

Rapport palliatieve zorg op maat

Acties omtrent bekostiging die de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de palliatieve zorg verbeteren

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Doelstelling en aanpak	9
2. Resultaten probleemanalyse per domein	11
2.1 Medisch-specialistische zorg: signalen	11
2.2 Medisch-specialistische zorg: wijzigingen	17
2.3 Langdurige zorg	19
2.4 Eerstelijnszorg	26
2.5 Hospices	34
2.6 Samenvatting resultaten hoofdstuk 2	36
3. (Over) de schotten	39
3.1 Verschillen Wlz-Zvw	39
3.2 Prikkels bekostiging	42
3.3 Samenvatting resultaten 3.1 en 3.2	47
3.4 Patiënt journey	47
3.5 Ambities	49
3.6 Eindconclusie en vervolgstappen	51
Bijlage 1. Lijst met activiteiten	55
Bijlage 2. Lijst met geconsulteerde partijen	57
Bijlage 3. Lijst met afkortingen en definities	61
Bijlage 4. Informatiekaart Palliatief Terminale Zorg	63
Bijlage 5. Doelstellingen 2020 Nationaal Programma Palliatieve Zorg	67

Vooraf

Palliatieve zorg in Nederland is goed beschikbaar en in het algemeen zijn mensen tevreden over de zorg en de ondersteuning die ze aan het einde van hun leven krijgen. In internationale vergelijkingen behoort Nederland tot de top 10.¹ Maar dit betekent niet dat we er al zijn: er zijn mogelijkheden om de kwaliteit van de palliatieve zorg te verbeteren door de zorg rond de patiënt anders te organiseren.

In Nederland overleden in 2010 ongeveer 136.000 mensen, van wie 108.500 (ca. 80%) niet onverwacht (Integraal Kankercentrum 2014). Dit is de groep waar palliatieve zorg betrekking op heeft. Hiervan was 80% ouder dan 65 jaar. In de toekomst zal dit aantal door de dubbele vergrijzing sterk toenemen. De meest voorkomende doodsoorzaken in 2010 waren (IKNL 2014): kanker 42.600, dementie 9.014, CVA (beroerte) 8.913, hartfalen: 6.912 en COPD 5.984 mensen. Van de mensen die in 2008 overleden aan een chronische ziekte stierf 34% thuis, 35% in een verzorgings- of verpleeghuis, 25% in een ziekenhuis en 6% elders (o.a. in een hospice). Er is de afgelopen decennia bij de ziekte kanker een verschuiving zichtbaar van een ziektebeeld dat snel tot de dood leidt naar een meer chronische aandoening. Hierdoor krijgen artsen en andere zorgverleners meer te maken met complexe problemen van patiënten. De overleving van andere levensbedreigende ziektes zoals hartfalen en COPD is de afgelopen jaren minder duidelijk toegenomen. De afgelopen tien jaar is er veel veranderd in de benadering van palliatieve zorg. Tien jaar geleden maakte men onderscheid in 'zorg gericht op genezing' en 'palliatieve zorg'. Palliatieve zorg kwam pas in beeld wanneer alle opties voor (een kans op) genezing uitgeput waren. Palliatieve zorg viel min of meer samen met de palliatief terminale fase, ongeveer drie maanden voor overlijden. Palliatieve zorg vandaag de dag begint veel eerder dan de terminale fase en wordt gezien als een zorgcontinuüm. Zorg gericht op genezing en palliatieve zorg kunnen naast elkaar bestaan of in elkaar overlopen. De patiënt krijgt meer regie doordat zorgverleners met hem in gesprek gaan over behandelopties, maar ook over niet behandelen.

Beleidsmatig heeft de veranderde benadering geleid tot concrete acties. Sinds 1996 is palliatieve zorg een specifiek onderdeel van het beleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Van recente datum is het Nationaal Programma Palliatieve zorg (NPPZ) waarvoor van 2015 tot 2020 8,5 miljoen euro per jaar beschikbaar is). Het NPPZ draagt bij aan de doelstelling van het ministerie van VWS voor 2020: iedere burger is, wanneer dat aan de orde is, verzekerd van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en met de juiste zorg en ondersteuning.

In het algemeen wordt palliatieve zorg als een gecompliceerd onderwerp ervaren. De oorzaken hiervoor zijn divers. Zo weten veel burgers niet wat palliatieve zorg voor hen kan betekenen en niet alle zorgverleners hebben voldoende kennis om de patiënt optimaal te begeleiden. Kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg vraagt ook om samenwerking tussen generalistische en specialistische zorgverleners. Palliatieve zorg komt in alle domeinen voor (eerstelijnszorg, medisch specialistische zorg, langdurige zorg) en gaat niet alleen over zorg maar ook over welzijn en welbevinden.

¹ Nederland staat bijvoorbeeld op de achtste plaats bij de wereldwijde - Quality of death index 2015. Ranking palliative care across the World – Economic Intelligence Unit.

De complexiteit leidt tot veel maatschappelijke vragen, waarbij regelmatig een verband met de bekostiging wordt gelegd. Dit geldt specifiek voor de onderwerpen overbehandeling, kwaliteit van zorg en overlijden op de plaats van voorkeur. Met de huidige bekostiging willen we de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de palliatieve zorg beschermen.² Palliatieve zorg wordt niet alleen verleend op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), maar ook op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om een overgang tussen Wlz en Zvw aan het einde van het leven te voorkomen, zijn er vanuit beide wettelijke regimes veel mogelijkheden om het overlijden op de plaats van voorkeur mogelijk te maken.

Het ministerie van VWS geeft in haar brief aan de Tweede Kamer³ aan dat de huidige inrichting van de bekostiging voor patiënten meer voordelige dan nadelige consequenties heeft. Daar waar problemen ervaren worden, worden deze pragmatisch aangepakt en opgelost, onder meer door het Praktijkteam palliatieve zorg. Dit rapport beschrijft welke knelpunten partijen ervaren in de bekostiging van palliatieve zorg. De NZa brengt deze in beeld en koppelt er acties aan. Tot op heden ontbreekt een complete⁴ inventarisatie van ervaren knelpunten. Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om deze inventarisatie op te pakken. Daarnaast gaan we in op de vraag of de huidige bekostiging de ambities voor de palliatieve zorg in Nederland voldoende ondersteunt: dit werken we uit in hoofdstuk 3, paragraaf 4, 5 en 6.

In dit rapport spreken we vanuit het perspectief van de Zvw van 'patiënt'. In het perspectief van de Wlz spreken we van 'cliënt'. Een lijst met afkortingen staat in bijlage 3.

² <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/kwaliteitskader-palliatieve-zorg>.

³ Palliatieve zorg, een niveau hoger 3 november 2016 (1032497-157210-LZ).

⁴ Binnen de domeinen msz, eerstelijnszorg en lz en over de domeinen (schotten) heen.

Managementsamenvatting

Aan de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg in de stervensfase besteden we in Nederland veel aandacht. De huidige wet- en regelgeving is erop gericht dat mensen kunnen kiezen waar ze willen sterven en dat de plaats van voorkeur ook beschikbaar en betaalbaar is. Bovendien willen we dat de zorg aansluit bij de zorgvraag. Dit geldt niet alleen voor fysieke en psychische symptomen zoals pijn en angst, maar ook voor welzijn en welbevinden. Tussen patiënten in de stervensfase is de variatie aan zorgvragen en zorgbehoeften groot. Ook hulpvragen in relatie tot welzijn en welbevinden zijn divers. Om hieraan tegemoet te komen, is generalistische en specialistische inzet nodig. In de bekostiging zijn mogelijkheden geschapen om dit mogelijk te maken. Zorg op maat is het uitgangspunt: de bekostiging is volgend en niet leidend.

De NZa heeft partijen in de medisch-specialistische zorg (msz), eerstelijnszorg (ez) en langdurige zorg (lz) gevraagd naar de knelpunten die zij ervaren in de bekostiging van palliatieve zorg. In totaal hebben we 35 signalen opgehaald: 28 binnen de genoemde drie domeinen, 7 'over de schotten heen'. Vervolgens hebben we per signaal bekeken of er sprake is van een knelpunt van de betaalbaarheid, toegankelijkheid en/of kwaliteit van zorg. Als dit het geval is, hebben we er bij het signaal concrete acties geformuleerd. De acties liggen niet alleen bij de NZa, maar ook bij VWS, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Uit de probleemanalyse komt naar voren dat de interpretatie van en de mogelijkheden binnen de regelgeving voor zorgaanbieders niet altijd helder zijn. Hierdoor ontstaat bij aanbieders het gevoel dat palliatieve zorg niet vergoed wordt. Dat komt onder meer door recente wijzigingen in de bekostiging en de hervorming van de Wlz, de wijkverpleging en het eerstelijnsverblijf. Elf signalen hebben betrekking op een gat in de kennis over de regelgeving en mogelijkheden of een onjuiste interpretatie hiervan. Voor deze signalen zetten we in op verschillende vormen van informatieverstrekking, om de onduidelijkheden over de vergoeding van zorg bij aanbieders en de consequenties daarvan voor patiënten weg te nemen.

Bij vierentwintig signalen is er sprake van een knelpunt of verbeterpunt. Zo kan in de medisch-specialistische zorg de inzet van het palliatief team regelmatig niet vergoed worden. Onze inventarisatie bracht aan het licht dat een in het dbc-systeem algemeen geldende regel hier onbedoeld de oorzaak van is. Per 1 januari 2018 past de NZa de regelgeving aan. In de langdurige zorg is VWS van plan om de indicatiestelling door het CIZ in het profiel beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg (ptz) los te laten. Onze analyse steunt dit voornemen: door verbeteracties vermindert de administratieve last, zijn er directe financiële middelen beschikbaar voor maatwerk aan de patiënt en wordt een bijdrage geleverd aan het vertrouwen tussen aanbieder en zorgkantoor (signaal 16). Nieuw is ons advies om bij de wijzigingen rondom V&V zpz-10 ook de domeinen ggz en ghz te betrekken. De acties in de eerstelijnszorg variëren van tariefherijking naar aanleiding van een kostenonderzoek (eerstelijnsverblijf) en het beschrijven van goede zorgverlening door de beroepsgroep tot aan toezicht op de zorgplicht en het contracteringsproces.

Palliatieve zorg wordt niet alleen verleend op grond van de Wet langdurige zorg, maar ook op grond van de Zorgverzekeringswet. Vanuit alle domeinen ontvingen we signalen die voortkomen uit deze

verschillende wettelijke regimes. Dit geldt met name voor de eerstelijnszorgdomeinen, waar wijkverpleging en eerstelijnsverblijf recent zijn overgeheveld van de Wlz naar Zvw. We hebben acht signalen die te maken hebben met de verschillen in wetgevende kaders opgehaald. We laten zien waar de regels en procedures binnen de verschillende wettelijke regimes verschillen en of deze leiden tot ongelijkheid in kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van palliatieve zorg. Het signaal over het verschil tussen de eigen bijdrage per dag in de Wlz en het jaarlijks eigen risico in de Zvw (signaal 29) springt in het oog. We hebben geen signalen ontvangen dat de verschillen in eigen bijdrage leiden tot verschillen in kwaliteit of toegankelijkheid van zorg voor patiënten/cliënten. Het is in principe mogelijk deze verschillen op te heffen, maar dat is vooral een politieke keuze.

We constateren dat wet- en regelgeving complex zijn geworden, vanuit de wens om op individueel niveau van alles mogelijk te maken. De laatste jaren zijn allerlei mogelijkheden opgezet voor zorg op maat en soms ook voor samenwerking. De NZa ziet zeven verbeterpunten omtrent de bekostiging en de ambities voor de palliatieve zorg in Nederland:

- Bekostiging vereenvoudigen: oog houden voor de grote variatie tussen patiënten, zonder dat dit tot detail in regelgeving leidt.
- Bekostiging per sector maakt het meer dan nu mogelijk om afspraken over palliatieve zorg te maken (kwaliteit/kosten/volume/uitkomsten) over de schotten heen.
- Doelmatigheid van palliatieve zorg bij voorkeur stimuleren en met bekostiging faciliteren.
- Regionale samenwerking stimuleren.
- Bekostiging meer laten aansluiten op de palliatieve zorg zoals beschreven in kwaliteitskader: niet alleen focus op palliatief terminale zorg, maar op de gehele palliatieve fase.
- Bekostiging biedt ruimte en mogelijkheden om 'samen te beslissen'.
- Mogelijkheden scheppen om volume/kosten te monitoren.

We zien dat er op verschillende plekken experimenten zijn gestart waarbij professionals en aanbieders de palliatieve zorg anders organiseren. De experimenten die wij in beeld hebben gekregen staan nog aan het begin. Mogelijk zijn er daarom nog geen knelpunten naar voren gebracht over de bekostiging van deze experimenten. De NZa wijst aanbieders en verzekeraars erop dat ze via de beleidsregel innovatie een innovatieve prestatie aan kunnen vragen.

Vanwege de complexiteit van de huidige bekostiging en de genoemde zeven verbeterpunten raadt de NZa aan om verdere stappen te zetten. Dit rapport zien we als een belangrijke eerste stap, omdat het inzicht biedt in de bestaande complexiteit, versnippering en verbeterpunten. Als vervolgstap organiseren we ronde tafelgesprekken met experts en direct betrokkenen. De doelstelling van de ronde tafels is om meer zicht te krijgen op de wijze waarop de bekostiging kan bijdragen aan het (versneld) bereiken van beleidsdoelstellingen palliatieve zorg, zoals beschreven door het NPPZ (zie 'vooraf'). Hierbij gebruiken we goede voorbeelden uit binnen- en buitenland.

Tot slot is aandacht nodig voor volumeprikkels in het huidige systeem van bekostiging. Volumeprikkels hebben voordelen voor de toegankelijkheid en nadelen richting de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Deze bevinding is niet uniek voor de palliatieve zorg, maar speelt veel breder. Dit nemen we mee bij de lopende doorontwikkeling in de bekostiging van de msz, ez en lz.

1. Doelstelling en aanpak

Het project heeft de volgende doelstellingen:

- Knelpunten die partijen ervaren in beeld brengen en in verband brengen met de bekostiging van palliatieve zorg.
- De ervaren knelpunten beoordelen in het licht van kwaliteit, doelmatigheid en (lange termijn) betaalbaarheid van zorg.
- Acties en actiehouders per ervaren knelpunt benoemen.

De inrichting van de bekostiging moet de palliatieve zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed houden. Dit betekent onder meer dat de regelgeving niet in de weg mag staan bij het leveren van zorg volgens het kwaliteitskader palliatieve zorg⁵ en bij voorkeur faciliteert. Palliatieve zorg wordt niet alleen verleend op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) maar ook op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zowel in Wlz als in de Zvw is veel ruimte om het overlijden op de plaats van voorkeur mogelijk te maken. Dit is mede gedaan omdat een overgang tussen Zvw en Wlz voor patiënten gepaard gaat met veel vragen en administratie. We willen burgers dat aan het einde van hun leven besparen.

Tot op heden ontbreekt een complete (binnen de domeinen en over de schotten heen) inventarisatie van knelpunten bij patiënten, verzekeraars en aanbieders, gerelateerd aan de bekostiging.

Het ministerie van VWS heeft de NZa gevraagd om deze inventarisatie op te pakken. In dit rapport worden de resultaten beschreven en stellen we concrete acties voor.

Daarnaast is er de vraag of de huidige bekostiging de ambities van de palliatieve zorg in Nederland voldoende ondersteunt. Deze vraag is uitgewerkt in paragrafen 3.5 en 3.6.

Het project is opgedeeld in vier fasen:

Probleeminventarisatie

Knelpunten die partijen ervaren in beeld brengen en in verband brengen met de bekostiging van palliatieve zorg.

Omdat het om ervaren knelpunten gaat, worden deze in dit rapport *signalen* genoemd. Voor het ophalen van signalen gebruikten we diverse bronnen: signalen van het praktijkteam palliatieve zorg van VWS, en signalering via de informatielijn van de NZa en het loket intake wijzigingen medisch-specialistische zorg. De signalen hebben we voor de consultatiefase beschreven per domein en geordend naar probleemhouder: de patiënt, de verzekeraar of de aanbieder.

We interpreteerden ieder signaal vanuit het bekostigingsperspectief. Het signaal wordt cursief weergegeven waarna de analyse en conclusie volgen.

Consultatie

De lijst met signalen is per domein breed geconsulteerd: dit is gedaan in de domeinen medisch-specialistische zorg (msz), eerstelijnszorg (ez) en langdurige zorg (lz).⁶ Partijen konden signalen aanvullen, wijzigen, verwerpen of steunen. Ook konden partijen nieuwe signalen toevoegen.

⁵ <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/kwaliteitskader-palliatieve-zorg>.

⁶ Zie bijlage 2 voor een overzicht van de geconsulteerde partijen.

Ordenen en beoordelen signalen

We hebben de reacties van partijen per signaal verzameld. Vervolgens zijn de signalen per domein geordend in een aantal categorieën. Bijvoorbeeld: aanspraak, kwaliteit van zorg, tarieven. De categorieën verschillen per domein omdat de signalen per domein verschillend zijn. Bij de ordening in categorieën zijn de perspectieven van patiënt/cliënt, aanbieder en verzekeraar meegenomen, maar die zijn niet meer apart herkenbaar. Acht ervaren knelpunten zijn signalen 'over de domeinen heen'. Deze zijn opgenomen in hoofdstuk 3.

Een aantal reacties was niet goed te plaatsen of vroeg om nader contact met de signaalgever. Deze reacties zijn verzameld en naar het praktijkteam VWS gestuurd. Het praktijkteam neemt contact op met de signaalgever. Als dit gebeurt, wordt het signaal met het antwoord teruggekoppeld aan de NZa.

De NZa heeft de reacties van partijen naast elkaar gezet. Ieder signaal is zorgvuldig bekeken en de reacties van partijen zijn geanalyseerd. We hebben ieder signaal bekeken op zijn impact op toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Bij ieder signaal formuleren we een conclusie.

Formuleren acties en aanbevelingen

Bij ieder signaal geven we in de conclusie aan welke acties kunnen worden ingezet en wie de actiehouders is (zijn).

Naar aanleiding van de signalen is het de vraag of een andere kijk op de bekostiging de ambities voor de kwaliteit en langetermijnbetaalbaarheid van de palliatieve zorg in Nederland verder kan helpen. Onze reactie op deze vraag beschrijven we bij 3.6.

Het rapport is na de analysefase opnieuw schriftelijk geconsulteerd. De reacties zijn integraal opgenomen in een separaat consultatiedocument.

De overige activiteiten die we ondernamen om dit rapport te maken zijn opgenomen in een overzicht (bijlage 1). We bedanken degenen die hieraan hebben bijgedragen.

2. Resultaten probleemanalyse per domein

De bekostiging in de eerstelijnszorg (ez), langdurige zorg (lz) en de medisch-specialistische zorg (msz) ziet er heel anders uit. Dit is allereerst een gevolg van andere wet- en regelgeving per domein: Wlz voor de langdurige zorg, Zvw voor eerste lijn, en msz. Daarnaast heeft de bekostiging per domein zich tot op heden min of meer 'binnen de eigen schotten' ontwikkeld. Dit leidt tot verschillen in prestatiestructuren⁷, ook binnen een wettelijk bestuur. Bijvoorbeeld: meer/minder vrije prestaties, meer/minder eisen neergelegd in regelgeving, meer/minder detail in regelgeving, en meer/minder vrije prijzen. Dit zorgt ervoor dat er per domein andere knelpunten worden ervaren. Er zijn ook signalen die zich in alle drie de domeinen voordoen, zoals (vragen over) de bekostiging van nazorg en de geestelijk verzorger. We hebben de signalen per domein samengebracht in een aantal categorieën die per domein verschillen.

In totaal hebben we 36 signalen opgehaald: 28 gerelateerd aan de bekostiging binnen de domeinen en 8 over 'de schotten heen'. De signalen *binnen* de domeinen en de acties die de Nza daaraan koppelt bespreken we in hoofdstuk 2. In paragraaf 2.7 staat een tabel met een overzicht van de signalen, acties en actiehouders.

Achtereenvolgens worden de signalen in msz, lz en ez besproken. Deze volgorde is willekeurig gekozen: de meeste palliatieve zorg vindt binnen de eerste lijn en de langdurige zorg plaats.

2.1 Medisch-specialistische zorg: signalen

De probleemanalyse in de msz heeft 12 signalen opgeleverd. Ieder signaal wordt besproken in relatie tot de bekostiging. Per signaal geven we aan welke acties nodig en/of mogelijk zijn.

De Nza heeft de signalen geconsulteerd in een extra Technisch Overleg msz op 5 januari 2017.⁸ De reacties uit het overleg staan bij ieder signaal.

We introduceren de palliatieve zorgproducten met een uitgebreide toelichting.

– Palliatieve zorgproducten msz

De palliatieve zorgproducten zijn in het leven geroepen om een (gespecialiseerd) team palliatieve zorg in ziekenhuizen te introduceren. Palliatieve teams zijn belangrijk voor de kwaliteit van de palliatieve zorg in de ziekenhuizen. Inmiddels hebben bijna alle ziekenhuizen een palliatief team. Wanneer de behandelend arts voor zijn patiënt gespecialiseerd advies nodig heeft, kan hij het palliatief team inzetten. De inzet van het palliatief team kan vergoed worden met 9 zorgproducten palliatieve zorg.⁹ Praktisch gezien gaat het bij de inzet van het palliatief team om advies en begeleiding aan de patiënt en zijn behandelend arts in de vorm van gesprekken. Er zijn dan ook zorgproducten voor begeleiding op de polikliniek, in dagbehandeling en

⁷ Prestatiestructuur: regelgeving en prestaties.

⁸ Zie bijlage 2 voor een overzicht van de geconsulteerde partijen.

⁹ De palliatieve zorgproducten vallen in het gereguleerd segment.

klinisch. Eén van de kwaliteitskenmerken van een gespecialiseerd palliatief team is het multidisciplinaire karakter.

Voor de inzet van het palliatief team wordt een apart zorgtraject geopend met de diagnose 'palliatieve zorg'. Dit zorgtraject loopt vrijwel altijd naast het zorgtraject van de behandelend specialist. Het is de bedoeling dat therapeutische ingrepen zoals een bloedtransfusie worden gekoppeld aan het traject van de behandelend specialist en niet aan het zorgtraject palliatieve zorg. Voor het in rekening brengen van palliatieve zorgproducten moet per subtraject tenminste een multidisciplinair overleg plaatsgevonden te hebben.¹⁰ Deze verplichting is uit kwaliteitsoogpunt opgenomen in de regelgeving.

De inzet van het palliatief team wordt vaak gevraagd bij patiënten in de terminale fase, maar dat hoeft niet. Gesprekken over palliatieve 'behandelopties' vinden ook eerder plaats.¹¹ In eerste instantie voert de behandelend specialist deze gesprekken zelf: de betreffende consulten kunnen gemarkeerd worden door de zorgactiviteit voorafgaand aan het consult te registreren voor een zorgvuldige afweging van behandelopties. Wanneer de behandelend arts ondersteuning nodig heeft, kan het palliatief team ingezet worden.

Niet-declareerbare palliatieve producten

1. Advies en begeleiding door een lid van het palliatief team is beperkt tot een aantal specialismen. Zes medische specialismen kunnen een zorgtraject openen met de diagnose palliatieve zorg en palliatieve producten declareren: interne geneeskunde, longgeneeskunde, klinische geriatrie, anesthesiologie, kindergeneeskunde en neurologie. Dit zijn de specialismen die gebruikelijk onderdeel zijn van het palliatief team. De NZa heeft signalen ontvangen dat ook andere specialismen onderdeel kunnen zijn van een palliatief team en toegang willen krijgen tot de palliatieve zorgproducten.

Dit signaal is in het Technisch Overleg (TO) van 5 januari 2017 besproken: partijen geven aan dat het op dit moment juist en voldoende is om de genoemde zes specialismen toegang te geven tot de dbc-producten palliatieve zorg. Het palliatief team is samengesteld met medisch specialisten vanuit de genoemde disciplines. Ook de specialist ouderengeneeskunde kan lid zijn van het palliatief team.¹² In de consultatie is aangegeven dat het team pz vaak niet voldoende toegerust is voor specifieke palliatieve zorg aan kinderen. Kinderartsen leveren deze zorg in de praktijk zelf en declareren de beschikbare zorgproducten palliatieve zorg niet (medische kindzorg).

Conclusie: wijziging bekostiging op dit moment niet aan de orde. In de toekomst kunnen mogelijk andere medisch specialismen dan bovengenoemde lid zijn van het palliatief team. Wanneer de behoefte ontstaat om deze toegang te geven tot de palliatieve zorgproducten, kan een verzoek daartoe ingediend worden bij de NZa. Dit geldt ook voor wensen ten aanzien van een andere bekostiging voor gespecialiseerd advies en begeleiding van palliatieve zorg bij kinderen.

¹⁰ Overleg palliatieve zorg, 190006.

¹¹ Kwaliteitsstandaard beroepsgroep IKNL; zie ook hoofdstuk 3 patient journey

¹² Technisch is de specialist ouderengeneeskunde geen medisch specialisme maar een 'poortfunctionaris'. Dit betekent dat er geen 'eigen' diagnose lijst is voor het specialisme ouderengeneeskunde maar dat hij/zij zelfstandig dbc's mag openen en declareren vanuit bestaande diagnoses van andere specialismen (zie NR/REG-1732 definities).

*2. De inzet van het specialistisch palliatief team kan niet geregistreerd en gedeclareerd worden met een klinisch traject naast een lopend **klinisch** traject van hetzelfde specialisme.*

Dit is een algemene regel die geldt voor alle klinische zorgproducten in msz.¹³ Binnen een specialisme mag maximaal een klinisch dbc-zorgproduct geopend worden tijdens het klinische traject van de patiënt. Het is de bedoeling dat alle klinische dagen aan een zorgtraject worden gekoppeld. Deze regel is opgenomen om versnippering en 'opknippen' van prestaties te voorkomen wanneer een opgenomen patiënt meerdere ziekten heeft, waarvoor hij onder behandeling is bij dezelfde medisch specialist. Per kalenderdag mag er een verpleegdag geregistreerd worden.

Conclusie: deze algemene regel moet de declaratie overzichtelijk houden wanneer een patiënt bij een specialist onder behandeling is voor meerdere ziekten. De patiënt is immers maar een keer opgenomen en onder behandeling bij deze specialist.

3. Wanneer een internist van het palliatief team een voor interne geneeskunde opgenomen patiënt adviseert en begeleidt, kunnen er geen palliatieve zorgproducten gedeclareerd worden.

Het is belangrijk dat het palliatief advies en begeleiding in de ziekenhuizen gedeclareerd kan worden om de kwaliteit van zorg voor de patiënten te waarborgen. Dit signaal is in het TO besproken: alle partijen onderschrijven dit als een serieus knelpunt.

Het niet kunnen declareren wordt verklaard door de regelgeving van de NZa van zorgactiviteit 190017: medebehandeling. De regelgeving keurt medebehandeling door een hoofdbehandelaar van specialisme X, bij een klinisch traject van een hoofdbehandelaar met specialisme X, af. Bij palliatieve zorg komt dit veel voor, omdat een internist vaak deel uitmaakt van het palliatief team en palliatieve patiënten heel vaak een ziekte hebben waarvoor ze bij de internist in het ziekenhuis opgenomen zijn. De ICT-systemen van zorgaanbieders zijn ingericht op de regelgeving van de NZa: declaraties worden in de ziekenhuizen als onrechtmatig bestempeld en niet naar de zorgverzekeraar doorgestuurd.

Conclusie: om specialistisch advies en begeleiding door het gespecialiseerd palliatief team in de ziekenhuizen te waarborgen is het belangrijk dat dit gedeclareerd kan worden. De NZa heeft een knelpunt geconstateerd in de bekostiging van medebehandeling. Vervolgactie zie paragraaf 2.3.

4. Inzet verpleegkundig specialist (en andere beroepsbeoefenaren die de zogenaamde 'poortfunctie' mogen vervullen, bijvoorbeeld de specialist ouderengeneeskunde). Begeleiding van de patiënt door een poortfunctionaris van het palliatief team kan niet gedeclareerd worden vanwege regelgeving van de NZa.

De NZa herkent het signaal. Een verpleegkundig specialist kan inderdaad geen medebehandeling registreren bij een klinisch opgenomen patiënt. Wel mag een verpleegkundig specialist zelfstandig een zorgtraject palliatieve zorg openen en poliklinische consulten doen, registreren en declareren.¹⁴ De klinische situatie komt echter vaker voor. Dit signaal is het TO besproken: alle partijen onderschrijven dit als een serieus knelpunt.

¹³ Artikel 8.1 onder c van de nadere regel NR/REG-1732, artikel 51 lid 3.

¹⁴ NR/REG-1732, blz 6 bb: poortfunctie.

In het SONCOS normeringsrapport 2017 staat dat het team palliatieve zorg uit ten minste twee medisch specialisten en een verpleegkundig specialist bestaat. In de regelgeving van de NZa staat beschreven dat het palliatief overleg uit tenminste twee poortspecialisten moet bestaan.

Conclusie: de verpleegkundige specialist kan ook het specialistisch advies en begeleiding aan de palliatieve patiënt in het ziekenhuis doen. Het is belangrijk dat dit niet tot problemen met de declaratie leidt. De NZa constateert een knelpunt in de bekostiging van medebehandeling door de verpleegkundig specialist. Zie voor vervolgacties onder 2.2.

5. Advies/begeleiding door (leden van) het palliatief team kan niet in rekening gebracht worden omdat patiënt is overleden voordat het palliatief team officieel heeft kunnen overleggen. Om het palliatief overleg te mogen registreren is dit bijeenkomen verplicht. Het komt in de praktijk voor dat een patiënt overleden is voordat het palliatief team officieel bij elkaar is gekomen. Wel heeft er dan een vorm van multidisciplinair overleg plaatsgevonden, maar niet in de officiële setting (geplande reguliere overlegtijd) en vaak niet in de complete samenstelling van het (gespecialiseerd) palliatief team.

De verplichtingen om palliatief overleg te mogen registreren zijn op verzoek van de betrokken beroepsgroepen vanuit kwaliteitsoogpunt opgenomen. De beschreven situatie kan inderdaad voorkomen, maar zal niet de hoofdmoot zijn. Partijen onderschrijven in het TO dat de situatie niet frequent voorkomt. Voor NZa is het kwaliteitsargument belangrijker. De kosten die deze situatie met zich meebrengt kunnen meegenomen worden in de kostprijsberekening van de palliatieve zorgproducten.

Conclusie: het signaal wordt herkend, maar het registreren van het palliatief overleg zonder dat dat het palliatief team bij elkaar heeft kunnen komen acht de NZa vanuit kwaliteitsargumenten niet wenselijk.

*6. Declareren na overlijden in het algemeen
Declaraties die in het declaratieverkeer als foutief worden aangemerkt omdat de patiënt al overleden is kunnen voor vervelende situaties zorgen. Zo worden nabestaanden geconfronteerd met rekeningen van de zorgaanbieder of teruggestuurde rekeningen van de zorgverzekeraar. Zorgaanbieders onderstrepen dit signaal.*

Zorg die verleend is aan de patiënt voordat hij/zij overleed, mag na het overlijden geregistreerd worden 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 moeten aanbieder en verzekeraar samen naar een (handmatige) oplossing zoeken.

Conclusie: een soortgelijk signaal hebben we beschreven vanuit de eerste lijn (signaal 19). Voor beide signalen zien we uitleg en informatieverstrekking als actie. Onduidelijkheden kunnen op verschillende manieren worden opgehelderd. Bij het IKNL is een registratie- en declaratiehandleiding in ontwikkeling: de inhoud hiervan wordt nauw afgestemd met de NZa. Daarnaast zal de NZa een FAQ voor de palliatieve zorg schrijven en publiceren op de website.

Beschikbaarheid van supportieve care-producten

7. We krijgen regelmatig vragen over de registratie van de ZA 039928 (begeleiding van oncologiepatiënten tijdens supportieve care/palliatieve zorg zonder chemo- en hormoontherapie). Registratie van deze ZA leidt tot aparte zorgproducten (met name klinische en voor dagbehandeling)

bij oncologische diagnoses. De vraag is wanneer deze ZA precies geregistreerd mag worden.

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

Conclusie: Dit signaal vraagt om uitleg en informatieverstrekking als actie. Onduidelijkheden kunnen op verschillende manieren worden opgehelderd. Bij het IKNL is een registratie en declaratie handleiding in ontwikkeling; de inhoud hiervan wordt nauw afgestemd met de NZa. Daarnaast zal de NZa een FAQ voor de palliatieve zorg schrijven en publiceren op de website.

8. Er lijkt ook behoefte te zijn aan supportieve care-producten bij andere diagnoses dan oncologische (COPD, hartfalen, nierfalen). Deze behoefte komt voort uit de wens de extra tijd die de hoofdbehandelaar besteedt aan de begeleiding van deze patiënten vergoed te krijgen. Wanneer er specifieke producten beschikbaar zijn voor supportieve care is het eenvoudiger om deze extra tijd vergoed te krijgen.

Zorgverzekeraars geven aan deze behoefte niet te hebben maar de vraag wel regelmatig te krijgen. Zorgverzekeraars weten zich niet goed raad met de vraag. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) vraagt zich af in hoeverre we de overgang naar niet meer (zie patiënt journey 5.3) curatief behandelen inzichtelijk willen hebben, ook voor andere diagnoses. IKNL geeft aan dat in de laatste fase bij niet-oncologische palliatieve diagnoses de behandeling van de ziekte (en dus het registreren van de daarbij horende zorgactiviteiten) doorloopt tot aan het overlijden. Uit de reacties van veldpartijen concludeert de NZa dat er momenteel geen aanleiding is de bekostiging op dit punt te wijzigen.

Conclusie: wijziging bekostiging nu niet aan de orde. Wanneer er op enig moment behoefte aan supportieve care-producten ontstaat bij andere specialismen en/of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.

ICT in de ziekenhuizen

9. De palliatieve begeleidingsproducten mogen naast bestaande zorgtrajecten van hetzelfde specialisme geregistreerd worden. Dit is een uitdaging voor de koppelalgoritmen in de ziekenhuizen. Wanneer dit niet goed gaat, ontstaat er uitval.

De NZa herkent de uitdaging voor de ziekenhuizen betreffende het koppelalgoritme bij parallel lopende zorgproducten. Met ingangsdatum 1 januari 2017 is samen met partijen een wijziging ontwikkeld waarbij de palliatieve zorgproducten werden geïntegreerd in de ICD-10-producten. De NZa stond achter dit voorstel, omdat daardoor meer integrale prestaties zouden ontstaan. Dit voorstel heeft het in het advies en consultatie van de RZ17a niet gehaald, omdat de impact van de wijziging niet paste bij de behoefte aan rust en stabiliteit in de bekostiging. De wens om prestaties voor palliatieve zorg meer integraal te benaderen wordt meegenomen in de (middel)langetermijndoortwikkeling van de bekostiging in de msz (2020-2025).

Conclusie: signaal 9 wordt herkend als knelpunt en meegenomen in de (middel)langetermijndoortwikkeling van de bekostiging in de msz.

Aanspraak

10. Declareren van nazorg

Bij dit signaal gaat het om het (mogen) declareren van zorg aan de nabestaanden. Concreet betreft het een of twee gesprekken met de nabestaanden over het verloop van de terminale fase van de overleden patiënt en over hoe de begeleiding door de zorgprofessional daarbij door de nabestaande ervaren is.

ZiNL heeft geduid dat nazorg zoals hierboven beschreven verzekerde zorg is volgens de Zvw. Dit betekent dat nagesprekken met de nabestaanden door de zorgprofessional onderdeel zijn van de dbc. De kosten hiervan kunnen meegenomen worden in de tarieven van betreffende zorgproducten.

Wanneer de nabestaande met een eigen zorgvraag waarvoor behandeling in de tweedelijnszorg noodzakelijk is bij de huisarts komt, wordt hij verwezen. In het ziekenhuis start een nieuw zorgtraject gericht op de hulpvraag van de nabestaande.

Nazorg aan nabestaanden wordt bekostigd uit de huidige tarieven. De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in de kostprijsaanleveringen, zodat de kwaliteit van zorg rondom nazorg na overlijden geborgd kan worden met een passend tarief.

Wanneer een nabestaande met een eigen zorgvraag naar de huisarts gaat, start een nieuwe zorgvraag en wordt de geleverde zorg op naam van die nabestaande gedeclareerd.

Kwaliteit van zorg

11. Tegenover het gesprek over de niet-curatieve behandelopties staat een onvoldoende vergoeding, terwijl dit bij de curatieve behandelopties wel passend is. De prikkels staan hier niet goed, waar de patiënt de negatieve gevolgen van kan ondervinden: overbehandeling.

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

Om te laten zien dat er bij een consult sprake is van een gesprek over behandelopties, is er een specifieke zorgactiviteit beschikbaar. Die is niet alleen bedoeld voor de medisch specialist, maar ook voor de verpleegkundig specialist of andere poortfunctionarissen. Door goed te registreren en met de zorgverzekeraar in gesprek te gaan, kan in lokaal overleg een passende prijs voor 'samen beslissen' worden bepaald. Er staat een wijziging gepland per 1 januari 2018 voor de zorgactiviteit voor het bespreken van behandelopties in het kader van het project 'Samen beslissen'.

In het TO is besproken of het voldoende lukt om in lokaal overleg tot passende afspraken voor de bekostiging van deze activiteit te komen. De NZa concludeert uit de bespreking in het TO dat het goed is om te kijken wat de acties in het kader van 'Samen beslissen' gaan opleveren en dat het in dit stadium te vroeg is om daar conclusies uit te trekken. Uit de ziekenhuizen zijn geen signalen naar voren gekomen dat het lokaal overleg momenteel tot problemen zou leiden.

Conclusie: bekostiging moet het gesprek met de patiënt faciliteren door de zorgactiviteit 'bespreken behandelopties' beschikbaar te stellen. Financiële afspraken hierover kunnen gemaakt worden in het lokaal overleg tussen aanbieder en verzekeraar.

12. Het is niet de bedoeling dat de prestatiestructuur het behandelen/begeleiden van patiënten in het ziekenhuis zodanig stimuleert dat patiënten in de ziekenhuiscare onder behandeling blijven terwijl ze beter af zouden zijn met behandeling/begeleiding in de eerste lijn.

In het Technisch Overleg is besproken of partijen het bestaan van de palliatieve zorgproducten als een factor zien die thuisbehandeling zou kunnen belemmeren. Dit werd niet herkend. Wel lijken er andere factoren te zijn die ziekenhuizen dwingen patiënten langer dan strikt noodzakelijk in het ziekenhuis te houden. De problemen ontstaan wanneer patiënten naar huis gaan/willen: dit kost veel organisatie en inspanning van het zorgkantoor, onder andere de organisatie rondom de Wlz-indicatie, eigen bijdragen, administratie.

Conclusie: patiënten blijven langer in het ziekenhuis dan strikt noodzakelijk. Dit knelpunt komt terug in hoofdstuk 3: (over) de schotten.

Geestelijk verzorger in het palliatief team

Palliatieve zorg heeft niet alleen aandacht voor de medische dimensies, maar heeft ook aandacht voor psychosociale en spirituele dimensies. In de consultatie hebben we het signaal ontvangen dat een geestelijk verzorger niet standaard deel uitmaakt van het gespecialiseerd palliatief team in de ziekenhuizen. Hiermee kan aandacht voor de spirituele dimensie in het gedrang komen. Wat de inzet van de geestelijk verzorger lastiger kan maken, is de aanspraak op deze zorg (zie ook signaal 15 en 22). Geestelijke zorg bestaat namelijk uit drie verschillende onderdelen, waarvan alleen de begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken (onder voorwaarden) onder de Zvw valt.

Samenvattende conclusie medisch-specialistische zorg

Uit de probleeminventarisatie zijn 12 signalen naar voren gekomen. Deze hebben we ingedeeld in een vijftal categorieën: het declareren van palliatieve zorgproducten, beschikbaarheid van supportieve care producten, ICT, aanspraak en kwaliteit van zorg. Twee signalen worden opgelost met een wijziging in het dbc-systeem (paragraaf 2.2), signaal 9 (ICT) wordt meegenomen in de lange termijn doorontwikkeling van de msz en signaal 12 wordt meegenomen bij de knelpunten over de schotten heen (3.1).

2.2 Medisch-specialistische zorg: wijzigingen

De probleeminventarisatie heeft voor de msz 12 signalen opgeleverd. Deze zijn geordend in vijf categorieën: niet-declareerbare palliatieve zorgproducten, supportieve care-producten, ICT, aanspraak en kwaliteit van zorg. In het Technisch Overleg is besproken in hoeverre deze signalen om actie van de NZa vragen: dit geldt voor vier van de 12 signalen. Voor twee signalen stellen we aanpassingen in het dbc-systeem voor (categorie 'niet-declareerbare palliatieve zorgproducten'). Eén signaal wordt meegenomen in hoofdstuk 3 en een signaal nemen we mee in de doorontwikkeling msz.

- Niet-declareerbare palliatieve producten

Icc en medebehandeling

Het komt geregeld voor dat een patiënt is opgenomen bij de behandelend specialist en dat er palliatief advies/begeleiding van het gespecialiseerd palliatief team nodig is. In dat geval wordt er voor advies/begeleiding door het palliatief team een parallel traject geopend. Gesprekken met de patiënt worden geregistreerd met een medebehandeling of icc. Voor deze twee type consulten geldt echter dat de regelgeving bepaalt dat ze alleen mogen worden vastgelegd als sprake is van medebehandeling/icc door een *ander* specialisme dan het specialisme van de eigen zorgverlener (zie kader).

Medebehandeling (190017)

Er is sprake van medebehandeling wanneer een medisch specialist (of arts- assistent) die de poortfunctie uitvoert een patiënt voor een eigen zorgvraag gaat behandelen. Dit doet hij op verzoek van een **ander** poortspecialisme tijdens een klinische opname waarbij één of meer verpleegdagen en/of ic-behandeldagen of verblijfsdagen ggz op een PAAZ of PUK zijn geregistreerd. Deze zorgactiviteit kan per consult in het kader van medebehandeling worden vastgelegd.

Klinisch intercollegiaal consult (icc) (190009)

Een diagnostisch of screenend contact van een medisch specialist (of arts-assistent) die tijdens een klinische opname voor een **ander** specialisme de poortfunctie uitvoert op verzoek van de hoofdbehandelaar met een patiënt.

Het komt regelmatig voor dat het gesprek met de patiënt gevoerd wordt door een arts of verpleegkundig specialist met hetzelfde specialisme als de eigen zorgverlener. De regelgeving staat dit echter niet toe. Naar verwachting is deze regelgeving verantwoordelijk voor een groot deel van de uitval van palliatieve zorg.

- Oplossing: nieuwe zorgactiviteit voor palliatief consult

Het is niet wenselijk om voor palliatieve zorg een uitzondering te maken op de omschrijving van medebehandeling en icc. Daarom stelt de NZa voor om een nieuwe zorgactiviteit (ZA) aan te maken voor het consult voor palliatieve zorg. Wanneer een van de leden van het gespecialiseerd palliatief team een patiënt (en zijn hoofdbehandelaar) adviseert en begeleidt, mag deze zorgactiviteit worden geregistreerd. Het concrete (tekst)voorstel en de exacte registratie-eisen worden ontwikkeld met partijen en geconsulteerd in aanloop naar het dbc-pakket voor 2018.

Dit is een losstaand beleidsmatig traject.

Naast het registreren van deze nieuwe zorgactiviteit blijft het vastleggen van een 'overleg palliatieve zorg' noodzakelijk omt van een palliatief zorgproduct te kunnen afleiden.

- Niet-declareerbare palliatieve producten

Palliatief overleg

In de regelgeving is bepaald:

Een overleg palliatieve zorg is een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een gespecialiseerd palliatief team dat bestaat uit *minimaal twee poortspecialisten*.

De eisen die gesteld worden aan het overleg palliatieve zorg zijn bedoeld om de kwaliteit te bewaken. Bij voorkeur sluiten ze aan bij de eisen aan

de samenstelling van het team palliatieve zorg, zoals die zijn geformuleerd in de SONCOS-normering 2017¹⁵:

- Het multidisciplinaire team bestaat tenminste uit **twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg**. De verpleegkundige is bij voorkeur een oncologieverpleegkundige, verpleegkundig specialist oncologie of verpleegkundig specialist anesthesiologie/pijngeneeskunde.
- Tenminste één van de medisch specialisten in het multidisciplinaire team moet per 1 januari 2017 specifieke scholing op het gebied van palliatieve zorg te hebben voltooid. Het heeft de sterke voorkeur dat de andere betrokken zorgverleners ook specifieke scholing in palliatieve zorg volgen.
- Het is altijd mogelijk om een internist-oncoloog, anesthesioloog, neuroloog, longarts, MDL-arts, radiotherapeut, apotheker, psycholoog, psychiater, geestelijk verzorger of maatschappelijk werkende te raadplegen. Allen zijn deskundig in palliatieve zorg.
- Het multidisciplinair team komt tenminste eenmaal per week bijeen.
- Er moeten overdracht en tijdig, gestructureerd transmuraal overleg zijn om palliatieve zorg in de thuissituatie te optimaliseren. Het multidisciplinair team moet ook beschikbaar zijn voor overleg over patiënten die ontslagen zijn en thuis palliatieve zorg ontvangen onder leiding van de huisarts.

- Oplossing: regelgeving aanpassen

De regelgeving voor het overleg palliatieve zorg wordt zodanig aangepast dat ze voldoet aan de kwaliteitsnormen (SONCOS). Palliatieve teams die aan deze normen voldoen krijgen de geleverde palliatieve zorg dan ook vergoed. Het concrete voorstel wordt ontwikkeld met partijen en wordt voorgelegd in aanloop naar de RZ18b (dbc-pakketten voor 2018). Dit is een zelfstandig beleidsmatig traject.

- Tijdspad

Beide oplossingsrichtingen zijn voor de eerste keer geconsulteerd in het Technisch Overleg msz van 16 maart 2017. De datum van invoering staat gepland op de RZ18b die ingaat op 1 januari 2018.

2.3 Langdurige zorg

Voor de ptz die op grond van de Wlz wordt vergoed, is er een probleemanalyse uitgevoerd die 12 signalen heeft opgeleverd. De NZa heeft deze signalen voorgelegd aan veldpartijen om de signalen inzichtelijk te krijgen. De signalen zijn ingedeeld op onderwerp: zorgaanspraak, administratieve last (paragraaf 2.3) en schottenproblematiek (signaal 17, paragraaf 3.1 en 3.2).

- Zorgaanspraak

13. Mutatiedagen en opbaren

Er zijn vragen gesteld over het in rekening brengen van mutatiedagen bij opbaren. Zorgaanbieders mogen mutatiedagen in rekening brengen wanneer een kamer leeg is achtergelaten. Wanneer de cliënt in de eigen kamer is opgebaard, is de kamer niet leeg achter gelaten. De zorgaanbieder kan hierdoor geen vergoeding krijgen op grond van de Wlz.

Een mutatiedag¹⁶ is een kalenderdag waarop een plaats of bed leeg is achtergelaten doordat de cliënt is overleden of verhuisd. De mutatiedag

¹⁵ De SONCOS-normering wordt in de ziekenhuizen als leidraad gebruikt, in andere sectoren worden andere normeringen gebruikt (hospices PREZO) of ontwikkeld (V en VN 2018).

kan alleen gedeclareerd worden als het gaat om een cliënt met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking die verblijft in een instelling.

In 2007 zijn Kamervragen gesteld over uitvaartpolissen (zie 'Antwoorden op Kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen'¹⁷). Opbaren kwam hierin ook aan de orde. Het gaat hierbij om cliënten die verblijven in een instelling. De volgende tekst komt uit dit document: '*In de bekostiging is onderscheid gemaakt tussen noodzakelijke en wenselijke laatste zorg. Noodzakelijke laatste zorg na het overlijden wordt gerekend tot de verzekerde zorg. De kosten van deze zorg worden gedekt door de reguliere tarieven en komen ten laste van het budget van een instelling. Het gaat dan bijvoorbeeld om het schouwen, gereed maken voor transport en het tijdelijk koelen van een overledene. Kosten van wenselijke laatste zorg, bijvoorbeeld afleggen en opbaren, komen voor eigen rekening. Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling om deze wenselijke laatste zorg te verlenen, dan kan de instelling deze dienstverlening aan nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar in rekening brengen.'*

Opbaren is wenselijke laatste zorg die niet onder de Wmg valt en die de NZa dus niet tarifeert en reguleert. De zorgaanbieder kan de kosten van opbaren factureren aan de nabestaanden of de uitvaartverzekeraar. Mutatiedagen kunnen tijdens de periode van opbaren in de eigen kamer van de overledene niet vergoed worden op grond van de Wlz. Het is wel zo dat de maximale periode van 13 mutatiedagen pas ingaat zodra de plaats (kamer) leeg is achtergelaten na overlijden.¹⁸ Dit betekent dat de zorgaanbieder meteen na het opbaren maximaal 13 mutatiedagen in rekening kan brengen aan de Wlz-uitvoerder.

In bijlage 1 van de kamerbrief over 'Aanpak administratieve lasten Wlz' komen mutatiedagen ook aan bod. Hierrin wordt voorgesteld om de registratie van mutatiedagen voor zorgaanbieders te schrappen. De NZa wordt gevraagd om de vervallen registratie van mutatiedagen of de substantieel verminderde registratie uit te werken, in overeenstemming met alle partijen.

Dit houdt in dat mutatiedagen een vervolg krijgen waarin de problematiek rondom de registratie van mutatiedagen zal worden besproken.

Conclusie signaal

Mutatiedagen kunnen bij opbaren in de kamer van de overledene niet op grond van de Wlz bekostigd worden. Hiervoor zijn twee redenen:

1. Opbaren gaat om wenselijke laatste zorg die niet onder de Wmg valt.
2. Bij opbaren in de kamer van de overledene is de plaats niet leeg achtergelaten, wat een vereiste is om mutatiedagen in rekening te brengen.

Zorgaanbieders kunnen de kosten van opbaren in rekening brengen aan de nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar.

¹⁶ Zie art. 3.2.3 van beledsregel BR/REG-17131 'Definities Wlz'.

¹⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2007/08/24/antwoorden-op-kamervragen-van-omtzig-en-schermers-over-uitvaartpolissen>

¹⁸ Zie art. 6.2.1 van beledsregel BR/REG-17137b 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten'.

14. Nazorg aan nabestaanden

Het is onduidelijk voor partijen hoe nazorg aan nabestaanden bekostigd wordt. Het gaat hierbij om zorg aan de nabestaanden, meestal een of twee gesprekken over het verloop van de terminale fase en de begeleiding door de arts hierin.

De nazorg wordt nu bekostigd vanuit de huidige Wlz-tarieven en wordt niet los bekostigd. Het Zorginstituut heeft aangegeven dat nazorg bij goed zorgverlenerschap hoort en integraal onderdeel is van de afronding van de zorg aan de verzekerde.

Nazorg wordt als gewenst ervaren en is zinvol voor de nabestaanden en de zorgaanbieder, omdat in de gesprekken met nabestaanden ook punten naar voren kunnen komen waarmee de zorgaanbieder haar dienstverlening kan verbeteren.

Het veld zou graag een losstaande bekostiging van nazorg aan nabestaanden willen, in de veronderstelling dat er nu geen sprake is van bekostiging. Als nazorg afzonderlijk wordt bekostigd, moeten een prestatie en een tarief ontwikkeld worden voor het plegen van een of twee (telefoon)gesprekken. De nazorg wordt geleverd aan het cliëntsysteem.¹⁹ Binnen de huidige wet- en regelgeving is het niet mogelijk een declaratie te versturen op naam van de cliënt na diens overlijden.

Een nieuwe prestatie en een nieuw tarief te introduceren voor iets wat al geregeld is in de huidige tarieven zorgt voor hogere administratieve lasten. De NZa is daarom geen voorstander van deze route.

Voor de Wlz-prestaties vindt op korte termijn een kostenonderzoek plaats. De kosten van de zorgverlening, inclusief geleverde nazorg, zullen worden uitgevraagd. Door dit kostenonderzoek vindt er een herijking van de kosten van nazorg plaats in de Wlz-tarieven.

Conclusie signaal

Nazorg aan nabestaanden wordt in de Wlz net als in de Zvw (zie signaal 10 en 23) bekostigd uit de huidige tarieven. De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in de kostprijsaanleveringen, zodat de kwaliteit van zorg rondom nazorg na overlijden geborgd kan worden met een passend tarief.

15. Geestelijke verzorging in de thuissituatie voor Wlz-cliënten

Bij zorg thuis is het vaak onduidelijk of geestelijke verzorging tot de verzekerde (palliatieve) zorg behoort of tot de reguliere maatschappelijke/particuliere voorzieningen.

Geestelijke zorg bestaat uit drie verschillende onderdelen:

- 1. Begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken.
- 2. Het bieden van een vrijplaats.
- 3. Begeleiding bij religie en spiritualiteit.

Begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken is onder voorwaarden onderdeel van de verzekerde zorg. De zorg moet ten eerste voldoen aan het criterium van stand van wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende bewijs moet zijn dat de interventie effectief is. De tweede voorwaarde is dat het moet gaan om 'zorg zoals klinisch psychologen die bieden'. Dit betekent dat het moet gaan om een interventie die tot het zorgarsenaal van de beroepsgroep kan behoren. Als geestelijk verzorgers deze zorg bieden, kan die ten laste van de Zvw komen, aangezien de aanspraken functioneel omschreven zijn.

¹⁹ Familieleden, verzorgers.

In een brief van de minister van VWS van 6 april 2010 met als onderwerp 'Geestelijke gezondheidszorg'²⁰ is de geestelijke verzorging aan de orde gesteld. Hierin staat voor geestelijke verzorging in een thuissituatie het volgende: *'Begeleiding bij religie en spiritualiteit en het vinden van een vrijplaats zijn geen verzekerde zorgprestaties.²¹ Mensen die zelfstandig wonen maken zelf keuzes over bij wie men terecht wil met zingevingvragen. Die keuzes zijn nauw verweven met de persoonlijke levenssfeer. Als mensen daar behoefte aan hebben, kunnen zij hulp vragen bij het maatschappelijk werk, een vrijgevestigd geestelijk verzorger, een geloofsgemeenschap of een andere maatschappelijke organisatie. Het initiatief voor het inroepen van hulp ligt primair bij de thuiswonenden zelf en personen in hun persoonlijk netwerk. Zij zijn bij het maken van keuzes niet afhankelijk van een zorginstelling, daarom betreft het volgens het CVZ geen noodzakelijke zorg.'*

Een uitzondering hierop is als de cliënt voor zijn dagelijkse bestaan afhankelijk is van een zorginstelling zoals bij volledig pakket thuis (vpt). In de brief staat dat het bieden van een vrijplaats de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder wanneer de cliënt voor zijn dagelijks bestaan afhankelijk is van een instelling. Verblijfsgeïndiceerden die kiezen voor het vpt zullen in het algemeen ook die afhankelijkheid hebben.

Onduidelijkheden over de positie en het inschakelen van de geestelijk verzorger in de praktijk zijn bekende signalen waarvan de staatssecretaris op de hoogte is. In reactie hierop is er een brief voor de palliatieve zorg opgesteld.²² Hierin beschrijft de staatssecretaris de verbeteracties voor de palliatieve zorg die sinds het Algemeen Overleg van 28 januari 2016 in gang zijn gezet.

Conclusie signaal

Gezien de uitleg van het toenmalige CVZ (nu Zorginstituut Nederland) is religie en spiritualiteit in een thuissituatie geen verzekerde zorgprestatie.

Begeleiding bij coping en zingevingvraagstukken is onder voorwaarden onderdeel van verzekerde zorg. Daarnaast is het de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder een vrijplaats en begeleiding bij coping en zingevingvraagstukken te bieden als de cliënt voor zijn dagelijkse bestaan afhankelijk is van de zorginstelling, zoals bij vpt en zzp.

Geestelijke zorg bestaat uit verschillende onderdelen. Of het verzekerde zorg betreft en uit welk domein is afhankelijk van het onderdeel en de manier waarop de zorg wordt afgenomen. Informatie hierover is gedateerd en niet eenvoudig te verkrijgen. Een uitbreiding van de beschikbare informatiekaarten²³ ²⁴ voor palliatieve zorg, waarin de geestelijke zorg wordt uitgelegd, zou hierbij kunnen helpen.

²⁰ http://vgvz.nl/wp-content/uploads/2016/06/Geestelijke_verzorging_buiten_de_AWBZ-instelling.pdf.

²¹ Financiering van geestelijke verzorging, CVZ Magazine, september 2006.

²² Zie de brief Palliatieve zorg, een niveau hoger, 3 november 2016, kenmerk 1032497-157210-LZ.

²³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2017/02/27/informatiekaart-palliatieve-zorg-voor-professionals>.

²⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brochures/2016/11/03/informatiekaart-palliatieve-terminale-zorg>.

– Administratieve last

16. *Indicatiestelling voor Beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg*

De indicatiestelling door het CIZ voor zorgprofiel V&V zzp-10 wordt als een administratieve last ervaren. Het indienen van een aanvraag wordt als belastend ervaren en de tijd tussen aanvraag en afgifte van de indicatie wordt als een te lange periode gezien. Daarnaast is er voor de aanvragende partij geen zekerheid dat de aanvraag wordt ingewilligd. Deze onzekerheid belemmert de zorgaanbieder om palliatieve terminale zorg te leveren zolang de indicatie niet is afgegeven.

Afschaffen indicatie zorgprofiel V&V zzp-10

VWS onderzoekt de mogelijkheid om de CIZ-indicatie voor het zorgprofiel 'beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg' (zorgprofiel V&V zzp-10) af te schaffen. Hiermee moet het zorgkantoor als het gaat om ptz zonder tussenkomst van het CIZ snel extra financiële ruimte kunnen geven als het bestaande zorgprofiel van de cliënt onvoldoende is om de benodigde zorg te bieden. VWS voert hierover overleg met zorgverzekeraars, aanbieders, patiëntenverenigingen, CIZ, NZa en andere partijen en is van plan om dit mogelijk te maken per 1 januari 2018. Of dit per deze datum mogelijk is, hangt af van hoe snel de benodigde aanpassingen kunnen worden doorgevoerd. Zorgvuldigheid gaat hier boven een (te) snelle invoering van de nieuwe werkwijze. Het plan is dat een 'terminaliteitsverklaring' van de behandelend arts dan voldoende is. Anders dan voorheen volstaat het als deze verklaring wordt opgenomen in de administratie van de aanbieder en beschikbaar is bij eventuele controles. Dit levert tijdwinst op en beperkt administratieve lasten.

De 'terminaliteitsverklaring' moet niet leiden tot nieuwe administratieve lasten. De definitie van ptz volgens het Besluit langdurige zorg is: '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.' Het oordeel van de arts is bepalend voor palliatief terminale zorg. Het vastleggen van dit oordeel in een document dat ter controle overlegd kan worden, leidt volgens de NZa niet tot de introductie van een nieuwe administratieve last. Op deze wijze kunnen betrokken partijen kennis nemen van het oordeel van de arts en weten ze dat er sprake is van ptz.

Toegangscriteria V&V zzp-10

Om in de huidige indicatiestelling in aanmerking te komen voor zorgprofiel V&V zzp-10, geldt dat de zorgvraag aan alle onderstaande criteria voldoet:

- Er is noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg die in het al geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is.
- Er is noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust.
- Er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines, en noodzaak van constante nabijheid van zorg.

Daarnaast moet de behandelend arts oordelen dat de levensverwachting van de cliënt korter is dan drie maanden, en dat de cliënt verblijft in een toegelaten zorginstelling.

Voor cliënten die verblijven in niet-toegelaten instellingen of in een thuissituatie gelden de aanvullende criteria niet. Het CIZ kan voor deze cliënten een zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve ptz indiceren, op basis van een verklaring van de behandelend arts.

Bij het afschaffen van de indicatiestelling toetst het CIZ deze criteria niet meer. Deze criteria kunnen wel van toepassing blijven om in aanmerking te komen voor aanvullende financiering van ptz. De zorgaanbieder zal aan de Wlz uitvoerder moeten kunnen aantonen dat de geleverde zorg voldoet aan de gestelde criteria van ptz. Indien dit het geval is, kan de Wlz-uitvoerder zonder problemen akkoord gaan met de aanvullende financiering van de ptz. De administratieve last wordt minder omdat het CIZ niet meer onderdeel is van het zorgverleningsproces voor ptz-cliënten.

Alternatief: versnelde aanvraag voor V&V zzp-10

De administratieve last omvatte ook de tijd tussen aanvraag en afgifte van de indicatie. Binnen de beleidsregels van het CIZ bestaat de mogelijkheid voor versnelde aanvraag (binnen twee weken in plaats van zes weken) en de mogelijkheid een indicatiebesluit met terugwerkende kracht af te geven. Beide mogelijkheden gelden momenteel niet voor ptz.

Wanneer een zorgaanmelder in de aanvraagmodule (Portero) aangeeft dat het aanvraag voor Wlz en een noodzaak voor ptz betreft, wordt deze versneld afgehandeld (binnen 48 uur). Een (medische) verklaring van huisarts/medisch specialist is de belangrijkste onderbouwing voor de aanvraag. Hieruit moet blijken dat de verzekerde lijdt aan een ziekte/aandoening in het terminale stadium en op het moment van aanvraag een levensverwachting heeft van maximaal 3 maanden.

Conclusie signaal

De NZa ziet mogelijkheden om de indicatiestelling voor V&V zzp-10 af te schaffen. Dit heeft echter wel gevolgen voor de regelgeving die aangepast moet worden. Wlz-uitvoerder en zorgaanbieder moeten samen bepalen of voldaan wordt aan de criteria voor ptz en moeten er samen uitkomen hoeveel middelen nodig zijn. De verantwoordelijkheid van het CIZ komt dan terecht bij zorgaanbieder en Wlz-uitvoerder. Dit biedt mogelijkheden om snel en zelfstandig te schakelen zonder tussenkomst van een derde partij. In de eerder genoemde werkgroep wordt het afschaffen van de indicatiestelling verder uitgewerkt. Aspecten uit dit rapport die samenhangen met het afschaffen van de indicatiestelling zullen in de werkgroep behandeld worden.

Het is wellicht ook mogelijk om de huidige procedures rondom de indicatiestelling voor V&V zzp-10 aan te passen zodat sneller en met terugwerkende kracht een indicatie voor ptz wordt afgegeven. Door de behandelend arts ook voor cliënten die ptz afnemen in een instelling een verklaring te laten afgeven dat voldaan is aan de gestelde criteria, kan voor deze groep ook snel een indicatie worden afgegeven.

– Schottenproblematiek binnen de langdurige zorg

17. *Sectorale verschillen binnen de Wlz voor ptz*

Het zorgprofiel 'Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg' (V&V zzp-10) geldt alleen voor cliënten van wie de dominante grondslag voor het zorgprofiel een somatische en/of psychogeriatrische ziekte/aandoening is.

Volgens een ghz-zorgaanbieder is de zeer intensieve zorg die gemoeid is met palliatief terminale cliënten ook van toepassing voor gz-cliënten. De zorgaanbieder geeft aan dat er bij ghz-cliënten in de terminale fase sprake is van een intensieve zorgbehoefte omtrent psychosociale/cognitieve functies, de sociale redzaamheid, de mobiliteit en de algemene dagelijkse levensverrichtingen (adl). In het algemeen is sprake van noodzaak tot overname van zorg op al deze aspecten.

Ptz in de domeinen V&V, ghz en ggz wordt in principe bekostigd vanuit de zzp's waarvoor de cliënt geïndiceerd is en verblijft. Het V&V-domein heeft een specifieke V&V zzp-10 voor ptz. Een palliatief terminale V&V-client kan een indicatie voor V&V zzp-10 krijgen wanneer hij/zij voldoet aan de criteria van het CIZ. De gz en ggz kennen geen specifieke prestatie voor ptz vanuit het ghz- of ggz-domein. Een ghz- en ggz-client kan wel een indicatie voor zorgprofiel V&V zzp-10 aanvragen en toegekend krijgen wanneer de dominante grondslag een somatische en/of psychogeriatrische ziekte/aandoening wordt door palliatief terminale zorg.

Op basis van het zorgprofiel V&V zzp-10 heeft de V&V-client toegang tot de regeling extra kosten thuis (ekt). De ghz- en ggz-client kan ekt ook gebruiken als hij een V&V zzp-10-indicatie heeft.

Sectorale verschillen ptz tussen V&V, ghz en ggz

Afname ptz-zorg	V&V	ghz	ggz
Instelling	V&V zzp 10	Eigen zzp of V&V zzp-10	Eigen zzp of V&V zzp-10
Extra kosten thuis (mpt en pqb)	Zorgprofiel V&V zzp-10	Zorgprofiel V&V zzp-10	Zorgprofiel V&V zzp-10

De NZa is voorstander van het harmoniseren van regelgeving tussen V&V, ghz en ggz voor ptz. Dit geldt zowel voor terminale zorg in een instelling als in de thuissituatie. Het harmoniseren van regelgeving zorgt ervoor dat elke burger, ongeacht zijn aandoening of beperking, dezelfde mogelijkheden heeft om de gewenste zorg af te nemen.

VWS heeft het voornemen om de indicatiestelling voor V&V zzp-10 door het CIZ op te heffen. Hiermee komt ook het zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg in een nieuw daglicht te staan. De NZa stelt voor het momentum te benutten om de regelgeving V&V, ghz en ggz gelijk te trekken voor de palliatieve zorg, intramuraal en thuis. Een en ander kan meegenomen worden in de werkgroep die geformeerd is vanwege het voornemen de indicatiestelling voor zzp-10 af te schaffen.

Wanneer de indicatie voor het zorgprofiel VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg²⁵ vervalt, heeft dit gevolgen voor de ekt-regeling. Die zal moeten worden aangepast. In de regeling kan niet meer gesproken worden over indicatiebesluit. Daarnaast zou de regeling verbreed kunnen worden, zodat ze niet alleen geldt voor palliatief terminale cliënten met zorgprofiel V&V zzp-10, maar wordt opengesteld voor elk Wlz-zorgprofiel, zowel voor ghz, ggz als V&V.

Conclusie signaal

De NZa is er voorstander van om sectorale verschillen tussen V&V, ggz en ghz op te heffen, zowel voor intramurale als extramurale cliënten. Het vervallen van de indicatiestelling voor zorgprofiel V&V zzp-10 door het CIZ heeft wijzigingen in de regelgeving tot gevolg. Het advies van de NZa is om dit momentum aan te grijpen om de regelgeving V&V, ghz en ggz gelijk te trekken voor de ptz. Hiermee ontstaan meer mogelijkheden voor cliënten om thuis te sterven en wordt recht gedaan aan het streven burgers gelijk te behandelen ongeacht hun aandoening of beperking.

De werkgroep die geformeerd is om de indicatiestelling voor V&V zzp-10 af te schaffen zal dit aspect meenemen.

²⁵ V&V zzp10.

2.4 Eerstelijnszorg

Wat betreft signalen in de eerstelijnszorg heeft de inventarisatie opgeleverd dat veel signalen voortkomen uit de schottenproblematiek. De verschillende wetten, wettelijke regimes en (deel)kaders die uitmonden in beleid leveren aandachtspunten op.

We gaan in hoofdstuk 3 nader op deze signalen in.

Hierna staan de signalen opgesomd die enkel gerelateerd zijn aan het deeldomein eerstelijnszorg. De aangedragen signalen op onderstaande categorieën zijn overgedragen aan het praktijkteam van VWS. De probleemanalyse in de eerstelijnszorg heeft 11 signalen opgeleverd. De signalen zijn ingedeeld in zes categorieën: samenwerking, declaraties, definities en termijnen, tarief, inzet van zorg en hospices. De signalen worden hieronder toegelicht. Bij ieder signaal plaatsen we een reactie en een conclusie.

- Samenwerking

18. *Bekostiging samenwerking*

De probleeminventarisatie heeft uitgewezen dat er onduidelijkheden bestaan over de bekostiging van diverse vormen van samenwerking. Een aantal specifieke casussen waar onduidelijkheid over is, zijn:

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

Signalen die wij op dit punt hebben geanalyseerd gaan voornamelijk over onduidelijkheden wat betreft de bekostigingsmogelijkheden. De onduidelijkheid over de bekostiging van multidisciplinair overleg is mede ingegeven doordat hier geen specifieke prestatie voor is. In meerdere deeldomeinen (huisartsen, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf) hebben wij op dit punt –in de reguliere overleggen- discussie gevoerd met branchepartijen. Het punt bij multidisciplinair overleg is dat dit geen direct patiëntgebonden tijd is, maar indirect patiëntgebonden tijd. Direct patiëntgebonden tijd is de tijd waarin een behandelaar in het kader van de diagnostiek of behandeling contact heeft met de patiënt. Indirect patiëntgebonden tijd betreft de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct patiëntgebonden tijd), maar waarbij de patiënt zelf niet aanwezig is. Multidisciplinair overleg is een activiteit die valt onder indirect patiëntgebonden tijd.

Direct en indirect patiëntgebonden tijd zit verrekend in tarieven. Hiermee is de tijd voor multidisciplinair overleg niet direct als prestatie te declareren, maar zijn de kosten die men als tijd hiermee kwijt is wel meegenomen in de huidige tarieven. Daarnaast biedt de bekostiging van de deeldomeinen (huisartsen, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf) de ruimte voor de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar om hierover specifieke afspraken te maken. Desgewenst kan er reeds voor worden gekozen om de tijd voor indirect patiëntgebonden tijd, in de vorm van multidisciplinair overleg, te oormerken.

In hoofdstuk 3 wordt dit onderwerp verder belicht.

Conclusie signaal

Dit signaal heeft uitleg en informatieverstrekking als actie. Onduidelijkheden kunnen op verschillende manieren worden

opgehelderd. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een factsheet waarbij per discipline²⁶ de bekostiging wordt uitgelegd voor multidisciplinaire en interdisciplinaire samenwerking. Hiervoor zien wij de informatiekaart palliatieve zorg als belangrijke hulpbron.²⁷ Deze is opgenomen in bijlage 4. Verder kan gedacht worden aan opheldering in de beleidsregels via toelichtende teksten.

– Declaraties

19. *Declaraties bij/na overlijden*

Declaraties die in het declaratiesysteem als foutief worden aangemerkt omdat de patiënt al overleden is, kunnen voor vervelende situaties zorgen. Zo worden nabestaanden geconfronteerd met rekeningen van de zorgaanbieder dan wel met teruggestuurde rekeningen van de zorgverzekeraar. Zorgaanbieders onderstrepen dit signaal. Declaraties worden uit het systeem van de zorgverzekeraar gehaald als de declaratie binnenkomt na het moment van overlijden. In verschillende situaties zorgt dit voor declaraties die niet vergoed worden of zorgt deze situatie voor administratieve lasten. Bij de NZa binnengekomen voorbeelden van zorgaanbieders zijn onder meer "De medicatie die na het overlijden van de patiënt gedeclareerd wordt, wordt niet vergoed", "Kan na het moment van overlijden geen declaraties meer indienen, althans die worden uit het systeem van de verzekeraar gehaald (als onrechtmatig)", "Een arts werd op vrijdag ingezet om palliatieve zorg te leveren. Op zaterdag overleed de patiënt. De ingediende declaratie werd afgekeurd", "Bij overlijden kan het zijn dat er nog een afspraak met cliënt ingepland staat. Nabestaande vergeet om de afspraak te annuleren. Dit is een 'no show', die niet menselijk is om op de nabestaande te verhalen". Verzekeraars geven aan dat als een declaratie binnenkomt na het moment van overlijden, het systeem deze declaratie als onrechtmatig aanmerkt, omdat de datum van overlijden in principe ook als einddatum van de verzekering wordt gezien.

Zorg die verleend is aan de patiënt voor het moment van overlijden moet gedeclareerd kunnen worden, ook als de zorgverzekeraar de declaratie na het moment van overlijden ontvangt.

Conclusie signaal

Op dit signaal is verdere actie nodig. Voor de msz hebben we een soortgelijk signaal ontvangen (signaal 6). Geleverde zorg aan een patiënt voor het moment van overlijden, waarvoor een zorgverzekeraar de declaratie na overlijden ontvangt moet gehonoreerd kunnen worden. Oplossingsrichting op dit punt moet gezocht worden in de declaratiesystemen. Wij zien hierin een rol voor verzekeraars om het initiatief te nemen een ander proces in te richten bij declaraties na het moment van overlijden – anders dan het aanmerken als onrechtmatig.

– Definities en termijnen

Diverse binnengekomen signalen scharen wij onder de noemer definities en termijnen: uit de signalen maken wij op dat er onduidelijkheid bestaat over de definities en het beleid van palliatieve zorg en ptz. Tevens zien wij dat er onduidelijkheid bestaat over de definities en het beleid van casemanagement, geestelijke verzorging²⁸ en nazorg. Achtereenvolgens gaan wij in op deze onderwerpen.

²⁶ Huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, medisch specialist, basisarts.

²⁷ <https://www.ciz.nl/voor-professionals/Documents/Informatiekaart%20palliatieve%20terminale%20zorg.pdf>

²⁸ Hiermee wordt tevens bedoeld psychosociale begeleiding.

20. Palliatief (terminale) zorg

Palliatieve zorg is niet hetzelfde als palliatief terminale zorg. Deze termen worden toch veelal als hetzelfde aangemerkt. Het niet hanteren van eenduidige definities zorgt voor onduidelijkheden, blijkt uit aangedragen signalen. Er worden verschillende definities gebruikt voor palliatieve zorg en ptz. Tegelijkertijd worden voor beide fasen waar de patiënt zich in kan bevinden verschillende termijnen gehanteerd.

Een veel genoemde termijn is de drie maandentermijn die staat voor de ptz. De markering van deze fase start veelal met een terminaliteitsverklaring van de arts. De arts oordeelt op basis van de tot dan verkregen informatie dat de patiënt (minder dan) drie maanden te leven heeft. Deze markering impliceert dat de palliatieve fase overgaat naar de palliatief terminale fase.

Voor het declareren van sommige prestaties geldt dat de patiënt terminaal moet zijn. Hieruit volgt – aangezien deze fase wordt geduid als de laatste drie maanden van het leven – dat de betreffende prestaties niet langer dan drie maanden gedeclareerd mogen worden.

De zorgverzekeraar wil inzicht hebben in de omvang en inhoud van de geleverde zorg. Omdat de intensiteit van de geleverde zorg in de palliatieve fase verschilt van de palliatief terminale fase, en dit gemoeid gaat met een substantieel verschil in kosten, kan de zorgverzekeraar aanvullende declaratievoorwaarden opnemen om deze twee fasen van elkaar te scheiden. Zo kan een verzekeraar een maximumtermijn van drie maanden hanteren dat palliatieve terminale zorg gedeclareerd mag worden, waarbij daarna de expertise van bijvoorbeeld een medisch adviseur wordt ingeroepen. Vanuit de probleeminventarisatie hebben we geanalyseerd dat dit voor vervelende situaties danwel voor administratieve lasten kan zorgen, vanuit de patiënt en de zorgaanbieder gezien.

Een voorbeeld van een vervelende situatie is een patiënt die niet volledig voldoet aan de criteria van een indicatie voor ptz. Als dit zich voordoet kan de toegankelijkheid tot palliatieve zorg belemmerd worden²⁹. Een ander voorbeeld is dat patiënt en diens nabestaanden worden geconfronteerd met vragen, een huisbezoek van een medisch adviseur op initiatief van de zorgverzekeraar.

Ook voor de zorgaanbieder levert het hanteren van verschillende definities en termijnen vervelende situaties op. De zorgaanbieder kan geconfronteerd worden met afgewezen declaraties als de declaratieperiode van prestaties die gelden voor zorg aan de palliatief terminale patiënt meer dan drie maanden is. Het levert administratieve lasten op om de declaraties alsnog vergoed te krijgen. Nadat de termijn van drie maanden verstreken is, moet er soms aanvullende informatie worden verstrekt, of een advies van een medisch adviseur. Dit kost tijd en geeft onzekerheid voor de zorgaanbieder of de zorg vergoed wordt, terwijl die ondertussen wel wordt ingezet.

Aangedragen signalen zijn het gevolg van onduidelijkheid over met name definities en termijnen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hanteren andere definities en vullen zodoende de zorg, de manier van declareren en het hanteren van voorwaarden anders in.

Conclusie signaal

De NZa hoeft voor dit signaal de regelgeving niet aan te passen. Wel zien we hier vervolgacties voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars uit voortkomen.

²⁹ Dit is bijvoorbeeld het geval als de patiënt in de palliatief terminale fase zit en deze langer dan drie maanden duurt.

21. Casemanagement

Het aangedragen signaal voor het onderwerp casemanagement betreft de onduidelijkheid over de aanspraak hierop, het beleid hierover en de bekostiging hiervan. Een bij de NZa binnengekomen voorbeeld van een aangedragen signaal door een zorgaanbieder is "Omdat het budget van casemanagement niet geormerkt is, is de omvang van de in te zetten zorg onduidelijk."

Casemanagement valt onder de aanspraak en de prestaties verpleging en verzorging in de Zvw. Dat betekent dat voor een uur direct patiëntgebonden tijd in de vorm van casemanagement een uur verpleging in rekening gebracht kan worden.

Conclusie signaal

Dit signaal behoeft geen actie in de zin van aanpassing regelgeving. Inspanningen die de genoemde onduidelijkheden over casemanagement kunnen doen ophelderen moeten zich richten op meer kennis over, kunde in en bekendheid met casemanagement bij zorgverleners in de eerstelijnszorg. Hiervoor zien wij een rol voor beroepsgroepen en zorginhoudelijke brancheorganisaties. Vanuit het ministerie van VWS wordt veel op casemanagement ingezet, met hierbij specifieke aandacht voor dementie. Er wordt gewerkt aan een Zorgstandaard Dementie en het Expertiseprofiel casemanagement dementie.

22. Geestelijke verzorging

De aangedragen signalen over het onderwerp geestelijke verzorging betreffen onduidelijkheid over de aanspraak hierop, het beleid hierover en de bekostiging hiervan. Er bestaat onduidelijkheid over in hoeverre geestelijke verzorging onder welke aanspraak valt (geneeskundige zorg, verblijf) en hoe de bekostiging hiervoor is vormgegeven. Tevens is er onduidelijkheid over de indicatie voor deze zorg en aan welke voorwaarden die moet voldoen. Een bij de NZa binnengekomen voorbeeld van een aangedragen signaal door een zorgaanbieder is "Doordat het budget van geestelijke verzorging niet geormerkt is, is de omvang van de in te zetten zorg onduidelijk."

Onduidelijkheid op voornoemde punten heeft mede tot gevolg dat ons diverse signalen hebben bereikt waaruit blijkt dat er onduidelijkheid is over de organisatie en uitvoering van deze zorg. Bij de NZa binnengekomen voorbeelden zijn onder meer "In hoeverre valt geestelijke verzorging onder wiens verantwoordelijkheid?", "Door wie wordt geestelijke verzorging gegeven: huisarts, wijkverpleegkundige, geestelijke, pastoor, psycholoog, maatschappelijk werker, (BIG-)geregistreerde?", "Wanneer is iemand bevoegd en bekwaam?".

Geestelijke zorg bestaat uit drie verschillende onderdelen:

- 1. Begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken.
- 2. Het bieden van een vrijplaats.
- 3. Begeleiding bij religie en spiritualiteit.

In een brief³⁰ van de minister van VWS is aangegeven dat geestelijke verzorging geen zorg is die specifiek omschreven is krachtens de Zvw (en de Wlz). Onderdeel van de in de wetten omschreven aanspraken is begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken onder specifieke omstandigheden. Geen onderdeel van de in de wetten omschreven aanspraken is het bieden van een vrijplaats (m.u.v. de situatie waarbij de cliënt in een thuissituatie deze zorg afneemt in de vorm van een vpt), en begeleiding bij religie en spiritualiteit.

³⁰ TK, 2009 - 2010, 25 424, nr. 101, 6 april 2010 met als onderwerp 'Geestelijke gezondheidszorg'.

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

Onduidelijkheden over de positie en het inschakelen van de geestelijk verzorger in de praktijk zijn bekende signalen. Dit zijn signalen waarvan de staatssecretaris al op de hoogte was. In reactie hierop is er een brief Palliatieve zorg opgesteld.³¹ In deze brief beschrijft de staatssecretaris de verbeteracties voor de palliatieve zorg die sinds het Algemeen Overleg van 28 januari 2016 in gang zijn gezet. Hij betreft daarbij de ervaringen van het praktijkteam palliatieve zorg en presenteert de eerste opbrengsten van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. De staatssecretaris heeft de beroepsgroep van geestelijke verzorgers gevraagd deze signalen over geestelijke verzorging op te pakken en uit te werken, in samenspraak met onder meer het Zorginstituut en de beroepsgroep van verpleegkundigen.

Conclusie signaal

Dit signaal behoeft uitleg en informatieverstrekking als actie. Hiervoor zien wij een rol bij beroepsgroepen en zorginhoudelijke brancheorganisaties. Dit sluit aan bij de acties die door de staatssecretaris zijn uitgezet.

23. Nazorg

De aangedragen signalen over het onderwerp nazorg betreffen de onduidelijkheid over de aanspraak hierop, het beleid hierover en de bekostiging hiervan. Bij de NZa binnengekomen voorbeelden van aangedragen signalen door zorgaanbieders zijn o.a. "Hoe kunnen de uren die de wijkverpleegkundige of het multidisciplinaire (ptz-)team besteedt aan (evaluatie)gesprekken met de nabestaanden vergoed worden?" "Waar kunnen zorgprofessionals tijd wegschrijven die wordt gemaakt tijdens het nabellen van de familie van een overleden patiënt met ptz?" "Hoe kan tijd besteed aan afsluiten van administratie voortkomend uit het overlijden van een patiënt vergoed worden?" "Het is onduidelijk in hoeverre nazorg binnen welk bekostigingssysteem is opgenomen (huisartsenzorg, verpleging en verzorging, eerstelijnsverblijf)." De hiervoor genoemde punten laten zien dat er onduidelijkheid is over de organisatie en uitvoering van deze zorg, bijvoorbeeld over de vraag tegen welke condities nazorg geleverd mag worden.

Het ZiNL heeft geuid dat nazorg verzekerde zorg is volgens de Zvw. Concreet betreft het een of twee (telefonische) gesprekken met de nabestaande over het verloop van de terminale fase van de overleden patiënt en over hoe de nabestaande de begeleiding door de zorgprofessional daarbij ervoer. Nazorg aan nabestaanden wordt bekostigd uit de huidige tarieven. Zorgaanbieders krijgen dus de middelen om de nazorg aan nabestaanden te regelen.

Conclusie signaal

Dit signaal betreft geen knelpunt in de bekostiging: nazorg aan nabestaanden wordt bekostigd uit de huidige tarieven. Dit geldt in de

³¹ Zie de brief Palliatieve zorg, een niveau hoger, 3 november 2016, kenmerk 1032497-157210-LZ.

eerste lijn, en ook in de langdurige zorg en msz. De NZa vraagt aanbieders om nazorg mee te nemen in de kostprijsaanleveringen, zodat de kwaliteit van zorg rondom nazorg na overlijden geborgd kan worden met een passend tarief.

Wanneer een nabestaande met een eigen zorgvraag zich tot de huisarts wendt, start een nieuwe zorgvraag en wordt de geleverde zorg op naam van die nabestaande gedeclareerd.

– Tarief

24. *Wijkverpleging*

Uit de analyse van de aangedragen signalen komt naar voren dat het gehonoreerde tarief van zorgverzekeraars zodanig is dat zorgaanbieders hiervoor niet altijd de gespecialiseerde zorg kunnen leveren. Dit punt komt met name voor bij kleinere thuiszorgaanbieders van gespecialiseerde thuiszorg. Deze instellingen leveren ook bijna altijd 24-uurs zorg.

Zorgaanbieders zien zich vaak genoodzaakt om het niveau van de ingezette functionaris naar beneden aan te passen, om zodoende uit te komen met het tarief. Het argument vanuit de zorgverzekeraar om niet het maximale tarief te honoreren is dat de zorg per dag/fase kan wisselen in intensiteit waardoor er over de gehele periode van zorglevering gemiddeld kan worden. Wat zorgaanbieders aangeven is dat het middelen van het budget in tegenstelling tot de Wlz voor de Zvw niet meer mogelijk is, omdat voor de Zvw-prestaties verpleging en verzorging een tarief per uur geldt.

Voor de prestaties verpleging en verzorging geldt een maximumtarief. Dit betekent dat een zorgverzekeraar tot aan een door ons vastgesteld maximum tarief de zorg voor verpleging en verzorging vergoedt. Om vele redenen wordt niet altijd het maximale tarief vergoed, en overigens is een zorgverzekeraar niet verplicht om dit te doen. Ten aanzien van de zorgplicht die zorgverzekeraars hebben, zien wij hier een aandachtspunt. De continuïteit en kwaliteit van de wijkverpleging is mede afhankelijk van de financiële positie van aanbieders. We vrezen dat (te) scherp inkopen ten koste gaat van de kwaliteit van zorg en de deskundigheid van het personeel. Zo kan een zorgaanbieder alleen personeel van een hoog deskundigheidsniveau aantrekken en behouden wanneer hij hiervoor voldoende kostendekkende tarieven heeft.

Conclusie signaal

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Een zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen die kwalitatief goed, bereikbaar en tijdig is. Zonder de juiste informatie kunnen zij deze sturende rol niet goed uitvoeren. De NZa roept zorgaanbieders op om transparant te zijn over de zorg die zij bieden en de kwaliteit ervan, en om de kosten daarvan goed te onderbouwen.

Aan de ene kant stimuleren wij dat zorgverzekeraars kritische keuzes maken op basis van kwaliteit en prijs, ten aanzien van contracten en vergoedingen. Aan de andere kant hebben zorgverzekeraars zorgplicht en moet de zorg voldoende en tijdig en kwalitatief beschikbaar zijn. Hoe de zorgverzekeraar inkoop en hoe hij de zorgplicht invult, bepaalt de zorgverzekeraar zelf.

Binnen de sector wijkverpleging is voor de monitor contractering wijkverpleging 2017 de zorginkoop voor 2017 in kaart gebracht. De

resultaten uit de monitor contractering wijkverpleging 2017 en voorliggend rapport lijken voor wat betreft de sector wijkverpleging gelijkenissen te hebben. De resultaten van de monitor en voorliggend rapport zullen we in samenhang bekijken. Als NZa houden we, mede op basis van de uitkomsten van dit rapport en de uitkomsten op de monitor, toezicht op de zorgplicht in deze sector en op het contracteringsproces.

25. Eerstelijnsverblijf

We hebben van meerdere consultatiepartijen het signaal ontvangen dat het integrale tarief voor de prestatie eerstelijnsverblijf ptz te laag is. Uit de analyse hebben we hiervoor twee specifieke oorzaken/redenen aan kunnen wijzen. Als eerste wordt dit signaal met name ervaren op het punt van de behandelinzet van de specialist ouderengeneeskunde.³² De gegeven verklarende factor is dat in de terminale fase de indirecte patiëntgebonden tijd intensiever is, mede door diverse overlegvormen, afstemming met familie en multidisciplinair team en de organisatie van medische- en zorghulpmiddelen.

Ten tweede beschouwen kleinere zorginstellingen het integrale tarief niet als kostendekkend.³³

Als zorgaanbieders niet met het overeengekomen tarief uitkomen, kan dit ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Dit is het geval als er lager geschoold personeel wordt ingezet of als er wordt ingeleverd op de hoeveelheid ingezette zorg, zoals de paramedische beroepsgroep ervaart bij de inzet van paramedici. Daarnaast kan er voor de patiënt een belemmering zijn van de toegankelijkheid van deze zorg: een mogelijke consequentie is dat de patiënt niet terecht kan in de instelling van keuze of een langere ziekenhuisopname nodig heeft.

Voor de prestatie eerstelijnsverblijf-ptz geldt een maximumtarief. Dit betekent dat een zorgverzekeraar tot aan een door ons vastgesteld maximum tarief de zorg voor verpleging en verzorging vergoedt. Om vele redenen wordt niet altijd het maximale tarief vergoed, en overigens is een zorgverzekeraar niet verplicht om dit te doen. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. De kwaliteit van de zorg geleverd aan palliatieve patiënten in eerstelijnsverblijf is mede afhankelijk van de financiële positie van aanbieders. We vrezen dat (te) scherp inkopen ten koste gaat van de kwaliteit van zorg en de deskundigheid van het personeel. Zo kan een zorgaanbieder alleen personeel van een hoog deskundigheidsniveau aantrekken en behouden wanneer hij hiervoor voldoende kostendekkende tarieven heeft.

Conclusie signaal

Op dit signaal worden diverse vervolgacties ingericht en uitgezet.

- 1) Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Een zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen, die kwalitatief goed, bereikbaar en tijdig is. Zonder de juiste informatie kunnen zij deze sturende rol niet goed uitvoeren. De NZa roept zorgaanbieders op om transparant te zijn over de zorg die zij bieden en de kwaliteit ervan, en om de kosten daarvan goed te onderbouwen.

³² In de huisartsenzorg is reeds een differentiatie in prestaties die tegemoet komt aan een relatief hogere indirecte tijdsbesteding bij de terminale patiënt. Afhankelijkheid van de verblijfsplaats van de patiënt kunnen huisartsen hiervoor de prestatie intensieve zorg of Huisartsenzorg-elv declareren.

³³ In de kleinere/gespecialiseerde zorginstellingen/hospices wordt vaak complexe en duurdere zorg gegeven. Hierdoor hebben zij een hogere kostprijs per dag dan het integrale tarief. Kleine instellingen kunnen lastiger middelen.

Aan de ene kant stimuleren wij dat zorgverzekeraars kritische keuzes maken op basis van kwaliteit en prijs, ten aanzien van contracten en vergoedingen. Aan de andere kant hebben zorgverzekeraars zorgplicht en moet de zorg voldoende, tijdig en kwalitatief beschikbaar zijn. Hoe de zorgverzekeraar inkoopt en hoe hij de zorgplicht invult, mag de zorgverzekeraar zelf bepalen.

- 2) De tarieven voor de prestatie eerstelijnsverblijf zijn gebaseerd op de zzp's inclusief behandeling uit de AWBZ. In de Zvw zijn er max-max tarieven vastgesteld, waardoor er meer ruimte is voor maatwerk. Het is aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars om met elkaar over de inhoud van de zorg te spreken en daarvoor tot een passend tarief te komen. Als hier geen gewenst resultaat uitkomt, roepen wij zorgaanbieders op om hun specifieke casus cijfermatig te onderbouwen en met zorgverzekeraars in gesprek te gaan.
- 3) In 2017-2018 wordt een kostenonderzoek uitgevoerd waarin eerstelijnsverblijf wordt meegenomen. Hierin wordt ook gekeken naar de inzet van behandelaren binnen eerstelijnsverblijf. Het onderzoek levert informatie op over de feitelijk patiëntgebonden uren geleverd door de specialist ouderengeneeskunde bij ptz patiënten in eerstelijnsverblijf. Afhankelijk van de resultaten van dit kostenonderzoek vinden een tariefherijking en tariefonderbouw plaats.
- 4) Voor oplossingsrichting 3 roepen wij beroepsorganisaties op om te beschrijven waaruit kwalitatief goede zorglevering aan de palliatief (terminale) patiënt bestaat, om de uitkomst hiervan vervolgens te verbinden aan de inzet van de specialist ouderengeneeskunde.

– Inzet van zorg

26. 24-uurs zorg

Zorgaanbieders zijn het vaak oneens met zorgverzekeraars over de hoeveelheid in te zetten uren verpleging en verzorging, wanneer de patiënt is aangewezen op 24-uurs zorg.

Zorgaanbieders ervaren dat zorgverzekeraars aansturen op een indicatie voor de Wlz als de ingezette uren moeten worden uitgebreid richting de 24 uur. Een Wlz-indicatie is niet in elk geval noodzakelijk of niet wenselijk als de patiënt thuis wil blijven in de laatste terminale fase.

Het aangedragen signaal over de inzet van 24-uurs zorg is eerder in een brief³⁴ van de staatssecretaris benoemd. De staatssecretaris benadrukt dat de zorgplicht van zorgverzekeraars ook geldt als iemand 24-uurs zorg nodig heeft.

Conclusie signaal

In de Zvw is geen aparte indicatie nodig voor 24-uurs zorg. Als de wijkverpleegkundige inschat dat in een individuele situatie 24 uur zorg per etmaal noodzakelijk is, moet dit worden ingezet. Wij benadrukken op dit punt dat zorgverzekeraars een zorgplicht hebben. Anderzijds realiseren we ons dat niet altijd de juiste informatie beschikbaar is om te beoordelen of er sprake is van een noodzakelijke situatie.

Binnen de sector wijkverpleging is voor de monitor contractering wijkverpleging 2017 de zorginkoop voor 2017 in kaart gebracht. De resultaten uit de monitor contractering wijkverpleging 2017 en

³⁴ Brief Palliatieve zorg, een niveau hoger, 3 november 2016, kenmerk 1032497-157210-LZ.

voorliggend rapport lijken voor wat betreft de sector wijkverpleging gelijkenissen te hebben. De resultaten van de monitor en voorliggend rapport zullen we in samenhang bezien. Als NZa zullen we toezicht houden op de zorgplicht in deze sector en op het contracteringsproces, mede met de uitkomsten van dit rapport en de monitor.

27. Waken

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn het niet altijd eens over de inzet en de omvang van thuiszorg 's nachts. Dit verschil van inzicht zorgt voor situaties waarbij thuiszorg 's nachts bij de patiënt waakt, maar dit niet (volledig) door de zorgverzekeraar wordt vergoed.

Zorgaanbieders zien zich nogal eens genoodzaakt om minder nachtzorg in te zetten vanwege gestelde doelmatigheidsopdrachten. Diezelfde doelmatigheidsopdrachten leiden er ook toe dat er personeel met lagere deskundigheid wordt ingezet. Voor de patiënt kan dit nadelig zijn voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Tevens kan het een negatief effect hebben op de belastbaarheid van mantelzorgers. Daarnaast komt het voor dat de patiënt of diens nabestaanden worden geconfronteerd met rekeningen. In het ongunstigste geval kan de patiënt niet meer thuis blijven en thuis sterven.

In de Zvw is geen aparte indicatie nodig in de laatste levensfase. Dit betekent dat op basis van de professionele blik van de wijkverpleegkundige in de laatste fase snel aanvullende zorg kan worden geleverd, passend bij de situatie van de individuele cliënt. Voor het waken 's nachts wordt dit niet altijd (volledig) vergoed.

Conclusie signaal

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht. Een zorgverzekeraar moet ervoor zorgen dat zijn verzekerden zorg of een vergoeding van zorg krijgen als zij daar recht op hebben. Zorgverzekeraars moeten voldoende zorg inkopen, en die moet kwalitatief goed, bereikbaar en tijdig zijn. Zonder de juiste informatie kan hij deze sturende rol niet goed uitvoeren. De NZa roept zorgaanbieders op om transparant te zijn over de zorg die zij bieden en de kwaliteit ervan, en om de kosten daarvan goed te onderbouwen.

Aan de ene kant stimuleren wij dat zorgverzekeraars kritische keuzes maken op basis van kwaliteit en prijs wat betreft van contracten en vergoedingen. Aan de andere kant hebben zorgverzekeraars zorgplicht en moet de zorg voldoende en tijdig en kwalitatief beschikbaar zijn. Hoe de zorgverzekeraar inkoopt en hoe hij de zorgplicht invult, mag de zorgverzekeraar zelf bepalen.

Binnen de sector wijkverpleging is voor de monitor contractering wijkverpleging 2017 de zorginkoop voor 2017 in kaart gebracht. De resultaten uit de monitor contractering wijkverpleging 2017 en voorliggend rapport lijken voor de sector wijkverpleging gelijkenissen te hebben. De resultaten van de monitor en voorliggend rapport zullen we in samenhang bekijken. Als NZa zullen we toezicht houden op de zorgplicht in deze sector en op het contracteringsproces, mede met de uitkomsten van dit rapport en de monitor.

2.5 Hospices

Hospices zijn instellingen die zich specifiek richten op de zorg van de (palliatief) terminale patiënt. Naast de drie aparte deeldomeinen eerstelijnszorg, langdurige zorg en medisch specialistische zorg springen de hospices er in de analysefase apart uit. Hospices onderscheiden zich in die zin van andere zorgaanbieders. Dit komt doordat zij veelal in

onderaannemerschap werken, zij naast professionele beroepsbeoefenaren ook steunen op vrijwilligers en mantelzorgers die een deel van de zorg op zich nemen, zij niet rechtstreeks contracten hebben met zorgverzekeraars en doordat de financiering veelal is opgebouwd vanuit verschillende domeinen (Wlz, Zvw, Wmo). Hoewel reguliere zorgaanbieders hier ook mee te maken kunnen hebben, lopen hospices bij uitstek tegen verschillende financieringsstromen, wettelijke regimes en diverse regelingen aan.

28. *Hospice als specifieke zorgaanbieder*

Vanuit het perspectief van de zorgaanbieder worden drie specifieke signalen gemeld: er kan niet aan 'universeel geldende' inkoop-eisen van de zorgverzekeraar worden voldaan³⁵, er geldt een andere (manier van) vergoeding en er gelden verschillende wetgevende kaders. Bij de NZa binnengekomen voorbeelden zijn onder meer "Familieleden krijgen de vergoeding van de verzekeraar teruggestort op de rekening van de patiënt. Het is niet vanzelfsprekend/er is geen eenduidig beleid dat de familie dit geld overmaakt aan de hospice", "Zorgaanbieder krijgt ptz niet vergoed (vergoeding uit de aanvullende verzekering voor een bijdrage voor het verblijven in het bijna thuis huis)", "Zorgaanbieders worden geconfronteerd met diverse regelingen qua inkoop/vergoedingen, zoals medicijnen en hulp- en verbandmiddelen, vaak ook met verschillend beleid van verzekeraars. Daardoor wordt het administratief belastend, per regio anders ingeregeld (vooral door afspraken met gemeenten over Wmo), en is het niet duidelijk wie wat levert (leveranciers van hulp- en verbandmiddelen). Hierbij bestaat ook het risico dat verantwoordelijkheden worden afgeschoven. Bijvoorbeeld als er sprake blijkt te zijn van langdurig gebruik van hulpmiddelen, dan gaat dit via de Wmo. Maar totdat dit bekend is, betaalt de zorginstelling", "Per zorgverzekeraar zijn er verschillende eisen voor het leveren van terminale zorg. Daarbij zijn er verschillende declaratieplafonds per dag en verschillende rekenmethodieken om de gemiddelde maximale zorgduur te berekenen. Dit zorgt voor administratieve lasten".

Van zorgkantoren en zorgverzekeraars horen we over onduidelijkheden bij de hospices zelf. Er zijn zoveel soorten en maten hospices: een eenduidige definitie of kwaliteitscriteria ontbreken. "In de praktijk kan een niet-Wtzi toegelaten hospice met slechts een paar bedden bedragen van 500 euro per dag nodig hebben om financieel uit te komen, terwijl een intramuraal hospice gerelateerd aan een Wlz-toegelaten en gecontracteerde instelling minder dan de helft daarvan krijgt. Dit heeft niets te maken met kwaliteit of zorgvraag, maar puur met noodzakelijkheid vanuit de bedrijfsvoering. Daar hebben zorgverzekeraars en zorgkantoren moeite mee in het kader van doelmatigheid."

Veelal werken hospices in onderaannemerschap van een (thuis)zorgorganisatie. Waar hospices bij de zorginkoop tegenaan lopen is dat de specifieke kenmerken van het hospice verloren gaan of niet worden meegenomen in het grote geheel van de zorginkoop. Voor de hospice in onderaannemerschap is geen specifieke inkoop mogelijk.

Voor de overige twee signalen geldt dat hospices patiënten opgenomen kunnen hebben die verschillen in inhoudelijke aanspraken, wettelijke domeinen en financieringsstromen.

Financieringsstromen kunnen gecombineerd worden, bijvoorbeeld een deel patiënten dat verblijft met volledig private gelden, en een deel

³⁵ Een van de eisen is bijvoorbeeld het op de lijst staan bij Stichting Fibula als aangesloten bij een netwerk en het voldoen aan alle eisen van de zorgmodule palliatief terminale zorg.

patiënten dat het verblijf zelf betaalt, maar waar de zorg vanuit de wijkverpleging komt. Weer een ander deel van de patiënten verblijft thuis, heeft geen Wlz-indicatie, maar is wel opnamebehoefstig.

Consequenties die voortvloeien uit deze signalen kunnen nadelige effecten hebben op de patiënt. Als het hospice van voorkeurskeuze niet kan voldoen aan de inkoopwettelijke eisen van de zorgverzekeraar, dan heeft dit mogelijke gevolgen voor de keuze(vrijheid) van de patiënt. Voor de andere signalen betekent het eerder dat de patiënt en/of diens nabestaanden geconfronteerd kunnen worden met rekeningen van het hospice of de zorgverzekeraar.

Conclusie signaal

Omdat hospices zich specifiek richten op de (palliatief) terminale patiënt is het aanbevelenswaardig voor zorgverzekeraars hier apart aandacht voor te hebben in het inkoopbeleid. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten met elkaar in gesprek. Dit kan regionaal een-op-een. Dit kan ook via overkoepelende organisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Uit de probleemanalyse blijkt dat er in overlegvorm in ieder geval gesproken moet worden over de volgende onderwerpen:

- universeel gestelde inkoopwettelijke eisen;
- gehanteerd tarief bij onderaannemerschap;
- aanmeld vereiste bij een regionaal netwerk palliatieve zorg;
- zorgmodule palliatieve zorg;
- proces bij overschrijding budget/productieplafond.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars zich beraden of directe contractering van hospices een mogelijke oplossingsrichting is voor de aangedragen signalen.

Samenvattende conclusie eerstelijnszorg

Uit de probleeminventarisatie zijn 11 signalen naar voren gekomen. Acties op deze signalen variëren van uitleg over regelgeving tot aan tariefherijking naar aanleiding van een kostenonderzoek, het beschrijven van goede zorgverlening door beroepsgroep en het aandachtspunt zorgplicht voor zorgverzekeraars. Zonder de juiste informatie kunnen zorgverzekeraars hun sturende rol niet goed uitvoeren. De NZa roept zorgaanbieders op om transparant te zijn over de zorg die zij bieden en de kwaliteit ervan, en om de kosten goed te onderbouwen.

2.6 Samenvatting resultaten hoofdstuk 2

In dit hoofdstuk is de probleemanalyse aan bod gekomen. Hieronder is ze schematisch weergegeven. Dit geeft per signaal een overzicht van de vervolgactie, en de verantwoordelijke regiehouder.

	Categorie	Nr.	Interpretatie	Actie houder	Actie	Planning
msz	Declaratie palliatieve producten	1	Bekostiging adequaat ingericht	NZa Aanbieder Verzekeraar	Nu: communicatie Bij wijzigen situatie; loket wijziging dbc-systeem NZa	2017 N.v.t.
		2	Uitleg regelgeving	NZaVWS/ ...	Communicatie	2017
		3	Knelpunt regelgeving	NZa	Wijziging regelgeving en of prestaties	1-1-2018
		4	Knelpunt regelgeving	NZa	Wijziging regelgeving en of prestaties	1-1-2018
		5	Uitleg regelgeving	NZa VWS/...	Communicatie	2017

		6	Uitleg regelgeving	NZa VWS/...	Communicatie	2017
	Supportive care producten	7	Uitleg regelgeving	NZa	Communicatie	2017
		8	Bekostiging adequaat ingericht	NZa Aanbieder Verzekeraar	Nu: communicatie Bij wijzigen situatie; loket wijziging dbc-systeem NZa	2017 N.v.t.
	ICT	9	Knelpunt zorgadministratie	NZa	Doorontwikkeling msz	Asap
	Aanspraak	10	Aandachtspunt kwaliteit: uitleg regelgeving	NZa Aanbieders Verzekeraars	Communicatie Nazorg is onderdeel van prestaties; zorg voor adequaat tarief	2017 Asap
	Kwaliteit van zorg	11	Aandachtspunt	Aanbieder Verzekeraar	Lokaal overleg inkoop/verkoop	2018
		12	Aandachtspunt over de schotten		Zie hoofdstuk 3.2	N.v.t.
Wlz	Aanspraak	13	Uitleg regelgeving	NZa	Communicatie	2017
		14	Aandachtspunt kwaliteit: uitleg regelgeving	Nza Aanbieders Verzekeraars	Communicatie Nazorg is onderdeel van prestaties; zorg voor adequaat tarief	2017 Asap
		15	Uitleg regelgeving	NZa	Communicatie	2017
	Administratieve last	16	Verbeteren regelgeving	VWS NZa	Wijziging regelgeving	1-1-2018
	Sectorale verschillen	17	Verbeteren regelgeving	VWS NZa	Wijziging Regelgeving	1-1-2018
1^e lijns zorg	Samenwerking	18	Uitleg regelgeving	NZa	Communicatie	2017
			Aandachtspunt Doorontwikkeling		Zie hoofdstuk 3.5	Z.s.m.
	Declaraties	19	Knelpunt ICT	Zorgverzekeraar		Z.s.m.
	Definities en termijnen	20	Ontbreken van eenduidige definities	Zorgverzekeraar en zorgaanbieder	Komen tot eenduidige definities	Z.s.m.
			Evaluatie huidige gestelde voorwaarden en voorschriften	Zorgverzekeraar	Stel (declaratie)voorwaarden op waarbij administratieve lasten worden beperkt	Z.s.m.
		21	Meer kennis over, kunde in en bekendheid met casemanagement bij zorgverleners	Beroepsgroepen en zorginhoudelijke brancheorganisaties		
		22	Uitleg	Beroepsgroepen en zorginhoudelijke brancheorganisaties		
		23	Aandachtspunt kwaliteit: uitleg regelgeving	Zorgaanbieders Verzekeraars	Nazorg is onderdeel van prestaties; zorg voor adequaat tarief	
	Tarief	24	Aandachtspunt zorgplicht	Zorgverzekeraar Zorgaanbieder		Z.s.m.
		25	Aandachtspunt zorgplicht	Zorgverzekeraar Zorgaanbieder		Z.s.m.
				Zorgverzekeraar en zorgaanbieder	In gesprek over de inhoud van de zorg en een passend tarief	Z.s.m.
				Zorgaanbieder	Onderbouw specifieke casus cijfermatig	Z.s.m.
			Tariefontwikkeling 2019	NZa	Kostenonderzoek	
				Beroepsgroepen en zorginhoudelijke brancheorganisaties	Beschrijven goede zorgverlening aan elv-ptz patiënt en de inzet van so hieraan koppelen	1-1-2018
	Inzet van zorg	26	Aandachtspunt zorgplicht	Zorgverzekeraars zorgaanbieders		
		27	Aandachtspunt	Zorgverzekeraars		

			zorgplicht	Zorgaanbieder		
Hospices	Hospices	28	Knelpunt regionaal inkoopbeleid	Hospices Zorgaanbieders Verzekeraars	Overleg en afspraken inkoop	

3. (Over) de schotten

Vanuit alle domeinen (hoofdstuk 2) hebben we signalen ontvangen die voortkomen uit de verschillende wettelijke regimes Wet langdurige zorg en Zorgverzekeringswet. Dit geldt met name voor de eerstelijnszorgdomeinen, waar wijkverpleging en eerstelijnsverblijf vrij recent zijn overgeheveld van de Wlz naar Zvw. We hebben acht signalen opgehaald die te maken hebben met de verschillen in wetgevende kaders.

De integrale benadering in dit rapport maakt duidelijk welke verschillen zich voordoen voor palliatieve patiënten, die dezelfde zorg vanuit een verschillende grondslag ontvangen.

Onze probleeminventarisatie brengt aan het licht:

- waar de regels en procedures binnen de verschillende wettelijke regimes bij partijen vragen oproepen;
- of de verschillen in regels en procedures leiden tot ongelijkheid in kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van palliatieve zorg;
- waar het de vraag is of de verschillen wel eerlijk en aanvaardbaar zijn voor burgers.

Deze verschillen gelden echter niet alleen voor palliatieve patiënten maar voor alle situaties waarin een patiënt/cliënt dezelfde zorg ontvangt vanuit een verschillende wettelijke grondslag.

3.1 Verschillen Wlz-Zvw

Bij het benoemen van acties in paragraaf 3.1 en 3.2 gaan we uit van de huidige wettelijke kaders. .

29. *Eigen bijdrage in de Wlz*

Een cliënt met een Wlz-indicatie die wordt opgenomen in een hospice zonder Wtzi-toelating of die thuis ptz ontvangt, blijft een eigen bijdrage volgens de Wlz betalen. Cliënten die vanuit de aanspraak wijkverpleging uit de Zvw in de thuissituatie of in een hospice ptz ontvangen, betalen geen eigen bijdrage, maar alleen het eigen risico. Dit geeft ongelijkheid: de cliënt met een Wlz-indicatie betaalt een eigen bijdrage (aan het CAK), de cliënt die zorg ontvangt volgens de Zvw-indicatie betaalt deze bijdrage niet.

De eigen bijdrage is een wezenlijk kenmerk van de Wlz en volgt uit artikel 3.2.5 waarin staat dat op grond van een algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat het recht op zorg slechts kan gelden als de verzekerde de kosten daarvan gedeeltelijk draagt. De eigen bijdrage kan verschillen op basis van de groep waartoe de verzekerde behoort, de zorg die verstrekt wordt en de wijze waarop het recht op zorg tot gelding wordt gebracht. Zo geldt bijvoorbeeld bij verblijf in een instelling een hoge eigen bijdrage en bij een thuissituatie een lage eigen bijdrage. Daarnaast kan de bijdrage mede afhankelijk gemaakt worden van het inkomen en vermogen van de verzekerde en zijn echtgenoot. De algemene maatregel van bestuur waarin de eigen bijdrage is geregeld, is het besluit Langdurige zorg. Het CAK is belast met de uitvoering. De regelingen omtrent de eigen bijdrage zijn het domein van de overheid.

Dezelfde zorg aan cliënten kan dus bekostigd worden op grond van verschillende wetten. In instellingen zoals hospices, waar zorg op grond van verschillende wetten kan worden bekostigd, wordt het verschil

tussen cliënten duidelijk: een eigen bijdrage per dag (Wlz) en het jaarlijks eigen risico (Zvw).

Wanneer het verschil in eigen bijdrage in de palliatief (terminale) fase als bezwaarlijk wordt ervaren, kan nagedacht worden over het gelijktrekken daarvan. Verschillende partijen hebben als oplossingsrichting aangegeven om de eigen bijdrage te laten vervallen voor Wlz-cliënten die ptz afnemen in de thuissituatie. Hiermee worden deze cliënten gelijkgesteld met Zvw-cliënten die zelfde zorg afnemen op basis van de Zvw.

De NZa heeft geen signalen ontvangen dat de verschillen in eigen bijdrage leiden tot verschillen in kwaliteit of toegankelijkheid van zorg voor patiënten/cliënten. Vanuit het perspectief van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid is er geen reden tot wijziging of actie. De staatssecretaris heeft in zijn kamerbrief³⁶ van 3 november 2016 'Palliatieve zorg, een niveau hoger' aangegeven dat de palliatief terminale zorg vanuit het domein waar de cliënt zich in bevindt bekostigd moet worden. Cliënten worden hierdoor niet geconfronteerd met extra administratieve lasten als ze van domein wisselen. De keerzijde hiervan is dat cliënten uit de Zvw en de Wlz inderdaad te maken hebben met een verschillende eigen bijdragesystematiek, terwijl ze mogelijk op dezelfde plek verblijven. De staatssecretaris zegt in de brief toe om op dit punt de effecten van de eigen bijdragen in de Wlz op de keuzen die mensen maken nader wil bekijken.

Conclusie signaal

Om te voorkomen dat patiënten in de palliatief terminale fase geconfronteerd worden met een overgang tussen Wlz en Zvw, zijn er zowel in Wlz als Zvw veel mogelijkheden om het overlijden op de plaats van voorkeur mogelijk te maken. Er is regelgeving die mogelijk maakt dat burgers kunnen kiezen om thuis of in een verpleeghuis, kleinschalige woonvorm of hospice te overlijden. Zorg op maat is het uitgangspunt: financiering is volgend, niet leidend. We hebben geen signalen ontvangen dat de verschillen in eigen bijdrage leiden tot verschillen in kwaliteit of toegankelijkheid van zorg voor patiënten/cliënten.

Dit neemt niet weg dat verschillen in eigen bijdrage door partijen als bezwaarlijk kunnen worden ervaren. Verschillende partijen hebben de suggestie aangedragen om de eigen bijdrage voor Wlz-cliënten die ptz ontvangen in de thuissituatie te laten vervallen. Nader onderzoek hier naar valt buiten de scope van deze probleeminventarisatie. VWS gaat in de Tweede Kamerbrief van mei 2017 nader in op de eigen bijdrage in.

30. Huidige financiering hangt af van indicatie cliënt (Wlz-geïndiceerd of niet) en de verblijfslocatie (Wlz-gecontracteerd of niet).

Dit betekent dat de regionale situatie ten aanzien van financiering, zoals afspraken met (preferente) aanbieders, een rol speelt in de toegankelijkheid van bepaalde instellingen/hospices voor patiënten. Dit kan bijvoorbeeld gelden voor de toegankelijkheid van hospicezorg waar laag, midden en hoog complexe zorg geboden kan worden.

Omdat hospices zich specifiek richten op de (palliatief) terminale patiënt is het aan te bevelen voor zorgverzekeraars hier apart aandacht voor te hebben in het inkoopbeleid. Zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars moeten met elkaar in gesprek. Dit kan regionaal een-op-een. Dit kan ook via overkoepelende organisaties van zorgaanbieders

³⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2016/11/03/kamerbrief-over-palliatieve-zorg-een-niveau-hoger>.

en zorgverzekeraars. Uit de probleemanalyse blijkt dat er in overlegvorm in ieder geval gesproken moet worden over de volgende onderwerpen:

- universeel gestelde inkoopwensen;
- gehanteerd tarief bij onderaannemerschap;
- aanmeld vereiste bij een regionaal netwerk palliatieve zorg;
- zorgmodule palliatieve zorg;
- proces bij overschrijding budget/productieplafond.

Daarnaast kunnen zorgverzekeraars nagaan of directe contractering van hospices een mogelijke oplossingsrichting is voor de aangedragen signalen.

Conclusie

Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben zorgplicht en moeten voldoende zorg inkopen die tegemoet komt aan de wensen en behoeften van hun cliënten. Dit betekent niet dat elke zorgaanbieder automatisch gecontracteerd wordt.

Zorgverzekeraars moeten immers ook doelmatig zorg inkopen. Als partijen of cliënten vinden dat niet aan de zorgplicht wordt voldaan, dan kunnen ze dit melden bij de directie Toezicht en Handhaving van de NZa.

31. Zorgverlening aan Wlz cliënten door Zvw-gecontracteerde zorgaanbieder

Financiering voor Wlz-cliënten moet uit de Wlz komen: de Wlz-uitvoerder gunt een Wlz-contract aan de aanbieder. Een Zvw-gecontracteerde zorgaanbieder kan Wlz-gefinancierde ptz-cliënten die thuis willen sterven alleen maar in zorg nemen via onderaanneming, omdat een Wlz-contract ontbreekt. Dit betekent dat het voor een gecontracteerde Zvw-aanbieder zonder gegund Wlz-contract administratief lastig is om financiering te krijgen voor Wlz-cliënten die vanuit het ziekenhuis thuis willen sterven. Thuiszorgaanbieders zonder contract voor de Wlz kunnen vaak wel direct de juiste zorg inzetten. Dit signaal kan ertoe leiden dat de zorg niet direct of helemaal niet ingezet kan worden bij de meest geschikte en door de cliënt gewenste aanbieder.

Uit het signaal maken wij op dat het via onderaanneming mogelijk wordt gemaakt om de cliënt in zorg te nemen. Wanneer de betreffende zorgaanbieder hoofdaannemer wil worden moet hij zich tot de Wlz-uitvoerder wenden om een Wlz-contract aan te vragen. Alleen het verkrijgen van een Wlz-contract kan een einde maken aan het onderaannemerschap.

Conclusie signaal

Aandachtspunt voor toegankelijkheid en kwaliteit.

De Wlz-uitvoerder heeft een zorgplicht tegenover de Wlz-cliënt en moet voldoende zorg ingekocht hebben die tegemoet komt aan de wensen en behoeften van zijn cliënten. Dit betekent niet dat automatisch elke Zvw-zorgaanbieder die zich ook op het terrein van de Wlz wil begeven gecontracteerd wordt voor Wlz door de Wlz-uitvoerder.

Mochten partijen vinden dat niet aan de zorgplicht van de Wlz-uitvoerder wordt voldaan, dan kunnen ze dit melden bij de directie Toezicht en Handhaving van de NZa.

32. Overplaatsing van ziekenhuis naar hospice kort voor overlijden
De mogelijkheid om thuis te sterven zou onderdeel moeten zijn van het slechtnieuwsgesprek in het ziekenhuis wanneer de patiënt in de stervensfase is gekomen. De zorgaanbieder stelt een heel team samen, naar in de praktijk blijkt regelmatig voor slechts een paar uren of dagen terminale zorg. Bij hospices bestaat de indruk dat het gesprek over thuis sterven in het ziekenhuis laat op gang komt. Ook wordt de overplaatsing

op zeer korte termijn gecommuniceerd. De cliënt wordt hiermee waardevolle laatste tijd in de thuissituatie met dierbaren ontnomen.

Wanneer een cliënt te horen krijgt dat hij of zij in de stervensfase is gekomen, is het raadzaam om op korte termijn de vervolgstappen te bespreken. Als de vervolgstap sterven in een thuissituatie is, moeten betrokken partijen hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte worden gebracht. In de signaalbeschrijving staat dat er soms sprake is van slechts een aantal uren tot enkele dagen ptz. De overplaatsing van een patiënt naar een hospice vraagt goed overleg tussen ziekenhuis, hospice, patiënt en familie. Kan de patiënt de overplaatsing nog aan?

Conclusie signaal

Aandachtspunt kwaliteit van zorg.

Ziekenhuis en hospice moeten samen met de patiënt en familie tijdig in gesprek gaan over eventuele vervolgstappen na opname in het ziekenhuis. Duidelijk afspraken over de transfer van de cliënt van ziekenhuis naar hospice horen daarbij. Hierbij moet het belang van de cliënt centraal staan. Onnodige, onwenselijke of vertraagde transfers zijn niet in het belang van de cliënt.

De NZa roept partijen op hierover in gesprek te gaan.

3.2 Prikkel bekostiging

Uitgangspunt voor de NZa is dat palliatief terminale cliënten dezelfde mogelijkheden (toegang) en kwaliteit van zorg moeten krijgen ongeacht met welke wet de zorg aan de cliënt wordt bekostigd. De NZa vindt het ook belangrijk dat de zorg aansluit op het kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Naast toegankelijkheid en kwaliteit is voor de betaalbaarheid op lange termijn aandacht voor de doelmatigheid van belang. Onze probleeminventarisatie laat zien dat de doelmatigheidsprikkel tussen Wlz en Zvw onderling verschillen. De bekostiging moet bijdragen aan passende en doelmatige ondersteuning en zorg, afgestemd op het individu.

Signalen in deze categorie worden hieronder uitgewerkt.

Bij het benoemen van acties in paragraaf 3.1 en 3.2 gaan we uit van de huidige wettelijke kaders.

33. *Verzekeraar stuurt op Wlz wanneer de kosten in de Zvw oplopen, met name in de thuissituatie.*

Wanneer een patiënt thuis wil sterven, kan dit bekostigd worden vanuit de Zvw. Maar daar is discussie over de inzet van het aantal uren zorg. De indruk bestaat dat een verzekeraar op Wlz stuurt wanneer de zorgvraag oploopt, ook als het (nog) niet om ptz gaat. Hoewel ook de Wlz mogelijkheden biedt om thuis wonen mogelijk te maken, zijn deze beperkt. Dit geldt ook in de laatste fase van het leven, terwijl de cliënt wel thuis wil blijven.

De verzekeraar stuurt op doelmatigheid. Wanneer aan een aantal indicatoren wordt voldaan, vindt de verzekeraar het passen dat de zorg voor de patiënt/cliënt bekostigd wordt vanuit de Wlz in plaats van de Zvw. Deze indicatoren zijn een toename van het aantal momenten niet-planbare zorg, behoefte aan 24-uurs nabijheid van toezicht en niet meer in staat zijn om zelf te alarmeren.

De inrichting van de wet- en regelgeving moet ervoor zorgen dat een cliënt kan sterven waar hij/zij wil. Dit betekent dat er zowel in Wlz als Zvw mogelijkheden zijn om benodigde zorg bij overlijden thuis te betalen. Voor de aanvraag van een Wlz-indicatie is toestemming van de

cliënt nodig. De verzekeraar en zorgaanbieder kunnen de cliënt niet dwingen.

Het CIZ beoordeelt of iemand voldoet aan de vereisten voor de Wlz. Over palliatieve zorg zegt het CIZ³⁷: 'Bij de indicatiestelling voor ptz geldt: 'Als de verzekerde voorafgaand aan de ptz nog geen Wlz-indicatie voor een zorgprofiel had, valt de zorg onder de zorgverzekeringswet (artikel 3.1.5 sub a Blz.).'

In een situatie waarin de verzekeraar aanstuurt op een Wlz-indicatie is het aan het CIZ om te bepalen of een Wlz-indicatie geëigend is voor de cliënt, ook wanneer een persoon in de palliatieve fase zit. Een Wlz-indicatie aanvragen terwijl de cliënt zich in de palliatief terminale fase bevindt is niet mogelijk.

Een Wlz-indicatie betekent niet automatisch een verplichte opname. In de Wlz zijn er verschillende leveringsvormen, waaronder zorg thuis in de vorm van vpt, mpt, pgb of mpt+pgb. Het is aan de cliënt om hierin een keuze te maken. De opmerking dat thuis wonen steeds moeilijker wordt kan de NZa in dit kader niet goed plaatsen, zeker in relatie met ptz en de ekt-regeling waarbij er geen financiële beperkingen zijn voor palliatief terminale cliënten met zorgprofiel V&V zzp-10 die zorg ontvangen in een thuissituatie (zie ook signaal 33). Voor Wlz-cliënten met een V&V zzp-10-indicatie geldt dat de hoogst toelaatbare kosten voor mpt en pgb verhoogd kunnen worden om hiermee de cliënt thuis te laten wonen, volgens artikel 5.3 van de regeling langdurige zorg.

Dat de zorgverzekeraar bij een indicatie daarvoor aanstuurt op een opname in een instelling is goed te verantwoorden, niet alleen vanuit het perspectief van doelmatigheid, maar ook vanuit het oogpunt van kwaliteit voor de cliënt. Een Wlz-zorgaanbieder kan immers goed voorzien in de zorg die de cliënt nodig heeft: permanent toezicht en 24-uurs zorg in de nabijheid.

Het signaal is ook voorgelegd aan ZN en uit hun reactie blijkt dat zij zich hierin niet herkennen. ZN geeft aan dat het inhoudelijk bij veel aandoeningen logisch is dat de Wlz als vervolgfianciering moet worden aangeboord. Bij cliënten met dementie is bijvoorbeeld al ruim voor de palliatieve (laat staan de terminale) fase 24-uurs toezicht en zorg in de nabijheid nodig. Als er ptz wordt ingezet via de Zvw thuis en de cliënt wil thuis sterven, kan het namelijk niet overgeheveld worden naar de Wlz op basis van de landelijke regelgeving voor indicatiestelling. Ptz thuis in de Wlz kan alleen als er een voorliggende Wlz-indicatie is. Anders verloopt de zorg via de Zvw.

Conclusie signaal

De cliënt bepaalt zelf of hij/zij een Wlz-indicatie wil aanvragen.³⁸ Drang of dwang richting de Wlz is echter niet correct. De cliënt moet in vrijheid een keuze kunnen maken.

Een palliatief terminale cliënt in de Zvw kan geen indicatie voor de Wlz krijgen volgens de 'Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017' van het CIZ. De verzekeraar kan daarop dus niet aansturen. Ook is het van belang te realiseren dat het CIZ als zelfstandig bestuursorgaan (zbo) de indicatiestelling voor de Wlz verzorgt. Hiermee is op uniforme en onafhankelijke wijze de toegang tot de Wlz geregeld.

34. *Verskil in bekostiging tussen Zvw en Wlz (budgetplafond)*
Een patiënt met een Wlz-indicatie die opgenomen wordt in een hospice met zorgprofiel 'beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale

³⁷ Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017' van het CIZ.

³⁸ Artikel 3.2.3 Wlz: Het recht op zorg wordt op aanvraag van de verzekerde in een indicatiebesluit vastgesteld door het CIZ.

zorg' (V&V zzp-10) heeft te weinig beroepsmatige zorguren beschikbaar in vergelijking met een cliënt met Zvw-indicatie.

In de Wlz zijn er verschillende leveringsvormen. Zorg kan in combinatie met verblijf in een instelling of thuis afgenomen worden. Voor zorg in een instelling geldt een zzp in combinatie met eventueel een toeslag (Huntington, etc.). Zorg thuis kan afgenomen worden in de vorm van vpt, mpt, pgb of mpt+pgb. De zorgvormen zzp en vpt (een zzp zonder verblijfscomponent) worden volledig afgenomen als zorgpakket. Het maximale tarief staat vast en wordt niet getoetst aan een persoonlijk kader zoals wel gebeurt bij mpt, pgb en mpt+pgb. Wanneer deze leveringsvormen worden gekozen, wordt getoetst of de totale kosten van dat pakket en het budget tezamen meer zouden bedragen dan het bedrag dat de cliënt als persoonsgebonden budget zou krijgen. Het bedrag van het (forfaitaire) pgb-budget bepaalt dus de maximale zorgkosten wanneer de cliënt thuis zorg wil ontvangen. Naast de toets op zorgkosten wordt getoetst of de zorg verantwoord en doelmatig thuis kan worden geleverd.

In de Wlz is dus sprake van een doelmatigheidstoets die leidt tot financiële beperkingen. In de Zvw is er geen doelmatigheidstoets, waardoor er voor palliatief terminale cliënten die thuis zorg willen ontvangen geen financiële beperkingen ontstaan.

Voor de Wlz-client zijn er de volgende uitzonderingen:

- Regeling extra kosten thuis voor zorgprofiel V&V zzp-10;
- Regeling meer zorg voor specifieke zzp's.

Regeling extra kosten thuis

Wanneer een cliënt zijn zorg thuis, in een hospice of kleinschalig wooninitiatief ontvangt, kunnen zorgkantoren extra kosten bovenop het V&V zzp-10 toekennen. Dit geldt voor mpt en pgb of een combinatie hiervan, maar niet voor vpt.

In de regeling ekt, waarbij er geen limiet is op kosten voor ptz in een thuissituatie, worden de extra kosten beschreven voor palliatieve zorg voor cliënten die zijn geïndiceerd voor cliëntprofiel V&V zzp-10. De regeling is opgenomen in de regeling Langdurige zorg (zie artikel 5.3 lid 4 en 5).³⁹ De NZa heeft de indruk dat het veld nog vrij onbekend is met de regeling ekt.

Regeling Meerzorg

Als de zorg in het zorgprofiel niet voldoende is bestaat de mogelijkheid om meerkosten toe te kennen, voor zover naar het oordeel van de Wlz-uitvoerder of het zorgkantoor meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg. Zie artikel 2.2 van regeling Langdurige zorg.⁴⁰ Hierbij is het wel zo dat de cliënt in bepaalde aangewezen zorgprofielen moet zitten (meestal zwaardere zzp's) van zijn/haar doelgroep en de meerkosten minimaal 25% hoger zijn dan de zorg die is opgenomen in het zorgzwaartepakket. Daarnaast is het zo de regeling Meerzorg niet alleen geldt voor cliënten die een zzp afnemen, maar ook voor cliënten die zorg afnemen in de vorm van een vpt, mpt en pgb.

Als een cliënt geïndiceerd is voor een specifiek zorgprofiel waarmee toegang is tot meerzorg en de meerkosten zijn meer dan 25%, dan kunnen extra middelen worden toegekend in de vorm van de NZa prestaties die beschreven staan in de beleidsregel

³⁹ De voorgenomen wijzigingen rondom zorgprofiel V&V zzp 10 hebben ook gevolgen voor de regeling ekt (zie verder: hoofdstuk 2.4).

⁴⁰ <http://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2017-01-01#Hoofdstuk2>.

'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zzp-Meerzorg Wlz⁴¹'. Dit zijn prestaties voor woonzorg (persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding), dagbesteding en behandeling. Deze prestaties kunnen aanvullend op een zzp of vpt worden afgesproken. Voor een Wlz-cliënt die mpt afneemt zijn de prestaties in de beleidsregel

'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg' van toepassing.

De drempel van 25% geldt niet als de cliënt onder artikel 2.2 lid 1 sub c van de regeling Langdurige zorg valt. Hierin staat dat recht op meer zorg is als 'de behoefte aan zorg tevens bestaat uit gespecialiseerde epilepsiezorg, chronische invasieve beademing, non-invasieve beademing, klinische intensieve behandeling, niet-strafrechtelijke forensische psychiatrie, CVA, Huntington of observatie'. Een andere mogelijkheid is dat de cliënt onder artikel 2.2 lid 2 sub b valt, waarin staat dat recht op meer zorg is als 'de behoefte aan zorg tevens bestaat uit chronische invasieve beademing of chronische non-invasieve beademing'. Cliënten met deze specifieke kenmerken en zorgbehoeften kunnen de meerzorg in de vorm van een toeslag afnemen. De toeslagen staan vermeld in de beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten'.

Als artikel 2.2 wordt uitgebreid met palliatief terminale zorg, dan heeft elke Wlz-cliënt (dus niet alleen Wlz-cliënten met specifieke zorgprofielen) met ptz toegang tot meerzorg. Dit betekent trouwens dat cliënten met zorgprofiel ptz ook toegang kunnen krijgen tot de regeling Meerzorg wanneer het zorgprofiel niet toereikend is. Wanneer gebruik gemaakt wordt van de regeling Meerzorg dan kan geen gebruik gemaakt worden van de regeling Extra kosten thuis. De regeling Meerzorg en de regeling Extra kosten thuis kunnen niet gelijktijdig afgenomen worden. Het uitbreiden van het artikel met ptz past in de verlichting van administratieve lasten. Anders zou er eerst een herindicatie moeten plaatsvinden naar een zzp waarvoor meerzorg mogelijk is. Dit staat haaks op het afschaffen van de indicatiestelling voor zorgprofiel V&V zzp-10. Normaliter leidt een specifieke zorgbehoefte tot een toeslag. Bekeken moet worden of de prestaties voor meerzorg voldoende zijn of dat daarnaast voor ptz een toeslag beter past.

De oplossingsrichting heeft raakvlakken met signaal 16 (indicatiestelling geeft administratieve last) en signaal 17 (sectorale verschillen Wlz). De problematiek rondom signalen 16, 17 en 29 leidt tot de volgende oplossingsrichting:

- Afschaffen indicatiestelling zorgprofiel V&V zzp-10.
- Ekt-regeling mogelijk maken (als hiervoor gekozen wordt) voor alle palliatief terminale cliënten in de Wlz met mpt, pgb of mpt+pgb. Toetsing aan maximale pgb-budget blijft dus achterwege.
- Uitbreiden regeling Meerzorg met ptz.
- Behouden toegangscriteria palliatief terminale zorg.
- Behandelend arts voor zowel intramurale als extramurale cliënten de verklaring laten afgeven dat voldaan is aan de toegangscriteria.

⁴¹ Zie [BR/REG-17138](#).

Conclusie signaal

Palliatief terminale cliënten die thuis zorg ontvangen op grond van de Wlz krijgen met meer financiële beperkingen te maken dan palliatief terminale patiënten die thuis zorg ontvangen op grond van de Zvw. Dit geldt niet voor Wlz-cliënten met zorgprofiel V&V zzp-10 die ptz afnemen in een thuissituatie en gebruik maken van de ekt-regeling. Het verschil komt voort uit het ontbreken van een doelmatigheidstoets in de Zvw, waardoor er geen financiële beperkingen ontstaan. De huidige inrichting kan leiden tot verschil in kwaliteit van zorg tussen patiënten Zvw/cliënten Wlz die dezelfde zorg nodig hebben.

Uitgangspunt voor de NZa is dat palliatief terminale cliënten dezelfde mogelijkheden moeten krijgen onafhankelijk van de wet waarmee de zorg aan de cliënt wordt bekostigd. Vanuit het oogpunt van langetermijnbetaalbaarheid is doelmatigheid van zorg een belangrijk aandachtspunt.

Hiermee moet rekening gehouden te worden bij een eventuele wijziging rondom de bekostiging van V&V zzp-10, ekt en regeling Meerzorg. Deze wijziging wordt momenteel uitgewerkt in een werkgroep onder regie van het ministerie van VWS, met geplande ingangsdatum 1 januari 2018.

De NZa roept cliëntenorganisaties en brancheorganisaties op om de regeling ekt meer onder de aandacht te brengen, zodat cliënten met zorgprofiel V&V zzp-10 die thuis ptz willen ontvangen haar kunnen gebruiken.

35. *Verskil tussen Zvw en Wlz in bekostiging: gevolgen voor burgers*
Er bestaan nu verschillen in de bepaling van de aanspraak in wijkverpleging en de ptz-indicatie in de Wlz. Doordat de aanspraak in de Zvw op (zorg)inhoud wordt bepaald en niet gekaderd is op hoeveelheid zorg en in de Wlz alle indicaties in omvang zijn gekaderd, ontstaan verschillen tussen cliënten.

De prikkels in de bekostiging zijn het gunstigst voor de cliënt wanneer zijn zorg vanuit de wijkverpleging wordt betaald: geen eigen bijdrage en geen limiet op de hoeveelheid verleende zorg. Het verschil komt voort uit het doelmatigheidsprincipe in de Wlz. Zorgverzekeraars (Zvw) houden zich vanwege de huidige volumeprikkel bezig met de doelmatigheidsvraag: hoe zorgen we ervoor dat de kosten voor palliatieve zorg maatschappelijk aanvaardbaar blijven? Zoals beschreven onder signaal 29 hebben cliënten palliatieve zorg baat bij gelijkheid. Zorgverzekeraars werpen de vraag op: hoe zorgen we ervoor dat cliënten/patiënten in hun terminale fase de zorg krijgen die zij nodig hebben en dat er geen verschillen ontstaan als de zorg betaald wordt vanuit Zvw, Wlz of Wmo? En dat de kosten daarvoor maatschappelijk aanvaardbaar blijven?

Voorbeeld aanspraak geneesmiddelen: er zijn geneesmiddelen die in de palliatieve richtlijn worden geadviseerd die vergoed worden in het ziekenhuis en thuis niet. De patiënt krijgt deze thuis wel voorgeschreven en wordt geconfronteerd met eigen betalingen. De (kwaliteit van) zorg kan in het geding komen als de patiënt hiervoor niet de middelen heeft.

De NZa vindt de vragen die in dit signaal naar voren komen terecht. Doordat de wijkverpleging per vijf minuten wordt betaald, is er sprake van een volumeprikkel. Het volume in de wijkverpleging is de afgelopen jaren behoorlijk gestegen. Daarnaast stelt de wijkverpleegkundige de indicatie. Het is onduidelijk welk aandeel ptz in de volumestijging heeft. De vraag welk volume van de wijkverpleging toe te schrijven is aan palliatieve zorg en welke kosten daarmee gepaard gaan kan dus niet beantwoord worden. Het is daarmee ook niet mogelijk om de

vervolgvraag of de zorg (en indicatiestelling) in de wijkverpleging voor ptz doelmatig is te beantwoorden.

Conclusie signaal

De NZa vindt het belangrijk dat de zorg doelmatig is en aansluit op het kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Hierin staat welke minimale zorg verwacht mag worden, waar de patiënt minimaal aanspraak op maakt, welke medicatie in palliatieve richtlijnen staat beschreven. De prikkels in de bekostiging in Wlz en Zvw staan niet 'dezelfde kant op'. Dit kan leiden tot verschillen in kwaliteit/beschikbaarheid van zorg voor cliënten/patiënten. De NZa neemt dit gegeven mee in de doorontwikkeling van de wijkverpleging, msz en de vernieuwingsagenda Wlz.

3.3 Samenvatting resultaten 3.1 en 3.2

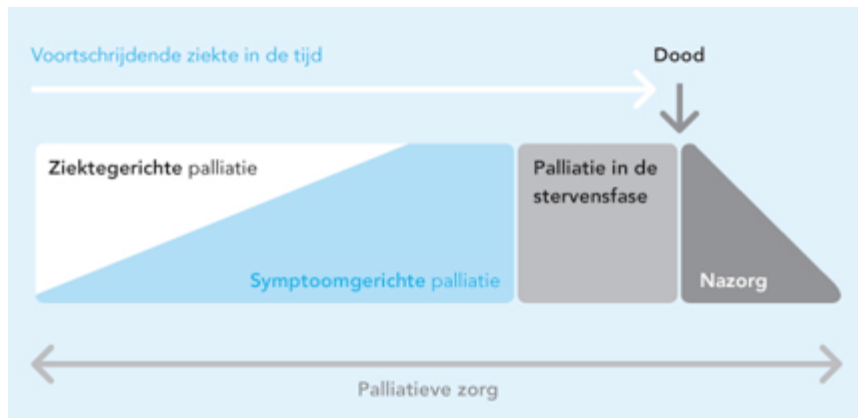
Nr.	Interpretatie	Actie	Actiehouder
29	Verschil in eigen bijdrage Wlz/Zvw	Verbeteracties: zie hoofdstuk 2, 3.1 en 3.2 Verspreiding van informatie	Veldpartijen, NZa, VWS, ZiNI
30	Wel/niet Wlz-indicatie van de cliënt en het wel/niet gecontracteerd zijn van aanbieder is van invloed op toegankelijkheid aanbieder voor cliënt	Aandacht voor zorgplicht door zorgkantoren. Transparantie van zorg door aanbieders.	Zorgverzekeraars Zorgkantoren Zorgaanbieders
31	Zorg aan Wlz-cliënt door Zvw-aanbieder	Aandacht voor zorgplicht door zorgverzekeraars en zorgkantoren. Transparantie van zorg door aanbieders	Zorgverzekeraars Zorgkantoren Zorgaanbieders
32	Overplaatsing van ziekenhuis naar hospice kort voor overlijden	Regionale samenwerkingsafspraken	Aanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars
33	Verzekeraar stuurt op Wlz wanneer de kosten oplopen	Uitleg regelgeving, informatie verstrekking	NZa
34	Verschil Zvw/Wlz ten aanzien van budgetplafonds	Wijziging bekostiging zzp-10 en extra kosten thuis regeling	VWS, NZa, ZN, zorgkantoren
35	Verschillen in aanspraak tussen Wlz/Zvw	Meenemen in doorontwikkeling bekostiging wijkverpleging, msz en langdurige zorg.	VWS NZa
	Ambities		
	Multidisciplinaire samenwerking	Zie 3.5 en 3.6	
	Prikkels voor kwaliteit van zorg	Zie 3.5 en 3.6	

3.4 Patiënt journey

Voordat we ingaan op de patiënt journey, verhelderen we een aantal begrippen. **Palliatieve zorg** is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door lijden te voorkomen en te verlichten met vroegtijdige signalering en met zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen (WHO 2002). Op grond van de WHO-definitie en de definitie zoals we die in Nederland gebruiken (kwaliteitskader IKNL) is het mogelijk dat de **palliatieve fase** al vele jaren voor het te verwachten overlijden begint. Om pragmatische redenen bakent het kwaliteitskader de palliatieve fase af tot de laatste fase van het leven, waarbij de patiënt naar de verwachting van de zorgverlener in de maanden volgende op het begin van deze fase overlijdt. De palliatieve fase wordt vaak ingedeeld in vier fasen (zie figuur). De **stervensfase** omvat de laatste dagen (tot 7 dagen) van het leven. De term palliatief terminale fase wordt in de huidige bekostiging veel gebruikt, maar deze komt in het kwaliteitskader niet voor. Doel hiervan is dat op termijn palliatieve zorg in het burgerbewustzijn niet direct meer geassocieerd wordt met sterven. Voor de bekostiging wordt de **palliatief terminale fase** nog veel gebruikt: bij ptz verwacht de behandelend arts dat de levensverwachting van de patiënt gelijk aan of korter is dan 3 maanden.

Palliatieve zorg begint dus eerder en bestrijkt een grotere tijdsspanne dan palliatief terminale zorg. Nog meer dan bij ptz spelen bij palliatieve zorg het gesprek met en de keuzes van de patiënt een rol. Het gesprek heeft een medische dimensie: bespreken van behandelopties voor de ziekte (kanker, nierfalen, hartfalen, COPD) of mogelijkheden om symptomen zoals angst of pijn te verminderen. Daarnaast is de aandacht voor sociale, culturele en spirituele dimensies belangrijk. Kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg vraagt van zorgverleners om naar deze verschillende dimensies te handelen en/of samen te werken.

Algemene principes palliatieve zorg ⁴²



De omslag van behandelen gericht op genezen naar behandelen waar geen genezing mogelijk is vindt vaak geleidelijk plaats. Bewustwording bij patiënt en hulpverlener kost tijd. Vanuit de behoefte om de overgang naar de palliatieve fase te markeren wordt gebruikt gemaakt van de zogenoemde 'surprise question'. Dit is het moment waarop het de zorgverleners niet zou verbazen als de cliënt binnen een jaar overlijdt. Niet bij iedere ziekte verloopt de palliatieve fase hetzelfde. Bij kanker bijvoorbeeld is de achteruitgang aan het eind van de ziekte vrij abrupt. Bij hartfalen en COPD zijn er perioden van terugval, en vindt het overlijden meestal plotseling plaats. Bij dementie is er sprake van een geleidelijke achteruitgang.

Voor de patiënt heeft de zorg in de drie palliatieve fasen verschillende accenten. Stadium 1 en 2 lopen meestal gelijk aan elkaar, zoals de figuur aangeeft.

1. Stadium van ziektegerichte palliatie
De ziekte wordt behandeld zonder dat genezing mogelijk is.
2. Symptoomgerichte palliatie
De focus ligt op het verlichten en onder controle houden van de symptomen. De bedoeling is dat de kwaliteit van leven van de cliënt zo goed mogelijk is. De aandacht is niet alleen gericht op fysieke symptomen zoals pijn, maar ook op psychologische (angst) symptomen en sociale (thuissituatie, mantelzorg), spirituele en culturele aspecten.
3. Palliatie in de stervensfase
In deze fase verschuift de aandacht van kwaliteit van leven naar kwaliteit van sterven. Deze fase duurt meestal slechts een paar dagen, de laatste dagen voor het overlijden.
4. Nazorg
De nazorg voor naasten na het overlijden van de cliënt wordt meestal ook gezien als onderdeel van de palliatieve zorg. De naasten hebben tijd

⁴² <http://www.pallialine.nl/algemene-principes-van-palliatieve-zorg>.

en ruimte nodig om het overlijden van hun dierbare te verwerken. Soms hebben ze behoefte aan ondersteuning, denk hierbij aan gesprekken

Conclusie

De NZa concludeert uit het bovenstaande dat de huidige bekostiging vooral gericht is op de palliatief terminale fase (laatste 3 maanden voor overlijden) in plaats van op 'palliatieve zorg' volgens het kwaliteitskader.

3.5 Ambities

Het is een van de doelstellingen van dit rapport om de vraag of de huidige bekostiging de ambities voor het verbeteren van de kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland voldoende ondersteunt te beantwoorden. Deze vraag komt nu aan bod.

– Palliatieve zorg is méér dan zorg in de terminale fase

De benadering dat palliatieve zorg méér en anders is dan zorg in de terminale fase, is relatief nieuw (zie 3.4). Aandacht hiervoor in de opleiding van artsen, in informatie aan patiënten, in de spreekkamer en in de organisatie van zorg komt meer en meer op gang, maar is zeker nog geen gemeengoed.

Activiteiten binnen het NPPZ zijn onder meer gericht op onderwijs aan artsen en op het bevorderen van samenwerking (Stichting Fibula), zie ook de doelstelling 2020 van het Nationaal programma in bijlage 5.

De huidige bekostiging is niet op basis van deze benadering ingericht. Wel zijn er de laatste jaren meerdere mogelijkheden ontwikkeld die aansluiten bij deze nieuwe manier van denken. Zo is er in de msz een consult 'samen beslissen' (zie 2.2) en zijn er in de eerstelijnszorg tijdelijke of structurele prestaties gericht op samenwerking tussen professionals. Onduidelijkheid over samenwerking in de regio kan ten koste gaan van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Dit komt soms voor als de huisarts niet weet naar welke thuiszorgorganisatie in de regio de patiënt kan gaan, of als de huisarts geen contact heeft met de wijkverpleegkundige. Denk ook aan de overdracht van informatie over de patiënt. De patiënt moet meerdere keren zijn verhaal vertellen en dezelfde gegevens opgeven. Een centraal afgesproken aanspreekpunt of informatiesysteem kan hier een oplossing zijn.

– Huidige bekostiging is lappendeken van mogelijkheden

In Nederland kunnen mensen kiezen waar ze willen sterven en we zorgen ervoor dat de plaats van voorkeur ook beschikbaar en betaalbaar is. Bovendien willen we dat de zorg aansluit bij de zorgvraag: dit geldt niet alleen voor fysieke en psychische symptomen zoals pijn en angst, maar ook voor welzijn en welbevinden.⁴³ Tussen patiënten in de stervensfase is de variatie aan zorgvragen en zorgbehoeften groot. Ook hulpvragen in relatie tot welzijn en welbevinden zijn divers. Om hieraan tegemoet te komen is generalistische, maar ook specialistische inzet nodig.

In de bekostiging zijn vele mogelijkheden om dit mogelijk te maken en mede daardoor scoort de palliatieve zorg in Nederland internationaal goed. Wel valt het op hoe complex en gedetailleerd de regelgeving is en dit roept de vraag op: kan het (administratief) eenvoudiger?

⁴³ Zie ook: WHO definitie palliatieve zorg. Vier dimensies van 'zorg': medisch, cultureel, sociaal en spiritueel.

– Prikkels voor volume/kwaliteit

De inrichting van de bekostiging moet de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg van de palliatieve zorg borgen. Dit betekent onder meer dat de regelgeving het leveren van zorg volgens het kwaliteitskader palliatieve zorg⁴⁴ niet in de weg mag staan, en bij voorkeur faciliteert. We hebben gezien dat palliatieve zorg niet alleen wordt verleend op grond van de Wlz maar ook op grond van de Zvw. Dit kan leiden tot verschillen voor burgers (zie 3.1). De bekostiging in de domeinen (met name in de Zvw) is aanbiedergestuurd en stimuleert volume. Dit heeft positieve kanten vanuit het perspectief van toegankelijkheid, maar levert risico's op voor de betaalbaarheid en stimuleert kwaliteit niet altijd. Het totaal van ptz is niet als zodanig herkenbaar. Met andere woorden: uit de declaraties van zorgaanbieders valt niet af te leiden hoeveel zorg er geleverd wordt in het kader van palliatief terminale zorg (volume).

Ook de totale kosten voor ptz zijn onduidelijk. De risico's op betaalbaarheid worden onder meer beheerd door plafonds van dekkaders. Waar samenwerking tussen professionals in de bekostiging is meegenomen, wordt deze meestal niet apart vergoed of geormerkt.

– De palliatieve cliënt/patiënt: zorg en welzijn centraal

De patiënt centraal stellen betekent niet alleen aandacht voor de zorgvraag en zorgbehoefte van de palliatieve patiënt (fysieke en psychische symptomen zoals pijn en angst), maar ook voor welzijn en welbevinden. Hierbij spelen sociale, culturele en spirituele factoren een rol.

Tussen patiënten in de stervensfase is de variatie aan zorgvragen/zorgbehoefte op de vier dimensies van de WHO heel groot. Om hieraan tegemoet te komen is generalistische maar ook specialistische inzet nodig. Samenwerking tussen professionals is dus belangrijk voor de kwaliteit van zorg: inhoudelijke afstemming tussen professionals, regie over de behandelopties in samenspraak met de patiënt, onduidelijkheid over/problemen met de organisatie van de samenwerking.

Naast samenwerking tussen professionals is het betrekken van de patiënt/cliënt bij de behandeling en begeleiding in de palliatieve fase cruciaal.

– (Regionale) samenwerking

Regionale samenwerking staat in dienst van de kwaliteit van zorg en het welzijn van de patiënt. Regionale samenwerking wordt nu via verschillende routes gestimuleerd, waaronder financiële ondersteuning vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (bv Stichting Fibula, Stichting Palliatief, IKNL). Zo zijn er 66 regionale netwerken palliatieve zorg in Nederland actief.⁴⁵ Er zijn ook signalen over een gebrek aan of onduidelijkheid over financiële middelen, bijvoorbeeld bij de Palliatieve Thuiszorg⁴⁶ (Patz-groepen) in de eerste lijn. Regionale samenwerking als zodanig is niet structureel ingebed in de bekostiging, wel zijn er aanbiedergerichte mogelijkheden om samenwerken vergoed te krijgen.

⁴⁴ <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/kwaliteitskader-palliatieve-zorg>.

⁴⁵ Peildatum 18 april 2017.

⁴⁶ Dit betreft ook infrastructuur en organisatie; PaTz teams (Palliatieve Thuiszorg, is een methodiek om de kwaliteit, samenwerking en overdracht rond de palliatieve zorg thuis te verbeteren. Huisartsen en wijkverpleegkundigen komen elke twee maanden bij elkaar om patiënten in de palliatieve fase in kaart te brengen, te bespreken en op te nemen in een palliatief zorgregister. Samen stellen ze een zorgplan op waarbij de wensen van de patiënt en zijn omgeving centraal staan), cirkelteam (is een Patz plus en is gebaseerd op een PaTz maar met betrokkenheid van meer partijen zoals huisarts, wijkverpleegkundige en coördinator van een hospice of ptz- vrijwilliger. Dit overleg vindt plaats ca. 1x per twee weken), en multidisciplinair overleg.

Deze vergoeding kan ook indirect in de bekostiging zijn opgenomen, met andere woorden: het wordt vergoed, maar er is geen specifieke betaaltitel voor. Met name uit de eerstelijnszorg worden knelpunten rondom de bekostiging van samenwerking naar voren gebracht. Specifiek hebben signalen 18, 21 en 25 betrekking op samenwerking tussen professionals. Momenteel zijn wij bekend met twee experimenten bij de wijkverpleging waarbij zorgaanbieders met zorgverzekeraars een integraal dagtarief in het kader van palliatieve zorg zijn overeengekomen.

Conclusie ambities

We formuleren zeven verbeterpunten voor de vormgeving van de bekostiging:

- Bekostiging vereenvoudigen: oog houden voor de grote variatie tussen patiënten, zonder dat dit tot detail in regelgeving leidt.
- Bekostiging maakt het meer dan nu mogelijk om afspraken over palliatieve zorg te maken (kwaliteit, kosten, volume en uitkomsten) over de schotten heen.
- Doelmatigheid van palliatieve zorg met bekostiging faciliteren, bij voorkeur stimuleren.
- Regionale samenwerking stimuleren.
- Bekostiging meer laten aansluiten op de palliatieve zorg zoals beschreven in kwaliteitskader, met andere woorden: niet alleen focus op ptz, maar op de gehele palliatieve fase.
- Bekostiging stimuleert pf biedt ruimte/mogelijkheden voor 'samen beslissen'.
- Mogelijkheden scheppen om volume en kosten te monitoren.

Gelet op de zeven verbeterpunten sluit de huidige inrichting van de bekostiging onvoldoende aan op de ambities voor de palliatieve zorg in Nederland.

3.6 Eindconclusie en vervolgstappen

Korte termijn

De kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg kunnen op korte termijn verbeterd worden door de acties die gekoppeld zijn aan de signalen uit hoofdstuk 2, 3.1 en 3.2 uit te voeren.

Bij 11 signalen is de actie informatieverstrekking over de regelgeving. De doelgroep is primair de aanbieders (secundair de verzekeraars) en we willen hiermee het inzicht in de mogelijkheden van de regelgeving voor vergoeding van zorg vergroten. De overige signalen vereisen meer dan alleen informatieverstrekking en zijn gericht op het verbeteren van:

- Toegankelijkheid (1 signalen)
- Kwaliteit (9 signalen)
- (Macro)betaalbaarheid (3 signalen)
- Twee of meer van bovengenoemde (11 signalen)

Door de beschreven acties op te pakken worden verbeteringen bereikt op zowel kwaliteit als toegankelijkheid en betaalbaarheid. Waar de NZa aan zet is, streven wij ernaar zaken in 2017 te realiseren.

(Middel)lange termijn

Gelet op de complexiteit van de huidige bekostiging en de genoemde zeven verbeterpunten vindt de NZa het wenselijk om verdere stappen te zetten in een route naar aanpassing op de (middel)lange termijn. Dit rapport zien we als een belangrijke eerste stap, omdat het inzicht biedt in de bestaande complexiteit, versnippering en verbeterpunten.

We zien dat er op verschillende plekken experimenten zijn gestart waarbij professionals en aanbieders de palliatieve zorg anders organiseren.^{47 48} Het idee bij deze experimenten is dat de kwaliteit van zorg en de betaalbaarheid van de palliatieve zorg verbetert door in te spelen op de keuzes van patiënten. Denk hierbij aan transmurale zorgpaden palliatieve zorg⁴⁹, webbased zorgdossiers waar patiënten rechtstreeks met de verschillende behandelaren communiceren, transmurale palliatieve adviesteams en casemanagement.

Hoe kan een andere inrichting van palliatieve zorg eruit zien? Naast samenwerking tussen professionals (ook over de schotten heen) is het belangrijk om de patiënt meer aan het roer te krijgen. De zorgvraag/zorgbehoefte en het welzijn/welbevinden van de patiënt moeten centraal staan door met hem te spreken over behandelopties, inclusief niet behandelen. Er wordt gewerkt volgens het kwaliteitskader. Er is duidelijkheid over hoe de samenwerking en afstemmingsmomenten worden georganiseerd. Via dataverzameling wil men de effecten op kwaliteit, patiënt tevredenheid, kosten en beschikbaarheid van palliatieve zorg inzichtelijk maken.

De experimenten die wij in beeld hebben gekregen staan nog aan het begin. Mogelijk daarom zijn er over de bekostiging van deze experimenten nog geen knelpunten naar voren gebracht. Wij kunnen ons voorstellen dat deze knelpunten zich in de (nabije) toekomst wel kunnen voordoen. De NZa wil aanbieders en verzekeraars daarom wijzen op de mogelijkheid via de beleidsregel innovatie een innovatieve prestatie aan te vragen. Het aanvraagformulier staat op www.nza.nl.

De NZa heeft tijdens deze probleeminventarisatie geen signalen ontvangen dat experimenten tegen de bekostiging aanlopen. Mogelijk heeft dit te maken met de fase (begin) waarin experimenten zich bevinden. Gelet op het gegeven dat men nu vooral bezig is met de organisatie en inrichting van de zorg in de experimenten, kunnen deze signalen nog gaan optreden.

De NZa wil aanbieders en verzekeraars wijzen op de mogelijkheid via de beleidsregel innovatie een innovatieve prestatie aan te vragen. Het aanvraagformulier staat op www.nza.nl.

⁴⁷ Proeftuin van Anders Beter Westelijke Mijnstreek Limburg.

⁴⁸ Momenteel zijn wij bekend met twee experimenten bij de wijkverpleging waarbij zorgaanbieders met zorgverzekeraars een integraal dagtarief in het kader van palliatieve zorg zijn overeengekomen.

⁴⁹ Proeftuin van Anders Beter, Westelijke Mijnstreek Limburg

Ook in dit rapport wordt geconstateerd dat het huidige systeem van bekostiging aanbiedergestuurd is met een prikkel voor volume, met name in de Zvw. De bevindingen over de volume prikkel zijn niet nieuw en ook niet uniek voor palliatieve zorg, maar spelen breed in de gezondheidszorg. Nadelen doen zich voor wat betreft (het stimuleren van) kwaliteit en betaalbaarheid. De NZa neemt dit gegeven mee bij de doorontwikkeling van de msz, ez en lz.

De lappendeken aan bekostigingsmogelijkheden brengt complexiteit en administratieve last met zich mee. Daarnaast constateren we zeven verbeterpunten voor de bekostiging voor palliatieve zorg in relatie tot de ambities zoals benoemd door het NPPZ⁵⁰. De NZa vindt het wenselijk om verdere stappen te zetten naar aanleiding van dit rapport.

Voor een toekomstbestendige bekostiging van de palliatieve zorg is het belangrijk om over de schotten heen te kijken: de patiënt centraal te zetten, samenwerking tussen professionals te stimuleren, naar uitkomsten te kijken en daarbij de doelmatigheid niet uit het oog te verliezen. Als vervolgstap op dit rapport organiseren we ronde tafelbijeenkomsten met experts en direct betrokkenen. Doelstelling van de ronde tafels is meer zicht te krijgen op de wijze waarop de bekostiging kan bijdragen aan het (versneld) bereiken van beleidsdoelstellingen palliatieve zorg, zoals beschreven door het NPPZ. Hierbij gebruiken we goede voorbeelden uit binnen- en buitenland.

⁵⁰ Nationaal Platform Palliatieve Zorg, zie 'Vooraf'.

Bijlage 1. Lijst met activiteiten

- Overleg VWS dd. 2 juni 2016
Consultatie bijeenkomst financiering palliatieve zorg
- Overleg iKNL dd. 23 augustus 2016
Overleg over onderzoek door NZa over signalen in de bekostiging palliatieve zorg. Daarnaast gesproken over integrale financiering.
- Overleg ZN, VWS d.d. 1 september 2016
Afstemming VWS, NZa, ZN over de diverse inventarisaties die op het gebied van palliatieve zorg lopen.
- Nationaal Congres Palliatieve Zorg, december 2016
- Overleg Guus Schrijvers d.d. 10 januari 2017
In gesprek met gezondheidseconoom en oud-hoogleraar Public Health over integrated care, knelpunten en oplossingsrichtingen voor de palliatieve zorg.
- Extra Technisch Overleg Medisch Specialistische zorg d.d. 6 januari 2017
- Schriftelijke consultatie eerstelijnszorg van 8 december 2016 t/m 4 januari 2017
- Schriftelijke consultatie Langdurige zorg van 13 t/m 27 januari 2017
- Telefonisch interview Proeftuin van Anders Beter, met partners uit Netwerk Palliatieve zorg Westelijke Mijnstreek. Dit is een transmuraal zorgpad palliatieve zorg: Els Knapen, december 2016.
- Telefonisch interview bekostiging Envida, transmuraal zorgpad palliatieve zorg: Lara Dijkstra, januari 2017, proeftuin van Anders Beter, met partners uit Netwerk Palliatieve Zorg Westelijke Mijnstreek
- Dialoogbijeenkomst over 'Markering in de palliatieve fase' d.d. 14 maart 2017
In het kader van de afsluiting van de leergang ketenregie voor netwerkcoördinatoren Palliatieve Zorg is deze bijeenkomst georganiseerd. Tijdens deze dialoogbijeenkomst zijn netwerkcoördinatoren in gesprek gegaan met expert partijen over de markering van de beginfase in de palliatieve zorg. Genodigden zijn o.a. NZa, ZN, iKNL, V&VN, VWS, Verenso.
- Schriftelijke consultatie eerstelijnszorg en Langdurige zorg van 14 april 2017 t/m 28 april 2017

Bijlage 2. Lijst met geconsulteerde partijen

Partijen TO medisch-specialistische zorg

Hanna Toornstra	NFU
A. Edens	Actiz
Brenda van den End	NVZ
Karin Hendriks	FMS
Geert van Hoof	CZ
Geert Jan Mellema	ZN
Drik Hoogstede	FMS
Jan Plass	NVZ
Manon Boddaert	IKNL
Joep Douma	IKNL
Angela Bransen	ZN
Chantal Pereira	IKNL
Anne Claire van Harderwijk	FMS
Jolanda Roelands	Stichting Fibula
Greet van der Zweep	Stichting Fibula
Angelique de Wit	Stichting Fibula
Clemence Ross	Stichting Agora
Ter informatie	
Rudy Dupree	ZiNL
Anne Pino	ZN

Schriftelijke TO partijen EZ

Hillie Beumer	Actiz
Mariska de Bont	V&VN
Gia Wallinga	V&VN
Diana van Dijk	VNG
Stefani Noorlandt	VNG
Mirjam Maasdam	ZN
John Rijdsdijk	ZN
Bert Snippe	VGZ
Kelly Hamoen (arteria consulting)	ZN
Angela Bransen	ZN
Carel Mastenbroek	Zinl
Freerkje van der Meer	Zinl
Julie van Meerveld	Alzheimer NI
Annemarie Bruijs	Alzheimer NI
Corine Zijderveld	NPCF
Dianda Veldman	NPCF (directeur-bestuurder)
Petra Schout	NPCF (manager langdurige zorg)
Lindy Hilgerdenaar	BTN
Maarten Oosterkamp	BTN
Christa van den Born	VGVK

Bart Mulder	VGVK
Monique Albers	BMKT (branche medische kindzorg thuis)
Britt Starren	VWS
Caspar Lombaers	VWS
Hugo van Kasteel	VWS (manager)
Theo van der Bom	Ergotherapie Nederland
Han Lucas Luijckx	KNGF
Frits van Trigt	KNGF
Doreth van den Heuvel	VvOCM
Viola Zegers	VvOCM (directrice)
M Schulte	NVLF
W. Snijders	NVLF
Anja Evers	NVD (directrice)
Ricky van Poppel	NVD (eerste lijn)
Mariëlle Voorzee	NVD (tweedelij)
Inge Broers-Jansen	ZN, CZ
Sven van Steijn	ZN, Menzis
Reinier de Vetten	ZN, Zorg en Zekerheid
Jody Handgraaf	ZN, Zilverenkruis
Jan Benedictus	NPCF
Jan-Willem Mulder	NPCF
Dayline Coffie	Diabetes vereniging Nederland
Frederik Vogelzang	Ineen
Cas van de Groes	Provoet
Loes Lemmens	Provoet
Ellen van der Meer-Nuijten	NVVP
Gildo Wanders	NVVP
René Ottens	NVVP
dhr. Boek	Stichting LOOP (podologen)
Ria Snelting	Stipezo
Robbert Polet	LHV
Denise van der Klauw	ZN
Jacomine Verhoef	ActiZ
Patricia Geerts	ActiZ
Clémence Ross	Agora
Janneke Koningswoud	AHZN
Arjen Louisse	NVAVG
Bas Castelein	NVAVG
Matijn Coret	NVAVG
Chris Westerlaken	PPN
Anne-Claire van Harderwijk	FMS
Belinda van de Lagemaat	FMS
Frederik Vogelzang	InEen
Edith van der Bent	KNGF
Alke Nijboer	V&VN
Judith van der Berg	V&VN
Margriet Witteveen	V&VN

Birgit Meulenbroek	NFU
Hanna Toornstra	NFU
Wijnie Nijssen	NFU
Harrie Kemna	NVZ
Kris Vissers	Palliactief
René Nogarede	Palliactief
Wim Jansen	Palliactief/VGVZ/VPTZ
Angelique de Wit	Stichting Fibula
Greet van der Zweep	Stichting Fibula
Jolanda Roelands	Stichting Fibula
Willemien Schep	Stichting Fibula
Annika Keet	Verenso
Pieter le Rütte	Verenso
Monique Bogaerts	Verenso
Geert Mellema	ZN
Jasper van Kuik	ZN
Lennart Rijkers	LHV
Robbert Polet	LHV
Ad Vermaas	LHV
Chris Sonneveld	LHV
Lisette Romijn	LHV
Judith van Duren	InEen
Margot Lenos	InEen
Martien Bouwmans	ZN
Denise van der Klauw	ZN
Wouter van den Berg	VPH
Herman Suichies	VPH
Hans Nobel	VPH
Paulien Haverlach	CZ
Ilse Akkerman	CZ
Agenda lid	
Lennart Rijkers	LHV
Robbert Polet	LHV
Ad Vermaas	LHV
Chris Sonneveld	LHV
Lisette Romijn	LHV
Judith van Duren	InEen
Margot Lenos	InEen
Martien Bouwmans	ZN
Denise van der Klauw	ZN
Wouter van den Berg	VPH
Herman Suichies	VPH
Hans Nobel	VPH
Britt Starren	VWS
Bruns	VWS

Johan Wit	VWS
Van der Klauw	ZN
Corna van Tol	ZonMW
Paridaans	VWS
Manon Boddaert	IKNL
Helma Slingerland	VWS
Nicole Houweling	VWS
Fred Lafaber	VWS

Schriftelijke TO partijen Wlz

Wimjan Vink	Actiz
Marc van Eck	Actiz
Hans Cosijnse	VGN
Yvonne Moolenaar	GGZN
Astrid Boode	ZN
Angela Bransen	ZN
Jasper van Kuik	ZN
L. Vos	ZN
Wendy van Dijk	CZ
Angelique de Wit	Stichting Fibula
Greet van der Zweep	Stichting Fibula
Jolanda Roelands	Stichting Fibula
Mariska de Bont	V&VN
C. Zijderveld	Patiëntenfederatie Nederland
Kris Vissers	Palliactief
Wim J.J. Jansen	Palliactief / VPTZ
Clémence Ross	Agora
Lisette Romijn	LHV
Lindy Hilgerdenaar	Branchebelang thuiszorg
Marion Sonneveld	AHZN
Corna van Tol	ZonMw
Winy Toersen	Patiëntenfederatie Nederland

Bijlage 3. Lijst met afkortingen en definities

CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
DdbcBC	Diagnose Behandel Combinatie
Ekt	extra kosten thuis
elv	eerstelijns verblijf
ez	Eerstelijnszorg
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
ghz	Gehandicaptenzorg
IKNL	Integraal Kanker centrum Nederland
lz	Langdurige zorg
mpt	modulair pakket thuis (Wlz)
msz	Medisch specialistische zorg
NPPZ	Nationaal Programma Palliatieve zorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PaTz	Palliatieve Thuiszorg
Pb	persoonsgebonden budget
ptz	Palliatief terminale zorg
TO	Technisch Overleg
vpt	volledig pakket thuis
V&V	Verpleging en verzorging
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Zbo	zelfstandig bestuursorgaan
ZiNL	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
Zzp	zorgzwaartepakket
Cliënt	hierover spreken we in de Wlz
Patiënt	hierover spreken we in de Zvw
Burger	dit is iemand die in de toekomst te maken kan krijgen met ptz, in principe iedereen

Bijlage 4. Informatiekaart Palliatief Terminale Zorg



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Informatiekaart Palliatieve zorg

Informatie voor professionals over
de financiering van de palliatieve zorg



Wat is palliatieve zorg?

Palliatieve zorg is zorg in de laatste levensfase en is gericht op de behandeling van ziekteverschijnselen zoals pijn, benauwdheid en angst met als doel kwaliteit van leven zo goed mogelijk te houden. Palliatieve zorg kan de volgende elementen bevatten:

- Verzorgen en verplegen;
- Symptomen bestrijden;
- Waken;
- Aandacht voor psychische en sociale problemen, zingeving en spiritualiteit;
- Ondersteuning bij het afronden van het leven en bij het afscheid nemen;
- Naasten helpen bij de zorg en het rouwproces.

Wanneer begint de zorg?

Afhankelijk van de fase wordt onderscheid gemaakt tussen palliatieve terminale zorg en palliatieve zorg. Voor palliatieve terminale zorg wordt als regel een termijn van drie maanden aangehouden. Hiervoor kan door de behandelend arts een terminaliteitsverklaring worden afgegeven. Hiermee kunnen cliënten bijvoorbeeld in een hospice of het eerstelijns verblijf terecht of het zorgprofiel voor palliatieve terminale zorg aanvragen. Ook vragen zorgverzekeraars vaak om een terminaliteitsverklaring als de zorg thuis moet worden uitgebreid. De behandelend arts is de arts die op dat moment beschikt over voldoende informatie om een oordeel over de levensverwachting te kunnen geven en legt dat vast in een terminaliteitsverklaring. Dit is bijvoorbeeld de huisarts of de medisch specialist die tijdens een ziekenhuisopname de hoofdbehandelaar is.

Het kan ook zo zijn dat mensen al veel eerder dan drie maanden van tevoren weten dat ze komen te overlijden, bijvoorbeeld wanneer bij een levensbedreigende ziekte op genezing gerichte behandelingen te zwaar vallen of geen perspectief meer bieden. Het waken is dan nog niet aan de orde, maar het bestrijden van symptomen en aandacht voor kwaliteit van leven wel. Ook is het belangrijk dat in deze fase met naasten en zorgverleners het 'goede gesprek' rond wensen en behoeften rond het levenseinde wordt gevoerd. We spreken dan over palliatieve zorg in plaats van over palliatieve terminale zorg.

Wanneer eindigt de zorg?

De zorg blijft beschikbaar tot het overlijden, ook als de laatste levensfase langer duurt dan verwacht. Wanneer de cliënt zodanig herstelt dat er geen sprake meer is van een terminale levensfase, dan vindt er in overleg met de behandelend arts een herindicatie plaats. Het zorgaanbod wordt dan op de nieuwe zorgvraag afgestemd.

Waar kunnen cliënten de zorg ontvangen?

Cliënten kunnen palliatieve zorg zowel thuis als in een zorginstelling ontvangen. Thuis kan betekenen in het eigen huis, het ouderlijk huis, een klein wooninitiatief of een hospice/bijna-thuis-huis. Bij palliatieve zorg thuis is het belangrijk dat de zorg goed geregeld wordt tussen cliënt, naasten, behandelend arts, professionele verpleging/verzorging en vrijwilligers. In een zorginstelling regelen de zorgverleners de zorg in samenspraak met de cliënt en zijn of haar naasten. De voorkeur die een cliënt heeft voor de plaats van overlijden is hierbij het uitgangspunt.

Hoe wordt palliatieve zorg vergoed?

Palliatieve zorg kan vergoed worden via:

- de Zorgverzekeringswet (Zvw)
- de Wet langdurige zorg (Wlz)

De zorg wordt via de Wlz vergoed als de cliënt al een Wlz-indicatie heeft (behalve voor zorg in het ziekenhuis, deze wordt ook bij Wlz-cliënten uit de Zvw vergoed). In alle andere gevallen wordt de zorg via de Zvw vergoed. Binnen de Zvw en de Wlz zijn de mogelijkheden gelijk. Ook kan er een beroep op de gemeente (Wmo) gedaan worden, bijvoorbeeld voor hulp bij het huishouden of voor mantelzorgondersteuning.

1. Vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet

De vergoeding loopt via de volgende onderdelen van de Zvw:

- Wanneer een cliënt de zorg in de thuisituatie of een niet Wlz-toegelaten hospice wil ontvangen, vindt de vergoeding plaats vanuit de aanspraak Wijkverpleging;
- Wanneer een cliënt de zorg in een Wlz-toegelaten hospice of palliatieve unit van een verpleeghuis wil ontvangen, vindt de vergoeding plaats vanuit de prestatie Eerstelijns verblijf voor palliatieve terminale zorg;
- Wanneer een cliënt de zorg in een ziekenhuis ontvangt, vindt de vergoeding plaats vanuit de prestatie bekostiging voor ziekenhuizen (via DOT's).

Hoe verloopt het vaststellen van de benodigde zorg bij de Zvw?

Als de behandelende arts inschat dat de cliënt niet langer dan drie maanden te leven heeft, kan de cliënt palliatieve terminale zorg vanuit de Zvw ontvangen. Het vaststellen van de benodigde zorg hangt af van de setting waarbinnen de zorg wordt geleverd.

Thuis of in een hospice

Als de cliënt thuis of in een niet Wlz-toegelaten hospice zorg ontvangt, dan indicteert een wijkverpleegkundige de palliatieve terminale zorgbehoefte en beschrijft dit in het zorgplan. Als een cliënt vanuit een ziekenhuis naar huis of

naar een hospice gaat, dan brengt de transferverpleegkundige de zorgbehoefte in kaart en bereidt het ontslag voor. Hierdoor kunnen de wijkverpleegkundige(n) / technische thuiszorg verpleegkundigen de zorg direct continueren.

Intramuraal via eerstelijns verblijf

De huisarts of de medisch specialist bepaalt of iemand recht heeft op een intramurale opname via eerstelijns verblijf. Het kan daarbij zo zijn dat de huisarts dit onder zijn/haar verantwoordelijkheid doorzet naar een wijkverpleegkundige. In het ziekenhuis zal de transferverpleegkundige de afweging aangaande eerstelijns verblijf maken (formeel onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist).

Clënten die nu zorg ontvangen vanuit de Zvw en met een terugkeergarantie naar de Wlz vanwege een laag ZZP voor 1-1-2015 blijven ook hun palliatieve terminale zorg vanuit de Zvw krijgen.

2. Vergoeding vanuit de Wet langdurige zorg

De vergoeding loopt via een Wlz-zorgprofiel:

- Wanneer een cliënt in een instelling verblijft, dan vindt de vergoeding plaats vanuit het eerder toegekende zorgprofiel. Zorg aan het eind van het leven is onderdeel van het zorgaanbod van een instelling. Een cliënt kan in een instelling het aanvullend zorgprofiel *beschermd verblijf met intensieve palliatieve terminale zorg* (hierna te noemen: *Zorgprofiel PTZ*) getindeerd krijgen als aan alle volgende criteria wordt voldaan:
 - Er is noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg, die in het reeds getindeerde zorgprofiel niet mogelijk is.
 - Er is noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust.
 - Er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg.
- Wanneer een cliënt thuis of in een kleinschalig wooninitiatief verblijft, vindt de vergoeding plaats vanuit het zorgprofiel PTZ, dat wordt geleverd in de vorm van een modulair pakket thuis of een persoonsgebonden budget (of een combinatie hiervan). Hiervoor gelden de bovenstaande criteria niet. Zorgkantoren kunnen extra kosten bovenop het zorgprofiel PTZ toekennen als de zorgbehoefte groter is dan waarin het zorgprofiel PTZ voorziet. Dit geldt voor het modulair pakket thuis en het persoonsgebonden budget of een combinatie hiervan. Extra kosten kunnen niet worden toegekend bij de levering van het volledig pakket thuis.

- Wanneer cliënten die in een instelling verblijven de zorg in de laatste levensfase toch liever thuis of in een hospice (zonder toelating voor verblijf) willen ontvangen, dan gaan de regels voor thuis gelden. In dat geval kunnen zij het zorgprofiel PTZ getindeerd krijgen en kan het zorgkantoor extra kosten bovenop het zorgprofiel PTZ toekennen.

Hoe verloopt het vaststellen van de benodigde zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie?

- Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) kan voor deze cliënten het zorgprofiel PTZ indiceren op basis van de bovenstaande criteria en de locatie. Zowel thuis als in een instelling vult de zorgaanbieder vervolgens de zorg op maat in. Als in de thuisituatie meer zorg nodig is dan waarin het zorgprofiel PTZ voorziet, dan kan de zorgverlener (na overleg met het zorgkantoor) extra zorg inzetten.

Schematische weergave vergoeding van palliatieve zorg

	Zorgverzekeringswet *	Wet langdurige zorg *
Thuis	Wijkverpleging	Zorgprofiel PTZ + eventueel extra kosten thuis
Hospice/ Bijna thuis huis zonder Wtzi-toelating **	Wijkverpleging	Zorgprofiel PTZ + eventueel extra kosten thuis
Hospice met Wtzi-toelating**	Eerstelijns Verblijf	Eigen Zorgprofiel of Zorgprofiel PTZ
Verpleeghuis	Eerstelijns Verblijf	Eigen Zorgprofiel of Zorgprofiel PTZ
Ziekenhuis	DOT	DOT

* Mogelijke leveringsvormen op basis waarvan cliënten zorg kunnen ontvangen zijn:

Zorgverzekeringswet:

Zorg in natura, Persoonsgebonden budget (PGB)

Wet langdurige zorg:

Verblijf in een instelling, Volledig pakket thuis (VPT), Modulair pakket thuis (MPT), PGB

** Hospices zonder Wtzi-toelating zijn geen zorginstelling en te vergelijken met de situatie thuis. Hospices met Wtzi-toelating zijn wel een zelfstandige zorginstelling of maken deel uit van een zorginstelling met Wtzi-toelating.



Vragen of knelpunten?

Heeft u nog vragen aan de Rijksoverheid over palliatieve zorg. Neem contact op via rijksverheid.nl of bel naar 1400. Zorgaanbieders kunnen met knelpunten die ze in de praktijk ervaren terecht bij het praktijkteam palliatieve zorg, bijvoorbeeld over financiering. Het praktijkteam palliatieve zorg is een samenwerking tussen het ministerie van VWS, verzekeraars, netwerken palliatieve zorg, het CIZ en diverse partijen uit de palliatieve zorg. Het belangrijkste doel is het structureel oplossen van knelpunten in de palliatieve zorg en deze oplossingen landelijk bekend maken en invoeren. E-mail: meldpunt@jutsieloket.nl, telefoon: 030 789 78 78 (voor 1 april 2017: 030 273 99 00).

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 nj Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksverheid.nl

februari 2017

Bijlage 5. Doelstellingen 2020 Nationaal Programma Palliatieve Zorg

Bewustwording en cultuur

- Het bewustzijn over palliatieve zorg bij burgers is vergroot en het is normaal om tijdig stil te staan bij het levenseinde.
- Het bewustzijn over palliatieve zorg bij zorgverleners is vergroot en het is normaal om tijdig stil te staan bij het al of niet doorbehandelen.

Op het gebied van organisatie en continuïteit

- Meer mensen kunnen op de plek van hun voorkeur (veelal thuis) overlijden dan in 2014.
- De zorg is zo dichtbij als mogelijk georganiseerd en de aansluiting tussen eerste en tweede lijn is verbeterd.
- Palliatieve zorg is onderdeel van de reguliere zorgverlening en sluit beter aan bij (onder meer) de ouderenzorg en de welzijnsdomein.
- Specialistische en multidisciplinaire kennis is snel beschikbaar, met meer aandacht voor de sociale en spirituele dimensie tijdens de palliatieve fase.

Op het gebied van zorginnovaties en kwaliteit

- De kwaliteit van de palliatieve zorg is verbeterd.
- Iedereen werkzaam in de zorg heeft een goede basiskennis over palliatieve zorg (inclusief sociale en spirituele dimensie).
- Minder mensen ervaren onnodige pijn en benauwdheid tijdens het sterfproces.
- De kennis over en organisatie van palliatieve zorg voor speciale doelgroepen (kinderen, ggz, vgz, dementerenden, dak- en thuislozen) is verbeterd.

Op het gebied van patiënt participatie en ondersteuning

- De behoeften van mensen in de laatste levensfase en hun naasten staan centraal. Mensen in de laatste levensfase zijn beter voorbereid en meer betrokken als partner bij de palliatieve behandeling.
- Mantelzorgers zijn minder vaak overbelast.
- De inzet van opgeleide vrijwilligers in de laatste levensfase is mogelijk op alle plaatsen waar mensen overlijden.

BIJLAGE 6 Reacties op consultatie rapport

ActiZ - reactie op consultatie NZa rapport 'Palliatieve zorg: zorg op maat'

Voor ActiZ is palliatieve zorg (PZ), en absoluut ook palliatief-terminale zorg (PTZ), een essentieel onderdeel van de zorg voor mensen in een cruciale fase van hun leven. Het verdient ons aller inzet om dit tijdig, passend en deskundig toegankelijk te maken zonder bureaucratische drempels, wanneer en waar de burger/cliënt dat wil. Wat ons betreft moet dit dan ook zeer snel en soepel mogelijk gemaakt worden, zonder dat de zorgvrager hinder heeft van schotten, oneigenlijke verschillen en bureaucratie.

De complexiteit van het rapport, en de extra tijd die nodig was om het op te stellen, illustreren dat we het onderwerp met elkaar tot een erg omslachtige lappendeken hebben gemaakt, inclusief scheuren en gaten. Meer uitleg per lapje lost dan niet genoeg op.

Voor de praktijk zijn PZ en PTZ lang niet altijd helder te scheiden, en moeten reguliere- en specifieke zorg op maat samen kunnen gaan, in de regelgeving bestaan hier echter veel verschillen. Daarmee wordt ook de professionele ruimte voor maatwerk weer dicht geregeld. Doordat de reguliere bekostiging zwaar onder druk staat ontstaat de drang om het specifieke te redden door het steeds meer apart te regelen, met alle bureaucratie en vertraging van dien.

De verleiding is groot om op ieder signaal in het rapport apart in te gaan [neem alleen al het weinig humane feit dat je als 'laatste thuis' dus 'niet thuis' moet geven als het om opbaren gaat] maar eigenlijk zouden we dan weer meegaan in waar we nu juist vandaan willen.

ActiZ is voorstander van sterke vereenvoudiging en het kortsluiten van de vele formele belemmeringen. Dat kan gerealiseerd worden door:

- De ruimte voor PZ in de reguliere zorg zoveel mogelijk beschikbaar te houden, o.a. door reële tarieven waarmee passende levering mogelijk wordt.
- De mogelijkheden laagdrempelig te houden om de reguliere zorg op gewenste maat te ondersteunen vanuit professioneel benodigde specifieke deskundigheid (overstijgende preventieve doelmatigheid); zowel voor de wijkverpleging als voor de specifieke behandeling aanvullend op huisartsenzorg, als ook binnen het EesteLijnsVverblijf en de WLZ-zorg.
- PTZ in alle gevallen met een arts-verklaring mogelijk te maken.
- ZZP-10-profiel (indicatie) te vervangen door snelle en goed aansluitende aanvulling op al de ZZP-profielen zodra een PTZ-verklaring gegeven is.
- Aanvullende ZZP-10-criteria bij de WLZ te vervangen door een noodzaak-verklaring door de arts.
- Gegoochel met alle specialistische restricties en vertraging van EKT, Meerzorg, 'Toeslag'-bepalingen (ook in dit rapport blijft het puzzelen en wordt het niet sluitend) kort te sluiten tot één aanvullende regeling.
- Aanvullende eisen bij de contractering te stroomlijnen tot minimaal noodzakelijke, begrijpelijke, praktisch hanteerbare, landelijk duidelijke en eenduidige voorwaarden.

Om dit signaal nadruk te geven, ook gericht aan de andere betrokken partijen, volstaan we in deze reactie met deze hoofdlijn.

Van: Agora, 17 mei 2017

Korte reactie op NZA Rapport palliatieve zorg: zorg op maat

Agora is blij met het rapport, met de constatering dat palliatieve zorg meer is dan palliatief terminale zorg in de laatste drie maanden en de ambities voor palliatieve zorg in relatie tot de bekostiging.

Voor Agora is het uitgangspunt van goede palliatieve zorg dat mensen kunnen leven tot het einde. Dat zij zorg en ondersteuning kunnen krijgen op het juiste moment en op de juiste plaats op alle dimensies van palliatieve zorg. Dat niet de medische behandeling centraal staat, maar dat er ruimte is om keuzes te maken die passen bij de individuele invulling van de laatste levensfase. We pleiten dan ook voor integrale zorg en ondersteuning met bijbehorende integrale bekostiging. Een optie zou kunnen zijn een persoonsvolgende bekostiging over de schotten heen. Als basis hiervoor zou geëxperimenteerd kunnen worden met een persoonlijk leef-zorgplan om te voorkomen dat alleen in de laatste drie maanden alles uit de kast wordt gehaald.

Nog een paar opmerkingen over de tekst:

Alle dimensies

Hoofdstuk 3.4 'Patiënt journey' (blz. 44), biedt een mooie basis om verder uit te bouwen naar de niet medische dimensies, psycho-sociaal en spiritueel. De dimensies worden nu alleen genoemd. Een uitwerking in hoofdstuk 3.5 'Ambities' (blz. 46), ontbreekt.

Zorg en welzijn

Als het gaat over zorg en welzijn (blz. 46), mist in dit rapport de combinatie Zvw/Wmo. Dat zouden we graag benoemd hebben, om ook gemeenten verantwoordelijkheid te laten nemen voor de palliatieve zorg thuis. In het rapport staan op verschillende plekken wel elementen, maar de vraag is of dat voldoende is. Bij de ambities staat het kopje 'De palliatieve cliënt/patiënt: zorg en welzijn centraal'. Experimenten met transmurale zorgpaden of integrale tarieven worden genoemd. De vraag is of hierbij ook aanbod vanuit de Wmo en geestelijke begeleiding in beeld zijn.

Geestelijke verzorging

De tekst over Geestelijke verzorging (blz. 19, signaal 15) is niet overeenkomstig met die op blz. 27, signaal 22. Laatstgenoemde sluit beter aan bij de actualiteit, al delen wij niet de conclusie dat in de regelgeving geen aanpassingen nodig zijn, maar alleen de informatievoorziening verbetering behoeft.

Van: Associatie Hospicezorg Nederland (AhzN), 17 mei 2017

Het rapport 'Palliatieve zorg; zorg op maat', met daarin de probleeminventarisatie & -analyse en de aanbevolen acties ten aanzien van de bekostiging, hebben wij kort geleden goed ontvangen. In onze AHZN ledenvergadering van dinsdag 16 mei jl. hebben wij de notitie besproken. U ontvangt hierbij onze reactie.

Allereerst onze complimenten voor het rapport. Een gedegen document met de geschetste problemen en oplossingen.

Onze bevindingen vindt u hieronder puntsgewijs beschreven.

Hospices hebben een apart hoofdstuk gekregen in uw rapport, waarin de problematiek op hoofdlijnen goed wordt geschetst.

Onze input die wij in januari van dit jaar aan u hebben gestuurd heeft u grotendeels opgenomen in het document. Hiervoor onze dank.

Dit heeft met name betrekking op de punten: Indicatiestelling, eigen bijdrage, casemanagement, geestelijke verzorging, nazorg, laag tarief ELV, toegang tot zorg, plafond, suggestie aan zorgverzekeraars om hospices rechtstreeks te contracteren

Uw uitnodiging om o.a. mee te denken over bekostiging/reëel tarief voor nazorg nemen wij graag aan. Wij horen graag hoe en op welke wijze wij onze bijdrage kunnen leveren.

Toch zijn er punten die wij in januari hebben aangegeven en missen in het rapport.

Graag zien wij deze alsnog opgenomen:

Eigenstandige financiering hospices

Eisen kwaliteit hospicezorg (PREZO) zijn niet overgenomen; kwaliteitskader palliatieve zorg wordt wel een aantal keren genoemd. In het kader van bekostiging is het belangrijk de uitgangspunten van de hospicezorg op te nemen.

Bekostiging respijt / crisis en symptoombestrijding is niet benoemd

Loonkosten stijging tgv cao's (o.a VVT)

Benchmark op juiste wijze en niet met alleen wijkverpleging

Daarnaast en in aanvulling op bovenstaande willen we u informeren over een ontwikkeling die na het toesturen van onze reacties in januari 2017 heeft plaatsgevonden en die we nog graag willen toevoegen aan onze bevindingen.

Op 1 april hebben zorgverzekeraars hun zorginkoopbeleid 2018 gepresenteerd. Wat ons hierin opvalt ten aanzien van de bekostiging van de (terminale) palliatieve zorg is het volgende.

Palliatieve zorg gefinancierd vanuit ELV maakt deel uit van het macrokader waar GRZ en ELV geïntegreerd zijn in één kader. Een aantal zorgverzekeraars hebben in de inkoop 2018 aangekondigd om te onderzoeken of ELV alleen bij aanbieders ingekocht moeten worden die ook GRZ bieden. Dat impliceert dat als dat werkelijkheid wordt, de hospices die geen GRZ bieden worden buitengesloten van de inkoop ELV en derhalve geen financiering hebben. Daarom pleit de AHZN voor een eigenstandige positie in de zorginkoop afgesplitst van het geïntegreerde kader GRZ en ELV zodat hospicezorg apart kan worden ingekocht.

Graag zouden wij onze relatie met de NZa nader vormgeven. Wij nodigen u graag uit voor een kennismakingsgesprek.

Van BTN, 17 mei 2017

Dank voor het aanbieden van het rapport in deze consultatieronde. Vanuit BTN is met name gekeken naar het onderdeel langdurige zorg en eerstelijns zorg.

Veel van de punten zoals beschreven in het rapport zijn herkenbaar voor BTN. Uitgangspunt voor de zorg, en specifiek de PTZ zorg, moet zijn 'zorg op maat'. De bekostiging dient hierbij volgend te zijn in plaats van leidend. Daar zijn nog stappen in te maken.

Ook herkennen wij dat diverse, reeds bestaande, mogelijkheden nog onvoldoende bekend zijn en daardoor onvoldoende benut worden. Heldere communicatie vanuit alle partijen kan hieraan bijdragen. Hierin zullen wij dan ook onze rol nemen.

De signalen over het declareren na overlijden/bieden van nazorg zijn herkenbaar. Actie vanuit verzekeraars met betrekking tot de declaratiesystemen is dan ook gewenst. Voor zover benoemd is dat dit onderdeel uitmaakt van het tarief is erg belangrijk dat dit dan ook meegenomen wordt in de opbouw van tarieven, zowel binnen de Zvw als Wlz. In de praktijk blijkt dat het niet altijd mogelijk is om in overleg met de verzekeraar passende tarieven af te spreken. Toezicht op de zorgplicht en het contracteringsproces is hierin dan ook essentieel. Het is echter niet wenselijk dat er eerst problemen met cliënten ontstaan voordat er ingegrepen wordt. Ditzelfde geldt ook voor de ELV-zorg.

Binnen de Zvw is het de wijkverpleegkundige die bepaalt welke zorg noodzakelijk is, ook indien dit 24-uurs zorg is. Echter in de praktijk zien we vaak dat de verzekeraar stuurt op een Wlz indicatie op het moment dat de zorgvraag oploopt. In sommige gevallen is er dan nog geen sprake van PTZ. De verzekeraar en zorgaanbieder kunnen de cliënt niet dwingen tot een Wlz-indicatie, maar tegelijkertijd wordt de zorgaanbieder door de verzekeraar wel beoordeelt op de doelmatigheid en wordt vaak gehouden aan het eerder gestelde omzetplafond. Wanneer een verzekeraar toch aanstuurt op Wlz zorg kan dit ook nadelige gevolgen hebben voor de cliënt, zoals minder inzet van uren en betaling van een eigen bijdrage. Het voorstel om de eigen bijdrage voor Wlz PTZ-zorg thuis te laten vervallen ondersteunen wij dan ook. Echter, wenselijk zou zijn om dit voor alle Wlz-zorg thuis te doen zodat de overgang van Zvw naar Wlz thuis soepeler is. Het MPT en VPT zijn op dit moment gebaseerd op intramurale zorg. Dit maakt dat het niet altijd toereikend is om deze zorg in de thuissituatie te bieden. Deze signalen ontvangt BTN regelmatig. Voor de PTZ zorg, maar ook de overige Wlz-zorg thuis bekijken we dan graag gezamenlijk naar de mogelijkheden om hierin meer 'zorg op maat' te kunnen bieden.

Van: Fibula rapport palliatieve zorg: zorg op maat NZa, 17-5-2017**– Algemeen:**

- Een duidelijk en leesbaar rapport. Daarnaast vinden we het hele proces van hoor en wederhoor erg zorgvuldig. En je leest de wil om echt vooruitgang te boeken. Mooi!!
- Er worden acties benoemd. Er zijn regelmatig oplossingsrichtingen waarbij de verantwoordelijkheid teruggelegd wordt bij de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Dit is en lijkt logisch maar we hebben de indruk dat in de praktijk er niet altijd een gelijkwaardige verhouding is. Daarbij hebben we de vraag wie er kan borgen dat de oplossingsrichtingen ook opgepakt worden.
- Dit geldt o.a voor de beleidsregel innovatie een innovatieve prestatie. In de praktijk speelt de zorgverzekeraar hierin een zeer grote rol en heeft de zorgaanbieder een afhankelijke positie. De financiering hiervoor komt vaak bij de zorgverzekeraar vandaan.
- Er zijn weinig knelpunten vanuit GGZ of GZ. Heeft dit een reden?
- Het ziekenhuis lijkt meer financiering te ontvangen voor palliatieve zorg. Inzet ondersteuning en begeleiding, MDO etc. De inzet is goed, maar hoe staat men tegenover financiering van het ZH op basis van visie op palliatieve zorg(pz). Immers pz is vooral care –gerelateerd. ZH als pz plek of juist zorgen dat pz in de thuissituatie plaatsvind.
- Hoe monitoren we verder op de ontwikkelingen rondom het oplossen van de signalen.
- Er bestaan verschillen in inkoopvoorwaarden tussen zorgverzekeraars op het gebied van pz. Het zou wenselijk zijn als er meer uniformiteit bestaat, ook om initiatieven overal in NL een gelijke kans te geven (bijv. nu meer PaTz-groepen in regio's waar daar een vergoeding tegenover staat).
- In de oplossingsrichtingen wordt veel verwezen naar zorgaanbieders en zorgverzekeraars die hun verantwoordelijkheid moeten nemen. Het is dan lastig het netwerk daar invloed op uit te oefenen.
- In veel oplossingsrichtingen wordt aangegeven dat informatie voorziening helder, duidelijk en transparant moet zijn om aan te sluiten bij het veld. De vraag is echter wie hier dan verantwoordelijk voor is. Een voorbeeld hiervan zijn de informatiekaarten die ook niet altijd even duidelijk zijn!
- Inzetten op vereenvoudiging van de regelgeving zou het mooist zijn.
- Wat is de visie op transmurale palliatieve advies team die patiënten zoveel mogelijk in de thuissituatie begeleiden en ondersteunen middels advies aan zorgverleners. Hoe wordt tegenover een integrale vergoeding gestaan?
- De mogelijkheden van parallelle DBC's zijn niet overal bekend en belemmeren nu de inzet van palliatieve teams in ziekenhuizen (en/of de regionale transmurale teams). Duidelijke informatievoorziening hierover is wenselijk.

Blz 5: Managementsamenvatting

- 1^e alinea, "Bovendien willen we dat de zorg aansluit bij de zorgvraag: dit geldt niet alleen voor fysieke en psychische symptomen zoals pijn en angst, maar ook voor welzijn en welbevinden". Kan er niet verwezen worden naar de 4 domeinen van de WHO definitie? Dus ook aanvullen met sociale en spirituele aspecten
- 1^e alinea, laatste zinnen: Bekostiging is volgend en leidend, dit is naar onze mening stellig omschreven daar de financiering van de transmurale consultatie nog niet goed geregeld is.
 - 2^e alinea, laatste zin: toevoegen: Beroepsverenigingen

–

Blz 8: Doelstelling en aanpak, paragraaf 4

- Er wordt geschreven over een separaat consultatiedocument. Deze is niet toegevoegd.

–

Blz 9 Medisch specialistische zorg

- 2^e alinea laatste zin, er wordt gesproken over multidisciplinair overleg, kwaliteitskader en Fibula spreekt van interdisciplinair overleg.

–

– Blz 10: palliatieve zorgproducten.

- Er wordt benoemd dat 6 medisch specialisten apart zorgtraject pz kunnen starten. Ondanks dat dat vergadering van 5 jan. Dit voldoende achten vindt Fibula dat specialisme als cardiologie en nefrologie toegevoegd mogen worden. Ook in het palliatief advies team binnen ziekenhuizen zitten bijvoorbeeld cardiologen regelmatig aan.

–

- **Blz 11, vpk specialisten** nemen vaak het advies en begeleidingstraject op zich. Zijn vaak de voorwachten van de medisch specialisten. Mooi dat hier aandacht voor komt.

Blz 12: Beschikbaarheid van supportie care producten.

- Blz 13, punt 8. Pz is breder dan oncologie. Daarmee zou supportieve care ook voor andere diagnoses dan oncologie beschikbaar moeten zijn. Dat deze zorg alleen door cardiologen en oncologen geboden kan worden, vinden we niet juist. Deze specialisten hebben ook niet altijd de juiste kennis en kunde op gebied van pz. Het raadplegen van een palliatief team kan ondersteunend zijn maar niet vervangend.
- Aanspraak; Volgens Fibula hoort ook het signaleren van complexe rouw bij nazorgsgesprekken?

–

Blz 15: Kwaliteit van zorg

- Palliatieve zorgproducten een factor die naar huis gaan kunnen belemmeren. Het TO zegt dit niet te herkennen. Een praktijkervaring die de conclusie ondersteunt en niet genoemd is; "Wanneer een patiënt blijvend begeleid en ondersteund wordt door oa. vpk specialisten is dit voor patiënten een zeer veilige situatie. We zien in de praktijk juist wel dat patiënten langer blijven in de ziekenhuis setting voor begeleiding en ondersteuning dan wellicht noodzakelijk. Vaak willen patiënten ook graag in het ZH blijven. (veiligheid) Ziekenhuizen lijken dit vaak te honoreren. Aan de andere kant is het belang van een gesprek boven behandeling van waarde.

–

Blz 16: Soncos normering

- Wanneer treedt vergoeding op? Er zijn veel verschillen hoe palliatieve teams in ZH hun taak/rol opvatten. Soms bestaat het team met daarbij de afspraken alleen op papier. Wie is verantwoordelijk voor het naleven van de afspraken?

–

Langdurige zorg

- Blz 18: Bij conclusie mutatedagen; Informatie over dat zorgaanbieders de kosten van opbaren in rekening kunnen brengen bij de uitvaartverzekeraar vraagt om heldere patienteninformatie en informatie voor zorgorganisaties. Wie is hier verantwoordelijk voor?
- Blz 18: Nazorg aan nabestaanden; Volgens ons zit het tarief voor nazorg in de kostprijs van de uren ervoor geleverd en kan het nazorgbezoek niet apart gedeclareerd worden. Is dit juist en geeft dit dan voldoende prikkel om nazorg in de praktijk meer invulling te geven. Hier is wel behoefte aan. Wij pleiten dan voor het kunnen declareren van het bezoek net als de zorg ervoor. De inhoud van deze nazorgsgesprekken bevatten onder meer de signalering van complexe rouw.

–

Blz 19: geestelijke verzorging

- Valt coping en zingevingsvraagstukken als onderdeel van ZVW voor cliënten die thuis wonen en wordt dit dan als geneeskundige zorg aangemerkt bij ernstige problematiek. Dit is voor ons niet helemaal duidelijk. Op welke wijze wordt dan geïndiceerd / via huisarts verwijzing? De regel is nog erg ingewikkeld.
- Juist in de thuiszorg is de inzet van geestelijke zorg lastig vanwege de financiële belemmeringen. Is het mogelijk dat de NZa de thuiszorgorganisaties een (financiële) prikkel geeft om spirituele zorg te bekostigen. Anders gaat het ten koste van de wijkverpleging of wordt er geen aandacht gegeven aan de spirituele zorg.

Blz 20: Administratieve last ZP10

- Goed dat hier naar gekeken wordt. Voornemen is dat de terminaliteitsverklaring van de behandelend arts voldoende kan zijn. Gaat om zorg betrekking op levensverwachting minder dan 3 maanden. Huisartsen hanteren deze regel en inschatting zeer divers. Vanuit de praktijk bemerken we dat artsen soms te lang wachten met alle gevolgen van dien.

–

Blz 23: Eerstelijnszorg

- Bekostiging samenwerking indirecte patientgebonden tijd, hierbij wordt aangegeven dat dit al in de huidige tarieven zit en dat de verzekeraar en de zorgaanbieder hierover afspraken moeten maken. Dit blijkt in de praktijk een zeer lastig vraagstuk. De zorgverzekeraar is hier aan zet, zorgaanbieder is afhankelijk van hen. Het oormerken van indirect patientgebonden tijd (MDO of PATZ) lijkt wenselijk.
- We missen hier de (wijk)verpleegkundigen werkzaam in palliatieve zorg. Denk aan de PaTzgroepen. NZa zegt dat dit in de tarieven is inbegrepen. In de praktijk worden de tijd

van deze professionals niet vergoed. PaTz groepen is een hulpmiddel voor vroegtijdiger ondersteuning en proactieve zorgplanning en vraagt om extra inzet. Onderzoek heeft uitgewezen dat het in een later stadium zich terugbetaalt o.a. door minder zorgkosten en betere aansluiting op wensen en behoeften van patiënt/naasten.

–

Blz 24: punt 19 declaraties

- In de praktijk blijkt dat als patiënten een aanvullende verzekering hebben, zij een vergoeding kunnen krijgen voor de eigen bijdrage voor opname in een hospice de verzekeraar stelt als voorwaarde dat een hospice lid moet zijn van een netwerk. En kijkt hiervoor op de website van het netwerk palliatieve zorg. Als hieruit niet blijkt dat een hospice lid is vergoed de verzekeraar de bijdrage niet, terwijl een hospice el degelijk lid kan zijn en de nabestaande wel degelijk recht hebben op vergoeding. Dit is geen knelpunt in de financiering maar vergt wel uitleg aan verzekeraars en patiënten. Kan de Nza dit meenemen in de aanbevelingen.

–

Blz 26: Casemanagement

- Onderzoek heeft het belang van casemanagement uitgewezen. Inzet casemanager palliatieve zorg leidt tot minder ziekenhuisopnames in laatste levensfase onderzoek van Annicka van der Plas/VU Amsterdam. Ook in de praktijk van dementie zien we dat het casemanagement enorm onder druk staat.
 - In de tekst lezen we dat een uur casemanagement opgevoerd mag worden als een uur verpleging mag rekenen. Het zou helpen als casemanagement geoormerkt wordt voor een aantal uren per patiënt. Dus los en extra van de zorginzet. Casemanagement kan juist een cruciale rol spelen in mensen zoveel mogelijk- en eerder thuis ondersteunen.

–

Blz 27: Geestelijke zorg

- De conclusie is duidelijk, maar hoe gaat dit van verder vorm krijgen? In het veld is hier wel behoeften aan.

–

Blz 28: Nazorg

- Mooi dat de Nza vraagt om de aanbieders nazorg mee te laten nemen in de korstprijsaanleveringen. Het wordt dan op individueel niveau per zorgaanbieder opgepakt. Kan dit niet meer in gezamenlijkheid of dat er richting gegeven kan worden vanuit Nza op welke manier zodat dit meer gedragen kan worden door het veld, ook wat betreft eenduidigheid.

–

Blz 29: Tarief

- Zorgverzekeraar bepaalt of er voldoende zorg ingekocht is, die teven kwalitatief goed en bereikbaar en tijdig is. Maar wie bepaalt de kwaliteit? Denk aak aan onbewust, onbekwaam? Is het mogelijk om hier kaders voor te maken en wie zijn verantwoordelijkheid is dit dan? Er wordt aangegeven dat de Nza toezicht houdt op de monitoring van de zorgplicht en op het contracteringsproces maar op welke manier dan?
- Op blz 30 wordt bij de conclusie omschreven dat de beroepsorganisaties moeten beschrijven waaruit kwalitatief goede zorg bestaat....Worden de juiste mensen hiervoor aangeschreven en wie zijn dit dan?

–

Blz 30: Inzet van zorg

- Maximum tarief eerstelijnsverblijf, blijktbaar wordt niet vaak het maximum aan zorg ingezet. Dit is dus blijktbaar afhankelijk van de zorgverzekeraar. In de opvolgende conclusies zien we dat het probleem teruggelegd wordt bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij moeten tot een passend tarief komen. Het probleem zit vaak tussen de onderhandelingen en de vaak gevoelde macht van de zorgverzekeraar. We zijn benieuwd hoe de zorgaanbieder en organisaties namens de zorgaanbieders hier tegenover staan.

Blz 32: voetnoot 35 gaat over inkoopvoorwaarde 'aangesloten zijn bij regionaal NPZ'.

- Dit is foutieve informatie. Stichting Fibula heeft geen lijst met aangesloten leden van netwerken. Ieder netwerk is verantwoordelijk voor het bijhouden van zijn leden. Verzekeraars stellen als inkoopvoorwaarde wel dat zorgaanbieders lid moeten zijn van het

netwerk maar controleren hier niet op of gaan af op wat er op een website staat en dit is niet altijd up to date informatie.

Blz 37: Conclusie eigen bijdrage Wlz

- Er zijn geen signalen ontvangen over de verschillen in eigen bijdrage die kunnen leiden tot verschillen in de kwaliteit of toegankelijkheid van zorg, maar er is wel veel onduidelijkheid over deze verschillen in eigen bijdrage maar zorgaanbieders (professionals) en burgers. Ook hiervoor pleiten we voor duidelijke eenvoudige informatievoorziening.
- Bij 2^e conclusie staat dat als zorgaanbieders niet voldoen aan hun zorgplicht dit gemeld kan worden bij de Nza. Dit gaat wel ver en wat is dan niet voldoen aan de zorgplicht? Zijn er mogelijkheden om hier kaders aan te geven?

–

Blz 38: bovenaan onder aannemerschap

- Onder aannemerschap kan de kwaliteit van palliatieve zorg in de weg staan. Wie bepaalt wanneer de juiste kennis en kunde op gebied van palliatieve zorg niet meer geleverd kan worden door de zorgaanbieder? Denk hierbij ook aan onbewust onbekwaam. Zijn hier kaders voor aan te rekenen?
- Punt 32 gesprek laat op gang binnen het ziekenhuis.
 - Knelpunt stelt vast dat er veel tijdsinvestering en inzet is van uren voordat iemand overlijdt. Een vraag van ons tav van financiering; Is er een basistarief om de eerste inzet mogelijk te maken wanneer iemand binnen een dag /2 dagen overlijdt.
- Conclusie van 32; het veld wilt graag afspraken maken over transfer van client van ziekenhuis naar hospice maar afspraken maken lukt niet altijd. Zijn hier kaders voor aan te geven?

–

Blz 43: Prikkels bekostiging

- Verzekeraar stuurt aan op WLZ, een na laatste alinea; de opmerking dat thuis wonen steeds moeilijker wordt kunnen jullie als Nza niet plaatsen. Hierin worden een aantal aanvullende financiële componenten benoemd. Vraag is of deze toereikend zijn. Er wordt gesteld dat er geen financiële restricties zijn bij een ZZP10. Maar in de praktijk is dit niet altijd helder. ZN herkent het signaal niet. Is het nodig om vanuit Nza eigen onderzoek hierover uit te zetten.
- De regeling extra kosten thuis (EKT) – we denken dat deze regeling niet genoeg bekend bij de zorgaanbieders. Hierover hebben we eerder al iets geschreven over goede informatievoorziening.

–

–

Blz 44: Patiënt journey.

- Stervensfase gaat over de laatste (veelal) drie dagen. Terminale fase gaat over de laatste drie maanden. Palliatieve fase kan over jaren gaan. Dit staat niet goed vermeld.
- Budget en financiering zou volgend moeten zijn en aansluiten bij behoeften van de patiënt en naaste(n) en wat hij/zij nodig heeft. De vraag van ons uit is nu hoe financiering bij kan dragen aan efficiënt en vooral effectieve ondersteuning en zorg afgestemd op het individu.
- Er wordt ziektebeelden benoemd als kanker, hartfalen, COPD, maar voorstel is om deze ziektebeelden graag uitgebreider te zien; dementie, ALS, MS, Huntington etc.

Blz 45: ambities

- In de bekostiging zijn de laatste jaren meerdere mogelijkheden geschapen die aansluiten bij deze nieuwe manier van denken. Zo is er in de msz een consult 'samen beslissen' (zie 2.2) en zijn er in de eerstelijnszorg tijdelijke of structurele prestaties gericht op samenwerking tussen professionals. Onduidelijkheid over samenwerking in de regio kan ten koste gaan van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Netwerk palliatieve zorg hebben aandeel in de regionale samenwerking. Nu zijn er zorgaanbieders die meedoen en de samenwerking mee gestalte geven. Anderen liften mee of staan aan de zijlijn, geen verbinding. Hoe gaan we daar mee om ook vanuit financieringsoogpunt. Fibula vindt het wenselijk om ook financiering te organiseren om regionale samenwerkingsafspraken over palliatieve zorg te maken.

–

Blz 46: Samenwerking.

- Hier lijkt de financiering nog erg onduidelijk. Mis hierin ook de toekomstmogelijkheden richting transmurale teams, de huidige consultatieteams 1^e lijn en de casemanagers die

verbindend kunnen zijn tussen de diverse echelons. We denken dat via financiering op deze functie- uren per palliatieve patiënt kan wellicht samenwerking gestimuleerd worden.

–

Blz 49

- Zowel bij Lara Dijkstra als bij Els Knapen hoort te staan proeftuin van Anders Beter, met partners uit Netwerk Palliatieve Zorg Westelijke Mijnstreek.

Van VGVZ, koepel organisatie voor geestelijk verzorgers

Dank voor het doorsturen van het NZA-document.

Een aantal dingen die opvallen en die me voor de spirituele zorg van belang zijn:

1. in de specialistische palliatieve teams in de ziekenhuizen zit niet standaard een gv. Dat betekent dat het afhankelijk is van de affiniteit van de arts/vpk of er aandacht aan dit domein wordt besteed (zie mini-onderzoekje dat ik twee jaar geleden heb gedaan voor het EAPC-congres: geen gv --> minder aandacht voor spiritualiteit in het consultatieteam)
2. omdat de gv in de eerste lijn niet goed geregeld is kunnen transmurale teams er niet op vertrouwen dat er spirituele zorg beschikbaar is als de patiënt naar huis gaat. Doordat ziekenhuis gv's niet extramuraal mogen werken is ook hier sprake van een schottenprobleem. Dat wordt niet benoemd.
3. bij punt 15 wordt teruggerepen op de brief van 2010, jammer, maar begrijpelijk. Wel staat daar gelukkig dat inzet van gv als geneeskundige zorg kan worden aangemerkt ivm de vereiste deskundigheid. Hoe kunnen we daar op aansluiten? Er staat geen conclusie over vervolgstappen en het mogelijk maken van navenante financiering bij.
4. Zelfde punt 15 p. 19: advies is dus om informatie aan te vullen op de informatiekaarten van VWS. Hoe kunnen wij daar in participeren? wie neemt het voortouw?
5. Bij 22 op p. 27 staat tot mijn verbijstering de geestelijk verzorger niet als mogelijk aanbieder van geestelijke verzorging. Kunnen we vragen dat te corrigeren? Dit klopt niet met de huidige beroepspraktijk waarin ook humanistisch raadslieden en geestelijk verzorgers van wie de levensbeschouwing is geborgd door de Raad voor Institutioneel niet gezonden Geestelijk Verzorgers volledig gelijkwaardig in het beroepsveld werken en lid zijn van de VGVZ als overkoepelende beroepsvereniging.

Van IKNL, 17 mei 2017

Medisch specialistische zorg

Blz 9: Palliatieve zorgproducten msz

Hier wordt gesproken over (specialistisch) palliatief team.

Opm. In het Kwaliteitskader en het bijbehorende begrippenkader wordt de term (gespecialiseerd) team palliatieve zorg gebruikt.

Blz 10, eerste alinea:

Hier wordt gesproken over een multidisciplinair overleg.

Blz 11, een na laatste alinea:

Hier wordt gesproken over palliatief overleg.

Opm. Eenduidigheid in terminologie: Overleg palliatieve zorg

Blz 10, 1. advies en begeleiding door een lid van het team PZ:

Opm. Ten aanzien van Kindergeneeskunde als specialisme wat zorgtraject palliatieve zorg kan openen: het team PZ is meestal niet voldoende toegerust voor specifieke palliatieve zorg aan kinderen. Dit wordt veelal geboden door kinderartsen zelf en zij maken dan in het algemeen geen deel uit van het team PZ. Voor dit vakgebied lijkt een andere organisatie van registratie en declaratie van palliatieve zorg dan ook aan de orde. 'Medische kindzorg' hier noemen?

Blz 11, punt 3:

Opm. Dit geldt niet alleen voor een internist uit team PZ en voor interne opgenomen patiënt, maar idem voor longarts uit team en voor longziekten opgenomen patiënt etc.

Blz 11, conclusie punt 3:

Er wordt verwezen naar vervolgactie 2.3, klopt niet, is 2.2

Blz 11, 4. Inzet verpleegkundig specialist

Opm. Dit geldt ook voor de specialist ouderengeneeskunde die lid is van het team PZ. Hij mag als poortfunctionaris wel zelfstandig DBC's openen en declareren vanuit bestaande diagnoses van andere specialismen (NR/REG 1732, definities), maar kan volgens regelgeving geen 'medebehandeling', geen 'klinisch intercollegiaal consult' en geen 'polikliniekbezoek' registreren.

Blz 11, een na laatste alinea:

Hier staat 'In de kwaliteitsstandaard van het IKNL wordt aangegeven dat het palliatief overleg uit ten minste twee medisch specialisten en een verpleegkundig specialist bestaat. In de regelgeving van de NZa staat beschreven dat het palliatief team uit ten minste 2 poortspecialisten dient te bestaan'.

Opm. Dit moet zijn: In het SONCOS normeringsrapport 2017 wordt aangegeven dat het team palliatieve zorg uit ten minste twee medisch specialisten en een verpleegkundig specialist bestaat. In de regelgeving van de NZa staat beschreven dat het palliatief overleg uit ten minste 2 poortspecialisten dient te bestaan.

Blz 11, conclusie punt 4:

Er wordt verwezen naar vervolgactie 2.2, wordt onder 2.2 of elders bij oplossingen niet meer genoemd.

Blz 12, punt 5:

Advies / begeleiding door team palliatieve zorg kan niet in rekening gebracht worden, omdat patiënt is overleden, voordat het palliatief overleg (ipv palliatief team) heeft plaatsgevonden.

Opm. In de hele alinea wordt over palliatief team gesproken terwijl palliatief overleg (190006) wordt bedoeld. Dat is waar het knelpunt/signaal over gaat.

Blz 12, punt 5 tweede alinea:

Opm. Het zijn juist de betrokken beroepsgroepen die nu aangeven dat registratie na overlijden van een multidisciplinair palliatief overleg dat voor overlijden heeft plaatsgevonden wel mogelijk zou moeten zijn.

Blz 13, punt 8 tweede alinea:

IKNL is van mening.....Oncologie is een ander verhaal.

Opm. Zeer ongelukkig geformuleerd. Hele alinea lijkt uit notulen TO 5 januari afkomstig te zijn. Bedoeld wordt dat in de laatste fase bij niet-oncologische palliatieve diagnoses (COPD, hartfalen, nierfalen) de behandeling van de ziekte (en dus de daarbij horende zorgactiviteit en mogelijkheid voor registratie en declaratie) bij die patiënten veelal doorloopt tot aan overlijden.

Blz 13, punt 9 tweede alinea:

Tekst over doorlopen traject in 2017 is verwarrend en voegt niet wezenlijk iets toe aan het komen tot de conclusie. Weglaten.

Blz 14, punt 11 Conclusie:

Tav zorgactiviteit ' bespreken behandelopties' geen knelpunt in bekostiging.

Opm. Is dit zeker? Cijfers over gebruik van deze zorgactiviteit in DIS zijn laag. Wellicht geen knelpunt in bekostiging omdat getallen laag zijn, maar dat regelgeving juist gebruik in de weg staat? Wat wordt de aanpassing in kader van 'Samen Beslissen'?

Blz 16, 2^e regel:

Gespecialiseerd verpleegkundige vervangen door verpleegkundig specialist (gespecialiseerd verpleegkundige mag niet zelfstandig registreren en declareren).

Blz 16 Nieuwe zorgactiviteit voor palliatief consult:

Uniformiteit in tekst; zou moeten zijn nieuwe zorgactiviteit voor consult ten behoeve van palliatieve zorg.

Inhoudelijk meer helderheid over wie dit mag openen, wanneer het consult van team palliatieve zorg genoemd zou worden.

Blz 16 Nieuwe zorgactiviteit voor palliatief consult:

In memo NZa van TO 6 maart 2017 is afgesproken:

Omwille van de eenduidigheid is het wenselijk deze ZA ook te gebruiken ter vervanging van poliklinische consulten ten behoeve van palliatieve zorg.

De omschrijving van deze ZA impliceert dat een dergelijk consult alleen mag worden vastgelegd door een lid van het team palliatieve zorg. Daarbij is het de bedoeling dat dit type consult mag worden geregistreerd door alle type beroepsbeoefenaren die ook een regulier consult mogen vastleggen (dus niet alleen de medisch specialisten, maar ook de verpleegkundig specialisten). Hier

zou de specialist ouderengeneeskunde ook nog aan toegevoegd kunnen worden voor alle helderheid.

Blz 16, alinea onder gekaderde tekst:

De eisen die gesteld worden aan het overleg palliatieve zorg zijn bedoeld als kwaliteitsborging en het is wenselijk dat deze aansluiten bij de eisen voor samenstelling van het team palliatieve zorg, zoals geformuleerd in de SONCOS-normering (welke in alle ziekenhuizen als leidraad wordt gebruikt)

Langdurige zorg

Blz 19, alinea's over Kamerbrief 2010:

Inhoud zoals hier weergegeven komt niet overeen met inhoud zoals beschreven in meer recente Kamerbrief november 2015. Hierin staat:

"Als een cliënt voor zijn zorg is aangewezen op de Wlz, dan draagt de instelling zorg voor zowel de zorg- als de ondersteuningsvragen van de cliënt. Indien een cliënt zijn zorg met een Volledig Pakket Thuis (VPT) invult, dan maakt de begeleiding bij coping en zingeving en het bieden van een vrijplaats hier onderdeel van uit"

In 2^e alinea tav inhoud van de Kamerbrief 2010 staat dat coping en zingevingsvraagstukken voor cliënten die niet in een instelling verblijven onder de Zvw valt.

Helderheid bieden over wat van geestelijke verzorging onder Zvw en wat nader Wlz valt.

Blz 20, Afschaffen indicatie zorgprofiel V & V zzp 10:

Is al duidelijk op welke termijn invoering te realiseren is?

Eerstelijnszorg

Blz 26, Gekaderde tekst:

Mogelijkheid om al iets concreter te zijn over genoemde kwaliteitsstandaard casemanagement?

Blz 27, alinea Kamerbrief Geestelijke verzorging:

Verwarrend tov hetgeen omschreven op pagina 19 bij Wlz.

Hospices

Blz 33, gekaderde tekst:

- Regionaal palliatief netwerk, moet worden ' regionaal netwerk palliatieve zorg';
- zorgmodule palliatief terminale zorg, hier wordt bedoeld 'zorgmodule palliatieve zorg', zal in 2018 opgegaan zijn in Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland.

Verschillen Wlz - Zvw

Blz 37, opsomming onder punt 30:

- Regionaal palliatief netwerk, moet worden ' regionaal netwerk palliatieve zorg';
- zorgmodule palliatief terminale zorg, hier wordt bedoeld 'zorgmodule palliatieve zorg', zal in 2018 opgegaan zijn in Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland.

Prikkels bekostiging

Blz 38, eerste alinea:

"De NZa vindt het ook belangrijk dat de zorg aansluit op het Kwaliteitskader Palliatieve zorg Nederland. Hierin staat beschreven wat patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars vinden dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland moet zijn "

'Welke medicatie in palliatieve richtlijnen wordt beschreven' staat niet in het Kwaliteitskader.

Weglaten.

Blz 41, laatste zin op de pagina:

Wanneer gebruik gemaakt wordt van de regeling meerzorg dan kan geen gebruik gemaakt worden van de regeling extra kosten thuis...

Onduidelijk ten opzichte van 2^e punt in opsomming op blz 42:

- Openstellen extra kosten thuis regeling voor alle palliatieve terminale cliënten in de Wlz met mpt, pgb of mbt + pgb....

Lijkt haaks op elkaar te staan.

Blz 43, 2^e alinea, laatste zin:

De medicatie na palliatieve chemotherapie.....elv-tarief. Onduidelijk wat deze zin toevoegt aan genoemd signaal. Kan weggelaten worden?

Patient journey

Blz 44, 1^e alinea:

Uit het begrippenkader bij het Kwaliteitskader komt:

Palliatieve fase:

Op grond van de definitie van palliatieve zorg – zoals deze in het Kwaliteitskader wordt gehanteerd – is het mogelijk dat voor sommige aandoeningen de palliatieve fase al vele jaren voor het te verwachten overlijden begint. Om pragmatische redenen bakent het Kwaliteitskader de palliatieve fase af tot de laatste fase van het leven, waarbij de patiënt naar verwachting van de zorgverlener in de komende twaalf maanden komt te overlijden.

Stervensfase:

De stervensfase omvat de laatste dagen (tot zeven dagen) van het leven. Er is sprake van een onomkeerbaar 'fysiologisch' proces dat in gang is gezet, waardoor het overlijden aanstaande is.

De term palliatieve terminale fase komt in het Kwaliteitskader en het begrippenkader niet voor, juist met het doel om (op termijn) palliatieve zorg in het burger bewustzijn niet direct meer te associëren met sterven. Voor de bekostiging van palliatieve zorg geldt voor de palliatieve terminale fase dat de behandelend arts verwacht dat de levensverwachting van de patiënt gelijk is aan of korter is dan 3 maanden.

Van: Nederlandse Vereniging van Kindergeneeskunde (NVK)

Datum: 18 mei 2017

Via de FMS heeft de NVK kennis genomen van het NZa Rapport palliatieve zorg: zorg op maat. De NVK heeft over dit onderwerp vanaf het begin aangegeven dat kinderpalliatieve zorg anders is dan palliatieve zorg voor volwassenen en dus ook anders wordt georganiseerd en anders gefinancierd zal moeten worden. Het rapport sluit niet of nauwelijks aan bij de kinderpalliatieve praktijk: de knelpunten in de palliatieve zorg voor zieke kinderen vinden we niet terug in het NZa rapport terwijl sommige volwassen-zorg knelpunten voor kinderen niet relevant zijn, de zorgproducten zijn niet toepasbaar voor kinderen, de kwaliteitsstandaard waarnaar wordt verwezen geldt niet voor kinderen, registratie door IKNL vindt voor kinderen niet plaats (er zijn nog vele andere voorbeelden) en wij beschouwen dat alles een grote ommissie. De NVK biedt haar expertise aan om dit verder mee uit te werken.

Wij wijzen er ook graag op dat er m.b.t. de financiering van palliatieve zorg voor kinderen een aparte ontwikkeling gaande is, met medeweten en werking van o.a. VWS, NVK, IKNL en NZA, en dat is de uitwerking van het Medisch Kindzorg Systeem (MKS). Het MKS is een nieuwe systematiek voor het indiceren, organiseren en uitvoeren van verpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis voor kinderen en jongeren (0 t/m 17 jaar) met een somatische (lichamelijke) aandoening die onder de eindverantwoordelijkheid staan van een (intramuraal werkende) kinderarts of een andere medisch specialist. Gemakshalve verwijzen wij naar de informatie op de website <http://www.hetmedischekindzorgsysteem.nl>. Op dit moment gaan de stakeholders ervanuit dat het binnen het MKS niet alleen de extramurale medische kindzorg, maar ook de activiteiten van de intramuraal werkende (verantwoordelijke) kinderarts worden geïncorporeerd. Het zou logisch zijn ook de comfortteams (palliatieve teams voor kinderen) hierin te includeren. Deze laatste ontwikkeling wordt door de NVK van harte gesteund en maakt expliciete exclusie van kinderpalliatieve zorg in de NZa conceptnotitie logisch.

Hieronder geven wij graag nogmaals aan waarom wij vinden dat kinderpalliatieve zorg anders benaderd moet worden;

1. Palliatieve zorg voor kinderen is *inhoudelijk* anders dan voor volwassenen. Voor kinderen heeft de NVK in 2013 een aparte evidence based richtlijn voor de palliatieve zorg voor kinderen gepubliceerd.
2. Ook de *organisatie van zorg* is anders voor kinderpalliatieve zorg dan de zorg voor volwassenen zoals beschreven is in de multidisciplinaire NVK-richtlijn voor palliatieve zorg bij kinderen en de daaropvolgende projecten van de NVK en Stichting PAL gefinancierd door VWS. Bestaande palliatieve teams voor volwassenen zijn niet toegerust en onbruikbaar voor kinderen

*ad 1. Inhoudelijke aspecten van palliatieve zorg voor kinderen*a) Kleine aantallen

Jaarlijks overlijden er 1.200 kinderen in Nederland. Ongeveer 5.000 kinderen komen in aanmerking voor palliatieve zorg. In de volwassen zorg is dit aantal veel hoger.

b) Andere aandoeningen

Het betreft grotendeels zeldzame, complexe aandoeningen zoals aanlegstoornissen van de hersenen en stofwisselingsziekten en te vroeg geboren en. Een minderheid van rond 30% betreft palliatieve zorg rondom oncologische aandoeningen. De zorg voor deze kinderen speelt zich voor een zeer belangrijk deel af in UMC's, top klinische centra's en centra die HC neonatologie bieden (veel ernstige aangeboren aandoeningen van bijvoorbeeld het hart leiden tot sterfte in de eerste weken of maanden), veelal afgestemd met de UMC's.

c) Palliatieve fase bij kinderen is een veel langer traject (gemiddeld vele jaren)

Voor kinderpalliatieve zorg geldt (internationaal - WHO) dat deze start bij diagnose van een levensduur verkortende en levensbedreigende ziekte. De zorg duurt vaak vele jaren. De 'surprise-question' is maar beperkt van waarde voor kinderpalliatieve problematiek (nooit daarvoor bedoeld); Palliatieve zorg bij volwassenen start bij verwacht overlijden binnen 1 jaar (Zorgmodule 1.0).

d) Zeer jonge kinderen (< 5 jaar)

De meeste patiënten zijn jonger dan 5 jaar bij aanvang van het palliatieve traject/diagnose. Keuzes over zorg en ondersteuning worden vrijwel volledig door ouders en/of verzorgers genomen.

ad 2. Organisatie van palliatieve zorg voor kinderen

a) De inzet van de palliatieve experts en teams. Er zijn in de laatste jaren heel belangrijke stappen gezet: de kinderpalliatieve zorg wordt op dit moment grotendeels gedaan door multidisciplinaire kinderteams aan de hand van opgestelde individuele zorgplannen en onder eindverantwoordelijkheid van de kinderartsen en neonatologen. De UMC's hebben sinds enkele jaren aparte 'comfort teams' voor kinderpalliatieve zorg opgericht (AMC/VU (Emma thuishet team), ErasmusMC/LUMC, UMCG, UMC Radboud, en Prinses Maxima Centrum/WKZ). Een aantal teams zijn al volledig (dwz multidisciplinair team met pedagogische zorg, psychologie, maatschappelijk werk, geestelijk verzorger, verpleegkundige etc.), en de anderen zijn in de eerste fase na de oprichting nog in ontwikkeling; Algemene ziekenhuizen beschikken nog niet over individuele kinderpalliatieve experts en teams. Behandelaars consulteren de beschikbare kinderpalliatieve specialisten in het UMC en leveren de zorg voor deze kinderen vervolgens zelf in nauw overleg met de lokale kinderartsen, verpleegkundige teams en andere betrokkenen. Regionale netwerken voor de zorg thuis onder leiding van de lokale hoofdbehandelaar en/of specialist kinderarts in het UMC zullen in de komende 2-3 jaar rond alle UMC's academische kinderziekenhuizen naar verwachting beschikbaar zijn.

b) Het landelijk kenniscentrum kinderpalliatieve zorg. Opgericht door de NVK en de Stichting PAL en in functie sinds begin 2017. Het kenniscentrum coördineert en faciliteert bij de uitvoering van acht speerpunten: consultatie, regionale netwerken, richtlijnen, onderzoek, beleid & financiering, zorgprojecten, kennis/voorlichting en opleiding. Een uniek netwerkproject dat veel kansen biedt.

c) Bestaande palliatieve teams hebben geen bemoeienis met kinderen

De bestaande palliatieve teams voor volwassenen hebben geen, of hooguit in uitzonderingsgevallen, bemoeienis met palliatieve zorg voor kinderen.

d) Huisartsen hebben (vrijwel) geen bemoeienis met palliatieve zorg voor kinderen

Palliatieve zorg voor kinderen wordt, anders dan voor volwassenen, zelden door huisartsen gedaan.

e) Kinderpalliatieve zorg is verbonden met het Medisch Kindzorg Systeem. In het MKS blijft de kinderarts hoofdbehandelaar van kinderen die verpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis nodig houden. Staatssecretaris van Rijn: "Verpleging (buiten het ziekenhuis), al dan niet in combinatie met verzorging en/of begeleiding, vindt plaats onder de directe regie van de kinderarts" (Kamerbrief 16 december 2014). Kinderpalliatieve zorg bij kinderen vraagt veel extra aandacht van zorgverleners in het ziekenhuis zowel als het kind in het ziekenhuis is maar ook als het thuis is.

- f) Palliatieve zorg wordt gecoördineerd vanuit ziekenhuizen die hoogcomplexere zorg bieden. De (laagfrequente) palliatieve zorg voor kinderen is vaak (universitair) ziekenhuis gebonden, complex ('high-tech') zowel in het ziekenhuis als thuis alsmede in alle relaties die daarbij hun rol spelen ((thuis)verpleegkundige teams, maatschappelijke werk, geloofsnetwerk, familie etc etc).
- g) Betrokkenheid gezin. Kinderpalliatieve zorg is gericht op kwaliteit van leven van de patiënt met een levensverkortende aandoening en het gehele gezin. Dit heeft consequenties voor de financiering ervan. Ook de zorg aan broertjes en zusjes en ouders, met name tijdens de nazorg na een eventueel overlijden behoort tot kinderpalliatieve zorg te worden begrepen.

Van NPCF, 17 mei 2017

De Federatie Paramedisch Platform Nederland (PPN) en het KNGF hebben met belangstelling kennis genomen van het rapport "Palliatieve zorg: zorg op maat". Onze complimenten voor de goed onderbouwde analyse van de problematiek rondom de palliatieve zorg. Wij herkennen de problemen die jullie in het rapport aangeven. Ook zijn wij tevreden met de nieuwe benadering: palliatieve zorg en terminaal palliatieve zorg in een continuüm, waarbij de patiënt en zijn of haar wensen en behoeften centraal staan. We hebben verder geen op- of aanmerkingen op het rapport en zijn gaarne bereid mee te denken over en mee te werken aan de realisering van de oplossingen.

Van: NVZ, 17 mei 2017

Bedankt voor het sturen van het consultatierapport en de kans die je partijen nog geeft om hierop te reageren. Allereerst mijn grote complimenten voor het consultatierapport. Het is goed leesbaar en wij vinden eerdere bevindingen in de teksten terug, met name waar het over de MSZ gaat. Vanuit onze kant zijn er een vragen en een toevoeging te melden.

@ toevoeging: zou een SOG als lid van het palliatieveteam toegevoegd kunnen worden?

@ hoofdstuk 3: Over de schotten is een belangrijk thema en roept ook naast de palliatieve zorg, vragen op.

Voor tweede lijn aanbieders is niet altijd duidelijk binnen welke aanspraak de zorg verleend wordt. ZV sturen op WLZ, maar ziekenhuizen leveren geen WLZ, maar MSZ. Hier ontstaat dus een declaratie vraagstuk/probleem, omdat de tweede lijn niet is of wordt geïnformeerd over de status van de patiënt. Naast allerlei correcties die dit teweeg gaat brengen, worden ook de afhandeling van eigen bijdrage (wlz) en eigen risico verstoord.

Wij zijn heel blij met de toevoeging van hoofdstuk 3, maar realiseren ons direct dat goede afspraken over de vraag 'wie betaalt' ontbreken.

Van Palliactief, 17 mei 2017

Het NZa heeft ons inziens een degelijke analyse uitgevoerd van de gesignaleerde problemen.

1. Het valt op hoe complex deze regelgeving is en hoeveel belanghebbende partijen er zijn, waardoor er op regionaal niveau behoorlijke verschillen lijken te bestaan in afspraken over palliatieve zorg. Het is dan ook nauwelijks te verwachten dat een patiënt en zijn/haar naaste in een palliatieve fase dit helder op een rijtje kan krijgen. Naast de meer technische insteek van de NZA, lijkt het ons belangrijk dat patiënten een goede wegwijzer door dit woud aan regelgeving krijgen. Temeer daar de NZa constateert dat de inrichting van de zorg (via Zvw of WLZ) consequenties kan hebben voor de kosten en de aanspraak op zorg voor de patiënt (bijvoorbeeld signaal 35).

2. Alles overziende komt uit de wet- en regelgeving nog sterk een beeld op van palliatieve zorg die zich vooral richt op terminale zorg. Wereldwijd is de trend echter gericht op vroegtijdige inzet van palliatieve zorg. De voorgestelde reparatiemaatregelen zullen ongetwijfeld een positief effect hebben op de toegang tot palliatieve zorg, maar zijn alles bijeen waarschijnlijk onvoldoende om een vroegtijdige inzet van palliatieve zorg echt goed te ondersteunen. Het is van groot belang dit perspectief van vroegtijdige palliatieve zorg mee te nemen in het ontwikkeltraject voor 2019.

3. Wij zijn van mening dat niet te snel geconcludeerd mag worden dat een signaal is opgelost zonder nadere praktijkverkenning en zonder adequate monitoring van het vervolg.

Hieronder een aantal specifieke opmerkingen of vragen bij de genoemde signalen.

Voor wat betreft de medisch specialistische zorg zijn de signalen herkenbaar en lijken de oplossingsrichtingen adequaat. Alles bijeen blijft het echter een complexe registratie, waarvan de voortdurende monitoring zowel binnen de ziekenhuizen als ook bij de NZA van belang blijft. Vanuit de WHO definitie voor palliatieve zorg maar ook vanuit onderzoek is het belang gebleken van vroegtijdige inzet van palliatieve consultatieteams in het ziekenhuis. Dat gaat over consultatie aan bed, maar ook over poliklinische consultatie. Hoewel de evidence vooral oncologische patiënten betreft, wil dat niet zeggen dat er bij andere ziektebeelden geen positief effect van een palliatieve zorgbenadering is te verwachten.

Signaal 8.

Het lijkt ons aannemelijk dat er wel behoefte is aan meer inbedding van de palliatieve zorg benadering bij bijvoorbeeld COPD, ook in de DBC/DOT systematiek. Mogelijk is die behoefte latent en daardoor minder urgent bevonden door NZA, dit neemt echter niet weg dat juist bij niet-oncologische ziekten er nog veel te winnen is voor wat betreft palliatieve zorg. Tot slot, er zijn zorgen uit het veld dat de tarieven van de DOT/DBC palliatieve zorg niet afdoende de kosten dekken. Hier is nader onderzoek gewenst.

Signaal 12

Hier wordt een nogal juridische en financiële benadering gekozen. Maar de overledene heeft gewoond in die kamer. Het was zijn thuis! De wens om iemand daar dan ook op te baren is heel invoelbaar en menselijk. Het zal goed kunnen zijn dat dit niet wordt gedekt door een uitvaartverzekering, daarom is het zeer de vraag of dit in rekening moet worden gebracht bij nabestaanden. Als het niet kan worden opgelost via de mutatedagen is het van belang juist ook hier naar een passende oplossing te zoeken. Palliatieve zorg omvat tenslotte ook passende nazorg.

Signaal nummer 15 en 22

geestelijke verzorging. Er is de nodige discussie geweest over de beschikbaarheid van geestelijke verzorging in de thuissituatie. De regelgeving lijkt hier beperkingen op te leggen waaraan ook de NZA is gehouden. Toch omvat multidimensionele palliatieve zorg ook een dimensie van spirituele zorg. Wij betwijfelen of dat afdoende wordt afgedekt met de voorgestelde informatiekaarten. Met name omdat ook wordt aangegeven dat veel informatie verouderd is. Hier is volgens ons een nadere praktijk peiling gewenst.

Signaal 16/20

Wij plaatsen onze vraagtekens bij het 3 maanden criterium. Dat is in Nederland al langer gangbaar, maar met de huidige ontwikkelingen in de palliatieve zorg, bijvoorbeeld de behoefte aan

respijtzorg, werkt een dergelijk criterium mogelijk belemmerend. Bij andere ziektes dan kanker is het criterium vaak lastig te beantwoorden, waardoor mensen mogelijk van benodigde palliatieve zorg verstoken blijven. Wij zijn van mening dat een definitie discussie-verhullend werkt op onderliggende problematiek. Wij pleiten er dan ook voor om dit onderdeel van een bredere expert raadpleging te maken bij een volgende ronde, maar ons lijkt het onjuist in deze verkennende fase te concluderen dat er *geen* actie nodig is in de zin van aanpassing van regelgeving.

Signaal 18

Een aantal van de gestelde vragen wordt niet beantwoord in de begeleidende tekst, bijvoorbeeld rond de inzet van specialist ouderengeneeskunde, de consultatie aan huis, het poliklinisch spreekuur, meekijkconsult. Er wordt vooral ingegaan op de samenwerking waarvan wordt gesteld dat deze al in de tarieven is verdisconteerd. Ons inziens gaat het ook over de breedte van het multidisciplinair overleg, zoals bijvoorbeeld in een PaTz-groep tot uitdrukking komt (apotheker, psycholoog, wijkverpleegkundige etc). Dit vraagt een nadere verkenning, temeer daar de NZa in een andere setting (ziekenhuis) aan dit overleg groot belang hecht.

Signaal 24 t/m27

Terecht wijst de NZa op de zorgplicht van zorgverzekeraars om kwaliteitsvolle palliatieve zorg mogelijk te maken. Wij hopen dat de vele signalen hieraan tegemoet komen. Ons lijkt, juist ook gezien de aard en omvang van de signalen, adequate monitoring gewenst alsmede de voortdurende terugkoppeling met het praktijkteam.

Signaal 28

Vergoeding aan hospices. Hiervoor is de nodige media aandacht geweest als ook aandacht in de Tweede Kamer. De NZa heeft een grondige analyse gemaakt van de complexe problematiek, en legt de uitvoering vooral bij de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar neer. Ook hiervoor geldt dat adequate monitoring en een blijvende uitwisseling met het praktijkteam van belang is.

Signaal 31.

Hieronder verstaan wij ook de werking van transmurale teams. Hierin werken vaak zorgverleners vanuit diverse zorgaanbieders samen (Zvw, WLZ) om de palliatieve patiënt zo goed mogelijk thuis te kunnen laten verblijven. Het lijkt dat de ene professional (bv. huisarts) wel een rekening mag sturen voor verleende zorg thuis en de andere niet (bv. ziekenhuisarts, palzorg), terwijl beide mogelijk in hetzelfde consultatieteam met aanvullende competenties werken met dezelfde doelen, namelijk de palliatieve patiënt thuis laten verblijven. Ons lijkt de oplossingsrichting erg aanbodgericht (vanuit de toelating) in plaats van vraag-gestuurd (vanuit de behoefte van de palliatieve patiënt)

Signaal 32.

Dit is een belangrijk knelpunt. Vaak worden ook zorgverleners overvallen door een plotselinge achteruitgang van de patiënt. Dan zou de hele keten ingericht moeten zijn om de patiënten zo snel mogelijk op de juiste plaats te krijgen. Nader onderzoek lijkt gewenst naar de knelpunten die dat nu onvoldoende mogelijk maken juist omdat deze mogelijk aanbieder-overstijgend zijn.

Van: Federatie Paramedisch Platform (PPN) 17 mei 2017

De Federatie Paramedisch Platform Nederland (PPN) en het KNGF hebben met belangstelling kennis genomen van het rapport "Palliatieve zorg: zorg op maat". Onze complimenten voor de goed onderbouwde analyse van de problematiek rondom de palliatieve zorg. Wij herkennen de problemen die jullie in het rapport aangeven. Ook zijn wij tevreden met de nieuwe benadering: palliatieve zorg en terminaal palliatieve zorg in een continuüm, waarbij de patiënt en zijn of haar wensen en behoeften centraal staan. We hebben verder geen op- of aanmerkingen op het rapport en zijn gaarne bereid mee te denken over en mee te werken aan de realisering van de oplossingen.

Van Provoet 15 mei 2017

Hartelijk dank voor het toesturen van het Rapport palliatieve zorg: zorg op maat. We hebben het intern besproken en hebben geen inhoudelijke opmerkingen.

Een klein punt ter overweging: ik begrijp dat Cas van de Groes vermeld staat op pagina 51 omdat het overleg inderdaad met hem en met mij heeft plaatsgevonden. Cas is echter ruim een half jaar geleden met pensioen gegaan, dit zou verwarring kunnen geven.

Van: Stichting LOOP 10 mei 2017

Geacht projectteam palliatieve zorg,

Dank voor uw uitnodiging tot consultatie van het rapport palliatieve zorg.

Podologie speelt echter geen rol binnen de palliatieve zorg.

Wij zullen dan nu ook niet inhoudelijk reageren op de probleemanalyse van dit rapport.

Wel mooi om te lezen dat er ook nadrukkelijk over de 'muren' heen wordt gekeken.

Van: V en VN 16 mei 2017

V&VN herkent zich in de gepresenteerde probleemanalyse van de bekostiging van palliatieve zorg.

Er zijn nog een paar aanvullende opmerkingen, die hieronder puntsgewijs zijn weergegeven.

Mochten hierover nog aanvullende vragen zijn, dan vernemen we dit graag.

Aanvullende opmerkingen:

Er wordt verwezen naar kwaliteitsstandaard IKNL. V&VN maakt ook een kwaliteitsstandaard palliatieve zorg 1e lijn. Is naar verwachting begin volgend jaar gereed. Graag als voetnoot opnemen.

Pagina 14, punt 11: ligt het gesprek van niet-curatieve opties alleen bij de medisch specialist? Hier ligt ons inziens ook een taak voor de verpleegkundig specialist, graag aanvullen.

Aanspraak

10. Declareren van nazorg en 14. Nazorg aan nabestaanden

Bij dit signaal gaat het om het (mogen) declareren van zorg aan de nabestaanden en de onduidelijkheid op welke wijze dit bekostigd wordt. Concreet betreft het één of twee gesprekken / telefoontjes met de nabestaande over het verloop van de terminale fase van de overleden patiënt en over hoe de begeleiding door de arts daarbij door de nabestaande ervaren is.

Opmerking: begeleiding en nazorg aan nabestaanden gaat niet alleen over de evaluatie van de begeleiding door de arts. Graag verbreden naar alle betrokken zorgprofessionals die de palliatieve zorg hebben geleverd. Evaluatie is niet alleen voor zorgaanbieders van belang, ook voor de leden van het gehele palliatieve team. Daarnaast is hiervoor een passend declaratiesysteem van belang, ongeacht degene die de nazorg vanuit het palliatieve team heeft verleend. Hierbij graag aandacht voor zo min mogelijk registratielast.

Pagina 27, punt 23. Nazorg.

Zie de hierboven gemaakte opmerking. Graag tekst aanpassen naar het gehele team professionals.

Pagina 30

25. Eerstelijns verblijf

Van belang is dat er voldoende ruimte is voor aanbieders om ook gespecialiseerde verpleegkundigen in te zetten.

- 3. Kostenonderzoek: ook verpleging en verzorging hierin meenemen en de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten.

Van VGZ zorgverzekeraar 16 mei 2017

We hebben de laatste maanden diverse documenten over Palliatieve(terminale) zorg voorbij zien komen en becommentarieerd. Werkprogramma Palliatief terminale zorg, Waardig Sterven, opgesteld vanuit Zorgverzekeraars (ZN?),2017

Kwaliteitskader Palliatieve Zorg, van IKNL en Palliatief, 2017

Op basis van ons eerdere commentaar, en obv nieuwe info hieronder onze bijdrage vanuit medisch advies. Onze opmerkingen over Rapport palliatieve Zorg 2.0 van Nza:

Verpleging en verzorging en ELV

- De begrippen Palliatieve Zorg en Palliatief terminale zorg worden door elkaar gebruikt.

De Zorgmodule Palliatieve Zorg van het IKNL (2013) geeft aan: “deze zorgmodule zich op de laatste fase van het leven waarbij de betrokkene naar verwachting van de zorgverlener maximaal één jaar te leven heeft. (Murray 2011)”.

Waar vanuit Wlz en Zvw het gaat over PTZ en aanspraak maximaal 3 maanden

➔ Zoals ik het rapport lees, betreft het palliatief terminale zorg.

- PTZ kan gefinancierd worden vanuit:
 - Wlz, Zvw, Wmo en vrijwilligerorganisaties (VPTZ-teams)
- PTZ kan geboden worden vanuit:
 - Wlz aanbieder (intramuraal), Zvw aanbieder (wijkverpleging of elv), ZvW msz (oa palliatieve teams), Hospices en Bijna-thuis-huizen
- PTZ kan vergoed worden door middel van:
 - PGB, Zorg in Natura, restitutie
- Het rapport benoemt nog de “oude subsidieregeling eerstelijnsverblijf uit Wlz” Dit is per 1-1-2017 aanspraak Elv vanuit de Zvw.
- Pag 19: De aanpak van geestelijk verzorgers is programmatisch en is gericht op een specifiek doel. Het betreft methodisch handelen waarvoor deskundigheid op het niveau van behandelaar noodzakelijk is. Om deze reden kan begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken worden aangemerkt als geneeskundige zorg van artikel 2.4. Zvw. Waarom deze begeleiding alleen duiden als behorend geneeskundige zorg terwijl deze qua deskundigheidsvereiste ook geleverd wordt door en past bij andere hulpverleners zoals wijkverpleegkundigen, POH, maatschappelijk werkenden etc. . Het gaat dan om ernstige problematiek bij mensen die niet in de zorginstelling verblijven.
 - ➔ Welke aanspraak? GGZ?
- Pag 24, er wordt verwezen naar Bijlage 4, de informatiekaart PTZ. Deze is niet meer actueel, moet ge-update worden.
- Pag 24. Het punt rond de declaraties is wel vreemd. Declaraties worden vergoed op basis van de verstrekking datum (ingangdatum van consulten, etc). De zorgverzekeraars hanteren voor einde verzekering de datum van de BRP (Voorheen GBA). Deze wordt overgenomen en als de zorgaanbieder niet deze datum gebruikt maar de datum van overlijden, dan is er vaak nog geen issue, omdat alle zorgverzekeraars rekening houden met overlijdensdatum + 1 dag. Dus het signaal wordt niet herkend.
- VGZ hanteert bij PTZ (PGB) een maximum termijn van drie maanden dat palliatieve terminale zorg gedeclareerd mag worden, waarna wordt overgegaan tot het invoeren van de expertise van een medisch adviseur. Geeft ongemak en extra administratieve lasten, maar leidt tot zinnige zorg en bewustwording bij met name huisartsen. PTZ gelden zijn nl. vele malen hoger dan PV en VP zorg door wijkverpleging.
- Nza meent dat zorgverzekeraars 24uurs zorg moeten bekostigen, ivm zorgplicht. Volgens mij interpreteren ze dit wel erg ruim. Er wordt geen nadere duiding gegeven wanneer 24 uurs zorg geïndiceerd is, in relatie tot netwerk/ mantelzorg van patiënt / cliënt. Onze ervaring leert dat we dit als knelpunt mn bij PGB-aanvragen tegen komen.
- Dilemma over kwaliteit zorg en kosten dringt zich met name op als het gaat over verschil inzet ZiN en via PGB. Bij PGB geen enkel zicht op kwaliteit zorg.
- Het inzicht dat zorgverzekeraars niet hebben en dus ook niet een toezichthouder is de verhouding direct en indirecte uren. Hierdoor is de tarief discussie niet echt relevant, omdat je alleen naar de prijs kijkt en niet naar de inzet of de aard van de inzet. Hiervoor zou de NZA ook aanpassingen kunnen maken in de regelgeving, zodat dit inzicht wel aanwezig is. Dan kun je ook zien waar de tijd in gaat zitten en of een variabele inzet ook anders vergoed moet worden. Ook gelet op de ontwikkeling van palliatieve zorg.
- Daarnaast veel kwaliteitsverschillen tussen bijvoorbeeld Bijna Thuis Huizen en hospices, zowel lowcare als highcare hospices.
- Inzet in aantal uren PV en VP verschilt erg per hospice, onder afhankelijk van beschikbaarheid vrijwilligers en aantal bedden in hospice. Een dagtarief per verzekerde zou qua financiering doelmatiger kunnen zijn en een beter inzicht geven in de monitoring van hospices
- Er zijn duidelijke verschillen in de noodzakelijke competenties van de medewerkers op basis van de zorgzwaarte en zorgintensiteit. Welke zorg is nog acceptabel te leveren door vrijwilligers in een hospice en / of Bijna Thuis Huis?

- Verder is toch de vraag of de inzet van wijkverpleging in de thuissituatie qua ureninzet ongelimiteerd is of dat er een kantelpunt is waarop de zorg inderdaad vanuit de WLZ setting geïndiceerd en / of geleverd dient te worden. Willen wij de vrijheid en daarmee diversiteit in standhouden?
- Hiermee rekening houdend dat de huidige praktijksituatie is dat veel zorgaanbieders momenteel in onder aanneming 24 uren zorg inzetten en drastisch minder uren declareren bij de zorgverzekeraar. Is dit wenselijk en acceptabel, geeft waarschijnlijk geen duidelijk beeld bij de uitvraag t.b.v monitor wijkverpleging
- Ook bij ons is de vraag of PTZ in een ELV setting de juiste is. ELV heeft als doelstelling terugkeer naar huis. Vergt een heel andere aanpak van geneeskundige en verpleegkundige zorg, PTZ in ELV in huidige financiering resulteert in hospice op basis van ELV financiering
- Ten aanzien van de bekostiging van de diverse domeinen, eigen bijdragen en eigen risico: Er zijn nogal wat perverse prikkels die verzekeren of zorgaanbieders een richting in laten gaan, vb een Wlz verzekerde, die mpt heeft en PTZ uit Zvw aanvraagt, (omdat dat aanbieder veel meer euros oplevert en verzekerde geen verhoging eigen bijdrage)
- Er wordt gesteld dat er extra financiering mogelijk is: regeling extra kosten thuis, regeling meerzorg. De vraag is of dit voor iedereen die het nodig heeft, bekend is. Hoe meer regelingen hoe complexer voor cliënten en aanbieders. Dit moet eenvoudiger worden
- Tenslotte: het voorbeeld van Envida als transmuraal zorgpad is genoemd. Binnen VGZ loopt een pilot Palliatief Arrangement, vanuit de leertuin Drechtsteden, waarbij deze zorg ook over de schotten heen aangeboden wordt.
- Bij hospices zien we vaak dat deze niet gecontracteerd willen worden en dat ze vaak ook als onderlinge dienstverlening worden gehanteerd. Als dit aan de hand is, dan is het aan de hoofdaannemer omdat goed te regelen en niet de rekening als nog bij de nabestaande of familie neer te leggen, maar zelf in te dienen via zijn contract met de zorgverzekeraar.
- Daarnaast zien we dat de hospices het administratief vaker niet in orde hebben om een declaratie in te dienen die voldoet aan de regelgeving van de NZA.

Huisartsenzorg

- Bekostiging samenwerking en nazorg (pag 23,27, 28). Eigenlijk varianten van eenzelfde problematiek die oi in feite de kern van de HA bekostiging raken. Uitgangspunt van de HA bekostiging is dat de indirecte pt-gebonden tijd ahw vergoed wordt vanuit de declareerbare prestaties van directe zorg. Er komen echter steeds meer signalen dat er subpopulaties in de huisartsenpraktijk zijn waarvoor dit niet voldoende is, maw de indirecte pt-activiteiten zijn dusdanig dan het bekostigingssysteem uit de pas loopt. De vraag aan NZA zou dan zijn of het dan niet wenselijk is om het bekostigingssysteem naar deze nieuwe werkelijkheid te herijken ipv iedere keer weer aanvullende afspraken te maken om dit gevoeld tekort te compenseren. Het moge dan ook wel duidelijk zijn dat de door NZA getrokken conclusie (pag 24), dat informatieverstrekking over bekostigingswijze de oplossing voor signaal is, dus tekort zal schieten. De werkelijke vraag is immers vergoeding buitensporige extra tijd.
- Binnen de HA bekostiging zijn ons weinig\geen vragen bekend. Daarbij opmerkend dat sinds 1 jaar de aanvullende verrichtingsmogelijkheid voor HA mbt terminale zorg verruimd is en laagdrempeliger is.
- Case-management. We delen signaal van NZA wel mbt invulling casemanagement. Dit is geen specifiek gedefinieerde prestatie(in ieder geval niet binnen HAZorg). Net zo belangrijk is het gegeven dat het veld nog zoekende is naar meest aangewezen wijze van invulling van casemanagement. Wij hebben dit in ieder geval als aandachtspunt bij ouderenzorg waarbij we ons richten op invulling vanuit vpk disciplines en sinds 1 jaar ook iets meer sturen op invulling vanuit wijkverpleging. Daarbij is doelmatigheid een belangrijk gegeven, er vindt namelijk nog wel wat overlap plaats (bijv wijkverpleging\\POH)
- We kunnen de door NZA genoemde aandachtspunten niet allemaal plaatsen, zo is de zorgmodule een door zorgaanbieders gemaakt perspectief die beschrijft wat goede palliatieve zorg is. Vanuit ons perspectief liggen discussie mn op vergoeding van behandelrol mn indien deze rol door andere disciplines dan HA wordt ingevuld.

Farmacie

Tot slot nog een melding mbt farmacie (blz 43). Inderdaad komt het voor dat geneesmiddelen niet extramuraal vergoed mogen worden. Met name vergoeding van specifieke vormen van pijnbestrijding, welke qua karakter veelal een medisch specialistische achtergrond hebben, worden niet vergoed (immer veelal geen aanspraak als extramuraal farmaceutische zorg). Dit geldt zowel voor de toedieningsvorm (bv drank/vloeibaar) alsmede de middel zelf (bv ketamine (Ketanest®)). Ook middelen (bv. thiopental (Pentothal®)) in de terminale fase, of ter verlichting tijdens/van het overlijden (alsmede euthanasie) geven regelmatig vergoedingsproblemen in de thuissituatie/Hospices. Door dit te regelen worden onnodige (kortdurende) opnames in de 2^e lijn en vergoedingsdiscussies voorkomen. Dit mag ook een conclusie signaal zijn.

WLZ indicatie

Hierover krijgen we veel signalen dat zorgaanbieders niet weten dat er een indicatie is gesteld door het CIZ en of deze indicatie ook verzilverd is in de WLZ. Hierdoor is het voor de zorgaanbieders ook ondoorzichtig wie de zorg moet financieren. De informatieverstrekking tussen zorgaanbieders/zorgverzekeraars en zorgkantoren moet wettelijk geregeld worden. Nu is er ook wettelijke mogelijkheid voor de uitwisseling tussen zorgkantoor en zorgverzekeraar.

Van Zorgverzekeraars Nederland, 22 mei 2017

Inleiding

Vanuit de NZa is aan Zorgverzekeraars Nederland en separaat aan een aantal van onze leden gevraagd een reactie te geven middels schriftelijke consultatie van het rapport *Palliatieve Zorg: een probleemanalyse gericht op de bekostiging van palliatieve zorg in de medisch specialistische zorg, langdurige zorg, eerstelijnszorg en over de domeinen heen*. Het rapport van de NZa is een uitgebreide opsomming van knelpunten die worden ervaren bij de uitvoering van de palliatieve en palliatieve terminale zorg. Het signaleren van de knelpunten en zoeken naar oplossingen heeft alle aandacht, hetgeen wij als Zorgverzekeraars Nederland nu ook ervaren.

Hierbij ontvangt u namens Zorgverzekeraars Nederland in de bijlage per onderwerp een reactie op het rapport namens de zorgverzekeraars die geen separate reactie aan de NZa hebben verzonden. Daarop inhakend zouden we bij een soortgelijke vervolgsamenspraak willen verzoeken de uitvraag in het geheel via onze branchevereniging uit te zetten. Zodanig kunnen wij onze rol als branchevereniging vervullen en ontstaat er geen verwarring bij onze leden over de wijze van aanlevering bij de NZa.

Teneinde ook op een correcte wijze deze punten aan onze leden te kunnen terugkoppelen vragen wij u om een formele reactie op de reacties zoals opgenomen in onderstaande bijlage.

Bijlage: reacties zorgverzekeraars

Palliatieve zorg in de Medisch Specialistische Zorg

- In de titel van het rapport staat ook palliatieve zorg in de MSZ. Deze "aanspraak" staat niet in het samenvattend schema op p. 58. Op basis van de Zvw kan MSZ in de palliatieve fase zowel intramuraal (medisch noodzakelijke opname) als ambulant (onder eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist / multidisciplinair medisch specialistisch team) plaatsvinden.

- Signaal 12: er wordt aangegeven dat het veel organisatie en inspanning van het zorgkantoor vergt om zorg thuis te realiseren. Dit wordt niet direct herkend door de zorgkantoren en is waarschijnlijk van toepassing op zorgaanbieders.

Palliatieve zorg in de eerstelijnszorg

- Bij ELV wordt een punt genoemd wat voor zorgverzekeraars niet duidelijk is in relatie tot ELV, namelijk op pag. 23 bij de opsomming onder Samenwerking: *de bekostiging van de huisarts die een palliatief poliklinisch spreekuur draait in ziekenhuis en bekostiging van een transmurale consultatie (meekijkconsult)*.

- Zorgverzekeraars missen in dit hoofdstuk de verschillen m.b.t. het eigen risico en de eigen bijdrage. Dit komt wel terug in het stuk over de Wlz, maar geldt ook voor het verschil tussen hospices onder wijkverpleging (geen eigen risico- soms eigen bijdrage) en hospices onder ELV (eigen risico). Dit maakt dat de patiënt een financieringskeuze maakt en niet een inhoudelijke zorgkeuze tussen beide.
- In de wijkverpleging lijken de mogelijkheden oneindig. De wijkverpleegkundige bepaalt. Als die bepaalt dat er 24-uurs zorg nodig is, moet de verzekeraar dit betalen. Maar hoe rijmt dit met de zinsnede dat: " *Hoe zorgen we ervoor dat de kosten maatschappelijk aanvaardbaar blijven....*".
- Bij signaal 24: regelmatig komt de opmerking terug dat zorgverzekeraars zorgplicht hebben. De NZa constateert het dilemma tussen inkopen op kwaliteit en prijs, maar anderzijds moet er voldoende goede zorg beschikbaar zijn. De oplossing wordt met name gezocht in de onderhandelingen tussen verzekeraar en aanbieder. • Bij signaal 26: het inzetten van 24 uur per dag professionele zorg wordt expliciet benoemd, als de wijkverpleegkundige dit nodig acht. Het lijkt zorgverzekeraars een gemiste kans dat in het document enkel de zorgverzekeraar wordt aangesproken op haar zorgplicht en dus de plicht om 24 uur te vergoeden, maar de professional niet op het aantonen van de noodzaak tot 24-uur professionele zorginzet. Het risico is dat 24-uurszorg een recht wordt, het stimuleert dat organisaties die nu al 24 uur waken dit nog minder kritisch gaan doen, maar ook in het Pgb: als het een recht is, zal het vaker geïndiceerd worden en zullen we mogelijk vaker mantelzorgers gaan betalen voor wat ze anders ook zouden doen.

Palliatieve zorg in de langdurige zorg

- Het rapport lijkt vooral geschreven vanuit de ervaren knelpunten voor aanbieders. Zorgverzekeraars vinden het van belang dat een knelpunt wordt gedeeld door de gehele sector.
- Wat zorgkantoren niet terugzien is de onduidelijkheid rondom financiering van hospices die betrekking heeft op de onduidelijkheid over hospices zelf. Er zijn zoveel soorten en maten hospices, geen eenduidige definitie of kwaliteitscriteria. Wij zien in de Wlz in de praktijk dat een niet-Wtzi toegelaten hospice met slechts een paar bedden bedragen van 500 euro per dag nodig heeft om financieel uit te kunnen komen. Terwijl een intramuraal hospice gerelateerd aan een Wlz-toegelaten en gecontracteerde instelling minder dan de helft daarvan krijgt. Dit heeft niets te maken met kwaliteit of zorgvraag, maar puur met noodzakelijkheid vanuit de bedrijfsvoering. Daar hebben zorgverzekeraars en zorgkantoren moeite mee in het kader van doelmatigheid. Tussen de regels door ziet het zorgkantoor dit wel terug, maar wat zorgkantoren betreft mag de onduidelijkheid/onvrede over financiering van hospices (geclusterde verblijfssetting ipv 'echt thuis' dus) explicieter terugkomen in het rapport.
- Daarnaast speelt de discussie over de inzet van nachtzorg/24-uurs zorg (wat nodig is, is nodig, maar ook niet meer dan dat). Wij hebben in de Wlz het geluk dat we inhoudelijk nog wat te zeggen hebben over deze inzet en dus nog een beetje kritisch kunnen zijn bij het MPT (bij PGB doen we dat trouwens i.v.m. de gevoeligheid helemaal niet). In de Zvw kan dit natuurlijk niet en daarom speelt dit thema daar meer.
- Wlz signaal 16: "Alternatief versnelde aanvraag VV10". Inmiddels is dit achterhaald, aangezien de keuze al is gemaakt dat de indicatiestelling VV10 door het CIZ per 1-1-2018 vervalst.
- Wlz signaal 17. Schottenproblematiek. Zorgverzekeraars vinden dat de schotten niet mogen verhinderen dat de juiste zorg wordt geleverd.
- Aandachtspunt rondom de eigen bijdrage is de eigen bijdrage die door hospices worden opgelegd. Dat bepaalt ook op een cliënt wel/niet kiest voor opname in een hospice. Terwijl juist de hospice toch bedoeld is voor een geborgen huis in de laatste fase.
- In het deel voor de Langdurige Zorg wordt geen signaal beschreven over wat kwalitatief goede palliatief terminale zorg is. Hier willen zorgverzekeraars graag aandacht voor vragen. Dit zou in samenhang moeten gebeuren met lopende initiatieven zoals het Praktijkteam Palliatieve Zorg en

het Nationaal Programma Palliatieve Zorg en passen binnen het kwaliteitskader Wlz/kwaliteitskader palliatieve zorg IKNL/Palliactief.

Palliatieve zorg over de domeinen heen

- Wat opvalt in het stuk, is dat Nza de knelpunten goed beschrijft, maar eigenlijk nauwelijks met oplossingen komt. Of beter gezegd, de oplossingen zijn een bevestiging van de bestaande praktijk. De ambitie van zorgverzekeraars is om ook naar oplossingen te zoeken die passen in het toekomstperspectief van kwalitatief goede palliatieve zorg.
- De uitwerking aan de hand van het schema op p. 44 in de vier aangegeven stadia zouden we graag gekoppeld zien aan de medicus die daarvoor eindverantwoordelijk is. Aan de eindverantwoordelijkheid dient de overdracht van de informatie en behandeling gekoppeld te zijn. Dit sluit aan bij de bemerking op p. 45 dat een centraal aanspreekpunt en informatiesysteem noodzakelijk is. Aan de plaats waar de persoon verblijft, de eindverantwoordelijke medicus en de vigerende WLZ indicatie is duidelijk hoe de financiering is geregeld.
- Uit de wijze waarop het huidige zorgsysteem is ingericht komt onduidelijkheid. Dit geldt met name voor die mensen met een WLZ indicatie, die ervoor kiezen om thuis- of in een kleinschalig wooninitiatief te wonen en die kiezen voor PGB, VPT of MPT. De plaats waarin deze mensen wonen is bepalend voor welk deel van de zorg onder de WMO voor rekening van de gemeente komt, welke huisaanpassingen reeds voorliggend zijn gerealiseerd en/of welke hulpmiddelen beschikbaar zijn gesteld. Indicatiestelling door de gemeente, de wijkverpleegkundige, dan wel de thuiszorg spelen hierbij een rol. Deze situaties staan in het schema op p. 58 niet genoemd. Als het een Wlz indicatie betreft dan geldt natuurlijk de indicatiestelling van het CIZ en niet van de wijkverpleegkundige.
- In het rapport missen zorgverzekeraars eenduidigheid in definiëring van de gehanteerde begrippen. “Terminaal”, “stervensfase” en “palliatieve fase” worden als begrippen door elkaar heen gebruikt.
- Van de medicus wordt verwacht dat deze de “diagnose” terminaal stelt. Deze diagnose is gekoppeld aan de levensverwachting van maximaal drie maanden. Een verwachting dus, volgend uit de voorliggende medische historie en resultaten van voorliggende behandelingen. De diagnose terminaal dient een markeringspunt te zijn in het medische dossier. Op p. 45 wordt bij palliatie in de stervensfase aangegeven dat hieronder een paar dagen / laatste dagen voor het overlijden, wordt bedoeld. Eerder op p. 44 wordt bij “stervensfase” aangegeven dat dit de zorg in de laatste drie maanden van het leven betreft. Dit is niet consistent.
- In het rapport missen zorgverzekeraars de omgekeerde “Stepped Care” principes in de palliatieve zorg, terminale fase. Hiermee bedoelen we het afschalen van de zorg. o Het behandelperspectief is er niet meer.
 - o De vraag is dan of MSZ is aangewezen of niet.
 - o Is er dan nog een ratio voor het verstrekken van medicijnen?
 - o Wordt medicatie afgebouwd of stopgezet?
 - o Wils- en handelingsbekwaamheid staan in het rapport niet genoemd.
 - o Wetsgeldige documenten inzake “einde leven” vraagstukken worden in het rapport niet genoemd.
 - o Een reanimatieverklaring, geen spoedopname
 - o Wensen inzake van sedatie en versterven worden niet genoemd.
- Uitvoering van palliatieve en palliatief terminale zorg, daar ontstaat al het eerste onderscheid. Het verschil in deze twee fasen is van belang ook bij de verdere uitwerking en uitvoering van de verschillende zorg. Wanneer spreek je van palliatieve zorg en wanneer van palliatief terminaal?

- Voor iedereen is het duidelijk: Het mag geen verschil maken in de laatste fase van je leven (terminale zorg) wie deze zorg financiert. Een ieder hoort de juiste zorg en volledige zorg te ontvangen. Uit de analyse blijkt ook dat dit in de praktijk pragmatisch wordt opgelost. Van belang is dat welke oplossing ook wordt ingeregeld, laten we het zo inregelen dat het ook blijvend is en dat niet daarna weer herstelacties nodig zijn.
- Op p. 33: onder conclusie missen zorgverzekeraars ook de mate waarop verzekeraars hierin van elkaar willen onderscheiden in plaats van in de conclusie op te nemen: universeel gestelde inkoop-eisen.
- Zorgverzekeraars missen hier ook dat er geen kwalitatieve onderbouwing is wanneer men zich een hospice mag noemen. En hiermee ook het onderscheid duidelijk wordt m.b.t. bijna-thuis-huizen. We achten het wenselijk dat dit in samenwerking met de branche meegenomen wordt als kwaliteitsknelpunt.
- De conclusie onder de kop: *Daarnaast kunnen zorgverzekeraars zich beraden of directe contractering van hospices een mogelijke oplossingsrichting is voor de aangedragen signalen.* wordt door zorgverzekeraars ervaren als een suggestieve conclusie. Hospices kunnen direct gecontracteerd worden, maar dan moeten ze voldoen aan de eisen. In veel gevallen willen hospices dit juist zelf niet.
- Signaal 29: het is feitelijk onjuist dat er voor de Zvw een eigen risico betaald moet worden. De oplossingsrichting die wordt voorgesteld om de eigen bijdrage te laten vervallen voor Wlz cliënten thuis vinden wij geen goede oplossing. Dit zou betekenen dat er voor de reguliere Wlz zorg thuis wel een eigen bijdrage betaald moeten worden, zodra iemand palliatief terminaal wordt niet meer. Dit vinden wij niet uitlegbaar aan cliënten.
- Signaal 29: het verschil in eigen bijdrage tussen WLZ en ZVW wordt benoemd, maar niet opgelost. Mei 2017 zal hier een Kamerbrief over komen.
- Signaal 31: graag willen we hierbij aanmerken dat zorgkantoren de mogelijkheid hebben om tussentijds te contracteren. 6
- Signaal 33: het signaal dat “de verzekeraar stuurt op de Wlz”. Dit herkennen wij niet en kan in de praktijk ook niet, vanwege dat de toegang tot de Wlz door het CIZ wordt bepaald.
- Signaal 33: mag een zorgverzekeraar sturen op WLZ als er 24-uurs toezicht noodzakelijk is, maar geen terminale situatie. Opvallend, dat het terecht is dat zorgverzekeraars dit doen, maar dat klant niet verplicht kan worden. Wat wordt hiermee gezegd?
- Signaal 35: prikkels bekostiging, het is aantrekkelijker om wijkverpleging uit de ZVW te ontvangen, binnen de WLZ is er een bindend doelmatigheidsprincipe, binnen de ZVW alleen een doelmatigheidsvraag. De NZa geeft aan belang te hechten aan doelmatigheid, maar geeft geen mogelijkheden voor de Zvw.

EINDE BIJLAGE CONSULTATIE

Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

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

1 Inzet specialistisch team in het ziekenhuis

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

2 Declareren na overlijden

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

3 Nazorg aan nabestaanden

Mag zorg aan nabestaanden gedeclareerd worden? Concreet gaat het hier om één of twee gesprekken of telefoontjes met de nabestaande over het verloop van de palliatieve fase van de overleden patiënt en hoe de begeleiding door de zorgprofessional door de nabestaande ervaren is.

4 Lege bedden en opbaren in de langdurige zorg

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

5 Begeleiding patiënt in het ziekenhuis

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

6 Het goede gesprek in het ziekenhuis

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

7 De geestelijk verzorger in het ziekenhuis

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

8 Geestelijke verzorging thuis

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

9 Bekostiging samenwerking

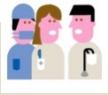
Er bestaan onduidelijkheden over de bekostiging van diverse vormen van samenwerking.

10 Casemanagement

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



Knelpunt



Inzet specialistisch team in het ziekenhuis

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

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

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

Knelpunt



Declareren na overlijden

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

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

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Nazorg aan nabestaanden

Mag zorg aan nabestaanden gedeclareerd worden? Concreet gaat het hier om één of twee gesprekken of telefoontjes met de nabestaande over het verloop van de palliatieve fase van de overleden patiënt en hoe de begeleiding door de zorgprofessional door de nabestaande ervaren is.

In het ziekenhuis

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

In de eerste lijn

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

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

In de langdurige zorg

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Lege bedden en opbaren in langdurige zorg

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

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

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

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

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Begeleiding patiënt in het ziekenhuis

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

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

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

1

2

3

4

5

6

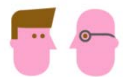
7

8

9

10

Knelpunt



Het goede gesprek in het ziekenhuis

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

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

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Geestelijk verzorger in het palliatief team

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

Geestelijke zorg bestaat uit drie verschillende onderdelen:

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

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Knelpunt



Geestelijke verzorging thuis

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

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

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

Wlz

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

Knelpunt



Bekostiging samenwerking

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

Bijvoorbeeld

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

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

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

Knelpunt



Casemanagement

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

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

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