

# Bekostiging en contractering van palliatieve zorg FAQ

Meest gestelde vragen en antwoorden  
tijdens de scholingsbijeenkomsten (najaar 2022)

13 april 2023

In het najaar van 2022 zijn drie scholingsmomenten georganiseerd over bekostiging en contractering. Met dit document geven we een terugkoppeling van de Meest gestelde vragen en antwoorden vanuit deze scholingen. De FAQ is een samenwerking van het team financiering palliatieve zorg en de regio-adviseurs. Heeft u opmerkingen of aanvullingen op dit document dan horen wij dat graag. Dat kan via uw regio-adviseur.



## Inhoudsopgave

### **Thema 1 Rol van de netwerkcoördinator**

Welke rol kan ik als netwerkcoördinator pakken om tot passende financiering te komen?..... 3

### **Thema 2 Financiering (bekostiging en contractering) palliatieve zorg: Algemene vragen**

Wat is het verschil tussen bekostiging en contractering? ..... 4

Waar vind ik meer informatie over bestaande bekostigingsmogelijkheden? ..... 4

Welke zorgwetten zijn het meest relevant voor de palliatieve zorg? Wat is het verschil tussen deze wetten en wat wordt waar geregeld? ..... 5

Hoe weet ik wat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar is? En wat is daarin opgenomen? ..... 5

Hoe ga ik het gesprek aan met een zorgverzekeraar? ..... 5

Is er altijd een business case nodig om een afspraak met een zorgverzekeraar te kunnen maken? ..... 6

Sluit elke zorgaanbieder met elke zorgverzekeraar een overeenkomst?..... 7

Worden er meerjaren-overeenkomsten afgesloten?..... 7

### **Thema 3 Specifieke vragen financiering palliatieve zorg: Huisartsen**

Wat zijn de verschillen tussen de 3 segmenten binnen de huisartsenbekostiging? ..... 8

Welk segment is relevant voor palliatieve zorg?..... 9

Hoe wordt de kaderhuisarts palliatieve zorg betaald?..... 9

Hoe kan PaTz gefinancierd worden?..... 9

### **Thema 4 Specifieke vragen financiering palliatieve zorg: Wijkverpleging**

Wat zijn de bekostigingsmogelijkheden voor de inzet van gespecialiseerde verpleging? ..... 10

Onder welke prestaties valt proactieve zorgplanning?..... 10

Onder welke prestaties valt casemanagement?..... 10

Kan je in een regio zien met welke aanbieders een zorgverzekeraar afspraken heeft over gespecialiseerde wijkverpleging, of specifiek gespecialiseerde palliatieve wijkverpleging? ..... 11

Hoe gaat de nieuwe bekostiging van wijkverpleging op basis van cliëntprofielen eruit zien? ..... 11

Mijn organisatie heeft doelmatigheidsafspraken met verzekeraars voor de wijkverpleging. Het leveren van palliatieve zorg heeft een nadelig effect op deze afspraak. Hoe kan ik hier het beste mee omgaan? ..... 11

### **Thema 5 Specifieke vragen financiering palliatieve zorg: Ziekenhuis**

Wat zijn aanknopingspunten om als netwerkcoördinator met het ziekenhuis in de regio het gesprek over (de financiering) van palliatieve zorg te voeren?..... 12

### **Thema 6 Specifieke vragen financiering palliatieve zorg: Hospices**

In sommige regio's geven aanbieders van wijkverpleging aan de zorg niet meer in een hospice te kunnen leveren omdat dit niet past binnen de doelmatigheidsafspraken met de zorgverzekeraars. Hoe zit dit? ..... 13

### **Thema 7 Financiering transmurale zorg, inclusief TAPA\$**

Welke bekostigingsmogelijkheden zijn er voor transmurale zorg? .. 14

Welke 3 TAPA\$-prestaties zijn er? ..... 14

Hoe kan ik als Netwerk afspraken maken over de financiering via de TAPA\$-prestaties met een zorgverzekeraar? ..... 15

Zijn de TAPA\$-prestaties al afgesproken in een regio?..... 15

Worden de Tapa\$-prestaties (die zijn afgesproken op basis van de NZa innovatiebeleidsregel) straks onderdeel van reguliere zorg? .. 15

Welke ondersteuning kan PZNL bieden aan andere regio's die de Tapa\$-prestaties willen toepassen? ..... 16

### **Thema 8 Alternatieve bekostiging en bundelbekostiging**

Wat is alternatieve bekostiging en waarom werkt PZNL samen met de NZa op dit thema?..... 17

Wat is bundelbekostiging? ..... 17

### **Handige informatie..... 18**

## Thema 1

## Rol van de netwerkcoördinator

**Welke rol kan ik als netwerkcoördinator pakken om tot passende financiering te komen?**

De rol die de netwerkcoördinator kan pakken om tot passende financiering te komen is tijdens de sessies in een eerste stappenplan verwerkt:



## Thema 2

### Financiering (bekostiging en contractering) palliatieve zorg:

#### Algemene vragen



#### Wat is het verschil tussen bekostiging en contractering?

Er is een verschil tussen bekostiging en contractering bij knelpunten in de financiering van palliatieve zorg. Onder bekostiging verstaan we de mogelijkheden (betaaltitels, technische aanduiding: prestaties) die er zijn om geleverde zorg en ondersteuning te registreren en declareren. Onder contractering verstaan we de afspraken die zorgaanbieders met de financiers van zorg (verzekeraars, zorgkantoren, gemeenten) vervolgens maken om de zorg daadwerkelijk betaald te krijgen. Bekostiging en contractering noemen wij samen de financiering van palliatieve zorg. Bij knelpunten in financiering van palliatieve zorg is het aan te raden om eerst na te gaan of dit een knelpunt is in de bekostiging of in de contractering. Beide vragen een andere oplossingsaanpak.



#### Waar vind ik meer informatie over bestaande bekostigingsmogelijkheden?

Een goed startpunt voor meer informatie over bestaande bekostigingsmogelijkheden is de [Handreiking Financiering Palliatieve zorg](#). Het doel van de handreiking is de zorgverlener zo goed mogelijk te ondersteunen door de structuur en regels rondom financiering van de palliatieve zorg voor 2023 op een rij te zetten en te koppelen aan mogelijkheden voor registratie en declaratie. De handreiking beschrijft de financiering van palliatieve zorg in de meest gebruikelijke zorgsettingen (ziekenhuis, thuis, hospice, verpleeghuis & palliatieve unit).

Voor meer informatie of de laatste stand van zaken rondom bekostiging kun je op de [website van de Nederlandse Zorgautoriteit](#) voor elke zorgsector de meest actuele regels vinden. Het is handig om met de beleidsregel van de betreffende zorgsector te beginnen, waarin het bekostigingsmodel en de bijbehorende prestaties zijn beschreven. Ook is daarin opgenomen of er maximumtarieven zijn vastgesteld of dat er vrije tarieven gelden. Vervolgens kan je in de prestatie- en tariefbeschikking de maximumtarieven vinden.



### Welke zorgwetten zijn het meest relevant voor de palliatieve zorg? Wat is het verschil tussen deze wetten en wat wordt waar geregeld?

In Nederland zijn drie zorgwetten relevant voor de palliatieve zorg bij volwassenen; de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de ZorgverzekeringsWet (Zvw).

- De Wmo regelt dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen wonen en wordt uitgevoerd door gemeenten. Voorbeelden van zorg die onder de Wmo worden bekostigd zijn hulp in het huishouden, dagbesteding, begeleiding en hulpmiddelen.
- De Zvw is de wet die de verplichte basisverzekering regelt en wordt uitgevoerd door verzekeraars. Voorbeelden van zorg die onder de Zvw worden bekostigd zijn ziekenhuiszorg, wijkverpleging en zorg in een hospice
- De Wlz geeft recht op zorg aan mensen die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht en wordt uitgevoerd door zorgkantoren. Voorbeelden van zorg die onder de Wlz worden bekostigd zijn verpleeghuiszorg en vormen van zorg thuis.



### Hoe weet ik wat het inkoopbeleid van een zorgverzekeraar is? En wat is daarin opgenomen?

Uiterlijk 1 april publiceert elke zorgverzekeraar zijn inkoopbeleid op zijn website. Uit het inkoopbeleid wordt duidelijk hoe de zorgverzekeraar uitvoering geeft aan de beleidsregels van de NZa en wat de speerpunten zijn voor het komende jaar. Als je op zoek bent naar financieringsmogelijkheden voor een innovatief zorgtraject dan kan je in het inkoopbeleid vinden of dit traject aansluit op de speerpunten van de zorgverzekeraar, daarnaast kan je hier informatie vinden over mogelijkheden om innovatie te financieren.



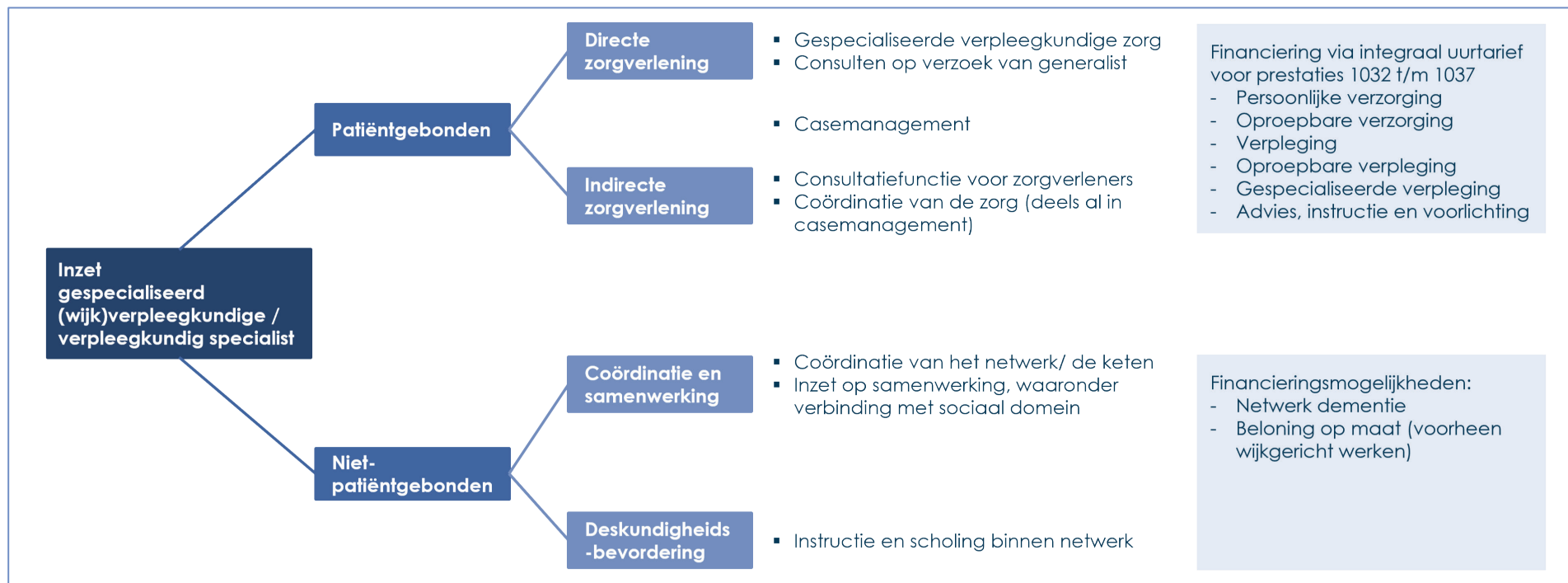
### Hoe ga ik het gesprek aan met een zorgverzekeraar?

Bij het aangaan van het gesprek met een zorgverzekeraar is het allereerst goed om te bepalen wie het beste dit gesprek kan voeren. Een netwerkcoördinator is geen contractpartij voor een zorgverzekeraar. Het is goed om binnen het samenwerkingsverband het gesprek te voeren over wat de financieringsbehoefte is in het lokale Netwerk en wie het beste deze vraag kan bespreken met de zorgverzekeraar. Voor een zorgverzekeraar zijn de zorgaanbieders (actief in het Netwerk) de meest logische gesprekspartner voor financiële afspraken. Het komt bijvoorbeeld voor dat een netwerkcoördinator aanschuift bij een gesprek tussen zorgaanbieder en een zorgverzekeraar om het belang en meerwaarde van palliatieve zorg toe te lichten.

**?** **Is er altijd een business case nodig om een afspraak met een zorgverzekeraar te kunnen maken?**

Er is niet in alle gevallen een business case nodig om een afspraak met een zorgverzekeraar te maken. Hiervoor wijzen we op het belang om te ontrafelen: weet wat je wilt doen in een regio met elkaar en voor welke activiteiten er precies financiering nodig is. Gaat het om patiëntgebonden verzekerde zorg, kijk dan of dit meegenomen kan worden in de huidige afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Een business case is dan veelal niet noodzakelijk. Indien het om een nieuwe innovatieve vorm van zorg gaat, kan dit wel nodig zijn. In dat geval is het goed om te achterhalen of er al bepaald onderzoek gedaan is waarmee je het belang van deze zorg

kunt onderbouwen of dat er al in de andere regio's afspraken zijn gemaakt. Op Palliaweb is een format van een 'business case' te vinden dat je kan aanpassen naar de individuele situatie. Mogelijk is het dus helemaal niet nodig om een geheel nieuwe business case op te stellen. Ook hier geldt wel weer dat de ontrafelen van belang is. Om wat voor zorg gaat het? Patiëntgebonden of niet-patiëntgebonden, direct of indirect? Voor hoeveel mensen etc. Zie hieronder een voorbeeld van die ontrafeling voor de inzet van de gespecialiseerde (wijk)verpleegkundige of verpleegkundig specialist.





### Sluit elke zorgaanbieder met elke zorgverzekeraar een overeenkomst?

Nederland kent 10 verzekeraars (concerns) met één of meerdere labels (bijvoorbeeld Ditzo is een van de labels van hoofdverzekeraar ASR). Zorgorganisaties moeten met elke verzekeraar afzonderlijk een contract sluiten. Een aanbieder maakt zelf de keuze met welke verzekeraar hij een contract wil afsluiten. Check als organisatie goed wat de consequenties zijn van het niet sluiten van een contract met een verzekeraar. Er bestaat dan een kans dat de patiënt een deel van de zorgrekening zelf betaalt.



### Worden er meerjaren-overeenkomsten afgesloten?

Het afsluiten van meerjaren-overeenkomsten gebeurt wel, maar vaak alleen op inhoud en niet op tarief. Hoewel er ook overeenkomsten zijn waarin afspraken op inhoud zijn opgenomen en ook is opgenomen hoe het tarief elk jaar wordt vastgesteld. In het algemeen zien we nog vooral jaarovereenkomsten.

## Thema 3

## Specifieke vragen financiering palliatieve zorg:

## Huisartsen

**Wat zijn de verschillen tussen de 3 segmenten binnen de huisartsenbekostiging?**

De verschillen tussen de drie segmenten binnen huisartsenbekostiging worden toegelicht in het navolgend plaatje, met een korte uitleg van de 3 segmenten.

**1. Basisvoorziening huisartsenzorg (segment 1):**

Basiszorg waarvoor grotendeels binnen de praktijk gediagnosticeerd kan worden. Hieronder vallen de prestaties zoals het inschrijftarief en de consulttarieven.

- Zowel gecontracteerd als ongecontracteerd
- Afspraken op niveau huisartsenpraktijk en soms op niveau samenwerkingsverband (bijvoorbeeld een regionale afspraak over inzet POH ouderenzorg).

**2. Multidisciplinaire zorg (segment 2):**

Dit is multidisciplinaire eerstelijnszorg waarbij naast de huisartsenzorg ook andere disciplines betrokken zijn om een integrale behandeling te geven. Een voorbeeld hiervan is zorg aan een patiënt met diabetes mellitus type 2. Er bestaan zowel gecontracteerde vrije tarieven als ongecontracteerde maximum tarieven voor de multidisciplinaire ketenzorg.

- Vooral gecontracteerd. Alleen multidisciplinaire ketenzorg kan ook ongecontracteerd.
- Afspraken op niveau samenwerkingsverband (regio-organisaties)
- Organisatie en Infrastructuur prestaties zijn onderdeel van segment 2 en bieden ruimte voor afspraken over financiering van regionale samenwerking

**3. Resultaatbeloning en zorgvernieuwing (segment 3):**

Segment 3 biedt ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om (belonings)afspraken te maken over de resultaten van de ingezette zorg uit segment 1 en segment 2. Dit gedeelte beschrijft bijvoorbeeld prestaties die het gebruik van digitale zorg kunnen belonen.

- Gecontracteerd
- Afspraken op niveau huisartsenpraktijk en / of samenwerkingsverband (regio-organisatie)

**4. Prestaties buiten segmenten:**

Daarnaast kunnen huisartsen prestaties declareren die buiten deze segmenten vallen, bijvoorbeeld de huisartsenzorg tijdens avond, nacht en weekend diensturen (ANW verrichtingen), keuringen voor het rijbewijs en zorg aan asielzoekers in een centrale opvang.

- Zowel gecontracteerd als ongecontracteerd
- Afspraken op niveau huisartsenpraktijk en soms op niveau samenwerkingsverband (bijvoorbeeld bepaalde M&I verrichtingen)
- SCEN (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland) is hiervan onderdeel met 2 prestaties met een tarief per verrichting.

Bron omschrijving segmenten: vraag en antwoord NZa, zie [hier](#).

Aanvullend daarop onderscheidt de NZa nog prestaties buiten de segmenten. In het kort:

- Segment 1 bevat vooral de basisvoorziening huisartsenzorg;
- Segment 2 gaat over multidisciplinaire zorg en de organisatie en infrastructuur die hiervoor nodig is;
- Segment 3 biedt mogelijkheden om afspraken te maken over zorgvernieuwing en innovatie.

Een groot deel van de prestaties van segment 2 en 3 spreekt een zorgverzekeraar niet met een individuele huisartsenpraktijk af maar met een regionaal samenwerkingsverband bestaande uit eerstelijns zorgaanbieders die de chronische zorg in een bepaalde regio organiseren, coördineren en leveren (ketenzorg), de zorggroep genoemd. Het gaat bijvoorbeeld om zorg voor patiënten met diabetes type 2, COPD, astma en cardiovasculair risicomangement (CVRM). De zorggroep sluit de contracten met de zorgverzekeraars.

Bij huisartsenzorg geldt overigens zogenaamd volgebeleid. Dit betekent – kort samengevat – dat de huisarts een overeenkomst met zijn preferente zorgverzekeraar (de zorgverzekeraar in de regio met het grootste marktaandeel) sluit en dat deze gevolgd wordt door andere zorgverzekeraars.





### Welk segment is relevant voor palliatieve zorg?

Alle segmenten zijn relevant voor palliatieve zorg. Een patiënt kan in het kader van palliatieve zorg een regulier consult krijgen van zijn huisarts (segment 1: kort of lang consult). Declaratie van de geboden palliatieve terminale zorg vindt plaats met de prestatie 'intensieve zorg'. De zorggroep kan in het kader van multidisciplinaire zorg afspraken met de zorgverzekeraar maken over de benodigde organisatie en infrastructuur van palliatieve zorg, bijvoorbeeld de organisatie van PaTz werkgroepen. Dan kan dit via segment 2 of 3 worden gefinancierd. Dit laatste is maatwerk tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het kan zijn dat een patiënt in overleg met zijn huisarts euthanasie overweegt, in dat geval kan een SCEN consult worden toegepast (prestaties buiten segmenten).



### Hoe wordt de kaderhuisarts palliatieve zorg betaald?

De manier waarop de kaderhuisarts palliatieve zorg wordt betaald ligt aan wat de kaderhuisarts doet. Indien de kaderhuisarts eigen patiënten ziet, dan verloopt de bekostiging via segment 1. Indien de kaderhuisarts binnen de zorggroep ingezet wordt voor bijvoorbeeld deskundigheidsbevordering of voor de aanwezigheid bij PaTz overleggen dan kan de zorggroep hier afspraken over maken met de zorgverzekeraar als onderdeel van segmenten 2 en 3. Als de kaderhuisarts in complexe situaties rondom een patiënt geconsulteerd wordt door een huisarts, dan zijn er de prestaties 'visite en telefonische palliatieve consultatie'. Verder is het nog het 'meekijkconsult' waarmee de inzet van medisch specialistische consultatie of de inzet van andere expertises in het zorgveld mee kunnen worden betaald door de huisarts. Voor het meekijkconsult moet wel een afspraak worden gemaakt met de zorgverzekeraar.

Daarnaast zijn er buiten de Zorgverzekeringswet nog andere financieringsmogelijkheden. Een voorbeeld is de consultatiefunctie waarvoor Palliatieve Zorg Nederland voor de organisatie daarvan subsidie ontvangt vanuit VWS. De subsidie loopt tot en met eind 2026. PZNL is voorstander van een reguliere financiering van de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverlener. Om te voorkomen dat de consultatiedeskundigheid verloren gaat wanneer de subsidie stopt.



### Hoe kan PaTz gefinancierd worden?

De manier waarop PaTz gefinancierd wordt verschilt. Er is binnen de huisartsenbekostiging geen aparte prestatie voor deelname aan het PaTz. Aangezien het hier veelal om regionale samenwerking gaat, lijkt het logisch om hier op niveau van de zorggroep afspraken met de zorgverzekeraar te maken. Segmenten 2 en 3 bieden hiertoe ruimte.

Er is een (vooralsnog eenmalige) financiële vergoeding voor deelname aan de PaTz groepen. Deze vergoeding is mogelijk gemaakt vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II. Voor meer informatie en de deadline zie: [nieuwsbericht PZNL](#).

## Thema 4

### Specifieke vragen financiering palliatieve zorg:

#### Wijkverpleging



##### Wat zijn de bekostigingsmogelijkheden voor de inzet van gespecialiseerde verpleging?

Voor de bekostigingsmogelijkheden voor de inzet van gespecialiseerde verpleging heeft de NZa een aparte prestatie opgenomen in de beleidsregel verpleging en verzorging, namelijk gespecialiseerde verpleging. De zorgverzekeraar maakt veelal met de aanbieder een afspraak voor een integraal uurtarief voor de inzet van alle vormen van wijkverpleging (persoonlijke verzorging, oproepbare verzorging, verpleging, oproepbare verpleging, gespecialiseerde verpleging en advies, instructie en voorlichting). Het integrale uurtarief is een gemiddelde en gebaseerd op de verhouding inzet verpleegkundigen en verzorgenden (case-mix) van een individuele aanbieder. Als een aanbieder zich heeft gespecialiseerd in palliatieve wijkverpleging en hiervoor meer gespecialiseerde (en dus duurdere) zorgverleners inzet in vergelijking met aanbieders van reguliere wijkverpleging, heeft dit impact op de case-mix en is het belangrijk dat dit meegenomen wordt in de onderhandelingen met verzekeraars in de bepaling van het integrale tarief.



##### Onder welke prestaties valt proactieve zorgplanning?

De proactieve zorgplanning valt, als de (gespecialiseerd) verpleegkundige ten behoeve van proactieve zorgplanning de gesprekken voert, onder de prestaties verpleging en gespecialiseerde verpleging. Zoals eerder vermeld is hiervoor vaak een integraal uurtarief van toepassing.



##### Onder welke prestaties valt casemanagement?

Casemanagement kan via de beleidsregel verpleging en verzorging worden gedeclareerd. In deze beleidsregel is opgenomen dat 'regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt' onderdeel is van de prestaties verpleging en gespecialiseerde verpleging. Casemanagement kan dan via deze prestaties (veelal via een integraal uurtarief) worden gedeclareerd.



**Kan je in een regio zien met welke aanbieders een zorgverzekeraar afspraken heeft over gespecialiseerde wijkverpleging, of specifiek gespecialiseerde palliatieve wijkverpleging?**

Het is afhankelijk van de zorgverzekeraar of er inzicht is in een regio welke aanbieders met een zorgverzekeraar afspraken hebben gemaakt over gespecialiseerde (palliatieve) wijkverpleging. Zorgverzekeraars zijn verplicht te publiceren met welke aanbieder zij een contract hebben. Het detailniveau waarop ze deze informatie beschikbaar stellen, verschilt. Op de meeste websites van de zorgverzekeraar is een zorgzoeker te vinden waarmee gezocht kan worden naar zorgaanbieders. Hiermee kan je zoeken naar wijkverpleging en welke aanbieders in een regio zijn gecontracteerd.



**Hoe gaat de nieuwe bekostiging van wijkverpleging op basis van cliëntprofielen eruit zien?**

Op dit moment (maart 2023) wordt er nog geëxperimenteerd met de nieuwe bekostiging van cliëntprofielen binnen de wijkverpleging en is deze nog niet algemeen in gebruik. Als je meer hierover wilt weten, is het goed om de [website van de NZa](#) in de gaten te houden.



**Mijn organisatie heeft doelmatigheidsafspraken met verzekeraars voor de wijkverpleging. Het leveren van palliatieve zorg heeft een nadelig effect op deze afspraak. Hoe kan ik hier het beste mee omgaan?**

Hoe je als aanbieder het beste kan omgaan met doelmatigheidsafspraken in de wijkverpleging is in de praktijk maatwerk tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Onder doelmatigheid wordt (samengevat) verstaan: het realiseren van bepaalde prestaties met een zo beperkt mogelijke inzet van middelen. Binnen de wijkverpleging betekent dat veelal dat er gekeken wordt naar het afgesproken gemiddeld aantal geleverde uren per cliënt per maand. Een aantal verzekeraars maakt aparte afspraken voor palliatieve zorg los van de doelmatigheidsafpraak, een aantal verzekeraars doet dit niet. In deze gevallen is het vaak mogelijk om als zorgaanbieder het gesprek aan te gaan met je verzekeraar en samen te zoeken naar mogelijke oplossingen.

Wat bij het gesprek kan helpen is terug te gaan naar het doel van de doelmatigheidsafpraak: de gepaste inzet van schaarse middelen. De algemene insteek van wat doelmatige zorg is in de wijkverpleging (lees: rekenen op basis van gemiddelden) is veelal niet passend voor wijkverpleging in de palliatieve fase. Een inhoudelijke onderbouwing hiervan, eventueel aangevuld met specifieke casuïstiek, kan helpen in het gesprek met de verzekeraar.

## Thema 5

### Specifieke vragen financiering palliatieve zorg:

#### Ziekenhuis



#### Wat zijn aanknopingspunten om als netwerkcoördinator met het ziekenhuis in de regio het gesprek over (de financiering) van palliatieve zorg te voeren?

We bieden een aantal handvatten hoe je als netwerkcoördinator met het ziekenhuis in de regio het gesprek over (de financiering) van palliatieve zorg kan voeren:

- Vraag na of ziekenhuis de vragenlijst palliatieve zorg ziekenhuizen heeft ingevuld en eigen rapport heeft ontvangen. Zo niet? Verwijs dan naar landelijke uitkomsten in het rapport: '[Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen: resultaten 2020](#)'.
- Start met het inhoudelijke gesprek: hoe kijkt het ziekenhuis naar palliatieve zorg en hoe geven ze dit vorm? Probeer dit zo concreet mogelijk te krijgen. Dus is er bijvoorbeeld een MDO gericht op palliatieve zorg, hoe gaat dit dan? Wie is aanwezig, wie draagt cliënten aan, etc.
- Voor de financiering is relevant dat ziektegerichte DBC's ruimte (zouden) moeten bieden voor palliatieve zorg, waaronder bijvoorbeeld een uitgebreid consult voor het afwegen van behandelopties. Een vraag aan het ziekenhuis kan zijn in hoeverre het ziekenhuis bijvoorbeeld het gesprek over behandelopties stimuleert of faciliteert.

- Aanvullend daarop is een specifieke bekostigingsmogelijkheid voor palliatieve zorg, namelijk de DBC palliatieve zorg. Zie voor meer informatie de handreiking financiering palliatieve zorg [2023](#) (hoofdstuk 1.2.1.).
- Een vraag hierbij kan zijn hoe vaak deze DBC is geopend en welke poortspecialisten dit dan vooral doen. (ziekenhuiszorg wordt bekostigd op basis van DBC's. Dit is een code van 9 cijfers die iets zegt over de inhoud van de geleverde zorgactiviteiten). Indien de DBC nauwelijks wordt geopend, is het interessant om te vragen waarom niet en of de zorg die hierin is opgenomen dan niet wordt aangeboden of anders wordt gefinancierd via bijvoorbeeld ziektespecifieke DBC's.
- Een beperking die bij de DBC palliatieve zorg wordt ervaren, is dat alleen specifieke poortspecialisten (een specialist die de bevoegdheid heeft om een DBC te openen) deze mogen uitvoeren en bijvoorbeeld niet een SEH-arts of een cardioloog. De specialist ouderengeneeskunde mag een DBC Diagnose Palliatieve Zorg openen in naam van het medisch specialisme waarvoor de poortfunctie wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld interne geneeskunde of klinische geriatrie). In bijlage 2 van de handreiking financiering 2023 staan de verschillende poortspecialisten en functies benoemd.

## Thema 6

### Specifieke vragen financiering palliatieve zorg:

#### Hospices



**In sommige regio's geven aanbieders van wijkverpleging aan de zorg niet meer in een hospice te kunnen leveren omdat dit niet past binnen de doelmatigheidsafspraken met de zorgverzekeraars. Hoe zit dit?**

Er zijn veel verschillende vormen van hospices (zie hoofdstuk 3 van de [Handreiking financiering 2023](#)). De wijze waarop hospices gefinancierd zijn, verschilt eveneens. Dit ligt er bijvoorbeeld aan in welke mate er professionele zorg wordt ingezet en hoe deze wordt ingezet. Er zijn hospices die afspraken met een verpleeg, verzorgingshuis en/of thuiszorginstelling (VVT instelling) hebben gemaakt over de inzet van wijkverpleging. Een hospice kan ook onderdeel uitmaken van een VVT instelling. De VVT instelling heeft over de inzet van wijkverpleging afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars. Doelmatigheidsafspraken kunnen hiervan onderdeel zijn. De zorg in de laatste levensfase is vaak intensief. Zorgverlening in een hospice leidt vaak tot een hoger gemiddeld aantal uur en dat kan negatief uitwerken in de doelmatigheidsafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben gemaakt. Daarbij is er een krappe arbeidsmarkt. Dit leidt ertoe dat VVT instelling de zorg in een hospice soms heroverwegen. Zie ook de vraag met betrekking tot doelmatigheidsafspraken bij wijkverpleging.

Een andere optie is bekostiging via ELV (kortdurend eerstelijnsverblijf) Palliatief. ELV Palliatief wordt ook bekostigd uit de zorgverzekeringswet. 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. Zie voor meer informatie de handreiking financiering palliatieve zorg 2023 of de beleidsregel ELV van de [NZa](#). Wanneer je als aanbieder er niet uitkomt met je verzekeraar in het afsluiten van passende afspraken met betrekking tot doelmatigheid, kan dit een alternatief bieden. Let hierbij goed op dat de tarieven toereikend zijn voor de kosten die je als organisatie maakt voor hospicezorg.

## Thema 7

### Financiering **transmurale zorg**, inclusief TAPA\$



#### Welke bekostigingsmogelijkheden zijn er voor transmurale zorg?

Om inzicht te geven in de bekostigingsmogelijkheden voor transmurale zorg is het eerst belangrijk om te ontrafelen wat samenwerkingspartners precies willen bereiken met transmurale zorg en wat ze er onder verstaan. Gaat het om patiëntgebonden of juist niet patiëntgebonden taken? De bekostigingsmogelijkheden van transmurale zorg zijn nog beperkt. Een voorbeeld van een bekostigingsmogelijkheid is het meekijkconsult in de huisartsenzorg. De zorginkoop – en daarmee de gesprekken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders – is vaak nog monodisciplinair: inkoopafspraken binnen één zorgsector.

De Zorgverzekeringswet biedt (nog) beperkte mogelijkheden voor de financiering van niet-patiëntgebonden coördinatie en samenwerking. Het kan interessant zijn om te kijken welke aanvullende financieringsmogelijkheden er hiervoor komen voor zorgaanbieders vanuit het Integraal Zorgakkoord (transformatiemiddelen). Zie ook de informatiekaart van de NZa: [Transmuraal samenwerken en casemanagement](#). Verder zijn nog de TAPA\$-prestaties relevant die hierna worden toegelicht.



#### Welke 3 TAPA\$-prestaties zijn er?

De volgende 3 Tapa\$-prestaties zijn beschikbaar (kort samengevat):

##### **1 Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg.**

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

##### **2 Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP)**

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

### 3 Regiefunctie complexe palliatieve zorg

Wanneer de zorgvraag van de patiënt dusdanig complex blijkt of wordt, dat continuïteit van specialistische ondersteuning wenselijk is, dan kan voor de palliatieve zorg een in palliatieve zorg gespecialiseerde verpleegkundige ingeschakeld worden. Deze prestatie omvat een traject waarin een in palliatieve zorg gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist de patiënt, diens naasten en diens zorgverleners voor complexe palliatieve zorg begeleidt, adviseert en/of behandelt. Ook dan blijft de (generalistische) huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde hoofdbehandelaar en biedt de (wijk)verpleging de reguliere zorg.



#### Hoe kan ik als Netwerk afspraken maken over de financiering via de TAPA\$-prestaties met een zorgverzekeraar?

Een Netwerk kan zelf geen afspraken maken over de financiering van de TAPA\$-prestaties met een zorgverzekeraar, omdat het Netwerk geen contractspartij is in de zorginkoop. Contractspartijen zijn de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het is daarom nodig om binnen het Netwerk na te denken en af te spreken welke zorgaanbieder(s) de financiële en inhoudelijke verantwoordelijkheid kan dragen en afspraken kan maken over transmurale zorg. Denk aan een belangrijke vraag als: wie van de betrokken zorgaanbieders kan de hoofdaannemer zijn?

Daaraan voorafgaand is het belangrijk om goede samenwerkingsafspraken te maken en deze ook vast te leggen. Hieruit moet duidelijk worden wie welke zorg op welk moment levert. Dit is van belang voor de eventuele verrekening van de middelen als er één zorgaanbieder als hoofdaannemer optreedt.



#### Zijn de TAPA\$-prestaties al afgesproken in een regio?

Ja, in september 2022, hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de TAPA\$-prestaties. Het gaat om de regio Oss-Meierijstad-Maashorst waarbij de afspraken ingaan per 2023. Binnenkort zal PZNL in samenwerking met het regionale Netwerk hierover meer informatie, waaronder de eerste ervaringen, delen.



#### Worden de Tapa\$-prestaties (die zijn afgesproken op basis van de NZa innovatiebeleidsregel) straks onderdeel van reguliere zorg?

Of de TAPA\$-prestaties die zijn afgesproken op basis van de NZa innovatiebeleidsregel straks onderdeel worden van de reguliere zorg is alleen waarschijnlijk als blijkt dat afspraken over de TAPA\$-prestaties leiden tot betere palliatieve zorg. Hiervoor is het nodig dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover afspraken maken, bij voorkeur in meerdere regio's. PZNL moedigt zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan om ook aan te sluiten bij het experiment TAPA\$. Opschaling van een experiment is cruciaal om meerdere redenen. Hoe meer zorgverzekeraars en zorgaanbieders zich achter de innovatieve zorg scharen, hoe meer patiënten er gebruik van kunnen maken.

Zijn zorgaanbieders in je Netwerk al in gesprek met zorgverzekeraars over het gebruik van de TAPA\$-prestaties of wil je meer weten? Neem voor het proces van deelname aan het TAPA\$-experiment contact op met je regio-adviseur.

**Welke ondersteuning kan PZNL bieden aan andere regio's die de Tapa\$-prestaties willen toepassen?**

PZNL kan een platform bieden voor de inhoudelijk informatie en de geleerde lessen delen die het Netwerk nog zal delen. Daarnaast zet PZNL zich in voor deskundigheidsbevordering door o.a. de scholingen waaruit deze vraag en antwoord zijn voortgekomen.

Netwerkcoördinatoren kunnen in eerste instantie met vragen bij de regio-adviseurs terecht. De vragen die zij niet kunnen beantwoorden en die betrekking hebben op passende financiering, zullen zij voorleggen aan het team dat zich binnen PZNL hiermee bezighoudt.



## Thema 8

### Alternatieve bekostiging en bundelbekostiging



#### Wat is alternatieve bekostiging en waarom werkt PZNL samen met de NZa op dit thema?

Alternatieve bekostiging is een alternatief voor de huidige volume gedreven bekostiging. Alternatieve bekostiging streeft ernaar om meer te bekostigen op zorguitkomsten in plaats van op productie. De financiële prikkels in de manieren waarop zorgaanbieders worden betaald voor de (palliatieve) zorg die zij leveren zijn momenteel nog sterk gericht op volume van zorg. Kortgezegd geldt dat hoe meer zorg er wordt verleend, hoe meer er wordt verdiend. In de regel stimuleren die methoden niet tot goede afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders, het realiseren van optimale patiëntuitkomsten en het elimineren van verspilling. Integendeel: omdat aanbieders veelal afzonderlijk worden betaald voor elke geleverde zorgactiviteit, is het financieel aantrekkelijker om te focussen op 'volume' in plaats van op 'waarde'. Betere bekostigingsmethoden zijn daarom nodig.

Op dit moment zijn voorbeelden van alternatieve bekostiging binnen de palliatieve zorg nog zeldzaam. De NZa zet voor de toekomst in op bekostigingsmodellen waarin zorguitkomsten steeds meer centraal komen te staan. Het is een ontwikkelproces van ten minste 5 tot 10 jaar. Het is van grote waarde voor de palliatieve zorg om vanaf de start aansluiting te hebben bij dit proces. Ook hier staat centraal dat er goede bekostigingsmogelijkheden komen voor palliatieve zorg.



#### Wat is bundelbekostiging?

Bundelbekostiging is een vorm van alternatieve bekostiging. Zorgaanbieders krijgen samen één vast bedrag per patiënt voor het leveren van een samenhangend pakket aan zorg rondom een bepaalde aandoening. Als het de zorgaanbieders gezamenlijk lukt om de zorg te leveren voor minder dan het afgesproken vaste bedrag, bijvoorbeeld door onnodige zorg te voorkomen, dan mogen ze die besparing zelf houden. Als ze het afgesproken bedrag overschrijden, bijvoorbeeld door de kosten van complicaties of potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames, dan dienen ze die overschrijding financieel zelf te dragen. Hiermee krijgen zorgaanbieders meer financiële verantwoordelijkheid voor integrale kosten, maar ook meer mogelijkheden om samen te werken en de zorg te organiseren zoals zij denken dat passend is voor patiënten.

## Handige informatie

- Presentatie bekostiging en contractering van Pauline Poel en Bernard Creutzburg (te vinden op basecamp)
- [Kwaliteitskader palliatieve zorg](#)
- [Handreiking financiering palliatieve zorg 2023](#)
- [Hoe werkt zorginkoop van de Patiëntenfederatie](#)
- Op [Palliaweb](#) is meer informatie te vinden over het project TrAnsmurale PAlliatieve zorg met passende beko\$tiging (TAPA\$). Onder het kopje 'zelf aan de slag met bekostiging' is meer informatie over de experimentele prestaties opgenomen.
- In een [NZa-magazine](#) is uitgelegd hoe zorgpartijen kunnen aansluiten bij dit experiment.
- [Aansluitovereenkomst TAPA\\$](#)
- [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'](#)