

A close-up photograph showing a pair of hands gently holding an elderly person's arm. The skin on the arm is wrinkled and has a small blue and white bandage on the forearm. The hands holding the arm are younger and appear to be providing care or support. The background is softly blurred, showing what might be a hospital bed or a patient's clothing.

**Samenwerken in  
de palliatieve zorg:  
zorg rondom  
de patiënt**

# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>3</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>8</b>
1.1 Ambities op vijf onderwerpen	9
1.2 Rondetafels	10
1.3 Samenvatting rondetafels	11
<b>2. Ambities realiseren is drempels nemen</b>	<b>14</b>
2.2 Samen beslissen en samenwerken	20
2.2.1 Eerstelijnszorg	20
2.2.2 Langdurige zorg	26
2.2.3 Hospices	30
2.2.4 Medisch-specialistische zorg	31
2.2.5 Conclusie	36
<b>3. Centrale zorgverlener of casemanager bekostigen</b>	<b>38</b>
3.1 Casemanagement: duiding en bekostiging	38
3.2 Kwaliteitskader: centrale zorgverlener	39
3.3 Bekostiging casemanagement	40
3.3.1 Wijkverpleegkundige	40
3.3.2 Een andere zorgprofessional	41
3.4 Conclusie	41
<b>4. Transmurale samenwerking bekostigen</b>	<b>43</b>
4.1 Begripsomschrijving	43
4.2 Huidige prestatie- en tariefregulering	44
4.3 Doorontwikkeling	46
4.3.1 Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten	46
4.3.2 Facultatieve prestatie eerste lijn	47
4.3.3 Segment 2 huisartsenzorg	47
4.3.4 Prestatie ketenzorg	47
<b>5. Patiëntvolgende bekostiging</b>	<b>49</b>
5.1 De beelden	49
5.2 Technische vormgeving	50
5.2.1 Conclusie deelnemers rondetafels	52
5.3 Doorontwikkeling	52
5.3.1 Beleidsregel Innovatie	52
5.3.2 Experimenteerartikel Wlz	53
5.3.3 Pgb evaluatie en agenda	54
5.4 Acties NZa	55
5.4.1 In gesprek met voorlopers	55
5.4.2 Bekostiging van palliatieve zorg in het buitenland	55
5.4.3 Monitor palliatieve zorg	56
<b>6. Conclusie</b>	<b>58</b>
<b>7. Bijlagen</b>	<b>60</b>
7.1 Resultaten rondetafels	60
7.2 Verslag rondetafel zorgverzekeraars	62
7.3 Nationaal Programma Palliatieve Zorg	64
7.4 Organisatievormen en financiering hospicezorg	65

# Vooraf

De kwaliteit van het levenseinde gaat ons allemaal aan en is al jaren onderwerp van maatschappelijke discussie. Toegenomen medische behandelmogelijkheden roepen vragen op over wenselijkheid en over 'grenzen aan de zorg'. Palliatieve zorg richt zich immers niet op genezing maar op de kwaliteit van leven van mensen in de laatste levensfase. Het gaat om 'het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard'<sup>1</sup>. Er bestaat in de samenleving veel zorg over de dood, die steeds meer omgeven lijkt met belastende medische handelingen. Vraaggerichte zorgarrangementen die verder gaan dan zorg alleen en waarbij de patiënt centraal staat, kunnen tegemoetkomen aan wat nodig is in de palliatieve zorg. Flexibele netwerkorganisaties kunnen deze zorgarrangementen aanbieden en organiseren.

In een eerder rapport ('Palliatieve zorg op maat', juli 2017) benoemen we vijf onderwerpen, die aansluiten bij de ambitie om de cliënt centraal te zetten en die tevens een relatie hebben met de bekostiging.

Veel professionals, zorgaanbieders en verzekeraars zetten zich in voor zorgvernieuwing op deze vijf onderwerpen. Pas na geruime tijd wordt duidelijk welke zorginnovatie ons als samenleving meer brengt dan andere. In de tijd tussen het opstarten en het zich bewijzen van zorginnovatie wil de NZa in gesprek zijn met voorlopers. Het gesprek is daarbij primair gericht op het regelklimaat voor zorginnovaties. Aan de ene kant willen we dat regulering en toezicht zorgvernieuwing nu niet in de weg staan en aan de andere kant willen we ons tijdig voorbereiden op ontwikkelingen die om nieuwe regels of toezicht vragen. Onze stip op de horizon is het bijdragen aan de verspreiding van zorginnovaties, die het welzijn van patiënten verbeteren, ofwel waardegedreven zorg.<sup>2</sup>

Als vervolg op het rapport 'Palliatieve zorg op maat' hebben we rondetafels georganiseerd met voorlopers, en hen gevraagd welke drempels zij als eerste tegenkomen bij het opstarten van hun zorgvernieuwing. Door deelnemers ervaren drempels zitten nu met name op de onderwerpen: samen beslissen en regionale samenwerking tussen professionals. Bij deze onderwerpen speelt overigens veel meer en komt men regelmatig grotere uitdagingen tegen dan alleen de bekostiging. Desondanks vinden wij het belangrijk om de huidige mogelijkheden voor de verschillende zorgsectoren te benadrukken. Daarnaast hebben wij voorlopers de vraag gesteld hoe een stimulans vanuit bekostiging voor hen eruit zou kunnen zien. In deze signalering vertalen wij de input uit de rondetafels naar een drietal mogelijke bekostigingsroutes: casemanagement, transmurale samenwerking, en patiëntvolgende bekostiging. Per bekostigingsroute laten we zien welke mogelijkheden er nu al zijn om met één van deze routes aan de slag te gaan. Hiermee willen wij zorgvernieuwers een handvat bieden voor innovatief e bekostigen in de palliatieve zorg.

---

1 WHO-definitie palliatieve zorg

2 Het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van burgers en/of het verbeteren van de verhouding tussen kosten en de kwaliteit van zorg



# Managementsamenvatting

Eigenlijk is iedereen het erover eens hoe palliatieve zorg eruit zou moeten zien: de patiënt, die op zijn kwetsbaarst is, staat centraal en de zorg waar hij behoefte aan heeft, wordt om hem heen georganiseerd. Over de schotten in de zorg heen, en in het besef dat palliatieve zorg de afgelopen tien jaar naast een medisch karakter ook een sociale, culturele en spirituele dimensie heeft gekregen. We hebben samen met professionals in kaart gebracht hoe de bekostiging kan helpen om een brug te slaan tussen het kwaliteitskader palliatieve zorg en de huidige praktijk. De NZa heeft in 2018 rondetafels georganiseerd met meer dan 75 voorlopers<sup>3</sup> in de palliatieve zorg. Centraal stond daarbij de vraag wat ieder op (middel)lange termijn nastreeft en hoe de bekostiging het bereiken van deze ambities kan versnellen.

Over de ambitie voor de (middel)lange termijn was onder de deelnemers veel consensus: 'Alle patiënten hebben toegang tot dezelfde palliatieve zorg en ontvangen de juiste zorg op het juiste moment en op de gewenste plaats.' Deze ambitie sluit aan bij de doelstellingen van het Nationaal Programma Palliatieve zorg (NPPZ). Om die doelstellingen te behalen is veel nodig op het gebied van bewustwording en cultuur, organisatie en continuïteit, onderwijs en kwaliteit, patiëntparticipatie en –ondersteuning. Op sommige van deze onderdelen is een relatie met bekostiging te leggen, op andere helemaal niet. In het rapport 'Palliatieve zorg op maat' (juli 2017) hebben wij daarom – mede met de doelstellingen van het NPPZ als uitgangspunt – beschreven voor welke vijf onderwerpen wij een relatie met de bekostiging zien. Zo zijn gericht discussies te voeren over de rol van de bekostiging. De vijf onderwerpen zijn:

1. Hoe kan de bekostiging helpen om de samenwerking tussen arts en patiënt bij samen beslissen en proactieve zorgplanning van de grond te krijgen?
2. Hoe kan de bekostiging helpen om regionale samenwerking van de grond te krijgen?
3. Hoe richten we de bekostiging eenvoudiger en met minder administratieve last in?
4. Hoe kan de bekostiging ruimte geven aan welzijn van de patiënt, naast aandacht voor zorg?
5. In hoeverre stimuleert de bekostiging kwaliteit, volume en prijs?

Van de bovengenoemde onderwerpen is de aandacht van de deelnemers nu vooral gericht op samen beslissen/proactieve zorgplanning en samenwerken; hierin willen zij graag stappen zetten. In hoofdstuk 2 beschrijven we vanuit iedere zorgsector de mogelijkheden in de bekostiging om hiermee aan de slag te gaan. We concluderen dat er op beide onderwerpen in alle zorgsectoren in aanleg mogelijkheden zijn. We brengen een informatiekaart uit waarop deze mogelijkheden worden benadrukt.

---

3 Voorlopers zijn zorgvernieuwers, zorgaanbieders die 'voorop' lopen

Het bestaan van deze mogelijkheden betekent echter niet dat de uitvoering eenvoudig is. De bekostiging is monodisciplinair ingericht en zeker het bekostigen van (transmurale) samenwerking en coördinatie is een complexe aangelegenheid. Iedere professional die deelneemt aan de transmurale samenwerking moet bekostigd worden vanuit zijn 'eigen' prestaties. Tussen de zorgsectoren zijn veel verschillen ten aanzien van de precieze inrichting van de prestaties. Het vraagt dan ook om veel kennis van wet- en regelgeving bij de betrokkenen en tijd en energie om te komen tot praktisch werkbare afspraken met zorgverzekeraars. Transmurale samenwerking vonden de deelnemers aan de rondetafels dan ook hét issue waarbij de bekostiging eenvoudiger ingericht zou kunnen worden en tegelijk een stimulans kan zijn voor het bereiken van ambities.

De deelnemers suggereren hiervoor drie bekostigingsroutes:

- Bekostigen van casemanagement
- Bekostigen van transmurale samenwerking
- Patiëntvolgende bekostiging

Bij de uitwerking van casemanagement in hoofdstuk 3 nemen we de duiding van het Zorginstituut en het begrip 'centrale zorgverlener' uit het kwaliteitskader als uitgangspunt. Voor het bekostigen van casemanagement blijkt al veel mogelijk te zijn. We roepen partijen die in het bekostigen van casemanagement een stimulans voor vernieuwing in de palliatieve zorg zien, dan ook op hiermee aan de slag te gaan. Waar de huidige mogelijkheden tekortschieten, valt een beroep te doen op de beleidsregel 'Innovatie voor kleinschalige experimenten'. We brengen een informatiekaart uit waarin die mogelijkheden worden benadrukt.

Partijen die in het bekostigen van transmurale samenwerking een stimulans zien en concrete ideeën hebben over de bekostiging daarvan, kunnen een aanvraag indienen voor de hierboven genoemde beleidsregel innovatie. Een gehonoreerde aanvraag biedt partijen een betaaltitel om maximaal drie jaar te experimenteren. De tijd tussen het honoreren van de aanvraag en het beëindigen van de experiment status kan benut worden om een meer structurele bekostiging voor transmurale samenwerking te ontwikkelen. Aan het eind van hoofdstuk 4 stippen we enkele mogelijkheden daarvoor aan. We brengen een informatiekaart uit waarin de huidige – experimentele – mogelijkheden voor het bekostigen van transmurale samenwerking worden benadrukt.

Hoofdstuk 5 begint met de beelden die deelnemers aan de rondetafels hebben bij patiëntvolgende bekostiging. Deze beelden zijn divers en abstract; de voordelen die aan deze bekostiging toegeschreven worden, zijn veelomvattend en groots. Zoals: meer kwaliteit van zorg, welzijn en zorg centraal, administratief eenvoudig en daardoor voor patiënten bereikbaar, regie bij patiënt. Voor de technische vormgeving zien de deelnemers grote uitdagingen. Zij dragen elementen aan die naar hun idee hierbij een plaats moeten krijgen. Deze bespreken we in paragraaf 5.2. Als voorwaarde voor het succes van een patiëntvolgende bekostiging zien deelnemers ook het kennisniveau van patiënten over de mogelijkheden in de palliatieve zorg.

De deelnemers achten het van belang om veel lokaal te experimenteren met vernieuwende zorgconcepten (organisatie) en innovatief bekostigen, via de nu beschikbare experimentele of vrije prestaties. Doel hiervan is:

- in de praktijk ervaren wat de voor- en nadelen van patiëntvolgende bekostiging zijn;
- ontdekken hoe je een innovatieve bekostiging technisch zo kunt inrichten dat de eraan toegeschreven voordelen ook uit de verf komen en er zo min mogelijk nadelige effecten ontstaan.

We concluderen dat het technisch vormgeven van patiëntvolgende bekostiging in de palliatieve zorg nog niet mogelijk is, omdat er nog veel witte vlekken zijn. De komende jaren staan leren en experimenteren rondom organisatie en bekostiging centraal. Ook voor de NZa hebben we een aantal activiteiten benoemd die daarop aansluiten.

Dan de vraag in hoeverre de bekostiging het bereiken van de ambities in de palliatieve zorg kan versnellen. Daarover concluderen wij dat de bekostiging op een beperkt aantal onderwerpen een rol speelt. Bovendien spelen op die onderwerpen vaak andere drempels die eerst of ook geslecht moeten worden. Toch willen wij de mogelijkheden benadrukken voor samenwerken en samen beslissen in de bekostiging van de verschillende zorgsectoren. Ook geven wij aan hoe nieuwe zorgconcepten gebruik kunnen gaan maken van experimentele, innovatieve bekostiging.

## **Hoofdstuk 1**

# **Inleiding**

# 1. Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) heeft tot doel gesteld dat iedere burger vanaf 2020 verzekerd is van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverleners. Juli 2017 heeft de NZa het rapport 'Palliatieve zorg op maat'<sup>4</sup> en de bijbehorende informatiekaart<sup>5</sup> gepubliceerd. In dit rapport concluderen wij dat er in wet- en regelgeving veel mogelijkheden zijn geschapen om goede palliatieve zorg voor burgers betaald te krijgen. De bekostiging is door het ontstaan van al deze mogelijkheden wel behoorlijk complex geworden. De palliatieve zorg gaat immers 'door alle schotten heen'. De zorgkosten voor burgers met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) worden betaald vanuit de Wlz. De zorgkosten voor burgers zonder een Wlz-indicatie worden betaald vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bovendien vraagt palliatieve zorg ook om inzet vanuit het sociaal domein. Binnen de Zorgverzekeringswet wordt de zorg geleverd vanuit verschillende zorgsectoren (huisartsenzorg, wijkverpleging, medisch-specialistische zorg, farmaceutische zorg, enzovoorts) en door verschillende zorgaanbieders. Dit zorgt voor complexiteit, administratieve lasten en een gevoel van versnippering.

Om voor patiënten, hun naasten en de zorgprofessionals te verhelderen wat het doel van VWS inhoudt, hebben IKNL en Palliatief in samenwerking met zorgaanbieders het kwaliteitskader ontwikkeld.<sup>6</sup> Dit was mede nodig omdat er de afgelopen tien jaar veel is veranderd in de benadering van palliatieve zorg. Palliatieve zorg viel min of meer samen met de palliatief terminale fase, vanaf ongeveer drie maanden voor overlijden. Palliatieve zorg volgens de definitie van vandaag<sup>7</sup> is breder dan de terminale fase en begint daardoor (veel) eerder en duurt langer. Het geheel wordt de palliatieve fase genoemd. Deze begint met de zogenaamde 'markering' (zie 2.1) en eindigt bij overlijden en nazorg. Het kwaliteitskader palliatieve zorg biedt handvatten voor zorg in de palliatieve fase. Zo komt de patiënt (met zijn/haar naasten) bijvoorbeeld meer aan het roer te staan als zorgverleners tijdig en geregeld het gesprek aangaan over (niet-)behandelopties. Er komt meer aandacht voor kwaliteit van leven op medisch, sociaal, cultureel en spiritueel vlak.

In het rapport 'Palliatieve zorg op maat' concluderen we dat het tijd is om stil te staan bij de vragen: Sluit de bekostiging van de palliatieve zorg nog voldoende aan bij de ontwikkelingen in de zorg en stimuleert de bekostiging vernieuwing in de palliatieve zorg voldoende? In dit rapport gaan we in op deze vragen.

---

4 [Rapport Palliatieve zorg op maat](#)

5 [Informatiekaart Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

6 [Kwaliteitskader palliatieve zorg](#)

7 Voor begrippen en uitleg: zie kwaliteitskader palliatieve zorg



## 1.1 Ambities op vijf onderwerpen

In het rapport 'Palliatieve zorg op maat' (juli 2017) hebben we vijf onderwerpen benoemd, die primair aansluiten bij de ambitie om de kwaliteit van de palliatieve zorg verder te verbeteren en die secundair een relatie hebben met de bekostiging. Deze vijf onderwerpen beschrijven we hieronder.

### 1. Samen beslissen: markering en proactieve zorgplanning

Markering' is belangrijk als startpunt van de palliatieve fase. Deze fase kan – zeker bij kinderen – soms jaren duren. In de palliatieve fase is praten over niet behandelen even belangrijk als over wel behandelen. Gesprekken tussen zorgverlener en patiënt gaan behalve over medische zaken ook over sociale, culturele en spirituele aspecten. Een behandelplan biedt houvast. Tijdig en geregeld met de patiënt in gesprek gaan geeft de patiënt regie en verhoogt de kwaliteit van leven in de palliatieve fase. Het werken volgens de nieuwe inzichten vraagt grote veranderingen van zorgverleners, zowel in de dagelijkse zorgverlening als in de organisatie van zorg.

De huidige bekostiging kent in veel zorgsectoren extra mogelijkheden voor vergoeding in de vaak intensieve en dure laatste levensfase: de stervensfase. In de bekostiging noemen we dit de 'palliatief terminale fase'. Dit geldt zowel voor zorg geleverd vanuit de Zvw als vanuit de Wlz. Voor de mogelijke declaratie van deze prestatie gelden bepaalde eisen. De zorgverzekeraar of het zorgkantoor controleert of de zorg rechtmatig geleverd is.<sup>8</sup> Vanuit de bekostiging heeft de palliatieve fase als geheel nog weinig aandacht gekregen.

### 2. Eenvoud

De palliatieve zorg in Nederland 'scoort' internationaal gezien goed. Wel valt op hoe complex en gedetailleerd de regelgeving is geworden, vanuit de intentie om veel mogelijkheden te scheppen voor bekostiging. Een veel gehoord signaal over de bekostiging is ook een gevoel van versnippering. De vraag is daarom: kan het regelklimaat<sup>9</sup> voor de bekostiging administratief eenvoudiger ingericht worden?

### 3. Zorg én welzijn centraal

De patiënt centraal stellen betekent aandacht hebben voor medische aspecten van de zorgvraag (zoals pijn en angst), maar ook voor sociale, culturele en spirituele factoren. Alle vier de dimensies spelen een belangrijke rol bij het welzijn en welbevinden in de palliatieve fase. Het betrekken van de patiënt/cliënt is hierbij cruciaal. De huidige bekostiging is gericht op het medische domein. Hoe voorkomen we overmatige aandacht voor het medische en stimuleren we een grotere aandacht en zorg op de overige domeinen? Met andere woorden: hoe kunnen zorgaanbieders geprikkeld worden meer holistisch zorg te leveren?

---

<sup>8</sup> Handreiking financiering palliatieve zorg 2019, IKNL

<sup>9</sup> Bekostiging definiëren wij als het geheel van prestaties, tarieven en het contract tussen aanbieder en verzekeraar over (volume, prijs) van deze prestaties

#### **4. (Regionale) samenwerking**

Regionale samenwerking staat in dienst van passende zorg voor de palliatieve patiënt, met aandacht voor moment, plaats, kwaliteit en doelmatigheid. De diversiteit aan zorgvragen op medisch, sociaal, cultureel en spiritueel vlak is enorm groot. Om hieraan tegemoet te komen is generalistische, maar ook specialistische inzet nodig; samenwerking en afstemming tussen professionals is hierbij cruciaal. Regionale samenwerking als zodanig is niet structureel ingebed in de bekostiging. Wel zijn er 'aanbiedergerichte' mogelijkheden om samenwerken vergoed te krijgen (zie hoofdstuk 2 en paragraaf 3.1). Deze vergoeding kan ook 'indirect' in de bekostiging zijn opgenomen. Met andere woorden: het wordt vergoed, maar er is geen specifieke betaaltitel voor.

#### **5. Marktprikkels gericht op volume, kwaliteit en/of prijs**

In de meeste sectoren is de bekostiging zo ingericht dat er in meer of mindere mate een volumeprikkel van uitgaat: een stimulans voor zorgaanbieders om zorg te leveren. Voorbeelden van volumeprikkels (ook wel productieprikkels genoemd) zijn: prestatie voor palliatief terminale zorg, voor 'minuten' in de wijkverpleging en voor de inzet van het medisch-specialistisch team in het ziekenhuis. Enerzijds biedt een productieprikkel kansen: zorg die wenselijk is en geleverd wordt, kan gedeclareerd worden. Een productieprikkel stimuleert het leveren van zorg, waardoor er minder snel wachtlijsten ontstaan. Anderzijds prikkelt dit aanbieders niet om kritisch om te gaan met behandeling of begeleiding. Voor het mogen declareren van de prestatie gelden meer of minder strenge eisen (rechtmatigheid); bijvoorbeeld eisen op het niveau van de aanbieder of van de inhoud van zorg.

Rechtmatigheidseisen hebben invloed op de zorglevering: wat niet mag, zal ook minder gebeuren. Daarnaast kunnen er in de contracten tussen aanbieder en verzekeraar afspraken gemaakt worden over het volume, en dat dempt enigszins de volumeprikkel die van de prestaties uitgaat. De laatste jaren is er een tendens naar meer open geformuleerde prestaties, al dan niet experimenteel. Naarmate de prestaties vrijer geformuleerd zijn (deregulering), worden de afspraken tussen aanbieders en verzekeraars in het contracteerproces belangrijker. Het realiseren van een ambitie als 'waardegedreven' zorg ligt bij open geformuleerde prestaties in eerste instantie bij de verzekeraars en aanbieders. Van open geformuleerde prestaties gaat op zichzelf geen prikkel uit tot waardegedreven zorg, wel bieden zij meer mogelijkheden voor innovatieve zorgconcepten die gericht kunnen zijn op waardegedreven zorg.

### **1.2 Rondetafels**

Als vervolgstap op het rapport 'Palliatieve zorg op maat' heeft de NZa tussen februari en april 2018 vier rondetafels georganiseerd. Deelnemers waren innovatieve zorgaanbieders in de palliatieve zorg, experts en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars en de wetenschap.

Tijdens de rondetafels stond de vraag centraal hoe de bekostiging kan helpen om op de vijf onderwerpen beschreven in paragraaf 1.1 (versneld) resultaten te behalen.

In totaal hebben ongeveer tachtig mensen deelgenomen aan de rondetafels in Utrecht, Eindhoven en Zwolle. Die bijeenkomsten vonden plaats in april 2018. Deelnemers waren afkomstig uit verschillende zorgsectoren, -organisaties en -disciplines: huisartsen, hospicemedewerkers, medisch specialisten, verpleegkundigen, wetenschappers, vertegenwoordigers van Fibula/IKNL/VWS, et cetera. Tijdens de rondetafels hebben de deelnemers interactief en vrij nagedacht over hun ambities voor de palliatieve zorg, over de drempels die ze daarbij tegenkomen en over hoe de bekostiging kan helpen deze drempels te slechten.

Voor zorgverzekeraars hebben we in april 2018 een afzonderlijke rondetafel georganiseerd. Hierbij waren vertegenwoordigers aanwezig van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), CZ, VGZ, Menzis, ENO en Zorg en Zekerheid. In de bijlage vindt u een samenvatting van de doelen en oplossingen van de rondetafels en het verslag van de rondetafel met de zorgverzekeraars.

### **1.3 Samenvatting rondetafels**

De gewenste situatie die vrijwel alle deelnemers voor ogen hebben, is: alle patiënten hebben toegang tot dezelfde palliatieve zorg en ontvangen de juiste zorg op het juiste moment en op de gewenste plaats (zie bijlage 1). Deelnemers signaleren dat er nog een brug te slaan is tussen het kwaliteitskader palliatieve zorg en de huidige praktijk.

#### **Organisatie**

Deelnemers willen palliatieve zorg transmuraal organiseren, waarbij de wens van de patiënt centraal staat. Naast het medisch domein zijn ook het sociaal, cultureel en spiritueel domein belangrijk om aandacht aan te schenken. Liefst fungeert een centrale zorgverlener als een spin in het web. Deze maakt gebruik van proactieve zorgplanning en zorgt ervoor dat de patiënt regie houdt en er afstemming is tussen de betrokken professionals. Het behandelplan helpt ook om de verschillende zorgvragen medisch en niet-medisch te concretiseren. Kunnen de verschillende zorgvragen leiden tot een indeling in zorgzwaarte?

In Nederland wordt palliatieve zorg grotendeels verleend door generalisten, huisartsen en verpleegkundigen. Deelnemers geven aan dat de kennis en kunde van betrokken professionals landelijk gezien nog niet voldoende is. Daarnaast is het belangrijk dat er een beroep gedaan kan worden op specialistische kennis, binnen en buiten het ziekenhuis. Een ander belangrijk issue binnen transmurale samenwerking is de uitwisseling van patiëntgegevens.

#### **Bekostiging**

Deelnemers zien de huidige bekostiging vanuit verschillende wetten en zorgsectoren als een 'lappendeken'; er is veel mogelijk, maar er gaat ook veel energie naar administratie. Deelnemers willen graag meer transmurale samenwerking 'over de schotten heen' en denken dat een vorm van transmurale bekostiging dit kan vergemakkelijken. Zij stellen zich daarbij een 'potje met geld' voor. Rode draad is dat er bij meer zorgzwaarte een hogere bekostiging nodig is. Een goede indeling en categorisering van palliatieve zorg(zwaarte) is echter nog niet voorhanden. Deelnemers zien de patiënt wel als regiehouder over het beschikbare budget en/of de zorg die daarvoor ingekocht kan worden. Maar door de complexiteit van de organisatie van zorg zal de patiënt hiertoe niet altijd in staat zijn. Is er geen adequate hulp vanuit een mantelzorger beschikbaar, dan is een externe regiehouder nodig.

Deelnemers noemen België als goed voorbeeld:

### **Palliatief thuiszorgteam**

Vlaanderen telt vijftien teams voor palliatieve thuiszorg. Deze zijn territoriaal afgebakend, zodat elke Vlaming terecht kan bij één team. Het team wordt steeds ingeschakeld met akkoord van de huisarts en geeft die ondersteuning die nodig is binnen elke specifieke situatie. Elk team bestaat minstens uit een aantal palliatief deskundig verpleegkundigen, een palliatief geschoolde equipe arts en een administratieve kracht. De verpleegkundige kan zowel de patiënt ondersteunen als de familie of de andere hulpverleners. Ze doet dit aan het bed van de patiënt, onder leiding van de huisarts. Er is een permanentie voorzien van 7 dagen op 7 en 24 uur op 24.

Zelfs wanneer het team niet rechtstreeks betrokken is bij de begeleiding aan het bed van de patiënt, kan de huisarts of zorgverstrekker steeds voor zichzelf of het zorgteam het advies of de ondersteuning inroepen van het palliatief thuiszorgteam.

Tijdens de gesprekken kwamen ook de 'zachte factoren' in de samenwerking ter sprake: er is onderling vertrouwen nodig, en kennis van wie het beste welke zorg kan leveren. Beide zijn nog geen gemeengoed, concluderen de deelnemers. Zij zijn zeker bereid om zelf hierin stappen te zetten en dit thema breed uit te dragen in het veld.

Tot slot wordt het gebrek aan kennis bij patiënten over beschikbare palliatieve zorg als knelpunt gezien. Er wordt ook niet of maar weinig proactief informatie verschaft vanuit zorgverzekeraars of vanuit zorgverleners. Deelnemers noemen als positief voorbeeld de 'kraamdoos' voor zwangere vrouwen.



Deze illustratie is een visuele samenvatting van de rondetafel in Utrecht

## Hoofdstuk 2

# Ambities realiseren is drempels nemen

## 2. Ambities realiseren is drempels nemen

Paragraaf 1.3 geeft een samenvatting van de bevindingen die de rondetafels hebben opgeleverd. Paragraaf 2.1 behandelt uitgebreid de door deelnemers ervaren drempels, ingedeeld in acht thema's. We gebruiken hierbij de terminologie zoals deze door de deelnemers is ingebracht. Per thema geven wij aan of de bekostiging een rol kan spelen bij het slechten van drempels. In paragraaf 2.2 beschrijven we voor de thema's 'samen beslissen' en 'samenwerken' per zorgsector de bekostigingsmogelijkheden.

### 2.1 Drempels

De deelnemers aan de rondetafels zien volop hindernissen in hun streven om verder te komen in het verbeteren van de kwaliteit van de palliatieve zorg. Als eerste stap hebben we deze ervaren hindernissen ingedeeld in acht thema's. Dat zijn: samen beslissen, samenwerking tussen professionals, marktwerking en concurrentie, technische uitwerking van bekostigingsmodellen, een integraal patiëntdossier, kennis en kunde van zorgprofessionals, een 'Poolse landdag'-gevoel en het (lange) tijdpad.

Per thema schetsen we wat het inhoudt, welke drempels de deelnemers hebben genoemd<sup>10</sup> en wat onze conclusie is. Dankzij deze ordening kunnen we per thema aangeven wat er binnen de invloedssfeer ligt van de NZa, en welke acties wij daaraan koppelen.

#### 1. Samen beslissen: markering palliatieve fase, advance care planning (proactieve zorgplanning)

*Wat wordt bedoeld met 'samen beslissen'?*

Samen beslissen is een model voor de medische praktijk, waarin 'Shared Decision Making' centraal staat. Het model doet recht aan de expertise van de zorgverlener én aan het recht van de patiënt op volledige informatie over alle behandelopties en mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan.

- Zorgverlener en patiënt nemen in een gezamenlijk proces beslissingen over gezondheids- en behandeldoelen.
- Afspraken worden gemaakt op basis van wetenschappelijke kennis, ervaringskennis, en de waarden en wensen van de cliënt.
- Er is ruimte voor de patiënt om informatie te laten bezinken alvorens er een besluit wordt genomen.

---

<sup>10</sup> Wat is er uit de rondetafel naar boven gekomen: dit betreft een *letterlijke* weergave van de inbreng van de deelnemers.



*Wat wordt bedoeld met 'markering'?*

De omslag van behandelen gericht op genezen naar behandelen waar geen genezing mogelijk is, vindt vaak geleidelijk plaats. Vanuit de behoefte om de overgang naar de palliatieve fase te markeren wordt gebruik gemaakt van de zogenoemde 'surprise question'. Daarbij stelt de behandelend arts zichzelf de vraag of het hem/haar zou verbazen als de patiënt binnen het jaar zou overlijden.

*Wat wordt bedoeld met 'proactieve zorgplanning'?*

Als de professional het vermoeden heeft dat de patiënt binnen het jaar zal overlijden, is dat een signaal om met de patiënt en naasten te bespreken welke zorgdoelen en behandeling passen bij de waarden en opvattingen van de patiënt en bij diens gezondheidssituatie. Met dit als uitgangspunt wordt vastgesteld wat passende zorg en behandeling is voor de korte termijn en wordt richting gegeven aan passende zorg en behandeling in toekomstige scenario's. Ook kunnen er afspraken gemaakt worden over wat nog wel en wat niet meer te doen bij complicaties en verslechtering van de ziekte. Er is geregeld overleg tussen de patiënt (en/of mantelzorgers) en de centrale zorgverlener (zie ook paragraaf 3.1) over het zorgplan, waarna dit kan worden aangepast aan de actuele situatie en wensen. Advance care planning heet in het kwaliteitskader 'proactieve zorgplanning'. Die term heeft ook onze voorkeur.

*Wat is er uit de rondetafels naar boven gekomen?*

Tijdens de rondetafels werd het belang van markering en het inzetten van proactieve zorgplanning genoemd. De financiering<sup>11</sup> moet hierop aansluiten, aldus de deelnemers. Tegelijkertijd geven deelnemers aan dat de markering van de palliatieve fase erg lastig is. Markering van de palliatieve fase werd genoemd als vertrekpunt, maar er zijn nog veel vragen over 'wie, hoe en wanneer'. Ook wordt aangegeven dat in de zorgopleidingen aandacht ontbreekt voor palliatieve zorg en het markeren van de palliatieve fase. De deelnemers signaleren dat veel collega-zorgverleners het gesprek over palliatieve zorg niet aangaan of zelfs uit de weg gaan.

*Conclusie NZa*

Deelnemers willen graag aan de slag met 'samen beslissen' en wensen dat de bekostiging erop aansluit. In paragraaf 2.2 leggen wij daarom voor verschillende zorgsectoren uit wat de mogelijkheden zijn. Drempels liggen op andere vlakken dan de bekostiging: cultuur, organisatie/inrichting en kennis/kunde (zie ook thema 6).

## **2. Samenwerking tussen professionals**

*Wat wordt bedoeld met 'samenwerking'?*

Met een gezamenlijke benadering van alle actuele en potentiële vragen rondom een patiënt valt meer te bereiken dan door iedere vraag apart te benaderen. De vragen kunnen erg breed en complex zijn. Ze komen voort uit de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten, en kunnen gaan over fysieke, psychische, sociale en spirituele kwesties. De multidimensionale benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt dan ook om kennis en betrokkenheid op meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. Dit team bestaat uit zorgverleners en vrijwilligers die nauw samenwerken met de patiënt en diens naasten.

---

<sup>11</sup> Deelnemers spreken over 'financiering': hiermee wordt 'bekostiging' bedoeld

Daarnaast moet er voor de generalistisch werkende zorgverleners toegang zijn tot specialistische kennis. In Nederland wordt de palliatieve zorg grotendeels verleend door generalisten, huisartsen en verpleegkundigen: bij complexe vragen is specialistische kennis nodig.

*Wat is er uit de rondetafels naar boven gekomen?*

Samenwerking werd vrijwel in alle groepen benoemd als cruciale schakel om verder te komen. De volgende issues kwamen hierbij naar boven (letterlijke weergave van de inbreng van de deelnemers):

- Eigenheid loslaten.
- (Bereidheid tot) samenwerking.
- Rolverdeling binnen samenwerking.
- Rolverdeling en verantwoordelijkheden binnen transmuraal team.
- Historie van wantrouwen tussen zorgprofessionals.
- Huidige financiering.
- Hokjesdenken.
- Veel betrokken zorgverleners.
- Vereist onderling vertrouwen.
- Verzuiling in financiering die er nu bestaat.
- Financiering is niet de enige prikkel voor verandering van praktijk.
- Is de geestelijk verzorger voldoende toegerust om de samenwerking goed in te kunnen vullen?
- Onenigheid bij verdeling van werk en financiën.
- Cultuur.
- Gebrek aan partnership tussen patiënt en zorgverleners in 0<sup>e</sup>/ 1<sup>e</sup>/ 2<sup>e</sup> lijn en verzekeraar.

Uit de bovenstaande opsomming blijkt dat er ruimte is voor verbetering in de onderlinge samenwerking tussen professionals. Er zijn veel zorgverleners betrokken bij de palliatieve zorg, en zij werken vooral vanuit hun eigen expertise. Deelnemers benadrukken het belang om als professionals sámen de zorg voor de patiënt te organiseren.

*Conclusie NZa*

Professionele samenwerking vraagt zowel om een interdisciplinair team als om het delen van generalistische en specialistische kennis. Beiden moeten georganiseerd worden. De drempels voor samenwerking liggen op heel veel verschillende vlakken: vertrouwen, weten wat de 'ander' doet, rolverdeling, 'verkeerde portemonnee', hokjesdenken, enzovoorts. Een wijziging in de bekostiging kan de meeste van deze drempels niet wegnemen. Wel is duidelijk dat samenwerken veel tijd en energie vereist. Het is belangrijk dat aanbieders die willen samenwerken ook weten of die tijd betaald wordt of kan worden. Hier komen we voor de verschillende sectoren op terug in de paragraaf 2.2.

### **3. Marktwerving: concurrentie**

*Wat wordt bedoeld met 'marktwerving'?*

Marktwerving is één van de ontwerpcriteria van ons zorgstelsel, met de uiteindelijk bedoeling om consumenten doelmatig en op maat van zorg(verzekering) te voorzien. Zorgverzekeraars concurreren met elkaar, evenals zorgaanbieders. In de gezondheidszorg is de marktwerving aan bepaalde regels gebonden om te zorgen dat alle consumenten gelijke toegang hebben tot noodzakelijke zorg. Voorbeeld van zo'n regel is de acceptatieplicht voor verzekeraars.

*Wat is er uit de rondetafels naar boven gekomen?*

Deelnemers benoemden een aantal ervaringen, die wij bij het thema 'marktwerking' hebben geplaatst. Het gaat om de volgende opmerkingen:

- Marktwerking werkt niet altijd mee.
- Veel kleine thuiszorgorganisaties.
- Er is regionaal soms een veelheid aan thuiszorgorganisaties. versnippering maakt samenwerken complex.
- Verschillend beleid zorgverzekeraars maakt het lastig de 'neuzen dezelfde kant op te krijgen'.
- Concurrentie zorgaanbieders: men wil zich onderscheiden.
- Regionale concurrentie belemmert regionale samenwerking.
- Patiënt moet ook de keuze hebben geen gebruik te maken van een palliatief team.
- Regionale verschillen versus de wens om landelijk dezelfde zorg van gelijke kwaliteit te kunnen leveren.

*Conclusie NZa*

Marktwerking kan aanbieders en verzekeraars aanzetten tot het leveren en inkopen van zorg met een optimale balans tussen kwaliteit en kosten. Maar het kan ook minder gewenste effecten teweegbrengen, zoals de deelnemers ervaren. De NZa neemt het huidige zorgstelsel, inclusief de ontwerpcriteria, als uitgangspunt bij haar taakuitoefening. Bij het ontwikkelen van nieuwe of het aanpassen van bestaande regelgeving en prestaties of bij ontwikkelingen vanuit toezicht, wegen wij de positieve en negatieve effecten zorgvuldig af.

#### **4. Technische uitwerking bekostigingsscenario's**

*Wat wordt bedoeld met 'technische uitwerking bekostigingsscenario's'?*

Door de deelnemers aan de rondetafels zijn een aantal bekostigingsscenario's gepresenteerd als mogelijkheid om ontwikkelingen binnen de palliatieve zorg te versnellen. Het gaat om het bekostigen van de centrale zorgverlener en/of case-manager, het bekostigen van transmurale samenwerking en patiëntvolgende bekostiging. Deze scenario's worden verder besproken in hoofdstuk 3 tot en met 5.

*Wat is er uit de rondetafels naar boven gekomen?*

Deelnemers noemen onder het bespreekpunt 'drempels' veel issues bij een eventuele uitwerking van deze drie bekostigingsscenario's:

- Let bij de uitwerking op de balans tussen nadelige en positieve effecten.
- Haalbaarheid.
- Variëteit in patiënten.
- Palliatieve fase geen lineair proces.
- Hoe kom je tot meer standaardisering?
- Ontbreken van zorgprofielen met als onderscheidende factor zorgzwaarte (t.b.v. kosten).
- 'Nieuwe' categorisering moet niet leiden tot 'nieuwe' administratieve last.
- Regionale verschillen versus de wens om landelijk dezelfde zorg van gelijke kwaliteit te kunnen leveren.

*Conclusie NZa*

Hoewel deelnemers aan de ene kant kansen zien in een doorontwikkeling van de bekostiging (vooral het patiëntvolgend budget), zien zij bij de ontwikkeling ervan ook veel drempels. Hoofdstuk 5 gaat hier uitgebreid op in.

## 5. Integraal patiëntendossier

*Wat wordt bedoeld met een 'integraal patiëntendossier'?*

Een integraal patiëntendossier is een informatiesysteem dat een zorgverlener of zorginstelling gebruikt om medische gegevens van patiënten te verwerken. Een integraal patiëntendossier is idealiter een elektronisch patiëntendossier waarbij meerdere zorgverleners in één en hetzelfde dossier van de patiënt kunnen kijken en werken.

*Wat is er uit de rondetafels naar boven gekomen?*

Een integraal patiëntendossier wordt door de deelnemers gezien als een essentiële randvoorwaarde in de samenwerking tussen professionals en eventueel de patiënt en/of mantelzorger. Een aantal deelnemers geven aan al te werken met een integraal patiëntendossier, namelijk het 'Elektronisch gestructureerd patiënten overleg' (EGPO). Wel vragen deelnemers zich af hoe je patiëntengegevens kunt delen en hoe de dossiervorming tot stand komt.

*Conclusie NZa*

De NZa erkent het belang van een integraal patiëntendossier en steunt alle ontwikkelingen op dit vlak. Binnen dit thema hebben wij geen specifieke rol.

## 6. Kennis en kunde professionals

*Wat wordt bedoeld met 'kennis en kunde professionals'?*

Om de palliatieve zorg goed te organiseren en leveren is kennis en kunde bij professionals nodig. Deze kennis en kunde is landelijk gezien nog niet op voldoende niveau. Eén van de aanbevelingen uit het kwaliteitskader palliatieve zorg zegt hierover:

*'Vanuit het streven alle zorgverleners te voorzien van een goede basiskennis over palliatieve zorg is het van belang dat onderwijsinstellingen (mbo, hbo, wo en andere erkende opleidingen) onderwijs over palliatieve zorg en de gewenste kwaliteit structureel opnemen in het curriculum.'*

*Wat is er uit de rondetafels naar boven gekomen?*

Deelnemers geven aan dat palliatieve zorg nog nauwelijks is opgenomen in de opleiding van professionals. De opleiding en certificering van de professionals is dan ook van belang. Tijdens de rondetafels kwam ter sprake of zorgverleners wel de juiste vragen stellen aan patiënten. We moeten kijken welke hulp en ondersteuning nodig is en de zorg daarop inrichten. Ook wordt aangegeven dat het kennisniveau van de huisartsen nog niet op peil is; dat maakt een adviesteam extra belangrijk. Tot slot werd tijdens de rondetafels aangegeven dat de meeste patiënten weinig weten over de mogelijkheden voor palliatieve zorg.

*Conclusie NZa*

De NZa erkent het belang van het op niveau brengen van de kennis en kunde van alle betrokken professionals. Op dit thema hebben wij echter geen specifieke rol.

## **7. Poolse landdag-gevoel**

*Wat wordt bedoeld met 'Poolse landdag-gevoel'?*

Dit woord geeft het gevoel weer dat de deelnemers hebben over hoe moeizaam het kan zijn om in de zorg –met elkaar– stappen te zetten. In de praktijk betekent het dat er veel discussie plaats vindt, veel 'polderen', om bij wisselende belangen stappen vooruit te zetten. Omdat er bij de doorontwikkeling in de palliatieve zorg veel partijen zijn betrokken en er op veel verschillende vlakken verandering nodig is, wordt dit als een drempel gevoeld.

*Wat is er uit de rondetafels naar boven gekomen?*

De voorlopers willen graag vooruit, maar zien ook dat er veel verandering gevraagd wordt, op vele vlakken. Zij voorzien veel discussie en een lange doorlooptijd om echte verandering te krijgen. Mooi van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg zijn de geformuleerde doelstellingen, dat richt de neuzen. Het kwaliteitskader is ook een stap in de goede richting.

*Conclusie NZa*

Zie volgende thema.

## **8. (Lang) tijdspad**

*Wat wordt bedoeld met '(Lang) tijdspad'?*

Veel deelnemers geven aan dat er nog een lange weg te gaan is voordat we de palliatieve zorg in Nederland ingericht hebben naar de doelstellingen van het Nationaal Programma Palliatieve zorg of het kwaliteitskader palliatieve zorg.

*Wat is er uit de rondetafels naar boven gekomen?*

De rondetafels bestonden uit voorlopers die het grotendeels eens zijn over waar het heen moet met de palliatieve zorg. Maar zij begrijpen goed dat het ook van belang is dat alle andere professionals de noodzaak van verandering inzien. De deelnemers voorzien een lang tijdspad om alle ambities werkelijkheid te maken.

*Conclusie (Poolse landdag-gevoel + (lang) tijdspad) NZa*

Het is belangrijk dat er draagvlak is voor de stappen die we met elkaar zetten. Dat betekent soms dat ontwikkelingen langzamer gaan dan de voorlopers zouden willen. De NZa stimuleert voorlopers in de zorg onder meer door met hen in gesprek te gaan en hen te stimuleren gebruik te maken van de huidige mogelijkheden in de bekostiging, ook wanneer deze experimenteel zijn. Daar waar de mogelijkheden tekortschieten, signaleren we dit en dragen we actief bij aan de doorontwikkeling.

## **2.2 Samen beslissen en samenwerken**

In deze paragraaf gaan we nader in op de thema's samen beslissen en samenwerking. Voor de verschillende zorgsectoren leggen we uit wat de huidige mogelijkheden in de bekostiging hiervoor zijn. Vooraf nog een aantal algemene opmerkingen op deze twee thema's.

### **Samen beslissen**

De rondetafel gesprekken zijn door de NZa georganiseerd vanuit het perspectief van de bekostiging maar deelnemers geven aan op vlakken als cultuur, organisatie/inrichting en kennis bij patiënten nog veel witte vlekken te zien. Ook signaleren zij dat de kennis en kunde van professionals landelijk gezien nog niet op voldoende niveau is. Dit betekent in de praktijk dat het samen beslissen laat op gang kan komen, soms pas in de laatste dagen voor het overlijden.

### **Samenwerking**

In paragraaf 2.1 (drempels) concluderen we over samenwerking tussen professionals dat er op diverse vlakken drempels worden ervaren: onvoldoende vertrouwen, niet goed weten wat de 'ander' doet, onduidelijke rolverdeling, 'verkeerde portemonnee', hokjesdenken, enzovoorts. Een eventuele wijziging in de bekostiging kan de meeste van deze drempels niet wegnemen: wel is duidelijk dat in samenwerken veel tijd en energie gaat zitten. Het is belangrijk dat aanbieders die willen samenwerken ook weten of die tijd betaald wordt of kan worden.

#### **2.2.1 Eerstelijnszorg**

In deze paragraaf vatten we per sector in de eerstelijnszorg eerst kort samen wat er in de 'Handreiking financiering palliatieve zorg 2019' staat over de bestaande bekostiging. Daarna beschrijven we hoe samen beslissen (markering en proactieve zorgplanning) ingezet kan worden. Vervolgens lichten we toe of er binnen de huidige bekostiging ruimte is voor samenwerking tussen professionals en coördinatie van zorg.



## Huisartsenzorg

### **Hoe wordt palliatieve zorg en palliatief terminale zorg bekostigd in de huisartsenzorg?**

*De bekostiging van de huisartsenzorg is ingedeeld in drie segmenten.*

**Segment 1** richt zich op de basisvoorziening huisartsenzorg. De zorgvragen en aandoeningen kunnen grotendeels binnen de huisartsenpraktijk gediagnosticeerd, behandeld en begeleid worden. De palliatieve zorg kan worden geleverd via consulten en visites. Daarnaast kent Segment 1 de prestatie intensieve zorg (dag en anw) voor de palliatieve terminale zorg gedurende de laatste drie maanden van het leven. De prestaties consulten, visites en intensieve zorg kennen maximumtarieven.

**Segment 2** richt zich op multidisciplinaire zorg. Segment 2B biedt ruimte voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in Segment 2A. Segment 2 omvat ook vier prestaties voor Organisatie en Infrastructuur. Deze betaaltitels hebben tot doel zorgverzekeraars en zorgverleners aan te zetten tot afspraken over extra investeringen in de organisatie en infrastructuur in de eerstelijnszorg. De prestaties O&I Wijkmanagement, O&I Ketenzorg, O&I Regiomanagement en O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg overig bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (contractvereiste). De prestaties O&I kennen vrije tarieven.

**Segment 3** richt zich op resultaatbeloning en zorgvernieuwing. Ook Segment 3 biedt ruimte aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. De afspraken binnen Segment 3 kunnen betrekking hebben op uitkomsten van zorg geleverd in Segment 1 (huisartsenzorg) en Segment 2 (multidisciplinaire zorg).

### **Samen beslissen**

De bekostiging van de huisartsenzorg (zoals ook in het kader hierboven beschreven) biedt veel mogelijkheden op het gebied van samen beslissen.

### **Samenwerking tussen professionals en coördinatie**

Het begeleiden van palliatieve patiënten thuis is voor een huisarts intensief en kan tot onduidelijke situaties leiden. De methodiek Palliatieve Thuiszorg (PaTz) heeft tot doel de samenwerking tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen te bevorderen en hun deskundigheid te verhogen, waardoor de kwaliteit in de palliatieve thuiszorg toeneemt. Het PaTz-overleg wordt regionaal ingevuld, waarbij palliatieve patiënten worden besproken en generalistische en specialistische kennis bij elkaar kan komen. Deelname aan de PaTz-overleggen wordt nu gezien als indirecte tijd en de vergoeding daarvoor zit versleuteld in de prestaties voor direct patiëntencontact, die declarabel zijn via de Segment 1-consulten en/of visites.

In Segment 2 kunnen (aanvullende) afspraken worden gemaakt binnen nieuwe prestaties voor Organisatie & Infrastructuur (O&I). Deze afspraken worden gemaakt over alle ingeschreven patiënten (bij de huisartsenpraktijk). Hier kunnen dus ook afspraken worden gemaakt over de verzekerden die vallen onder de palliatieve (terminale) zorg.

Tot slot is VWS voornemens om aanvullende geneeskundige zorg (agz) voor specifieke doelgroepen structureel onder te brengen in de Zvw.<sup>12</sup> De specifieke doelgroepen zijn ouderen met multiproblematiek, mensen met progressieve, degeneratieve aandoeningen (zoals Parkinson, Huntington en MS), mensen met niet aangeboren hersenletsel en mensen met een verstandelijke beperking. De aanvullende geneeskundige zorg betreft het verbeteren van functionele autonomie, voorkomen van verergering van de beperkingen en het leren omgaan met de (voortschrijdende) beperkingen. Dit draagt eraan bij dat mensen langer zelfstandig kunnen blijven en kan de huisarts ontlasten en onnodige ziekenhuisopnames beperken. Zorginstituut heeft hierover in 2016 een advies uitgebracht en de NZa bracht eind 2017 een bekostigingsadvies uit.<sup>13</sup> Het structureel onderbrengen van agz kan bijdragen aan interdisciplinaire samenwerking tussen zorgprofessionals, onder wie de huisarts. De specialist ouderengeneeskunde (so) en arts verstandelijk gehandicapten (avg) zijn bij uitstek in staat de complexiteit van de patiënt en zijn/haar situatie te wegen. Zij hebben hierbij oog voor wat mensen willen en kunnen, gegeven hun beperkingen, voor de kwaliteit van leven, voor hun thuissituatie en voor de toekomst (advance care planning).

## Eerstelijnsverblijf

### **Hoe wordt palliatieve zorg en palliatief terminale zorg bekostigd vanuit eerstelijnsverblijf?**

*Het eerstelijnsverblijf kent de prestaties eerstelijnsverblijf laag complex, eerstelijnsverblijf hoog complex en eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg (elv ptz). Het eerstelijnsverblijf voor palliatief terminale zorg is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg zoals die van huisartsen, en gaat al dan niet gepaard met verpleging, verzorging of paramedische zorg, vanwege een levensbedreigende ziekte of aandoening met een gemiddelde levensverwachting van minder dan drie maanden. Onder de prestatie valt ook de psychologische zorg binnen elv. De behandelend arts geeft hiervoor een terminaliteitsverklaring af.*

De prestatie elv ptz is een prestatie per verblijfsdag en kent een maximumtarief. Daarnaast kent de prestatie elv ptz de mogelijkheid voor een max-maxtarief. Dit maximum ligt 10% hoger dan het eerste maximum.

*Per 1 januari 2019 wordt er een experimentprestatie 'Zorgvernieuwing en/of resultaatbeloning' toegevoegd aan de regelgeving eerstelijnsverblijf. Deze prestatie kan worden ingezet om te experimenteren met de bekostiging van zorg binnen het eerstelijnsverblijf, voor zover het gaat om individueel toewijsbare zorg.*

*Het max-maxtarief en de experimentprestatie kunnen in rekening worden gebracht als hiervoor een overeenkomst met de zorgverzekeraar is gesloten.*

12 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/01/16/kamerbrief-over-aanvullen-de-geneeskundige-zorg-voor-kwetsbare-groepen-in-de-eerste-lijn>

13 <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33578-50.html>

### **Samen beslissen: markering, advance care planning**

De prestatiebeschrijvingen in eerstelijnsverblijf zijn globaal en laten daarmee ruimte aan de zorgaanbieder en professionals voor de invulling van de zorg.

Voor patiënten binnen de prestatie elv ptz is vóór de opname in het eerstelijnsverblijf al duidelijk dat het gaat om de palliatief terminale fase. Daardoor hoeft tijdens het verblijf geen markering, advance care planning of samen beslissen plaats te vinden. Voor patiënten die vallen onder de prestaties eerstelijnsverblijf laag complex of eerstelijnsverblijf hoog complex kan wel sprake zijn van markering en proactieve zorgplanning. De huisarts of specialist ouderengeneeskunde kan het gesprek voeren met de patiënt over een eventuele palliatieve fase en kan het gesprek beginnen over de wensen voor de laatste levensfase. Ook is het mogelijk de indicatie daarna op te schalen naar elv ptz.

### **Samenwerking tussen professionals en coördinatie**

Samenwerking tussen professionals en coördinatie kan worden verbeterd via de huidige vormgegeven 'coördinatiefunctie'. Sinds 1 april 2018 is er een landelijk dekkend netwerk van coördinatiepunten voor eerstelijnsverblijf (hierna: coördinatiefunctie). De vormgeving van de huidige coördinatiefunctie wordt verbreed naar in ieder geval niet-planbare zorgvormen met tijdelijk verblijf. Dit zal de samenwerking tussen professionals en de coördinatie binnen het eerstelijnsverblijf en mogelijke andere vormen van tijdelijk verblijf verbeteren. Voor de bekostiging van de coördinatiefunctie wordt door VWS, NZa en partijen verkend hoe de coördinatiefunctie op korte termijn, afhankelijk van de regionale inzet, kan worden bekostigd. Dit kan bijvoorbeeld door de inzet van de (max-max)tarieven binnen alle zorgvormen, een afgesproken tarief binnen de experimentprestatie eerstelijnsverblijf, de inzet van de Beleidsregel regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling<sup>14</sup> of de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. Van belang is dat de functionaliteiten in de ketenzorg in de eerstelijns worden ingebed.

Ook verkennen we met partijen een lange termijn bekostiging. Als we erin slagen een toekomstbestendige manier van bekostigen tot stand te brengen voor de coördinatiefunctie, biedt dit ook mogelijkheden voor het bekostigen van coördinatie en samenwerking bij andere vormen van zorg.

---

14 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_208976\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_208976_22/1/)

**Hoe wordt palliatieve zorg en palliatief terminale zorg bekostigd vanuit verpleging en verzorging (Zvw)?<sup>15</sup>**

*Er zijn twee mogelijkheden voor de bekostiging van verpleging en verzorging: via losse prestaties of via het experiment verpleging en verzorging.*

**Prestaties, zoals weergegeven in de beleidsregel Verpleging en verzorging:**

1. Persoonlijke verzorging
2. Oproepbare verzorging
3. Verpleging
4. Oproepbare verpleging
5. Advies, Instructie en voorlichting (AIV)
6. Gespecialiseerde verpleging
7. Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar
8. Beloning op maat
9. Regionale beschikbaarheidsfunctie onplanbare zorg
10. Ketenzorg dementie
11. Onderlinge dienstverlening

*De wijkverpleegkundige stelt de indicatie. Indien er sprake is van palliatieve zorg, valt dit onder de indicatie en daarmee onder de bovengenoemde prestaties. Ook biedt de prestatie 'beloning op maat' ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om aanvullende afspraken te maken over innovatie, kwaliteit, uitkomsten van zorg of de bediende populatie van de zorgaanbieder.*

*Voor deze prestaties geldt als voorwaarde dat alleen de directe contacttijd in uren tussen zorgaanbieder en patiënt in de thuissituatie/werksituatie, alsmede de tijd besteed in het kader van de indicatiestelling, in rekening mag worden gebracht.*

**Experiment verpleging en verzorging**

*Voor individueel toewijsbare zorg kan ook een integraal tarief worden afgesproken op basis van de prestatie: 'experiment bekostiging verpleging en verzorging'. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen met elkaar afspraken maken over welke prestaties zij via het integraal tarief willen bekostigen en voor welk tarief. Zorgverzekeraars hebben voor 2018 gemiddeld met meer dan 90% van hun gecontracteerde zorgaanbieders een integraal uurtarief afgesproken, op basis van deze beleidsregel.*

---

<sup>15</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_242302\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_242302_22/1/) en [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_241148\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_241148_22/1/)

### **Samen beslissen: markering en proactieve zorgplanning**

De bekostiging van de wijkverpleging biedt veel ruimte voor markering en advance care planning (samen beslissen). Voorafgaand aan het leveren van de zorg, stelt de wijkverpleegkundige de verpleegkundige indicatie voor de inhoud en hoeveelheid zorg. Deze indicatiestelling kan ingezet worden om het gesprek over de palliatieve zorg aan te gaan en te bespreken wat de wensen zijn van de patiënt voor de zorg die geleverd wordt.

Zodra de patiënt de zorg ontvangt, is het van belang dat de wijkverpleegkundige het gesprek blijft aangaan over de inzet van zorg en met de patiënt de mogelijkheden van palliatieve zorg bespreekt. De wijkverpleegkundige kan hier scherp op blijven door zichzelf de 'surprise question' te stellen: zou het hem/haar verbazen als de patiënt binnen het jaar overlijdt? De wijkverpleegkundige kan natuurlijk altijd nader overleggen met de huisarts of een betrokken specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.

### **Samenwerking tussen professionals en coördinatie**

De behandelend (huis)arts is tot aan het overlijden van de cliënt betrokken bij de extramurale palliatief terminale zorg. Ook is 24/7 een in ptz gespecialiseerde verpleegkundige beschikbaar. Zo nodig kan de verpleegkundige een consultatieteam raadplegen. In dat team kunnen bijvoorbeeld een geriater, verpleegkundigen voor oncologie en pijnbestrijding, een diëtist en een geestelijk verzorger deelnemen.

De wijkverpleegkundige is een belangrijke schakel in de zorgverlening aan de palliatieve patiënt en kan tijdig signaleren wanneer de zorg aangepast moet worden. Op lokaal en regionaal niveau is het daarom belangrijk dat de wijkverpleging samenwerkt met andere zorgverleners om het traject van palliatieve zorg mee af te stemmen. Voor het vergoeden van extra coördinerende activiteiten van de wijkverpleegkundige kunnen indien nodig via de Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging<sup>16</sup> of via de prestatie 'Beloning op maat' aanvullende afspraken gemaakt worden tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

---

16 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_241148\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_241148_22/1/)

### 2.2.2 Langdurige zorg

Deze paragraaf begint met wat er in de regelgeving en in de 'Handreiking financiering palliatieve zorg 2019' staat over de bestaande bekostiging. Vervolgens zoomen we nader in op het kwaliteitskader langdurige zorg en het kwaliteitskader palliatieve zorg. Vervolgens beschrijven we hoe samen beslissen (markering en proactieve zorgplanning) ingezet kan worden. Tot slot lichten we toe of er binnen de huidige bekostiging ruimte is voor samenwerking tussen professionals en coördinatie van zorg.

#### **Hoe ziet de bekostiging in de langdurige zorg eruit?<sup>17</sup>**

*De bekostiging van de intramurale langdurige zorg is op basis van zorgzwaartepakketten (zpz).*

*Een zpz is een prestatie met een tarief dat aansluit bij de zorgbehoefte van de cliënt. Hoe groter de zorgbehoefte, hoe zwaarder de zpz. Wil een cliënt aanspraak kunnen maken op zorg, geleverd op basis van de Wlz dient hij geïndiceerd te zijn door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).*

*Het CIZ indiceert de patiënt en geeft een Wlz indicatie af, waarin een zorgprofiel staat. Het zorgprofiel beschrijft de zorgbehoefte (zie regeling langdurige zorg<sup>18</sup>). Er moet sprake zijn van een lichamelijke ziekte of beperking, een psychogeriatrische aandoening (zoals dementie), en/of een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke beperking. Daarnaast moet het duidelijk zijn dat de patiënt blijvend zorg nodig heeft en dat er permanent toezicht nodig is of 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn.*

*De Wlz-aanbieder krijgt op basis van de zpz een tarief per dag waarvoor hij alle zorg moet verlenen aan de cliënt. De zorg aan de cliënt bestaat uit onder meer begeleiding, ondersteuning, wonen en eventueel behandeling.*

*Als een cliënt na verloop van tijd palliatieve terminale zorg nodig heeft, dan bestaat binnen de Wlz de mogelijkheid om deze zorg te laten bekostigen op basis van VV 10 'beschermde verblijf met intensieve palliatieve zorg'. Dit gebeurt in overleg met het zorgkantoor. Per 1 januari 2018 is op advies van de NZa de indicatie door CIZ voor zorgprofiel VV 10 vervallen. Daarvoor in de plaats volstaat een terminaliteitsverklaring. Daarin verklaart de behandelend arts dat de verwachte levensduur op korter dan drie maanden wordt ingeschat. De verklaring dient voor materiële controle achteraf in de administratie van de zorgaanbieder opgenomen te zijn.*

*Voor PTZ-cliënten die blijvend in een instelling verblijven gelden daarnaast nog drie voorwaarden (met arts-verklaring):*

- 1. Noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg, die op grond van het eerder geïndiceerde profiel niet mogelijk is.*
- 2. Noodzaak tot bestrijding van zware pijn, verwardheid, benauwdheid of onrust.*
- 3. Er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg.*

*Bij het volledig pakket thuis (vpt) gelden de drie aanvullende voorwaarden niet.*

<sup>17</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_241160\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_241160_22/2/)

<sup>18</sup> <https://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2018-10-13>



De zorgaanbieder kan per geïndiceerde cliënt een zzp in rekening brengen, passend bij de zorgbehoefte van de cliënt. Voor de zzp geldt een maximum tarief per dag. Binnen de zzp-prestaties is veel ruimte voor zorg op maat. Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt al heeft. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld zorgpakket vv 6 heeft, dan wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.

Wanneer de patiënt nog niet terminaal is, kan in de pakketten VV 7 en VV 8, als de zorgbehoefte minimaal 25% hoger is dan het pakket vergoedt, de prestatie zzp-meerzorg worden aangevraagd bij het zorgkantoor.<sup>19 20</sup> De prestatie zzp-meerzorg kan ook worden aangevraagd bij onder meer:

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

De zorgbehoefte hoeft dan niet minimaal 25% hoger te zijn. Wanneer de patiënt terminaal is en behoefte heeft aan intensieve palliatieve zorg, bestaat de mogelijkheid om voor deze patiënt VV 10 Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg te declareren.

### **Kwaliteitskader langdurige zorg en palliatieve zorg**

Er zijn in de langdurige zorg meerdere kwaliteitskaders van toepassing op de palliatieve zorg. In de eerste plaats het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, dat een verplichtend karakter heeft voor alle aanbieders van verpleeghuiszorg in de Wlz. Daarnaast het kwaliteitskader palliatieve zorg, dat nog alleen richtinggevend is. Tussen beide kwaliteitskaders zijn er behoorlijk veel overeenkomsten als het gaat om proactieve zorgplanning en de regiefunctie. Voordat we ingaan op de precieze bekostiging van samen beslissen, kijken we naar de relatie tussen beide kwaliteitskaders.

Daarnaast is er ook het kwaliteitskader gehandicaptenzorg. Hierin kan het zorgplan gebruikt worden om afspraken te maken over de palliatieve zorg. Palliatieve zorg is niet expliciet opgenomen in dit kwaliteitskader.

In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is vooral het kwaliteitsthema persoonsgerichte zorg en ondersteuning gerelateerd aan (het kwaliteitskader) palliatieve zorg. Dit thema gaat over de manier waarop de cliënt in alle levensdomeinen uitgangspunt is bij zorg- en dienstverlening. Iemand met een zorg- en ondersteuningsbehoefte is vooral een uniek persoon met een eigen geschiedenis, een eigen toekomst en eigen doelen. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vindt plaats binnen een relatie tussen cliënt en zijn naaste(n), zorgverlener en zorgorganisatie. De kwaliteit van deze relatie bepaalt mede de kwaliteit van zorg. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning vraagt van organisaties de betrokkenheid en deskundigheid om zorgverleners te ondersteunen bij het 'verstaan en vertalen van behoeftes' van de cliënt.

---

<sup>19</sup> [http://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2018-07-01#Hoofdstuk2\\_Artikel2.2](http://wetten.overheid.nl/BWBR0036014/2018-07-01#Hoofdstuk2_Artikel2.2)

<sup>20</sup> [https://puc.overheid.nl/doc/PUC\\_239127\\_22/1/#e2af1212-f16c-4d1f-b8b0-7d81d5aa8099](https://puc.overheid.nl/doc/PUC_239127_22/1/#e2af1212-f16c-4d1f-b8b0-7d81d5aa8099)

Kenmerkend voor verpleeghuiszorg is dat het gaat om multidisciplinaire verzorging, verpleging, behandeling en ondersteuning. Door de toename van de zorg- en ondersteuningsbehoefte en de zwaardere problematiek neemt ook de complexiteit van de verpleeghuiszorg toe. Dit stelt steeds hogere eisen aan de medische en verpleegkundige zorgverlening. Het gaat dan om adequaat behandelen, maar ook gepast afzien van behandeling, en goede palliatieve zorg en begeleiding bij het sterven. Persoonsgerichte zorg en ondersteuning starten bij de opname van een cliënt. Wensen worden geïnventariseerd – ook die voor het levenseinde – opgenomen in het zorgplan en actief gedeeld met het multidisciplinaire team. Daarbij worden de richtlijnen rondom palliatieve zorg gevolgd.

Concluderend: er wordt er in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg aandacht besteed aan aspecten die in het kwaliteitskader palliatieve zorg benoemd worden als 'samen beslissen'.

Overeenkomsten tussen het kwaliteitskader verpleeghuiszorg en palliatieve zorg:

- De centrale zorgverlener coördineert de zorg ten behoeve van de continuïteit.
- De wensen van de cliënt en diens naasten omtrent waardigheid worden gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid, tijdens het stervensproces en na de dood erkend en gesteund.
- Generalistische zorgverleners en waar nodig specialistische zorgverleners en vrijwilligers werken samen als een interdisciplinair team in nauwe samenwerking met de patiënt en diens naasten, en stemmen de behandeling af op de waarden, wensen en behoeften van de patiënt.
- De zorg kan gelijktijdig met ziektegerichte behandeling verleend worden.

Instellingen kunnen kiezen om het onderwerp palliatieve zorg op te pakken binnen bovengenoemd kwaliteitsthema, vooral omdat er al veel materiaal over palliatieve zorg voorhanden is in de vorm van richtlijnen, plannen, et cetera.

### **Samen beslissen: proactieve zorgplanning en markering**

In de langdurige zorg is de intake van een cliënt door een zorgaanbieder het startpunt van de zorglevering. Met de intake wordt ervoor gezorgd dat de belangrijkste delen van het zorgplan worden gevuld (volgens de gestelde eisen). Dit intakegesprek kan ook benut worden om te onderzoeken of er in het ziekteproces van de betreffende cliënt sprake is van de palliatieve fase. Bij de intake is verbetering mogelijk in het adresseren van onderwerpen als het 'uniek' zijn van iedere cliënt (kwaliteitskader verpleeghuiszorg) en op de vier dimensies uit het kwaliteitskader palliatieve zorg. Hetzelfde geldt voor het proces dat daarna volgt, waar het zorgleefplan een meer centrale rol zou kunnen vervullen, maar nu nog vaak niet als zodanig gebruikt wordt.

In het kader van de proactieve zorgplanning (behandel- of zorgplan) is een regiefunctie belangrijk: in de intramurale langdurige zorg krijgt iedere cliënt een contactpersoon toegewezen: de 'eerst verantwoordelijke verzorgende' (evv). Deze contactpersoon zou de rol van 'centrale zorgverlener' (zie kwaliteitskader en in dit rapport 3.2) op zich kunnen nemen. Om regie te kunnen nemen op het behandel- of zorgplan, moet de centrale zorgverlener voldoende hoog opgeleid zijn. De gedachten<sup>21</sup> gaan daarbij uit naar academisch opgeleide medicus (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist), een hbo-5 opgeleide verpleegkundige of een verpleegkundige mbo-4. Het opleidingsniveau is een aandachtspunt.

Bij een gecontracteerde aanbieder wordt de contactpersoon bekostigd uit de zzp, ook als dit een huisarts of specialist ouderengeneeskunde is: Wlz-behandeling en algemene geneeskundige zorg zijn onderdeel van de bekostiging in de Wlz.

### **Samenwerking tussen professionals en coördinatie**

De samenwerking tussen disciplines binnen de intramurale verpleging en verzorging is onderdeel van de zzp-bekostiging. In het geval van mpt, vpt of pgb verwijzen we ook naar paragraaf 2.2.1 over de eerstelijnszorg in dit rapport.

Te verwachten is dat niet alle Wlz-instellingen intern beschikken over specialistische palliatieve kennis. Wanneer de patiënt bekend is bij het specialistisch palliatief team in het ziekenhuis, kan daar zo nodig een beroep op gedaan worden. Het hospice in de regio zou hiervoor een alternatief kunnen zijn. Gelet op de verschillende mogelijke financieringsstromen en de concurrentie in de regio, kan het in de praktijk complex zijn om hierover tot goede afspraken te komen (zie ook 2.2.3 Hospices).

### **Conclusie**

Er is binnen de zzp-bekostiging veel ruimte voor 'zorg op maat'. De bekostiging biedt daarom in aanleg veel mogelijkheden om binnen de V&V, gehandicaptenzorg en ggz aan de slag te gaan met samen beslissen en interdisciplinaire samenwerking. Eventuele hindernissen liggen meer op het gebied van de kennis en kunde van zorgverleners. De kwaliteitsgelden die aan de Wlz zijn toegevoegd (en de komende jaren nog worden toegevoegd) kunnen goed gebruikt worden voor scholing en training rondom palliatieve zorg in de V&V. Daarnaast is het belangrijk dat palliatieve zorg – en wat nodig is om kwaliteit te kunnen leveren – opgenomen is in kwaliteitskaders. Dan wordt palliatieve zorg een wezenlijk onderdeel van het zorgplan. Een zorgplan dat bovendien continu afgestemd wordt op de eventueel veranderde wensen en behoeften van de cliënt.

---

21 Zie kwaliteitskader palliatieve zorg

### 2.2.3 Hospices

Hospices zijn instellingen die zich specifiek richten op de zorg van de (palliatief) terminale patiënt. Naast de drie deeldomeinen eerstelijnszorg, langdurige zorg en medisch-specialistische zorg besteden we hier – net als in het rapport zorg op maat – apart aandacht aan de hospices. Zij lopen bij uitstek aan tegen verschillende financieringsstromen, wettelijke regimes en diverse regelingen. De bekostiging is veelal opgebouwd vanuit verschillende domeinen (Wlz, Zvw, Wmo); ze steunen verder op giften, maken gebruik van vrijwilligers en mantelzorgers die een deel van de zorg op zich nemen, en hebben niet altijd rechtstreeks contracten met zorgverzekeraars omdat ze onderaannemer zijn. In de Handreiking financiering palliatieve zorg 2019 (IKNL) zijn de verschillende organisatievormen en financieringsstromen overzichtelijk beschreven (zie ook bijlage).

#### Samen beslissen: proactieve zorgplanning en markering

De bekostiging van gesprekken tussen patiënt en zorgverlener hangt af van welke zorgverlener het gesprek voert. Bij de verpleegkundige is het bijvoorbeeld onderdeel van het dagtarief verblijfskosten; de arts kan een aparte prestatie declareren, zoals in de thuissituatie (zie 2.2.1 prestaties eerstelijnszorg, huisarts).

#### Samenwerking tussen professionals en coördinatie

Een hospice is een onderdeel van het regionale zorgaanbod. Een patiënt kan vanuit de thuissituatie, vanuit een eerstelijnsverblijf, vanuit een Wlz-instelling of vanuit het ziekenhuis naar een hospice worden overgeplaatst. De tijd die door verpleegkundigen in transfer en samenwerking wordt gestoken is onderdeel van het dagtarief verblijfskosten.

*Uit het rapport 'Palliatieve zorg op maat' citeren we ter illustratie:*

#### **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.*

*In het rapport 'Palliatieve zorg op maat' geven wij op dit signaal het volgende aan: Ziekenhuis en hospice moeten samen met de patiënt en familie tijdig in gesprek gaan over eventuele vervolgstappen na opname in het ziekenhuis. Daar horen duidelijke afspraken bij over de transfer van de cliënt van ziekenhuis naar het hospice. 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 de partijen op hierover met elkaar in gesprek te gaan.*

Naast hun rol in het regionale zorgaanbod kunnen hospices voor de regio ook een expertfunctie vervullen. Zij zijn immers helemaal toegesneden op palliatieve zorg en hebben op dat vlak veel kennis en ervaring. De bekostiging hangt af van wie de expertfunctie uitvoert. Betreft het een arts, dan kan gebruik gemaakt worden van de bestaande prestaties (zie boven).

#### **2.2.4 Medisch-specialistische zorg**

In deze paragraaf geven we eerst aan hoe de generalistische en specialistische zorg in het ziekenhuis georganiseerd is. We laten zien met welke zorgproducten de inzet van het specialistisch team in het ziekenhuis gedeclareerd kan worden. En hoe –generalistische- palliatieve begeleiding in de oncologie gedeclareerd kan worden. Tot slot gaan we specifiek in op verschillende vormen van samenwerking.

##### **Generalistisch en specialistisch**

Het gesprek over de niet-curatieve behandelopties hoort thuis in de spreekkamer van iedere medisch specialist, wanneer het levenseinde van de patiënt in zicht komt. Dit kan soms jaren voor het overlijden al aan de orde zijn. Dit gesprek is onderdeel van de reguliere dbc's. Om inzichtelijk te maken dat het bij een consult gaat om een gesprek over behandelopties is er een specifieke zorgactiviteit beschikbaar (zie verder). Deze is niet alleen bedoeld voor de medisch specialist maar ook voor de verpleegkundig specialist en andere poortfunctionarissen.

Wanneer de behandelend arts voor een patiënt gespecialiseerd advies nodig heeft, kan die een beroep doen op de inzet van het palliatief team. Zo'n in palliatieve zorg gespecialiseerd team is onder meer inzetbaar bij vragen over pijn en andere symptoombestrijding, psychosociale of spirituele problematiek en complexe medische besluitvorming bij zowel niet-oncologische als oncologische patiënten.

Praktisch gezien gaat het bij de inzet van het palliatief team om advies aan en begeleiding van de patiënt én de behandelend arts, in de vorm van gesprekken. Eén van de kwaliteitskenmerken van het palliatief team is het multidisciplinaire karakter. Inmiddels beschikken vrijwel alle ziekenhuizen over een palliatief team. De inzet ervan kan vergoed worden met negen zorgproducten palliatieve zorg.<sup>22 23 24</sup> Er zijn zorgproducten voor begeleiding op de polikliniek, in dagbehandeling en klinisch. Voor specialistisch palliatief advies aan kinderen zijn speciale teams actief, in enkele (meestal) academische ziekenhuizen. Vanaf 2019 kunnen ook deze teams gebruikmaken van de bestaande negen zorgproducten voor specialistisch palliatief advies. In het overleg met zorgverzekeraars kunnen afspraken worden gemaakt over passende tarieven (gereguleerd segment, max-maxtarieven).

---

22 De palliatieve zorgproducten vallen in het gereguleerd segment

23 Zie voor meer detail: Handreiking financiering palliatieve zorg 2019 IKNL en de meest recente versie van de [beleidsregel medisch-specialistische zorg](#)

24 Registratiewijzer Federatie Medisch Specialististen

Zorgproduct	Omschrijving
990040003	Ziekenhuisopname i.v.m. palliatieve zorg
990040004	Meer dan 1 consult/consultaties op afstand met onderzoek(en) i.v.m. palliatieve zorg
990040005	Dagbehandeling met een ingreep i.v.m. palliatieve zorg
990040006	Meer dan 1 consult/consultaties op afstand met een ingreep i.v.m. palliatieve zorg
990040007	Meer dan 2 consulten/consultaties op afstand i.v.m. palliatieve zorg
990040009	1 of 2 consulten/consultaties op afstand i.v.m. palliatieve zorg

### Samen beslissen: proactieve zorgplanning en markering

#### *Perspectief van de zorgprofessional*

In 2017 heeft de minister van VWS de NZa verzocht te onderzoeken hoe 'samen beslissen' kan worden verankerd in de dbc-bekostiging. De NZa heeft hierover gesproken met experts op het terrein van samen beslissen bij (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars en ziekenhuizen, om na te gaan of aanvullende maatregelen in de bekostiging wenselijk zijn. Deze analyse wees uit dat er in aanleg voldoende mogelijkheden zijn voor het bekostigen en eventueel extra belonen van samen beslissen. Wij kregen wisselende signalen over de extra consulttijd die gemoeid zou zijn met samen beslissen: het merendeel van de experts gaf aan dat er eerder méérdere consulten nodig zijn dan dat de consulten langer duren.

Voor de situaties waarbij samen beslissen substantieel meer tijd in beslag neemt dan een standaardconsult<sup>25</sup> heeft de NZa per 1 januari 2018 een nieuwe zorgactiviteitcode geïntroduceerd: '190066 uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met de patiënt en/of zijn/haar vertegenwoordiger'. Met deze registratiecode kunnen zorgaanbieders de eventuele extra inzet tijdens een consult voor samen beslissen inzichtelijk maken. Deze registratiecode staat ook op de nota aan de patiënt.

De extra transparantie kan gebruikt worden als ondersteuning van de financieringsafspraken die nu op verschillende niveaus plaatsvinden. Zoals de afspraken binnen het ziekenhuis (t.b.v. interne budgetverdeling) en de afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over zorgproducten en de hierbij behorende tarieven en/of over ziekenhuisbudgetten. Bovendien zijn de registratiegegevens te koppelen aan de gezamenlijke kwaliteits- en doelmatigheidsagenda van de rijksoverheid en zorgpartijen. De registratiecode vormt hierbij een onderdeel van een breder palet aan inzetbare instrumenten om zicht te krijgen op de ontwikkelingen in de ziekenhuizen en de extra effort die wordt ingezet om (meer) te gaan werken volgens het model van samen beslissen. Zo kan tijdens kwaliteitsgesprekken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars voorafgaand aan de zorginkoop aandacht zijn voor de manier waarop ziekenhuizen hier invulling

25 Minimaal tweemaal de standaard consulttijd voor het betreffende specialisme

aan geven (o.a. via gebruik patiëntversies van richtlijnen en keuzehulpen<sup>26</sup>). Ook kan er inzicht worden verkregen in patiëntervaringen, door gebruik te maken van Patient Reported Experience Measures (PREMs).

ZA 190066 wordt geregistreerd naast een (herhaal)polibezoek, screen-to-screenconsult of verpleegdag. Medisch specialisten of andere professionals die de poortfunctie uitvoeren<sup>27</sup> registreren ZA 190066 als het 'samen beslissen'-consult minimaal tweemaal de tijd in beslag neemt die voor een (herhaal)consult van het betreffende specialisme gebruikelijk is. De ZA 190066 vervult op zichzelf geen functie binnen het dbc-systeem. Met andere woorden: het registreren ervan 'doet niets' op de zwaarte van de dbc/het tarief.

Een medisch oncoloog heeft in relatie tot proactieve zorgplanning en samen beslissen nog andere bekostigingsmogelijkheden. Als een oncoloog en patiënt samen besluiten de ziektegerichte behandeling te staken, start er een medisch traject dat meer symptoomgericht is. De medisch oncoloog registreert dan de ZA 039928 'Begeleiding bij oncologie patiënten tijdens supportieve care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie'. Door het registreren van deze zorgactiviteit kunnen er zorgproducten 'supportive care/palliatieve zorg' afgeleid en gedeclareerd worden. Er zijn voor veel verschillende soorten kanker supportieve care producten voor poliklinische en klinische begeleiding en begeleiding in dagbehandeling. Totaal gaat het om bijna 150 zorgproducten supportive care.

Andere medisch specialisten dan oncologen kunnen ZA 039928 wel registreren, maar dit leidt niet tot een declarabel zorgproduct. Bij diagnoses zoals COPD, hartfalen en nierfalen kan ook sprake zijn van een symptoomgericht, palliatief traject. Mocht er behoefte bestaan aan supportive care-producten, kan hiertoe een verzoek ingediend worden bij de NZa.

#### *Perspectief van de patiënt*

Bij palliatieve zorg gaat het vaak om ernstig zieke patiënten, voor wie een polibezoek een grote opgave kan zijn. Het is wenselijk dat ziekenhuizen mogelijkheden bieden voor een belconsult, een schriftelijke consultatie of screen-to-screenconsult. De medisch specialist kan ook deze vormen van zorgverlening bekostigd krijgen. Voor de exacte eisen om deze te kunnen declareren verwijzen we naar de meest actuele versie van de prestatie en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg.<sup>28</sup>

---

26 [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)

27 Bijvoorbeeld gespecialiseerd verpleegkundige

28 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_236084\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_236084_22/1/)



## Samenwerken tussen professionals en coördinatie

### *Samenwerken binnen het ziekenhuis*

Net als in de eerste lijn speelt ook in de medisch-specialistische zorg een kwalificatievraagstuk: wanneer generalistisch en wanneer specialistisch? In het ziekenhuis is dit als volgt georganiseerd.

Het gesprek over de niet-curatieve behandelopties hoort thuis in de spreekkamer van iedere medisch specialist, wanneer het levenseinde van de patiënt in zicht komt. Dit kan soms jaren voor het overlijden al aan de orde zijn. Dit gesprek is onderdeel van de reguliere dbc's. Om inzichtelijk te maken dat het bij een consult gaat om 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 en andere poortfunctionarissen.

Wanneer de behandelend arts voor een patiënt gespecialiseerd advies nodig heeft, kan die een beroep doen op de inzet van het palliatief team. Zo'n in palliatieve zorg gespecialiseerd team is onder meer inzetbaar bij vragen over pijn en andere symptoombestrijding, psychosociale of spirituele problematiek en complexe medische besluitvorming bij zowel niet-oncologische als oncologische patiënten.

Praktisch gezien gaat het bij de inzet van het palliatief team om advies aan en begeleiding van de patiënt én de behandelend arts, in de vorm van gesprekken. Eén van de kwaliteitskenmerken van het palliatief team is het multidisciplinaire karakter. Inmiddels beschikken vrijwel alle ziekenhuizen over een palliatief team. De inzet ervan kan vergoed worden met negen zorgproducten palliatieve zorg.<sup>29 30 31</sup> Er zijn zorgproducten voor begeleiding op de polikliniek, in dagbehandeling en klinisch. Voor specialistisch palliatief advies aan kinderen zijn speciale teams actief, in enkele (meestal) academische ziekenhuizen. Vanaf 2019 kunnen ook deze teams gebruikmaken van de bestaande negen zorgproducten voor specialistisch palliatief advies. In het overleg met zorgverzekeraars kunnen afspraken worden gemaakt over passende tarieven (gereguleerd segment, max-maxtarieven).

---

29 De palliatieve zorgproducten vallen in het gereguleerd segment

30 Zie voor meer detail: Handreiking financiering palliatieve zorg 2019 IKNL en de meest recente versie van de [beleidsregel medisch specialistische zorg](#)

31 Registratiewijzer Federatie Medisch Specialististen

### **Samenwerken met andere ziekenhuizen in netwerk**

Soms kan een arts besluiten een patiënt verder te behandelen in de andere instelling van het samenwerkingsverband. Bijvoorbeeld omdat de andere instelling wel beschikt over de nodige faciliteiten voor de behandeling. De behandelend arts mag in dit geval per 2019 voor beide instellingen twee aparte zorgtrajecten openen. Zo kan de patiënt zijn hoofdbehandelaar behouden, ook al wordt hij behandeld in een andere zorginstelling. Voorwaarde is wel dat de samenwerking tussen de instellingen onderdeel is van de afspraken met de zorgverzekeraar.

#### *Samenwerken met de eerste lijn*

Hieronder bespreken we drie onderwerpen die van belang (kunnen) zijn bij de samenwerking met de eerste lijn: de transferverpleegkundige, medisch-specialistische zorg in de thuissituatie en het meekijkconsult.

Bij ontslag uit het ziekenhuis is er bij de mantelzorgers en zorgprofessionals in de thuissituatie, bij hospices en Wlz-instellingen behoefte aan een warme overdracht.

In het ziekenhuis is de overdracht vanuit het ziekenhuis meestal belegd bij een **transferverpleegkundige**. Die geeft inzicht in het behandelplan en de actuele stand van zaken. De transferverpleegkundige wordt betaald uit de algemene ziekenhuiskosten. Het is belangrijk dat hiervoor voldoende middelen beschikbaar zijn en dat er een heldere rolverdeling is tussen transferverpleegkundige en andere professionals in het ziekenhuis.

In een aantal gevallen zal overplaatsing naar de eerste lijn alleen mogelijk zijn als **medisch-specialistische zorg** in de thuissituatie, elv, hospice of Wlz-instelling beschikbaar is. Dit geldt in het bijzonder voor palliatieve zorg aan kinderen. Medisch-specialistische zorg thuis wordt bekostigd vanuit de (dbc-zorgproducten) medisch specialistische zorg. Als de huidige mogelijkheden om deze zorg vergoed te krijgen vanuit het DBC-systeem naar de mening van partijen tekortschieten, dan kan men bij de NZa een wijzigingsverzoek indienen.

### **Consultatieve raadpleging of een meekijkconsult**

Met het meekijkconsult kan de huisarts specialistische expertise inzetten zonder dat doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is. Dit komt de kwaliteit van zorg ten goede en de patiënt hoeft niet voor een specialistisch consult naar het ziekenhuis. De adviesaanvraag voor consultatie komt daarbij altijd van de huisarts en deze blijft ook hoofdbehandelaar. Specialistische expertise wordt betrokken bij een medisch specialist in de tweede lijn, maar kan ook worden ingevuld door kaderhuisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of binnen de ggz door een psycholoog of psychiater. Huisartsen kunnen advies inwinnen over een patiënt, ook wanneer deze niet onder behandeling is in het ziekenhuis. Om de inzet van de medisch specialist te declareren is er in segment 3 'zorgvernieuwing' van de bekostiging huisartsenzorg een prestatie 'meekijkconsult' beschikbaar.<sup>32</sup> Om deze prestatie te mogen declareren, moet er een contractafpraak zijn met de zorgverzekeraar. Deze prestatie heeft een vrij tarief: in het contract maken zorgaanbieder en verzekeraar een afspraak over de te leveren zorg en het te betalen tarief.

---

32 [TB/REG-19619-03](#)

### **2.2.5 Conclusie**

Zowel voor 'samen beslissen' als voor samenwerking zijn er binnen alle zorgsectoren in aanleg mogelijkheden om de inspanningen bekostigd te krijgen. Deze mogelijkheden zal de NZa voor de diverse zorgsectoren benadrukken in een informatiekaart.

Vooraf voor samenwerking blijkt de bekostiging in de praktijk echter niet eenvoudig. De bekostiging is veelal monodisciplinair ingericht en is complex, zeker als het gaat om (transmurale) samenwerking en coördinatie. Iedere professional die deelneemt aan de transmurale samenwerking moet bekostigd worden vanuit zijn 'eigen' prestaties. Tussen de zorgsectoren zijn veel verschillen in de precieze inrichting van de prestaties. Het vraagt dan ook om veel kennis van wet- en regelgeving bij de betrokkenen – evenals tijd en energie – om te komen tot praktisch werkbaar afspraken met zorgverzekeraars. Transmurale samenwerking vonden de deelnemers aan de rondetafels dan ook hét issue waarbij de bekostiging eenvoudiger kan worden en tegelijk een stimulans kan zijn voor het bereiken van ambities. Hierbij draait het dus om 'eenvoud', het derde onderwerp dat we benoemd hebben in het rapport 'Palliatieve zorg op maat'. De deelnemers aan de rondetafels suggereren drie bekostigingsroutes, die wij in hoofdstuk 3, 4 en 5 nader uitdiepen.

## Hoofdstuk 3

# Centrale zorgverlener of casemanager bekostigen

## 3. Centrale zorgverlener of casemanager bekostigen

Het van de grond krijgen van 'samen beslissen' (inclusief elementen als markering en proactieve zorgplanning) en samenwerking tussen professionals zijn twee belangrijke elementen in het verbeteren van de palliatieve zorg in Nederland. In hoofdstuk 2 is beschreven hoe professionals en aanbieders 'samen beslissen' en samenwerking betaald (kunnen) krijgen binnen de huidige bekostiging. Tijdens de rondetafels is door voorlopers in de palliatieve zorg uitgesproken dat een innovatieve manier van bekostigen de palliatieve zorg op deze twee onderwerpen nog sneller vooruit kan helpen. De deelnemers suggereren drie bekostigingsroutes. In dit hoofdstuk belichten we de eerste route: de casemanager bekostigen.

### 3.1 Casemanagement: duiding en bekostiging

We starten paragraaf 3.1 met een impressie van wat deelnemers aan de rondetafels aan positief effect verwachten van het bekostigen van casemanagement. Drempels zijn al eerder beschreven in paragraaf 2.1, onder het thema 4 'uitwerking bekostigingsscenario's. In onderstaand kader is letterlijk weergegeven welke positieve effecten deelnemers opschreven op de flip-over:

*Continuïteit. Kwaliteit van zorg. Minder onnodige opnames en daardoor lagere kosten. Zorg naar behoefte. Zorgdiensten in plaats van –producten. Fasering is geormerkt. De casemanager kan de patient informeren over de mogelijkheden die er zijn aansluitend bij zijn/haar behoefte. Samenwerking tussen 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn wordt beter. De inhoudelijke overdracht en de continuïteit van zorg wordt beter.*

Naar aanleiding van vele vragen heeft het Zorginstituut, na een eerdere duiding van casemanagement<sup>33</sup>, eind 2017<sup>34</sup> een 'verduidelijking standpunt casemanagement' uitgebracht. Er is geen eenduidige definitie van casemanagement, niet vanuit de praktijk en ook niet vanuit de wetenschappelijke literatuur. Casemanagement heeft uiteenlopende verschijningsvormen, maar met gemeenschappelijke elementen. Zoals coördinatie, organisatie en regie. Deze elementen kunnen op verschillende manieren worden ingevuld: via medisch casemanagement en verpleegkundig casemanagement.

#### Medisch casemanagement

De nadruk ligt op de geneeskundige kant van de regie, het monitoren, evalueren en aanpassen van het zorgplan op basis van een veranderende zorgvraag van de patiënt. Deze zorg wordt in Zvw-termen geschaard onder het begrip 'zorg zoals huisartsen plegen te bieden'.

---

<sup>33</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2011/03/25/casemanagement>  
<sup>34</sup> Zorginstituut: verduidelijking casemanagement, 29 december 2017

### **Verpleegkundig casemanagement**

Hier ligt de nadruk op verpleegkundige zorg zoals de coördinatie van zorg en ondersteuning vanuit verschillende domeinen (Zvw, Wmo en Wlz) en ondersteunen van het mantelzorgsysteem. In Zvw-termen: 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden'.

Het Zorginstituut geeft ook antwoord op de vraag of casemanagement een apart te onderscheiden zorgvorm is wanneer het zwaartepunt ligt op coördinatie, organisatie en regie. Het Zorginstituut geeft aan dat casemanagement geen aparte zorgvorm is, maar een voorwaarde voor goede multidisciplinaire zorg.

In de praktijk kunnen zorg en casemanagement (in de persoon van de casemanager) met elkaar verweven zijn. De verschillende verschijningsvormen en de verwevenheid kunnen consequenties hebben voor de competenties. De beroepsgroepen moeten die competenties bepalen. In paragraaf 3.2 geven we aan wat het kwaliteitskader palliatieve zorg hierover zegt.

### **3.2 Kwaliteitskader: centrale zorgverlener**

Het kwaliteitskader palliatieve zorg geeft aan dat het belangrijk is dat er voor elke patiënt een centrale zorgverlener beschikbaar is. De centrale zorgverlener is in principe een BIG-geregistreerde zorgverlener met concrete taken en verantwoordelijkheden op het gebied van palliatieve zorgverlening, coördinatie en continuïteit. In samenspraak met de patiënt en diens naasten worden de taken van de centrale zorgverlener uitgevoerd door de hoofdbehandelaar, of gedelegeerd aan een ander teamlid dat gespecialiseerd is in palliatieve zorg. Door veranderingen in de situatie van de patiënt, of in de plaats waar deze verzorgd wordt, kan het noodzakelijk zijn om van centrale zorgverlener te wisselen. De centrale zorgverlener is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten en voor andere zorgverleners, en ziet erop toe dat:

- het behoud van de eigen regie door patiënt en diens naasten wordt gestimuleerd, voor zover mogelijk en/of gewenst;
- het individueel zorgplan tot stand komt, wordt bijgesteld en nageleefd;
- de taakverdeling tussen zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers helder is;
- de continuïteit van zorg geregeld is;
- het benodigd multidisciplinair overleg, de consultaties of de verwijzingen geregeld worden;
- de individuele sociale kaart van de patiënt en diens naasten inzichtelijk is en beheerd wordt;
- er passende ondersteuning, thuiszorg, mantelzorg en hulpmiddelen geregeld en gecoördineerd worden;
- er aandacht is voor de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers;
- de gemaakte afspraken passen binnen de zorgindicatie van de patiënt en (als afspraken en zorgindicatie niet met elkaar overeenkomen) er mogelijke oplossingen met betrokken instanties besproken worden.

De centrale zorgverlener kan de bovengenoemde activiteiten naast eventuele zorgtaken uitvoeren. In de praktijk doet zich ook de situatie voor dat de activiteiten worden uitgevoerd door een professional zonder zorgtaken. In dat geval lijkt de term 'casemanager' meer gepast.

Verschillende zorgprofessionals kunnen de rol van centrale zorgverlener/casemanager oppakken. Het kwaliteitskader geeft aan dat het bij voorkeur een BIG-geregistreerde hulpverlener is. Gezien de genoemde activiteiten moet de centrale zorgverlener een bepaald opleidingsniveau hebben. Het kwaliteitskader (hoofdstuk 2 'structuur en proces', paragraaf 9 'deskundigheid') geeft de standaard en criteria aan voor zorgverleners in de palliatieve zorg.

### **3.3 Bekostiging casemanagement**

Tijdens de rondetafels werd het bekostigen van de casemanager als oplossing naar voren gebracht in de route naar het verbeteren van de kwaliteit van de palliatieve zorg. Het hangt ervan af welke medisch of verpleegkundig professional het casemanagement op zich neemt, hoe de bekostiging is geregeld. Hieronder beschrijven we de verschillende mogelijkheden.

#### **3.3.1 Wijkverpleegkundige**

Omdat het Zorginstituut casemanagement heeft gedefinieerd als 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden', wordt casemanagement als verpleegkundige zorg gedeclareerd. Binnen de wijkverpleging kan dat op basis van twee beleidsregels.<sup>35</sup> Bij meer dan 90% van de gecontracteerde zorgaanbieders wordt zorg ingekocht op basis van de beleidsregel 'Experiment bekostiging verpleging en verzorging'.

Deze beleidsregel is per 2016 van kracht in de wijkverpleging. Onder de voorwaarde van een contract zijn daar zowel de te leveren zorgprestatie als het tarief vrij. Dit betekent dat aanbieders en verzekeraar, zonder tussenkomst van de NZa, vrij zijn in hun afspraken over de prestatie (een aantal minuten/uren/dagen wijkverpleging) en de hoogte van het tarief. Als de zorgaanbieder een experiment met de zorgverzekeraar heeft afgesproken, wordt de verpleegkundige zorg (inclusief de tijd besteed aan casemanagement) gedeclareerd volgens de voorwaarden van het afgesloten contract.

Als een aanbieder geen contract met een zorgverzekeraar heeft afgesloten, kan de zorgaanbieder zowel de zorg als het casemanagement declareren als 'verpleging'. Zowel casemanagement als verpleegkundige zorg vallen immers onder het begrip 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden'.

Zvw

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

- Zorg in natura (zin). De patiënt ontvangt de zorg die de zorgverzekeraar bij zorgaanbieders inkoop.
- Persoonsgebonden budget (pgb). De patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.

---

<sup>35</sup> Beleidsregel Verpleging en verzorging – BR/REG-19141 en Beleidsregel Experiment bekostiging verpleging en verzorging – BR/REG-19144



### **3.3.2 Een andere zorgprofessional**

Als BIG-geregistreerde centrale zorgverlener komen de huisarts, medisch specialist en de gespecialiseerd verpleegkundige in of buiten het ziekenhuis in aanmerking.

De huisarts wordt bekostigd via basiszorg segment 1 (consult/visite) of met de prestatie Intensieve zorg, wanneer sprake is van palliatief terminale zorg (zie ook: paragraaf 2.2.1).

De medisch specialist die generalistisch palliatieve begeleiding biedt en/of een zorgplan opstelt wordt bekostigd via de reguliere dbc's (zie paragraaf 2.2.4). Ditzelfde geldt voor de specialistisch verpleegkundige, wanneer deze ingezet wordt vanuit het ziekenhuis. Bij het opstellen van een advance care-planning kan specialistisch advies nodig zijn. Dit wordt dan verzorgd door het palliatief team; hiervoor zijn aparte dbc's ontwikkeld.

Als casemanagement wordt uitgevoerd door gespecialiseerde verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten buiten het ziekenhuis, valt dit onder 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden'. Declaratie is gelijk aan de declaratie van zorg zoals beschreven in paragraaf 3.3.1

## **3.4 Conclusie**

Tijdens de rondetafels werd 'het bekostigen van de casemanager' als oplossing gezien om het bereiken van ambities in de palliatieve zorg te versnellen. Zoals besproken in de vorige paragraaf is het bekostigen van de casemanager nu al mogelijk, als het gaat om een wijkverpleegkundige, huisarts, medisch specialist of verpleegkundig specialist. Verzekeraars en aanbieders kunnen hier samen afspraken over maken. De huidige, monodisciplinair ingerichte bekostiging maakt de vertaalslag nodig van 'casemanagement' naar de declaratiemogelijkheden voor individuele aanbieders. De huidige bekostigingsmogelijkheden voor de casemanager sluiten aan bij de duiding van het Zorginstituut (medisch/verpleegkundig, zie 3.1).

De NZa roept vernieuwers in de zorg op om gebruik te maken van de huidige mogelijkheden, en waar deze tekortschieten een aanvraag te doen voor de beleidsregel 'Innovatie voor kleinschalige experimenten', of met ons in gesprek te gaan.

## Hoofdstuk 4

# Transmurale samenwerking bekostigen

## 4. Transmurale samenwerking bekostigen

Een tweede innovatieve bekostigingsoptie die genoemd is door deelnemers aan de rondetafel is het bekostigen van transmurale en/of multidisciplinaire samenwerking. We gaan hier nader op in door achtereenvolgens een begripsomschrijving te geven, de mogelijkheden voor (experimentele) bekostiging te bespreken en een aantal voorbeelden te geven van prestaties als mogelijke denkrichting voor de toekomst.

### 4.1 Begripsomschrijving

In paragraaf 2.1 (drempels) staat bij het thema samenwerking:

'Met een gezamenlijke benadering van alle actuele en potentiële vragen rondom een patiënt valt meer te bereiken dan door iedere vraag apart te benaderen. De vragen kunnen erg breed en complex zijn. Ze komen voort uit de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten, en kunnen gaan over fysieke, psychische, sociale en spirituele kwesties. De multidimensionale benadering van de patiënt en zijn zorgvragen in de palliatieve fase vraagt dan ook om kennis en betrokkenheid op meerdere disciplines die in een interdisciplinair werkend team verenigd zijn. Dit team bestaat uit zorgverleners en vrijwilligers die nauw samenwerken met de patiënt en diens naasten.

Daarnaast moet er voor de generalistisch werkende zorgverleners toegang zijn tot specialistische kennis. In Nederland wordt de palliatieve zorg namelijk grotendeels verleend door generalisten, huisartsen en verpleegkundigen: bij complexe vragen is specialistische kennis nodig.

In het kwaliteitskader palliatieve zorg wordt in het onderdeel 'structuur en proces' aandacht besteed aan wat er gevraagd wordt van zorgverleners met een specifieke palliatieve deskundigheid. Regionale of lokale samenwerking vraagt dus niet alleen om – het organiseren van – een interdisciplinair team, maar ook om het organiseren van generalistische en specialistische kennis.

Het transmurale aspect komt in deze beschrijving naar voren:

- Bij het organiseren van interdisciplinaire teams in de regio. Hier ligt de focus meer op samenwerking tussen zorgprofessionals en eventueel vrijwilligers in de eerste lijn.
- Bij het organiseren van generalistische en specialistische kennis in de regio. Hier is de samenwerking met de tweede lijn cruciaal.

## 4.2 Huidige prestatie- en tariefregulering

De huidige prestatie- en tariefregulering is grotendeels gericht op de bekostiging van monodisciplinaire aanbieders. Er zijn in de huidige bekostiging drie manieren waarop (deelname aan) de samenwerking is vormgegeven in de bekostiging:

1. Versleuteld in de 'eigen' prestaties en tarieven van de professionals.  
*Voorbeelden, zie onder: zorg op maat wijkverpleging en ketenzorg dementie wijkverpleging.*
2. Een aparte prestatie.  
*Voorbeelden, zie onder: O&I huisartsenzorg en meekijkconsult.*
3. Als onderdeel van ketenprestatie.  
*Voorbeeld, zie onder: COPD ketenprestaties huisartsenzorg en facultatieve prestatie eerste lijn.*

### Ad 1 Versleuteld in 'eigen' prestaties en tarieven

*Beloning op maat wijkverpleging (zie ook 2.2.1)*

De prestatie beloning op maat is generiek beschreven zodat zorgverzekeraars en zorgaanbieders een grote mate van ruimte hebben om aanvullende afspraken zelf vorm te geven. Ze biedt ruimte om onderling op lokaal niveau afspraken te maken over het –financieel– belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder. Daarmee kan maatwerk worden geleverd wanneer in bepaalde regio's bijzondere aandacht aan een thema wordt gegeven dat voortvloeit uit de kenmerken van die regio.

Met deze prestatie kunnen zorgaanbieders bijvoorbeeld worden gewaardeerd naar de door hen bediende populatie, of kunnen toegepaste innovatie en kwaliteit worden gewaardeerd. Ook het implementeren en gebruiken van een geautomatiseerd registratiesysteem kan bijvoorbeeld tot beloning leiden. De prestatie biedt tevens ruimte voor afspraken over wijkgericht werken. Wijkgericht werken bestaat uit activiteiten die niet direct gekoppeld hoeven te zijn aan een individueel zorgtraject en gekenschetst kunnen worden als het verbinden van het medisch en sociaal domein.

Voorwaarde voor het mogen declareren van de prestatie 'Beloning op maat': is een contract tussen aanbieder en verzekeraar. Momenteel wordt deze prestatie nog weinig gecontracteerd omdat meer dan 90% van de aanbieders wordt gecontracteerd volgens de prestatie 'Experiment bekostiging verpleging en verzorging'. Overigens biedt dit experiment eveneens de vrijheid om afspraken te maken die de samenwerking tussen zorgverleners stimuleert.

### Ad 2 Aparte prestatie

*Prestatie ketenzorg dementie wijkverpleging*

Om op regionaal niveau invulling te geven aan de zorgketens dementie, kunnen zorgverzekeraars en aanbieders maatwerkafspraken maken over projectgelden die niet toewijsbaar zijn op het niveau van de individuele verzekerde. Deze prestatie maakt de bekostiging van de verschillende netwerkstructuren voor dementiezorg mogelijk. Het moet echter wel gaan om zorg in de zin van de Zvw. Vormen van ondersteuning op grond van bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), zoals het opleiden van Wmo-consulenten, zijn dat niet. Die vallen buiten de kaders van deze prestatie en kunnen niet met deze prestatie worden bekostigd. Omdat het bij ketenzorg dementie gaat om zorg die niet aan een individuele verzekerde toewijsbaar is, vindt de declaratie van de geleverde zorg plaats op prestatieniveau.

De zorglevering aan individuele patiënten met dementie wordt bekostigd met de individueel toewijsbare prestaties voor verpleging en verzorging. Hieronder valt ook casemanagement dementie. Deze zorg valt hiermee nadrukkelijk niet onder de prestatie ketenzorg dementie.

### **O&I-prestaties huisartsenzorg**

De O&I-prestaties hebben vier varianten: O&I Wijkmanagement, O&I Ketenzorg, O&I Regiomanagement en O&I Geïntegreerde eerstelijnszorg (zie ook 3.2). Voor de details verwijzen we naar de Prestatie- en tariefbeschikking huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg.<sup>36</sup>

Op 1 januari 2018 heeft de NZa een aantal nieuwe prestaties geïntroduceerd in S2 huisartsenzorg onder de noemer 'organisatie en infrastructuur'. Deze prestaties bieden de mogelijkheid om aanvullende vergoedingen per ingeschreven verzekerde overeen te komen op basis van afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze aanvullende vergoedingen hebben als doel om (multidisciplinaire) samenwerking tussen zorgverleners te stimuleren, waarbij de patiënt de voordelen ervaart van het continue verbeteren van de kwaliteit en/of kosten van zorg.

### **Meekijkconsult of consultatieve raadpleging**

Met het meekijkconsult kan de huisarts specialistische expertise inzetten zonder dat doorverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is. Dit komt de kwaliteit van zorg ten goede en de patiënt hoeft niet voor het specialistisch consult naar het ziekenhuis. Specialistische expertise wordt betrokken bij een medisch specialist in de tweede lijn, maar kan ook worden ingevuld door kaderhuisartsen, specialisten ouderengeneeskunde of binnen de ggz door psycholoog of psychiater. Huisartsen kunnen advies inwinnen over een patiënt, ook wanneer deze niet onder behandeling is in het ziekenhuis.

### **Ad 3 Onderdeel van de ketenprestatie**

#### *Voorbeeld ketenprestaties diabetes en COPD huisartsenzorg*

Segment 2 huisartsenzorg beschrijft ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma.

---

36 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_6188\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_6188_22/1/)

## 4.3 Doorontwikkeling

In de praktijk ontstaan steeds meer initiatieven die zich richten op een multidisciplinaire benadering van de zorgvraag van de patiënt. Gelet op de huidige wet- en regelgeving is het noodzakelijk om coördinatie en infrastructuur te koppelen aan een prestatie waarin ook 'zorg' is opgenomen, wil coördinatie en infrastructuur vergoed kunnen worden. Dit kan een knelpunt zijn, bijvoorbeeld wanneer de infrastructuur wordt geleverd door een organisatie die zelf geen zorg levert of wanneer de coördinatie een meer populatiegericht karakter heeft. Onderliggende mechanismen hierbij zijn onder meer:

1. de vraag of het om verzekerde zorg gaat;
2. de noodzaak om kosten toe te kunnen rekenen aan individuele patiënten;
3. de vraag welk regime van eigen risico en/of eigen bijdrage van toepassing is.

Op deze en andere mechanismen gaan wij hier niet verder in. Een werkgroep met medewerkers van VWS, NZa en ZIN onderzoekt momenteel hoe dit knelpunt op te lossen valt. Ze zoekt naar een instrument voor structurele financiering van netwerken en infrastructuren die de kwaliteit en effectiviteit van verzekerde zorg verbeteren. De ambitie is om voor de kerst 2018 met een concreet en gedragen advies te komen voor welk financieringsinstrument het beste kan worden ingezet.

### 4.3.1 Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten

Om innovaties in de praktijk uit te proberen en betaald te krijgen is de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten<sup>37</sup> in het leven geroepen. Dit kan gaan om het experimenteren met een nieuwe diagnostiek of behandeling, maar ook om experimenten waarin zorgaanbieders op een andere manier met elkaar samenwerken en deze samenwerking innovatief willen bekostigen. Ten minste één aanbieder en een verzekeraar dienen gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. Met deze beleidsregel is het mogelijk om minimaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met zorg die valt onder de reikwijdte van de Wmg: Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of Wet langdurige zorg (Wlz) en/of forensische zorg en/of aanvullend pakket.

De NZa vindt het belangrijk dat een innovatief experiment de prijs/kwaliteit-verhouding in de zorg verbetert. Door doelen te stellen en resultaten te meten, monitoren de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar/zorgkantoor of het experiment oplevert wat het beoogt.

Zorgaanbieders die samen de zorg anders organiseren en die de bekostiging daarop willen aanpassen, kunnen hiervoor een aanvraag doen bij de NZa via de beleidsregel innovatie. In aanmerking komen ook varianten die passen bij het organiseren van interdisciplinaire samenwerking en/of het organiseren van specialistische hulpvragen. De NZa beoordeelt de aanvraag: valt deze binnen de reikwijdte van de Wmg en voldoet de aanvraag aan artikel 5.2 van de beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten?

---

37 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_21688\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21688_22/1/)

### 4.3.2 Facultatieve prestatie eerste lijn

Een facultatieve prestatie is een mogelijkheid voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om samen een nieuwe prestatie in te vullen en betaald te krijgen. Deze facultatieve prestaties zijn er voor eerstelijns zorgsectoren met vrije tarieven, te weten fysiotherapie<sup>38</sup> en oefentherapie<sup>39</sup>, dieetadvies<sup>40</sup> en farmacie.<sup>41</sup> Sinds de introductie van facultatieve prestaties in 2012 zijn er twee sectoren waar deze facultatieve prestaties gebruikt worden: de fysiotherapie en de farmacie. Bij de fysiotherapie bestaan de meeste facultatieve prestaties. In aanleg vinden zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars het een positief instrument: het biedt ruimte voor het maken van onderlinge afspraken zowel op inhoud van zorg als op het tarief. Wel kan de administratiedruk toenemen.<sup>42</sup> In de praktijk worden de facultatieve prestaties weinig gebruikt. Ook in andere paramedische sectoren bestaat de mogelijkheid tot de invulling van de facultatieve prestatie, maar hier wordt –nog– geen gebruik van gemaakt.

Partijen kunnen gezamenlijk een aanvraag doen voor een prestatieomschrijving en deze opsturen naar de NZa. De NZa beoordeelt de aanvraag aan de gestelde voorwaarden en beoordeelt of de voorgestelde prestatiebeschrijving onder de reikwijdte van de beleidsregel valt, die in dat geval van toepassing is. Na goedkeuring wordt de facultatieve prestatie toegevoegd aan de prestatiebeschrijvingsbeschikking. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders, in overeenkomst met een zorgverzekeraar, deze prestatie leveren.

### 4.3.3 Segment 2 huisartsenzorg

Segment 2 huisartsenzorg: multidisciplinaire zorg biedt ruimte voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in S2. Het kan hierbij gaan om nieuwe ketens of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens. Bij de bestaande prestaties voor integrale zorg (diabetes mellitus, COPD, secundaire preventie hart- en vaatziekten) is er sprake van landelijk overeenstemming over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden. Veldpartijen kunnen de NZa een specifiek verzoek doen om dit segment te vullen met prestaties die aan bovenstaande voorwaarden voldoen. Tot op heden is er ten aanzien van segment 2 door partijen nog nooit gebruikgemaakt van deze mogelijkheid. Om samenwerking in een keten binnen de palliatieve zorg te bekostigen, is een nadere verkenning op deze route een optie.

### 4.3.4 Prestatie ketenzorg

Om op regionaal niveau invulling te geven aan zorgketens palliatieve zorg, zou een bekostiging volgens de prestatie ketenzorg dementie een denkrichting voor de doorontwikkeling kunnen zijn. Het uitwerken van de voor-en tegens en het geven van een nader advies hierover valt buiten de reikwijdte van deze signalering. VWS kan de NZa vragen hierover een advies uit te werken. (Zie voorbeeld prestatie ketenzorg dementie in paragraaf 4.2)

---

38 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_217182\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_217182_22/1/)

39 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_213723\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_213723_22/1/)

40 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_213928\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_213928_22/1/)

41 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_208638\\_22/1/#](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_208638_22/1/#)

42 Gebruik van facultatieve prestaties in de zorg, Joost Baardman 2018. Masterscriptie.



## Hoofdstuk 5

# Patiëntvolgende bekostiging

# 5. Patiëntvolgende bekostiging

Deelnemers aan de rondetafels brengen een patiëntvolgende bekostiging het meest frequent naar voren als stimulans om het 'hogere' doel te bereiken: betere kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland. Patiëntvolgende bekostiging zou – in de ogen van de deelnemers – het antwoord zijn op de huidige versnippering in de bekostiging en de daarbij behorende nadelen (zie rapport; zorg op maat, NZa 2017). Anderzijds blijken de deelnemers echter geen concreet beeld te hebben bij de invulling van patiëntvolgende bekostiging (zie 5.1). Wèl kunnen zij een aantal elementen benoemen die aandacht verdienen bij een eventuele technische vormgeving. Deze elementen lichten wij in 5.2 nader toe. In 5.3 geven we de huidige mogelijkheden weer voor wie wil (experimenteren) met een patiëntvolgende bekostiging en we besluiten in 5.4 met de vervolgvormgeving van de NZa op dit onderwerp.

## 5.1 De beelden

De deelnemers schrijven aan de patiëntvolgende bekostiging veel positieve effecten toe: minder administratieve last, meer keuzevrijheid, meer kwaliteit van zorg, meer samenwerking tussen professionals en continuïteit van zorg, meer creativiteit en innovatie, meer regionale variatie. Concrete beelden over een hoe en wat ten aanzien van de vormgeving van de bekostiging, hebben deelnemers niet.

Gemeenschappelijk bij de deelnemers aan de rondetafels is het idee dat er bij patiëntvolgende bekostiging een 'potje' is waaruit de benodigde zorg kan worden betaald, zonder administratieve eisen aan de route.

Wat aan zorg nodig is, moet geleverd kunnen worden, óók als het bijvoorbeeld de inzet van de geestelijk verzorger betreft. Deelnemers geven aan dat 'dé palliatieve patiënt' niet bestaat en dat er grote verschillen zijn in zorgvraag; zeker in de palliatief terminale fase, maar ook in de palliatieve fase. Uit de groepen komt dan ook naar voren dat de hoogte van het 'potje' moet verschillen naar gelang de zorgzwaarte.

Er bestaan verschillende beelden over wie het 'potje' moeten beheren: de patiënt of zijn vertegenwoordiger, het transmuraal team, of de verzekeraar.

Vertaald naar de praktijk wordt integrale patiëntvolgende bekostiging door de deelnemers voornamelijk gezien als een systeem waarin verschillende onderdelen van palliatieve zorg te kiezen zijn. Van alle zorg waaruit gekozen kan worden is het prijskaartje bekend en idealiter bepaalt de zorgvraag welke zorg geleverd wordt.

## 5.2 Technische vormgeving

Deze paragraaf schetst welke elementen in de beleving van deelnemers aan de rondetafels een plaats moeten krijgen bij een eventuele technische vormgeving van patiëntvolgende bekostiging.

Transmurale bekostiging waarin de wens van de patiënt centraal staat vraagt om **coördinatie en samenwerking** tussen zorgprofessionals en afstemming met de patiënt, oftewel (advance) care planning. De benodigde tijd voor coördinatie en samenwerking moet dan ook onderdeel zijn van patiëntvolgende bekostiging.

Aan het begin van de palliatieve fase is er behoefte aan een inschatting van de **zorgbehoefte** (en dus zorginzet en kosten) en een **indeling** (in zorgzwaarte, 'prijskaartjes'). De zorgbehoefte gedurende de gehele palliatieve fase laat zich aan het begin ervan niet goed voorspellen. De indeling hoort daarom niet in beton gegoten te zijn: gaandeweg de palliatieve fase moet bijstelling mogelijk zijn.

De deelnemers zijn alert op de mogelijke **toename van de administratieve lasten** om tot goede indelingen van zorg te komen. Om die toename te rechtvaardigen, is het belangrijk dat de administratie een toegevoegde waarde heeft voor de praktijk en/of begrijpelijk is en/of tijdelijk is.

### **Voorbeeld experiment integrale geboortezorg<sup>43</sup>**

*Vanaf 1 januari 2017 kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken over integrale bekostiging van geboortezorg. De regelgeving voor integrale geboortezorg heeft een experimenteel karakter en biedt tot eind 2021 de mogelijkheid om ervaring op te doen met integrale bekostiging. Het gaat hierbij om zorg 'over de schotten': kraamzorg, verloskundige zorg en medisch specialistische zorg. Aanbieders zijn georganiseerd in verloskundige samenwerkingsverbanden (vsv). Vsv's en verzekeraars maken afspraken over 10 prestaties, waarvan er 9 een integraal karakter hebben. Samenwerking tussen zorgprofessionals maakt onderdeel uit van de prestatie, en het afgesproken tarief. Door de aanwezigheid van prestaties als 'geboortezorg prenataal' en 'geboortezorg prenataal complex' wordt rekening gehouden met zorgzwaarte.*

Om de zorg (en bekostiging) patiëntvolgend te laten zijn, wordt idealiter **de patiënt regiehouder** over het beschikbare budget en de zorg die daarvoor ingekocht kan worden. Deze gedachte sluit aan bij een recent voorbeeld van 'persoonsvolgende zorg' in de langdurige zorg. Doel van persoonsvolgende zorg is de cliënt de vrijheid te geven om zorg af te nemen bij de aanbieder van zijn voorkeur, zonder daarin belemmerd te worden door bestaande regelgeving. Bij persoonsvolgende zorg heeft de cliënt regie over de zorg, maar niet over het budget.

---

43 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_21764\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21764_22/1/)

### **Voorbeeld van persoonsvolgende zorg**

*In de langdurige zorg is in 2017 en 2018 geëxperimenteerd met persoonsvolgende zorg. Het experiment was in Rotterdam gericht op de gehandicaptenzorg en in Limburg op de verpleging en verzorging. Door betrokken zorgaanbieders, het zorgkantoor en het projectteam in de regio's is veel geïnvesteerd in de onderlinge samenwerking. Zij hebben initiatieven ontplooid om cliënten vroeg te informeren over hun keuzemogelijkheden en zijn in gesprek gegaan met de cliënt over de vraag welke zorg het best passend is. Zorgkantoren hebben daar een belangrijke rol in, in het kader van hun wettelijke taak als cliëntondersteuner. De NZa heeft in 2018 structureel meer mogelijkheden geschapen voor persoonsvolgende zorg in de langdurige zorg. Waar het eerst nodig was om in het kader van het experiment de regels aan te passen, is dat nu niet meer nodig.*

Vanwege de complexiteit van de organisatie van zorg én de ernst van de ziekte bij een patiënt in de palliatieve fase zal de patiënt zelf niet altijd de aangewezen persoon zijn om het 'potje' te beheren. Is er geen adequate hulp vanuit een mantelzorger beschikbaar, dan is een **externe regiehouder** nodig. De centrale zorgverlener (zie 3.2) komt daarvoor het eerste in aanmerking.

Het ontbreken van **kennis bij patiënten** over beschikbare mogelijkheden voor palliatieve zorg wordt als knelpunt gezien door de deelnemers. Ook wordt er niet of nauwelijks proactief informatie verschaft door zorgverzekeraars of zorgverleners, in tegenstelling tot bij een zwangerschap.

**Marktwerking** bevordert regionaal eerder concurrentie dan samenwerking. Deelnemers houden de marktwerking verantwoordelijk voor het ontstaan van veel kleine thuiszorgaanbieders; dit grote aanbod maakt regionale samenwerking complex.

Tot slot moet men zich bij het ontwikkelen van een patiëntvolgende bekostiging afvragen welke **prikkels in de bekostiging** gewenst gedrag kunnen stimuleren en/of ongewenst gedrag kunnen voorkomen, zowel bij hulpverleners als bij patiënten.

### **Toelichting marktprikkels:**

*Stel: aan het begin van de palliatieve fase wordt de zorgbehoefte van een patiënt in beeld gebracht en de patiënt wordt op basis daarvan ingedeeld in een zorgzwaartecategorie (met een vast, max of vrij onderhandelbaar tarief). Binnen de zorgzwaartecategorie is veel ruimte voor een zorgaanbod op maat. Hoe voorkom je dat er te weinig zorg wordt geleverd voor het bedrag dat de zorgaanbieder toekomt? Hoe stimuleer je een rechtmatig maar ook doelmatig gebruik van de ruimte? Hoe voorkom je dat een instelling of professional alleen die patiënten behandelt die qua zorgzwaarte in de onderste helft van de categorie vallen: risicoselectie op 'lichte' patiënten?*

Bij het overwegen van prikkels in de bekostiging gaat het dus om aspecten van zowel regulering als toezicht.

### 5.2.1 Conclusie deelnemers rondetafels

Voor de technische vormgeving van een eventuele patiëntvolgende bekostiging zien de deelnemers aan de rondetafels nog grote uitdagingen. Om meer te weten te komen over de elementen die hierbij een rol spelen, adviseren zij onder meer de ervaringen met het persoonsgebonden budget (pgb) in de wijkverpleging (Zvw) te benutten. Daarnaast achten de deelnemers het van belang om veel lokaal te experimenteren met vernieuwende zorgconcepten (organisatie) en innovatief bekostigen, via de nu beschikbare experimentele prestaties. Doel hiervan is:

- in de praktijk ervaren wat de voor- en nadelen van patiëntvolgende bekostiging zijn;
- ontdekken hoe je een innovatieve bekostiging technisch zo kunt inrichten dat de eraan toegeschreven voordelen ook uit de verf komen en er zo min mogelijk nadelige effecten ontstaan.

## 5.3 Doorontwikkeling

De NZa acht een technische vormgeving voor patiëntvolgende bekostiging in de palliatieve zorg voorsnog niet mogelijk, omdat er nog veel witte vlekken zijn. De komende jaren draait het om leren en experimenteren rondom organisatie van palliatieve zorg en (technische vormgeving van) bekostiging, om deze witte vlekken meer te kunnen inkleuren. Bij het experimenteren kan desgewenst gebruik gemaakt worden van een innovatieve bekostiging; de mogelijkheden bespreken wij hieronder.

### 5.3.1 Beleidsregel Innovatie

Om innovaties in de praktijk uit te proberen en betaald te krijgen is de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten<sup>44</sup> in het leven geroepen. Het kan hierbij gaan om het experimenteren met een nieuwe diagnostiek of behandeling, maar ook om experimenten waarin zorgaanbieders op een andere manier met elkaar samenwerken of om de inzet van ICT en e-health. Ten minste één aanbieder en een verzekeraar dienen gezamenlijk een aanvraag in bij de NZa. Met deze beleidsregel is het mogelijk om minimaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of Wet langdurige zorg (Wlz).

De NZa vindt het belangrijk dat een innovatief experiment de prijs/kwaliteitverhouding in de zorg verbetert. Door doelen te stellen en resultaten te meten, monitoren de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar/zorgkantoor of het experiment oplevert wat het beoogt.

Zorgaanbieders die samen de zorg anders organiseren en de bekostiging daarop willen aanpassen, kunnen hiervoor een aanvraag doen bij de NZa via de beleidsregel innovatie.

---

44 [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_213928\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_213928_22/1/)

### 5.3.2 Experimenteerartikel Wlz

Domeinoverstijgend experimenteren is in principe mogelijk door via artikel 10.1.2 Wlz door ten behoeve van domeinoverstijgende experimenten wettelijke regels buiten werking te stellen.

Beoogde doelstelling hiervan is verzekeren één integraal en op zijn of haar situatie afgestemd pakket aan langdurige zorg, geneeskundige zorg, maatschappelijke ondersteuning of jeugdhulp te bieden, in plaats van afzonderlijke aanspraken op grond van de Wlz, Zvw, Wmo of Jw. Een integraal pakket aan diensten treedt in de plaats van de afzonderlijke rechten op grond van genoemde wetten en de zorgverzekering. Het integraal pakket betreft daarmee zorg verstrekt op grond van de Wlz. De experimenten kunnen regionaal of landelijk zijn en zijn bedoeld voor zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en gemeenten. Een experiment kan door de overheid worden gestart of door groepen van burgers die mogelijkheden zien voor het stroomlijnen van de verlening van diensten over de wetten heen. De duur is maximaal drie jaar. Juridisch wordt het experiment geregeld via een Algemene maatregel van bestuur (Amvb).

Om een experiment onder artikel Wlz 10.1.2 bekostigd te krijgen, is het nodig dat:

- de praktijkcasus concreet is: welke zorg wil men concreet bieden? Waarom? Aan wie? Hoe? Met wie? Wie gaat wat leveren en inkopen en betalen? Et cetera;
- er goed is onderzocht of het experiment ook succesvol kan zijn zonder de regelgeving te wijzigen; helder gemaakt is welke regels het experiment in de weg zitten en hoe deze ten behoeve van het experiment gewijzigd zouden moeten worden;
- goed beargumenteerd is waarom bekostigen via artikel Wmg 10.1.2 het experiment wind in de zeilen kan geven;
- er draagvlak is bij alle deelnemende partijen en alle deelnemende partijen bereid zijn concrete bijdragen te leveren ;
- cliënten staan achter het experiment, zien er een toegevoegde waarde in, willen vrijwillig meedoen en kunnen er ook tussentijds mee stoppen;
- het experiment budgettair neutraal is;
- er geen precedentwerking is voor verschuiving van lasten;
- het experiment vanaf het begin georganiseerd is zoals wenselijk is;
- vanaf het begin een goede evaluatie is opgezet: Wat is het doel? Wat gaan we doen? Wat willen we ervan leren? Wat kunnen we met de uitkomsten? Hoe moet het experiment bij succes in regelgeving/het stelsel landen?
- er (positieve) besluitvorming is in de stuurgroep Wlz 10.1.2.

De initiatiefnemers moeten na de vormgeving van het experiment door partijen rekening houden met een bestuurlijke doorlooptijd van negen maanden tot een jaar, om te komen tot een Amvb: voorstel schrijven, consultatieronde, voorportalen en Ministerraad, voorhangperiode, inwerkingtreding. Bij de uitwerking van de praktijkcasus (het experiment) is er aandacht voor elementen als toegang, kwaliteit, financiering/bekostiging en toezicht/verantwoording, eigen bijdragen, rechten van de cliënt en privacy.

### 5.3.3 Pgb evaluatie en agenda

In paragraaf 5.2 is beschreven dat deelnemers aan de rondetafels de regie van de patiënt heel belangrijk vinden. De patiënt kan op verschillende manieren regie houden, allereerst door 'samen beslissen' en een flexibel zorgplan. Professionals kunnen dit oppakken, ook binnen de huidige bekostiging (zie hoofdstuk 2). Vanuit een bekostigingsperspectief is het persoonsvolgend budget een variant, waarbij veel regie voor de patiënt mogelijk –en zelfs nodig- is. In verschillende wettelijke domeinen bestaat de mogelijkheid van een pgb: Wlz, Zvw, Jeugdwet, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Met een persoonsgebonden budget (pgb) kunnen cliënten zelf zorg inkopen. Bijvoorbeeld: het pgb voor verpleging en verzorging (wijkverpleging) wordt ook wel een Zvw-pgb genoemd: een persoonsgebonden budget vanuit de Zorgverzekeringswet. Met een Zvw-pgb kunnen cliënten verpleging en verzorging inkopen die thuis of op een andere plek geleverd wordt, bijvoorbeeld op school of op het werk.

In dit kader refereren wij aan een onderzoek, dat in opdracht van VWS is uitgevoerd naar de regie en vertegenwoordiging van budgethouders bij het pgb-beheer in de vier zorgdomeinen, de knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. Een pgb geeft keuzevrijheid en flexibiliteit, maar brengt ook verantwoordelijkheden en verplichtingen met zich mee. Een deel van de budgethouders is goed in staat om het pgb zelf te beheren en een veel groter deel (bijv: in de Wlz meer dan 90% van de 40.000 budgethouders) laat zich vertegenwoordigen.<sup>45</sup> In de Zorgverzekeringswet zijn er circa 17.000 budgethouders, met een gemiddeld budget van circa € 19.000 per jaar. Uit het onderzoek blijkt dat in de Zvw circa 47% van de respondenten zich laat vertegenwoordigen. Het onderzoeksbureau heeft vervolgens onderzocht wat een budgethouder of vertegenwoordiger moet 'kennen en kunnen' om het pgb goed te kunnen beheren en doet aanbevelingen voor het aanpakken van de complexiteit van het pgb.

Ook is in het najaar van 2017 een enquête uitgevoerd onder verzekerden met een Zvw-pgb. Het merendeel van de 387 respondenten is volwassen en heeft een zware en permanente zorgbehoefte en 7 dagen per week zorg. De belangrijkste reden dat budgethouders hebben gekozen voor een pgb is, blijkens het onderzoek, de behoefte aan zorg op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen, het zelf uit kunnen kiezen van zorgverleners en het zelf kunnen voeren van de regie over de zorg.

Tot slot heeft VWS in september 2018 een evaluatie van het pgb in de zorgverzekeringswet gepubliceerd.<sup>46</sup> Deze evaluatie is een van de evaluaties die deel uitmaken van de pilot beleidsevaluaties VWS/Lerend evalueren. Deze pilot heeft als doel om door middel van onafhankelijk onderzoek het inzicht in de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid en het effect van beleid op de samenleving te verbeteren. In dit rapport komt het onderzoeksbureau tot een aantal aanbevelingen die gericht zijn op het vergroten van de doeltreffendheid en effecten van het pgb en het verbeteren van het pgb-proces. Zij zien verbetermogelijkheden op het gebied van de samenwerking tussen partijen en het delen van kennis en informatie. VWS is voornemens om eind 2018 te reageren op dit onderzoeksrapport en een pgb agenda te publiceren, in een brief aan de Tweede Kamer.<sup>47</sup>

---

45 Kamerbrief met kenmerk: 1295738-173389-PPGB

46 Evaluatie Zvw-pgb 2017, doeltreffendheid en effecten van de wet in de praktijk; Significant, juli 2018

47 Kamerbrief met kenmerk: 1422914-181146-PPGB



## 5.4 Acties NZa

Aan het begin van 5.3 concluderen we dat een technische vormgeving voor een patiëntvolgende bekostiging in de palliatieve zorg nog niet mogelijk is, omdat er nog veel witte vlekken zijn. De komende jaren draait het dan ook om leren en experimenteren rondom organisatie en bekostiging. Vanuit de NZa starten of continueren we de hieronder beschreven activiteiten.

### 5.4.1 In gesprek met voorlopers

De NZa blijft aansluiten op de voorlopers zodat we de – experimentele – mogelijkheden voor bekostiging kunnen benadrukken en tijdig kunnen anticiperen op aanpassingen in de structurele bekostiging.

Een belangrijke activiteit in dezen is de samenwerking met de coöperatie Palliatieve Zorg Nederland (PZNL). Die heeft in een veldverkenning gekeken naar initiatieven die palliatieve zorg meer in netwerkverband, en dus transmuraler, organiseren. Vervolgens is in een documentenanalyse systematisch bekeken welke aandacht zij daarbij hebben voor de verschillende onderdelen van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Hieruit zijn veertien initiatieven naar voren gekomen die relatief veel aandacht hebben voor meerdere onderdelen van het kader. Qua organisatievorm kiezen deze netwerken voor een verschillende aanpak: transmuraal zorgpad, transmuraal team en casemanagement of een combinatie van deze. Bij een selectie van deze initiatieven zijn inmiddels werkbezoeken georganiseerd, waaraan ook vertegenwoordigers vanuit de NZa hebben deelgenomen. Onze inbreng was en is voor de vervolgstappen gericht op de bekostiging: spelen er vraagstukken en hoe kunnen wij daarbij helpen? Wat is er nodig om te 'bewijzen' dat het initiatief waarde toevoegt? Wil zorginnovatie succesvol kunnen opschalen, dan is immers eerst een zekere mate van 'bewijs' noodzakelijk. Om die reden neemt ZonMw vanuit het programma Palliatief ook deel aan deze samenwerking. In een vervolgtraject kan met deze initiatieven in kaart worden gebracht hoe zij de zorg verbeteren, of de aanpak ook in andere regio's mogelijk is en hoe die gefinancierd kan worden. Zo kan een bijdrage worden geleverd aan de technische vormgeving van waardegedreven bekostiging.

De NZa verzorgt een sessie op het Nationaal Congres Palliatieve Zorg (november 2018): vernieuwen in de palliatieve zorg. Daar brengen we onderzoek, praktijk en bekostiging samen en laten we goede voorbeelden zien.

### 5.4.2 Bekostiging van palliatieve zorg in het buitenland

Zoals beschreven in 1.2 komt er in Nederland de laatste jaren meer aandacht voor de palliatieve fase als geheel, in plaats van focus op de palliatief terminale fase. Hierdoor is er ook sprake van een langduriger traject, dat soms jaren kan duren. Bij kinderen zelfs tientallen jaren. Wensen en behoeften van patiënten ten aan zien van behandelen, maar zeker ook niet behandelen en welzijn, komen daardoor meer centraal te staan. Dit vraagt om een andere aanpak in de zorgverlening, zoals samen beslissen, proactieve zorgplanning, multidisciplinaire teams en de beschikbaarheid van specialistische kennis. Hierbij kunnen we leren van het buitenland: wat streeft men daar na in de palliatieve zorg, hoe is de palliatieve zorg georganiseerd, hoe wordt deze bekostigd en wat zijn daarbij de overwegingen?

De NZa is voornemens om zich in 2019 nader te verdiepen in in de bekostiging van palliatieve zorg in het buitenland, met specifieke aandacht voor landen waar men werkt aan waardegedreven zorg.

### **5.4.3 Monitor palliatieve zorg**

Om verder te komen in de technische vormgeving van een meer integrale bekostiging zijn in 5.2 een aantal elementen genoemd die daarbij belangrijk zijn. We herkennen deze elementen vanuit andere trajecten (integrale geboortezorg, doorontwikkeling bekostiging ggz en wijkverpleging, zzp-bekostiging in verpleging en verzorging): zorgbehoefte, indeling in zorgzwaarte, prijskaartjes per zorgzwaartecategorie. In het kader van 'indelingen' en 'prijskaartjes' doet zich de vraag voor hoe de huidige zorginzet op palliatieve zorg eruitziet en welke kosten daarbij horen.

Declaratiegegevens kunnen gebruikt worden om zicht te krijgen op volume en kosten van de palliatieve zorg. Hierbij doen zich bij de palliatieve zorg op voorhand drie beperkingen voor. Ten eerste zal veel van deze zorg betrekking hebben op de laatste fase, de stervensfase. Zorg in de laatste fase kan duur zijn, wat om extra middelen vraagt; in diverse sectoren zijn hiervoor dan ook specifieke prestaties beschikbaar (zie ook hoofdstuk 2). Secundair zijn prestaties vaak open omschreven, denk aan minuten wijkverpleging of consult huisarts of consult specialist. Dat betekent voor de declaratiegegevens dat inzet voor palliatieve zorg via die route beperkt zichtbaar gemaakt kan worden. Dit geldt minder voor de inzet op palliatieve zorg in het ziekenhuis, waar oncologische 'supportive care' en de inzet van het palliatief specialistisch team zichtbaar gemaakt kan worden. Tertiair wordt een groot deel van de palliatieve zorg 'generalistisch' geleverd: wanneer een cardioloog bijvoorbeeld een patiënt behandelt en begeleidt in het laatste stadium van hartfalen, dan is dit in de declaratiegegevens zichtbaar onder de diagnose hartfalen en niet onder de diagnose palliatieve zorg.

Ondanks deze beperkingen wil de NZa in 2019 aan de slag met het in beeld brengen van volume en kosten van de palliatieve zorg. Dit zal in 2020 tot nieuwe cijfers leiden.

## Hoofdstuk 6

# Conclusie

## 6. Conclusie

In hoeverre kan de bekostiging helpen bij het versneld bereiken van de ambities in de palliatieve zorg? Deze vraag stond centraal in de voorgaande hoofdstukken. Onze conclusie is dat de bekostiging bij een beperkt aantal onderwerpen een rol speelt. Bovendien zijn er daarbij vaak andere drempels die eerst weggenomen moeten worden, zoals het gebrek aan kennis en kunde bij betrokken professionals én bij patiënten. Wel hechten wij eraan om in dit rapport de mogelijkheden te benadrukken om 'samen beslissen' en 'samenwerken' te bekostigen binnen de verschillende zorgsectoren. Ook geven wij aan hoe nieuwe zorgconcepten gebruik kunnen maken van experimentele bekostiging. Aangezien partijen aangeven van dit laatste veel te verwachten voor waardegedreven zorg, willen wij hen oproepen om gebruik te maken van de mogelijkheden. De NZa blijft aansluiten op de voorlopers, zodat we tijdig kunnen anticiperen op aanpassingen in de structurele bekostiging.

## Hoofdstuk 7

# Bijlagen

# 7. Bijlagen

## 7.1 Resultaten rondetafels

De bijeenkomsten werden afgetrapt met een presentatie van de NZa. We gaven een samenvatting van de resultaten van het rapport 'Palliatieve zorg op maat' en lieten voorbeelden van innovatieve vormen van bekostiging zien. Integrale geboortezorg, Experiment verpleging en verzorging en de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten.

Vervolgens gingen de deelnemers in drie of vier groepjes uiteen om:

- een doel te formuleren;
- de voordelen ervan aan te geven;
- te bedenken wat er nodig is om dit doel te bereiken;
- te bepalen welke drempels weggenomen moeten worden.

Tijdens de rondetafels in Utrecht, Eindhoven en Zwolle zijn in totaal elf groepen aan het werk geweest. Sommige groepen werkten meer dan één doel uit. In totaal werden er dertien doelen uitgewerkt. De doelen rangschikten wij in vijf categorieën, de oplossingen in vier. In onderstaande de tabel is weergegeven hoe vaak ieder van deze doelen en oplossingen zijn gekozen om nader uit te werken.

<b>DOELEN</b>	
Patiënt krijgt/heeft toegang tot passende zorg: moment, plaats, kwaliteit, doelmatig	7
Patiënt ervaart continuïteit van zorg, professionals stemmen zorg op elkaar af	2
Bekostiging van transmurale samenwerking	1
Beschikbaarheid van geestelijk verzorger als onderdeel van multidisciplinair team	1
Bekostiging van transmurale samenwerking inclusief de zorg die door de verschillende professionals aan de patiënt geleverd wordt: 'minder portemonnetjes in je jas'	2

<b>OPLOSSINGEN</b>	
1. Patiëntvolgende financiering gedefinieerd als de bekostiging van transmurale samenwerking inclusief de zorg die door de verschillende professionals aan de patiënt geleverd wordt	5
2. Centrale zorgverlener	3
3. Palliatief basispakket à la kraamzorg	2
4. Bekostiging van transmurale samenwerking	3

Zoals de tabel laat zien, kiest ruim de helft van de rondetafelgroepen voor 'patiënt krijgt/heeft toegang tot passende zorg: moment, plaats, kwaliteit, doelmatig' als belangrijkste doel voor de toekomst. Dit is een breed en veelomvattend doel.

Verskillende oplossingsrichtingen (1, 2 en 3) worden genoemd als belangrijkste insteek om dit doel te bereiken. Eveneens zeven keer kozen rondetafelgroepen als doel de elementen die betrekking hebben op transmurale samenwerking. Als oplossingsrichtingen kiest men hierbij verschillende routes: 1, 2 en 4.

#### **Voordelen per bekostigingsroute**

Als voordelen van de patiëntvolgende bekostiging worden benoemd:

*Eenvoud, minder (dure/onnodige) behandeling en daardoor lagere kosten, kunnen bieden wat nodig is, ook als dat om inzet gaat van professionals waar nu geen betaaltitel/basisverzekering voor is (geestelijk verzorger), kwaliteit van zorg, onderling vertrouwen, elkaar indicatie overnemen, minder regeldruk, accountability, patiënt proactief kunnen volgen, maatwerk, op termijn minder overhead, professional ervaart meer ruimte en kan creatiever worden, afstemming regionale/lokale behoefte, stimulans voor innovatie, afspraken over kwaliteit/kosten/tevredenheid, doelmatigheid, natuurlijke kennisoverdracht, continuïteit van zorg, kwaliteit van zorg, afstemming, voorkomen onnodige verplaatsingen, eigen regie van de patiënt, meer appel op eigen kracht van patiënt, geestelijk verzorger onderdeel van 'profiel' en kosten: bij palliatieve zorg is het belangrijk dat het medisch model wat minder op de voorgrond komt: de geestelijke verzorger kan daarin een belangrijke rol vervullen.*

Voordelen van de centrale zorgverlener<sup>48</sup> (zie paragraaf 4.1 voor nadere omschrijving van dit begrip):

*Continuïteit, kwaliteit van zorg, minder onnodige opnames en daardoor lagere kosten, zorg naar behoefte, zorgdiensten in plaats van producten (gesteund vanuit Fibula), fasering is geormerkt, de casemanager kan de patiënt informeren over de mogelijkheden die er zijn aansluitend bij zijn/haar behoefte. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn wordt beter. De inhoudelijke overdracht en de continuïteit van zorg wordt beter.*

Bij een palliatief basispakket heeft de groep die dit als oplossing naar voren brengt het volgende beeld. De 'palliatieve zorg' wordt voor patiënten inzichtelijk gemaakt door te verhelderen wat de mogelijkheden aan zorg en welzijn zijn, wie deze zorg aanbiedt en wat die kost.

Voordelen van palliatief basispakket:

*Discussie over het vertrekpunt: de surprise question (palliatieve fase) of de palliatief terminale fase. Markeren is in elk geval nodig, proactieve zorgplanning inzetten. Gebrek aan partnership tussen patiënt, zorgverleners in nulde/eerste/tweede lijn en verzekeraar.*

Voordelen van transmurale organisatie:

*Financiële prikkel voor betere kwaliteit zorg, proactief, doelmatig, vroegsignalering palliatieve patiënt. Kostenbesparend want minder ziekenhuisopnames en minder intensieve behandelingen. Samen beslissen, eigen regie. Patiënt krijgt passende zorg en kan overlijden waar hij dat wenst.*

---

<sup>48</sup> Voor toelichting op door deelnemers gehanteerde begrippen: zie kwaliteitskader palliatieve zorg [www.pallialine.nl](http://www.pallialine.nl)

## **Conclusie**

Het doel dat vrijwel alle deelnemers voor ogen hebben is dat alle patiënten toegang hebben tot dezelfde palliatieve zorg en de juiste zorg ontvangen, op het juiste moment en op de gewenste plaats. Sommige rondetafelgroepen benoemen dit 'hogere' doel als gewenst doel. Andere groepen kijken in eerste instantie naar een meer concrete stap, zoals de inzet van een centrale zorgverlener of de transmurale organisatie (ontschotting) van zorg en wat daarvoor nodig is. Wat opvalt is dat zowel de bekostiging van transmurale samenwerking als de patiëntvolgende bekostiging als oplossing én als doel worden gezien.

In de oplossingen zien we eenzelfde beeld terug. De patiëntvolgende bekostiging wordt het meest genoemd als oplossing voor het 'hogere' doel. In het kader is te lezen dat de deelnemers hier veel positieve effecten aan toeschrijven: minder administratieve last, meer keuzevrijheid, meer kwaliteit van zorg, meer samenwerking tussen professionals en continuïteit van zorg, meer creativiteit, innovatie en regionale variatie.

In de tussenstappen worden ook de bekostiging van 'centrale zorgverlener' en de transmurale organisatie belangrijk gevonden. Positieve effecten zitten ook hier in de kwaliteit van zorg, continuïteit van zorg, samenwerking in teams die bestaan uit professionals uit verschillende domeinen, zowel medisch als niet-medisch. Qua technische vormgeving wordt gedacht in de richting van een betaaltitel.

## **7.2 Verslag rondetafel zorgverzekeraars**

De rondetafel met de zorgverzekeraars betrof eveneens een brainstorm met als centrale vraag hoe de bekostiging kan helpen om op de vijf onderwerpen beschreven in paragraaf 1.1 (versneld) tot resultaten te komen. Hieronder het korte verslag van deze bijeenkomst, geordend naar die vijf onderwerpen.

### **Palliatieve zorg gaat verder dan de palliatieve fase**

Zorgverzekeraars ondersteunen dat het 'samen beslissen' nodig is, oftewel: het goede gesprek tussen de centrale zorgverlener en de patiënt. Zij vragen zich wel af of de huidige prestaties daar voldoende voor toegerust zijn.

Er wordt gewezen op een good practice in Sliedrecht en Papendrecht. Daar signaleert een medisch specialist of huisarts dat de palliatieve fase is aangebroken, waarna wordt gekeken wat er mogelijk en nodig is voor de patiënt. De lijntjes zijn kort en iedereen voelt zich erg betrokken. Dit wordt niet extra bekostigd, want men ziet dit als onderdeel van het takenpakket van de professional. Momenteel werkt men daar verder aan een data-infrastructuur. Mogelijk is er wel behoefte aan extra financiering daarvoor: zorgverzekeraars denken aan segment 2 en 3 van de huisartsenzorg, waarin aanvullende afspraken gemaakt kunnen worden.

De zorgverzekeraars signaleren een gebrek aan informatie richting de patiënt over de mogelijkheden van palliatieve zorg, vooral bij de start van de palliatieve fase in het ziekteproces. Dit moment is niet helder gemarkeerd, waardoor het blijft 'zweven'.



### **Eenvoud**

De zorgverzekeraars ondersteunen eenvoud. Er zijn geen suggesties gedaan.

### **Zorg en welzijn centraal**

De zorgverzekeraars pleiten voor een sociale benadering: cliënten, patiënten en naasten willen graag een gids vanaf het beginpunt, iemand die de palliatieve fase niet medicaliseert. Zorgverzekeraars hebben de indruk dat de palliatieve fase meestal niet begint bij de huisarts, maar bij de medisch specialist. Met andere woorden: de medisch specialist heeft een belangrijke rol bij de 'markering'.

### **Regionale samenwerking**

De deelnemende zorgverzekeraars achten de gemiddelde huisarts nog onvoldoende in staat om de coördinatie van palliatieve zorg in brede zin op zich te nemen. Zij geven aan meer te zien in teamwork dan in de inzet van een enkele professional. Zij noemen het voorbeeld uit België (zie pagina 12).

De zorgverzekeraars geven aan een gids- en coördinatiefunctie belangrijk te vinden. Deze functies worden belegd bij een spin in het web: een casemanager of een centrale zorgverlener. Deze moet de verschillende hulpverleners met elkaar verbinden. Qua bekostiging denken de verzekeraars aan een aparte prestatie; zolang ons zorgstelsel zo ingewikkeld is ingericht als het nu is, blijft dit nodig. Zorgverzekeraars geven aan dat bij de vormgeving van een eventuele prestatie geleerd kan worden van de discussies die spelen bij de -definitie van-casemanager dementie. Ook moet dubbele financiering van coördinatie-taken van (1) casemanager en (2) verschillende hulpverleners voorkomen worden. Nog mooier zou het zijn als de spin in het web uit het medisch domein wordt geplaatst.

### **Marktprikkels**

Zorgverzekeraars geven aan behoefte te hebben aan meer inhoudelijk inzicht in wat er aan zorg geleverd wordt in hospices en waarom. Wat zij zien, zijn declaraties eerstelijnsverblijf en wijkverpleging. Tussen aanbieders van hospicezorg is er een enorme praktijkvariatie in volume. Bij de rechtmatigheidscontroles vragen de zorgverzekeraars om een onderbouwing. De antwoorden zijn divers, die lopen van een gemotiveerde onderbouwing tot het eenvoudige bericht: 'patiënt is ziek en heeft 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging nodig'.

Het komt voor dat een ongecontracteerde aanbieder bij dezelfde indicatie veel meer uren zorg aan de patiënt inzet dan een gecontracteerde aanbieder. Patiënten waarderen dit uiteraard. Zorgverzekeraars hebben in het stelsel de rol om te sturen op kwaliteit, volume en kosten. Op de ongecontracteerde aanbieders kunnen zij echter nauwelijks grip krijgen. Ze opperen het idee van verplichte deelname aan een regionale kwaliteitskring, ook voor de ongecontracteerde aanbieders.

Zorgverzekeraars missen data over palliatieve zorg: welke zorg wordt geleverd in de palliatieve fase, hoeveel, hoe lang, waarom en aan wie?

Om betere afspraken te kunnen maken in de contractering hebben zij meer data nodig.

### 7.3 Nationaal Programma Palliatieve Zorg

Doelstellingen Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) 2016-2020. Het NPPZ bestaat uit het ZonMw-programma 'Palliantie. Meer dan zorg', activiteiten in zeven consortia palliatieve zorg en landelijk beleid. Binnen het programma Palliantie zijn de onderstaande vier ambities uitgewerkt in veertien concrete resultaatsdoelstellingen.<sup>49</sup>

#### Op het gebied van 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 welzijnssector.
- Specialistische en multidisciplinaire kennis is snel beschikbaar, met meer aandacht voor de sociale en spirituele dimensie tijdens de palliatieve fase.
- De financiering van palliatieve zorg volstaat, is duidelijk en niet bureaucratisch

#### 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 patiëntparticipatie 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.

---

49 <https://www.nationaalprogrammapalliatievezorg.nl/Over-nppz>

## 7.4 Organisatievormen en financiering hospicezorg<sup>50</sup>

<b>1. Hospices die werken met verpleegkundigen vanuit één of meerdere thuiszorgorganisatie(s)</b>	
Financiering beroepsmatige zorg	Zvw, als thuissituatie
Financiering vrijwilligers	Subsidie uit de Regeling PTZ
Verpleging en verzorging	Als thuissituatie. Contractafspraken thuiszorgorganisatie(s) en verzekeraar over budgetplafond en tarieven.
Arts	Zvw
Geestelijke verzorging	Als thuissituatie
Verblijfkosten	(Dag)bijdrage t.l.v. cliënt
Ondersteuning zelfredzaamheid	Wmo
Afleggen en opbaren	Geen verzekerde zorg Zvw of Wlz

<b>2. Hospices die werken met vast team verpleegkundigen vanuit een thuiszorgorganisatie</b>	
Financiering beroepsmatige zorg	Zvw, als thuissituatie
Financiering vrijwilligers	Subsidie uit de Regeling PTZ
Verpleging en verzorging	Als thuissituatie. Contractafspraken thuiszorgorganisatie(s) en verzekeraar over budgetplafond en tarieven.
Arts	Zvw
Geestelijke verzorging	Als thuissituatie
Verblijfkosten	(Dag)bijdrage t.l.v. cliënt
Ondersteuning zelfredzaamheid	Wmo
Afleggen en opbaren	Geen verzekerde zorg Zvw of Wlz

50 Handreiking financiering palliatieve zorg 2019

<b>3. Hospices (zonder Wtzi-toelating) met eigen personeel in dienst</b>	
Financiering beroepsmatige zorg	Wlz
Financiering vrijwilligers	Geen subsidie uit de Regeling PTZ, m.u.v. kleine hospices, die geen deel uitmaken van een grotere zorgorganisatie met max. 20 fte in vaste dienst.
Verpleging en verzorging	Is veelal onderaannemer van een zorgorganisatie met Wtzi-toelating. Kan niet zelfstandig contract afsluiten met zorgverzekeraar (Zvw) of zorgkantoor (Wlz)
Arts	Als thuissituatie. Prestatie 'Intensieve zorg' indien het hospice een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts in dienst heeft.
Geestelijke verzorging	Vanuit verpleeg- en thuiszorgorganisaties waar het hospice onderdeel van uitmaakt.
Verblijfkosten	(Dag)bijdrage t.l.v. cliënt
Ondersteuning zelfredzaamheid	Wmo
Afleggen en opbaren	Geen verzekerde zorg Zvw of Wlz

<b>4. Hospices (met Wtzi-toelating) met eigen personeel in dienst</b>	
Financiering beroepsmatige zorg	Voor cliënten zonder Wlz-indicatie: Zvw; voor cliënten met Wlz-indicatie: Wlz.
Financiering vrijwilligers	Geen subsidie uit de Regeling PTZ, m.u.v. kleine hospices, die geen deel uitmaken van een grotere zorgorganisatie met max. 20 fte in vaste dienst.
Verpleging en verzorging	Voor cliënten zonder Wlz-indicatie kan het hospice zelf een contract eerstelijnsverblijf (Zvw) met zorgverzekeraar afsluiten. Voor cliënten met Wlz-indicatie kunnen een contract afsluiten met het zorgkantoor.
Arts	Als thuissituatie. Prestatie 'Intensieve zorg' indien het hospice een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts in dienst heeft.
Geestelijke verzorging	Vanuit verpleeg- en thuiszorgorganisaties waar het hospice onderdeel van uitmaakt.
Verblijfkosten	(Dag)bijdrage t.l.v. cliënt met Wlz-indicatie. N.b. cliënt zonder Wlz-indicatie is deze bijdrage niet verschuldigd, maar heeft daarentegen wel het jaarlijks eigen risico.
Ondersteuning zelfredzaamheid	Wmo
Afleggen en opbaren	Geen verzekerde zorg Zvw of Wlz

## **Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)**

### *Postadres*

Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

### *Bezoekadres*

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11  
Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)  
Twitter: @zorgautoriteit

### *Informatielijn*

Telefoon: 088 - 770 8 770  
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)  
E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

### *Vormgeving*

Taluut