

Handreiking financiering palliatieve zorg 2025

Inhoudsopgave

Handreiking financiering palliatieve zorg 2025	1
Inhoudsopgave	2
Inleiding	4
Leeswijzer	7
1. Ziekenhuis	9
1.1 Generalistische palliatieve zorg door beroepsoefenaar die de poortfunctie uitoefent	9
1.1.1 Consult samen beslissen (190098)	9
1.1.2 Overig zorgproduct Proactieve zorgplanning (190099)	10
1.1.3 Supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie	10
1.1.4 Medisch specialistische zorg thuis	10
1.1.5 Nazorg	11
1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	12
1.2.1 Inzet team Palliatieve Zorg tijdens klinische opname	12
1.2.2 Inzet team Palliatieve Zorg op de polikliniek	14
1.2.3 Inzet team Palliatieve Zorg in de thuissituatie	14
1.3 Innovatie	15
1.4 Algemene regelgeving	15
1.5 Financiering binnen het ziekenhuis	15
1.6 Logevergoeding	16
1.7 Transmurale samenwerking	16
2. Thuis	18
2.1 Generalistische palliatieve zorg	18
2.1.1 Huisarts	18
2.1.2 Verpleging en verzorging	20
2.1.3 Mantelzorg	26
2.1.4 Vrijwilligers	26
2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg	27
2.2.1 Huisarts	27
2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager	30
2.2.3 Geestelijke verzorging	30
2.3 Medisch specialistische zorg	31
2.4 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp	32
2.5 Nazorg	33
2.6 Innovatie: Experiment bekostiging transmurale palliatieve zorg	33
2.7 Experimenten met alternatieve bekostiging	35
3. Hospice	36
3.1 Vrijwilligers	38
3.2 Verpleging en verzorging (HCH en BTH)	38
3.3 Arts	39
3.4 Medisch specialistische zorg	40
3.5 Geestelijke verzorging	40
3.6 Verblijfskosten	40
3.7 Respijtzorg	41
3.8 Opname in een hospice vanuit 'zorg thuis' met een WLZ-indicatie	42

3.9 Afleggen en opbaren	43
4. Verpleeghuis & Palliatieve Unit	44
4.1 Verpleeghuis	44
4.1.1 Arts	45
4.1.2 Verpleging, verzorging en begeleiding	45
4.1.3 Geestelijke verzorging	45
4.2 Palliatieve Unit (PU)	45
4.2.1 Arts	47
4.2.2 Medisch specialistische zorg	47
4.2.3 Geestelijke verzorging	47
4.3 Vrijwilligers	48
4.4 Hulpmiddelen	48
4.5 Nazorg	48
4.6 Afleggen en opbaren	49
5. Eigen betalingen van patiënten	50
6. Knelpunten	53
6.1 Ziekenhuis	53
6.2 Thuis	54
6.3 Hospice	59
6.4 Verpleeghuis	61
6.5 Patiënten	61
6.6 Palliatieve zorg voor kinderen	65
7. Opgeloste knelpunten	75
7.1 Ziekenhuis	75
7.2 Thuis	78
7.3 Wijkverpleging	80
7.4 Hospice	81
7.5 Verpleeghuis	81
7.6 Patiënten	82
7.7 Palliatieve zorg voor kinderen	83
Bijlagen	88
B1 Relevante wet- en regelgeving	88
B2 Poortspecialisten en -functies	90
B3 Overzicht betrokken organisaties	91
B4 Verantwoording	92

Zorgaanbieders kunnen met knelpunten die ze in de praktijk ervaren, bijvoorbeeld over financiering, terecht bij het praktijkteam palliatieve zorg: E-mail: meldpunt@juisteloket.nl, Telefoon: 030 789 78 78. U krijgt binnen drie werkdagen antwoord op uw e-mail. Spoedeisende vragen rondom palliatieve zorg worden dezelfde werkdag of uiterlijk de volgende werkdag behandeld.

Inleiding

Het doel van deze handreiking is de zorgverlener zo goed mogelijk te ondersteunen door de structuur en regels rondom financiering van de palliatieve zorg voor 2025 op een rij te zetten en te koppelen aan mogelijkheden voor registratie en declaratie. Het is ook een overzicht voor alle partijen om de knelpunten die zorgaanbieders ervaren op het gebied van financiering, te verzamelen en transparant te maken.¹

Nationaal Programma Palliatieve Zorg II

Minister van VWS, Conny Helder, heeft in haar brief van 6 juli 2022 aan de Tweede Kamer het startsein gegeven voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II).² Het programma heeft als doel: de maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg te vergroten en proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen beschikbaar te maken. Samen passen en meten, is de komende jaren de kern van de aanpak van het NPPZ II. Stichting PZNL voert de regie over dit landelijke programma en neemt daarmee haar rol als verbindend platform in. Het inrichten en realiseren van Passende financiering van palliatieve zorg is een belangrijke activiteit van het NPPZ II.

Steeds meer behoefte aan palliatieve zorg

De verwachting is dat steeds meer mensen in de komende jaren palliatieve zorg nodig zullen hebben. In 2023 zijn ongeveer 170.000 mensen overleden. Daarvan hebben naar schatting 112.000 mensen een ziekte-traject doorgemaakt voorafgaand aan het overlijden, waarbij palliatieve zorg mogelijk passend is geweest. Naar verwachting zal dat aantal de komende jaren verder toenemen. Immers, door de vergrijzing en door een toename van mensen met een chronische ziekte, zullen er de komende jaren meer mensen zijn die een ziekte-traject doormaken voorafgaand aan overlijden. Zij kunnen baat hebben bij palliatieve zorg.

Ontwikkelingen passende financiering

Begin 2022 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een visiedocument gepubliceerd over de bekostiging van palliatieve zorg. De NZa heeft de ambitie uitgesproken om (1) een prikkel in de bekostiging in te bouwen voor tijdige proactieve zorgplanning per 2025 en (2) partijen aan te sporen in te zetten op regionale transmurale samenwerking rondom de patiënt en ondersteunen in het toewerken naar bundelbekostiging in de regio, gekoppeld aan relevante uitkomstindicatoren.³

Per 2025 voer de NZa een overig zorgproduct (ozp) proactieve zorgplanning in voor de medisch-specialistische zorg voor het bespreken, het vastleggen en met andere zorgverleners delen van de wensen en grenzen ten aanzien van zorg en behandeling in de palliatieve fase.

In juni 2024 heeft de minister een Kamerbrief geschreven over verankeren palliatieve fase in alle zorgwetten: Uit de Kamerbrief: Voor de regio's die werken aan de implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland is het van belang dat de regionale transformaties niet op zichzelf staan, maar dat er een bovenliggende strategische agenda is die de landelijke partijen onderschrijven. Daarom is de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg opgesteld. Deze richt zich op naadloze integratie van palliatieve zorg binnen de reguliere zorg en vraagt een integrale aanpak vanuit alle partijen. Deze transformatie kan alleen vanuit gezamenlijkheid worden gerealiseerd.

In december heeft ze nog een brief gestuurd over de stand van zaken binnen de Palliatieve zorg. Daarin geeft ze aan de transformatie palliatieve zorg tot op heden volgens planning verloopt.

¹ Zie bijlage B4 voor meer informatie over op welke wijze de knelpunten zijn geïnventariseerd

² VWS, Kamerbrief 'diverse onderwerpen Wet langdurige zorg, kenmerk 3384410-1031121-17

³ NZa (2022), rapport Visie bekostiging palliatieve zorg

In juni heeft de NZa een Verkenning uitgebracht over de bekostiging van Proactieve Zorgplanning. Uit onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt er nog geen landelijke organisatie en bekostiging van proactieve zorgplanning. De NZa brengt daar verandering in en gaat aan de slag met de bekostiging in de huisartsen- en ziekenhuiszorg en deels in de kortdurende en langdurige zorg.

Er is dit jaar gestart met experimenten alternatieve bekostiging binnen de Palliatieve Zorg. De huidige bekostiging is vooral gebaseerd op vergoedingen per verrichting. Dit ondersteunt passende zorg onvoldoende want:

- Het geeft een productieprikkel.
- Het legt geen focus op uitkomsten van zorg en geen structurele beloning voor substitutie (verplaatsen van zorg), innovatie en preventie.
- Er is geen stimulans tot transmurale samenwerking.

Alternatieve manieren van bekostigen kunnen samenwerking beter ondersteunen en mogelijk de productieprikkel remmen. Daarom willen PZNL, ZonMw en de NZa samen met zorgaanbieders experimenteren met alternatieve bekostigingsmodellen in de palliatieve zorg. VWS heeft subsidie hiervoor beschikbaar gesteld.

Aanpak Stichting PZNL

Gedurende de looptijd van het NPPZ II (2022-2026) dragen we vanuit Stichting PZNL bij aan de implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. We inventariseren, analyseren, prioriteren, agenderen en waar mogelijk helpen bij het oplossen van de knelpunten in de financiering van proactieve transmurale palliatieve zorg. Daarbij nemen we de geleerde lessen uit projecten als TAPAS, experimenten alternatieve bekostiging en de transformaties mee. Ook worden de laatste ontwikkelingen betrokken, zoals de visie op de (bundel)bekostiging vanuit de NZa. We stemmen onze aanpak regelmatig af met de stakeholders. En we delen de geleerde lessen continu via Palliaweb. In deze handreiking wordt onder 'financiering' zowel de bekostiging (betaaltitels) als de contractering van zorg (inkoop door zorgverzekeraars) verstaan.

Wijzigingen Handreiking financiering palliatieve zorg voor 2025

- OZP proactieve zorgplanning MSZ vanaf 2025 (H 1.1.2)
- Verhoging tarief ELV palliatieve zorg (H 7.2)
- Afspraken tussen ZN en hospicekoepels over dagtarief BTH (H 3.2)
- Experimenten alternatieve bekostiging (H 2.7)
- Trajectfinanciering kwetsbare patiënten thuis (H 2.2.1)

De actuele en opgeloste knelpunten voor het declareren van palliatieve zorg zijn in twee verschillende hoofdstukken verwerkt (6 en 7).

Dankwoord

Deze handreiking is evenals in eerdere jaren in nauwe samenwerking met veel partijen en betrokkenen tot stand gekomen. De gedeelde waarde is steeds dat zij allen de palliatieve zorg een warm hart toedragen. Onze dank gaat uit naar eenieder die betrokken is geweest. Vooral dankzij uw kennis en kunde is deze handreiking – ook voor 2025 weer – tot stand gekomen.

Achtergrond Handreiking financiering palliatieve zorg

Met het doel om knelpunten in de financiering van palliatieve zorg te verhelderen, heeft IKNL in 2017 een werkgroep van gemandateerde (medische) professionals, zorgadministrateurs en beleidsmedewerkers gevraagd om ervaring en kennis uit te wisselen en suggesties te doen voor verbetering. De rol van IKNL en Palliactief was specifiek gericht op het samenbrengen van de juiste (gemandateerde) professionals, om in samenspraak met het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de praktijk zo goed mogelijk te informeren over de mogelijkheden van financiering van palliatieve zorg volgens de geldende wet- en regelgeving in 2018. De Handreiking financiering palliatieve zorg 2018 was hier een weerslag van. In 2021 is in samenwerking met partijen in de kinderpalliatieve zorg informatie toegevoegd over financiering van palliatieve zorg voor kinderen. De handreiking is de afgelopen jaren jaarlijks herzien, in samenspraak met het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aan de hand van de geldende wet- en regelgeving voor palliatieve zorg. Ook deze herziene versie voor 2025 is in samenwerking met bovengenoemde partijen en vele andere betrokkenen onder verantwoordelijkheid van Stichting PZNL tot stand gekomen.

De Handreiking financiering palliatieve zorg 2024 komt met deze handreiking per 1 januari 2025 te vervallen.

Leeswijzer



"Ik weet niet wat wijsheid is, Guus." Olivia schenkt de koffie in en kijkt peinzend uit het raam. Guus zit aan tafel. Hij zwijgt. Wat moet je anders doen als je weet dat je je vrouw gaat verliezen? Olivia en Guus van Veen zijn net terug van het ziekenhuis. Alvleesklierkanker met in- en doorgroei in de omgeving en uitzaaiingen op afstand. Inoperabel. Geen hoop op genezing. Olivia denkt aan de pijnen in haar buik en de eindeloze vermoeidheid. De medisch oncoloog heeft haar de optie voorgelegd van drie maandelijks kuren palliatieve chemotherapie met de hoop op levensverlenging. Het gerinkel van de telefoon doorbreekt haar gedachten. "Hoi mam, wat zeiden ze?" Guus staat op en pakt de koffie, terwijl Olivia hun dochter Sara alles zo goed en zo kwaad als het gaat probeert te vertellen. Ze legt de hoorn neer en gaat zitten. "Ik ga het doen", zegt ze. Guus pakt haar handen en knikt.

Aan de hand van het fictieve verhaal van Olivia van Veen en haar gezin⁴ beschrijft deze handreiking de financiering van palliatieve zorg in de meest gebruikelijke zorgsettings.⁵

- **Ziekenhuis** (hoofdstuk 1),
- **Thuis** (hoofdstuk 2),
- **Hospice** (hoofdstuk 3),
- **Verpleeghuis & palliatieve unit** (hoofdstuk 4).

De hoofdstukvolgorde sluit aan op het ziekteproces van een patiënt, van ziektegerichte palliatie naar symptoomgerichte palliatie, en begint daarom met het ziekenhuis. Elk hoofdstuk start met een vervolg op bovenstaande casus, passend bij de zorgsetting. Daarna wordt, voor de beroepsgroepen waarbij de meeste knelpunten werden gesignaleerd⁶, beschreven hoe de palliatieve zorg in 2025 wordt gefinancierd. Tot slot zijn ook eigen betalingen van patiënten beschreven (hoofdstuk 5) en een overzicht van ervaren knelpunten in de bekostiging (hoofdstuk 6). Aansluitend is een overzicht opgenomen van knelpunten die de afgelopen jaren zijn opgepakt en opgelost (hoofdstuk 7).

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

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

In de financiering wordt een onderscheid gemaakt tussen palliatieve terminale zorg (PTZ) en palliatieve zorg. In het Besluit langdurige zorg wordt PTZ omschreven als: 'Zorg die betrekking heeft op de levensfase waarin de levensverwachting van de verzekerde naar het oordeel van de behandelend arts korter is dan drie maanden.'⁷ Deze handreiking gaat over financiering van palliatieve zorg, zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg

⁴ In deze casus wordt uitgegaan van een patiënt met kanker, omdat knelpunten in de financiering in het ziekenhuis voor deze groep patiënten aanleiding was tot de totstandkoming van deze handreiking. De handreiking beperkt zich echter niet tot deze patiënten

⁵ De specifieke financiering van palliatieve zorg in GGZ- en GHZVGZ-instellingen valt buiten de scope van deze handreiking

⁶ Zoals gemeld in door IKNL en Palliatief geïnitieerde werkgroepbijeenkomsten in 2016/2017, bij het Praktijktteam Palliatieve zorg van VWS en bij de veldraadpleging van NZa in 2016/2017

⁷ Artikel 1.1.1 Besluit langdurige zorg

Nederland (IKNL/Palliactief, 2017)⁸ en het addendum hierop voor de kinderpalliatieve zorg, en beperkt zich daarin niet tot de laatste drie maanden van het leven.

Nieuwe ontwikkelingen en wijzigingen in de handreiking voor 2025 zijn in de tekst met een

 aangegeven. Specifieke informatie over kinderpalliatieve zorg is met een  aangeduid.

⁸ [IKNL/Palliactief \(2017\). Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland](#)

1. Ziekenhuis



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

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

1.1 Generalistische palliatieve zorg door beroepsoefenaar die de poortfunctie uitoefent

1.1.1 Consult samen beslissen (190098)


 Per 1 januari 2025 is zorgactiviteit (za) Consult samen beslissen (190098) geïntroduceerd. Za 190098 wordt geregistreerd in plaats van ieder polikliniekbezoek, screen-to-screen consult of telefonisch consult dat wordt uitgevoerd in het kader van een samen beslis proces. Als alle stappen van het samen beslis proces in één consult worden doorlopen, dan wordt za 190098 één keer geregistreerd. Er heeft immers één consult plaatsgevonden. Als voor het samen beslis proces twee (of meer) consulten nodig zijn (bijvoorbeeld omdat de patiënt tijd nodig heeft om de informatie te verwerken en na te denken over de eigen wensen en behoeften), dan wordt de za twee keer (of vaker) geregistreerd. Hierbij gaat het specifiek om consulten waarvoor eerder één van de volgende za's kon worden geregistreerd:

- 1e polikliniekbezoek gespecialiseerd brandwondencentrum (190007)
- Herhaal-polikliniekbezoek gespecialiseerd brandwondencentrum (190008)
- Herhaal-polikliniekbezoek (190013)
- Eerste polikliniekbezoek (190060)
- Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent (190065)
- Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)
- Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164)
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165)
- Screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190166)

Deze registratievoorwaarden zijn opgenomen in de Regeling medisch specialistische zorg. Deze zorgactiviteit speelt in de afleiding naar dbc-zp's dezelfde rol als de bovengenoemde zorgactiviteiten.

Als gevolg van deze wijziging is za Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties samen met patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger (190066) beëindigd.

1.1.2 Overig zorgproduct Proactieve zorgplanning (190099)

 Per 1 januari 2025 is overig zorgproduct (ozp) Proactieve zorgplanning – het vroegtijdig bespreken van wensen en grenzen in de palliatieve fase uitmondend in een individueel, transmuraal met betrokken zorgverleners afgestemd en gedeeld zorgplan (190099) geïntroduceerd. Dit ozp valt binnen de categorie supplementaire producten, subcategorie add-on overig (tarieftype 14). Voor deze ozp geldt een maximumtarief.

In de regels van de NZa zijn registratie- en declaratievoorwaarden voor ozp 190099 opgenomen. Om dubbele bekostiging te voorkomen, is in de regels opgenomen dat voor een gesprek ten behoeve van proactieve zorgplanning niet gelijktijdig ook een regulier consult kan worden geregistreerd. Als een gesprek hoofdzakelijk in het teken staat van proactieve zorgplanning mag hiervoor dus geen andere za voor een consult worden vastgelegd. Op het moment dat een patiënt de behandelend arts bezoekt in het kader van de behandeling van de aandoening en het proactief zorgplan hierbij kort aan de orde komt, is sprake van een regulier consult. Uit het medisch dossier dient te blijken welke gesprekken in het kader van proactieve zorgplanning zijn gevoerd en dat een proactief zorgplan aan andere zorgverleners (in ieder geval de huisarts) is overgedragen.

Door de NZa is naast de regelgeving een FAQ opgesteld met betrekking tot de registratie- en declaratievoorwaarden. Voor proactieve zorgplanning is door branchepartijen en Stichting PZNL een handreiking opgesteld.

Vanwege de introductie van het ozp voor proactieve zorgplanning is facultatieve prestatie Time to talk (198703) per 31-12-2024 beëindigd.

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

Als de medisch oncoloog en patiënt samen zouden besluiten om de ziektegerichte behandeling te staken, bestaat de mogelijkheid om de patiënt ook zonder behandeling te blijven begeleiden. De behandelend specialist, in dit geval de medisch oncoloog, kan de extra tijd die hij/zij besteedt aan de patiënt vergoed krijgen door de zorgactiviteit 'Begeleiding van oncologie patiënten tijdens supportive care/palliatieve zorg zonder chemo- en/of hormoontherapie' (039928) te registreren.⁹

Bij kinderen en bij niet-oncologische palliatieve diagnoses (COPD, hartfalen, nierfalen) levert de zorgactiviteit 'supportive care/palliatieve zorg' geen declarabel zorgproduct op, aangezien behandeling van de ziekte (en registratie en declaratie van bijbehorende zorgactiviteit) bij deze patiënten veelal doorloopt tot aan overlijden. Als er op enig moment behoefte ontstaat aan supportive care producten bij andere specialismen en/of diagnoses, kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa.¹⁰

1.1.4 Medisch specialistische zorg thuis

Zorgactiviteiten zijn in principe niet locatie afhankelijk. Dat betekent dat het reguliere eerste polikliniekbezoek (190060) en het herhaal-polikliniekbezoek (190013) in de thuissituatie kunnen worden geregistreerd en gedeclareerd.¹¹

Medisch specialistische zorg die in plaats van tijdens een klinische opname in het ziekenhuis, in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan worden

⁹ Bijlage_Zorgactiviteitentabel_NZa_Regeling_medisch-specialistische_zorg_2025

¹⁰ NZa (2017). Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 15

¹¹ Toelichting artikel 23.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025. In het kort: zorgactiviteiten zijn niet locatieafhankelijk, mits er geen nadere bepalingen in de regelgeving zijn opgenomen

gedeclareerd via de prestatie 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228).¹² Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten, heeft een vast tarief en kan zowel los als naast een DBC. Om de zorgactiviteit 'Klinische zorgdag in de thuissituatie' te kunnen declareren, dient er wel een contract te zijn afgesloten met de zorgverzekeraar. Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. De zorgactiviteiten belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniek (190162) respectievelijk schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163) zijn daarvoor geïntroduceerd. Daarnaast kan een screen-to-screenconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190166) worden geregistreerd.¹³ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

Steeds vaker is het mogelijk om medisch specialistische zorg bij patiënten thuis te leveren. Dit is een goed voorbeeld van passende zorg; zorg zoveel mogelijk dicht bij de patiënt leveren en alleen in het ziekenhuis als het moet. Vandaar dat de meeste zorgactiviteiten ook locatie-onafhankelijk zijn omschreven door de NZa. Voor patiënten is het fijn als zij niet steeds op en neer naar het ziekenhuis moeten. Sinds 2020 is er ook een zorgprestatie (190288) die de declaratie van klinische zorg in de thuissituatie mogelijk maakt. De prestatie heet 'Verpleging, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg in de thuissituatie'.¹⁴

1.1.5 Nazorg

Nazorg is onderdeel van palliatieve zorg. Het gaat hierbij concreet om één of twee gesprekken of telefoontjes met de nabestaanden over het verloop van de palliatieve fase van de overleden patiënt en over hoe de begeleiding daarbij door de nabestaande ervaren is. Deze nazorg is verdisconteerd in de huidige tarieven. Dit betekent dat nazorggesprekken tussen de nabestaanden en de behandelend arts van een overleden patiënt onderdeel zijn van de DBC. Deze nazorggesprekken kunnen dan ook niet separaat worden geregistreerd.^{15,16}

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

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

¹² [Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg](#)

¹³ [Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg](#)

¹⁴ artikel 29.9 NR

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

¹⁶ [NZa \(2017\). Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

1.2 Inzet specialistische palliatieve zorg



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

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

1.2.1 Inzet team Palliatieve Zorg tijdens klinische opname

Het normeringsrapport van de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) stelt dat alle ziekenhuizen in Nederland die oncologische patiënten behandelen, dienen te beschikken over een multidisciplinair team Palliatieve Zorg. Dit multidisciplinaire team moet bestaan uit ten minste twee medisch specialisten en een verpleegkundige met specifieke expertise in de palliatieve zorg. De verpleegkundige is bij voorkeur een oncologieverpleegkundige (bij oncologische zorg) of verpleegkundig specialist anesthesiologie/pijn-geneeskunde. Ten minste één van de medisch specialisten dient specifiek opgeleid te zijn in palliatieve zorg.¹⁷

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

Het team Palliatieve Zorg biedt aanvullende en specialistische ondersteuning in de palliatieve zorg. De wijze waarop dit vorm krijgt, kan per ziekenhuis verschillend zijn. Voor de inzet van het team wordt een apart zorgtraject geopend met de diagnose 'palliatieve zorg'. Dit zorgtraject loopt bij de palliatieve zorg voor volwassenen vrijwel altijd naast het zorgtraject van de behandelend specialist. De reguliere regels voor paralleliteit bij eenzelfde specialisme zijn hierop van toepassing. Zo moet er aantoonbaar sprake zijn van een ander uit te voeren beleid, ten aanzien van de zorgvraag.¹⁸ Het team Palliatieve Zorg zal veelal palliatieve patiënten begeleiden, maar niet overgaan tot behandeling. In de regelgeving komt onder andere het begrip 'behandeling' in het kader van paralleliteit niet voor. Daardoor is duidelijk dat als wordt overgegaan tot een conservatieve behandeling of niet (direct) behandelen, toch kan worden voldaan aan de vereisten voor een parallel zorgtraject.¹⁹



Voor kinderen met een palliatieve zorgvraag ziet het team Palliatieve Zorg er anders uit. Voor deze zorg zijn vanuit elk academisch ziekenhuis Kinder Comfort Teams (KCT) operationeel.²⁰ De KCT's leveren multidisciplinaire zorg gericht op proactieve zorgplanning (ook wel Advance Care Planning; ACP). Doel is om de zorg zo snel mogelijk te verplaatsen naar thuis en om drempelloos overleg te faciliteren tussen de zorgprofessionals in de thuissituatie en de beroepsbeoefenaar (die de poortfunctie uitvoert) verantwoordelijk voor de zorgvraag van de patiënt in het ziekenhuis. Een groot deel van de activiteiten betreft casemanagement. Er wordt vaak samengewerkt met kinderartsen in de periferie die kinderen ook in de palliatieve zorg bijstaan en dus ook kinderpalliatieve zorg leveren.

¹⁷ Stichting Oncologische Samenwerking (2021). Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland. SONCOS normeringsrapport 9

¹⁸ Artikel 5.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

¹⁹ NZa (2024). Wijzigingen medisch-specialistische zorg 2025

²⁰ Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg. Kinder Comfort Teams, geraadpleegd 3 januari 2025

Voor de Kinderpalliatieve zorg zijn per 1 januari 2023 nieuwe zorgproducten ontwikkeld, een uitgebreide toelichting op de registratie hiervan staat in de registratiewijzer die te vinden is op de website van het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg.²¹

Minimale eisen

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

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

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

2) Zorgactiviteit Overleg palliatieve zorg (190006):

Multidisciplinair overleg ten behoeve van de patiënt is een relevant kwaliteitsaspect van specialistische palliatieve zorg. Voor het in rekening brengen van zorgproducten palliatieve zorg dient per subtraject ten minste één multidisciplinair overleg te hebben plaatsgevonden.²² Hiervoor moet niet de zorgactiviteit ‘Multidisciplinair overleg’ (190005) worden geregistreerd, maar de zorgactiviteit ‘Overleg palliatieve zorg’ (190006):

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

- tenminste twee poortspecialisten van verschillende specialismen of
- één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft door middel van opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg.
- In het geval van palliatieve zorg voor kinderen wordt de zorg geleverd door het KCT, dat bestaat uit tenminste één poortspecialist met speciale expertise/aanvullende scholing op het gebied van de kinderpalliatieve zorg en een coördinerend verpleegkundige.
- De zorgactiviteit mag door elk teamlid dat bij het overleg betrokken is, worden vastgelegd in het zorgtraject van de beroepsbeoefenaar (die de poortfunctie uitvoert) verantwoordelijk voor de zorgvraag van de patiënt’.²³



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

3) Zorgactiviteit in het kader van een patiëntcontact:

- Consult door een lid van het team Palliatieve Zorg
- Dagverpleging/langdurige observatie

²¹ <https://www.kinderpalliatief.nl/ondersteuning/belangrijke-methodes-tools>

²² NZa (2017), Rapport palliatieve zorg op maat, p. 12

²³ Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

- Verpleegdag
- Consult door een lid van het team Kinderpalliatieve zorg, uitgezonderd beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (zie 190067)
- De zorgactiviteit 190173 kan worden gebruikt binnen de kindergeneeskunde. Het betreft een consult door een lid van het team Kinderpalliatieve zorg (een paramedicus), uitgezonderd beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (zie 190067).

De zorgactiviteit ‘Consult door een lid van het team palliatieve zorg’ (190067) is onderdeel van zorgproductgroep 990040 en betreft het consult tussen een patiënt en een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en onderdeel uitmaakt van het team Palliatieve Zorg. De zorgactiviteit is bedoeld voor zowel klinische als poliklinische consulten. Per 2021 kan de zorgactiviteit ook worden geregistreerd voor zorg op afstand. Deze activiteit mag niet naast een polikliniekbezoek worden vastgelegd.²⁴

Registratie en declaratie van een klinisch traject vanuit het team palliatieve zorg is niet mogelijk naast een lopend klinisch traject van hetzelfde specialisme. Binnen een specialisme mag maximaal één klinisch DBC-zorgproduct worden geopend tijdens het klinische traject van de patiënt. Dit is een algemene regel en geldt voor alle klinische zorgproducten.²⁵

1.2.2 Inzet team Palliatieve Zorg op de polikliniek



Na het staken van de chemotherapie zijn de klachten van misselijkheid bij Olivia verdwenen. Maar met de pijnmedicatie die in het ziekenhuis is gestart, is haar pijn nog niet goed onder controle. Bovendien krijgt ze meer en meer last van somberheid en angst en heeft ze twijfels over of ze wel de juiste beslissing heeft genomen. In samenspraak met de huisarts en de gespecialiseerd verpleegkundige palliatieve zorg maakt Guus voor Olivia, Sara en hemzelf een poli-afspraken met het team Palliatieve Zorg. Samen maken ze een zorgplan met afspraken voor de nabije toekomst en besluiten ze de zorg in het ziekenhuis af te sluiten. In de periode die volgt, is er nog een paar keer telefonisch overleg tussen de huisarts en het team Palliatieve Zorg. Dit maakt het in alle rust thuis kunnen sterven mede mogelijk. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

De zorgactiviteit ‘Consult door een lid van het team palliatieve zorg’ (190067) is ook bedoeld voor het poliklinische consult. Voor het polibezoek van Olivia en haar gezin wordt deze zorgactiviteit vastgelegd.

1.2.3 Inzet team Palliatieve Zorg in de thuissituatie

Zorgactiviteiten zijn in principe niet locatie afhankelijk. Dat betekent dat het reguliere eerste polikliniekbezoek 190060 en het herhaal-polikliniekbezoek 190013 in de thuissituatie kunnen worden geregistreerd en gedeclareerd.²⁶

De zorgactiviteit ‘Consult door een lid van het team palliatieve zorg’ (190067) kan sinds 2021 ook worden geregistreerd in geval van consulten op afstand met de patiënt, of soms, in geval van kinderpalliatieve zorg, met de ouders of voogd van het kind.²⁷

²⁴ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

²⁵ Artikel 23.9 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

²⁶ Artikel 23.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg

²⁷ NZa. Verantwoording wijzigingen dbc-release RZ21b, p.40

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

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



Het KCT levert in de thuissituatie zorg voor kinderen met een palliatieve zorgvraag. Ze spelen daarin een verbindende rol tussen de medisch specialist, de zorgverleners in de eerste lijn en het kind en de ouders. De KCT's organiseren de juiste zorg en ondersteuning voor kind en gezin dan ook niet alleen in, maar ook buiten het ziekenhuis, al dan niet aan huis. Omdat veelal sprake is van ziekenhuisverplaatste zorg in dagverpleging, is de 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228) hierop niet van toepassing.

Voor de Kinderpalliatieve zorg is een nieuwe productstructuur ontwikkeld, ook hier is het huisbezoek uitvoerig besproken. Omdat de consulten vrij van vorm en locatie zijn, is besloten om voorsnog geen aparte zorgactiviteitcode aan te maken voor het huisbezoek. Het advies van de NZa is geweest om de eventuele extra kosten van de huisbezoeken (t.o.v. regulier consult in een ziekenhuis) te verdisconteren in de kostprijzen die moeten worden aangeleverd voor het A-segment (waar de Kindergeneeskunde zich thans nog in bevindt).

1.3 Innovatie

Per 2021 heeft de NZa een facultatieve prestatie in het leven geroepen voor de medisch specialistische zorg.²⁸ De facultatieve prestatie biedt extra ruimte waarin ziekenhuis en zorgverzekeraar afspraken kunnen maken voor lokale bekostigingsvraagstukken. Denk aan (nieuwe) initiatieven die lastig zijn te bekostigen met de reguliere DBC's. Dat kan bijvoorbeeld gaan om palliatieve zorg die beter kan worden georganiseerd door een andere manier van werken en bekostiging.

1.4 Algemene regelgeving

Alle hiervoor omschreven zorgactiviteiten mogen alleen worden vastgelegd indien is voldaan aan de registratievoorwaarden zoals omschreven in de NZa-regelgeving, waarbij de meest recent uitgekomen regel altijd leidend is. Hierop zijn geen uitzonderingen van toepassing in de palliatieve zorg.

Voor algemene informatie over registratie van DBC/DOT in de ziekenhuizen verwijzen wij naar de 'Registratiewijzer Federatie Medisch Specialististen'.²⁹

1.5 Financiering binnen het ziekenhuis

Met ingang van de regelgeving in 2018 is een aantal knelpunten op het niveau van registratie en declaratie voor activiteiten van het team Palliatieve Zorg opgelost. Op het niveau van financiering binnen het ziekenhuis bestaan echter ook onduidelijkheden en misverstanden. Veel ziekenhuizen hebben nog geen afspraken over de geboden palliatieve zorg met de zorgverzekeraar of over de interne verdeelsleutel voor het team Palliatieve Zorg in het ziekenhuis. Het is belangrijk om de zorgproducten palliatieve zorg mee te nemen in de

²⁸ NZa informatiekaart facultatieve prestatie medisch-specialistische zorg

²⁹ Registratiewijzer Federatie Medisch Specialististen

gesprekken met de bij het ziekenhuis betrokken zorgverzekeraar(s) en de producten toe te voegen aan de prijslijsten.

Vanuit het oogpunt van kwaliteit of toename van zorg kunnen tijdens de jaarlijkse contract- en prijsonderhandelingen, onderhandelingen plaatsvinden over tarieven, volumes en totale omzet. Dit wordt op totaalniveau afgesproken en niet specifiek per vakgroep. Het is belangrijk om als palliatief team intern duidelijke afspraken te maken over de verdeelsleutel van de financiën. Ten eerste om een x-bedrag aan inkomsten te oormerken voor het team Palliatieve Zorg en ten tweede om de inkomsten te verdelen binnen het team Palliatieve Zorg.

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

- de activiteiten van het team Palliatieve Zorg
- de gesprekken met het management en de zorgverzekeraar
- de verdere ontwikkeling van de financiering palliatieve zorg in de ziekenhuizen

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

1.6 Logeervergoeding

Patiënten die voor een meerdaagse behandeling in een gespecialiseerd ziekenhuis of behandelcentrum, bijvoorbeeld voor bestraling, over grote afstanden heen en weer reizen, ontvangen voor vervoerskosten een vergoeding. Als sprake is van drie aaneengesloten dagen behandeling kunnen zij vanaf 2020 ook kiezen voor een logeervergoeding vanuit het basispakket van de zorgverzekering.³⁰

1.7 Transmurale samenwerking

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

Er zijn vier experimentele zorgprestaties ontwikkeld voor de bekostiging van transmurale palliatieve zorg. We noemen dit TAPA\$-prestaties³¹. Dit zijn:

1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg
 - 2a. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP) – telefonische consultatie
 - 2b. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP) – bedside consultatie
3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg

TAPA\$ is een experiment onder de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten van de NZa. Deze beleidsregel biedt zorgaanbieders de ruimte om kortdurend en kleinschalig te experimenteren met innovatieve zorgprestaties. Een groot deel van de innovatie-experimenten die via de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten wordt aangevraagd, komt na verloop van tijd terecht in de reguliere regels.



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

³⁰ [Zorginstituut, vindplaats logeervergoeding pagina vervoer](#)

³¹ Meer info op [Palliaweb](#)

- Ziekenhuis en eerstelijnszorgaanbieder kunnen afspraken maken op basis van onderlinge dienstverlening.³²
- Er kan zorg worden gedeclareerd door de wijkverpleegkundige, zolang er sprake is van directe zorgverlening gericht op cliëntgebonden afstemming, indicatiestelling en (warme) overdracht bij ontslag en opname van de cliënt terwijl de cliënt nog elders verblijft.

³² [NZA \(2020\) Informatiekaart wijzigingen dbc-pakket 2020 \(RZ20b\), Regel onderlinge dienstverlening verruimd](#)

2. Thuis



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

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

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

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

2.1 Generalistische palliatieve zorg

2.1.1 Huisarts


Huisartsenzorg wordt in de thuissituatie altijd gefinancierd via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het maakt daarbij niet uit of een patiënt reeds een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz) heeft of niet. Binnen de kinderpalliatieve zorg is de kinderarts de beroepsbeoefenaar (die de poortfunctie uitvoert) verantwoordelijk voor de zorgvraag van de patiënt. Naast de kinderarts kan ook de verpleegkundig specialist de zorg coördineren. Hij of zij stemt af met de huisarts over de taakverdeling.

De huisartsenzorg is ingedeeld in drie segmenten:

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

Segment 1: Basiszorg

Palliatieve zorg valt onder de basiszorg in segment 1. Naast specifieke prestaties voor palliatieve terminale zorg, kan palliatieve zorg bekostigd worden vanuit het inschrijftarief en consultprestaties. Vanuit S1 ontvangt een huisarts een vast bedrag (inschrijftarief per kwartaal) voor zijn ingeschreven patiënten. De hoogte hiervan is mede afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Het bedrag neemt toe naar mate de leeftijd en de daarmee verwachte zorgzwaarte toeneemt.

 In een 'verkenning bekostiging proactieve zorgplanning' kondigt de NZa aan om proactieve zorgplanning vanaf 2027 in te gaan voeren in Segment 1. Tot 2027 roepen ze zorgverzekeraars op om proactieve zorgplanning ruim in te kopen.³³

Declaratie van de geboden palliatieve *terminale* zorg vindt plaats onder de prestatie Intensieve zorg.³⁴ Voor de palliatieve terminale zorg gedurende de laatste drie maanden³⁵ (of, in geval van kinderen, de laatste 12 maanden³⁶) van het leven kan de huisarts de prestatie Intensieve zorg, overdag of Intensieve zorg, anw (avond, nacht, weekend) declareren. Hiervoor geldt een maximumtarief. Het aantal consulten Intensieve zorg is niet aan een maximum gebonden, hoewel sommige verzekeraars wel een maximaal aantal hanteren in hun contracten. Telefonische consulten of consulten per e-mail of via een internet beeldverbinding ter vervanging van een spreekuurconsult mogen volgens regulier tarief worden gedeclareerd, indien de zorgverlening zorginhoudelijk vergelijkbaar is met de zorgverlening die in een regulier face-to-face consult wordt geboden.³⁷ Het is aan de huisarts om te beoordelen of een patiënt zich in de terminale fase bevindt.

Segment 2: Multidisciplinaire eerstelijnszorg

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

Segment 2B biedt ruimte voor partijen om programmatische zorg vorm te geven voor elementen van zorg die nog geen onderdeel uitmaken van de reguliere integrale bekostiging in Segment 2A (ketenprestaties voor multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg in het kader van Diabetes Mellitus type 2 (DM2), Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), Vasculair Risicomanagement (VRM) en Astma). Het gaat hierbij om nieuwe ketens (bijvoorbeeld depressie of programmatische zorg voor kwetsbare ouderen) of nieuwe elementen van zorg binnen de bestaande ketens (bijvoorbeeld farmaceutische zorg) waarbij landelijk overeenstemming is over de aanpak en onderliggende zorgstandaarden.³⁸

Segment 3: Resultaatbeloning en zorgvernieuwing

Ook Segment 3 biedt ruimte aan verzekeraars en aanbieders om onderling afspraken te maken over het belonen van uitkomsten van zorg en zorgvernieuwing op lokaal niveau. De afspraken binnen Segment 3 kunnen betrekking hebben op uitkomsten van zorg geleverd in Segment 1 (basis-huisartsenzorg) en Segment 2 (multidisciplinaire zorg). Ook de zorgvernieuwing kan op beide domeinen betrekking hebben.³⁹

³³ Rapport NZa – verkenning proactieve zorgplanning

³⁴ Artikel 5.1.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025

³⁵ Of een patiënt terminaal is, is ter beoordeling van de huisarts

³⁶ VWS (2016), Wijziging regeling PTZ [Kamerbrief]

³⁷ Artikel 5.2.2.3 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025


³⁸ Artikel 6.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025

³⁹ Artikel 7.1 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025

Deelname PaTz-overleg

De huisarts van Olivia neemt deel aan het PaTz-overleg in zijn regio. PaTz staat voor Palliatieve Thuiszorg. Een aantal keer per jaar komen huisartsen en wijkverpleegkundigen uit een regio (soms aangevuld door een geestelijk verzorger, VPTZ-organisatie of maatschappelijk werker) bij elkaar om hun (volwassen) palliatieve patiënten te bespreken. Ze houden een register van hun palliatieve patiënten bij en selecteren bij iedere bespreking een aantal patiënten om te bespreken. De bespreking is gericht op het proactief nadenken over het zorgplan. Een in palliatieve zorg gespecialiseerde consulent ondersteunt hen. Door deelname aan een PaTz-groep weten huisarts en wijkverpleegkundige elkaar goed te vinden, neemt hun deskundigheid in palliatieve zorg toe, kan tijdig worden ingespeeld op de wensen en behoeften van de patiënt en sterven meer patiënten op de plek van hun voorkeur. De expertise van de consulent is laagdrempelig te bereiken.⁴⁰

Deelname van de huisarts aan PaTz (indirect patiëntgebonden tijd) zit net als andere MDO's verdisconteerd in de tarieven voor de direct patiëntgebonden tijd, oftewel het consult- en inschrijftarief (segment 1). Soms wordt een MDO apart gefinancierd in bijvoorbeeld modules ouderenzorg met afspraken die via S2 of S3 lopen. Voor een nadere toelichting van een knelpunt bij (structurele) financiering van deelname aan een PaTz-overleg wordt verwezen naar Hoofdstuk 6.

 Verzekeraar Zilveren Kruis contracteert binnen S3 actief zogeheten 'behandelwensgesprekken' in het kader van proactieve zorgplanning. De huisarts (of de verpleegkundig specialist of POH onder regie van de huisarts) krijgt meer tijd voor het gesprek en de voorbereiding hiervan. De afspraken worden overgedragen aan de huisartsenpost. Ook andere verzekeraars maken afspraken over de vergoeding van proactieve zorgplanning. In een aantal regio's zijn PaTz-groepen meegefinancierd via het TAPA\$-experiment⁴¹

2.1.2 Verpleging en verzorging

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



Persoonlijke verzorging voor palliatieve kinderen kan daarnaast vanuit de Jeugdwet bekostigd worden als deze zorg buiten de geneeskundige context valt: het gaat dan om verzorging die nodig is vanwege de zelfredzaamheid van het kind. Het is aan de kinderverpleegkundige om aan te geven of de persoonlijke verzorging verband houdt met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Indien de zorg niet als geneeskundig wordt beschouwd, spreekt men van 'begeleidende hulp'.^{42,43} Het verschilt per gemeente hoe dit is geregeld.⁴⁴ Dit is daarom niet verder uitgewerkt in onderstaand overzicht.

⁴⁰ Schweitzer et al. (2024). Handleiding ten behoeve van de implementatie van PaTz

⁴¹ Meer info op [Palliaweb](#)

⁴² [Artikel 1.1 Jeugdwet](#)

⁴³ V&VN (2020) [Handreiking Indicatieproces Kindzorg](#), p.13

⁴⁴ [Zorgwijzer. Jeugdzorg in Nederland. Geraadpleegd op 3 januari 2024](#)

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

Algemeen

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

- zorg in natura (zin); patiënt ontvangt de zorg waarvoor zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken kunnen maken. Zijn er geen afspraken, dan kan een patiënt kiezen voor ongecontracteerde zorg. In dat geval wordt de zorg niet altijd volledig vergoed. Dit is afhankelijk van het type zorgverzekering dat de patiënt heeft;
- persoonsgebonden budget (pgb): de patiënt koopt zelf zorg in met beschikbaar budget.⁴⁵

Verpleging en verzorging is onderverdeeld in de volgende prestaties⁴⁶:

1. Persoonlijke verzorging
2. Oproepbare verzorging: verzorging buiten de afgesproken tijden
3. Verpleging
4. Oproepbare verpleging: verpleging buiten de afgesproken tijden
5. Gespecialiseerde verpleging
6. Advies, Instructie en Voorlichting
7. Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar
8. Beloning op maat
9. Organisatie en beschikbaarheid van onplanbare avond-, nacht-, en weekendzorg
10. Centrale coördinatie van zorg ten behoeve van herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging
11. Ketenzorg dementie

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Algemeen

De patiënt kan de zorg thuis op drie manieren (leveringsvormen) ontvangen⁴⁸:

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

De zorgaanbieder en het zorgkantoor spreken hiervoor tarieven af. Daarvoor gelden voornamelijk maximumtarieven, zoals vastgelegd in de tariefbeschikkingen van de NZa. Dit geldt niet bij PGB, daar wordt het budget bepaald o.b.v. de indicatie.

Budgethouders kunnen zelf bepalen hoeveel zorg ze inkopen. Ze mogen een zorgverlener echter niet meer betalen dan de maximale uurtarieven voor formele en informele zorgverleners.

Voor patiënten met een Wlz-indicatie die op een wachtlijst staan voor een zorglocatie en die in de tussentijd zorg thuis nodig hebben, kan overbruggingszorg worden aangevraagd. Overbruggingszorg waarbij niet aan het doelmatigheidscriterium hoeft te worden voldaan, kan voor een periode van 13 weken worden verleend. Deze periode kan worden verlengd.⁴⁹ Als er voorafgaand aan deze periode al zorg vanuit bijvoorbeeld de Zvw werd geleverd aan deze patiënt, kan de overbruggingszorg door dezelfde aanbieder worden geleverd.⁵⁰

⁴⁵ Zelf verpleging en verzorging inkopen (Zvw-pgb) | Verpleging en verzorging thuis | Regelhulp - Ministerie van VWS, geraadpleegd op 3 januari 2025

⁴⁶ Artikel 4 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging - BR/REG-24130


⁴⁸ Zorginstituut Nederland, Leveringsvormen (instelling, vpt, mpt en pgb) (Wlz)

⁴⁹ Artikel 3.3.6 Wet langdurige zorg

⁵⁰ Artikel 3.3.6a Wet langdurige zorg

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

12. Thuiszorgtechnologie: zorg die op digitale wijze wordt ondersteund of gerealiseerd
13. Onderlinge dienstverlening
De zorgverzekeraar en zorgaanbieder maken tariefafspraken over de bovenste elf prestaties. Dit geldt niet bij PGB, daar zijn max-tarieven afgesproken voor professionele en niet-professionele zorg en verzekeraars publiceren hun tarieven. Voor de eerste zeven prestaties en voor thuiszorgtechnologie geldt een maximumtarief per uur. Voor de overige prestaties zijn de tarieven vrij. In de praktijk spreken veel zorgverzekeraars en zorgaanbieders een integraal tarief af waarin de eerste zes prestaties zijn opgenomen.

 *Experiment Integrale prestaties wijkverpleging*

Medio 2021 hebben zes partijen een convenant gesloten om samen met elkaar te werken aan nieuwe bekostiging voor wijkverpleging in de periode 2022-2026.⁴⁷ Aanvankelijk is dit experiment vanwege de introductie van nieuwe cliëntprofielen (volgens het draagkracht/draaglast-model) overgegaan in een nieuw experiment met een looptijd van 2024-2028. Medio 2024 heeft de Tweede Kamer echter een motie aangenomen over het experiment rondom passende bekostiging in de wijkverpleging. De motie heeft tot gevolg dat de cliëntprofielen per 2025 geen onderdeel meer zijn van het experiment. Het experiment loopt desondanks wel door. Er resteert de mogelijkheid om op basis van een uur-, dag-, week-, maand- of kwartaaltarief

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

⁴⁷Deze partijen zijn: Actiz, NZa, Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Zorgthuisnl en Zorgverzekeraars Nederland. Zie [Convenant bekostiging wijkverpleging 2022 – 2026](#)

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

afspraken te maken over verpleging en verzorging. De tarieven zijn vrij.

Palliatieve (terminale) zorg

Palliatieve (terminale) zorg is onderdeel van de reguliere prestaties voor de wijkverpleging of onderdeel van het integrale tarief dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben afgesproken. Zorgverzekeraars maken met slechts een deel van de zorgaanbieders specifieke afspraken over gespecialiseerde wijkverpleging, waaronder palliatief (terminale) zorg.⁵¹ In het inkoopbeleid van de zorgverzekeraars is terug te vinden welke eisen hieraan zijn verbonden.

Intensieve zorg

De wijkverpleegkundige indiceert de zorg die de patiënt nodig heeft. Dit gaat voor zorg in de palliatieve terminale fase niet anders dan bij een 'normale' indicatiestelling. In de palliatieve terminale fase is er altijd sprake van geneeskundige zorg. Dit hoeft echter niet altijd méér zorg te zijn dan in de fase daarvoor en de zorg hoeft niet altijd door de wijkverpleegkundige zelf geleverd te worden. De wijkverpleegkundige kan in samenspraak met de patiënt (en/of naasten) besluiten (een deel van) de benodigde zorg door vrijwilligers en/of naasten te laten uitvoeren. Dit hangt af van de individuele situatie van de zorgvrager en zijn netwerk.^{52,53} De zorgverzekeraar is

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt al heeft. Als een patiënt bijvoorbeeld Zorgprofiel VV 6 heeft, wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.⁵⁴

Patiënten met een mpt of een pgb, met een levensverwachting langer dan drie maanden en voor wie de zorg thuis aantoonbaar ontoereikend is, kunnen tot 25 procent extra budget ontvangen.⁵⁵

Als voor deze patiënten de zorgbehoefte minimaal 25 procent hoger is dan vanuit het zorgprofiel wordt vergoed, kan in de profielen VV 7 en VV 8 extra financiering worden aangevraagd bij het zorgkantoor.⁵⁶ Voor kinderen kan dit bij VG 5, 7 en 8.⁵⁷

Er kan ook extra financiering worden aangevraagd bij onder meer:

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

De zorgbehoefte hoeft dan *niet* minimaal 25 procent hoger te zijn⁵⁸

Palliatieve terminale zorg

⁵¹ Monitor contractering wijkverpleging 2022, update maart 2022

⁵² V&VN (2019). Begrippenkader indicatieproces

⁵³ ZIN (2019). Verpleegkundige indicatiestelling, een nadere duiding

⁵⁴ VWS, Informatiekaart palliatieve zorg, juni 2020

⁵⁵ Artikel 5.1a Regeling langdurige zorg

⁵⁶ Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg

⁵⁷ <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/extra-budget/meerzorg>

⁵⁸ Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

verantwoordelijk voor de vergoeding van de geïndiceerde zorg.

Omzetplafonds

 Indien een zorgverzekeraar een omzetplafond hanteert, vergoedt die binnen het omzetplafond de zorg die noodzakelijk is. Eind 2021 is er in verband met het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging onder leiding van VWS met de sector afgesproken dat een cliënt met spoedzorg/ptz niet benadeeld mag worden door cliëntenstops, als gevolg van budgetplafonds, en dat deze daarom buiten de cliëntenstops worden gehouden.

Hierover is de volgende afspraak gemaakt:

“Stel er meldt zich een cliënt die spoedzorg/ptz nodig heeft bij een aanbieder die zijn omzetplafond heeft bereikt. Dan meldt de zorgaanbieder dat bij de zorgverzekeraar van de cliënt (bv. per mail aan de afdeling zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar), die vervolgens 24 uur de tijd heeft om te reageren dat de zorgaanbieder de patiënt NIET in zorg mag nemen, omdat de zorgverzekeraar een andere zorgaanbieder heeft gevonden. Hoort de zorgaanbieder niets binnen 24 uur, dan neemt deze de cliënt in zorg en worden de kosten volledig vergoed door de zorgverzekeraar. Verandert de casemix van een zorgaanbieder, dan wordt dit meegenomen in de doelmatigheidsafspraken van een volgend jaar.”

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Ook palliatieve terminale zorg (PTZ) wordt in eerste instantie vergoed vanuit het zorgprofiel dat de patiënt al heeft.⁵⁹

Als de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een mpt of een pgb, kan bij het zorgkantoor een verhoging worden aangevraagd indien dit nodig is om de patiënt PTZ thuis te kunnen laten ontvangen.⁶⁰

Als de levensverwachting van de patiënt minder dan drie maanden is en de zorg wordt geleverd via een vpt, kan 10 VV *Beschermde verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg* bij het zorgkantoor worden gedeclareerd, indien die verhoging nodig is om de patiënt intensieve PTZ thuis te kunnen laten ontvangen. Het volstaat dat deze levensverwachting is opgenomen in het dossier van de patiënt voor toetsing bij de materiële controle.⁶¹ Het geïndiceerde zorgprofiel blijft hierbij ongewijzigd, maar kan niet gelijktijdig met VV 10 worden gedeclareerd.⁶²

⁵⁹ VWS, Informatiekaart palliatieve zorg, juni 2020

⁶⁰ Artikel 5.1c leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg

⁶¹ Artikel II NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 – BR/REG-25131

⁶² NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 – BR/REG-25131, Toelichting per artikel

Verpleging en verzorging, Zorgverzekeringswet

Beloning op maat

Vanuit de prestatiebeloning op maat kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars tegen een vrij tarief aanvullende afspraken maken over innovatie, kwaliteit, uitkomsten van zorg of de bediende populatie van de zorgaanbieder.⁶³

Eén zorgverzekeraar maakte bijvoorbeeld gebruik van beloning op maat om afspraken te maken met zorgaanbieders over de zorggarantie in de regio (basisinfrastructuur). Deze afspraken zijn bedoeld om de overdracht van het ziekenhuis naar de thuissituatie bij ontslag net voor het weekend te verbeteren.⁶⁴

Verpleging en verzorging, Wet langdurige zorg

Deelname aan diverse (regionale) structuren

Deelname aan de PaTz-vergaderingen kent geen specifieke bekostiging voor de wijkverpleegkundige. Indirecte patiëntenzorg zit verdisconteerd in de zorgprestaties. Regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt, is onderdeel van de prestatie gespecialiseerde verpleging.⁶⁵

Mocht de zorgaanbieder gebruik maken van het experiment bekostiging wijkverpleging (zie paragraaf 2.1.2) dan vindt declaratie plaats via de integrale prestatie per uur, dag, week of maand (afhankelijk van de afspraken met de verzekeraar).



De KCT organiseren multidisciplinaire overleggen (MDO's) Kinderpalliatieve zorg met alle betrokkenen vanuit het ziekenhuis. Daarnaast worden casuïstiekbesprekingen gevoerd in de Netwerken Integrale Kindzorg en zijn er regionale indicatieoverleggen met indicierend kinderverpleegkundigen.

Regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening kan worden gedeclareerd via de prestatie Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar, maar dit moet wel in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt.⁶⁶ De toelichting op de beleidsregel noemt het multidisciplinair overleg als voorbeeld van een activiteit die niet onder directe zorgverlening valt.

⁶³ Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-22101b

⁶⁴ NZa (2018) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 28

⁶⁵ NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-24130

⁶⁶ Artikel 5 NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-24130

De huidige inrichting van de bekostiging beoogt de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de palliatieve zorg te borgen. Voor het kunnen leveren van goede palliatieve zorg, staan passende contractering en juiste indicering centraal. Bij palliatieve patiënten kan de gezondheidssituatie snel veranderen en verslechteren en dikwijls hebben ze al intensief te maken met huisartsenzorg of ziekenhuiszorg. Coördinerende, signalerende en anticiperende taken, ondersteuning bij zelfmanagement en mantelzorgondersteuning zijn dan van belang en zijn onderdeel van wijkverpleging.⁶⁷ Bij de contractering van kwalitatief beschikbare, passende zorg is het van belang rekening te houden met alle aspecten van ‘zorg zoals de verpleegkundige die pleegt te bieden’. Het is belangrijk dat er bij het maken van afspraken over de tarieven goed wordt opgelet dat alle voorgenoemde onderdelen van indicering vanuit het tarief kunnen worden geleverd.

2.1.3 Mantelzorg

Voor de inzet van de mantelzorg bestaat geen algemene vergoeding. Wel kan de mantelzorger aanspraak maken op een aantal vergoedingen, waaronder vergoeding van reiskosten via de gemeente en tegemoetkoming voor extra zorgkosten. Er bestaat de mogelijkheid om de een informele zorgverlener in te schakelen vanuit het pgb.⁶⁸ Dat is echter niet bedoeld voor mantelzorg of gebruikelijke zorg.

Soms kan de zorg te zwaar zijn voor de mantelzorger. Dan kan een vrijwilliger of de wijkverpleging (tijdelijk) hulp geven. Soms is tijdelijk logeeropvang mogelijk in een zorginstelling of een (tijdelijke) opname in een hospice (zie [paragraaf 3.7](#)). Hierdoor heeft de mantelzorger even geen zorgtaken waardoor hij/zij tijd heeft voor bijvoorbeeld werk, studie, gezin, familie, vrienden en ontspanning. Dit heet ‘respijtzorg’ of vervangende zorg.⁶⁹ Door respijtzorg kunnen mantelzorgers hun eigen leven beter in balans houden en de zorg voor hun naaste langer volhouden.

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

- **Gemeente:** als de zorgvrager zelf Wmo-ondersteuning krijgt, kan respijtzorg worden vergoed vanuit de Wmo. Respijtzorg voor kinderen met een palliatieve zorg behoefte kan worden vergoed vanuit de Jeugdwet, als hun zorgvraag niet geneeskundig van aard is.⁷⁰ Vraag de betreffende gemeente naar de mogelijkheden;
- **Zorgkantoor:** als de zorgvrager zelf zorg krijgt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz);
- **Zorgverzekeraar:** sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt vanuit de basisverzekering de prestatie Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg voor het bezoeken van een verpleegkundig kinderdagverblijf.⁷¹ en Verblijf intensieve kindzorg voor verblijf in een verpleegkundig kindzorghuis.⁷²



2.1.4 Vrijwilligers

(Vrijwilligers)organisaties voor palliatieve terminale zorg kunnen opgeleide vrijwilligers inzetten om mensen in de laatste levensfase en hun naasten te ondersteunen. Dit kan bijvoorbeeld in

⁶⁷ [Wijkverpleging \(18 jaar en ouder\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

⁶⁸ [Mantelzorg.nl. Geldzaken. Geraadpleegd op 3 januari 2025](#)

⁶⁹ [Mantelzorg.nl. Vervangende zorg voor mantelzorgers \(respijtzorg\). Geraadpleegd op 11 december 2019](#)

⁷⁰ [Artikel 1.1 Jeugdwet](#)

⁷¹ [Artikel 4.1 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-23146](#)

⁷² [Artikel 4.2 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-23146](#)

een hospice, zorginstelling of bij mensen thuis. Een (vrijwilligers) organisatie kan via de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (Regeling PTZ) in aanmerking komen voor een subsidie per cliënt met een levensverwachting van minder dan 3 maanden.⁷³ De Regeling PTZ ziet toe op het stimuleren van de coördinatie, scholing en inzet van vrijwilligers bij het verlenen van palliatieve terminale zorg. Het is ook mogelijk om vrijwilligers al eerder in de palliatieve fase in te zetten. Hier is geen vaste financiering voor. Soms krijgt de organisatie hiervoor subsidie vanuit de gemeente.

2.2 Inzet specialistische palliatieve zorg



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

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

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

2.2.1 Huisarts

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

Palliatieve consultatie van kaderopgeleide huisarts

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

Het betreft hier prestaties onder M&I (Modernisatie en Innovatie)-verrichtingen. Als er een overeenkomst is afgesloten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, geldt voor deze verrichtingen een vrij tarief. Als er geen overeenkomst is afgesloten, gelden maximumtarieven voor deze prestaties.⁷⁴ De huisartsconsulent mag de prestatie zelf in rekening brengen bij de zorgverzekeraar.

⁷³ Artikel 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

⁷⁴ Artikel 8.1.12.p en q NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025 – BR/REG-25136

Palliatieve consultatie kaderopgeleide specialist Ouderengeneeskunde of lid team Palliatieve Zorg in het ziekenhuis

Meekijkconsult⁷⁵

Deze prestatie valt onder zorgvernieuwing in segment 3 en biedt de mogelijkheid om afspraken te maken over de inzet van aanvullende middelen van waaruit de zorgaanbieder de expertise in kan roepen van gespecialiseerde zorgaanbieders zonder hierbij tot verwijzing te hoeven overgaan. Dit kan de inzet zijn van medisch specialistische consultatie of de inzet van andere expertises in het zorgveld. Doel van de inzet moet zijn om verwijzing te voorkomen of, indien verwijzing toch nodig is, om doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft tijdens het meekijkconsult de hoofdbehandelaar. Enkel wanneer de huisarts een afspraak maakt met de zorgverzekeraars over aanvullende financiering door middel van deze module, kan de inzet van de ingeroepen expertise via onderlinge dienstverlening tegen vrij tarief worden bekostigd.⁷⁶

De specialist Ouderengeneeskunde kan in de eerstelijns door de huisarts worden geconsulteerd voor specifieke medisch geneeskundige zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieke patiënten, ook in de palliatieve fase. Het gaat hierbij meestal om patiënten met complexe problemen. Dit kan via telefonische of bedside consultatie, en vanaf 2025 bestaat ook de mogelijkheid van trajectfinanciering van kwetsbare patiënten thuis. Dit betreft zorg onder regie van de specialist ouderengeneeskunde. Inzet van specialistische zorg voor kwetsbare, thuiswonende patiënten met chronische multimorbiditeit, multidomeinproblematiek en complexe zorgvragen gedurende een langere periode. Het doel van de zorg is dat patiënten langer thuis kunnen wonen met focus op kwaliteit van leven, waar mogelijk beperken van verdergaande achteruitgang en het voorkomen van crisissituaties of -opnames. De prestatie trajectfinanciering is niet bedoeld voor uitsluitend casemanagement of palliatieve terminale zorg. In 2025 wordt vanuit het leerwerkplatform gewerkt aan verdere inhoudelijke afbakening van de zorg die binnen het zorgtraject past.

De wijze waarop de inzet van de specialist ouderengeneeskunde wordt gefinancierd, is afhankelijk van of de patiënt een Wlz-indicatie heeft of niet. De zorg door de specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie voor patiënten zonder Wlz-indicatie wordt bekostigd vanuit de Zvw via de GZSP.⁷⁷ De zorg door de specialist Ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz-indicatie wordt bekostigd uit de Wlz.

Inzet specialist Ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet

Hiervoor is uitgelegd hoe de specialist Ouderengeneeskunde in de GZSP door de huisarts kan worden geconsulteerd. Dit kan voor collegiaal overleg of een consult bij de patiënt of trajectfinanciering. Als de specialist Ouderengeneeskunde zorg levert aan patiënten zonder Wlz-indicatie kan die de zorg declareren via de prestatie 'Zorg

Inzet specialist Ouderengeneeskunde Wet langdurige zorg

De zorg door de specialist Ouderengeneeskunde voor patiënten met Wlz-indicatie wordt bekostigd uit de Wlz. Patiënten met een Wlz-indicatie hebben recht op zorg door een specialist Ouderengeneeskunde, als zij vanuit geneeskundig oogpunt op deze zorg zijn aangewezen. Voor patiënten met een Wlz-

⁷⁵ Meedenkadvis

⁷⁶ Artikel 7.1.2h NZa beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025 – BR/REG-25136

⁷⁷ NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen – BR/REG - 25102

Inzet specialist Ouderengeneeskunde Zorgverzekeringswet

zoals specialisten ouderengeneeskunde die bieden'.⁷⁸ Deze prestatie kan per 5 minuten worden gedeclareerd. Daarnaast kan er per bezoek een reistoelage worden gedeclareerd. Voor de trajectfinanciering geldt een startfase voor diagnostiek en het opstellen van een zorgplan voor 3 maanden, wat kan worden verlengd per maand met een 'vervolgfase'. Voor deze prestaties geldt een maximumtarief. Met de zorgverzekeraar kan worden afgesproken dat ten hoogste 10% boven op het maximumtarief kan worden gedeclareerd.

Met de zorgverzekeraar kan ook een contract worden afgesproken binnen de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten (zoals ten aanzien van het multidisciplinair team ouderen (MTO)). Dan is het tarief vrij.

Tot slot kan de inzet van de specialist Ouderengeneeskunde ook worden gedeclareerd via de prestatie 'Onderlinge dienstverlening'.

Inzet specialist Ouderengeneeskunde Wet langdurige zorg

indicatie die de zorg thuis ontvangen, mag de zorg door de specialist Ouderengeneeskunde op consultbasis bij het zorgkantoor worden gedeclareerd. Voor het (mogen) leveren van deze prestatie is wel een contract van de instelling of het samenwerkingsverband van de specialist Ouderengeneeskunde met het zorgkantoor nodig voor de behandelcodes/functies H335 (behandeling specialist Ouderengeneeskunde)^{79,80}

Begeleiding PaTz door inhoudelijk deskundige Palliatieve Zorg

Een inhoudelijk deskundige ondersteunt de PaTz-groep. Deze deelname kent geen structurele financiering. Stichting PZNL biedt een vergoeding voor de inzet van – aan Stichting PZNL verbonden – consultants.⁸¹ In enkele regio's worden PaTz-groepen (mee)gefinancierd via de TAPA\$-prestaties.⁸²

Consultatievoorziening palliatieve zorg

Naast de beschreven consultatievormen bestaat ook de mogelijkheid om bij vragen en problemen in de palliatieve fase het Consultatieteam Palliatieve Zorg van Stichting PZNL te raadplegen. De consultant denkt met de consultvrager mee en brengt advies uit. Hieraan zijn voor de consultvrager geen kosten verbonden. De consultants zijn artsen en verpleegkundigen die door opleiding en praktijk gespecialiseerd zijn in palliatieve zorg. Om

⁷⁸ Artikel 4 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen – BR/REG-25102

⁷⁹ Bijlage 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2022 – BR/REG-25130b

⁸⁰ Verenso / LHV (2016), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p.18

⁸¹ PaTz: Hoe is de begeleiding van de inhoudelijk deskundige geregeld? Geradpleegd op 3 januari 2022

⁸² Meer info op [Palliaweb](#)

de expertise van de consultants nog laagdrempeliger en effectiever beschikbaar te stellen aan zorgverleners is de consultatievoorziening regionaal én transmuraal georganiseerd. Zorgverleners binnen de gehele zorgketen kunnen een beroep doen op deze consultants voor advies en ondersteuning bij specialistische en complexe zorgvragen.⁸³



Consultatie door het KCT

Het KCT levert in de thuissituatie zorg voor kinderen met een palliatieve zorgvraag. Ze spelen daarin een verbindende rol tussen de medisch specialist, de zorgverleners in de eerstelijns en het kind en de ouders. De KCT's organiseren de juiste zorg en ondersteuning voor kind en gezin dan ook niet alleen in, maar ook buiten het ziekenhuis, al dan niet aan huis. Omdat voor de doelgroep kinderen specifieke expertise nodig is, die in bovenstaande consultatiemogelijkheden niet of onvoldoende aanwezig zijn, kan de huisarts voor palliatieve zorg bij kinderen dan ook het KCT in consult vragen. Dit kan zowel telefonische als bedside consultatie zijn. De bekostiging van deze consultatie kan op basis van afspraken in het kader van het meekijkconsult worden geregeld.

2.2.2 Verpleegkundig specialist/gespecialiseerd verpleegkundige/casemanager



Bekostiging van de inzet van gespecialiseerde verpleegkundigen/verpleegkundig specialisten/casemanager Palliatieve Zorg kan via de prestaties 'gespecialiseerde verpleging' of 'AIV'.⁸⁴ Bekostiging kan ook deel uitmaken van de cliëntprofielen.⁸⁵ In geval van kinderpalliatieve zorg kan dit op basis van de prestatie Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar worden gedeclareerd. Als contractering plaatsvindt op basis van het integraal tarief, is het van belang dat de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar goed opletten dat het afgesproken tarief voldoende ruimte biedt voor de inzet van gespecialiseerde verpleging.

2.2.3 Geestelijke verzorging

Begeleiding op het gebied van zingeving en spiritualiteit is onderdeel van de taken van zorgverleners.⁸⁶ Als de hulpvraag van de patiënt hun deskundigheid overstijgt, kan de geestelijk verzorger hierin specialistische ondersteuning bieden.⁸⁷

De Regeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis⁸⁸ maakt de inzet van geestelijk verzorgers in de ambulante eerstelijns mogelijk. De regeling is bedoeld voor drie (patiënten)groepen, tenzij zij gedurende een etmaal of langer in een intramurale setting verblijven:



1. Mensen van 50 jaar en ouder
2. Patiënten in de palliatieve fase en hun naasten
3. Kinderen in de palliatieve fase en hun naasten

Zij kunnen in hun eigen regio voor een aanvraag voor een consult terecht bij de organisatie in de regio die voor de coördinatie van geestelijke verzorging in de thuissituatie is aangewezen.⁸⁹ In het geval van kinderen in de palliatieve fase en/of kinderen met een ouder in de palliatieve fase, zijn de Netwerken Integrale Kindzorg het aanspreekpunt.⁹⁰

⁸³ Palliaweb. Consultatie. Geraadpleegd op 3 januari 2025

⁸⁴ Artikel 5e NZa Beleidsregel verpleging en verzorging BR/REG-24130

⁸⁵ Zie de voorgaande paragraaf over verpleging en verzorging voor meer informatie.

⁸⁶ Hopman, A.M. (2006). Uitvoeringstoets geestelijke verzorging. Diemen: College voor zorgverzekeringen, p. 5

⁸⁷ IKNL (2018) Richtlijn zingeving en spiritualiteit in de palliatieve fase


⁸⁸ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging

⁸⁹ Agora. Geestelijke verzorging thuis. Geraadpleegd op 3 januari 2025

⁹⁰ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg. Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn

De consulten kunnen worden geleverd door geestelijk verzorgers die ingeschreven zijn in het register van de Stichting Kwaliteitsregister Geestelijke Verzorging (SKGV). Voor kinderpalliatieve zorg kunnen naast geestelijk verzorgers (die vaak ook deel uitmaken van de KCT's) ook rouw- en verliesbegeleiders aanspraak maken op deze subsidie. Voorwaarde is wel dat er geen mogelijkheden zijn voor reguliere financiering vanuit bijvoorbeeld een aanvullende zorgverzekering of de Jeugdwet⁹¹. Daarnaast geldt de aanspraak voor rouw- en verliesbegeleiders alleen als het kind ofwel jonger dan 18 jaar is, ofwel tussen de 18 en 23 jaar oud is.⁹²

Naast consulten kunnen de middelen worden ingezet voor deelname van geestelijk verzorgers aan overlegvormen in de eerstelijns (zoals multidisciplinaire overleggen) en voor de inzet van geestelijke verzorgers voor bijscholing van (in)formele zorgverleners. Tot slot ontvangen de Netwerken Palliatieve Zorg middelen voor onder andere het opzetten van de benodigde faciliteiten.⁹³

 Bovenstaande regeling is dus niet van toepassing op eerstelijnsverblijf, zoals eerstelijns verblijf palliatieve zorg (HCH of PU). Geestelijke verzorging valt binnen de aanspraak van verblijf en dient door de zorgaanbieder te worden aangeboden vanuit het tarief voor de ELV.

2.3 Medisch specialistische zorg

De diagnose, de bijwerkingen, de overwegingen om te stoppen met behandelingen: het is veel om te behappen voor Olivia. Ze is moe. Om te voorkomen dat palliatieve patiënten onnodig naar het ziekenhuis moeten, kan medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), worden gedeclareerd via de prestatie 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228).⁹⁴ Deze zorgactiviteit valt onder de overige zorgproducten en kan zowel los als naast een DBC kalenderdag worden geregistreerd, mits 'opname' plaatsvond vóór 20:00 uur en de patiënt niet op die dag wordt overgeplaatst naar het ziekenhuis. De zorgactiviteit kent een vast, integraal tarief voor alle door het ziekenhuis geleverde zorg, die niet in andere zorgactiviteiten is beschreven. Om de zorgactiviteit te kunnen declareren, dient hierover een contract te zijn afgesloten met de zorgverzekeraar.

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet langer nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. Tegenwoordig kunnen de zorgactiviteiten belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en Belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniek (190162) respectievelijk Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163) worden geregistreerd. Daarnaast kan een Screen-to-screenconsult ter vervanging van een Eerste polikliniekbezoek (190165) of een Screen-to-screenconsult ter vervanging van een Herhaal-polikliniekbezoek (190166) worden geregistreerd.

Het gaat hierbij om consulten waarbij contact is met een patiënt via de telefoon, een beeldverbinding of schriftelijk (bijvoorbeeld via e-mail of chat). Het consult moet zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldoen aan de voorwaarden die gelden voor het reguliere

⁹¹ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding te lijn

⁹² Staatscourant van het Koninkrijk der Nederlanden (02 december 2021), Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 november 2021, kenmerk 3276391-1019032-LZ

⁹³ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging

⁹⁴ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

face-to-face (herhaal-)polikliniekbezoek. Het schriftelijke consult dat bijvoorbeeld één herhaal-polikliniekbezoek vervangt, kan uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen bestaan en toch als één schriftelijk consult worden geregistreerd. Van dit type consulten wordt, net als bij face-to-face-polikliniekbezoeken, inhoudelijke verslaglegging gedaan in het medisch dossier van de patiënt.⁹⁵ Als binnen een bepaald zorgtraject face-to-face contact wel nodig is, staat dit vermeld in de regelgeving.⁹⁶

2.4 Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp



Olivia vindt het heerlijk om in de tuin te zitten. Ze luistert naar de vogels, voelt de lentezon op haar gezicht en praat wat met Guus. Ze heeft steeds meer moeite om naar de tuin te lopen. De wijkverpleegkundige regelt een rolstoel, zodat Guus haar daarmee naar de tuin kan brengen.

Olivia gaat steeds verder achteruit. Het slikken van medicijnen gaat slechter en om de pijn goed te blijven bestrijden, wordt een pomp voor subcutane toediening van morfine ingezet. De wijkverpleegkundige regelt dag- en nachtzorg. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Zorgverzekeringswet

Hulpmiddelen en huishoudelijke hulp Wet langdurige zorg

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen die nodig zijn voor de behandeling, verpleging en verzorging worden vergoed vanuit de Zvw.^{97,98} Ook kunnen vanuit de Zvw tijdelijk hulpmiddelen worden geleend.

Hulpmiddelen ter vergroting van de zelfredzaamheid worden vergoed vanuit de Wmo. Zo kan een rolstoel bijvoorbeeld de eerste zes maanden worden geleend vanuit de Zvw en daarna worden vergoed vanuit de Wmo.⁹⁹

Sinds 2024 wordt ook de Palliakit door de meeste zorgverzekeraars vergoed. De Palliakit is een box die middelen bevat om snel te kunnen handelen als bij palliatieve patiënten, die in de terminale fase zijn gekomen, een plotse verslechtering of een acuut probleem optreedt.

Bij kinderen worden sommige hulpmiddelen vergoed vanuit de WIA, uitgevoerd door het UWV. Denk hierbij aan hulpmiddelen die nodig zijn bij het volgen van onderwijs.

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wmo.¹⁰⁰

Huishoudelijke hulp

Huishoudelijke hulp wordt vergoed vanuit de Wlz.^{101,102}

⁹⁵ Artikel 24.4, 5 en 6 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

⁹⁶ NZa (2019). Informatiekaart wijzigingen dbc-pakket 2020 (RZ20b)

⁹⁷ Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, geraadpleegd op 3 januari 2025

⁹⁸ Hulpmiddelenwijzer van Vilans, geraadpleegd op 3 januari 2025

⁹⁹ Vilans.nl. Rolstoel, incidenteel gebruik, Geraadpleegd op 3 januari 2025

¹⁰⁰ Rijksoverheid. Zijn medische hulpmiddelen opgenomen in het basispakket?, Geraadpleegd op 3 januari 2025

¹⁰¹ Artikel 1 NZa NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 - BR/REG-25131

¹⁰² Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2025 - BR/REG-25130b

2.5 Nazorg

Nazorg is onderdeel van goede zorg. Concreet gaat het hier om één of twee gesprekken met de nabestaande over het verloop van de palliatieve fase van de overleden patiënt en hoe de begeleiding door de zorgprofessional door de nabestaande ervaren is.¹⁰³ Het Zorginstituut heeft bepaald dat nazorg verzekerde zorg is. Idealiter is er in de overeengekomen tarieven tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ruimte opgenomen om deze zorg te financieren. In de praktijk blijkt dit lastig te zijn, zie hoofdstuk knelpunten.

2.6 Innovatie: Experiment bekostiging transmurale palliatieve zorg

Uit eerdere knelpuntenanalyses die samenhangen met het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland en vele gesprekken blijkt een voorkeur van het veld om de palliatieve zorg interdisciplinair en transmuraal te organiseren. Daarbij wordt idealiter lijnoverstijgend samengewerkt tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners op basis van een 'stepped care'-model.

1) Patiënten krijgen in beginsel palliatieve zorg geleverd door de generalist (die structureel samenwerkt met in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners).

2) Als de situatie complexer wordt (afhankelijk van de deskundigheid van de generalist) kan aanvullende deskundigheid worden ingezet.

In het project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging (TAPA\$) is daarvoor een passende bekostiging ontwikkeld. Hiermee wordt interdisciplinaire transmurale samenwerking tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners en transmurale inzet van in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners bekostigd, aanvullend op de zorg die generalistische zorgverleners leveren vanuit de huidige reguliere prestaties.

Op basis van het zorgproces dat de patiënt in de palliatieve fase doorloopt, zijn (tijdelijke) prestaties opgesteld om het transmuraal samenwerken en de inzet van de specialist palliatieve Zorg te bekostigen. De TAPA\$-prestaties zijn speciaal ontworpen voor die onderdelen in het zorgproces die nog niet regulier zijn bekostigd.

Structurele bekostiging is van belang voor de implementatie van transmurale palliatieve zorg, zoals beschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Momenteel loopt er een NZa-experiment in de regio Oss-Meijerijstad-Maashorst om de meerwaarde van de vier innovatieve prestaties vast te stellen. Wij ondersteunen deze regio in afstemming met de NZa en zorgverzekeraars VGZ en CZ. Na evaluatie van het experiment besluit de NZa of structurele bekostiging volgt.

Hieronder volgt een korte beschrijving van de prestaties:

Prestatie 1. Transmurale coördinatie & continuïteit palliatieve zorg

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

¹⁰³ Uit: [Informatiekaart – Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat](#)

Prestatie 2a. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): telefonische consultatie

De prestatie SCOP-telefonisch betreft telefonische steun en consultatie aan de regiebehandelaar bij complexe palliatieve zorg. De prestatie kan worden uitgevoerd door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist op verzoek van de hoofdbehandelaar van de patiënt. Onder de prestatie wordt het totaal aan activiteiten van de SCOP-arts/verpleegkundig specialist begrepen naar aanleiding van een SCOP-verzoek, waaronder:

- het overleg met de (hoofd)behandelaar
- het bestuderen van het medisch dossier ten behoeve van de SCOP
- het advies en de verslaglegging ten behoeve van de behandelaar
- het afsluitend overleg met de behandelaar voor onder meer bespreking van het advies

Prestatie 2b. Steun en Consultatie bij Palliatieve zorg (SCOP): bedside consultatie

Deze prestatie betreft steun en consultatie bij complexe palliatieve zorg aan de patiënt en diens omgeving en de hoofdbehandelaar. Deze prestatie kan worden uitgevoerd door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist op verzoek van de hoofdbehandelaar van de patiënt. Onder de prestatie wordt het totaal aan activiteiten van de SCOP-arts/verpleegkundig specialist begrepen naar aanleiding van een SCOP-verzoek. Het totaal aan activiteiten zoals beschreven onder prestatie 2a is onderdeel van prestatie 2b. In aanvulling op deze activiteiten valt het uitvoeren van bedside consultatie (s) bij de patiënt en diens omgeving door een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts of verpleegkundig specialist onder deze prestatie. De huisarts, medisch specialist of specialist Ouderengeneeskunde blijft hoofdbehandelaar en de (wijk)verpleging blijft de reguliere zorg bieden.

Prestatie 3. Regiefunctie complexe palliatieve zorg

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

De NZa heeft deze innovatieve zorgprestaties op tijdelijke basis goedgekeurd, zodat zorgorganisaties samen met zorgverzekeraars na kunnen gaan of hiermee tot een betere kwaliteit van palliatieve zorg tegen gelijke of lagere kosten kan worden bereikt. Wanneer dit zo blijkt te zijn, kan de NZa besluiten de prestaties structureel in te voeren.

Meer tijd voor TAPA\$-bekostigingsexperiment!

In samenwerking met alle betrokkenen is de looptijd van het experiment met één jaar verlengd. Dit betekent dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedurende de experimenteerperiode die loopt tot en met 31 december 2025 gebruik kunnen maken van de prestaties. Om de TAPA\$-prestaties te kunnen declareren, moeten een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder overstemming hebben over aantallen en tarieven en dat vastleggen in een contract. Daarnaast moeten ze samen een zogeheten Aansluitovereenkomst indienen bij de NZa.

Een lokaal experiment starten vraagt vanwege de interdisciplinaire en transmurale opzet om voldoende organisatiekracht in de regio, gedegen voorbereiding en een goede samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en met zorgverzekeraars.

Op Palliaweb is de [Aanpak transmurale samenwerking in de palliatieve zorg](#) gepubliceerd.¹⁰⁴ In deze Aanpak staat het opzetten of verder uitbouwen van een Transmuraal team Palliatieve Zorg centraal, in combinatie met de implementatie van het gebruik en declareren van de TAPA\$-prestaties. Met de Aanpak wil het NPPZ II-programma zorgaanbieders, die transmuraal willen samenwerken, daar passende/goede afspraken over willen maken en daarvoor ook passend gefinancierd willen worden, op weg helpen met goede informatie. Eind oktober 2024 is de Aanpak vernieuwd met de meest recente ontwikkelingen.

Onder het kopje '[Financiering](#)' van de Aanpak zijn de TAPA\$-prestaties meer in detail toegelicht. In een online magazine van de NZa is een artikel opgenomen, waarin verder is toegelicht hoe zorgaanbieders kunnen aansluiten bij het TAPA\$-experiment.¹⁰⁵ Neem voor meer informatie over het proces van deelname aan het TAPA\$-experiment ('aansluiten') contact op met Stichting PZNL.

2.7 Experimenten met alternatieve bekostiging

In 2023 heeft op initiatief van de NZa, en in afstemming met het PZNL-team Passende financiering, een subsidieoproep plaatsgevonden voor experimenten met 'alternatieve bekostiging' van palliatieve zorg. In deze experimenten staat een andere, alternatieve, manier van bekostigen centraal. Bijvoorbeeld door zorgaanbieders gezamenlijk één bedrag per patiënt te betalen voor een (groot deel van) alle (palliatieve) zorg, waarbij de verantwoording per losse betaaltitels mogelijk komt te vervallen. Hierdoor krijgen zorgaanbieders naar verwachting meer ruimte, flexibiliteit en vertrouwen om de zorg te organiseren en te leveren, zoals zij denken dat dat het meest passend is voor hun patiënten. Tegelijkertijd gaan ze door een dergelijke alternatieve manier van bekostigen naar verwachting ook meer financiële verantwoordelijkheid dragen voor de (integrale) kwaliteit en kosten van de zorg en dat kan (financiële) risico's met zich meebrengen.

In het najaar van 2024 zijn drie gehonoreerde experimenten gestart. De eerste twee jaar (tot eind 2026) betreft een 'ontwikkelfase' waarin het streven van de experimenten is om met alle lokale belanghebbenden (zorgaanbieders, zorgverzekeraar(s), etc.) te komen tot werkbare contractafspraken op basis van een alternatief bekostigingsmodel. Na 2026 (als de alternatieve contractafspraken van kracht zijn) volgt een 'implementatiefase', welke zal doorlopen tot 2031 om de effecten van de andere manier van bekostigen adequaat te kunnen evalueren. Op de [website](#) van de NZa is actuele informatie over het traject te vinden.

¹⁰⁴ [Aanpak transmurale samenwerking in de palliatieve zorg](#)

¹⁰⁵ <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2020/05/palliatieve-zorg>

3. Hospice



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

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

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

In het hospice wordt zorg verleend aan patiënten in de palliatieve terminale fase en hun naasten. Hospicezorg is multidimensionele zorg geleverd door een multidisciplinair team met als doel optimale kwaliteit van leven, rouw en sterven bereikbaar te maken. Het multidisciplinaire team bestaat uit zorgverleners en vrijwilligers met generalistische en specialistische competenties (ook wel formele respectievelijk informele zorgverleners genoemd). Deze specifieke palliatieve zorg wordt geboden met aandacht voor de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie en heeft als doel om optimale kwaliteit van leven, rouw en sterven bereikbaar te maken.¹⁰⁶

Er kunnen drie typen hospiceorganisaties worden onderscheiden:¹⁰⁷

- **Bijna Thuis Huis (BTH):**
Een Bijna Thuis Huis verleent voornamelijk informele zorg door deskundige vrijwilligers. De beroepsmatige zorg wordt verleend door al dan niet een vast team van wijkverpleegkundigen en/of verzorgenden van een organisatie voor wijkverpleging. De medische zorg is in handen van de eigen huisarts/een huisartsengroep uit de regio van het hospice. In sommige BTH's zijn er ook 's nachts vrijwilligers aanwezig. De verpleegkundige zorg in een BTH wordt bekostigd via verpleging en verzorging. De patiënt betaalt zelf voor het verblijf.
- **High Care Hospice (HCH):**
Een High Care Hospice verleent formele zorg door professionele specialistische zorgverleners en informele zorg door deskundige vrijwilligers. Bij een HCH is kenmerkend dat zowel de formele als informele zorg 24 uur per dag wordt geleverd. De medische zorg is meestal in handen van een eigen huisarts/een huisartsengroep uit de regio van het hospice. Soms heeft het hospice een eigen arts voor de medische zorg.

¹⁰⁶ AHZN. Definitie hospicezorg

¹⁰⁷ Publieksrapport HOPEVOL: eerste grootschalige onderzoek hospicezorg

High care hospices zijn regelmatig betrokken bij onderzoek, onderwijs en hun medewerkers fungeren als consulent in de palliatieve zorg.

High care hospices zijn in het bezit van een kwaliteitskeurmerk: PREZO Hospicezorg. HCH wordt bekostigd via het eerstelijns verblijf.

- Palliatieve Unit (PU):

De Palliatieve Unit is onderdeel een overkoepelende WTZa-toegelaten zorginstelling, met veelal ook een verpleeghuis. De beroepsmatige zorg wordt verleend door verpleegkundigen en verzorgenden, de medische zorg door een specialist Ouderengeneeskunde. Bij een PU is kenmerkend dat de formele zorg 24 uur per dag wordt geleverd en voor informele zorg er sprake is van een wisselende inzet. Een PU wordt bekostigd via het eerstelijnsverblijf voor patiënten die niet over een WLZ-indicatie beschikken.



Voor kinderen wordt de zorg bekostigd op basis van de beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg of de prestatie verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar. Uitgebreide toelichting hierop is te vinden in [hoofdstuk 2](#) en [hoofdstuk 4](#).

Duidelijkheid bekostiging hospices ¹⁰⁸

De hoofdvormen van bekostiging vanuit de Zvw zijn:

- Via het eerstelijnsverblijf Palliatieve Terminale zorg (artikel 2.12 Besluit zorgverzekering). Hierbij is sprake van een integraal pakket waar zorg en verblijf uit wordt bekostigd. De patiënt betaalt hiervoor het eigen risico.
- Via verpleging en verzorging (artikel 2.10 Besluit zorgverzekering). De patiënt betaalt zelf voor het verblijf in het hospice, wat soms (deels) wordt vergoed uit de aanvullende verzekering of een gemeentelijke bijdrage.

Het uitgangspunt is: alle hospices worden via het eerstelijnsverblijf bekostigd, met een uitzondering voor het BTH, omdat dit type hospiceorganisatie niet via het eerstelijnsverblijf kan declareren aangezien ze geen zorginstelling (willen) zijn. De formele zorg die wordt geleverd binnen een BTH wordt geleverd en gedeclareerd door een externe zorgaanbieder. Zo wordt de wijkverpleging geleverd en gedeclareerd door de zorgaanbieder die deze zorg levert. Dit is niet het BTH zelf.

 Vervolgens hebben AHzN en VPTZ Nederland dit onderscheid met Zorgverzekeraars Nederland verder uitgewerkt. Daaruit is gekomen:

- ELV-PTZ tarief: als het hospice één overeenkomst met de gast sluit voor zowel het verblijf als de zorg.
- Wijkverpleging: als de hospicegast een overeenkomst sluit met het hospice voor het verblijf en een overeenkomst sluit met een thuiszorgorganisatie voor de zorg.

Dat hebben ze vervolgens bij al hun leden uitgevraagd. En die lijst (1 of 2 overeenkomsten) is via ZN met alle zorgverzekeraars gedeeld.

Voor de patiënt blijft er voor het verblijf een verschil bestaan in wettelijk eigen risico (bij een HCH en PU) en eigen bijdrage door het hospice (bij een BTH). Het is in ieders belang dat het verschil in kosten vooraf duidelijk is voor de patiënt.

¹⁰⁸ NZa bericht Registreren en declareren hospicezorg

Voor patiënten met een WLZ-indicatie met verblijf kan – indien de indicatie niet toereikend is voor de intensieve 24-uurszorg in de palliatief terminale fase – zonder tussenkomst van het zorgkantoor het zorgprofiel VV10 worden gedeclareerd. Indien de patiënt een WLZ indicatie heeft zonder verblijf, kan PTZ worden gedeclareerd in het hospice. Het hospice moet daarvoor wel een overeenkomst met het zorgkantoor hebben.

Dit hoofdstuk beschrijft de financiering van palliatieve zorg voor zover deze in de setting van een BTH of HCH wordt geleverd. Hospices die onderdeel zijn van een verpleeghuis (Palliatieve Units, PU) worden in het hoofdstuk over het verpleeghuis besproken.

3.1 Vrijwilligers

Alle hospices werken met vrijwilligers. Zij kunnen in aanmerking komen voor een subsidie vanuit de Regeling Palliatieve Terminale Zorg en geestelijke verzorging thuis (Regeling PTZ¹⁰⁹). Deze subsidie kan worden gebruikt voor de inzet, de opleiding en de coördinatie van vrijwilligers bij de mensen thuis en in de hospices. Instellingen die formele zorg leveren die valt onder de Wet langdurige zorg (Wlz) en Zorgverzekeringswet (Zvw), kunnen alleen aanspraak maken op subsidie vanuit de Regeling PTZ, als:

- (1) een instelling die de palliatieve terminale zorg verleent door vrijwilligers niet meer dan 20 fte verpleegkundigen, gerekend naar voltijds dienstverband in vaste dienst heeft of
- (2) de overkoepelende organisatie van de instelling die palliatieve terminale zorg verleent met inzet van vrijwilligers:
 - 1°. ten hoogste 20 verpleegkundigen, gerekend naar voltijds dienstverband in vaste dienst heeft of
 - 2°. meer dan 20 verpleegkundigen gerekend naar voltijds dienstverband in vaste dienst heeft en de instelling die palliatieve terminale zorg door vrijwilligers verleent zelfstandig opereert en ten hoogste 20 verpleegkundigen, gerekend naar voltijds dienstverband in vaste dienst heeft.¹¹⁰

3.2 Verpleging en verzorging (HCH en BTH)

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

Verpleegkundigen & verzorging via organisatie(s) voor wijkverpleging

In deze hospices (BTH) komt de verpleging en verzorging vanuit een thuiszorgorganisatie(s). Financiering verloopt dan vanuit dezelfde aanspraak als thuis (zie [paragraaf 2.1.2](#)). Vanaf 1 januari 2025 wordt daarbij conform de afspraken uit het TO Wijkverpleging specifiek voor bijna-thuis-huizen gewerkt met een dagprijs, één bedrag per gast per etmaal. Contractafspraken met zorgverzekeraars over de tarieven worden met de betreffende thuiszorgorganisatie gemaakt. Ongecontracteerde thuiszorgaanbieders kunnen geen gebruik maken van de dagprijs, en indiceren op uurbasis, zoals in de thuissituatie. Voor cliënten met een WLZ indicatie kan een Modulair Pakket Thuis (MPT) of een volledig pakket thuis (VPT) door de thuiszorgorganisatie gedeclareerd worden. Bij een VPT moet wel

¹⁰⁹ Artikel 3 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging – Vanaf januari 2023 geldt dat de kring van instellingen waarvoor deze regeling geldt wordt beperkt tot algemeen nut beogende instellingen (ANBI's) en instellingen die niet zijn onderworpen aan de vennootschapsbelasting of daarvan zijn vrijgesteld. Rechtsvormen zoals een BV en een NV zijn altijd onderworpen aan de vennootschapsbelasting

¹¹⁰ Artikel 3 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis – In de wijziging van 1 januari 2024 is in artikel 3 de reikwijdte van de regeling verduidelijkt door middel van een redactionele wijziging. In de praktijk bleek er aanhoudend enige onduidelijkheid te bestaan over wanneer een instelling aanspraak kan maken op een subsidie voor palliatieve terminale zorg door vrijwilligers. De strekking van het artikel blijft ongewijzigd

opgelet worden dat er geen dubbele bekostiging van voeding/huishoudelijke hulp, omdat dat ook in het VPT tarief zit.

Eigen personeel in dienst, zonder WTZa-vergunning

Een hospice zonder WTZa-vergunning, met eigen verpleegkundigen en verzorgenden in dienst, is onderaannemer van een zorgorganisatie mét WTZa-vergunning. Een dergelijk hospice kan niet zelfstandig een contract afsluiten met de zorgverzekeraar (Zvw) of het zorgkantoor (Wlz). De financiering loopt via de hoofdaannemer. Uitgangspunt voor bekostiging is dan zoals hieronder staat beschreven (bij met WTZa-vergunning).

Eigen personeel in dienst, met WTZa-vergunning

Een hospice met een WTZa-vergunning kan zelf een contract afsluiten. Het uitgangspunt voor bekostiging is eerstelijnsverblijf PTZ. In geval van kinderen is de prestatie Verblijf intensieve kindzorg van toepassing.¹¹¹ Voor patiënten met een Wlz-indicatie kunnen zij contracten afsluiten met het zorgkantoor. Zie voor verdere toelichting hierop [paragraaf 4.2](#).

3.3 Arts

De inzet van een arts in een hospice gebeurt op verschillende manieren. Als een patiënt in een BTH of HCH in de buurt van de eigen huisarts terecht kan, kan deze huisarts de zorg blijven verlenen. Daarnaast werken hospices vaak met een huisarts(engroep) in de buurt samen. De huisarts declareert de zorg die hij levert dan zoals in de thuissituatie (zie [paragraaf 2.1.1](#) en [paragraaf 2.2.1](#)).

Het komt ook voor dat een specialist Ouderengeneeskunde wordt ingezet in een hospice. Als de zorg in een BTH, zonder dat de patiënt een Wlz-indicatie heeft, wordt geleverd zoals thuis, kan de inzet van de specialisten ouderengeneeskunde verlopen via de prestatie Zorg zoals specialisten Ouderengeneeskunde bieden in het kader van de geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen.¹¹² Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 2.2.1](#). Als de zorg wordt vergoed op basis van het eerstelijnsverblijf, zoals bij HCH's en PU, zit de inzet van de specialist Ouderengeneeskunde al in het tarief. Zie voor nadere toelichting hierop de tabel in [paragraaf 4.2](#). Indien de patiënt een Wlz-indicatie heeft, kan het vanuit het MPT, bij VPT is het onderdeel van het tarief.

Er zijn ook hospices (HCH of PU) die voor de medische zorg van hun patiënten een in palliatieve zorg gespecialiseerde arts/kaderarts Palliatieve Zorg in dienst hebben. De zorg geleverd door de specialist ouderengeneeskunde maakt onderdeel uit van de integrale prestaties voor eerstelijnsverblijf. De geneeskundige zorg (inclusief diagnostiek) geleverd door de huisarts zit niet in het tarief inbegrepen en wordt via de prestaties van de huisartsenzorg gedeclareerd. Voor vergoeding hiervan kan – indien het geneeskundige zorg betreft – mogelijk een contract worden afgesloten met de zorgverzekeraar. Het hospice of de arts kan in dat geval afspraken maken met de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld op basis van de

¹¹¹ NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-23146

¹¹² Artikel 4 NZa Beleidsregel geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen - BR/REG-25102

prestatie Intensieve zorg, die anders door de eigen huisarts van de patiënt zou zijn gedeclareerd. Voor de kosten van de inzet van de kaderarts Palliatieve Zorg voor bijvoorbeeld een MDO is het hospice zelf verantwoordelijk.

3.4 Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan worden gedeclareerd via de prestatie 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228).¹¹³ Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het hospice. De klinische zorgdag in de thuissituatie mag naast de prestaties van het eerstelijnsverblijf worden gedeclareerd. Wel zit er mogelijk overlap tussen de verschillende integrale prestaties, zoals verpleging en verzorging. De declaraties kunnen naast elkaar bestaan, maar hier moeten dan wel aparte afspraken over worden gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. In plaats daarvan kan hij bijvoorbeeld ook een Screen-to-screenconsult ter vervanging van een Eerste polikliniekbezoek (190165 en 190166) registreren.¹¹⁴ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

3.5 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging is een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Door middel van de Regeling Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis¹¹⁵ is de inzet van geestelijk verzorgers in de ambulante eerstelijns mogelijk gemaakt. BTH's kunnen hier onder voorwaarden gebruik van maken.

 Het Zorginstituut is van mening dat geestelijke verzorging bij het eerstelijnsverblijf een voorziening betreft. De Wkkgz zegt het volgende in artikel 6:

Artikel 6

De zorgaanbieder die zorg verleent welke verblijf van de cliënt in een accommodatie gedurende het etmaal met zich brengt, draagt er zorg voor dat geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de cliënt.

Een zorgaanbieder die verblijf levert zal dus ook geestelijke verzorging moeten bieden, wat onderdeel is van het tarief ELV. Nu de Wkkgz dit zo stelt ziet het zorginstituut 'geestelijke verzorging' als voorziening die als onderdeel van het verblijf geleverd wordt, overeenkomstig andere, meer praktische, voorzieningen die inherent zijn aan het verblijf, zoals bad, bed en brood.

Hierdoor kunnen Palliatieve Units (PU) en HCH geen gebruik maken van de landelijke subsidieregeling. Ze moeten wel geestelijke verzorging bieden.

3.6 Verblijfskosten

Voor verblijfskosten van de patiënt vragen hospices een eigen (dag)bijdrage. Dit mag wettelijk alleen bij een hospice bekostigd op basis van wijkverpleging, dus een BTH. Van de eigen bijdrage worden onder meer de verblijfskosten, het verzorgen van maaltijden en

¹¹³ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

¹¹⁴ Artikel 24.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

¹¹⁵ Paragraaf 4 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

wassen van beddengoed betaald. Bij de bekostiging op basis van eerstelijnsverblijf (HCH en PU) maken deze kosten onderdeel uit van het tarief. Wel kan een bijdrage worden gevraagd voor 'extra's die te maken hebben met het verblijf', zoals de persoonlijke was, complementaire zorg, Netflix-aansluiting e.d. Die wordt soms vergoed uit de aanvullende verzekering.

In meerdere aanvullende zorgverzekeringen wordt deze eigen bijdrage (deels) vergoed. Indien een patiënt de eigen bijdrage niet kan betalen, wordt deze soms vergoed door de Vriendenstichting of kwijtgescholden door het hospice. Er zijn echter ook gemeenten die dit vergoeden vanuit de bijzondere bijstand, als onderdeel van de Participatiewet.¹¹⁶

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

3.7 Respijtzorg

Er is een beperkt aantal hospices die voor een bepaalde periode respijtzorg aanbieden voor volwassenen.¹¹⁷



Voor kinderen zijn twee typen respijtzorg te onderscheiden:

- **Verpleegkundig kinderdagverblijf.**¹¹⁸
Een dagverblijf voor kinderen van 0-4 jaar met (complex) medische problematiek en kinderen met een somatisch gerelateerde beperking. Er is begeleiding in de vorm van verpleegkundige en pedagogische zorg en ontwikkelingsactiviteiten. Het verblijf is op basis van een dagprogramma, waardoor ouders kunnen blijven werken en ontspannen.
- **Verpleegkundig kindersorghuis.**¹¹⁹
Ook wel kindersorghuis genoemd. Er is 24 uur per dag, 7 dagen per week verpleging en verzorging en ook pedagogische zorg voor zieke kinderen/jongeren van 0 tot en met 18 jaar, vaak met complexe zorgvragen. Zo nodig wordt samengewerkt met een kinderarts, arts Verstandelijk gehandicapten of huisarts. De zorg is aanvullend dan wel ter tijdelijke ontlasting van het gezin, waarbij de regie over de zorg bij de ouders en andere mantelzorgers blijft. Zorg in een verpleegkundig kindersorghuis kan worden geboden in combinatie met een verpleegkundig kinderdagverblijf en/of kindersorghuiszorg.

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

- **Gemeente:** als de zorgvrager zelf Wmo-ondersteuning krijgt, kan respijtzorg worden vergoed vanuit de Wmo. Respijtzorg voor kinderen met een palliatieve zorg behoefte kan worden vergoed vanuit de Jeugdwet, als hun zorgvraag niet geneeskundig van aard is. Vraag de betreffende gemeente naar de mogelijkheden.
- **Zorgkantoor:** als de zorgvrager zelf zorg krijgt vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz).
- **Zorgverzekeraar:** sommige zorgverzekeraars vergoeden respijtzorg geheel of gedeeltelijk vanuit de aanvullende verzekering. De zorgverzekeraar vergoedt de prestatie

¹¹⁶ Rijksoverheid, Wanneer heb ik recht op bijzondere bijstand? Geraadpleegd 3 januari 2025

¹¹⁷ Factsheet Respijtzorg Palliaweb

¹¹⁸ Binkz, Verpleegkundig kinderdagverblijven. Geraadpleegd op 3 januari 2025

¹¹⁹ Binkz, Verpleegkundig kindersorghuizen. Geraadpleegd op 3 januari 2025



Verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg voor het bezoeken van een verpleegkundig kinderdagverblijf¹²⁰ en Verblijf intensieve kindzorg voor verblijf in een verpleegkundig kindzorghuis.¹²¹

3.8 Opname in een hospice vanuit 'zorg thuis' met een WLZ-indicatie

Als een cliënt in het kader van een beperking of een stoornis een wlz-indicatie heeft (bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapt, ggz of dementie), maar wel thuis woont (zelfstandig of in een geclusterde woonvorm) kan er aanleiding zijn hem of haar in een hospice op te nemen. Dan gelden de volgende regels:

Voor Bijna-Thuis-Huizen:

- **Patiënt heeft een persoonsgebonden budget (PGB):** De patiënt kan opgenomen worden in BTH. De kosten voor verpleging en verzorging kunnen in rekening worden gebracht via het PGB. Er kan een extra toeslag worden aangevraagd voor palliatieve terminale zorg (PTZ). De begeleiding die samenhangt met de beperking/stoornis kan door de oorspronkelijke aanbieder/persoon worden blijven geleverd. Het BTH vraagt een eigen bijdrage voor verblijf, zoals hiervoor beschreven.
- **Patiënt heeft een modulair pakket thuis (MPT):** De thuiszorgorganisatie die de V&V in het hospice verzorgt, kan de geleverde verpleging en verzorging bij het zorgkantoor in rekening brengen. Er kan een extra toeslag worden aangevraagd voor palliatieve terminale zorg (PTZ). De coördinator zorg thuis (CZT) zorgt dat de toewijzing wordt aangepast. De begeleiding die samenhangt met de beperking/stoornis kan door de oorspronkelijke zorgaanbieder (bijv. de VG- of GGZ-organisatie) worden blijven geleverd, indien noodzakelijk. Het BTH vraagt een eigen bijdrage voor verblijf, zoals hiervoor beschreven.
- **Patiënt heeft volledig pakket thuis (VPT):** alle zorg moet dan worden geleverd door 1 zorgaanbieder. Verpleging & verzorging enerzijds en begeleiding anderzijds kunnen niet door 2 aanbieders worden geleverd en gedeclareerd. Als beide aanbieders wel willen (blijven) leveren dient de leveringsvorm te worden omgezet naar MPT zodat verschillende zorgaanbieders apart V&V en begeleiding kunnen leveren en declareren. Het maken van onderlinge afspraken daarover kost vaak wel tijd.

In het volledige pakket thuis wordt ook betaald voor eten & drinken en voor huishoudelijke hulp. Het gevolg is dat:

- Meerdere gemeenten geen bijdrage aan de huishoudelijke hulp hoeven te betalen voor gasten met een VPT in het hospice. Dit hangt af van de afspraken die het BTH heeft met de gemeente rondom de huishoudelijke hulp: of het nodig is om het aantal gasten aan te leveren of dat het een lumpsum-bedrag is.
- Niet alle aanvullende verzekeringen zijn bereid de eigen bijdrage voor verblijf te vergoeden, omdat er (in hun ogen) geen indicatie is voor verblijf.
- De hospicegast betaalt al een eigen bijdrage voor het VPT, en zal dus ook niet graag zelf de eigen bijdrage voor het verblijf betalen.

Het bijna-thuis-huis kan hierbij een afspraak maken met de thuiszorgorganisatie dat ze een gedeelte van de inkomsten uit het VPT betalen aan het hospice, voor de huishoudelijke hulp. Als dit onwenselijk is, kan de indicatie worden omgezet naar MPT.

¹²⁰ Artikel 4.1 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-23146

¹²¹ Artikel 4.2 NZa Beleidsregel Verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg - BR/REG-23146

Voor High Care Hospices/Palliatieve Unit:

Het HCH moet een contract hebben met het zorgkantoor voor het leveren van Wlz-zorg. Een Palliatieve Unit heeft dat normaal gesproken al.

Een verzekerde die Wlz-zorg thuis krijgt, kan tijdelijk worden opgenomen in een Wlz-instelling als zorg thuis niet meer mogelijk is (thuis kan een zelfstandige wooneenheid of een geclusterde woonvorm zijn). De leveringsvorm voor Wlz-zorg moet dan worden gewijzigd in verblijf. De instelling moet een overeenkomst hebben met het zorgkantoor voor Wlz-verblijf. Als een instelling alleen een overeenkomst heeft met een zorgverzekeraar voor eerstelijnsverblijf vanuit de Zvw, dan kan deze Wlz-cliënt daar alleen worden opgenomen op basis van een PGB of via onderaannemerschap onder een zorgaanbieder met een WLZ contract. Er is een hoger tarief mogelijk in de terminale fase (VV10).

3.9 Afleggen en opbaren

Verlenen van de laatste zorg (afleggen) en opbaren is geen verzekerde zorg. Deze kosten komen voor rekening van de patiënt die zich daarvoor kan verzekeren.¹²²

In het hospice kan gekozen worden of de laatste zorg door een zorgverlener of door een uitvaartondernemer wordt uitgevoerd. In het hospices worden vaak de naasten ook gevraagd of zij hier een bijdrage willen leveren. Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling voor afleggen en opbaren, dan kan de instelling dit aan nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar in rekening brengen.¹²³ Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

¹²² VWS (2007). Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

¹²³ VWS (2007). Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen

4. Verpleeghuis & Palliatieve Unit



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

In het verpleeghuis is een continu aanbod van zorg. Als bewoners behoefte krijgen aan palliatieve zorg kunnen de zorgprofessionals daar direct op inspelen. Sommige verpleeghuizen richten een speciale afdeling in voor palliatieve zorg, een Palliatieve Unit (PU). Daar kunnen ook personen van buiten de instelling terecht. Dit hoofdstuk beschrijft de financiering van palliatieve zorg in het verpleeghuis en de PU.

4.1 Verpleeghuis

Bewoners van verpleeghuizen hebben een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Palliatieve zorg is onderdeel van het zorgprofiel dat de patiënt al heeft. Als een patiënt bijvoorbeeld Zorgpakket VV 6 heeft, dan wordt palliatieve zorg bekostigd vanuit dat pakket.¹²⁴

Er kan een toeslag worden aangevraagd bij onder meer:

- gespecialiseerde epilepsiezorg
- chronische ademhalingsondersteuning
- CVA
- Huntington
- observatie^{125,126}

Als de patiënt nog niet terminaal is, kan in de pakketten VV 7 en VV 8, als de zorgbehoefte minimaal 25 procent hoger is dan het pakket vergoedt, de prestatie zzp-meerzorg worden aangevraagd bij het zorgkantoor.^{127,128}

Als 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. De situatie van de patiënt dient dan aan de volgende criteria te voldoen:

- De behandelend arts heeft in een verklaring aangegeven dat de levensverwachting van de patiënt korter is dan drie maanden
- De patiënt moet beschikken over een geldige Wlz-indicatie
- Er is noodzaak tot zeer intensieve 24-uurszorg, die in het reeds geïndiceerde zorgprofiel niet mogelijk is
- Er is noodzaak tot bestrijding van zware pijn en/of verwardheid en/of benauwdheid en/of onrust

¹²⁴ VWS (2017). Informatiekaart palliatieve zorg

¹²⁵ Artikel 2.2 lid 1c Regeling langdurige zorg

¹²⁶ Zorginstituut Nederland, Extra zorg (Wlz) Geraadpleegd 3 januari 2025

¹²⁷ Artikel 2.2 Regeling langdurige zorg

¹²⁸ Artikel 1 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz - BR/REG-25128

- Er is sprake van complexe zorg en inzet van verschillende disciplines en noodzaak van continue nabijheid van zorg

De behandelend arts moet verklaren dat de patiënt voldoet aan deze criteria. Het eerder door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel van de patiënt kan niet tegelijk met de VV 10 worden gedeclareerd.

4.1.1 Arts

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

Voor patiënten die geen indicatie hebben voor behandeling levert een huisarts de algemeen geneeskundige zorg via de ZVW. Indien daarnaast behandeling door de specialist Ouderengeneeskunde gewenst is, is dit op consultbasis te declareren via de functie H335.

4.1.2 Verpleging, verzorging en begeleiding

De totale inzet voor verpleging, verzorging en begeleiding wordt vergoed vanuit de zorgprofielen (zie inleiding van deze paragraaf).¹²⁹

4.1.3 Geestelijke verzorging

De patiënt kan met de geestelijk verzorger van de instelling bespreken hoe hij of zij het ziekteproces ervaart. De geestelijk verzorger kan specialistische ondersteuning bieden op het gebied van coping en zingeving, het bieden van een vrijplaats¹³⁰ en het begeleiden bij religie en spiritualiteit.¹³¹ Een instelling dient ervoor te zorgen dat geestelijke verzorging beschikbaar is.¹³² Vanuit de Wlz wordt dit bekostigd uit de tarieven van de zorgzwaartepakketten.

4.2 Palliatieve Unit (PU)



Olivia zit in een rolstoel en neemt een slokje thee. Stilletjes geniet ze van het zachte lentebriesje en het gebabbel van Guus en Sara. Het is niet thuis, maar het voelt toch huiselijk. In het verpleeghuis is een specialist Ouderengeneeskunde werkzaam. Omdat het verpleeghuis dicht bij het huis van Olivia is, wil ze graag onder behandeling blijven bij haar eigen huisarts. Die kent haar immers al lang en heeft het verloop van de ziekte vanaf het begin met het gezin meegemaakt. Dat begrijpt de specialist Ouderengeneeskunde en hij stemt daarover af met de huisarts. Daar waar Olivia specialistische palliatieve zorg nodig heeft, neemt de specialist Ouderengeneeskunde deze voor zijn rekening. Als het braken onophoudelijk wordt, stelt de in palliatieve zorg kaderopgeleide specialist Ouderengeneeskunde van het verpleeghuis in een familiegesprek voor om te starten met palliatieve sedatie. "Ik hou van je, mam", zegt Sara. Guus strijkt over de wang van zijn vrouw. Op een zondagmiddag overlijdt Olivia te midden van haar gezin.

¹²⁹ NZa (2016), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg

¹³⁰ Het bieden van een vrijplaats houdt in dat de verzekerde met levensvragen bij een geestelijk verzorger terecht kan, los van de instelling of zorgstructuur waarvan hij afhankelijk is. (VWS (2010), Geestelijke verzorging buiten de AWBZ-instelling [Kamerbrief], p. 3)

¹³¹ Hopman, A.M. (2006), Uitvoeringstoets geestelijke verzorging, Diemen Zorginstituut Nederland, p. 4

¹³² Artikel 6 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

Patiënten die van buitenaf op de PU worden opgenomen, hebben veelal geen Wlz-indicatie. Zij ontvangen zorg in de instelling vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Patiënten die thuis woonden met een Wlz-indicatie ([zie paragraaf 2.1.2](#)) en bewoners van een verpleeghuis die naar een PU worden verplaatst, krijgen de zorg op de PU vanuit de Wlz. Palliatieve zorg op een PU wordt dus op verschillende manieren bekostigd:

Opname PU Zorgverzekeringswet

Patiënten die bij aanvang van de PTZ nog geen Wlz-indicatie hadden, krijgen de zorg in de instelling vanuit de Zvw via de prestatie Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg (ELV PTZ). Deze prestatie kan worden gedeclareerd als de levensverwachting van de patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn.¹³³

Zorgaanbieders en -verzekeraars kunnen over palliatieve zorg op de PU ook op basis van de prestatie Resultaatbeloning en zorgvernieuwing afspraken maken. Deze prestatie komt in dat geval in de plaats van de prestatie ELV palliatief terminale zorg.¹³⁴

Het ELV-tarief is integraal voor de zorg die in de instelling wordt geleverd. Dat wil zeggen dat de instelling hier medische zorg, verpleging en verzorging uit bekostigt. Het is een maximumtarief.¹³⁵

Het is mogelijk om met de zorgverzekeraar een contract af te sluiten over de prestatie Coördineren van verblijf (regionale coördinatiefunctie). Met deze prestatie kan regionale coördinatie over beschikbare bedden worden vergoed.¹³⁶

Opname PU Wet langdurige zorg

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

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

Voor het kunnen declareren van een VV 10 Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg bij patiënten die vanuit een verpleeghuis komen, dient de behandelend arts een verklaring af te geven over alle criteria genoemd in [paragraaf 4.1](#). Het declareren van een VV 10 kan voor patiënten met een Wlz-indicatie die vanuit thuis komen als de levensverwachting van die patiënt volgens de behandelend arts gemiddeld drie maanden of korter zal zijn. Er hoeft dan niet te worden voldaan aan de andere criteria.

¹³³ Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-25109

¹³⁴ Artikel 4.4 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-25109

¹³⁵ Artikel 5.1 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-25109

¹³⁶ Artikel 4.5 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-25109

4.2.1 Arts

Arts PU Zorgverzekeringswet	Arts PU Wet langdurige zorg
<p>Voor een patiënt opgenomen op een Palliatieve Unit in een instelling kan de specialist Ouderengeneeskunde de zorg op zich nemen.¹³⁷ Dit hoeft echter niet. De huisarts kan ook de patiënt zelf blijven behandelen, waar nodig met ondersteuning.</p> <p>De kosten voor de inzet van de specialist Ouderengeneeskunde vallen onder de prestatie Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg.¹³⁸</p> <p>De huisarts kan hiervoor de prestaties 'Intensieve zorg' declareren, omdat er in eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg wordt geboden.¹³⁹ Zie ook paragraaf 2.1.1.</p>	<p>Bekostiging van medische zorg op een PU voor patiënten met een Wlz-indicatie is gelijk aan de bekostiging in het verpleeghuis (zie paragraaf 4.1) of thuis (zie hoofdstuk 2). Vergoeding zoals in het verpleeghuis of thuis kan alleen als het verpleeghuis waar de PU onderdeel van is, daarvoor een contract heeft afgesloten met het zorgkantoor.</p>

4.2.2 Medisch specialistische zorg

Medisch specialistische zorg die in plaats van in het ziekenhuis in de thuissituatie kan worden geleverd (bijvoorbeeld met behulp van e-health), kan per 1 januari 2020 worden gedeclareerd via de prestatie 'Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis' (190228).¹⁴⁰ Het ziekenhuis kan deze zorgactiviteit ook declareren voor medisch specialistische zorg die wordt geboden in het verpleeghuis of de PU. Daarnaast is het voor het openen van een zorgtraject door de medisch specialist niet nodig dat hij de patiënt fysiek ontmoet bij aanvang van een nieuw zorgtraject. In plaats daarvan kan hij bijvoorbeeld ook een Screen-to-screenconsult ter vervanging van een Eerste polikliniekbezoek (190165) registreren.¹⁴¹ Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar [hoofdstuk 2.3](#).

4.2.3 Geestelijke verzorging

Geestelijke verzorging PU Zorgverzekeringswet	Geestelijke verzorging PU Wet langdurige zorg

¹³⁷ Verenso / LHV (2016), Handreiking samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde, p. 18

¹³⁸ Artikel 4.3 NZa Beleidsregel eerstelijnsverblijf - BR/REG-25109

¹³⁹ Artikel 5.2.6 NZa Beleidsregel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2025 - BR/REG-25136

¹⁴⁰ Artikel 26.5 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

¹⁴¹ Artikel 24.4 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

Een zorgaanbieder die verblijf levert zal geestelijke verzorging moeten bieden vanuit het tarief ELV. Het zorginstituut ziet 'geestelijke verzorging' als voorziening die als onderdeel van het verblijf geleverd wordt, overeenkomstig andere, meer praktische, voorzieningen die inherent zijn aan het verblijf, zoals bad, bed en brood.

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

4.3 Vrijwilligers

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

4.4 Hulpmiddelen

Alle patiënten die in een Wlz-instelling verblijven ontvangen hun mobiliteitshulpmiddelen (zoals een rolstoel) en hulpmiddelen, zoals een tillift en een hoog-laag bed (zogenoeten 'roerende voorzieningen'), vanuit de Wlz.¹⁴²

Bij een verhuizing naar een Wlz-instelling, worden normaal gesproken de hulpmiddelen na de verhuizing opgehaald. Bij een verblijf of logeren van minimaal 18 dagen per jaar bij familie of naasten, kunnen de hulpmiddelen vanuit de Wmo behouden worden in de thuissituatie. Voor hulpmiddelen vanuit de gemeente geldt een andere werkwijze dan voor de hulpmiddelen vanuit de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beslist op basis van *coulance* of u de hulpmiddelen kunt behouden. De patiënt dient daarvoor een *coulance*verzoek in bij de verzekeraar.¹⁴³

De Palliakit wordt landelijk vergoed door zorgverzekeraars. De Palliakit is een box die middelen bevat om snel te kunnen handelen als bij palliatieve patiënten, die in de terminale fase zijn gekomen, een plotse verslechtering of een acuut probleem optreedt. In dat geval moet direct worden geschakeld met huisarts en apotheek om alle benodigde zorg te kunnen leveren.

Met de Palliakit is er een snelle beschikbaarheid van onder andere katheters en palliatieve medicatie bij patiënten die in een thuissituatie, hospice of zelf verpleeghuis stervende zijn. En het neemt veel bureaucratie weg. De Palliakit wordt door lokale apotheken geleverd en niet door centraal opererende apotheken.

4.5 Nazorg

De betrokken zorgverleners spelen direct na het overlijden van de patiënt in op wat de nabestaanden nodig hebben.¹⁴⁴ Deze zorg is onderdeel van de prestatie Eerstelijnsverblijf voor palliatieve terminale zorg (Zvw) of het ZZP van de patiënt (Wlz). Als de zorgvraag van een nabestaande complex wordt, is dit geen onderdeel van de prestatie. De nabestaande heeft dan een eigen zorgvraag en start een eigen zorgtraject via diens huisarts.¹⁴⁵

¹⁴² Brochure 'Hulpmiddelen in de Wlz'

¹⁴³ <https://www.regelhulp.nl/actueel/nieuws/2023/8/31/behoud-wmo-hulpmiddelen-thuis>

¹⁴⁴ IKNL / Palliatief (2017), *Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland*

¹⁴⁵ NZa (2017), *Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat*

4.6 Afleggen en opbaren

De naasten van Olivia van Veen ervaren goede ondersteuning op de PU. Na het overlijden vinden Guus en Sara het passend dat de instelling zorgdraagt voor het afleggen en opbaren. Afleggen en opbaren is geen verzekerde zorg. Deze kosten komen voor rekening van de patiënt die zich daarvoor kan verzekeren.¹⁴⁶

Als nabestaanden opdracht of toestemming geven aan een instelling voor afleggen en opbaren, kan de instelling dit aan nabestaanden of, indien dat wordt gedekt door de polisvoorwaarden, aan de uitvaartverzekeraar in rekening brengen.¹⁴⁷ Dit geldt ook voor opbaren in de kamer.

Voor de bekostiging van de dagen dat de kamer leeg achter wordt gelaten als gevolg van overlijden, kan tussen zorgkantoor en zorgaanbieder de prestatie mutatiedag worden afgesproken. Als de cliënt in de eigen kamer is opgebaard, geldt dat ook als leeg achtergelaten. Een verpleeghuis of verzorgingshuis ontvangt maximaal 13 dagen een vergoeding als een bewoner is overleden, in de vorm van mutatiedagen.^{148,149}

¹⁴⁶ [VWS \(2007\), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen](#)

¹⁴⁷ [VWS \(2007\), Antwoorden op kamervragen van Omtzigt en Schermers over uitvaartpolissen](#)

¹⁴⁸ [Artikel 6.4 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 - BR/REG-25131a](#)

¹⁴⁹ [NZa, Wanneer mag je mutatiedagen declareren na overlijden van een cliënt? Geraadpleegd 3 januari 2025](#)

5. Eigen betalingen van patiënten



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

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Volwassen patiënten betalen voor zorg vanuit de Zvw de eerste kosten zelf. Dit is het eigen risico. Daarna wordt de zorg vergoed vanuit de zorgverzekering. Voor sommige zorg hoeft de patiënt geen eigen risico te betalen.¹⁵⁰ Voor sommige zorg geldt een eigen bijdrage.¹⁵¹

Wet langdurige zorg (Wlz)

Voor Wlz-zorg betalen patiënten een eigen bijdrage. De hoogte daarvan is afhankelijk van de leveringsvorm en de persoonlijke (financiële) omstandigheden van de patiënt.¹⁵²

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)

Voor maatwerkvoorzieningen en voor sommige algemene voorzieningen uit de Wmo betaalt de patiënt een eigen bijdrage per maand. Daarnaast kunnen gemeenten een aparte eigen bijdrage vragen voor andere algemene voorzieningen uit de Wmo.¹⁵³



Jeugdwet

Voor hulp en ondersteuning vanuit de Jeugdwet is geen eigen bijdrage van toepassing.¹⁵⁴ Deze wet staat om deze reden niet nader uitgewerkt in onderstaand overzicht.

De exacte kosten voor de eigen specifieke situatie, kunnen op de website van het CAK worden berekend: [CAK - Eigen bijdrage rekenhulp](#). In onderstaand schema zijn de eigen betalingen waar palliatieve patiënten mee te maken kunnen krijgen in 2025 per plaats van zorg en wet opgenomen.

¹⁵⁰ [Zorginstituut Nederland. Eigen risico \(Zvw\)](#)

¹⁵¹ [Zorginstituut Nederland. Eigen bijdrage \(Zvw\)](#)

¹⁵² [Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de Wet langdurige zorg?](#)

¹⁵³ [Rijksoverheid. Betaal ik een eigen bijdrage voor ondersteuning uit de Wmo?](#)

¹⁵⁴ [Per Saldo. Eigen bijdrage en tarieven bij een pgb van de gemeente](#)

Wet Plaats	Zorgverzekeringswet (Zvw) ^{155,156,157,158}	Wet langdurige zorg (Wlz) ^{159,160,161,162,163}	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) ^{164,165}
Ziekenhuis	Verplicht eigen risico (Vastgesteld op € 385).	Niet van toepassing: palliatieve zorg in het ziekenhuis valt altijd onder de Zvw.	Niet van toepassing: palliatieve zorg in het ziekenhuis valt altijd onder de Zvw.
Thuis	Huisartsenzorg en wijkverpleging zijn vrijgesteld van het eigen risico.	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage per maand: PGB: € 29,20–€ 900,80 MPT: € 29,20–€ 900,80 VPT: € 205–€ 1.076,60 Partners die beiden Wlz- zorg ontvangen, betalen een gezamenlijke eigen bijdrage.	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen & algemene voorzieningen: Max. € 21 per maand (‘abonnementstarief’). In een enkel geval een aparte bijdrage in de kosten. Bij Wlz-zorg geen eigen bijdrage.
Hospice Geen WTZa- instelling (BTH)	Conform thuis. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).	Conform thuis. Altijd lage eigen bijdrage. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).	Conform thuis. Daarnaast eigen (dag)bijdrage voor verblijfskosten (soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering of de bijzondere bijstand).
Hospice WTZa-instelling (HCH/PU)	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf via Eerstelijns verblijf. Dan geldt verplicht eigen risico.	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf conform thuis.	Conform verpleeghuis & palliatieve unit óf conform thuis.
Verpleeghuis & Palliatieve Unit (PU) <i>(Geldt ook voor hospices die werken als onderaannemer</i>	Eerstelijnsverblijf: Verplicht eigen risico (vastgesteld op € 385).	Inkomensafhankelijke eigen bijdrage per maand: Lage eigen bijdrage (eerste vier maanden): € 205–€ 1.076,60	Eigen bijdrage maatwerkvoorzieningen & algemene voorzieningen: Max. € 21 per maand (‘abonnementstarief’).

¹⁵⁵ [Zorginstituut Nederland. Eigen risico \(Zvw\)](#)

¹⁵⁶ [Artikel 35 Participatiewet](#)

¹⁵⁷ [Hospice Alkmaar](#)

¹⁵⁸ [Hospice Dignitas](#)

¹⁵⁹ [Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de wet langdurige zorg?](#)

¹⁶⁰ [CAK. Zorg vanuit de Wlz](#)

¹⁶¹ [Artikel 3.3.2.1 & 3.3.2.2 Besluit langdurige zorg](#)

¹⁶² [CAK - Wlz en beschermd wonen: wat verandert er in 2023? \(hetcak.nl\)](#)

¹⁶³ [CAK. Mijn partner ontvangt ook Wlz-zorg of beschermd wonen](#)

¹⁶⁴ [CAK. Wat is het verschil tussen een algemene voorziening en een maatwerkvoorziening?](#)

¹⁶⁵ [CAK. Ik ontvang Wlz-zorg en ondersteuning vanuit de Wmo. Betaal ik dan 2 keer een eigen bijdrage?](#)

<p>van een verpleeghuis)</p>		<p>Hoge eigen bijdrage (na vier maanden): € 0 - € 2.954,40</p> <p>Partners die beiden Wlz-zorg ontvangen, betalen een gezamenlijke eigen bijdrage.</p>	<p>In een enkel geval een aparte bijdrage in de kosten. Bij Wlz-zorg geen eigen bijdrage.</p>
------------------------------	--	--	---

6. Knelpunten

Dit hoofdstuk geeft zicht op de zorg die niet of nog niet kan worden gedeclareerd. Hiermee borduurt dit hoofdstuk voort op het hoofdstuk 'Knelpuntenanalyse' uit voorgaande versies van de Handreiking. Dat hoofdstuk is voortaan opgedeeld in een hoofdstuk 6 'Knelpunten' en hoofdstuk 7 'Opgeloste knelpunten'. De nieuwe Handreiking geeft de actuele stand van zaken weer per 2025.

6.1 Ziekenhuis

Knelpunten ziekenhuis 2017

Patiënt overleden vóór Overleg palliatieve zorg

Multidisciplinair overleg ten behoeve van de patiënt is een relevant kwaliteitsaspect van specialistische palliatieve zorg. Voor het in rekening brengen van zorgproducten palliatieve zorg dient per subtraject ten minste één multidisciplinair overleg te hebben plaatsgevonden. Als de patiënt is overleden voor dit overleg heeft plaatsgevonden, kan er geen zorgproduct worden gedeclareerd.

Patiënt overleden/ontslagen vóór face-to-face contact met medisch specialist

Als een gespecialiseerd verpleegkundige van het team Palliatieve Zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt, dient een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team Palliatieve Zorg contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren. Dit contact kan ook als zorg op afstand plaatsvinden. Als de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

Stand van zaken 2025

Geen aanpassing

Het probleem wordt herkend, maar het in rekening brengen van een Overleg palliatieve zorg zonder dat dit regulier heeft plaatsgevonden, acht de NZa vanuit kwaliteitsargumenten niet wenselijk. De beschreven situatie kan inderdaad voorkomen, maar zal niet de hoofdmoot zijn. De kosten die deze situatie met zich meebrengt, zijn mee te nemen in de kostprijsberekening van de zorgproducten palliatieve zorg.

Als een patiënt overlijdt, is hij van rechtswege niet langer verzekerd. De prestatie kan niet worden gedeclareerd. De kosten worden in het kostprijsonderzoek toegerekend aan de wel declarabele zorgprestaties.

Knelpunten ziekenhuis 2017

Registratie Overleg palliatieve zorg (code 190006)

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

In steeds meer ziekenhuizen maakt een specialist Ouderengeneeskunde deel uit van het team palliatieve zorg. Om de DBC palliatieve zorg declarabel te krijgen, is een overleg palliatieve zorg tussen een kader opgeleide specialist Ouderengeneeskunde en een verpleegkundig specialist na een consult met de patiënt onvoldoende, omdat zij beiden *beroepsbeoefenaar zijn die de poortfunctie vervullen*. Ondanks het feit dat het hier gaat om multidisciplinair overleg tussen in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners kan in deze situatie alleen een overleg palliatieve zorg worden geregistreerd als een *poortspecialist* (die regelmatig minder expertise heeft in palliatieve zorg dan de kader opgeleide specialist Ouderengeneeskunde of de verpleegkundig specialist) deelneemt aan het overleg.

Stand van zaken 2025

Vanaf 1 april 2024 werkt een gemandateerde werkgroep aan het Kader consultatie palliatieve zorg. De trekker hiervan is Palliactief, de multidisciplinaire beroepsvereniging voor professionals werkzaam in de palliatieve zorg. In dit richtinggevend kader wordt onder meer uitgewerkt hoe de samenstelling van een transmuraal team palliatieve zorg (waarvan ook het ziekenhuisteam palliatieve zorg deel uitmaakt) eruitziet, alsmede wat de rollen en taken van de verschillende teamleden zijn. De planning is dat dit Kader consultatie in het najaar van 2025 wordt opgeleverd. Als de inhoud van het Kader consultatie niet langer aansluit op de DBC's palliatieve zorg, kan dat vervolgens worden geagendeerd bij de NZa.

6.2 Thuis

Knelpunten huisarts 2017

Structurele financiering transmuraal team

Stand van zaken 2025

Knelpunten huisarts 2017

Er zijn momenteel slechts beperkte mogelijkheden voor het bekostigen en contracteren van de samenwerking van zorgverleners in een transmuraal team. Bijvoorbeeld voor transmurale MDO's, transmurale bedside consultaties en de inzet van casemanagement/regiefunctie palliatieve zorg.¹⁶⁶

Dit knelpunt staat nu bij huisartsen maar geldt, afhankelijk van de lokale inrichting van het transmurale team Palliatieve Zorg, ook voor andere zorgverleners in dat team.

Deelname huisarts aan PaTz-groep niet structureel bekostigd

Structurele financiering voor proactieve zorgplanningsgesprekken

Stand van zaken 2025

Een oplossing voor dit knelpunt kan liggen in de contractafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar kunnen maken over de prestaties in het TAPA\$-experiment. Zie toelichting op TAPA\$ in paragraaf 2.6.

Deelname van de huisarts aan PaTz (indirect patiëntgebonden tijd) zit net als andere MDO's verdisconteerd in de tarieven voor de direct patiëntgebonden tijd, oftewel het consult- en inschrijftarief. Binnen de huisartsenfinanciering zijn er daarnaast mogelijkheden om hierover aanvullende maatwerkafspraken te maken in segment 3. Verschillende zorgverzekeraars onderschrijven de toegevoegde waarde van PaTz ten opzichte van een regulier Multidisciplinair overleg (MDO) en voorzien in een (tijdelijke) financiering vanuit segment 3. Echter, de financiering vanuit segment 3 is vanuit zijn aard tijdelijk.

Een oplossing voor dit knelpunt kan liggen in de contractafspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar kunnen maken over de prestaties in het TAPA\$-experiment. Zie toelichting op TAPA\$ in paragraaf 2.6.

Voor proactieve zorgplanningsgesprekken hebben huisartsen de mogelijkheid om een lang consult te declareren (>20 minuten). In de praktijk duren deze gesprekken echter aanzienlijk langer, waardoor het tarief als ontoereikend wordt ervaren.

¹⁶⁶ Gebaseerd op de inventarisatie van knelpunten in de [eindrapportage 'Patiëntreizen'](#) van Stichting PZNL

Knelpunten huisarts 2017

Stand van zaken 2025

In juni 2024 heeft de NZa een rapport 'verkenning bekostiging biedt ruimte voor proactieve zorgplanning. Naast ruimte in segment 1, bieden ook segment 2 en 3 ruimte voor maatwerkafspraken over gepubliceerd. In het rapport beschrijft de NZa dat zij voornemens is om proactieve zorgplanning per 2027 structureel en landelijk te bekostigen vanuit S1. Tot dat moment kan er ruim in S3 geëxperimenteerd worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. De NZa ziet dit als een kans om te onderzoeken en te leren hoe proactieve zorgplanning kan aansluiten bij de praktijk.

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

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is. Op het moment dat het budgetplafond dreigt te worden overschreden, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in gesprek gaan over het ophogen van het plafond. Uit De Kamerbrief 'Palliatieve zorg, een niveau hoger' bleek dat individuele zorgverzekeraars bij een dreigende overschrijding van het omzetplafond als gevolg van het leveren van PTZ, in principe 100 procent van het aangevraagde hogere budget honoreerden. Eind 2021 is er in verband met het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging onder leiding van VWS met de sector afgesproken dat een cliënt met spoedzorg/ptz niet benadeeld mag worden door cliëntenstops, als gevolg van budgetplafonds, en dat deze daarom buiten de cliëntenstops worden gehouden. Ook concludeert de NZa op basis van de contractering wijkverpleging 2018 dat alle zorgverzekeraars bereid zijn bij te contracteren als PTZ in het geding is.

Knelpunten huisarts 2017

Stand van zaken 2025

Daarnaast concludeert de NZa in haar Visie bekostiging palliatieve zorg (2022): "De huidige bekostiging van de wijkverpleging bevordert het inzetten van specialistische palliatieve terminale zorg in de thuissituatie niet altijd voldoende. De integrale tarieven in de wijkverpleging zijn gemiddelde tarieven. Deze prikkel [maakt] het lonend om zorg te leveren passend bij of onder het gemiddelde tarief. Specialistische palliatieve terminale zorg is complexe dure zorg en daarmee vaak niet lonend om te leveren".

Knelpunten wijkverpleging 2017

Stand van zaken 2025

Tarieven en budgetplafond (Zvw)

De tarieven en het budgetplafond voor verpleging en verzorging worden als krap ervaren voor het leveren van zorg door hoger geschoold personeel of zorg aan bijzondere doelgroepen (zoals terminale patiënten).

Toelichting op knelpunt:

De hoogte van het integrale tarief van een Individuele aanbieder is veelal afhankelijk van:

- de historische verhouding van verpleging en verzorging
- het tarief in 2016
- de doelmatigheidsscore bij de betreffende verzekeraar¹⁶⁷

Uit een analyse van declaratiegegevens door de NZa bleek dat in 2016 de historische verhouding gemiddeld 80 procent persoonlijke verzorging en 20 procent verpleging was.

Contractering

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

De zorgverzekeraar vergoedt binnen het budgetplafond de zorg die noodzakelijk is. Op het moment dat het budgetplafond dreigt te worden overschreden, kunnen zorgaanbieder en zorgverzekeraar in gesprek gaan over het ophogen van het plafond. Uit De Kamerbrief 'Palliatieve zorg, een niveau hoger' bleek dat individuele zorgverzekeraars bij een dreigende overschrijding van het omzetplafond als gevolg van het leveren van PTZ, in principe 100 procent van het aangevraagde hogere budget honoreerden.¹⁷⁰ Ook concludeert de NZa op basis van de contractering wijkverpleging 2018 dat alle zorgverzekeraars bereid zijn bij te contracteren als PTZ in het geding is.¹⁷¹

¹⁶⁷ NZa (2017). Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 21

¹⁷⁰ VWS (2017). Palliatieve zorg, een niveau hoger [Kamerbrief], p. 5

¹⁷¹ NZa (2018). Monitor contractering wijkverpleging 2018, p. 34

Knelpunten wijkverpleging 2017

Daarnaast wordt er vaak in het contract een doorleverplicht vastgelegd. Zorgaanbieders moeten dan zorg leveren voor eigen rekening als het budgetplafond is bereikt.^{168,169}

Casemanager palliatieve zorg

Bekostiging van een casemanager palliatieve zorg is onderdeel van de prestaties verpleging en verzorging.¹⁷³ Het is niet als zodanig geormerkt. Als de tarieven voor de prestaties krap zijn, is er te weinig ruimte om gespecialiseerde casemanagers in te kunnen zetten.

Terminaliteitsverklaring (Zvw)

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

Stand van zaken 2025

Daarnaast concludeert de NZa in haar Visie bekostiging palliatieve zorg (2022): "De huidige bekostiging van de wijkverpleging bevordert het inzetten van specialistische palliatieve terminale zorg in de thuissituatie niet altijd voldoende. De integrale tarieven in de wijkverpleging zijn gemiddelde tarieven. Deze prikkel [maakt] het lonend om zorg te leveren passend bij of onder het gemiddelde tarief. Specialistische palliatieve terminale zorg is complexe dure zorg en daarmee vaak niet lonend om te leveren".¹⁷²

Zilveren Kruis heeft in haar inkoopbeleid 2025 aangekondigd dat ze declaraties palliatief terminale zorg niet meetellen bij het berekenen van doelmatigheid. Zorgaanbieders kunnen verzekeren in zorg nemen zonder er rekening mee te hoeven houden dat dit de doelmatigheid negatief beïnvloedt. Deze bepaling geldt niet voor zorgaanbieders die uitsluitend palliatief terminale zorg leveren.

Zie antwoord boven bij 'Tarieven en budgetplafond (Zvw)'

In het TAPA\$-experiment is ook een prestatie opgenomen 'regiefunctie complexe palliatieve zorg'. Onderdeel hiervan is ook casemanagement.¹⁷⁴

Terminaliteitsverklaring meestal niet meer nodig

In 2019 hebben betrokken partijen afgesproken dat een terminaliteitsverklaring niet meer nodig is, omdat het niet patiëntvriendelijk is, onnodige

¹⁷¹ ActiZ (2017) Zorgcontractering wijkverpleging, p. 5

¹⁷² NZa (2017) Monitor contractering wijkverpleging 2017, p. 18

¹⁷³ NZa (2022). Visie bekostiging palliatieve zorg

¹⁷⁴ NZa (2017). Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat NZa Beleidsregel verpleging en verzorging 2025

¹⁷⁴ Meer informatie op Palliaweb

Knelpunten wijkverpleging 2017

Nazorg (Wlz & Zvw)

Voor nazorg is geen aparte bekostiging. Het is onderdeel van de tarieven van de prestaties en daardoor niet transparant welke nazorg precies geleverd is.

Stand van zaken 2025

administratieve handelingen oplevert en het nooit met zekerheid te zeggen is of de levensverwachting daadwerkelijk korter is dan drie maanden. De afschaffing geldt vooralsnog met uitzondering van aanvragen van een PGB voor zorg in de palliatief terminale fase.¹⁷⁵ Nog steeds dient de noodzaak van de in te zetten zorg te blijken uit voldoende onderbouwing in het zorgplan. Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij de zorginzet en de conclusies van het overleg met de huisarts over het aanbreken van de laatste levensfase vastlegt in het zorgdossier.

Kostenonderzoeken

In de kostprijsaanleveringen wordt de nazorg meegenomen voor zowel de Zvw als de Wlz, zodat de kosten van nazorg na overlijden geborgd zijn met een adequaat tarief.

6.3 Hospice

Knelpunten 2017

Onderaannemerschap

Hospices zonder WTZa-toelating zijn veelal onderaannemer bij een organisatie die contracten kan afsluiten met de zorgverzekeraar of het zorgkantoor.¹⁷⁶ De thuiszorgorganisatie en zorgverzekeraar maken afspraken over de omvang en de tarieven van de totale zorg die de thuiszorgorganisatie levert. Het hospice heeft zelf geen directe invloed op

Stand van zaken 2025

Aandacht voor contractering hospicezorg

De NZa geeft aan dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders regionaal in de contractering of landelijk via de branchepartijen kunnen kijken hoe specifieke aandacht kan worden gegeven aan de hospicezorg in de contractering. Ook kan er worden geïnventariseerd of directe contractering mogelijk is.¹⁷⁷

¹⁷⁵ VWS, Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig, 5 november 2019

¹⁷⁶ Zie voor informatie over WTZa:

¹⁷⁷ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 35-36

Knelpunten 2017

de afspraken die worden gemaakt over de gespecialiseerde zorg die zij leveren.

Wmo

De Wmo (huishoudelijke hulp) biedt gemeenten veel vrijheid in de uitvoering van de wet. BTH kunnen met de gemeenten in hun regio inventariseren of er binnen het lokaal beleid passende financiering mogelijk is. Sommige gemeenten dragen wel bij, anderen helemaal niet. Dit leidt tot regionale verschillen en kan gevolgen hebben voor de exploitatie van een hospice.

Bijdragen vanuit de WMO voor de inzet van vrijwilligers zijn mogelijk voor alle hospicetypes.

Met de komst van het 'ravijnjaar 2026' heroverwegen daarnaast veel gemeenten hun bijdrage aan hospicezorg. Dan belanden gemeenten namelijk tussen het oude financiële systeem, dat in 2025 afloopt, en het nieuwe dat per 2027 van kracht wordt. Zij lopen hier gezamenlijk ruim 3 miljard euro door mis, waardoor hun begrotingen onder grote druk komen te staan. Hierdoor blijft dit, ondanks deze ruimte, in de praktijk een knelpunt voor hospices.

Bekostiging respijtzorg, probleemanalyse en crisisinterventie

Bekostiging van respijtzorg, probleemanalyse (tijdelijke opname tbv onderzoek) en crisisinterventie wanneer de prognose nog langer is dan drie maanden, is ontoereikend en onduidelijk.

Stand van zaken 2025

Afspraken op maat

Hiervoor is geen oplossing.

Respijtzorg kan (deels) worden bekostigd vanuit de Wmo, sommige aanvullende verzekeringen (Zvw) of Eerstelijnsverblijf (Zvw).

Knelpunten 2017

Coördinatie en opleiding van vrijwilligers

De VWS-subsidie voor o.a. coördinatie en opleiding van vrijwilligers is landelijk gemaximeerd en groeit niet meer met een groeiende vraag naar vrijwilligers. Door een groei van het aantal cliënten, daalt het bedrag per cliënt.

De hoogte van de subsidie voor een hospice is afhankelijk van de werkzaamheden in eerdere jaren. In regio's waar dit nieuw wordt neergezet of de vraag sterk groeit, wordt de vergoeding t.b.v. coördinatie en opleiding als niet toereikend ervaren.

Hierdoor kunnen coördinerende taken en opleidingstrajecten soms onvoldoende worden uitgevoerd, leidend tot een lagere inzet van vrijwilligers.

Stand van zaken 2025

De subsidie loopt eind 2026 af. Vooral de hoogte, maar ook de spelregels voor de verdeling van de subsidie staan op de agenda van de koepels en bij Stichting PZNL (en VWS).

6.4 Verpleeghuis

Knelpunten Verpleeghuis/PU 2017

Stand van zaken 2025

6.5 Patiënten

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2025

Grote verschillen eigen betalingen

Omdat patiënten met een levensverwachting korter dan drie maanden (palliatieve terminale zorg, PTZ)

Dit wordt veroorzaakt door verschillende wetten van waaruit palliatieve zorg wordt geleverd: voor de Zvw geldt een jaarlijks eigen

Knelpunten en vragen in 2019

niet van de Zvw naar de Wlz gaan en andersom, wordt dezelfde zorg vanuit verschillende wetgevingen bekostigd. Een patiënt met een indicatie voor de Wlz betaalt voor de zorg een (lage) eigen bijdrage. Een patiënt in de Zvw betaalt deze eigen bijdrage niet.¹⁷⁸ Er kunnen hierdoor verschillen ontstaan in kosten voor patiënten, die met name bij opname in een hospice duidelijk zichtbaar kunnen worden.

Bijbetalen ongecontracteerde zorg (Zvw)

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

Stapelning van zorgkosten

Doordat mensen te maken krijgen met zorg die wordt vergoed vanuit

Stand van zaken 2025

risico van € 385 en voor de Wlz een maandelijkse eigen bijdrage die kan oplopen tot € 2.954,40. Hier zijn vragen over gesteld vanuit de Tweede Kamer en betrokken partijen, zoals de Patiëntenfederatie Nederland.¹⁷⁹ Eind juni 2020 presenteerde de commissie 'Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen' op verzoek van de minister een advies met betrekking tot deze hogere eigen bijdrage, 'Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies'. Hierin wordt geadviseerd tot een wetswijziging om meerdere problemen voor ouderen met betrekking tot Zvw, Wlz en Wmo op te lossen.¹⁸⁰

VWS zet in op verbetering van de contractering én op betere informatie voor de patiënt. Toch vindt dit kabinet dat het 'hinderpaalcriterium' niet verder mag worden opgerekt. Zorgverzekeraars hanteren nu het cessieverbod. Ongecontracteerde zorgaanbieders kunnen daardoor niet meer zelf hun declaraties indienen bij de zorgverzekeraar: dat moet via de patiënt. Soms moet de verzekerde ook een machtiging aanvragen. De zorgverzekeraar geeft dan goedkeuring voor het leveren van de zorg door een (mogelijk ongecontracteerde) aanbieder. Door deze maatregelen wordt voorkomen dat een patiënt niet weet dat zijn zorgaanbieder ongecontracteerd is – en hij voor onverwachte kosten komt te staan.¹⁸¹

¹⁷⁸ NZa (2017). *Rapport palliatieve zorg op maat*

¹⁷⁹ Minister de Jonge, Antwoord op vragen van het lid Kerstens over het bericht dat ouderen nauwelijks geld overhouden [30-09-2019]

¹⁸⁰ Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen (2018). *Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies*

¹⁸¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2018–2019, 29 689, nr. 94]

Knelpunten en vragen in 2019

verschillende wetten, krijgen ze ook te maken met verschillende eigen betalingen.

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

Zorgval

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

Stand van zaken 2025

In het regeerprogramma in 2024¹⁸² zijn diverse maatregelen opgenomen:

- Zvw - Het eigen risico wordt in 2025 en 2026 bevroren op € 385 en vanaf 2027 verlaagd naar € 165. En in het ziekenhuis gaat een maximum van € 50 per behandelprestatie gelden. De eigen bijdrage voor geneesmiddelen is gemaximeerd op € 250 per jaar.

Verder is de afgelopen jaren een aantal dingen gewijzigd:

- Wmo - De eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen is een abonnementstarief per maand geworden.¹⁸³
- Wlz - De vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdragen is per 2019 gehalveerd naar 4%.
- Wmo - een eerlijkere eigen bijdrage voor de huishoudelijke hulp met landelijke normen en met oog voor betaalbaarheid van lage- en middeninkomens.

Door maatwerkregelingen binnen de Wlz kan extra budget worden aangevraagd bij het zorgkantoor, als de zorg volgens het geïndiceerde zorgzwaartepakket ontoereikend is.^{184,185}

- De Meerzorgregeling is er voor patiënten die geïndiceerd zijn met een VV 7 of 8, maar een zorgbehoefte hebben die minimaal 25% hoger ligt dan waar ze op basis van hun zorgprofiel aanspraak op hebben. De meerzorgregeling is niet bedoeld voor de terminale fase.

¹⁸² [Regeerprogramma 2024](#)

¹⁸³ [CAK. In 2025 is eigen bijdrage Wmo maximaal 21,00 Geraadpleegd op 3 januari 2025](#)

¹⁸⁴ [Significant \(2019\). Rapportage evaluatieonderzoek 'Maatwerk in de Wlz-zorg thuis'](#)

¹⁸⁵ [Minister de Jonge, Kamerbrief \[06-06-2019\] Maatwerk in de Wlz-zorg thuis](#)

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2025

- De Extra kosten thuis regeling is er voor patiënten die thuis zorg ontvangen met een mpt of pgb en waar de zorgkosten maximaal 25% hoger zijn dan ze in een instelling zouden zijn.¹⁸⁶
- Als de behandelend arts verwacht dat de levensverwachting van een patiënt minder dan 3 maanden is en de zorg wordt geleverd volgens een mpt of pgb, kan een hoger budget bij het zorgkantoor worden aangevraagd.¹⁸⁷ In geval van een vpt, kan in plaats van het geïndiceerde zorgprofiel, VV 10 Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg worden gedeclareerd bij het zorgkantoor.¹⁸⁸

Vergoeding van medicijnen

Sommige medicijnen uit de landelijke richtlijnen voor palliatieve zorg worden niet (standaard) vergoed uit het basispakket, of niet in elke setting. Individueel overleg tussen apotheker, voorschrijver en verzekeraar is tijdrovend (vaak spoedeisende situatie) en heeft niet altijd het gewenste resultaat. De producent van het medicijn heeft gezien het geringe volume voor deze specifieke toepassing niet altijd belang bij het leveren van wetenschappelijk bewijs wat nodig is voor het off-label inzetten van deze medicijnen.

Het landelijke praktijkteam palliatieve zorg helpt mee bij het oplossen van knelpunten bij de organisatie en financiering van palliatieve zorg. In dit team nemen vertegenwoordigers vanuit onder meer Zorgverzekeraars Nederland, zorgverleners en patiënten deel. In het praktijkteam is het knelpunt uitgebreid geanalyseerd en geagendeerd.

¹⁸⁶ [NZa \(2016\), Factsheet extra zorg in de langdurige zorg](#)

¹⁸⁷ [Artikel 5.1c leden 1 en 2 Regeling langdurige zorg](#)

¹⁸⁸ [Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 - BR/REG-25131a](#)

6.6 Palliatieve zorg voor kinderen



Knelpunten ziekenhuis

Nazorg kan niet apart geregistreerd en gedeclareerd worden

Net als in de volwassenenzorg, maakt nazorg bij kinderen onderdeel uit van de lopende DBC. Trajecten in de kinderpalliatieve zorg lopen vaak erg lang. Ouders willen dan vaak nog gesprekken met zorgverleners die, soms jarenlang, nauw betrokken zijn geweest bij de zorg voor hun kind. Die inzet wordt niet voldoende gedekt door de tarieven van de betreffende DBC's.

Het is niet mogelijk om eigen pgb'ers zorg te laten leveren in het ziekenhuis, terwijl kinderen met intensieve medische zorgvragen bij opname in het ziekenhuis soms continue toezicht nodig hebben die de verpleegkundigen niet kunnen bieden.

Doordat de zorgzwaarte en de financiering van de mogelijk zorg in natura niet gelijk op gaan, ontstaan problemen bij de kinderverpleegkundige (thuis)zorg binnen de Wlz. Dit kan tot gevolg hebben dat kinderen

Stand van zaken 2025

In geval van palliatieve zorg voor kinderen en hun naasten gelden dezelfde uitgangspunten als bij de palliatieve zorg voor volwassenen. Dat wil zeggen dat één of twee nazorg gesprekken onderdeel uitmaken van de reguliere zorgprestaties in het kader van de palliatieve zorg. Deze nazorg wordt bekostigd uit de huidige tarieven. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) bekijkt of de, vaak meer uitgebreide, nazorg voor kinderen hierin een duidelijker plek kan krijgen.

De richtlijn palliatieve zorg voor kinderen heeft een hoofdstuk over nazorg opgenomen. Wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing van de noodzaak tot nazorg heeft plaatsgevonden. Momenteel wordt de omvang van noodzakelijke nazorg bij kinderen bepaald met de stakeholders en een wijzigingsverzoek ontwikkeld om in te dienen bij de NZa.

Formeel laat de Zvw dit niet toe. Zeer incidenteel wordt met een coulance regeling gewerkt door de zorgverzekeraar waarbij het ziekenhuis aangeeft de noodzakelijke verpleging en verzorging niet te kunnen bieden en inzet van de pgb'er gedoogd wordt. Hier zijn tot heden geen structurele afspraken over te maken met zorgverzekeraars. In de Wlz is dit soms als uitzonderingsregel mogelijk na overleg met het betreffende zorgkantoor.

Inzet van kinderverpleegkundige (thuis)zorg binnen de Wlz is verder onder druk komen te staan. Grootste knelpunt is het ontbreken van een profiel verpleegkundige kindzorg binnen de Wlz.

Knelpunten ziekenhuis

met een Wlz profiel geen kinderthuiszorg kunnen krijgen. Het is vooralsnog onduidelijk hoe vaak dit in de praktijk voorkomt.

Er is voor kinderen zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen (ZEVMB) een nieuwe code (Z1006) waarop kinderzorghuizen zorg kunnen declareren binnen de Wlz. Dit is echter niet genoeg voor een etmaal zorg. Meerzorg is dan nodig en moet worden aangevraagd.

Eenzelfde probleem doet zich voor binnen de Wlz invasief beademde kinderen die daarnaast nog veel andere verpleegkundige zorg nodig hebben.

Zorgzwaarte van kinderen is niet goed verdisconteerd in de WLZ-profielen waardoor er sprake kan zijn van niet-vergoede zorg.

Stand van zaken 2025

Er is een verzoek tot ontwikkeling voorgelegd aan de staatsecretaris en VWS.

Voor 2025 zijn nu afspraken gemaakt met de zorgkantoren, maar dit is nog geen structurele oplossing. Verder blijkt de opbouw in structuur, administratieve last en werkwijze van de declaraties binnen de Wlz niet goed passend voor kinderthuiszorgorganisaties. Hierover lopen nog gesprekken.

Het tarief voor logeeropvang binnen de Wlz dekt bij lang na de kosten niet voor de complexe medische zorg. Er worden nu geregeld losse afspraken met zorgkantoren gemaakt. Er is geen eenduidigheid hoe de complexe medische en palliatieve kindzorg rondom logeren en verblijf binnen de Wlz gedeclareerd mag worden. Verder komen de pgb tarieven binnen de Wlz niet overeen met de ZIN tarieven. Zorgkantoren acteren actief op het naar beneden bijstellen van de pgb tarieven, waardoor het bijna niet meer mogelijk is voor verpleegkundig kinderzorghuizen en kinderspices om pgb zorg te leveren binnen de Wlz.

De Wlz kent geen apart profiel voor kinderen met de indicatie medische kindzorg. De bestaande kindzorgprofielen in de Wlz zijn hier niet toereikend voor. In alle gevallen is er dan sprake van een ophoging middels meerzorg. Kinderen worden dus 'kunstmatig' onder de huidige profielen gezet, waarbij het niet altijd lukt hiervoor meerzorg aan te vragen.

Knelpunten thuis

Inzet KCT in de thuissituatie wordt slechts beperkt vergoed

De zorg die wordt geleverd in de thuissituatie is lastig te declareren omdat:

- De locatie van het consult (polikliniekbezoek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis, thuissituatie) tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen moet worden.¹⁸⁹
- Diegene die het huisbezoek doet, als onderdeel van het KCT vanuit het ziekenhuis, niet kan registreren in de DOT productstructuur. Vooral nog mogen alleen artsen, verpleegkundig specialisten (vs) en physician assistants (pa) registreren. Vaak zijn de verpleegkundigen in het KCT geen vs of pa.
- Er geen sprake is van klinisch verplaatste zorg, maar ambulante zorg. Bij kpz vinden er relatief minder opnames plaats en wordt zorg ambulant verleend. Het is dus niet passend om de zorgactiviteit Klinische zorgdag in de thuissituatie, inclusief eventuele verpleging door het ziekenhuis (190228) te gebruiken.

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

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

Stand van zaken 2025

Met de introductie van nieuwe zorgproducten kinderpalliatieve zorg is een belangrijke stap genomen in het komen tot een oplossing voor dit probleem. De kosten van de huisbezoeken kunnen worden toegerekend naar de zorgproducten, zodat de kostprijzen en de uiteindelijke tarieven een afspiegeling zijn van de gedane inzet.

Dit onderwerp heeft nog steeds de aandacht van het Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg. Het uiteindelijke doel is om een zorgactiviteit te kunnen registreren voor huisbezoeken.

Toolbox Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK):

Binnen het kader van de verpleegkundig indicatiestelling medische kindzorg (de kinderleef-domeinen van het medisch kindzorg samenwerking en het individueel zorgplan) zijn mogelijkheden om gesprekken met ouders te voeren over zingeving. Het voeren van een gesprek rondom zingeving valt onder de inventarisatie van zorg of de evaluatie die een kinderverpleegkundige pleegt te doen. Dit is een onderdeel van het verpleegkundig proces. Hierin wordt ook het

¹⁸⁹ Art. 24.1 NZa Regeling Medisch-specialistische zorg 2025

Knelpunten thuis

Stand van zaken 2025

domein spiritualiteit uitgevraagd. In het dossier houdt de kinderverpleegkundige bij hoeveel tijd het uitvragen heeft gekost en welke onderdelen extra tijd hebben gevraagd, zoals bijvoorbeeld het voeren van een zingevingsgesprek. Zie: Toolbox Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).¹⁹⁰

Nazorg is expliciet opgenomen in de herziene Richtlijn Palliatieve Zorg voor Kinderen (november 2022). Op basis hiervan zal een verankering in beleid en herijking van het aantal nazorggesprekken plaatsvinden. Dit traject loopt momenteel nog. Zie ook dit knelpunt bij de ziekenhuiszorg.

Bekostiging van ouderlijke zorg als mantelzorg door middel van het PGB beperkt

Omdat veel zorg die wordt geleverd door ouders aan hun kind onder de ouderlijke zorg valt en niet onder mantelzorg, komt deze zorg vaak niet in aanmerking voor declaratie door middel van het PGB284F.¹⁹¹ De kinderverpleegkundige kijkt per situatie op basis van maatwerk wat redelijkerwijs kan worden verwacht van ouders en wat dus onder de ouderlijke zorg valt.¹⁹²

Probleem is door invoering 'informeel zorgverlener' gedeeltelijk opgelost maar vraagt wel monitoring.

Bekostiging ouderlijke zorg pgb via [addendum](#) opgelost in de Zvw. Ook binnen de Jeugdwet kunnen ouders zichzelf inzetten als zorgverlener vanuit een pgb. Echter signaleren de Netwerken Integrale Kindzorg sinds begin 2022 een tendens dat gemeenten helemaal geen pgb meer verstrekken aan ouders als zij zichzelf in willen zetten als zorgverlener. Deze ontwikkeling vraagt kritische monitoring.

Binnen de Wlz mag een ouder als gewaarborgde hulp (veelal een van de ouders voor het minderjarige kind) vaak niet ook nog pgb inzetten voor zichzelf als zorgverlener. De andere ouder kan dat dan wel. Dit vereist toestemming vanuit het zorgkantoor.

Dit knelpunt is geagendeerd met de VNG en maakt onderdeel uit van de Landelijke

¹⁹⁰ Zie: <https://www.kinderpalliatief.nl/ondersteuning/belangrijke-methodes-tools/connect/tookit>

¹⁹¹ ZiN (29 oktober 2020) Verduidelijking Zorginstituut van begrippen bij verpleegkundige indicatiestelling kindzorg Zvw

¹⁹² V&VN (2020) Handreiking Indicatieproces Kindzorg

Knelpunten thuis

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

Als er sprake is van medisch verpleegkundig handelen, dan wel een verhoogd risico op verpleegkundig handelen is de Zvw van toepassing, zo niet dan valt de zorg onder de Jeugdwet.¹⁹³

- Ouders zitten dan wel met twee budgetten uit verschillende wetgevingen en soms ook met twee zorgverleners die tegelijkertijd aanwezig moeten zijn. Zie regionale indicatieteams.
- Daarnaast is sprake van een hiaat in het aanbod van zorgverleners: er bestaat geen opleiding voor kinderverzorgenden.
- Tevens ontbreekt het pedagogisch medewerkers vanuit de Jeugdwet vaak aan expertise om kinderen met een levensbedreigende of levensduurverkortende diagnose te begeleiden.
- En constateren we een grijs gebied tussen persoonlijke verzorging vanuit een geneeskundige context vanuit de Zvw en vanuit tekorten in de zelfredzaamheid binnen de Jeugdwet. Bijv. wanneer je alert moet zijn in veranderingen in de vitale functies terwijl daar geen handelingen vanuit een kinderverpleegkundige uit voortkomen. Dit knelpunt is onder de aandacht van het ministerie van VWS.

Stand van zaken 2025

Werkagenda Palliatieve Zorg Kind & Jongere (t/m 2026).

Het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg en de Branche Integrale Kindzorg hebben de problematiek in 2021/2022 geanalyseerd in de pilot Domeinoverstijgend Indiceren.¹⁹⁴

Dit heeft volgende inzichten opgeleverd:

- Medisch verpleegkundig handelen is helder beschreven in de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).¹⁹⁵
- De afbakening is duidelijk, maar lang niet bij iedereen bekend. Er is dus sprake van een groot kennishiaat. Om het kennishiaat terug te dringen, zijn domeinoverstijgende kennissessies ontwikkeld en gehouden.
- De medisch professional (in het geval van kinderen de kinderverpleegkundige) bepaalt of de persoonlijke verzorging kan worden vergoed uit de Zvw. Zo niet, dan kan een beroep worden gedaan op de Jeugdwet. Beoordeling vindt dan plaats door gemeente.¹⁹⁶
- Ouders worden getraind door de Ouder-Kind-Educatie (OKE-training) die is ontwikkeld. Ze zijn naar succesvol doorlopen bevoegd en bekwaam om handelingen uit te voeren.¹⁹⁷
- Niet veranderbaar is het stelsel wat maakt dat deze gezinnen altijd met

¹⁹³ V&VN (2020) Handreiking Indicatieproces Kindzorg, p.13

¹⁹⁴ Eindrapportage Pilot domeinoverstijgend indiceren in de kinderpalliatieve zorg

¹⁹⁵ Zie: <https://www.venvn.nl/media/toomrnh/handreiking-indicatieproces-kindzorg.pdf>

¹⁹⁶ Zie: <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/verpleging-en-verzorging-voor-jeugd/begeleiding-bij-verzorging>

¹⁹⁷ Zie: <https://integralekindzorgmetmks.nl/ouder-kind-educatie/>

Knelpunten thuis

Stand van zaken 2025

meerdere wettelijke kaders te maken zullen blijven hebben. Om ouders en zorgprofessionals te ontlasten en het indicatieproces te versnellen, is voor domeinoverstijgende indicatievraagstukken een opschalingssystematiek ontwikkeld die zijn waarde heeft bewezen en per 2023 duurzaam wordt verankerd: de 'Regionale Domeinoverstijgende Indicatieteams'.¹⁹⁸

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

Stand van zaken 2025

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

Het tarief voor het verpleegkundig kinderdagverblijf sluit niet goed aan bij de zorg voor kinderen die het kinderdagverblijf bezoeken op basis van een palliatieve zorgvraag. Dat komt doordat kinderen met een palliatieve zorgvraag:

- soms niet in staat zijn een volledig dagprogramma te volgen en dan niet voldoen aan het minimum van 6 uur aanwezigheid per dag om deze prestatie te kunnen declareren;
- meer één op één zorg nodig hebben, waar het tarief is gebaseerd op groepszorg;
- frequenter besproken dienen te worden in multidisciplinaire overleggen, dan waar bij de verdiscontering van dit soort

Het dagtarief Zvw voor de verpleegkundig kinderdagverblijven is in principe dekkend voor palliatieve kinderen. Er kan ook een dagdeel worden gedeclareerd als kinderen korter verblijven.

Knelpunt voor de dagverblijven is echter het bij de palliatieve kinderen relatief hoge percentage 'no show', want dan krijgt het kinderdagverblijf niet betaald.

Daarnaast spelen er problemen als een kind overgaat van de Zvw naar de Wlz, aangezien de tarieven in de Wlz niet overeenkomen met hetgeen er nodig is voor deze complexe groep kinderen.

De NZa is in overleg met de sector om een kostprijsonderzoek te doen naar de tarieven van de prestaties voor verpleegkundig

¹⁹⁸ <https://www.kinderpalliatief.nl/over-kinderpalliatieve-zorg/projecten/project/pilot-domeinoverstijgend-indiceren-in-de-kinderpalliatieve-zorg>

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

- overleggen in de tarieven rekening mee is gehouden;
- ad hoc meer thuisbegeleiding nodig hebben dan andere kinderen;
- een dusdanig specifieke zorgvraag hebben, dat uitgebreidere scholing van medewerkers nodig is.

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

Het tarief voor het verpleegkundig kindenzorghuis sluit niet goed aan bij de zorg voor kinderen die daar verblijven op basis van een palliatieve grondslag. Dat komt doordat bij kinderen met een palliatieve zorgvraag:

- behalve de kinderen zelf, ook personen uit hun omgeving en heel regelmatig het hele gezin aanwezig zijn; indien beschikbaar verblijft het gezin in een ouder/kind appartement als onderdeel van het kindenzorghuis met extra kosten als gevolg;
- meer één op één zorg nodig is, waar het tarief is gebaseerd op groepszorg;
- frequenter multidisciplinair overleg nodig is, dan waar bij de verdiscontering van dit soort overleggen in de tarieven rekening mee is gehouden;
- ad hoc meer (stervens)begeleiding nodig is voor ouders of broertjes en zusjes en uitgebreidere scholing van medewerkers nodig is.

Budgetplafonds in de Jeugdwet

Door de budgetplafonds bij gemeenten kan het voorkomen dat een zorgaanbieder

Stand van zaken 2025

kinderdagverblijven en verpleegkundig kindenzorghuizen. Hierin neemt de NZa de laatste ontwikkelingen mee.

De tarieven 2022 voor verblijf in het verpleegkundig kindenzorghuis vanuit de Zvw volstaan. Ook bij zeldzame complexe maatwerkzorg, die niet binnen de reguliere tarieven past, worden met zorgverzekeraars tot maatwerkverafspraken gekomen.

De focus van de kindenzorghuizen is in de afgelopen jaren wel meer op de psychosociale familiegerichte zorg komen te liggen. Dit deel van de begeleiding aan gezinnen (inclusief nazorg) ligt in het gemeentelijke domein. Hier doen zich soms wel knelpunten voor door de verschillen in inkoopbeleid van gemeenten. De NZa is in overleg met de sector om een kostprijsonderzoek te doen naar de tarieven van de prestaties voor verpleegkundig kinderdagverblijven en verpleegkundig kindenzorghuizen. Hierin neemt de NZa de laatste ontwikkelingen mee.

De budgetplafonds bij de gemeenten bestaan nog steeds, waardoor in de loop van

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

zorg levert waar geen vergoeding tegenover staat, of zorg niet kan leveren terwijl het kind en ouders daar wel behoefte aan hebben.

Gemeenten gaan hier op verschillende manieren mee om, waardoor soms in de ene gemeente wel tot vergoeding wordt overgegaan en in de andere gemeente niet. Zorgaanbieders hebben daarbij soms te maken met verschillende gemeenten.

Stand van zaken 2025

het jaar geen (nieuwe) zorg kan worden ingezet door een zorgorganisatie. Als deze zorg de meest passende is, moet de gemeente nadenken over maatwerkconstructies. Dit wordt verschillend opgepakt binnen gemeenten.

Budgetplafonds worden ook als knelpunt ervaren bij de inzet van onafhankelijke clientondersteuning. Bij gezinnen met palliatieve kinderen is deze inzet vaak waardevol en noodzakelijk. Hier speelt ook het kennishiaat bij gemeenten waar het gaat om complex zieke kinderen en helpt opschaling naar de Regionale Domeinoverstijgende Indicatieteams, waarin gemeenten participeren.

Knelpunten overige kosten

Bekostiging van de psychosociale zorg is niet eenduidig

De mogelijkheden voor bekostiging van psychosociale zorg in de eerstelijns is afhankelijk van of de betreffende zorgverlener een contract heeft met de gemeente. Vooral met grote gemeenten is de ervaring dat veel zorgverleners maar beperkt contracten met gemeenten krijgen. Als de betreffende zorg niet wordt vergoed vanuit de Jeugdwet, wordt deze soms vergoed vanuit de aanvullende verzekering. Als de patiënt geen aanvullende verzekering heeft óf als die de geleverde zorg niet volledig vergoedt, kan een vergoeding plaatsvinden op basis van de Regeling palliatief terminale zorg. Deze is echter alleen bruikbaar voor geestelijk verzorgers en rouw- en verliesbegeleiders, en niet voor vaktherapeuten en orthopedagogen. De regeling voorziet

Stand van zaken 2025

Gemeenten mogen zelf hun inkoopbeleid bepalen. Vooral 'eenpitters' (bijv. vaktherapeuten en rouw- en verliesbegeleiders) ervaren de inkoopcriteria als dermate gecompliceerd dat ze zich niet laten inkopen door de gemeente.

De regeling Geestelijke verzorging thuis is een goede oplossing gebleken voor inzet van rouw- en verliesbegeleiding en geestelijke verzorging.

Voor wat betreft de inzet van psychosociale zorg blijkt in de praktijk dat het behandelende academische kinderziekenhuis deze zorg ook poliklinisch blijft uitvoeren of waar het gaat om vraagstukken op gebied van 'levend

Knelpunten overige kosten

bovendien in een gemaximeerd aantal van vijf gesprekken.¹⁹⁹

Het beeld is dat gemeenten regelmatig niet toegerust zijn op de doelgroep kinderen met complexe somatische aandoeningen. De jeugdconsulenten kunnen de problematiek niet voldoende duiden en er is geen passend aanbod ingekocht.

De uitgangspunten voor financiering door het sociaal domein sluiten niet aan bij de palliatieve kindzorg

De overgang van Zvw naar Wlz leidt regelmatig tot vacuüm in zorg

Jongeren die een grote zorgvraag hebben in de Zvw en over gaan naar de Wlz na hun 18e jaar, dreigen een zorgval te maken. Met name door het naar beneden bijstellen van de tarieven voor zorg door de zorgkantoren. Dit geldt ook voor jongeren die na hun 18e jaar binnen de Zvw blijven. Er is sprake van hogere tarieven voor medisch kindzorg en veel lagere tarieven voor volwassen wijkverpleging. Bovendien heeft de volwassen wijkverpleging minder ervaring

Stand van zaken 2025

verlies' en 'verlies' overdraagt aan een regionale rouw- en verliesbegeleider, die in de kinderpalliatieve zorg veelal een achtergrond in de psychosociale zorg heeft.

De IGV regeling voor kinderen is verlengd en loopt door tot 2026. In verband met het grote aantal aanvragen en beperkte subsidie is er een max. van vijf gesprekken.

Veel gemeenten stellen als doel dat er sprake moet zijn van het vergroten van de zelfredzaamheid en stimulatie van de ontwikkeling. Dit is niet aan de orde bij palliatieve kinderen.

Wanneer indicatie Wlz is afgegeven, stopt direct de betaling vanuit Zvw. Het duurt echter vaak enkele maanden voordat de Wlz uitbetaling kan starten. Gezinnen dreigen daardoor zorgverleners kwijt te raken of in financiële problemen te komen. Omzetting naar PGB duurt nog langer. Een beschikking wordt altijd eerst afgegeven in zorg in natura, maar als het moet worden overgezet naar PGB, duurt dat vaak maanden voordat bewust-keuze-gesprek heeft plaatsgevonden en alle zorgovereenkomsten en zorgbeschrijvingen opnieuw zijn gemaakt.

¹⁹⁹ Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, Informatie Impuls geestelijke verzorging en rouw- & verliesbegeleiding 1e lijn

Knelpunten overige kosten

met de specifieke aandachtspunten in de zorg van deze jongeren. Ook is Respijtzorg voor palliatieve jongeren (met name met normaal IQ) nauwelijks aanwezig.”

Gemeenten hebben nagenoeg geen aanbod ingekocht voor kinderen met een somatische aandoening en een palliatieve zorgvraag. Deze ouders kunnen vaak niet anders dan zorg vanuit pgb optuigen. Daarbij voeren veel gemeenten een actief ontmoedigingsbeleid wanneer ouders zichzelf willen inzetten om zorg middels pgb te leveren, ondanks dat het niet is toegestaan om zonder gedegen onderzoek pgb aan ouders te weigeren.

Stand van zaken 2025

7. Opgeloste knelpunten

Dit hoofdstuk geeft het overzicht van knelpunten voor het declareren van palliatieve zorg die in de afgelopen jaren zijn opgelost.

7.1 Ziekenhuis

Declaratie zorgproducten 2017

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

Als een medisch specialist van het team Palliatieve Zorg voor een nieuwe zorgvraag een voor hetzelfde specialisme opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc/medebehandeling), kunnen er geen zorgproducten Palliatieve zorg worden gedeclareerd.²⁰⁰

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

Als een verpleegkundig specialist van het team palliatieve zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc/medebehandeling), kan deze niet zelfstandig een zorgactiviteit palliatieve zorg registreren en declareren.²⁰²

Stand van zaken 2025

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team Palliatieve Zorg (190067).²⁰¹

Als er bij een opgenomen patiënt op verzoek van de beroepsbeoefenaar (die de poortfunctie uitvoert) verantwoordelijk voor de zorgvraag van de patiënt voor een nieuwe zorgvraag palliatieve zorg (icc/medebehandeling) wordt gegeven door een poortspecialist of een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en deel uitmaakt van het team Palliatieve Zorg, kan de zorgactiviteit Consult door een lid van het team palliatieve zorg worden geregistreerd. Dit consult kan ongeacht het specialisme van de beroepsbeoefenaar worden geregistreerd.

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team Palliatieve Zorg.²⁰³

Als er bij een opgenomen patiënt advies of begeleiding wordt gegeven door één van de leden van het team Palliatieve Zorg, kan de zorgactiviteit Consult door een lid van het team palliatieve zorg worden geregistreerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en deel uitmaakt van het team Palliatieve Zorg.

Technisch gezien is de verpleegkundig specialist een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (voor een ander

²⁰⁰ Artikel 24.44 en 24.45 NZa Regeling Medisch specialistische zorg 2025

²⁰¹ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

²⁰² Artikel 24.44 en 24.45 Regeling Medisch specialistische zorg 2025

²⁰³ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

Declaratie zorgproducten 2017

Declaratie consult en openen DBC palliatieve zorg door specialist Ouderengeneeskunde

Het registreren en declareren van klinische en poliklinische consulten en het openen van de DBC Palliatieve zorg is niet mogelijk voor specialisten Ouderengeneeskunde.²⁰⁵

Overleg palliatieve zorg

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team Palliatieve Zorg, bestaande uit minimaal twee poortspecialisten.²⁰⁸

Stand van zaken 2025

specialisme), wat betekent dat openen van een DBC Diagnose Palliatieve Zorg mogelijk is in naam van het medisch specialisme waarvoor de poortfunctie wordt uitgevoerd. (bijvoorbeeld interne geneeskunde of klinische geriatrie).²⁰⁴

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: 190067 consult door een lid van het team Palliatieve Zorg.²⁰⁶

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

Technisch gezien is de specialist Ouderengeneeskunde geen medisch specialist, maar een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert (voor een ander specialisme), wat betekent dat openen van een DBC Diagnose Palliatieve Zorg mogelijk is in naam van het medisch specialisme waarvoor de poortfunctie wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld interne geneeskunde of klinische geriatrie, zie ook hoofdstuk 2).²⁰⁷

Aanpassing regelgeving zorgactiviteit 190006 Overleg palliatieve zorg per 1 januari 2018

Een bespreking van de palliatieve zorg van een patiënt door een team Palliatieve Zorg. Het team Palliatieve Zorg bestaat uit ten minste twee poortspecialisten van verschillende specialismen, of één poortspecialist en één beroepsbeoefenaar

²⁰⁴ [Artikel 1dd NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025](#)

²⁰⁵ [Artikel 24.1, 24.44 en 24.45 NZa Regeling Medisch specialistische zorg 2025](#)

²⁰⁶ [Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025](#)

²⁰⁷ [Artikel 1dd NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025](#)

²⁰⁸ [Artikel 24.40 NZa Regeling Medisch specialistische zorg 2025](#)

Declaratie zorgproducten 2017

Intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties

De huidige definitie van deze zorgactiviteit wordt als te beperkt ervaren en de gestelde criteria als te stringent. Met als gevolg dat deze zorgactiviteit (welke onder andere kan worden gebruikt in het kader van proactieve zorg gesprekken) niet of nauwelijks wordt geregistreerd.²¹⁰

Telefonisch consult door team Palliatieve Zorg kan niet worden gedeclareerd

Voor palliatieve patiënten duurt een telefonisch consult vaak langer dan 15 minuten. Met het oog op de conditie van de patiënten vervangt een telefonisch consult voor palliatieve zorg regelmatig een regulier face-to-face contact.

Stand van zaken 2025

die de poortfunctie uitvoert. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, betreft een ander specialisme dan het specialisme van de poortspecialist en heeft door opleiding aantoonbare expertise in pijn/palliatieve zorg. Voor de kindergeneeskunde is per 1 januari 2019 de definitie van deze zorgactiviteit aangepast voor de minimale bezetting van een team Palliatieve Zorg, conform de Richtlijn Palliatieve Zorg voor Kinderen. Hierdoor kunnen kinderartsen via registratie van deze zorgactiviteit, zorgproducten Palliatieve zorg declareren.²⁰⁹

Met ingang van 2025 staat de zorgactiviteit proactieve zorgplanning in de regels voor de medisch-specialistische zorg als overig zorgproduct (ozp) 190099. Uit het medisch dossier moet blijken welke gesprekken in het kader van proactieve zorgplanning zijn gevoerd. Daarnaast moet er proactief een zorgplan aan andere zorgverleners (in ieder geval de huisarts) worden overgedragen.

Per 2025 introduceert de NZa tevens voor Samen beslissen een aparte zorgactiviteit (Consult samen beslissen, 190098). Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd in plaats van ieder polikliniekbezoek, screen-to-screen consult of telefonisch consult dat wordt uitgevoerd in het kader van een samen beslissproces.

Verdere verruiming van mogelijkheden voor registratie van zorg op afstand per 2021

De NZa heeft diverse bepalingen uit de regelgeving voor de medisch specialistische zorg, mede naar aanleiding van de corona-uitbraak, blijvend versoepeld. Een zorgactiviteit mag worden geregistreerd als zorg op afstand wordt geleverd of op een

²⁰⁹ Artikel 24.14 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

²¹⁰ NZa (2017). Besluitvormingsdocument Hoofdlijnen DBC-pakket RZ18a

Declaratie zorgproducten 2017

Patiënt overleden/ontslagen vóór face-to-face contact met medisch specialist

Wanneer een gespecialiseerd verpleegkundige of verpleegkundig specialist van het team Palliatieve Zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt (icc/medebehandeling), dient een medisch specialist van het team Palliatieve Zorg face-to-face contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren.²¹² Als de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

Stand van zaken 2025

andere locatie dan in het ziekenhuis. Er zijn enkele nieuwe zorgactiviteiten voor eerste consulten op afstand bijgekomen en bij een aantal zorgactiviteiten is face-to-face contact niet langer vereist. Daarbij moet wel worden voldaan aan alle voorwaarden.²¹¹ Zie ook [hoofdstuk 2.3](#).

Nieuwe zorgactiviteit per 1 januari 2018: consult door een lid van het team palliatieve zorg²¹³

Als een gespecialiseerd verpleegkundige van het team Palliatieve Zorg een opgenomen patiënt adviseert of begeleidt, dient een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitoefent en onderdeel uitmaakt van het team Palliatieve Zorg contact gehad te hebben met de patiënt om zorgproducten palliatieve zorg te kunnen declareren. Dit contact kan ook als zorg op afstand plaatsvinden. Als de patiënt overlijdt of ontslagen wordt voordat dit plaatsvindt, kunnen geen zorgproducten palliatieve zorg worden gedeclareerd.

7.2 Thuis

Knelpunten specialist Ouderengeneeskunde 2017

Inzet specialist Ouderengeneeskunde

De huidige bekostiging van de inzet van een in palliatieve zorg opgeleide specialist Ouderengeneeskunde in de eerstelijns leidt

Stand van zaken 2025

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

De zorg door de specialist Ouderengeneeskunde in de thuissituatie voor patiënten zonder Wlz-indicatie wordt vanaf

²¹¹ NZa, [Wanneer registreer je een consult op afstand?](#)

²¹² Artikel 24.44 en 24.45 NZa Regeling Medisch specialistische zorg 2025

²¹³ Artikel 24.15 NZa Regeling medisch-specialistische zorg 2025

Knelpunten specialist Ouderengeneeskunde 2017

nog regelmatig tot problemen in de praktijk.

Stand van zaken 2025

2020 niet langer bekostigd via de tijdelijke subsidieregeling extramurale zorg, maar vanuit de Zvw (zie [paragraaf 2.2.1](#)).

Knelpunten wijkverpleging 2017

Hoort een patiënt in de Wlz of de Zvw?

Als patiënten thuis willen sterven, kan het gebeuren dat de verzekeraar aanstuurt op een overgang naar bekostiging vanuit de Wlz als de zorgvraag oploopt.²¹⁴

24-uurs zorg (Zvw)

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

Indicatiestelling VV 10 door CIZ (Wlz)

PTZ dient vaak snel geregeld te worden. De indicatie door het CIZ voor het ZZP VV10 duurt uiterlijk zes weken en kan met een

Stand van zaken 2025

Bij PTZ-overgang niet mogelijk

Als een patiënt nog geen Wlz-indicatie heeft, zal het CIZ deze niet meer afgeven als er sprake is van een terminale situatie.²¹⁵ In de PTZ kan een patiënt niet overgaan van de Zvw naar de Wlz. Voor aanvang van de PTZ, kiest de patiënt zelf of hij een indicatieaanvraag voor de Wlz indient of niet.²¹⁶

Intensieve zorg

24-uurs zorg wordt voortaan 'intensieve zorg' genoemd.²¹⁷ Zorginstituut Nederland heeft in een nadere duiding aangegeven op welke manier deze zorg onder de verzekerde zorg valt.²¹⁸ V&VN heeft in het 'Begrippenkader indicatieproces'²¹⁹ verheldert hoe de wijkverpleegkundige deze zorg kan indiceren. Zie verder [paragraaf 2.1.2](#).

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

Vanaf 1 januari 2018 kan voor patiënten die reeds een indicatie voor de Wlz hebben VV 10 worden gedeclareerd. Dit kan als de

²¹⁴ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

²¹⁵ CIZ (2017), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15

²¹⁶ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 42-43

²¹⁷ VWS (2018), Verbeteringen palliatieve zorg [Kamerbrief], p. 5

²¹⁸ ZIN (2019), Verpleegkundige indicatiestelling: een nadere duiding

²¹⁹ V&VN (2019), Begrippenkader indicatieproces

Knelpunten wijkverpleging 2017

spoedprocedure uiterlijk binnen twee weken gebeuren.²²⁰ Als de zorginstelling de PTZ sneller levert dan het CIZ de indicatie stelt, loopt de instelling het risico dat de zorg niet wordt vergoed.

Tarief Eerstelijnsverblijf (Zvw)

Eerstelijnsverblijf is een kort verblijf in een zorginstelling of een verpleeghuis. Het tarief is niet altijd toereikend voor de zorg in de instelling.

Stand van zaken 2025

behandelend arts inschat dat de levensverwachting korter dan drie maanden is. Het volstaat dat deze levensverwachting is opgenomen in het dossier van de patiënt, voor toetsing bij de materiële controle.²²¹ Een indicatie door het CIZ is hiervoor niet (meer) nodig. Zie voor verdere toelichting [paragraaf 2.1.2](#).²²²

De NZa heeft een kostenonderzoek uitgevoerd en per 1 januari 2025 zijn de tarieven voor het eerstelijnsverblijf palliatieve zorg in de laatste levensfase fors verhoogd.

Knelpunten Geestelijke verzorging 2017

Structurele bekostiging voor elke patiënt

Financiering van zorg door een geestelijk verzorger is in de thuissituatie niet voor elke patiënt in Nederland beschikbaar. Geestelijke verzorging zit niet in het basispakket, omdat op dit moment de resultaten van de interventie nog moeten worden aangetoond.²²³

Stand van zaken 2025

Bekostiging via de subsidieregeling voor Netwerken Palliatieve Zorg

De subsidieregeling voor Netwerken Palliatieve Zorg die zou komen te vervallen per 2022, is met vijf jaar verlengd.²²⁴ De inzet van geestelijk verzorgers in de eerstelijns op basis van deze regeling blijft daarmee in principe mogelijk tot 1 januari 2027, zie [paragraaf 2.2.3](#).²²⁵

7.3 Wijkverpleging

Knelpunten wijkverpleging

Stand van zaken 2025

²²⁰ Artikel 3.2.4 Besluit langdurige zorg

²²¹ Artikel 11 NZa Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 - BR/REG-25131a

²²² CIZ, Palliatief terminale zorg eenvoudiger te regelen in 2018

²²³ VGVZ (2018), Financieringsmogelijkheden geestelijke verzorging in eerstelijns

²²⁴ VWS (2021) Toelichting op Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging in verband met verlenging van de werkingsduur en actualisering

²²⁵ VWS (2018), Aanpak geestelijke verzorging/levensbegeleiding [kamerbrief]

Declaraties na overlijden

Zorg die is verleend aan de patiënt voordat hij of zij overleed, mag na het overlijden worden geregistreerd en in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar. Het komt voor dat declaraties voor zorg aan de patiënt die worden ingediend na het overlijden van de patiënt, door de verzekeraar worden geweigerd.²²⁶

Herinrichten proces

Zorg die voor het overlijden is verleend aan de patiënt, mag na het overlijden worden geregistreerd en in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar. Het kan in de praktijk voorkomen dat dit niet lukt door de inrichting van controlesystemen. In die gevallen dienen aanbieder en verzekeraar samen naar een (handmatige) oplossing te zoeken. De NZa vraagt verzekeraars om het proces anders in te richten, zodat declaraties na het moment van overlijden niet automatisch worden aangemerkt als onrechtmatig.^{227,228}

7.4 Hospice

Knelpunten hospicezorg 2017

Vergoeding (dag)bijdrage hospice

Zorgverzekeraars vergoeden de eigen (dag)bijdrage op verschillende wijzen, en alleen als patiënten aanvullend verzekerd zijn. Sommigen gemeentes vergoeden ook deze eigen bijdrage. Dat verschilt echter per gemeente. Deze vorm van zorg is daarmee niet gelijk toegankelijk voor iedereen.

Bij HCH mag vanaf 2025 geen eigen bijdrage meer in rekening worden gebracht, bij BTH wel. Het is mogelijk dat dit leidt tot een verschuiving van aanmeldingen van BTH naar HCH/PU.

Stand van zaken 2025

Maatschappelijke verantwoordelijkheid

Hospices nemen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid waarmee de eigen bijdrage wordt kwijtgescholden als mensen deze niet kunnen betalen (en dat dit dan wordt betaald door particuliere donaties aan het hospice).

7.5 Verpleeghuis

Knelpunten Verpleeghuis/PU 2017

Stand van zaken 2025

²²⁶ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27

²²⁷ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat, p. 27

²²⁸ NZa (2017), Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat

7.6 Patiënten

Knelpunten en vragen in 2019

Nachtzorg door de wijkverpleegkundige

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

Maaltijdondersteuning (Wmo/Zvw)

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

Personenalarmering (Wmo/Zvw)

Soms is onduidelijk of personenalarmering via de Wmo of de Zvw wordt vergoed.

Vergoeding voor mantelzorg is onduidelijk

Welke vergoedingen of voorzieningen er zijn voor mantelzorgers is onduidelijk.

Stand van zaken 2025

Als in de nacht zorg wordt geleverd, valt dit onder de reguliere wijkverpleging die wordt geïndiceerd door de wijkverpleegkundige. Die betreft hierbij waar mogelijk het netwerk van de patiënt en ook vrijwilligers. Vanuit de Zvw is er geen maximum aan het aantal ingezette uren.²²⁹ In 2019 hebben betrokken partijen afgesproken dat een terminaliteitsverklaring niet meer nodig is, voornamelijk met uitzondering van aanvragen van een PGB voor zorg in de palliatief terminale fase.²³⁰ paragraaf 2.1.2

Maaltijdondersteuning wordt vergoed vanuit de:

1. Zvw: als er sprake is van een 'geneeskundige context of een hoog risico daarop'.
2. Wlz: Als de patiënt een Wlz indicatie heeft. In andere gevallen kan maaltijdondersteuning worden vergoed vanuit de Wmo.

Personenalarmering wordt (soms) deels vanuit de aanvullende verzekering vergoed, als er sprake is van een medische indicatie. Is deze er niet, en is er sprake van een sociale indicatie, dan kan het in aanmerking komen voor vergoeding vanuit de Wmo.²³¹

De ondersteuning van mantelzorgers is geregeld in de Wmo en verschilt daarom per gemeente.²³²

²²⁹ V&VN Normenkader (2019), Begrippenkader Indicatieproces

²³⁰ WVS, Palliatieve zorg: terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig Geraadpleegd 8 december 2019

²³¹ Rijksoverheid, Wanneer krijg ik personenalarmering voor thuis vergoed? Geraadpleegd op 23 juli 2021

²³² Artikel 2.1.2 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Knelpunten en vragen in 2019

Stand van zaken 2025

Snelle levering van hulpmiddelen is lastig

Een snelle levering van hulpmiddelen is in de praktijk lastig.

Respijtzorg kan in sommige gevallen ook vanuit de Wlz worden ingevuld, als de patiënt een Wlz indicatie heeft. Er zijn zorgverzekeraars die vervangende mantelzorg vergoeden vanuit de aanvullende pakketten.²³³

Het is mogelijk om voor hulpmiddelen die vanuit de Wmo worden vergoed, een spoedaanvraag te doen bij de gemeente. De gemeente kan dan bekijken of ze een sneller besluit kunnen nemen over een definitieve of tussentijdse oplossing.²³⁴

Eigen bijdrage bij overgang hospice

Het is niet altijd duidelijk of een patiënt een hoge of een lage eigen bijdrage betaalt, als hij langer dan 4 maanden in een Wlz-instelling verblijft en daarna naar een hospice gaat.

Een patiënt in een Wlz-instelling betaalt de eerste 4 maanden de lage, en daarna de hoge eigen bijdrage. De patiënt blijft de lage eigen bijdrage ook na vier maanden betalen als: de patiënt een thuiswonende partner heeft, in het levensonderhoud van thuiswonende of uit huis studerende kinderen voorziet, of van een Wlz-instelling naar een niet WTZa-toegelaten hospice gaat.²³⁵



7.7 Palliatieve zorg voor kinderen

Knelpunten ziekenhuis

Stand van zaken 2025

Inzet van Kinder Comfort Teams (KCT) en kinderartsen bij perinatale palliatieve zorg is niet declarabel

De inzet van KCT's en kinderartsen bij de begeleiding van ouderen waar hun kind nog niet geboren is maar waarvan wel

Omdat er sprake is van een nieuwe zorgvraag, heeft de NZa aangegeven dat er een apart traject geopend mag worden met

²³³ Movisie. [Wetten en financiering respijtzorg? Geraadpleegd op 3 januari 2025](#)

²³⁴ Patiëntenfederatie. [Spoedaanvraag Wmo Geraadpleegd op 3 januari 2025](#)

²³⁵ ZonMw. [O&A's palliatieve zorg voor professionals](#)

Knelpunten ziekenhuis

bekend is dat het kind na geboorte snel zal sterven, is niet declarabel. De inzet van kindergeneeskunde is namelijk enkel mogelijk voor kinderen die nog leven. In het geval van perinatale begeleiding is de inzet van de KCT vergelijkbaar als bij een kind dat na geboorte palliatief is geworden.

Inzet van de KCT's is nog niet structureel geborgd

Op dit moment worden de KCT gefinancierd vanuit interne middelen van de academische ziekenhuizen die beschikbaar zijn voor projecten, gecombineerd met gerichte fundraising. De beschikbare middelen verschillen per academisch ziekenhuis wat maakt dat niet alle KCT de zorg kunnen leveren die kind en gezin nodig hebben.

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

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

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

Stand van zaken 2025

diagnose 316.9950 en zorgvraag kind. Dit traject wordt bij de moeder vastgelegd. De foetus is (nog) geen juridisch persoon, daarom wordt in dit geval een zorgtraject bij de moeder geopend. Het is dus mogelijk om een eigen ZTI1 te openen in het kader van palliatieve zorg.

Per 1 januari 2023 zijn nieuwe zorgproducten voor de kinderpalliatieve zorg geïntroduceerd in de NZa productstructuur.

De NZa adviseert twee mogelijke wijzen van bekostiging:

- Er kunnen afspraken worden gemaakt over onderlinge dienstverlening tussen het ziekenhuis en de eerstelijns zorgaanbieder.
- Er kan zorg worden gedeclareerd door de wijkverpleegkundige, zolang er sprake is van directe zorgverlening gericht op cliëntgebonden afstemming, indicatiestelling en (warme) overdracht bij ontslag en opname van de cliënt terwijl de cliënt nog elders verblijft.²³⁷

Het komen tot oplossingsrichtingen voor dit knelpunt is opgenomen als een van de

²³⁷ NZa. Kan de wijkverpleegkundige ook wijkverpleegkundige zorg declareren, terwijl de cliënt nog in het ziekenhuis (of elv, grz, hospice) verblijft? Geraadpleegd op 3 december 2020

Knelpunten ziekenhuis

daadwerkelijk geleverde zorg, van de overeenkomst met de zorgaanbieder en van (uitsluiten van) dubbele bekostiging.²³⁶

Stand van zaken 2025

actiepunten van het landelijke project 'Wij zien je Wel' waar het gaat om Wlz-pgb.

Knelpunten thuis

Geestelijk verzorging in het KCT buiten het ziekenhuis

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

Stand van zaken 2025

Met de introductie van de nieuwe zorgproducten is er een mogelijkheid gekomen voor alle paramedisch ondersteuners van een KCT om te registreren en in combinatie met het Overleg Palliatief (190006) af te leiden naar zorgproduct '1 tot maximaal 4 consulten door (para)medisch ondersteuner i.v.m. palliatieve zorg (zorg voor mensen die niet meer beter worden) bij kind' (990040 015). Voor het huisbezoek is nog geen structurele vergoeding. Maar dit geldt ook voor de artsen en verpleegkundigen.

Geestelijk verzorgers kunnen voor huisbezoeken gebruik maken van de regeling Geestelijke verzorging thuis. Dit geldt ook voor geestelijk verzorgers die zowel in 1e als ook 3e lijns medische kindzorg werkzaam zijn.

²³⁶ Significant Public (2020) Zorg in ziekenhuis aan mensen met een (complexe) verstandelijke en/of lichamelijke handicap

Knelpunten respijtzorg (verpleegkundig kinderdagverblijf)

Gemeenten vergoeden respijtzorg voor kinderen over het algemeen niet als zij vinden dat er een 'medische' grondslag is. Soms betreft het in die gevallen echter geen medische, maar een sociale grondslag. Respijtzorg op basis van die sociale grondslag wordt niet altijd geïndiceerd. Soms leidt dit tot een sociale opname-indicatie in het ziekenhuis om ouders te ontlasten.

Stand van zaken 2025

Afgifte van een SMI (sociaal medische indicatie) is mogelijk, met uitzondering van de ouders die tevens vanuit een Zvw-pgb zorg inzetten voor hun eigen kind, aangezien dat als inkomen wordt gezien.

Respijtzorg vanuit de Zvw is wel mogelijk en wordt veelal ook ingezet. Bij alle palliatieve kinderen is de medische grondslag voorliggend.

Knelpunten overige kosten

- Logeervergoeding voor ouders

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

- Aanvragen huishoudelijke hulp als de zorgvrager een kind is

Huishoudelijke hulp vanuit de WMO kan in principe niet worden aangevraagd als de zorgvrager een kind is. Als oplossing hiervoor kan huishoudelijke hulp via de ouders worden aangevraagd, als zij mantelzorger zijn. In de praktijk wordt dit vaak niet toegekend.

- Inzet persoonlijke verzorging op diverse punten opgelost

Stand van zaken 2025

De eigen bijdrage van € 15 per nacht als ouder in een Ronald McDonald-huis wordt deels of zelfs geheel vergoed vanuit de aanvullende verzekering die veel ouders hebben afgesloten.

Ouders worden getraind door de Ouder-Kind-Educatie (OKE-training) die is ontwikkeld. Ze zijn naar succesvol doorlopen bevoegd en bekwaam om handelingen uit te voeren.²³⁸

Soms ook wordt een deel van de persoonlijke verzorging vanuit de Zvw geïndiceerd en een deel vanuit de Jeugdwet. In de praktijk wordt dan gekeken of de persoon die de persoonlijke verzorging biedt, bekwaam kan worden gemaakt om de verpleegkundige handelingen uit te voeren.

²³⁸ <https://integralekindzorgmetmks.nl/ouder-kind-educatie/>

Knelpunten overige kosten

Medisch verpleegkundig handelen is niet altijd even scherp af te bakenen.

Stand van zaken 2025

Opgelost door handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK).

Bijlagen

B1 Relevante wet- en regelgeving

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Iedereen in Nederland moet een basisverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar en kan daar desgewenst een aanvullende verzekering bij afsluiten. De overheid bepaalt wat in het basispakket zit. De zorgverzekeraar heeft de zorgplicht om dat aan al zijn verzekerden te leveren. De zorgverzekeraar en zorgaanbieders sluiten daarvoor contracten af met elkaar.²³⁹

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz is bedoeld voor mensen die voortdurend (intensieve) zorg nodig hebben in de nabije omgeving. Een patiënt krijgt in principe zorg vanuit de Zvw, tenzij hij een indicatie voor de Wlz aanvraagt. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) indiceert welke zorg iemand nodig heeft. De patiënt krijgt een zorgprofiel op basis waarvan hij zorg ontvangt. In het zorgprofiel is de omvang van persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling vastgelegd. Het zorgkantoor (veelal de grootste zorgverzekeraar in een regio) ziet erop toe dat de zorg wordt geleverd en sluit daarvoor contracten af met zorgaanbieders.²⁴⁰

Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo)

Vanuit de Wmo krijgen personen met een beperking ondersteuning om te kunnen blijven meedoen in de maatschappij en thuis te kunnen blijven wonen. De gemeenten zijn hiervoor verantwoordelijk. Elke gemeente kan dit op eigen wijze vormgeven.²⁴¹

Jeugdwet

De Jeugdwet regelt ondersteuning, hulp en zorg voor jeugdigen en hun families bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. De verantwoordelijkheid ligt bij de gemeenten. Die bepalen hoe ze dat in de praktijk vormgeven en wat er precies aan jeugdhulp nodig is.²⁴²

Regeling Palliatieve Terminale Zorg en geestelijke verzorging thuis (Regeling PTZ)

De Regeling PTZ is een jaarlijkse instellingsubsidie voor de inzet van getrainde vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg (PTZ). De regeling bevat ten dele ook een tegemoetkoming in de exploitatie- en huisvestingskosten.²⁴³ De hoogte van de subsidie wordt berekend op basis van het gemiddeld aantal patiënten per kalenderjaar in de afgelopen drie jaar. Er geldt een tarief per palliatieve terminale patiënt en per zorgsetting.²⁴⁴ Daarnaast is de inzet van geestelijke verzorgers en rouw- en verliesbegeleiders thuis via de regionale instellingen voor geestelijke verzorging thuis alsmede de regionale netwerken palliatieve zorg in de Regeling PTZ ondergebracht.

Wet toetreding zorgaanbieders (WTZa)

Deze wet is per 2022 in werking getreden en vervangt de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Alleen WTZa-toegelaten instellingen kunnen een contract afsluiten voor Eerstelijnsverblijf (Zvw) en Wlz zorg in een instelling.²⁴⁵

²³⁹ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 7-11

²⁴⁰ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 13-15

²⁴¹ VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 17-19

²⁴² VWS (2016), Het Nederlandse zorgstelsel, p. 21-23

²⁴³ VWS (2016), Wijziging regeling PTZ [Kamerbrief]

²⁴⁴ Artikel 6 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis

²⁴⁵ Toetreding zorgaanbieders. Over de WTZa? Geraadpleegd op 3 januari 2025

In de palliatieve terminale fase kan een patiënt niet van de Zvw naar de Wlz gaan of andersom. Als een patiënt zorg krijgt vanuit de Zvw, dan ontvangt hij de palliatieve terminale zorg (PTZ) ook vanuit de Zvw. Als een patiënt zorg krijgt vanuit de Wlz, dan ontvangt hij de PTZ ook vanuit de Wlz. Het maakt daarbij niet uit waar de patiënt verblijft of wil verblijven (met uitzondering van ziekenhuiszorg).²⁴⁶

²⁴⁶ [CIZ \(2017\), Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2017, p. 15](#)

B2 Poortspecialisten en -functies

Een zorgaanbieder met de poortfunctie kan een zorgtraject voor medisch-specialistische zorg starten. De poortfunctie kan worden uitgevoerd door de poortspecialist, enkele ondersteunende specialisten en enkele beroepsbeoefenaren die geen medisch specialist zijn.²⁴⁷

	Poortspecialist	Poortfunctie	Diagnose pz
oogheelkunde (0301)	X	X	
KNO (0302)	X	X	
heelkunde/chirurgie (0303)	X	X	
plastische chirurgie (0304)	X	X	
orthopedie (0305)	X	X	
urologie (0306)	X	X	
gynaecologie (0307)	X	X	
neurochirurgie (0308)	X	X	
dermatologie (0310)	X	X	
inwendige geneeskunde (0313)	X	X	X
kindergeneeskunde/neonatologie (0316)	X	X	X
gastro-enterologie/ mdl (0318)	X	X	
cardiologie (0320)	X	X	
longgeneeskunde (0322)	X	X	X
reumatologie (0324)	X	X	
allergologie (0326)	X	X	
revalidatie (0327)	X	X	
cardio-pulmonale chirurgie (0328)	X	X	
consultatieve psychiatrie (0329)	X	X	
neurologie (0330)	X	X	X
klinische geriatrie (0335)	X	X	X
radiotherapie (0361)	X	X	
sportgeneeskunde	X	X	
interventie-radioloog (0362)		X	
anesthesioloog-pijnspecialist (0389)		X	X
klinisch geneticus (0390)		X	
arts-assistent		X	
klinisch fysicus audioloog (1900)		X	
specialist ouderengeneeskunde (8418)		X	
SEH-arts KNMG		X	
verpleegkundig specialist		X	
physician assistant		X	
Klinisch technologen		X	
tandarts-specialisten mondziekten en kaakchirurgie		X	
gespecialiseerd verpleegkundige			
huisarts			
Arts voor verstandelijk gehandicapten			

Dit is een bijlage bij [Hoofdstuk 1 Ziekenhuis](#).

²⁴⁷ Artikel 1, dd en ee van Regeling medisch-specialistische zorg 2025

B3 Overzicht betrokken organisaties

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

Deelnemende organisaties Werkgroep eerste lijn

Landelijke Huisartsenvereniging
Vereniging specialisten ouderengeneeskunde
Vereniging van Geestelijk Verzorgers
Verpleegkundigen & Verzorgenden NL
Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg
Associatie Hospicezorg Nederland
Actiz

Deelnemende organisaties Werkgroep tweede lijn

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie
Nederlandse Internisten Vereniging
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie
Nederlandse Vereniging van artsen voor Longziekten en Tuberculose
Nederlandse Vereniging voor Neurologie
Verpleegkundigen & Verzorgenden NL
Leids Universitair Medisch Centrum
Maasstad Ziekenhuis
Radboud Universitair Medisch Centrum
Rijnstate Ziekenhuis

Deelnemende organisaties Klankbordgroep

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Nederlandse Zorgautoriteit
Praktijkteam palliatieve zorg ministerie van VWS
Raad Beroepsbelangen Federatie Medisch specialisten
Zorgverzekeraars Nederland

In 2021 is in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Branchevereniging voor Integrale Kindzorg (BINKZ) en Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg informatie toegevoegd over bekostiging van palliatieve zorg voor kinderen.

B4 Verantwoording

Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

In het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland (IKNL/Palliactief, 2017) staat beschreven wat vertegenwoordigers van patiënten en hun naasten, zorgverleners en zorgverzekeraars vinden dat de kwaliteit van palliatieve zorg in Nederland moet zijn.²⁴⁸ Tijdens de totstandkoming van het kwaliteitskader zijn knelpuntenanalyses^{249,250} in zowel de eerste als in de tweede lijn verricht, om te inventariseren welke drempels het in de praktijk brengen van het kwaliteitskader zouden kunnen belemmeren. Eén van de ervaren belemmeringen betrof de financiering.

Passende financiering

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

Totstandkoming Handreiking financiering

De mogelijkheden, knelpunten en oplossingen, die uit deze bijeenkomsten en het Rapport 'Palliatieve zorg op maat' (NZa, 2017).²⁵¹ naar voren kwamen, zijn gebundeld in de Handreiking financiering palliatieve zorg 2018. De eindversie is tot stand gekomen na consultatierondes met de werk- en een klankbordgroep (zie bijlage 3) en in goede afstemming met het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS en de NZa. Deze handreiking is sindsdien jaarlijks herzien.

In 2020 is in samenwerking met het Netwerk Palliatieve Zorg Oost-Veluwe en de Patiëntenfederatie Nederland een hoofdstuk (5) toegevoegd met eigen betalingen van patiënten en een paragraaf met knelpunten en veel gestelde vragen hierover. In 2021 is in samenwerking met de NVK, BINKZ en het Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg in de hoofdstukken 1, 2 en 3 informatie toegevoegd en een aparte paragraaf met knelpunten, die alle specifiek van toepassing zijn voor de financiering van de kinderpalliatieve zorg. De herziene versies inclusief knelpunten zijn telkens wederom afgestemd met het Praktijkteam palliatieve zorg van het ministerie van VWS, de NZa en andere relevante stakeholders. Ook deze versie voor 2025.

²⁴⁸ Palliactief (2017), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

²⁴⁹ IKNL/ Palliactief (2017), Knelpuntenanalyse Palliatieve zorg in de eerste lijn

²⁵⁰ IKNL/ Palliactief (2015), Palliatieve zorg in Nederlandse ziekenhuizen

²⁵¹ NZa (2017), Rapport Palliatieve zorg op maat

