lastig te bekostigen zijn 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 voldaan is aan de registratievoorwaarden zoals omschreven in de NZa-regelgeving, waarbij de meest recent uitgekomen regel altijd leidend is. Hierop zijn geen uitzonderingen van toepassing in de palliatieve zorg.

Voor algemene informatie over registratie van DBC/DOT in de ziekenhuizen verwijzen wij naar de 'Registratiewijzer Federatie Medisch Specialististen'³⁶, en de 'Registratiekaart - Openen van een DBC'³⁷. Hierin staan de meest gestelde vragen over registratie in het algemeen en specifiek over recente wijzigingen in de NZa-regelgeving.

1.5 Financiering binnen het ziekenhuis

Met ingang van de regelgeving in 2018 is een aantal knelpunten op het niveau van registratie en declaratie voor activiteiten van het team palliatieve zorg opgelost. Op het niveau van financiering binnen het ziekenhuis bestaan echter ook onduidelijkheden en misverstanden. Veel ziekenhuizen hebben nog geen afspraken over de geboden palliatieve zorg met de zorgverzekeraar of over de interne verdeelsleutel voor het team palliatieve zorg in het ziekenhuis. Het is belangrijk om de zorgproducten palliatieve zorg mee te nemen in de gesprekken met de bij het ziekenhuis betrokken zorgverzekeraar(s). Ook over gereguleerde zorgproducten worden prijsafspraken gemaakt. De zorg valt dan wel onder het gereguleerd segment, maar de zorgverzekeraars kunnen proberen in de onderhandelingen lagere prijzen af te spreken. Daarnaast is het in de praktijk zo dat er meestal totaalprijzen worden afgesproken (plafondafpraak of aanneemsom).

Vanuit het oogpunt van kwaliteit of toename van zorg kunnen tijdens de jaarlijkse contract- en prijsonderhandelingen, onderhandelingen plaatsvinden over een verhoging van de totaalprijs. Als dit

³⁴ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

³⁵ NZa Informatiekaart Wat is een facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg? Geraadpleegd op 23 juli 2021

³⁶ Registratiewijzer Federatie Medisch Specialististen

³⁷ NVZ, ZN, NFU, FMS, (2019). Registratiekaart – Openen van een DBC

lukt, kan dit extra omzet betekenen voor het team palliatieve zorg. Lukt dit niet, dan levert het team palliatieve zorg geen extra omzet op en gaat het om een interne verschuiving van gelden. Het is belangrijk dat men intern afspraken maakt over de verdeelsleutel van de financiën. Ten eerste om een x-bedrag inkomsten te oormerken voor het team palliatieve zorg en ten tweede om de inkomsten te verdelen binnen het team palliatieve zorg.

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

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

Goede registratie van geleverde palliatieve zorg, zowel voor volwassenen als voor kinderpalliatieve zorg, krijgt het beste vorm door nauwe samenwerking tussen zorgadministrateurs en medisch inhoudelijke professionals. Juist in afstemming met elkaar worden structuur en regelgeving rondom financiering op de juiste wijze geborgd in zowel de systemen als processen binnen het ziekenhuis.

1.6 Logevergoeding

Patiënten die voor een meerdaagse behandeling in een gespecialiseerd ziekenhuis of behandelcentrum, bijvoorbeeld voor bestraling, over grote afstanden heen en weer reizen, ontvangen voor vervoerskosten een vergoeding. Als sprake is van drie aaneengesloten dagen behandeling kunnen zij vanaf 2020 ook kiezen voor een logevergoeding vanuit het basispakket van de zorgverzekering.³⁸

1.7 Transmurale samenwerking

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



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

- Ziekenhuis en eerstelijnszorgaanbieder kunnen afspraken maken op basis van onderlinge dienstverlening³⁹
- 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 verblijft⁴⁰.

³⁸ Rijksoverheid, Basispakket zorgverzekering uitgebreid met logevergoeding. Geraadpleegd 23 juli 2021.

³⁹ NZa (2020) Informatiekaart wijzigingen dbc-pakket 2020 (RZ20b), Regel onderlinge dienstverlening verruimd.

⁴⁰ NZa. Kan de wijkverpleegkundige ook wijkverpleegkundige zorg declareren, terwijl de cliënt nog in het ziekenhuis (of elv, grz, hospice) verblijft? Geraadpleegd op 23 juli 2021.

2. Thuis



Guus zoekt zijn vrouw op in het ziekenhuis. Hij kijkt naar haar. "Dit is niks, hè meisje?" Ze zucht. "Het hoeft niet", zegt hij zachtjes. Olivia kijkt hem aan. Ze is te moe, nadenken lukt niet. De internist uit het team palliatieve zorg bespreekt de twijfels met Olivia en Guus. Olivia besluit te stoppen met de chemotherapie. Ze is opgelucht dat ze naar huis kan. Niet nog een keer die zware behandeling. En ze is teleurgesteld in zichzelf. Welke moeder laat nu de kans op meer tijd met haar kind schieten?

Na overleg met de transferverpleegkundige van het ziekenhuis start de wijkverpleging de thuiszorg op. De huisarts neemt met Olivia en Guus het zorgplan door zoals dat vanuit het ziekenhuis is overgedragen. Samen passen ze het aan op de thuissituatie en besluiten ze om voor de coördinatie en continuïteit van zorg de gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager palliatieve zorg het aanspreekpunt te laten zijn. Met de specifieke expertise in palliatieve zorg kan deze verpleegkundige begeleiding bieden in complexe situaties en anticiperen op het verloop van de ziekte en de problemen die dit mogelijk gaat veroorzaken. Ze kan tijdig regelen dat de zorg continu goed is afgestemd op de situatie van Olivia.

Olivia praat graag wat met de verpleegkundigen en verzorgenden terwijl zij hun werk doen. Zo leren ze haar in korte tijd goed kennen. Doordat zowel de wijkverpleegkundige en de huisarts deelnemen aan PaTz-overleg hebben zij een korte lijn met elkaar.

Dit hoofdstuk beschrijft de mogelijkheden voor financiering van generalistische palliatieve zorg en de inzet van gespecialiseerde palliatieve zorg van de verschillende betrokken disciplines in de thuissituatie.

2.1 Generalistische palliatieve zorg

2.1.1 Huisarts

Huisartsenzorg wordt in de thuissituatie altijd gefinancierd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het maakt daarbij niet uit of een patiënt reeds een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft of niet.⁴¹ Binnen de kinderpalliatieve zorg coördineert de kinderarts de behandeling. Hij of zij stemt af met de huisarts over de taakverdeling.

De huisartsenzorg is ingedeeld in drie segmenten:

- Segment 1: Basisvoorziening huisartsenzorg
- Segment 2: Multidisciplinaire eerstelijnszorg
- Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Segment 1: Basiszorg

Palliatieve zorg valt onder de basiszorg in segment 1. Declaratie van de geboden palliatieve terminale zorg vindt plaats onder de prestatie Intensieve zorg⁴²:

Voor de palliatieve terminale zorg gedurende de laatste drie maanden (of, in geval van kinderen, de laatste 12 maanden⁴³) van het leven kan de huisarts de prestatie 'Intensieve zorg, dag' of 'Intensieve zorg, anw (avond, nacht, weekend)' declareren. Hiervoor geldt een maximumtarief. Het aantal consulten intensieve zorg is in de huidige regelgeving niet meer aan een maximum

⁴¹ [NZA Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 - BR/REG-18122, Toelichting artikelsgewijs](#)

⁴² [Artikel 5.2.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147](#)

⁴³ VWS (2016), Wijziging regeling PTZ [Kamerbrief]

gebonden. Telefonische consulten of consulten per e-mail of via een internet beeldverbinding ter vervanging van een spreekuurconsult mogen volgens regulier tarief gedeclareerd worden, mits de zorgverlening zowel zorginhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier face-to-face consult wordt geboden.⁴⁴

Segment 2: Multidisciplinaire eerstelijnszorg

Segment 2 biedt de mogelijkheid tot prestaties onder de noemer van Organisatie en Infrastructuur (O&I). De prestaties O&I Wijkmanagement, O&I Ketenzorg, O&I Regiomanagement en O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze aanvullende vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continu verbeteren van de kwaliteit en kosten van zorg.

Segment 2B biedt ruimte voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in Segment 2A (ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma). Het gaat hierbij om nieuwe ketens (bijvoorbeeld depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens (bijvoorbeeld farmaceutische zorg) waarbij landelijk overeenstemming is over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden.⁴⁵

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Ook Segment 3 biedt ruimte aan verzekeraars en aanbieders om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. De afspraken binnen Segment 3 kunnen betrekking hebben op uitkomsten van zorg geleverd in Segment 1 (huisartsenzorg) en Segment 2 (multidisciplinaire zorg). Ook de zorgvernieuwing kan op beide domeinen betrekking hebben.⁴⁶

Deelname PaTz-overleg

De huisarts van Olivia neemt deel aan het PaTz-overleg in zijn regio. PaTz staat voor Palliatieve Thuiszorg. Zes keer per jaar komen huisartsen en wijkverpleegkundigen uit een regio bij elkaar om hun (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.⁴⁷

Deelname van de huisarts aan PaTz kent nog geen structurele bekostiging. Wel zijn er regionale initiatieven en projecten met zorgverzekeraars om deelname te financieren uit bijvoorbeeld segment 3^{48,49} of als de prestatie *Palliatieve consultatie, telefonisch*⁵⁰ uit de M&I (Modernisatie en

⁴⁴ [Artikel 5.2.2 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147](#)

⁴⁵ [Artikel 6.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147](#)

⁴⁶ [Artikel 7.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147](#)

⁴⁷ [Schweitzer et al. \(2015\). Handleiding ten behoeve van de implementatie van PaTz](#)

⁴⁸ LHV West-Brabant.nl, S3 gelden - aanvullende regioprestaties, Geraadpleegd op 15 juli 2019

⁴⁹ [LHV Amsterdam/Almere. Zilveren Kruis financiert deelname huisartsen aan PaTz-groepen, Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

⁵⁰ [PaTz, Geldt er een vergoeding voor het deelnemen aan PaTz? Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

Innovatie) -verrichtingen⁵¹ en was er een regio waar huisartsen die deelnemen aan PaTz groepen aanspraak kunnen maken op een eenmalige toeslag op het inschrijftarief per ingeschreven patiënt.⁵²



2.1.2 Verpleging en verzorging

Financiering van de verpleging en verzorging in de thuissituatie verloopt in principe vanuit de Zvw, tenzij de patiënt al een indicatie voor de Wlz heeft. Dat betekent dus dat financiering van verpleging en verzorging voor patiënten in de Zvw en Wlz op verschillende manieren verloopt. In onderstaand overzicht worden deze verschillen toegelicht.

Persoonlijke verzorging voor palliatieve kinderen kan daarnaast vanuit de Jeugdwet bekostigd worden wanneer deze zorg buiten de geneeskundige context valt: het gaat dan om verzorging die nodig is vanwege de zelfredzaamheid van het kind; de zorg is dan niet als geneeskundig te beschouwen, maar karakteriseert zich als 'begeleidende zorg'.^{53,54} Bekostiging verloopt dan middels een pgb of in natura. Per gemeente verschilt hoe deze zorg wordt geregeld.⁵⁵ Dit is daarom niet verder uitgewerkt in onderstaand overzicht.

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

Algemeen

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

- zorg in natura (zin); patiënt ontvangt de zorg die de zorgverzekeraar bij zorgaanbieders inkoop;
- persoonsgebonden budget (pgb): de patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.⁵⁶

Verpleging en verzorging is onderverdeeld in de volgende prestaties:

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

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Algemeen

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

- volledig pakket thuis (vpt): alle zorg door één aanbieder;
- modulair pakket thuis (mpt): zorg geleverd door één of verschillende aanbieders;
- persoonsgebonden budget (pgb): patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.⁶¹

De zorgaanbieder en het zorgkantoor spreken hiervoor tarieven af. Daarvoor gelden voornamelijk maximumtarieven zoals vastgelegd in de tariefbeschikkingen van de NZa.⁶²

Voor patiënten met een Wlz-indicatie die op een wachtlijst staan voor een zorginstelling en die in de tussentijd zorg thuis nodig hebben, kan overbruggingszorg worden aangevraagd. Overbruggingszorg waarbij niet aan het doelmatigheidscriterium hoeft te worden

⁵¹ [Bijlage 2a: Prestatielijst M&I-verrichtingen NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147](#)

⁵² [PaTz Regiotafel Midden-Nederland \(MN\). Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

⁵³ [Artikel 1.1 Jeugdwet](#)

⁵⁴ [V&VN \(2020\) Handreiking Indicatieproces Kindzorg, p.13](#)

⁵⁵ [Zorgwijzer. Jeugdzorg in Nederland. Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

⁵⁶ [Regelhulp.nl Rijksoverheid, Pgb voor wijkverpleging, Geraadpleegd op 8 juli 2018](#)

⁶¹ [Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen \(instelling, vpt, mpt en pgb\) \(Wlz\). Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

⁶² [NZa \(2017\), Brief Aangepaste beleidsregels en regelingen Wlz 2017 en 2018, p. 2](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

7. Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar
8. Beloning op maat
9. Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht-, en weekendzorg
10. Ketenzorg dementie
11. Thuiszorgtechnologie: zorg die op digitale wijze wordt ondersteund of gerealiseerd
12. Onderlinge dienstverlening⁵⁷

De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken tariefafspraken over de bovenste elf prestaties. Voor de eerste zeven prestaties en voor thuiszorgtechnologie geldt een maximumtarief per uur. Voor de overige prestaties zijn de tarieven vrij.⁵⁸

Experiment cliëntprofielen

Per 1 januari 2022 kan door zorgaanbieders gestart worden met het registreren van cliëntprofielen als basis voor bekostiging. Dit wordt gedaan door de wijkverpleegkundige, aan de hand van een vragenlijst. De inzichten die dit oplevert met betrekking tot de cliëntprofielen worden in volgende fasen eerst gedeeld met de zorgverzekeraar en vervolgens gebruikt als basis voor contractering. Contractering kan vanaf de start van het experiment plaatsvinden op basis van een uur-, dag-, week-, maand- of kwartaaltarief. De tarieven zijn vrij. Wel moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieder de afspraken in een schriftelijke overeenkomst vastleggen. De zorgaanbieders die gebruik maken van een integraal uurtarief op basis van het huidige 'experiment bekostiging verpleging en verzorging', kunnen dit gedurende de eerste twee jaar van het nieuwe experiment blijven doen.^{59,60} Vanaf

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

voldaan, kan voor een periode van 13 weken worden verleend. Deze periode kan worden verlengd.⁶³ Als er voorafgaand aan deze periode al zorg vanuit bijvoorbeeld de Zvw werd geleverd aan deze patiënt, dan kan de overbruggingszorg door dezelfde aanbieder worden geleverd.⁶⁴

Voor kinderen met een mpt zijn een prestatie en tarief beschikbaar voor Verpleging speciaal aan kinderen tot 18 jaar incl. beschikbaarheid en, met ingang van 2021, voor Verpleging speciaal aan kinderen tot 18 jaar excl. beschikbaarheid.^{65,66}



⁵⁷ [Artikel 4 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101](#)

⁵⁸ [Artikel 6 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101](#)

⁵⁹ [NZa Advies Bekostiging wijkverpleging 2022 Van kwantiteit naar kwaliteit, 20 september 2020](#)

⁶⁰ [NZa Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging - BR/REG-22103](#)

⁶³ [Artikel 3.3.6 Wet langdurige zorg](#)

⁶⁴ [Artikel 3.3.6a Wet langdurige zorg](#)

⁶⁵ [Artikel 7.4 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 - BR/REG-22124](#)

⁶⁶ [NZa, Welke wijzigingen zijn er binnen de langdurige zorg voor 2021? Geraadpleegd op 16 december 2020](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

2024 blijft een integraal uurtarief mogelijk binnen het experiment. Wel is het dan verplicht om de cliëntprofielen te registreren en mee te sturen met de declaratie.

Palliatieve (terminale) zorg

Palliatieve zorg is onderdeel van de reguliere prestaties voor de wijkverpleging of onderdeel van het integrale tarief.⁶⁷ In het 'experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging' maakt de palliatieve zorg onderdeel uit van de verschillende cliëntprofielen. Voor de palliatief terminale zorg zijn twee aparte cliëntprofielen vastgesteld.⁶⁸ Sommige verzekeraars stellen aan het leveren van palliatieve terminale zorg (PTZ) specifieke eisen, bijvoorbeeld aan het niveau van de zorgverleners, deelname aan consultatieteams en/of deelname aan het netwerk palliatieve zorg.^{69,70} Zorgaanbieders kunnen daar dan facultatief op inschrijven.

Intensieve zorg

24-uurszorg wordt vanaf 2018 'intensieve zorg' genoemd.⁷¹ De wijkverpleegkundige indiceert de zorg die de patiënt nodig heeft. Dit gaat voor zorg in de palliatieve terminale fase niet anders dan bij een 'normale' indicatiestelling. In de palliatieve terminale fase is er altijd sprake van geneeskundige zorg. Dit hoeft echter niet altijd méér zorg te zijn dan in de fase daarvoor en de zorg hoeft niet altijd door de wijkverpleegkundige zelf geleverd te worden. De wijkverpleegkundige kan in samenspraak met de patiënt (en/of naasten)

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt al heeft. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld Zorgprofiel VV 6 heeft, dan wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.⁷⁵

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.⁷⁶

Wanneer voor deze patiënten de zorgbehoefte minimaal 25 procent hoger is dan vanuit het zorgprofiel wordt vergoed, kan in de profielen VV 7 en VV 8 extra financiering worden aangevraagd bij het zorgkantoor.⁷⁷

Er kan ook extra financiering worden aangevraagd bij onder meer:

- gespecialiseerde epilepsiezorg
- chronische invasieve beademing
- non-invasieve beademing
- CVA
- Huntington
- observatie

De zorgbehoefte hoeft dan *niet* minimaal 25 procent hoger te zijn.⁷⁸

Palliatieve terminale zorg



⁶⁷ NZa (2018). [Monitor contractering wijkverpleging 2018](#), p. 36

⁶⁸ NZa Advies Bekostiging wijkverpleging 2022 Van kwantiteit naar kwaliteit, 20 september 2020

⁶⁹ NZa (2019). [Monitor Contractering wijkverpleging 2019](#), p. 47

⁷⁰ NZa (2018). [Monitor contractering wijkverpleging 2018](#), p. 34

⁷¹ VWS (2018). [Verbeteringen palliatieve zorg \[Kamerbrief\]](#), p. 5

⁷⁵ VWS (2017). [Informatiekaart palliatieve zorg](#)

⁷⁶ Artikel 5.1a Regeling langdurige zorg

⁷⁷ Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg

⁷⁸ Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

besluiten de benodigde zorg door vrijwilligers en/of naasten te laten uitvoeren. Dit hangt af van de individuele situatie van de zorgvrager en zijn netwerk.^{72,73} De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de vergoeding van de geïndiceerde zorg.

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is.⁷⁴ Wanneer het budgetplafond overschreden dreigt te worden, kan de zorgaanbieder geen (nieuwe) patiënten die bij de betreffende zorgverzekeraar verzekerd zijn in zorg nemen en een verzoek tot bijcontracteren indienen bij deze zorgverzekeraar.

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Ook palliatieve terminale zorg (PTZ) wordt in principe vergoed vanuit het zorgprofiel dat de patiënt al heeft.⁷⁹

Wanneer de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een mpt of een pgb, kan bij het zorgkantoor een verhoging worden aangevraagd indien dit nodig is om de patiënt PTZ thuis te kunnen laten ontvangen. Dit kan als de behandelend arts inschat dat de levensverwachting korter dan drie maanden is.⁸⁰

Als de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een vpt, kan 10 VV *Beschermde verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* bij het zorgkantoor gedeclareerd worden, indien die verhoging nodig is om de patiënt intensieve PTZ thuis te kunnen laten ontvangen. Dit kan als de behandelend arts inschat dat de levensverwachting korter dan drie maanden is. Het volstaat dat deze levensverwachting is opgenomen in het dossier van de patiënt voor toetsing bij de materiële controle.⁸¹ Het geïndiceerde zorgprofiel blijft hierbij ongewijzigd, maar kan niet gelijktijdig met VV 10 gedeclareerd worden.⁸²

Beloning op maat

Vanuit de prestatie beloning op maat kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tegen een vrij tarief aanvullende afspraken maken over innovatie, kwaliteit, uitkomsten van zorg

⁷² V&VN (2019). *Begrippenkader indicatieproces*

⁷³ ZIN (2019). *Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding*

⁷⁴ VWS (2017). *Palliatieve zorg, een niveau hoger* [Kamerbrief], p. 5

⁷⁹ VWS (2017). *Informatiekaart palliatieve zorg*

⁸⁰ Artikel 5.1c leden 1 en 2 *Regeling langdurige zorg*

⁸¹ Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125

⁸² NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125, [Toelichting per artikel](#)

Verpleging en verzorging Zorgverzekeringswet

of de bediende populatie van de zorgaanbieder.⁸³ Eén zorgverzekeraar maakte bijvoorbeeld gebruik van beloning op maat om afspraken te maken met zorgaanbieders over de zorggarantie in de regio (basisinfrastructuur). Deze afspraken zijn bedoeld om de overdracht van het ziekenhuis naar de thuissituatie bij ontslag net voor het weekend te verbeteren.⁸⁴

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Deelname aan diverse (regionale) structuren

Deelname aan de PaTz-vergaderingen kent geen specifieke bekostiging voor de wijkverpleegkundige.⁸⁵ Indirecte patiëntenzorg zit verdisconteerd in de zorgprestaties.⁸⁶ De KCT organiseren multidisciplinaire overleggen (MDO's) kinderpalliatieve zorg met alle betrokkenen. Deelnemende verpleegkundigen kunnen deze registreren op basis van regie- en coördinatie middels de prestatie Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar.⁸⁷ Daarnaast worden casuïstiekbesprekingen gevoerd in de Netwerken Integrale Kindzorg en zijn er regionale indicatieoverleggen met indicierend kinderverpleegkundigen.

De huidige inrichting van de bekostiging beoogt de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de palliatieve zorg te borgen. Voor het kunnen leveren van goede palliatieve zorg, staan passende contractering en juiste indicering centraal. Bij palliatieve patiënten kan de gezondheidssituatie snel veranderen en verslechteren en dikwijls hebben ze al intensief te maken met huisartsenzorg of ziekenhuiszorg. Zij zullen niet alleen behoefte hebben aan verpleging en verzorging, maar ook aan coördinerende, signalerende en anticiperende taken, aan coaching, bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement⁸⁸ en mantelzorgondersteuning, en waar nodig aan inzet van gespecialiseerde zorgverleners.⁸⁹ In de wijkverpleging voor kinderen biedt de regie- en coördinatiefunctie binnen de prestatie 'Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar' de mogelijkheid om de hieraan verbonden directe zorgverlening te declareren.⁹⁰ Bij de contractering van kwalitatief beschikbare, passende zorg is het dan ook van belang rekening te houden met alle aspecten van 'zorg zoals de verpleegkundige die pleegt te bieden'. Het is belangrijk dat er bij het maken van afspraken over de tarieven goed wordt opgelet dat alle voornoemde onderdelen van indicering geleverd kunnen worden vanuit het tarief.

⁸³ [Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101](#)

⁸⁴ [NZa \(2018\) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 28](#)

⁸⁵ [PaTz, Geldt er een vergoeding voor het deelnemen aan PaTz? Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

⁸⁶ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 50-51](#)

⁸⁷ [Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101](#)

⁸⁸ [Zorginstituut Nederland, Verpleging in de wijk \(Zvw\), Geraadpleegd op 16 juli 2020](#)

⁸⁹ [Expertisecentrum mantelzorg, Mantelzorgers ondersteunen voor verzorging en verpleging, Geraadpleegd 4 juli 2017](#)

⁹⁰ [Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101](#)

2.1.3 Mantelzorg

Voor de inzet van de mantelzorg bestaat geen algemene vergoeding. Wel kan de mantelzorg aanspraak maken op een aantal vergoedingen, waaronder vergoeding van reiskosten via de gemeente en tegemoetkoming voor extra zorgkosten. Ook bestaat de mogelijkheid om de mantelzorg in te schakelen vanuit het pgb.⁹¹

Soms kan de zorg te zwaar zijn voor de mantelzorg. Dan kan de thuiszorg (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 mantelzorg even geen zorgtaken waardoor hij/zij kan uitrusten. Dit heet 'respijtorg' of vervangende zorg.⁹²

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

- gemeente: als de zorgvrager zelf Wmo-ondersteuning krijgt, kan respijtorg vergoed worden vanuit de Wmo. Respijtorg voor kinderen met een palliatieve zorg behoefte kan worden vergoed vanuit de Jeugdwet, als hun zorgvraag niet geneeskundig van aard is⁹³. Vraag de betreffende gemeente naar de mogelijkheden;
- zorgkantoor: als de zorgvrager zelf zorg krijgt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtorg 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 kinderdagverblijf⁹⁴ en Verblijf intensieve kindzorg voor verblijf in een verpleegkundig kindzorghuis.⁹⁵



2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg



De zorg voor Olivia is zwaar voor Guus. Sara helpt waar ze kan, maar heeft ook de zorg voor haar eigen gezin en ze wil graag de momenten dat zij bij haar moeder is, niet alleen met de mantelzorg bezig zijn. De wijkverpleegkundige bespreekt met Olivia en haar gezin dat zij samenwerken met opgeleide vrijwilligers die er voor hen kunnen zijn. Samen komen ze tot het inzicht dat deze extra ondersteuning hen goed zou kunnen helpen. De wijkverpleegkundige neemt daarom contact op met de coördinator van de VPTZ-organisatie in de regio.

De huisarts bespreekt de situatie van Olivia in zijn PaTz-overleg. Hij vertelt over de tegenstrijdige gevoelens die Olivia heeft over het stoppen met de behandeling. De wijkverpleegkundige vertelt dat ze zag dat Olivia kortaf is tegen Sara. De gespecialiseerde consulent palliatieve zorg suggereert de inzet van een geestelijk verzorger.

Het idee dat ze haar dochter moet achterlaten is voor Olivia onverteerbaar. Ze staat achter haar keuze om te stoppen met de palliatieve chemotherapie en kiest bewust voor meer kwaliteit van leven in plaats van het toevoegen van dagen. Tegelijkertijd overschaduwde het aanstaande gemis van haar gezin haar kwaliteit van leven. Gesprekken met een geestelijk verzorger geven haar handvatten om rust te kunnen vinden. Zo kan het gezin met aandacht voor elkaar afscheid nemen.

2.2.1 Huisarts

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

⁹¹ Mantelzorg.nl. Geldzaken. Geraadpleegd op 16 juli 2020

⁹² Mantelzorg.nl. Vervangende zorg voor mantelzorgers (respijtorg). Geraadpleegd op 11 december 2019

⁹³ [Artikel 1.1 Jeugdwet](#)

⁹⁴ [Artikel 4.1 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-17144](#)

⁹⁵ [Artikel 4.2 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-17144](#)

Palliatieve consultatie van kaderopgeleide huisarts

- Palliatieve consultatie, visite:
Consultatievisite door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per visite, inclusief bestudering casus.
- Palliatieve consultatie, telefonisch:
Telefonische consultatie door een opgeleide palliatieve huisartsconsulent op verzoek van huisarts. Het betreft een prestatie per telefonisch consult.

Het betreft hier prestaties onder M&I (Modernisatie en Innovatie)-verrichtingen. In geval een overeenkomst is afgesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, geldt voor deze verrichtingen een vrij tarief. In geval geen overeenkomst is afgesloten mogen maximaal de beschreven tarieven in rekening worden gebracht.⁹⁶

Palliatieve consultatie kaderopgeleide specialist ouderengeneeskunde of lid team palliatieve zorg Meekijkconsult

Deze prestatie valt onder zorgvernieuwing in segment 3 en biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen van waaruit de zorgaanbieder de expertise in kan roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. Dit kan de inzet zijn van medisch specialistische consultatie of de inzet van andere expertises in het zorgveld. Doel van de inzet moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Enkel wanneer de huisarts een afspraak maakt met de zorgverzekeraars over aanvullende financiering door middel van deze module, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.⁹⁷

De specialist ouderengeneeskunde kan in de eerstelijns door de huisarts geconsulteerd worden voor specifieke medisch geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten. Het gaat hierbij meestal om patiënten met complexe problemen. De wijze waarop de inzet van de specialist ouderengeneeskunde gefinancierd wordt, is afhankelijk van of de patiënt een Wlz-indicatie heeft of niet. De zorg door de specialist ouderengeneeskunde in de thuissituatie voor patiënten zonder Wlz-indicatie wordt vanaf 2020 niet langer bekostigd via de tijdelijke subsidieregeling extramurale zorg, maar vanuit de Zvw.⁹⁸ De zorg door de specialist ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz-indicatie wordt bekostigd uit de Wlz.

Inzet specialist ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet

De specialist ouderengeneeskunde kan voor patiënten zonder Wlz-indicatie de zorg declareren via de prestatie 'Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden'.⁹⁹ Deze

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

⁹⁶ [Bijlage 2a NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147](#)

⁹⁷ [Artikel 7.2.2 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147](#)

⁹⁸ [VWS \(2019\). Basispakket Zvw 2020 \[Kamerbrief\]](#)

⁹⁹ [Artikel 4 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-22135](#)

Inzet specialist ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet

prestatie kan per uur worden gedeclareerd. Daarnaast kan er per bezoek een reistoelage worden gedeclareerd. Voor deze twee prestaties geldt een maximumtarief. Met de zorgverzekeraar kan worden afgesproken dat ten hoogste 10% bovenop het maximumtarief kan worden gedeclareerd.¹⁰⁰

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

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

Inzet specialist ouderengeneeskunde Wet langdurige zorg

ouderengeneeskunde, wanneer zij vanuit geneeskundig oogpunt op deze zorg aangewezen zijn. Voor patiënten met een Wlz-indicatie die de zorg thuis ontvangen mag de zorg door de specialist ouderengeneeskunde op consultbasis bij het zorgkantoor gedeclareerd worden. Voor het (mogen) leveren van deze prestatie is wel een contract van de instelling of het samenwerkingsverband van de specialist ouderengeneeskunde met het zorgkantoor nodig voor de functie H335.^{101,102}

Deelname PaTz

Huisartsen en wijkverpleegkundigen in een PaTz-groep worden ondersteund door een in palliatieve zorg gespecialiseerde consulent. Deelname van deze specialist palliatieve zorg (inhoudelijk deskundige) aan een PaTz-groep kent geen structurele financiering. Wel zijn er regionale initiatieven/projecten met zorgverzekeraars waarbij deelname van de inhoudelijk deskundige wordt vergoed (West-Brabant).¹⁰³ Daarnaast biedt Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) vergoeding voor inzet van - aan IKNL verbonden - consulenten¹⁰⁴.

Consultatievoorziening palliatieve zorg IKNL

Naast de beschreven consultatievormen bestaat ook de mogelijkheid om bij vragen en problemen in de palliatieve fase het consultatieteam palliatieve zorg van IKNL te raadplegen. De consulent denkt met de consultvrager mee en brengt advies uit. Hier zijn voor de consultvrager geen kosten aan verbonden. De consulenten zijn artsen en verpleegkundigen die door opleiding en praktijk gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Om de expertise van de consulenten nog laagdrempeliger en effectiever beschikbaar te stellen aan zorgverleners is de consultatievoorziening regionaal én transmuraal georganiseerd. Zorgverleners binnen de gehele zorgketen kunnen een beroep doen op deze consulenten voor advies en ondersteuning bij specialistische en complexe zorgvragen.¹⁰⁵

¹⁰⁰ [NZA Prestatie- en tariefbeschikking geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - TB/REG-22618-01](#)

¹⁰¹ [Bijlage 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 - BR/REG-22124](#)

¹⁰² Verenso / LHV (2016), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p.18

¹⁰³ LHV West-Brabant.nl, S3 gelden - aanvullende regioprestaties, Geraadpleegd op 15 juli 2019

¹⁰⁴ [PaTz, Hoe is de vergoeding van de inhoudelijk deskundige geregeld? Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹⁰⁵ [Palliaweb. Consultatie, Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)



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 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 voor de doelgroep kinderen specifieke expertise nodig is, die in bovenstaande consultatiemogelijkheden niet of onvoldoende aanwezig zijn, kan de huisarts voor palliatieve zorg bij kinderen dan ook het KCT in consult vragen. Dit kan zowel telefonische als bedside consultatie zijn. De bekostiging van deze consultatie kan op basis van afspraken in het kader van het meekijkconsult geregeld worden.

2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager



Bekostiging van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten/casemanager palliatieve zorg kan via de prestaties 'gespecialiseerde verpleging' of 'AIV'.¹⁰⁶ Bekostiging kan ook deel uitmaken van de cliëntprofielen.¹⁰⁷ In geval van kinderpalliatieve zorg kan dit op basis van de prestatie Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar worden gedeclareerd.¹⁰⁸ Als contractering plaatsvindt op basis van het integraal tarief, is het van belang dat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar goed opletten dat het afgesproken tarief voldoende ruimte biedt voor de inzet van gespecialiseerde verpleging.

2.2.3 Geestelijke verzorging

Begeleiding op het gebied van zingeving en spiritualiteit is onderdeel van de taken van zorgverleners.¹⁰⁹ Wanneer de hulpvraag van de patiënt hun deskundigheid overstijgt, kan de geestelijk verzorger hierin specialistische ondersteuning bieden.¹¹⁰

De Regeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging¹¹¹ maakt de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns mogelijk. De regeling is bedoeld voor drie (patiënten)groepen, mits zij niet in een WTZa-toegelaten instelling verblijven:

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



Zij kunnen in hun eigen regio voor een aanvraag voor een consult terecht bij de organisatie in de regio die voor de coördinatie van geestelijke verzorging in de thuissituatie is aangewezen.¹¹² In geval van kinderen in de palliatieve fase en hun naasten, is het Netwerk Integrale Kindzorg aanspreekpunt.¹¹³

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 Jeugdwet¹¹⁴.

Naast consulten kunnen de middelen worden ingezet voor deelname van geestelijk verzorgers aan overlegvormen in de eerstelijns (zoals multidisciplinaire overleggen) en voor de inzet van geestelijke

¹⁰⁶ [Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101](#)

¹⁰⁷ [NZa Beleidsregel experiment cliëntprofielen verpleging en verzorging - BR/REG-22103](#)

¹⁰⁸ [Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101](#)

¹⁰⁹ [Hopman, A.M. \(2006\). Uitvoeringstoets geestelijke verzorging. Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 5](#)

¹¹⁰ [KNL \(2018\) Richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase](#)

¹¹¹ [Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging](#)

¹¹² [Agora, Geestelijke verzorging thuis, Geraadpleegd op 15 juli 2019](#)

¹¹³ [Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn](#)

¹¹⁴ [Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn](#)

verzorgers voor bijscholing van (in)formele zorgverleners. Tot slot ontvangen de Netwerken Palliatieve Zorg middelen voor onder andere het opzetten van de benodigde faciliteiten.¹¹⁵

2.2.4 Vrijwilligers

Via Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ)-organisaties kunnen opgeleide vrijwilligers mensen in de laatste levensfase en hun naasten ondersteunen. Hiervoor ontvangt de VPTZ-organisatie via de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging (Regeling PTZ) een subsidie per cliënt. Deze subsidie is onder andere een tegemoetkoming in de coördinatiekosten van vrijwilligers.

2.3 Medisch-specialistische zorg

De diagnose, de bijwerkingen, de overwegingen om te stoppen met behandelingen: het is veel om te behappen voor Olivia. Ze is moe. Om te voorkomen dat palliatieve patiënten onnodig naar het ziekenhuis moeten, kan medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), vanaf 1 januari 2020 worden gedeclareerd via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).¹¹⁶ Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten en kan zowel los als naast een dbc-zorgproduct worden gedeclareerd. Registratie gebeurt per kalenderdag, mits 'opname' plaatsvond vóór 20:00 uur en de patiënt niet op die dag wordt overgeplaatst naar het ziekenhuis. De zorgactiviteit kent een vast, integraal tarief voor alle door het ziekenhuis geleverde zorg, die niet in andere zorgactiviteiten is beschreven. Om de zorgactiviteit te kunnen declareren dient hierover een contract te zijn afgesloten met de zorgverzekeraar.

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. Per 2021 zijn de zorgactiviteiten belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) geïntroduceerd. Daarnaast kan vanaf 2021 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.¹¹⁷ Het belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163) kunnen geregistreerd worden bij een herhaal-polikliniekbezoek.

Het gaat hierbij om consulten waarbij contact is met een patiënt via de telefoon, een beeldverbinding of schriftelijk (bijvoorbeeld via e-mail of chat). Het consult moet zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldoen aan de voorwaarden die gelden voor het reguliere face-to-face (herhaal-)polikliniekbezoek. Het schriftelijke consult dat bijvoorbeeld één herhaal-polikliniekbezoek vervangt, kan uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen bestaan en toch als één schriftelijk consult worden geregistreerd. Van dit type consulten wordt, net als bij face-to-face-polikliniekbezoeken, inhoudelijke verslaglegging gedaan in het medisch dossier van de patiënt.¹¹⁸ Wanneer binnen een bepaald zorgtraject face-to-face contact wel nodig is staat dit vermeld in de regelgeving.¹¹⁹

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

¹¹⁵ [Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging](#)

¹¹⁶ [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹¹⁷ [Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹¹⁸ [Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹¹⁹ [NZa \(2019\), Informatiekaart wijzigingen dbc-pakket 2020 \(RZ20b\)](#)

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

Hulpmiddelen die nodig zijn voor de behandeling, verpleging en verzorging, zoals een hoog-laagbed en een subcutane pomp worden vergoed vanuit de Zvw.^{120 121,122} Ook kunnen vanuit de Zvw tijdelijk hulpmiddelen worden geleend.¹²³ Hulpmiddelen ter vergroting van de zelfredzaamheid worden vergoed vanuit de Wmo.^{124,125,126} Zo kan een rolstoel bijvoorbeeld de eerste zes maanden geleend worden vanuit de Zvw en daarna vergoed worden vanuit de Wmo.¹²⁷

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wmo.¹²⁸

Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Wet langdurige zorg

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wlz.^{129,130,131}

2.4 Nazorg

Voor nazorg bestaat geen aparte vergoeding. Het is onderdeel van goede zorg. Voor de huisarts wordt dit bekostigd uit de prestaties voor de huisartsenzorg. Hetzelfde geldt voor de medisch specialistische zorg en zowel in de Zvw als in de Wlz voor de verpleging en verzorging. Ook daar zijn een á twee gesprekken onderdeel van de prestaties. In de contractering moeten zorgverzekeraar en zorgaanbieder er bij de tariefafspraken dus rekening mee houden dat deze voldoende ruimte bieden voor een á twee gesprekken met de nabestaanden van de patiënt.¹³² Wanneer de rouw complex wordt, start voor de nabestaande een eigen zorgvraag.

¹²⁰ [Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹²¹ [Artikel 1 NZa NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125](#)

¹²² [Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 - BR/REG-22124](#)

¹²³ [Vilans.nl, Zorgverzekeringswet \(Zvw\), Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹²⁴ [Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125](#)

¹²⁵ [Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 - BR/REG-22124](#)

¹²⁶ [Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹²⁷ [Vilans.nl, Rolstoel, incidenteel gebruik, Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹²⁸ [Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹²⁹ [Artikel 1 NZa NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125](#)

¹³⁰ [Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 - BR/REG-22124](#)

¹³¹ ActiZ (2016), Overgang huishoudelijke hulp bij mpt-cliënten thuis in één keer per 1 april 2017, Geraadpleegd op 16 juli 2020

¹³² [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

2.5. **Transmurale samenwerking**

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

3. Hospice



De palliatieve chemotherapie is zwaar. Olivia wilde graag nog zo lang mogelijk bij Guus en Sara blijven, maar twijfelt over de ingeslagen weg. Ze is te ziek van de behandeling om ook maar iets te doen. Wat extra tijd is fijn, maar wat voor tijd is dit? Ze wil naar huis. De transferverpleegkundige is al lang geweest om de benodigde thuiszorg te regelen. Gisteren kreeg ze ineens veel meer last van buikpijn en braken en nu heeft ze een darmafsluiting door de tumor. Ze is verdrietig en bang, het medicijn dat de klachten zou kunnen verminderen werkt niet en ze voelt zich zo ziek.

De internist uit het team palliatieve zorg spreekt met Olivia en Guus over de situatie van Olivia en informeert hen, uit zorg om heropnames, over andere opties dan thuis sterven. Er is direct plaats in het hospice in de buurt. Voor Olivia is alle expertise in huis. Guus, inmiddels ook fysiek en emotioneel uitgeput, kan hier de zorgtaken uit handen geven. Het gezin krijgt aandacht in relatie tot het verlies- en rouwproces en ze hebben nog een paar bijzondere momenten samen.

Enkele dagen later stelt de hospice-arts in een familiegesprek voor om vanwege het onophoudelijk braken, te starten met palliatieve sedatie. Olivia zakt weg in een vredige slaap. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

In het hospice wordt zorg verleend aan patiënten in de palliatieve terminale fase en hun naasten door een multidisciplinair team van beroepskrachten en vrijwilligers met generalistische en specialistische competenties. Deze specifieke palliatieve zorg wordt geboden met aandacht voor de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie en heeft als doel om optimale kwaliteit van leven, rouw en sterven bereikbaar te maken.¹³³

Er kunnen drie typen hospiceorganisaties onderscheiden worden¹³⁴:

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

¹³³ [AHZN. Definitie hospicezorg, Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹³⁴ [Septet / Consortium palliatieve zorg Midden Nederland, HOPEVOL Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

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



Hospicezorg voor volwassenen kent geen eigen bekostigingsstructuur. Financiering van de beroepsmatige zorg kan verlopen zoals in de thuissituatie of zoals in een verpleeghuis. Uitgebreide toelichting hierop is te vinden in [hoofdstuk 2](#) en [hoofdstuk 4](#). 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. Dit wordt nader toegelicht in [paragraaf 3.7](#).

Dit hoofdstuk beschrijft de financiering van palliatieve zorg voor zover deze door de specifieke setting van het hospice afwijkend wordt ingericht ten opzichte van de thuissituatie. Hospices die onderdeel zijn van een verpleeghuis (palliatieve units, PU) worden in het hoofdstuk over het verpleeghuis besproken.

3.1 Vrijwilligers

Veel hospices werken met vrijwilligers. Zij krijgen een subsidie vanuit de Regeling Palliatieve Terminale Zorg en geestelijke verzorging. Deze subsidie kan gebruikt worden voor de inzet, de opleiding en de coördinatie van vrijwilligers bij de mensen thuis en in de hospices.¹³⁵ De subsidie geldt in principe niet voor WTZa toegelaten hospices, omdat zij voor het leveren van zorg contracten af kunnen sluiten op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) en Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarop is echter een uitzondering gemaakt voor hospices, die geen deel uitmaken van een overkoepelende zorgorganisatie en met maximaal 20 fte verpleegkundigen in vaste dienst.

3.2 Verpleging en verzorging

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

Verpleegkundigen & verzorging via thuiszorgorganisatie(s)

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

Eigen personeel in dienst, zonder WTZa-toelating

Een hospice zonder WTZa-toelating met eigen personeel in dienst is onderaannemer van een zorgorganisatie mét WTZa-toelating. Een dergelijk hospice kan niet zelfstandig een contract afsluiten met de zorgverzekeraar (Zvw) of het zorgkantoor (Wlz).

Eigen personeel in dienst, met WTZa-toelating

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

¹³⁵ [Artikel 1 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging](#)

van toepassing¹³⁶. Voor patiënten met een Wlz-indicatie kunnen zij contracten afsluiten met het zorgkantoor. Zie voor verdere toelichting hierop [paragraaf 4.2](#).

3.3 Arts

Inzet van een arts in een hospice gebeurt op verschillende manieren. Wanneer een patiënt in een BTH of HCH in de buurt van de eigen huisarts terecht kan, kan deze huisarts de zorg blijven verlenen. Daarnaast werken hospices vaak met een huisarts(engroep) in de buurt samen. De huisarts declareert de zorg die hij levert dan zoals in de thuissituatie (zie [paragraaf 2.1.1](#) en [paragraaf 2.2.1](#)). Het komt ook voor dat een specialist ouderengeneeskundige ingezet wordt in een hospice. Als de verpleegkundige zorg wordt geleverd zoals thuis, kan declaratie dan verlopen via de prestatie Zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten bieden in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.¹³⁷ Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 2.2.1](#). Wanneer de zorg wordt vergoed op basis van het eerstelijnsverblijf, zit de inzet van de specialist ouderengeneeskunde al in het tarief. Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 4.2](#).

Er zijn ook hospices die voor de medische zorg van hun patiënten een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts in dienst hebben. Voor vergoeding hiervan kan mogelijk een contract afgesloten worden met de zorgverzekeraar. Het hospice of de arts kan in dat geval afspraken maken met de zorgverzekeraar bijvoorbeeld op basis van de prestatie *Intensieve zorg*, die anders door de eigen huisarts van de patiënt zou zijn gedeclareerd.

3.4 Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan per 1 januari 2020 gedeclareerd worden via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).¹³⁸ Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het hospice. Daarnaast is het vanaf 1 januari 2020 voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. In plaats daarvan kan hij bijvoorbeeld ook een Screen-to-screenconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165) registreren.¹³⁹ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

3.5 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging is een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Er zijn hospices die een geestelijk verzorger in dienst hebben. Door middel van de Regeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging¹⁴⁰ is de inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns mogelijk gemaakt. Hospices zonder WTZA-toelating kunnen hier gebruik van maken. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.2.3](#).

3.6 Verblijfskosten

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

¹³⁶ [NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-20111](#)

¹³⁷ [Artikel 4 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-22135](#)

¹³⁸ [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹³⁹ [Artikel 24.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹⁴⁰ [Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging](#)

ook gemeenten die dit vergoeden vanuit de bijzondere bijstand, als onderdeel van de Participatiewet.¹⁴¹ Wanneer de zorg wordt vergoed op basis van het eerstelijnsverblijf, zitten de verblijfskosten al in het tarief. Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 4.2](#).

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

3.7 Respijtzorg

Er is een beperkt aantal hospices die voor een bepaalde periode respijtzorg aanbieden voor volwassenen.¹⁴²



Voor kinderen zijn twee typen respijtzorg te onderscheiden:

- Verpleegkundig kinderdagverblijf¹⁴³
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 kinderzorghuis¹⁴⁴
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. Zonodig 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 geboden worden in combinatie met een verpleegkundig kinderdagverblijf en/of kinderdagverblijf.

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

- gemeente: als de zorgvrager zelf Wmo-ondersteuning krijgt, kan respijtzorg vergoed worden vanuit de Wmo. Respijtzorg voor kinderen met een palliatieve zorg behoefte kan worden vergoed vanuit de Jeugdwet, als hun zorgvraag niet geneeskundig van aard is¹⁴⁵. Vraag de betreffende gemeente naar de mogelijkheden;
- zorgkantoor: als de zorgvrager zelf zorg krijgt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering. Vergoeding kan daarnaast vanuit de basisverzekering in geval van een specifieke geneeskundige zorgvraag door de zorgverzekeraar plaatsvinden vanuit eerstelijnsverblijf¹⁴⁶. De zorgverzekeraar vergoedt de prestatie Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg voor het bezoeken van een verpleegkundig kinderdagverblijf.¹⁴⁷ en Verblijf intensieve kindzorg voor verblijf in een verpleegkundig kinderzorghuis.¹⁴⁸



¹⁴¹ [Rijksoverheid, Wanneer heb ik recht op bijzondere bijstand? Geraadpleegd 23 juli 2021](#)

¹⁴² [Bijvoorbeeld C'est la Vie-huis Naarden of 't Huis Lioba te Egmond](#)

¹⁴³ [Binkz, Verpleegkundig kinderdagverblijven. Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹⁴⁴ [Binkz, Verpleegkundig kinderzorghuizen. Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

¹⁴⁵ [Artikel 1.1 Jeugdwet](#)

¹⁴⁶ [VWS \(2016\) Kamerbrief Palliatieve zorg, een niveau hoger, bijlage 4 Respijtzorg in de laatste levensfase](#)

¹⁴⁷ [Artikel 4.1 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-20111](#)

¹⁴⁸ [Artikel 4.2 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-20111](#)

3.8 Afleggen en opbaren

Afleggen en opbaren is geen verzekerde zorg. Deze kosten komen voor rekening van de patiënt die zich daarvoor kan verzekeren.¹⁴⁹

Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling voor afleggen en opbaren, dan kan de instelling dit aan nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar in rekening brengen.^{150,151} Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

3.9. Transmurale samenwerking

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

¹⁴⁹ [VWS \(2007\), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen](#)

¹⁵⁰ [VWS \(2007\), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen](#)

¹⁵¹ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

4. Verpleeghuis & Palliatieve unit



Mam, wil je een slokje water?' Sara kijkt Guus hulpeloos aan als Olivia weer begint over te geven. Wat extra tijd is fijn, maar wat voor tijd is dat als je misselijk en brakend in een ziekenhuisbed ligt? Ze wil lekker in de tuin zitten met Guus en Sara. Olivia bespreekt haar twijfels met het team palliatieve zorg van het ziekenhuis. Ze besluit te stoppen met de behandeling. Het team is bezorgd om heropnames als Olivia naar huis zou gaan en praat met haar over andere mogelijkheden. Een verpleeghuis vlakbij hun huis heeft een palliatieve unit (PU): een afdeling voor hospicezorg waar ook personen van buiten terecht kunnen. Sara googelt het meteen. "Kijk, ze hebben een hele mooie tuin!"

In het verpleeghuis is een continu aanbod van zorg. Wanneer bewoners behoefte krijgen aan palliatieve zorg kunnen de zorgprofessionals daar direct op inspelen. Sommige verpleeghuizen richten een speciale afdeling in voor palliatieve zorg, een palliatieve unit (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. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld Zorgpakket VV 6 heeft, dan wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.¹⁵²

Er kan een toeslag worden aangevraagd bij onder meer:

- gespecialiseerde epilepsiezorg
- chronische invasieve beademing
- non-invasieve beademing
- CVA
- Huntington
- observatie^{153,154}

Wanneer de patiënt nog niet terminaal is, kan in de pakketten VV 7 en VV 8, als de zorgbehoefte minimaal 25 procent hoger is dan het pakket vergoedt, de prestatie zcp-meerzorg worden aangevraagd bij het zorgkantoor.^{155, 156}

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

- de behandelend arts heeft in een verklaring aangegeven dat de levensverwachting van de patiënt korter is dan drie maanden;
- de patiënt moet beschikken over een geldige Wlz-indicatie;
- er is noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg, die in het reeds geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is;

¹⁵² [VWS \(2017\). Informatiekaart palliatieve zorg](#)

¹⁵³ [Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg](#)

¹⁵⁴ [Zorginstituut Nederland, Extra zorg \(Wlz\) Geraadpleegd 23 juli 2021](#)

¹⁵⁵ [Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg](#)

¹⁵⁶ [Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zcp-meerzorg Wlz - BR/REG-22122](#)

- 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.¹⁵⁷ Het eerder door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel van de patiënt kan niet tegelijk met de 10 VV worden gedeclareerd.¹⁵⁸

4.1.1 Arts

Wlz-behandeling en algemene geneeskundige zorg zijn onderdeel van de Wlz in de instelling. Indien de patiënt verblijft in een verpleeghuis dat gecontracteerd is met behandeling, wordt de patiënt uitgeschreven bij de eigen huisarts. Een specialist ouderengeneeskunde, die in dienst is van de instelling of als onderaannemer door de instelling wordt ingehuurd, levert dan de behandeling én de algemene geneeskundige zorg. De instelling kan voor de algemene geneeskundige zorg ook gebruik maken van een huisarts. Het verpleeghuis vergoedt dan de inzet van de zelfstandig specialist ouderengeneeskunde of de huisarts uit het zorgzwaartepakket van de patiënt.

In verpleeghuizen die niet gecontracteerd zijn voor behandeling levert een huisarts de algemeen geneeskundige zorg. Indien daarnaast behandeling door de specialist ouderengeneeskunde gewenst is, is dit op consultbasis te declareren via de functie H335.

4.1.2 Verpleging, verzorging en begeleiding

De totale inzet voor verpleging, verzorging en begeleiding wordt vergoed vanuit de zorgprofielen (zie inleiding van deze paragraaf).¹⁵⁹

4.1.3 Geestelijke verzorging

Olivia bespreekt met de geestelijk verzorger van de instelling hoe zij het ziekteproces ervaart. De geestelijk verzorger kan specialistische ondersteuning bieden op het gebied van coping en zingeving, het bieden van een vrijplaats¹⁶⁰ en het begeleiden bij religie en spiritualiteit.¹⁶¹ Een instelling dient ervoor te zorgen dat geestelijke verzorging beschikbaar is.¹⁶² Vanuit de Wlz wordt dit bekostigd uit de tarieven van de zorgzwaartepakketten.

4.2 Palliatieve unit (PU)



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

¹⁵⁷ [Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125](#)

¹⁵⁸ [NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125, Toelichting per artikel](#)

¹⁵⁹ [NZa \(2016\), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg](#)

¹⁶⁰ Het bieden van een vrijplaats houdt in dat de verzekerde met levensvragen bij een geestelijk verzorger terecht kan, los van de instelling of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is. (VWS (2010), [Geestelijke verzorging buiten de AWBZ-instelling \[Kamerbrief\], p. 3](#))

¹⁶¹ Hopman, A.M. (2006), *Uitvoeringstoets geestelijke verzorging*, Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 4

¹⁶² [Artikel 6 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg](#)

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 verplaatst worden, 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 wanneer de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn.¹⁶³

Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen over palliatieve zorg op de PU ook op basis van de prestatie resultaatbeloning en zorgvernieuwing afspraken maken. Deze prestatie komt in dat geval in de plaats van de prestatie ELV palliatief terminale zorg.¹⁶⁴

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.¹⁶⁵

Met ingang van 2020 is het mogelijk om met de zorgverzekeraar een contract af te sluiten over de prestatie Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie). Met deze prestatie kan regionale coördinatie over beschikbare bedden worden vergoed.¹⁶⁶

Opname PU Wet langdurige zorg

Een opname op de PU kan vanuit de Wlz op verschillende manieren worden gefinancierd.

Het verpleeghuis waar de unit deel van uitmaakt kan een contract afsluiten met het zorgkantoor voor intramurale zorg. Financiering is dan zoals in het verpleeghuis (zie [paragraaf 4.1](#))

Het verpleeghuis kan ook contracten afsluiten voor het leveren van zorg thuis. Zorg vanuit de Wlz kan thuis op verschillende manieren geleverd worden:

- volledig pakket thuis (vpt): alle zorg door één aanbieder;
- modulair pakket thuis (mpt): zorg geleverd door verschillende aanbieders;
- persoonsgebonden budget (pgb): patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.¹⁶⁷

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

Voor het kunnen declareren van een VV 10 *Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* bij patiënten die vanuit een verpleeghuis komen, dient de behandelend arts een verklaring af te geven over alle criteria genoemd in [paragraaf 4.1](#).

Het declareren van een VV 10 kan voor patiënten met een Wlz indicatie die vanuit thuis komen wanneer levensverwachting van die

¹⁶³ [Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132](#)

¹⁶⁴ [Artikel 4.4 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132](#)

¹⁶⁵ [Artikel 5.1 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132](#)

¹⁶⁶ [Artikel 4.5 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132](#)

¹⁶⁷ [Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen \(instelling, vpt, mpt en pgb\) \(Wlz\). Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

Opname PU Zorgverzekeringswet

Opname PU Wet langdurige zorg

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.¹⁶⁸ 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*.¹⁶⁹

De huisarts kan hiervoor de prestaties 'Intensieve zorg' declareren, omdat er in eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg geboden wordt.¹⁷⁰ Zie ook [paragraaf 2.1.1](#).

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](#)) of thuis (zie [hoofdstuk 2](#)). Vergoeding zoals in het verpleeghuis of thuis kan alleen wanneer het verpleeghuis waar de PU onderdeel van is, daarvoor een contract heeft afgesloten met het zorgkantoor.

4.2.2 Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan per 1 januari 2020 gedeclareerd worden via de prestatie "Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis" (190228).¹⁷¹ Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het verpleeghuis of de PU. Daarnaast is het vanaf 1 januari 2020 voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. In plaats daarvan kan hij bijvoorbeeld ook een Screen-to-screenconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165) registreren.¹⁷² Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

¹⁶⁸ Verenso / LHV (2016), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 18

¹⁶⁹ [Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132](#)

¹⁷⁰ [Artikel 5.2.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2022 - BR/REG-22147](#)

¹⁷¹ [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

¹⁷² [Artikel 24.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

4.2.3 Verpleging, verzorging en begeleiding

Verpleging, verzorging en begeleiding PU Zorgverzekeringswet

Vanuit de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg* wordt "24-uurs-beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging" vergoed.¹⁷³ Verzekeraars stellen daarnaast in het inkoopbeleid nog aanvullende eisen, bijvoorbeeld aan het niveau van de verpleegkundigen.¹⁷⁴

Verpleging, verzorging en begeleiding PU Wet langdurige zorg

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

4.2.4 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging PU Zorgverzekeringswet

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

Geestelijke verzorging PU Wet langdurige zorg

Bekostiging van geestelijke verzorging op een PU voor patiënten met een Wlz indicatie is gelijk aan de bekostiging in het verpleeghuis (zie [paragraaf 4.1](#)) of thuis (zie [paragraaf 2.2.3](#)). Vergoeding zoals in het verpleeghuis of thuis kan alleen indien het verpleeghuis waar de PU onderdeel van is daarvoor een contract heeft afgesloten met het zorgkantoor.

4.3 Vrijwilligers

Net als thuis en in een hospice kunnen in een instelling PTZ opgeleide vrijwilligers van de organisatie Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) worden ingezet. De instelling kan hierover afspraken maken met een VPTZ-organisatie in de regio, die voor vergoeding subsidie aanvraagt via de Regeling PTZ.

4.4 Hulpmiddelen

Vanaf 1 januari 2020 ontvangen alle patiënten die in een Wlz-instelling verblijven voortaan hun mobiliteitshulpmiddelen (zoals een rolstoel) en hulpmiddelen zoals een tillift en een hoog-laag bed (zogenaamde 'roerende voorzieningen') vanuit de Wlz.¹⁷⁵ Hulpmiddelen voor cliënten die in een Wlz-instelling wonen werden tot 2020 vanuit de Wlz, de Zvw en de Wmo geleverd. De regels

¹⁷³ [Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-22132](#)

¹⁷⁴ Inkoopbeleid Eerstelijnsverblijf Zilveren Kruis, CZ, VGZ, Menzis

¹⁷⁵ [VWS \(2019\), Stand van zaken moties en toezeggingen VWS \[Bijlage bij Kamerbrief\]](#)

verschillen daarnaast voor cliënten met behandeling en cliënten zonder behandeling in de instelling.¹⁷⁶

4.5 Nazorg

De betrokken zorgverleners spelen direct na het overlijden van de patiënt in op wat de nabestaanden nodig hebben.¹⁷⁷ Deze zorg is onderdeel van de prestatie *Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg (Zvw)* of het ZP van de patiënt (Wlz). Als de zorgvraag van een nabestaande complex wordt, is dit geen onderdeel van de prestatie. De nabestaande heeft dan een eigen zorgvraag en start een eigen zorgtraject via diens huisarts.¹⁷⁸

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 zorg draagt voor het afleggen en opbaren.

Afleggen en opbaren is geen verzekerde zorg. Deze kosten komen voor rekening van de patiënt die zich daarvoor kan verzekeren.¹⁷⁹

Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling voor afleggen en opbaren, dan kan de instelling dit aan nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar in rekening brengen.^{180,181} 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.^{182,183}

4.7. Transmurale samenwerking

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

¹⁷⁶ VWS (2019), Vereenvoudiging hulpmiddelenzorg voor cliënten in een Wlz-instelling

¹⁷⁷ IKNL / Palliatief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

¹⁷⁸ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

¹⁷⁹ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹⁸⁰ VWS (2007), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹⁸¹ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

¹⁸² Artikel 6.4 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125

¹⁸³ NZa, Wanneer mag je mutatiedagen declareren na overlijden van een cliënt? Geraadpleegd 23 juli 2021

5. Eigen betalingen van patiënten



Heel veel zondagmiddagen later kijkt Guus naar de administratie op zijn bureau. Hij heeft het lang uitgesteld. Er zaten nog veel rekeningen uit de tijd voor het overlijden van Olivia bij. Het voelt niet goed. Alsof zijn vrouw iets zakelijks is. Vandaag heeft hij de moed gevat om het één en ander te ordenen. Toen Olivia besloot te stoppen met de chemotherapie en ze naar huis kwam om te sterven, gaf zijn broer Guus de tip om 'alle bonnetjes' te bewaren. Dat was wel het láátste waar hij op dat moment aan dacht. Hij staart een tijd naar de map. Openen dan maar. Er zijn heel wat bonnetjes van de drogist, voor paracetamol en vitaminen, speciale washandjes en meer van dat soort dingen. Vooral veel kleine bedragen. Maar ook rekeningen van de fysiotherapeut die meerdere keren langs kwam. En een eigen bijdrage van de taxi uit de tijd dat Olivia nog naar de bestraling moest. O ja, wat voelde ze zich toen verschrikkelijk... Met elk bonnetje komen de herinneringen terug. Hoe fijn was het dat hun verpleegkundige hem op het hart drukte om huishoudelijke hulp te vragen bij de gemeente. Het duurde wel even voordat het geregeld was, maar de kosten vielen reuze mee. Waar Guus geen rekening van heeft gezien, zijn de kosten van Nelleke en Annemiek. Zij waren 'de stille steun' in huis. Ze hadden veel ervaring als vrijwilliger met thuis sterven en hadden altijd tijd voor een praatje met Guus. Er volgt een diepe zucht. Eigenlijk raar, al die verschillende regelingen en eigen betalingen.

Patiënten betalen zelf kosten voor zorg:

Zorgverzekeringswet (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, zoals de huisarts en wijkverpleging.¹⁸⁴ Voor sommige zorg geldt een eigen bijdrage, zoals bij ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer.¹⁸⁵

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.¹⁸⁶

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)

Voor maatwerkvoorzieningen uit de Wmo betaalt de patiënt een eigen bijdrage per maand. Daarnaast kunnen gemeenten eigen bijdragen vragen voor algemene voorzieningen uit de Wmo.¹⁸⁷



Jeugdwet

Voor zorg en ondersteuning vanuit de Jeugdwet is geen eigen bijdrage van toepassing¹⁸⁸. 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: <https://www.hetcak.nl/zelf-regelen/eigen-bijdrage-erkenhulp>. In onderstaand schema zijn

¹⁸⁴ [Zorginstituut Nederland. Eigen risico \(Zvw\) Geraadpleegd 23 juli 2021](#)

¹⁸⁵ [Zorginstituut Nederland. Eigen bijdrage \(Zvw\) Geraadpleegd 23 juli 2021](#)

¹⁸⁶ [Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de Wet langdurige zorg? Geraadpleegd 23 juli 2021](#)

¹⁸⁷ [CAK. In 2020 is eigen bijdrage Wmo maximaal 19,00 per maand Geraadpleegd op 22 juni 2020](#)

¹⁸⁸ [Per Saldo. Eigen bijdrage en tarieven bij een pgb van de gemeente. Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

de eigen betalingen waar palliatieve patiënten mee te maken kunnen krijgen per plaats van zorg en wet opgenomen¹⁸⁹:

Plaats	Zorgverzekeringswet (Zvw) ^{190,191,192,193}	Wet langdurige zorg (Wlz) ^{194,195} 196,197,198	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) ^{199,200}
Ziekenhuis	Verplicht eigen risico voor volwassenen (Vastgesteld op € 385).	Niet van toepassing: palliatieve zorg in het ziekenhuis valt altijd onder de Zvw.	Niet van toepassing: palliatieve zorg in het ziekenhuis valt altijd onder de Zvw.
Thuis	Huisartsenzorg en wijkverpleging zijn vrijgesteld van het eigen risico.	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage per maand: PGB: € 24,40- € 752,80 MPT: € 24,40- € 752,80 VPT: € 171,40 - € 899,80 Partners die beiden Wlz zorg ontvangen, betalen een gezamenlijke eigen bijdrage.	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen & algemene voorzieningen: Max. €19 per maand. In een enkel geval een aparte bijdrage in de kosten. Bij Wlz-zorg geen eigen bijdrage.
Hospice Geen WTZa- instelling	Conform thuis. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).	Conform thuis. Altijd lage eigen bijdrage. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).	Conform thuis. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).
Hospice WTZa-instelling	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf conform thuis.	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf conform thuis	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf conform thuis
Verpleeghuis & Palliatieve unit (PU) (Geldt ook voor hospices die werken als onderaannemer van een verpleeghuis)	Eerstelijnsverblijf: Verplicht eigen risico (vastgesteld op € 385).	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage per maand: Lage eigen bijdrage (eerste vier maanden): € 171,40 - € 899,80 Hoge eigen bijdrage (na vier maanden): €0 - € 2.469,20 Partners die beiden Wlz zorg ontvangen, betalen een gezamenlijke eigen bijdrage.	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen: Max. €19 per maand. Eigen bijdrage algemene voorzieningen: Afhankelijk van gemeente. Bij Wlz-zorg geen eigen bijdrage.

¹⁸⁹ Bedragen 2021. Ten tijde van het opstellen van deze handreiking waren de bedragen voor 2022 nog niet bekend.

¹⁹⁰ [Zorginstituut Nederland. Eigen risico \(Zvw\). Geraadpleegd op 16 juli 2020](#)

¹⁹¹ [Artikel 35 Participatiewet](#)

¹⁹² [Hospice Alkmaar. Geraadpleegd op 16 december 2020](#)

¹⁹³ [Hospice Dignitas. Geraadpleegd op 16 december 2020](#)

¹⁹⁴ [Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de wet langdurige zorg. Geraadpleegd op 16 juli 2020](#)

¹⁹⁵ [CAK. Zorg vanuit de Wlz. Geraadpleegd op 16 december 2020](#)

¹⁹⁶ [Artikel 3.3.2.1 & 3.3.2.2 Besluit langdurige zorg](#)

¹⁹⁷ [Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden \(01 oktober 2020\). Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 september 2020, kenmerk 1732516-209034-WJZ](#)

¹⁹⁸ [CAK. Mijn partner ontvangt ook Wlz-zorg of beschermd wonen. Geraadpleegd op 16 juli 2020](#)

¹⁹⁹ [CAK. Wat is het verschil tussen een algemene voorziening en een maatwerkvoorziening? Geraadpleegd op 15 juli 2020](#)

²⁰⁰ [CAK. Dubbele eigen bijdrage doorgeven. Geraadpleegd 15 juli 2020](#)

6. Knelpunten

Ter voorbereiding op de ontwikkeling van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)²⁰¹ zijn knelpuntenanalyses verricht van de palliatieve zorg in de eerstelijns en in de tweede lijn.^{202,203} Deze maken duidelijk dat zowel in de eerstelijns als in de tweede lijn drempels in de financiering van palliatieve zorg ervaren worden. Voor het project 'Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland met passende financiering' is daarom het deelproject financiering gestart. In twee separate bijeenkomsten voor de eerstelijns en de tweede lijn in het najaar van 2016, is met een werkgroep van gemandateerde vertegenwoordigers afkomstig uit de wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en de overheid (zie [bijlage 2](#)) geïnventariseerd of en hoe de financiering van palliatieve zorg in de dagelijkse praktijk aansluit bij de gewenste kwaliteit van palliatieve zorg. De knelpunten die uit deze bijeenkomsten naar voren kwamen, zijn in de Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 beschreven in samenhang met het NZa-rapport 'Palliatieve zorg op maat'.²⁰⁴ Een aantal van deze knelpunten is door - ook in de handreiking beschreven - wijzigingen in de financiering opgelost. Een ander deel persisteert. Dit kwam ook naar voren in de enquête die in de eerste helft van 2020 is gehouden onder de werk- en een klankbordgroep (zie [bijlage 3](#)). In dit hoofdstuk zijn per setting de knelpunten uit 2017 opgenomen en is de stand van zaken voor 2021 omschreven.

In 2020 hebben de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), BINKZ en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg knelpunten in de bekostiging van kinderpalliatieve zorg aangegeven. Deze staan beschreven in [paragraaf 6.6](#).

6.1 Ziekenhuis

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

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

Wanneer een medisch specialist van het team palliatieve zorg voor een nieuwe zorgvraag een voor hetzelfde specialisme opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc/medebehandeling), kunnen er geen zorgproducten palliatieve zorg gedeclareerd worden.²⁰⁵

Stand van zaken 2022

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg (190067).²⁰⁶

Wanneer er bij een opgenomen patiënt op verzoek van de hoofdbehandelaar voor een nieuwe zorgvraag palliatieve zorg advies of begeleiding wordt gegeven door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg, kan de zorgactiviteit 'consult

²⁰¹ [IKNL / Palliactief \(2017\), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

²⁰² [IKNL / Palliactief \(2017\), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerstelijns](#)

²⁰³ [IKNL / Palliactief \(2015\), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen](#)

²⁰⁴ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat](#)

²⁰⁵ [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

²⁰⁶ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

Stand van zaken 2022

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

Wanneer een verpleegkundig specialist van het team palliatieve zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc / medebehandeling), kan deze niet zelfstandig een zorgactiviteit palliatieve zorg registreren en declareren.²⁰⁷

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.²⁰⁹

door een lid van het team palliatieve zorg' geregistreerd worden. Dit consult kan ongeacht het specialisme van de beroepsbeoefenaar geregistreerd worden.

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.²⁰⁸

Wanneer er bij een opgenomen patiënt advies of begeleiding wordt gegeven door één van de leden van het team palliatieve zorg, kan de zorgactiviteit 'consult door een lid van het team palliatieve zorg' geregistreerd worden door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg.

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.²¹⁰

Wanneer er bij een patiënt advies of begeleiding wordt gegeven door één van de leden van het team palliatieve zorg, kan de zorgactiviteit 'consult ten behoeve van palliatieve zorg' worden geregistreerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg. Dit geldt zowel voor klinische als poliklinische consulten.

Technisch gezien is de specialist ouderengeneeskunde geen medisch specialist, maar een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (voor een ander specialisme), wat betekent dat openen van een DBC Diagnose Palliatieve Zorg mogelijk is in naam van het medisch specialisme waarvoor de poortfunctie wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld interne geneeskunde of klinische geriatrie).²¹¹

²⁰⁷ [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

²⁰⁸ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

²⁰⁹ [Artikel 24.1, 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

²¹⁰ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

²¹¹ [Artikel 1 dd NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

Overleg palliatieve zorg.

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg, bestaande uit minimaal twee poortspecialisten.²¹²

Stand van zaken 2022

Aanpassing regelgeving Overleg palliatieve zorg per 1 januari 2018.

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team palliatieve zorg. Het team palliatieve zorg bestaat uit ten minste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft middels opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.

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.²¹³

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.

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 geregistreerd worden als zorg op afstand geleverd wordt of op een andere locatie dan in het ziekenhuis. Er zijn enkele nieuwe zorgactiviteiten voor eerste consulten op afstand bij gekomen en bij een aantal zorgactiviteiten is face-to-face contact niet langer vereist. Daarbij moet wel voldaan worden aan alle voorwaarden²¹⁴. Zie ook [hoofdstuk 2.3](#).



²¹² [Artikel 24.40 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

²¹³ [Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

²¹⁴ [NZa, Zorg op afstand krijgt structurele plek binnen de medisch specialistische zorg, 17 september 2020](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

Patiënt overleden vóór Overleg palliatieve zorg.

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

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.²¹⁵

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

*Declaratie zorgproducten palliatieve zorg mag alleen wanneer andere DBC-producten afgesloten zijn.*²¹⁷

Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties

De huidige definitie van deze zorgactiviteit wordt als te beperkt ervaren en de gestelde criteria als te stringent. Met als gevolg dat deze zorgactiviteit niet of nauwelijks wordt geregistreerd.²¹⁸

Stand van zaken 2022

Geen aanpassing.

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

*Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg.*²¹⁶

Wanneer een gespecialiseerd verpleegkundige van het team palliatieve zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt, dient een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team palliatieve zorg contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren. Vanaf 2021 kan dit contact ook als zorg op afstand plaatsvinden.

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

Handboek registratie zorgactiviteiten v20141222 niet meer van kracht.

Aangepaste zorgactiviteit per 1 januari 2018: Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties.

Als resultaat van het project 'Samen beslissen' wordt de zorgactiviteit 190063 beëindigd en werd op 1 januari 2018 de nieuwe zorgactiviteit 'Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties' 190066 geïntroduceerd. De zorgactiviteit heeft een

²¹⁵ [Artikel 24.44 en 24.45 NZa NR/REG-1732 Regeling Medisch specialistische zorg](#)

²¹⁶ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

²¹⁷ NZa (2015), Handboek registratie zorgactiviteiten v20141222

²¹⁸ [NZa \(2017\), Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a](#)

Knelpunten declaratie zorgproducten 2017

Stand van zaken 2022

puur registratieve functie en kan naast een herhaalpolibezoek, screen-to-screen consult of verpleegdag worden vastgelegd.²¹⁹

6.2 Thuis

Knelpunten huisarts 2017

Stand van zaken 2021

Deelname huisarts aan PaTz-groep niet structureel bekostigd.

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

Samenwerking

Tussen patiënten in de stervensfase is de variatie aan zorgvragen/zorgbehoefte en aan hulpvragen in relatie tot welzijn/welbevinden groot. Om hieraan tegemoet te komen is generalistische en specialistische inzet nodig. Samenwerking tussen professionals is dus belangrijk voor de kwaliteit van zorg. Regionale samenwerking als zodanig is niet structureel ingebed in de bekostiging. Met name uit de eerstelijnszorg worden knelpunten rondom de bekostiging van samenwerking naar voren gebracht.²²⁰

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

Als vervolg op het rapport 'Palliatieve zorg op maat' (NZa, 2017) organiseerde de NZa in 2018 rondetafels met meer dan 75 voorlopers in de palliatieve zorg. In deze rondetafels werd besproken wat deze voorlopers op (middel)lange termijn nastreefden en hoe bekostiging dat kan stimuleren. Op basis van de rondetafels heeft de NZa in het rapport 'Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt'²²¹ (2018) beschreven wat de mogelijkheden in de bekostiging zijn voor casemanagement, transmurale samenwerking en patiëntvolgende bekostiging. De NZa concludeert dat er in aanleg mogelijkheden zijn voor het bekostigen hiervan, maar dat met name het bekostigen van transmurale samenwerking een complexe aangelegenheid is. De coöperatie Palliatieve zorg Nederland

²¹⁹ NZa (2017). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a

²²⁰ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 26-27

²²¹ NZa (2018). Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt

Knelpunten huisarts 2017

Stand van zaken 2021

(PZNL) heeft in het voorjaar van 2018 een veldverkenning²²² - met consortia en netwerken palliatieve zorg – uitgevoerd naar de mate waarin regionale initiatieven in transmurale palliatieve zorg essenties uit het kwaliteitskader²²³ in praktijk brengen. Op basis hiervan zijn zeven initiatieven geselecteerd. Deze initiatieven organiseren palliatieve zorg op een innovatieve manier om de kwaliteit te verbeteren. Zij zijn gevraagd om in het project TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$)²²⁴ te dienen als leertuinen. TAPA\$ beoogt in een periode van circa drie jaar (2019-2021) inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van zorg is in de zeven geselecteerde initiatieven en hiervoor passende bekostiging te ontwikkelen.

Knelpunten specialist ouderengeneeskunde 2017

Stand van zaken 2021

Inzet specialist ouderengeneeskunde

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

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

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

Knelpunten wijkverpleging 2017

Stand van zaken 2021

Tarieven en budgetplafond (Zvw)

Contractering

²²² PZNL (2018), [transmurale model palliatieve zorg: hulpmiddel bij implementatie kwaliteitskader? Methodiek veldverkenning](#)

²²³ PZNL (2018), [Factsheet Essenties Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

²²⁴ PZNL (2019), [Factsheet TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende bekostiging \(TAPA\\$\)](#)

Knelpunten wijkverpleging 2017

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 individuele aanbieder is veelal afhankelijk van:

- de historische verhouding van verpleging en verzorging;
- het tarief in 2016;
- de doelmatigheidsscore bij de betreffende verzekeraar.²²⁵

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.²²⁶

Daarnaast wordt er vaak in het contract een doorleverplicht vastgelegd. Zorgaanbieders moeten dan zorg leveren voor eigen rekening als het budgetplafond is bereikt.^{227,228}

Hoort een patiënt in de Wlz of de Zvw?

Wanneer patiënten thuis willen sterven kan het gebeuren dat de verzekeraar aanstuurt op een overgang naar bekostiging vanuit de Wlz als de zorgvraag oploopt.²³¹

Stand van zaken 2021

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

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is. Op het moment dat het budgetplafond overschreden dreigt te worden, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in gesprek gaan over het ophogen van het plafond. Uit de Kamerbrief 'Palliatieve zorg, een niveau hoger' bleek dat individuele zorgverzekeraars bij een dreigende overschrijding van het omzetplafond als gevolg van het leveren van PTZ, in principe 100 procent van het aangevraagde hogere budget honoreerden.²²⁹

Ook de NZa concludeert op basis van de contractering wijkverpleging 2018 dat alle zorgverzekeraars bereid zijn bij te contracteren als PTZ in het geding is.²³⁰

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.²³² In de PTZ kan een patiënt niet overgaan van de Zvw naar de Wlz. Voor aanvang van de PTZ, kiest

²²⁵ NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21

²²⁶ NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21

²²⁷ ActiZ (2017) Zorgcontractering wijkverpleging, p. 5

²²⁸ NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 18

²²⁹ VWS (2017), Palliatieve zorg, een niveau hoger [Kamerbrief], p. 5

²³⁰ NZa (2018). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34

²³¹ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

²³² CIZ (2017), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15

Knelpunten wijkverpleging 2017

Stand van zaken 2021

Terminaliteitsverklaring (Zvw)

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

Terminaliteitsverklaring meestal niet meer nodig

In 2019 hebben betrokken partijen afgesproken dat een terminaliteitsverklaring niet meer nodig is, voornamelijk met uitzondering van aanvragen van een PGB voor zorg in de palliatief terminale fase.²³⁴ Dit vermindert naar verwachting de administratieve last. 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.

Casemanager palliatieve zorg

Bekostiging van een casemanager palliatieve zorg is onderdeel van de prestaties verpleging en verzorging.²³⁵ Het is niet als zodanig geoordeeld. Wanneer de tarieven voor de prestaties krap zijn, is er te weinig ruimte om gespecialiseerde casemanagers in te kunnen zetten.

Bekostiging van casemanagement

Als vervolg op het rapport 'Palliatieve zorg op maat' (NZa, 2017) organiseerde de NZa in 2018 rondetafels met meer dan 75 voorlopers in de palliatieve zorg. In deze rondetafels werd besproken wat deze voorlopers op (middel)lange termijn nastreefden en hoe bekostiging dat kan stimuleren. Op basis van de rondetafels heeft de NZa in het rapport 'Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt'²³⁶ (2018) beschreven wat de mogelijkheden in de bekostiging zijn voor casemanagement, transmurale samenwerking en patiëntvolgende bekostiging. De NZa concludeert dat er in aanleg mogelijkheden zijn voor het bekostigen hiervan, maar dat met name het bekostigen van transmurale samenwerking een complexe aangelegenheid is. De coöperatie Palliatieve zorg Nederland (PZNL) heeft in het voorjaar van 2018 een

²³³ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

²³⁴ VWS, Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig, 5 november 2019

²³⁵ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

²³⁶ NZa (2018), Samenwerken in de palliatieve zorg: zorg rondom de patiënt

Knelpunten wijkverpleging 2017

Stand van zaken 2021

veldverkenning²³⁷ - met consortia en netwerken palliatieve zorg – uitgevoerd naar de mate waarin regionale initiatieven in transmurale palliatieve zorg essenties uit het kwaliteitskader²³⁸ in praktijk brengen. Op basis hiervan zijn zeven initiatieven geselecteerd. Deze initiatieven organiseren palliatieve zorg op een innovatieve manier om de kwaliteit te verbeteren. Zij zijn gevraagd om in het project TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$)²³⁹ te dienen als leertuinen. TAPA\$ beoogt in een periode van circa drie jaar (2019-2021) inzichtelijk te maken wat de kwaliteit van zorg is in de zeven geselecteerde initiatieven en hiervoor passende bekostiging te ontwikkelen.

De NVK heeft in 2020 een wijzigingsverzoek ingediend voor bekostiging van casemanagement voor kinderen.

24-uurs-zorg (Zvw)

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

Intensieve zorg

24-uurszorg wordt voortaan 'intensieve zorg' genoemd.²⁴⁰ Zorginstituut Nederland heeft in een nadere duiding aangegeven op welke manier deze zorg onder de verzekerde zorg valt²⁴¹ en V&VN heeft in het 'Begrippenkader indicatieproces'²⁴² verhelderd hoe de wijkverpleegkundige deze zorg kan indiceren. Zie verder [paragraaf 2.1.2](#).

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

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.



²³⁷ [PZNL \(2018\), transmurale model palliatieve zorg: hulpmiddel bij implementatie kwaliteitskader? Methodiek veldverkenning](#)

²³⁸ [PZNL \(2018\), Factsheet Essenties Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

²³⁹ [PZNL \(2019\), Factsheet TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende bekostiging \(TAPA\\$\)](#)

²⁴⁰ [VWS \(2018\), Verbeteringen palliatieve zorg \[Kamerbrief\], p. 5](#)

²⁴¹ [ZIN \(2019\), Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding](#)

²⁴² [V&VN \(2019\), Begrippenkader indicatieproces](#)

Knelpunten wijkverpleging 2017

gebeuren.²⁴³ Wanneer de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet vergoed wordt.

Nazorg (Wlz & Zvw)

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

Declaraties na overlijden

Het komt voor dat declaraties die ingediend worden na het overlijden van de patiënt, geweigerd worden door de verzekeraar.²⁴⁷

Stand van zaken 2021

Het volstaat dat deze levensverwachting is opgenomen in het dossier van de patiënt, voor toetsing bij de materiële controle.²⁴⁴ Een indicatie door het CIZ is hiervoor niet (meer) nodig. Zie voor verdere toelichting [paragraaf 2.1.2](#).²⁴⁵

Kostenonderzoeken

De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in kostprijsaanleveringen voor zowel de Zvw als de Wlz, zodat de kwaliteit van nazorg na overlijden geborgd is met een adequaat tarief.²⁴⁶

Herinrichten proces

Zorg die verleend is aan de patiënt, mag na het overlijden geregistreerd en in rekening gebracht worden bij de zorgverzekeraar. Het kan in de praktijk voorkomen dat dit niet lukt door de inrichting van controlesystemen. In die gevallen dienen aanbieder en verzekeraar samen naar een (handmatige) oplossing te zoeken. De NZa vraagt verzekeraars om het proces anders in te richten zodat declaraties na het moment van overlijden niet automatisch worden aangemerkt als onrechtmatig.^{248,249}

Knelpunten geestelijke verzorging 2017

Structurele bekostiging voor elke patiënt

Stand van zaken 2021

Bekostiging via de subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg

²⁴³ [Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg](#)

²⁴⁴ [Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125](#)

²⁴⁵ CIZ, Palliatief terminale zorg eenvoudiger te regelen in 2018, Geraadpleegd op 11 december 2019

²⁴⁶ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

²⁴⁷ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27](#)

²⁴⁸ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27](#)

²⁴⁹ [NZa \(2017\), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

Knelpunten geestelijke verzorging 2017

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.²⁵⁰

Stand van zaken 2021

De subsidieregeling voor netwerken palliatieve zorg die zou komen te vervallen per 2022, is met vijf jaar verlengd²⁵¹. 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](#).²⁵²

6.3 Hospice

Knelpunten hospicezorg 2017

Onderaannemerschap

Hospices zonder WTZa-toelating met eigen personeel zijn veelal onderaannemer bij een organisatie die contracten kan afsluiten met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. De thuiszorgorganisatie en zorgverzekeraar maken afspraken over de omvang en de tarieven van de totale zorg die de thuiszorgorganisatie levert. Het hospice heeft zelf geen directe invloed op de afspraken die gemaakt worden over de gespecialiseerde zorg die zij leveren.

Stand van zaken 2021

Aandacht voor contractering hospicezorg

De NZa geeft aan dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders regionaal in de contractering of landelijk via de branchepartijen kunnen kijken hoe specifieke aandacht gegeven kan worden aan de hospicezorg in de contractering. Ook kan er geïnventariseerd worden of directe contractering mogelijk is.²⁵³

Wmo

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

Afspraken op maat

De Wmo biedt gemeenten veel vrijheid in de uitvoering van de wet. Hospices kunnen met de gemeenten in hun regio inventariseren of er binnen het lokaal beleid passende financiering mogelijk is.

²⁵⁰ VGZ (2018), Financieringsmogelijkheden geestelijke verzorging in eerstelijns

²⁵¹ [VWS \(2021\) Toelichting op Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging in verband met verlenging van de werkingsduur en actualisering](#)

²⁵² [VWS \(2018\), Aanpak geestelijke verzorging/levensbegeleiding \[Kamerbrief\]](#)

²⁵³ [NZa \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 35-36](#)

Knelpunten hospicezorg 2017

Stand van zaken 2021

Bekostiging respijtzorg, probleemanalyse en crisisinterventie

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

Sinds eind 2019 is een terminaliteitsverklaring niet meer nodig om aanspraak te maken op palliatief terminale zorg²⁵⁴. Dat verandert niets aan de probleemanalyse en crisisinterventie wanneer de prognose nog langer dan drie maanden is.

Verschillende eigen bijdragen in Zvw en Wlz

Omdat patiënten in de PTZ niet van de Zvw naar de Wlz gaan en andersom, wordt dezelfde zorg vanuit verschillende wetgevingen bekostigd. Een patiënt met een indicatie voor de Wlz betaalt voor de zorg een (lage) eigen bijdrage. Een patiënt in de Zvw betaalt deze eigen bijdrage niet.²⁵⁵

Verschillende vergoeding eigen (dag)bijdrage hospice.

Zorgverzekeraars vergoeden de eigen (dag)bijdrage op verschillende wijzen, en alleen indien de patiënten aanvullend verzekerd zijn. Deze vorm van zorg is daarmee niet gelijk toegankelijk voor iedereen.

Ophoging van het budget van de Regeling PTZ

Door ophoging van het budget van de Regeling PTZ is de financiële armslag van hospices verruimd en is de inzet van vrijwilligers overal waar mensen overlijden mogelijk gemaakt. In overleg met VPTZ Nederland zijn de instellingen gevraagd om de eigen bijdrage van de cliënt laag te houden en om niet-

²⁵⁴ [VWS. Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig Geraadpleegd 8 december 2019](#)

²⁵⁵ [NZA \(2017\), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 39-40](#)

Knelpunten hospicezorg 2017

Stand van zaken 2021

vergoede goedkope medicijnen en kleinere hulpmiddelen niet aanvullend bij de cliënt in rekening te brengen.²⁵⁶

6.4 Verpleeghuis

Knelpunten Verpleeghuis/PU 2017

Stand van zaken 2021

Tarief Eerstelijnsverblijf (Zvw)

Het tarief is niet altijd toereikend voor de zorg in de instelling.

Verheldering knelpunten en zoektocht oplossingen

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

Indicatiestelling door CIZ (Wlz)

PTZ dient vaak snel geregeld te worden. De indicatie door het CIZ voor het ZZP VV10 duurt uiterlijk zes weken en kan met een spoedprocedure uiterlijk binnen twee weken gebeuren.²⁵⁷ Wanneer de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet vergoed wordt.

Per 1 januari 2018 afschaffing indicatiestelling VV 10 door CIZ (Wlz)

Vanaf 1 januari 2018 kan voor patiënten die reeds een indicatie voor de Wlz hebben VV 10 worden gedeclareerd, mits wordt voldaan aan de daarvoor opgestelde criteria. De indicatie door het CIZ vervalt, waardoor de PTZ sneller geleverd kan worden.²⁵⁸

²⁵⁶ [VWS \(2018\), Verbetering palliatieve zorg \[Kamerbrief\]](#)

²⁵⁷ [Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg](#)

²⁵⁸ [CIZ, Palliatief terminale zorg eenvoudiger te regelen in 2018, Geraadpleegd op 11 december 2019](#)

6.5 Patiënten

Knelpunten en vragen in 2019

Stapelning van zorgkosten

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

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

Stand van zaken 2021

In het regeerakkoord over 2017 tot 2021²⁵⁹ zijn diverse maatregelen opgenomen:

- **Zvw**
Het verplicht eigen risico is bevroren op 385 euro voor de periode van dit kabinet. De eigen bijdrage voor geneesmiddelen is gemaximeerd op 250 euro per jaar.
- **Wmo**
De eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen is een abonnementstarief per maand geworden.²⁶⁰
- **Wlz**
De vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdragen is per 2019 gehalveerd naar 4%.

Voor hospicezorg geldt in aanvulling daarop dat de Tweede Kamer in 2018 het totaalbedrag voor de Regeling PTZ heeft verhoogd en daarbij aan de hospices heeft gevraagd hun eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten te beperken.²⁶¹

Bijbetalen ongecontracteerde zorg (Zvw)

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

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

²⁵⁹ [VVD, CDA, D66 en ChristenUnie \(2017\), Vertrouwen in de toekomst. Regeerakkoord 2017 – 2021](#)

²⁶⁰ [CAK. In 2020 is eigen bijdrage Wmo maximaal 19,00 Geraadpleegd op 4 september 2019](#)

²⁶¹ [Minister de Jonge, Kamerbrief \[11-05-2018\] Palliatieve zorg, merkbaar beter](#)

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2021

Zorgval

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

zorgaanbieder ongecontracteerd is – en hij voor onverwachte kosten komt te staan.²⁶²

Middels maatwerkregelingen binnen de Wlz kan extra budget aangevraagd worden bij het zorgkantoor, als de zorg volgens het geïndiceerde zorgzwaartepakket ontoereikend is.^{263,264}

- De Meerzorg regeling is er voor patiënten die geïndiceerd zijn met een VV 7 of 8, maar een zorgbehoefte hebben die minimaal 25% hoger ligt dan waar ze op basis van hun zorgprofiel aanspraak op hebben.
- De Extra kosten thuis regeling is er voor patiënten die thuis zorg ontvangen met een mpt of pgb en waar de zorgkosten maximaal 25% hoger zijn dan ze in een instelling zouden zijn.²⁶⁵
- 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.²⁶⁶ In geval van een vpt, kan in plaats van het geïndiceerde zorgprofiel, VV 10 *Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* gedeclareerd worden bij het zorgkantoor.²⁶⁷

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

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

²⁶² Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 29 689, nr. 941

²⁶³ Significant (2019), Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'

²⁶⁴ Minister de Jonge, Kamerbrief [06-06-2019] Maatwerk in de Wlz-zorg thuis

²⁶⁵ NZa (2016), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg

²⁶⁶ Artikel 5.1c leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg

²⁶⁷ Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2022 - BR/REG-22125

Knelpunten en vragen in 2019

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.²⁶⁸ Er kunnen hierdoor verschillen ontstaan in kosten voor patiënten, die met name bij opname in een hospice duidelijk zichtbaar kunnen worden.

Stand van zaken 2021

bijdrage die kan oplopen tot € 2.419,40. Hier zijn vragen over gesteld vanuit de Tweede Kamer en betrokken partijen zoals de Patiëntenfederatie.²⁶⁹ 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'.²⁷⁰

Maaltijdondersteuning (Wmo/Zvw)

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

Maaltijdondersteuning wordt vergoed vanuit de

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

In andere gevallen kan maaltijdondersteuning worden vergoed vanuit de Wmo.²⁷¹

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, wanneer er sprake is van een medische indicatie. Is deze er niet, en is er sprake van een sociale indicatie, dan kan het in aanmerking komen voor vergoeding vanuit de Wmo.²⁷²

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.²⁷³

²⁶⁸ NZa (2017), [Rapport palliatieve zorg op maat](#)

²⁶⁹ [Minister de Jonge, Antwoord op vragen van het lid Kerstens over het bericht dat ouderen nauwelijks geld overhouden \[30-09-2019\]](#)

²⁷⁰ [Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen \(2018\), Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies](#)

²⁷¹ [Minister de Jonge, Antwoord op vragen van het lid Bergkamp over het bericht dat kwetsbare ouderen die hulp nodig hebben met eten deze pas krijgen als het te laat is \[20-08-2018\]](#)

²⁷² [Rijksoverheid. Wanneer krijg ik personenalarmering voor thuis vergoed? Geraadpleegd op 23 juli 2021](#)

²⁷³ [Artikel 2.1.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015](#)

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2021

Snelle levering van hulpmiddelen is lastig

Een snelle levering van hulpmiddelen is in de praktijk lastig.

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.²⁷⁴

Het is mogelijk om voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo vergoed worden, een spoedaanvraag te doen bij de gemeente. De gemeente kan dan binnen drie dagen een definitieve of tussentijdse oplossing bieden.²⁷⁵

Nachtzorg door de wijkverpleegkundige

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

Wanneer in de nacht zorg wordt geleverd, valt dit onder de reguliere thuiszorg 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.²⁷⁶ In 2019 hebben betrokken partijen afgesproken dat een terminaliteitsverklaring niet meer nodig is, vooralsnog met uitzondering van aanvragen van een PGB voor zorg in de palliatief terminale fase.²⁷⁷

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 kinderen

²⁷⁴ Movisie. Mantelzorger valt uit: welke wet regelt vervangende zorg? Geraadpleegd op 16 juli 2020

²⁷⁵ Patiëntenfederatie, Spoedaanvraag Wmo Geraadpleegd op 23 juli 2021

²⁷⁶ V&VN Normenkader (2019), Begrippenkader Indicatieproces

²⁷⁷ VWS. Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig. Geraadpleegd 8 december 2019

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2021

voorziet of van een Wlz-instelling naar een niet WTZa-toegelaten hospice gaat.²⁷⁸



6.6 Palliatieve zorg voor kinderen

Knelpunten ziekenhuis

Stand van zaken 2021

Parallelliteit in geval van dezelfde palliatieve zorgvraag bij een ander subspecialisme van de kindergeneeskunde.

Wanneer voor de kindergeneeskunde een andere kinderarts dan de hoofdbehandelaar wordt betrokken als in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener, kan deze daarvoor geen DBC met dezelfde zorgvraag palliatieve zorg (met diagnose 316.9950) registreren.

De NVK heeft een wijzigingsverzoek hiervoor ingediend bij de NZa.

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.

De NVK heeft een wijzigingsverzoek ingediend bij de NZa, met als doel een eigen zorgproductstructuur te ontwikkelen voor kinderpalliatieve zorg, waarmee ook de bekostiging van de zorg die geleverd wordt vanuit de KCT beter aan zou sluiten

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

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

De NZa adviseert twee mogelijke wijzen van bekostiging:

- er kunnen afspraken worden gemaakt over onderlinge dienstverlening tussen

²⁷⁸ [VWS \(2017\), Q&A's palliatieve zorg voor professionals](#)

Knelpunten ziekenhuis

- Bij zorg uit de Zvw stopt de (bekostiging van de) zorg tijdelijk tijdens de opname in het ziekenhuis
- Bij zorg uit de Wlz loopt de indicatie tijdelijk door, maar kan de wijze waarop deze inzet in de praktijk wordt ingericht variëren per zorgaanbieder. In geval van PGB bestaat er onder zorgverleners veel onduidelijkheid over de wijze waarop het PGB doorloopt, omdat de vergoeding afhangt van de daadwerkelijk geleverde zorg, van de overeenkomst met de zorgaanbieder en van (uitsluiten van) dubbele bekostiging²⁷⁹.

Stand van zaken 2021

- 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 verblijft²⁸⁰.

Nazorg kan niet apart geregistreerd en gedeclareerd worden

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

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 NVK bekijkt of de, vaak meer uitgebreide, nazorg voor kinderen hierin een duidelijker plek kan krijgen.

Knelpunten thuis

Inzet KCT in de thuissituatie wordt slechts beperkt vergoed

Stand van zaken 2021

²⁷⁹ Significant Public (2020) [Zorg in ziekenhuis aan mensen met een \(complexe\) verstandelijke en/of lichamelijke handicap](#)
²⁸⁰ NZa. [Kan de wijkverpleegkundige ook wijkverpleegkundige zorg declareren, terwijl de cliënt nog in het ziekenhuis \(of elv, grz, hospice\) verblijft? Geraadpleegd op 3 december 2020](#)

Knelpunten thuis

Stand van zaken 2021

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 worden²⁸¹;
- Diegene die het huisbezoek doet, als onderdeel van het KCT vanuit het ziekenhuis, niet kan registreren in de DOT productstructuur. Voorsnog 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.

Dit onderwerp heeft de aandacht van de NVK. Zij zoeken naar oplossingsmogelijkheden voor dit knelpunt.

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

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

²⁸¹ [Art. 24.1 NZa Regeling Medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207](#)

Knelpunten thuis

Stand van zaken 2021

zorgaanbieders is daarom slechts beperkt mogelijkheid voor nazorg.

Geestelijk verzorging in het KCT buiten het ziekenhuis

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

Bekostiging van ouderlijke zorg als mantelzorg middels het PGB beperkt

Omdat veel zorg die wordt geleverd door ouders aan hun kind onder de ouderlijke zorg valt en niet onder mantelzorg, komt deze zorg vaak niet in aanmerking voor declaratie middels het PGB²⁸². De kinderverpleegkundige bekijkt per situatie op basis van maatwerk wat redelijkerwijs verwacht kan worden van ouders en wat dus onder de ouderlijke zorg valt²⁸³.

Op dit moment is nog niet duidelijk of ouders kunnen worden aangemerkt als mantelzorgers waardoor zij zichzelf kunnen uitbetalen uit het Persoonsgebonden Budget.

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

²⁸² ZIN (29 oktober 2020) [Verduidelijking Zorginstituut van begrippen bij verpleegkundige indicatiestelling kindzorg Zvw](#)

²⁸³ V&VN (2020) [Handreiking Indicatieproces Kindzorg](#)

Knelpunten thuis

Wanneer sprake is van medisch verpleegkundig handelen, dan wel een verhoogd risico op verpleegkundig handelen is de Zvw van toepassing, zo niet dan valt de zorg onder de Jeugdwet²⁸⁴.

- Echter, dit medisch verpleegkundig handelen is niet altijd even scherp af te bakenen.
- 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. Ouders zitten dan wel met twee budgetten uit verschillende wetgevingen en soms ook met twee zorgverleners die tegelijkertijd aanwezig moeten zijn.
- Daarnaast is sprake van een hiaat in het aanbod van zorgverleners: er bestaat geen opleiding voor kinderverzorgenden. Tevens ontbreekt het pedagogisch medewerkers vanuit de Jeugdwet vaak aan expertise om kinderen met een levensbedreigende of levensduurverkortende diagnose te begeleiden.

Stand van zaken 2021

Dit knelpunt is geagendeerd bij ZN. Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg en Binkz brengen de problematiek nader in beeld door middel van de pilot domeinoverstijgend indiceren²⁸⁵.

Aanvragen huishoudelijke hulp als de zorgvrager een kind is

Huishoudelijke hulp vanuit de WMO kan in principe niet worden aangevraagd wanneer de zorgvrager een kind is. Als

²⁸⁴ [V&VN \(2020\) Handreiking Indicatieproces Kindzorg, p.13](#)

²⁸⁵ [Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Pilot domeinoverstijgend indiceren in de kinderpalliatieve zorg, geraadpleegd op 7 december 2020](#)

Knelpunten thuis

oplossing hiervoor kan huishoudelijke hulp via de ouders aangevraagd worden, als zij mantelzorger zijn. In de praktijk wordt dit vaak niet toegekend.

Stand van zaken 2021

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

Geen vergoeding respijtzorg door gemeenten in geval van medische grondslag

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 2021

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

Het tarief voor het verpleegkundig kinderdagverblijf sluit niet goed aan bij de zorg voor kinderen die het kinderdagverblijf bezoeken op basis van een palliatieve zorgvraag. Dat komt doordat kinderen met een palliatieve zorgvraag: soms niet in staat zijn een volledig dagprogramma te volgen en dan niet voldoen aan het minimum van 6 uur aanwezigheid per dag om deze prestatie te kunnen declareren;

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

Stand van zaken 2021

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

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 verdiscontering van dit soort

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)**Stand van zaken 2021**

- 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 gemeentes.

Knelpunten overige kosten**Stand van zaken 2021***Logeervergoeding voor ouders*

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

Bekostiging van de psychosociale zorg is niet eenduidig

De mogelijkheden voor bekostiging van psychosociale zorg in de eerstelijns is

Knelpunten overige kosten

afhankelijk van of de betreffende zorgverlener een contract heeft met de gemeente. Vooral met grote gemeenten is de ervaring dat veel zorgverleners maar beperkt contracten met gemeenten krijgen. Wanneer de betreffende zorg niet wordt 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 vergoed, kan een vergoeding plaats vinden op basis van de Regeling palliatief terminale zorg. Deze is echter alleen bruikbaar voor geestelijk verzorgers en rouw- en verliesbegeleiders, en niet voor vaktherapeuten en orthopedagogen. De regeling voorziet bovendien in een gemaximeerd aantal van vijf gesprekken²⁸⁶.

Stand van zaken 2021

²⁸⁶ [Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn](#)

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.²⁸⁷

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz is bedoeld voor mensen die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving. Een patiënt krijgt in principe zorg vanuit de Zvw, tenzij hij een indicatie voor de Wlz aanvraagt. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) indiceert welke zorg iemand nodig heeft. De patiënt krijgt een zorgprofiel op basis waarvan hij zorg ontvangt. In het zorgprofiel is de omvang van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling vastgelegd. Het zorgkantoor (veelal de grootste zorgverzekeraar in een regio) ziet erop toe dat de zorg geleverd wordt en sluit daarvoor contracten af met zorgaanbieders.²⁸⁸

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.²⁸⁹

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.²⁹⁰

Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging (Regeling PTZ)

De Regeling PTZ is een jaarlijkse instellingssubsidie voor de inzet van getrainde vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg (PTZ). De regeling bevat eventueel ook een tegemoetkoming in de exploitatie- en huisvestingskosten.²⁹¹ De hoogte van de subsidie wordt berekend op basis van het gemiddeld aantal patiënten per kalenderjaar in de afgelopen drie jaar. Er geldt dan een tarief per palliatieve terminale patiënt en per zorgsetting.²⁹² Daarnaast is de inzet van geestelijke verzorgers via de Netwerken palliatieve zorg in de Regeling PTZ ondergebracht.

Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa)

Deze wet treedt per 2022 in werking en vervangt de wet toelating zorginstellingen (WTZi). Alleen WTZa-toegelaten instellingen kunnen een contract afsluiten voor Eerstelijnsverblijf (Zvw) en Wlz zorg in een instelling.²⁹³

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).²⁹⁴

²⁸⁷ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 7-11](#)

²⁸⁸ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 13-15](#)

²⁸⁹ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 17-19](#)

²⁹⁰ [VWS \(2016\), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 21-23](#)

²⁹¹ [VWS \(2016\), Wijziging regeling PTZ \[Kamerbrief\]](#)

²⁹² [Artikel 6 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging](#)

²⁹³ [Toetreding zorgaanbieders. Wat betekent de WTZa? Geraadpleegd op 21 juli 2021](#)

²⁹⁴ [CIZ \(2017\), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15](#)

B2 Poortspecialisten en -functies

Een zorgaanbieder met de poortfunctie kan een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg starten. De poortfunctie kan uitgevoerd worden door de poortspecialist, enkele ondersteunende specialisten en enkele beroepsbeoefenaren die geen medisch specialist zijn²⁹⁵:

	Poortspecialist	Poortfunctie	Diagnose pz
oogheelkunde (0301)	x	x	
KNO (0302)	x	x	
heelkunde/chirurgie (0303)	x	x	
plastische chirurgie (0304)	x	x	
orthopedie (0305)	x	x	
urologie (0306)	x	x	
gynaecologie (0307)	x	x	
neurochirurgie (0308)	x	x	
dermatologie (0310)	x	x	
inwendige geneeskunde (0313)	x	x	x
kindergeneeskunde/neonatologie (0316)	x	x	x
gastro-enterologie/ mdl (0318)	x	x	
cardiologie (0320)	x	x	
longgeneeskunde (0322)	x	x	x
reumatologie (0324)	x	x	
allergologie (0326)	x	x	
revalidatie (0327)	x	x	
cardio-pulmonale chirurgie (0328)	x	x	
consultatieve psychiatrie (0329)	x	x	
neurologie (0330)	x	x	x
klinische geriatrie (0335)	x	x	x
radiotherapie (0361)	x	x	
sportgeneeskunde	x	x	
interventie-radioloog (0362)		x	
anesthesist als pijnbestrijder (0389)		x	x
klinisch geneticus (0390)		x	
arts-assistent		x	
klinisch fysisch 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](#).

²⁹⁵ Artikel 1dd en ee NZa Regeling medisch-specialistische zorg - NR/REG-2207

B3 Overzicht betrokken organisaties

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 is tot stand gekomen met een werk- en klankbordgroep van gemandateerde vertegenwoordigers afkomstig uit de wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties van bij palliatieve zorg betrokken zorgprofessionals, betrokken branche- en koepelorganisaties en de overheid:

Werkgroep eerstelijns

Landelijke Huisartsenvereniging
Vereniging specialisten ouderengeneeskunde
Vereniging van Geestelijk Verzorger

Verpleegkundigen & Verzorgenden NL

Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg
Associatie Hospicezorg Nederland

Actiz

Karel Rosmalen
Kees Goedhart
Charlotte Molenaar
Etje Verhagen
Mariska de Bont
Jolande van den Brink
Ria van Leer
Anke Straatsma
Chantal Holtkamp
Ingrid Heidema
Janneke Koningswoud
Marion Sonneveld
Wimjan Vink

Werkgroep tweede lijn

Nederlandse vereniging voor Anesthesiologie
Nederlandse Internisten vereniging
Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde
Nederlandse vereniging voor Klinische Geriatrie
Nederlandse vereniging van artsen voor Longziekten en Tuberculose

Nederlandse vereniging voor Neurologie
Verpleegkundigen & Verzorgenden NL
Leids Universitair medisch centrum
Maasstad Ziekenhuis
Radboud Universitair medisch centrum
Rijnstate Ziekenhuis

Michel Wagemans
Robbert van Alphen
Desirée Cremers
Geert Lefeber

Kris Mooren
Karin Pool
Maaike Bos
Sylvia Verhage
Noortje Kraneveld
Eline Duijvesteyn
Danielle Stuijvenberg
Erica van Henten

Klankbordgroep

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Nederlandse Zorgautoriteit

Praktijkteam palliatieve zorg ministerie van VWS

Raad Beroepsbelangen Federatie Medisch specialisten
Zorgverzekeraars Nederland

Hanna Toornstra
Jan Plass
Marieke Hollander
Yolande Waterreus
Nicole Houweling
Fred Lafeber
Thea Leeuwangh
Huub Schreuder
Anne Claire van Harderwijk
Angela Bransen
Mischa Buter

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.

