



# Visie bekostiging palliatieve zorg

Visiedocument

Update 11 maart 2022

# Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	4
------------------------	---

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1	Aanleiding	10
1.2	Doelstelling	11
1.3	Aanpak	11
1.4	Scope	12
1.5	Leeswijzer	12
<b>2</b>	<b>Palliatieve zorg is passende zorg</b>	<b>13</b>
2.1	Wat is passende zorg?	14
2.2	Wat is palliatieve zorg?	15
2.3	Passende palliatieve zorg	18
2.4	Samenvatting	20
<b>3</b>	<b>De invloed van bekostiging op palliatieve zorg</b>	<b>21</b>
3.1	Doelen in de palliatieve zorg en de rol van bekostiging	22
3.1.1	Wensen patiënt vroegtijdig in beeld; proactieve zorgplanning	23
3.1.2	Transmurale samenwerking en centrale coördinatie	24
3.1.3	Voorkomen van niet passende zorg	25
3.1.4	Goede afronding van het zorgproces	27
3.1.5	Bekostiging en doelen sluiten niet op elkaar aan	27
3.2	Samenvatting	29
<b>4</b>	<b>Passende bekostiging voor palliatieve zorg</b>	<b>30</b>
4.1	Stimuleren van kwaliteit via bekostiging	31
4.1.1	Kwaliteitsindicatoren in de palliatieve zorg in ontwikkeling	32
4.2	Vormen van alternatieve bekostiging	32
4.3	Alternatieve bekostiging voor palliatieve zorg	34
4.4	De keuzevrijheid van alternatieve bekostiging	36
4.5	Organisatie van palliatieve zorg	36

4.6	Samenvatting	37
<b>5</b>	<b>Keuzes om te komen tot passende bekostiging</b>	<b>39</b>
5.1	Keuzes noodzakelijk om palliatieve zorg via bekostiging te bevorderen	40
5.2	Bouwsteen: Afbakenen patiëntpopulatie	40
5.3	Bouwsteen: Afbakening zorgkosten	41
5.4	Bouwsteen: Tarief	43
5.5	Bouwsteen: Verantwoordelijkheid	44
5.6	Bouwsteen: Kwaliteit van zorg	44
5.7	Samenvatting	45
<b>6</b>	<b>Routekaart</b>	<b>46</b>
6.1	Versnellen op proactieve zorgplanning	47
6.1.1	Inzet NZa	48
6.2	Naar bundelbekostiging gekoppeld aan kwaliteit via relevante uitkomstindicatoren	49
6.2.1	Inzet NZa	49
6.2.2	Inzet koepelorganisaties	50
	Literatuurlijst	51
<b>Bijlagen</b>		
	Bijlage 1 Betrokkenen bij expertsessies	55
	Bijlage 2 Essenties kwaliteitskader palliatieve zorg	56
	Bijlage 3 Samenvatting Expertsessie 1: Patiëntreizen en doelen	57
	Bijlage 4 (maatwerk)mogelijkheden in de bekostiging	59



# Managementsamenvatting

De NZa heeft de volgende ambitie voor de bekostiging van palliatieve zorg:

- Inbouwen van een prikkel in de bekostiging voor tijdige proactieve zorgplanning per 2025.
- Partijen aansporen om in te zetten op regionale transmurale samenwerking rondom de patiënt en ondersteunen in het toewerken naar bundelbekostiging in de regio, gekoppeld aan relevante uitkomstindicatoren.

In Nederland kunnen we allemaal rekenen op goede palliatieve zorg wanneer we die nodig hebben. Juist in de laatste levensfase is het belangrijk dat de zorg aansluit op onze eigen wensen, waarden en behoefte, zodat de zorg kwaliteit aan de laatste periode van ons leven toevoegt. Naast een positief effect op de kwaliteit van leven zien we in de praktijk dat palliatieve zorg voorkomt dat er zorg geleverd wordt die geen waarde toevoegt voor de patiënt. Uit verschillende experimenten blijkt dat goede palliatieve zorg doelmatig is. Goede palliatieve zorg bevordert ook de werktevredenheid van betrokken zorgverleners. Daarnaast wordt zorg verplaatst van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Ook sluit goede palliatieve zorg aan op de essenties van passende zorg; waardegedreven, patiënt centraal, juiste zorg op de juiste plek en gezondheid in plaats van ziekte. Deze visie op de bekostiging van palliatieve zorg maakt onderdeel uit van de beweging naar passende zorg voor het totale zorglandschap vanuit een integrale blik.

Het kwaliteitskader palliatieve zorg beschrijft wat we verstaan onder goede palliatieve zorg, maar de praktijk blijkt om verschillende redenen weerbarstig. Als NZa kijken we daarbij naar de rol van de bekostiging. In deze visie zetten we uiteen hoe de bekostiging kan bijdragen aan het op niveau houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van palliatieve zorg.

## Doelstellingen

Om te komen tot deze visie hebben we met generalisten en specialisten in de palliatieve zorg een patiëntreis uitgewerkt voor een palliatieve patiënt met alzheimer, borstkanker en hartfalen. In alle drie de patiëntreizen blijken zorgverleners de volgende doelstellingen te willen bereiken:

- Wensen, waarden en behoeften van de patiënt vroegtijdig in beeld middels proactieve zorgplanning
- Voorkomen van vermijdbare zorg en onnodige belasting van patiënt, naasten en zorgverleners, o.a. door centrale coördinatie
- Transmurale samenwerking zodat juiste expertise bij de patiënt betrokken is
- Goede afronding van het zorgproces bij naasten en betrokken zorgverleners

Experimenten die de positieve effecten van palliatieve zorg aantonen, ontstijgen de experimentfase niet of moeizaam. Voornamelijk doordat palliatieve zorg zich niet beperkt tot één zorgsector, maar dwars door alle sectoren en wettelijke domeinen heen gaat. Om desondanks goed en effectief samen te werken is een goede relatie tussen betrokken zorgorganisaties nodig, gebaseerd op vertrouwen, begrip en een gezamenlijk vertrekpunt.

De huidige bekostiging van palliatieve zorg is echter complex doordat het sector en domein overstijgende zorg is. Dat maakt goede samenwerking lastig. De bekostiging is monodisciplinair ingericht, waardoor voor elke zorgsector eigen regels (prestaties en tarieven) gelden. Wat de

bekostiging in veel zorgsectoren met elkaar gemeen heeft, is dat het financieel loont om meer zorg te leveren, ongeacht de kwaliteit van zorg. Kwaliteit van zorg is niet via de bekostiging van de NZa geborgd maar via andere wegen. Het gevolg is dat financieel gezien kwantiteit boven kwaliteit van zorg gaat. Dit belemmert bijvoorbeeld proactieve zorgplanning.

Het is de uitdaging de bekostiging in lijn te brengen met de doelen die zorgverleners hebben in de zorg voor hun palliatieve patiënten, namelijk palliatieve zorg waarbij de wensen en waarden van patiënten centraal staan door de inzet van proactieve zorgplanning en waar goede samenwerking ervoor zorgt dat de juiste expertise betrokken is en onnodige zorg vermeden wordt.

Daarom schetsen wij in deze visie allereerst het belang om proactieve zorgplanning op kortere termijn in de bekostiging een plek te geven. Om vervolgens de mogelijkheden van alternatieve bekostiging te verkennen om de prikkels in de bekostiging in lijn te brengen met de doelstellingen in de palliatieve zorg. Belangrijk is dat het gaat om een toekomstvisie op het palliatieve zorg landschap, gebaseerd op onder andere theorie uit literatuuronderzoek. In de verdere verkenning en uitwerking nemen we ook de mededingingsaspecten en juridische implicaties mee. Daar is in voorliggende visie nog niet op getoetst; zo werken wij stap voor stap van visie naar concrete uitwerking.

## Proactieve zorgplanning

Proactieve zorgplanning is het tijdig en continue in gesprek zijn met de patiënt en zijn naasten over wensen en grenzen van de zorg. In de palliatieve zorg gaat het om het bespreken van de wensen van de patiënt en het komen tot een individueel zorgplan voor de laatste levensfase. Dat betekent dat er intensieve gesprekken worden gevoerd met de patiënt en dat de patiënt uiteindelijk vaak minder zorg ontvangt in het ziekenhuis en meer zorg in de eerste lijn. Proactieve zorgplanning is daarmee een krachtig instrument om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te verbeteren. Waarbij de wensen van de patiënt vaak gehoord kunnen worden en de zorg tegelijk doelmatiger van aard is door de verplaatsing van de tweede naar de eerste lijn.

Het belang van proactieve zorgplanning in de palliatieve fase wordt breed onderschreven door patiënten en zorgverleners. Het belang ervan wordt in wetenschappelijke en praktijkonderzoeken daarnaast vaak bevestigd. Toch maakt proactieve zorgplanning nog niet altijd onderdeel uit van de geleverde zorg in de palliatieve fase. Zorgprofessionals geven aan dat de tijd voor het goede gesprek wordt gemist en de bekostiging onvoldoende aansluit hierbij. Mede doordat het leveren van zorg juist loont in de huidige bekostiging. In de beleving van zorgverleners wordt het voeren van uitgebreide gesprekken niet betaald. Daarbij komt dat deze gesprekken vaak als gevolg hebben dat een patiënt kan afzien van een behandeling die wel betaald wordt. De prikkel in de bekostiging staat daarmee in de beleving van zorgverleners haaks op wat zij willen doen in de zorg voor hun palliatieve patiënten.

## Alternatieve bekostiging

We hebben het over alternatieve bekostiging, wanneer een bekostigingssysteem afwijkt van fee-for-service bekostiging. Een belangrijke stap richting alternatieve bekostiging is om ook uitkomsten van zorg mee te wegen. Daarmee wordt een deel van de huidige vergoeding voor de zorgaanbieder afhankelijk van diens score op een vooraf bepaalde kwaliteitsindicator. Wij stellen in deze visie voor om voor palliatieve zorg **uitkomstbekostiging** te koppelen aan een alternatief bekostigingsmodel dat zich richt op shared savings of bundelbekostiging. Dat heeft volgens onderzoek positieve effecten op de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg. Beide zijn vormen van alternatieve bekostiging waarmee zorgverleners in

de palliatieve zorg hun doelstellingen in lijn kunnen brengen met de financiële afspraken die zij met andere zorgverleners en verzekeraars maken.

Een **shared savingsafspraken** is een contract tussen één of meer zorgaanbieders en een zorgverzekeraar, waarbij de zorgaanbieders kansen zien om minder of goedkopere zorg te leveren van gelijke kwaliteit. Of ervoor zorgen dat er minder zorg in een andere sector geleverd wordt. Bijvoorbeeld door in de eerste lijn patiënten te behandelen die anders zorg uit de tweede lijn zouden krijgen. Die besparing landt automatisch bij de zorgverzekeraar doordat deze minder schadelast heeft. Achteraf wordt deze besparing berekend en deelt de zorgaanbieder mee in die besparing. De bestaande prestaties en tarieven blijven dus bestaan, er komt alleen een afspraak bovenop.

**Bundelbekostiging** is een vorm van aanbieder overstijgende populatiebekostiging. Het is het integraal bekostigen van een zorgvraag voor een gespecificeerde populatie via een zorgbundel. Eén totaalbedrag, vooraf vergoed, voor alle zorg die een patiënt die deel uitmaakt van de populatie voor die zorgvraag nodig heeft. In plaats van per individuele verrichting, per individuele zorgaanbieder een prestatie en een vergoeding. Een groep zorgaanbieders wordt gezamenlijk inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor het gehele zorgproces. De schotten tussen de verschillende sectoren kunnen daarmee doorbroken worden. Aanbieders mogen het vooraf betaalde bedrag houden, ongeacht of zij het bedrag volledig besteden. Hierdoor wordt een doelmatige samenwerking in de zorg gestimuleerd. Het risico op onderbehandeling kan ondervangen worden door de koppeling aan relevante uitkomstindicatoren.

## Stip op de horizon

Onze gesprekken en theoretische verkenning leiden tot de conclusie dat bundelbekostiging bijdraagt aan passende palliatieve zorg; het is echter ook nog een gezamenlijke zoektocht naar de juiste invulling van belangrijke bouwstenen.

Een combinatie van bundelbekostiging met uitkomstbekostiging lijkt het meest kansrijk om goede palliatieve zorg te bevorderen via bekostiging, zodat zorgverleners de doelstellingen voor hun patiënt optimaal kunnen bereiken. Bundelbekostiging heeft namelijk de sterkste prikkel op transmurale samenwerking, omdat het de monodisciplinaire bekostiging vervangt voor een integrale bekostiging.

Het implementeren van bundelbekostiging is tegelijk complex. Een randvoorwaarde is dat de betrokken zorgaanbieders een gedeelde ambitie hebben en goed samenwerken. Aanbieders van palliatieve zorg in de bestaande netwerken palliatieve zorg willen samenwerken en hebben vaak een gezamenlijk vertrekpunt geformuleerd in een uitgewerkt zorgpad. Zij hebben zo een goede uitgangspositie om betekenisvolle afspraken te maken over bundelbekostiging. Hiervoor zijn belangrijke gezamenlijke keuzes nodig. Met name over de afbakening van de populatie die in aanmerking komt voor de bundel en welke zorg via de bundel vergoed gaat worden. Op basis daarvan kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraar afspraken maken over een passend tarief en de financiële verantwoordelijkheid die zij kunnen en willen dragen.

Hoe groter de bundel, hoe groter de belangen en ook de volume prikkel om patiënten in de bundel te includeren. Om de juiste effecten te bereiken en de complexiteit te beperken kan ook gedacht worden aan een beperktere bundel die een afgebakend onderdeel van palliatieve zorg bevat. In de praktijk moet gaan blijken bij welke omvang van de bundel de beoogde effecten worden bereikt en de complexiteit van de afspraken hiermee in balans is.

## Op korte termijn aan de slag met proactieve zorgplanning

De ontwikkeling richting bundelbekostiging zal een aantal jaren in beslag nemen wanneer regio's hiermee aan de slag willen. Om op korte termijn via de bekostiging een impuls te geven aan goede palliatieve zorg gaan wij aan de slag met proactieve zorgplanning. Dit is een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Het borgt dat de wensen, waarden en behoeften van de patiënt centraal staan in de keuzes ten aanzien van de zorg en ondersteuning.

## Inzet NZa

Om versnelling te realiseren op proactieve zorgplanning in de palliatieve fase en dit een goede plek in de bekostiging te geven, gaan wij uitwerken hoe we via bekostiging kunnen sturen op tijdig het goede gesprek aangaan met de palliatieve patiënt. Dit zal uiteindelijk per zorgsector anders ingericht kunnen worden, afhankelijk van de huidige prikkel die bijdraagt, dan wel tegengesteld is aan de inzet van tijdige proactieve zorgplanning. We streven ernaar een koppeling te maken naar uitkomsten, zodat de prikkel in de bekostiging niet alleen de activiteit (het continue gesprek), maar vooral het beoogde effect belooft; passende zorg in de palliatieve fase. Om de mogelijkheden hiervoor nader te onderzoeken maken we in ieder geval gebruik van relevante inzichten die de komende jaren tot stand komen in onder andere onderzoekstrajecten binnen het programma Palliantie II van ZonMW.

Hoewel het komen tot afspraken over bundelbekostiging primair in de regio tot stand moet komen tussen aanbieders en verzekeraars zien we ook verschillende acties voor onszelf en andere partijen om hierin bij te dragen. Zo zijn er ontwikkelingen gaande die het experimenteren met alternatieve bekostiging voor palliatieve zorg mogelijk maken. Op die manier kan de NZa bijdragen aan de randvoorwaarden en hulpmiddelen die nodig zijn voor aanbieders en verzekeraars om tot bundelbekostiging te komen waarin bekostiging gekoppeld is aan kwaliteit, door:

- In te zetten op een verdere verkenning van mogelijkheden om tot een sectoroverstijgende betaaltitel te komen en palliatieve zorg als pilot mee te nemen in de verkenning
- Experimenten: De NZa volgt en ondersteunt het veld met kennis en advies over mogelijkheden in de bekostiging om te experimenteren. Daarvoor kunnen partijen een beroep op ons doen.
- Focus van de Monitor palliatieve zorg in 2023 op:
  - 1: het in beeld brengen van effecten van aanpassingen in de bekostiging o.a. betreft proactieve zorgplanning
  - 2: verder uitwerken van relevante deelpopulaties en kostenprofielen binnen de populatie waarvoor palliatieve zorg relevant kan zijn.
- Afbakening; wanneer een uniforme landelijk gedragen methode voor het identificeren van de palliatieve fase voorhanden is, kan de NZa bijvoorbeeld de identificering van de palliatieve fase als registratieve activiteit beschikbaar maken voor ziekenhuizen, ten behoeve van data-analyse.

## Inzet koepelorganisaties

Naast deze inzet van de NZa, is het belangrijk dat parallel vanuit de koepelorganisaties verder wordt ingezet op het volgende:

- Uitkomsten en kwaliteitsindicatoren relevant voor palliatieve zorg: voortbouwen op adviezen voor kwaliteitsregistraties die zijn opgesteld naar aanleiding van onderzoeken binnen het programma Palliantie.
  - Aan zet: beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen, Stichting PZNL
- Regionale transmurale samenwerking: Er wordt gewerkt aan voorstellen om domeinoverstijgend samenwerken te kunnen financieren en bekostigen. We voorzien dat de mogelijkheden hiervoor de

komende jaren toenemen. Zo wordt binnenkort verkend of afstemming en coördinatie van zorg voor kwetsbare ouderen (en mogelijk breder) in de thuissituatie voldoende geborgd is in de bekostiging. Mogelijk komen hier oplossingsrichtingen uit naar voren die ook van belang kunnen zijn voor (een deel van) de palliatieve populatie.

- Aan zet: Stichting PZNL, VWS, Zorginstituut, NZa
- Afbakening van palliatieve zorg: Zorginhoudelijk bevelen we aan een landelijke zorgstandaard te ontwikkelen waarbij kort en bondig de uitgangspunten voor palliatieve zorg omschreven staan. Een dergelijke zorgstandaard borgt een landelijk uniforme werkwijze op hoofdlijnen zodat alle burgers in Nederland een zelfde basisniveau van palliatieve zorg kunnen verwachten. Ook helpt het als startpunt bij het inhoudelijke afbakeningsvraagstuk van de palliatieve zorg waarvoor bundelbekostiging ontwikkeld kan worden.
  - Aan zet: Stichting PZNL in samenwerking met de leden van de betrokken branchepartijen en andere relevante wetenschappelijke en beroepsverenigingen. NZa kan met de vervolgmonitor in 2023 aansluiten op behoeften.

We hopen de komende jaren gezamenlijk op te blijven trekken met partijen die op andere vlakken werken aan de organisatie en inhoudelijke doorontwikkeling van palliatieve zorg. Alleen samen kunnen we de mooiste resultaten halen en goede palliatieve zorg voor iedereen in Nederland mogelijk maken.



# 1 Inleiding

Voor u ligt de visie op de bekostiging in de palliatieve zorg. In dit visiedocument beschrijven we hoe de bekostiging eruit moet zien om alleen passende palliatieve zorg te belonen en niet-passende zorg in de palliatieve fase te ontmoedigen. Dit gaat onder andere over het stimuleren van waardegedreven zorg en het versterken van regionale samenwerking. We gaan in dit hoofdstuk eerst in op de aanleiding en doelstelling van deze visie. Vervolgens bespreken we de aanpak en scope. We sluiten dit hoofdstuk af met een leeswijzer.

## 1.1 Aanleiding

De zorg in Nederland is van hoge kwaliteit en de toegang tot zorg is laagdrempelig. We zien ook dat de toegankelijkheid en betaalbaarheid van onze goede zorg onder steeds hogere druk staan. Onder andere door een groeiende zorgvraag en een groeiende complexiteit van deze zorgvraag. Daar tegenover staat het arbeidsmarkttekort dat breed geldt in de maatschappij en zeer goed voelbaar is in de zorg.

Verandering is nodig om ons solidaire zorgsysteem overeind te houden en het werkplezier voor zorgverleners te vergroten. Om de nodige verandering in te zetten heeft de NZa samen met het Zorginstituut Nederland (ZINL) het advies: *Passende Zorg; de toekomst is nu (2020)* uitgebracht. Vier principes zijn leidend bij passende zorg, namelijk:

- 1 Waardegedreven
- 2 Samen met en rondom de patiënt
- 3 Juiste zorg op de juiste plek
- 4 Gezondheid i.p.v. ziekte

De NZa gaat de komende jaren aan deze principes invulling geven door het anders bekostigen van zorg, passend bij de inhoudelijke doelstellingen van de zorg. Hierbij ligt de focus op uitkomsten van zorg, zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt organiseren mede door het versterken van het sociaal domein en de eerste lijn en betere sturingsmogelijkheden voor zorgverzekeraars.

### *Passende zorg en palliatieve zorg*

De afgelopen jaren hebben verschillende beroeps- en brancheverenigingen en overheidsorganisaties zich hard gemaakt voor het verbeteren van palliatieve zorg. Onder andere in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) dat liep van 2014 tot 2020, en dat inmiddels wordt opgevolgd door NPPZ II. Een belangrijk ijkpunt is het kwaliteitskader palliatieve zorg dat eind 2017 is gepubliceerd. Het kwaliteitskader beschrijft wat patiënten en cliënten, zorgverleners en zorgverzekeraars onder goede palliatieve zorg verstaan en het geeft handvatten voor beleid. Wij sluiten aan bij de definities van het kwaliteitskader. De definitie van palliatieve zorg in het kader en in deze visie is:

*Palliatieve zorg is zorg die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard. Gedurende het beloop van de ziekte of kwetsbaarheid heeft palliatieve zorg oog voor het behoud van autonomie, toegang tot informatie en keuzemogelijkheden.*

Het kwaliteitskader is onder andere het vertrekpunt geweest voor experimenten waarbij naast de zorginhoud ook naar passende bekostiging wordt gekeken. Deze experimenten laten de potentie zien van hoe goede, transmuraal georganiseerde, palliatieve zorg kan bijdragen aan passende zorg voor patiënten (wanneer wij spreken over patiënten bedoelen wij zowel patiënten als cliënten). Tegelijk zien we in de praktijk dat de beschikbaarheid van (specialistische) palliatieve zorg, met name in de thuissituatie, onder druk staat. Bijvoorbeeld wanneer thuiszorgorganisaties een patiëntstop afgeven, worden palliatieve patiënten niet altijd doorverwezen naar een andere aanbieder zodat zij tijdig de juiste palliatieve zorg ontvangen (NZa, Monitor contractering wijkverpleging 2021). De druk op de toegankelijkheid van goede palliatieve zorg kan ook impact hebben op de mogelijkheid om thuis te sterven; een wens die velen in de laatste levensfase hebben (Algemene Rekenkamer, 2021).

Hoewel het kwaliteitskader beschrijft wat we verstaan onder goede palliatieve zorg, blijkt de praktijk om verschillende redenen weerbarstig. Als NZa kijken we daarbij naar de rol van de bekostiging. In dit stuk zetten we uiteen hoe de bekostiging kan bijdragen aan het op niveau houden van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van palliatieve zorg.

## 1.2 Doelstelling

De visie heeft als doel om het volgende inzicht te bieden:

- *Op welke manier kan de bekostiging alleen passende palliatieve zorg belonen en niet-passende zorg in de palliatieve fase ontmoedigen?*

De NZa reguleert en houdt toezicht op de zorg binnen de Zvw en Wlz. Vanuit die rol zijn wij in staat om richtinggevend te zijn en randvoorwaarden te scheppen voor de zorg. Vanuit onze regulerende rol doet de NZa dat door prestaties en tarieven vast te stellen. Als toezichthouder door toe te zien op toegankelijkheid en rechtmatigheid van zorg. Binnen de randvoorwaarden van onze beleidsregels komen de contractafspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders tot stand.

De NZa is niet de enige actor in het komen tot passende bekostiging van zorg. De visie zal vanuit een integrale benadering, met de patiënt als vertrekpunt, uitwerken hoe de bekostiging van palliatieve zorg ingericht kan worden. Daarbij benoemen we onze eigen rol en verantwoordelijkheden, maar ook de rollen en verantwoordelijkheden van relevante betrokken partijen. Wij zien het als een gezamenlijke opgave om palliatieve zorg zo te organiseren dat deze kwalitatief, toegankelijk en betaalbaar blijft en bijdraagt aan de voldoening en het werkplezier van zorgverleners. Daarvoor schetst deze visie een toekomstbeeld van het palliatieve zorg landschap met een denkrichting hoe daar te kunnen komen. De juridische implicaties en mededingingsaspecten zijn nog niet meegenomen. Dit volgt in de nadere verkennings- en uitwerkingsfase.

## 1.3 Aanpak

De visie is tot stand gekomen op basis van literatuurstudie, documentanalyse o.b.v. beleidsstukken, twee expertsessies en individuele interviews met experts uit het veld en vertegenwoordigers van branchepartijen en beroepsverenigingen. Zie voor de betrokken rollen bij de expertsessies bijlage 1. De expertsessies met zorginhoudelijke en financiële experts hadden de volgende inhoudelijke focus:

- Sessie 1. De patiënt als vertrekpunt; zorginhoudelijk uitwerken van 3 verschillende patiëntreizen: Alzheimer, Hartfalen, Kanker. 80% van de palliatieve populatie overlijdt aan of met deze aandoening. Centrale vraag bij het uitwerken van de patiëntreizen was: wat wil je als zorgverlener in de verschillende fases bereiken voor je patiënt en wat staat deze doelen in de weg?
- Sessie 2. Doorvertaling van de doelen die uit de patiëntreizen naar voren kwamen bij expertsessie 1 naar bekostiging. Centrale vraag was hoe de bekostiging ingericht kan worden zodat de prikkels in dienst staan van de doelen in de palliatieve zorg. Onder leiding van gezondheidseconomen Jeroen Struijs (RIVM/LUMC) en Arthur Hayen (LUMC/Menzis)

De literatuurstudie en expertsessies geven zicht op de doelen binnen de palliatieve zorg en hoe deze zich verhouden tot de doelen van de NZa. De expertsessies bieden ook aanknopingspunten om de doelen te vertalen naar (alternatieve) vormen van bekostiging die de doelen ondersteunen. Vervolgens

geeft de visie een routekaart voor de vertaalslag die nodig is om vanuit de huidige situatie naar de gewenste situatie te komen; welke opgave er ligt en wie gezamenlijk in staat zijn om (onderdelen van) deze transformatie te bereiken.

## 1.4 Scope

Het patiëntperspectief is leidend om te komen tot de visie. De hiervoor genoemde patiëntreizen en de zorg en ondersteuning die hierin aan bod zijn gekomen zijn de scope van de visie. De scope is daardoor primair Zvw en Wlz zorg, maar raakt ook aan de ondersteuning vanuit de Wmo (o.a. mantelzorg en respijtzorg) en inzet van een geestelijk verzorger. We kijken zowel naar de zorg die geleverd wordt, als naar de (netwerk)structuren die er zijn om deze zorg te organiseren. Ook richt de visie zich op de zorg voor volwassenen. De palliatieve zorg voor kinderen kent andere uitdagingen. Daarvoor loopt momenteel de werkagenda kinderpalliatieve zorg van het kenniscentrum kinderpalliatieve zorg.

## 1.5 Leeswijzer

De visie legt eerst uit wat we verstaan onder passende zorg en hoe palliatieve zorg daarbinnen past. In hoofdstuk drie gaan we in op de prikkels in de bekostiging en de invloed daarvan op palliatieve zorg en de organisatie ervan. Hoofdstuk vier beschrijft de mogelijkheden in de bekostiging om passende palliatieve zorg te belonen die van waarde is voor de patiënt. Onder andere door de prikkels zodanig te laten werken dat deze de doelen ondersteunen. In hoofdstuk vijf worden de bouwstenen beschreven die nodig zijn voor alternatieve bekostiging. Per bouwsteen wordt toegelicht wat dit betekent voor de palliatieve zorg. Hoofdstuk 6 beschrijft aan de hand van een routekaart welke keuzes en stappen de NZa voor zich ziet om te komen tot passende bekostiging en wie welke rollen daarbij vervullen.

## 2 Palliatieve zorg is passende zorg

*Palliatieve zorg is: 'Leven toevoegen aan de dagen, niet dagen aan het leven' (Cicely Saunders).*

Palliatieve zorg zoals omschreven in het Kwaliteitskader palliatieve zorg sluit aan op de visie op passende zorg van de NZa en het Zorginstituut. In dit hoofdstuk beschrijven we wat we verstaan onder passende zorg en hoe palliatieve zorg naadloos hierop aansluit.



Voordat we het concept van passende zorg en palliatieve zorg uitwerken, staan we stil bij het patiëntperspectief wanneer palliatieve zorg aan de orde is. Palliatieve zorg is namelijk zorg waarbij je als patiënt geen herstel of genezing meer mag verwachten vanuit de medische hoek. Deze fase kan dagen, weken, maanden of bij sommige aandoeningen soms langer dan een jaar duren. De meeste mensen vinden het moeilijk om hiermee om te gaan. Want een naderend afscheid en een natuurlijke omgang met de dood is mede door de vooruitgang in de medische wetenschap naar de achtergrond gegaan.

Gelukkig staan we niet met lege handen, dankzij goede palliatieve zorg. Bij goede palliatieve zorg staan de wensen, behoeften en waarden, de zinvolheid voor nu en voor de rest van het leven, voorop. Daarin spelen de naasten een belangrijke rol. Op deze wijze kunnen de lichamelijke, psychische, sociale en zingevingsvragen aan bod komen. Veel mensen hechten daaraan, wanneer ze te horen krijgen van de arts dat ze niet meer beter worden. We willen dat mensen niet worden losgelaten (“ik kan niets meer voor u doen”) maar weten dat ze omringd worden door deskundige mensen. Deze mensen helpen hen bij vragen, klachten en problemen, en nemen als uitgangspunt wat iemand nodig heeft voor een waardevolle laatste levensfase; passende zorg en ondersteuning.

## 2.1 Wat is passende zorg?

Het Zorginstituut en de NZa leverden eind 2020 het advies: *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú op aan de Minister voor Medische Zorg*. Met dit advies willen het Zorginstituut en de NZa met alle betrokken partijen – privaat en publiek – een beweging in gang zetten naar het realiseren van randvoorwaarden voor het leveren van passende zorg; zorg die waarde toevoegt voor de patiënt. Met dit advies als uitgangspunt willen we met alle betrokken partijen werken aan passende zorg.

Passende zorg is zorg die van waarde is voor de gezondheid en het functioneren van het individu, tegen een redelijke prijs. Het gaat daarbij om gepast gebruik en passende organisatie van zorg. Passende zorg is een breed begrip dat zich niet laat vangen in een eenduidige definitie. In het advies worden wel principes beschreven waaraan gewerkt moet worden om alleen passende zorg te laten ontstaan:

- Passende zorg is waardegedreven: relevante winst in gezondheid en functioneren voor de patiënt middels doelmatige inzet van effectieve zorg tegen een redelijke prijs. Voor een patiënt in de laatste levensfase staat een zinvolle invulling van zijn levensdagen voorop. Dat betekent, dat het nog belangrijker is om medische interventies achterwege te laten die geen waarde toevoegen voor de patiënt.
- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand: de functioneringsvraag staat centraal in het samen beslissen, met multidisciplinaire expertise en bezien in de sociale context van de patiënt. Voor de palliatieve zorg betekent dit dat betrokken zorgverleners in gesprek gaan met de patiënt over de wensen en grenzen van de zorg in de laatste levensfase. En hierbij ook eventuele naasten en andere betrokken zorgverleners meenemen en informeren
- Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek: (duurdere) zorg voorkomen, zorg verplaatsen en rondom mensen organiseren, en zorg (waar mogelijk) vervangen door slimme zorg en eHealth. Mensen geven op voorhand aan, waar zij willen sterven. Voor veel mensen is dit bij voorkeur thuis, of in een vertrouwde omgeving waar mensen zich thuis voelen. Dat betekent, dat tijdig in kaart moet worden gebracht, hoe dit geregeld kan worden. Want niemand wil overvallen worden door de situatie, dat een patiënt tegen zijn wens in nog naar het ziekenhuis wordt gebracht vanwege medische complicaties en daar komt te overlijden.
- Passende zorg gaat over gezondheid i.p.v. ziekte: het zet in op gezondheidsbevordering en het verkleinen van gezondheidsverschillen (health in all policies), heeft focus op de eigen ervaringen

gezondheid en functioneren (positieve gezondheid), en werkt aan het voorkomen van ziekte en zwaardere zorg (preventie). Voor patiënten in een palliatief stadium kan dit vertaald worden naar aandacht voor wat iemand nog wel kan en wil, ondanks de beperkingen. En tijdig hierop anticiperen. Immers, goede palliatieve zorg gaat uit van het verminderen, dan wel zoveel mogelijk voorkómen van klachten en problemen en het verbeteren van kwaliteit van leven.

Voor patiënten betekenen de principes van passende zorg dat zij instaat gesteld worden om te kiezen voor passende zorg. Ze zijn zich ervan bewust dat er verschillende (behandel)opties mogelijk zijn, die kunnen leiden tot verschillende uitkomsten op hun eigen functioneren en welbevinden. Dat betekent soms ook dat niets doen beter is dan behandelen.

Het advies roept op om in beweging te komen. Het is tijd voor heldere taal, eenduidige doelen, moedige afspraken én overeenstemming. Het is tijd om alle krachten te bundelen. Het advies kan gezien worden als het startpunt van een stapsgewijze verandering in onze gezondheidszorg. Deze visie op de bekostiging van palliatieve zorg maakt onderdeel uit van de beweging naar passende zorg voor het totale zorglandschap vanuit een integrale blik.

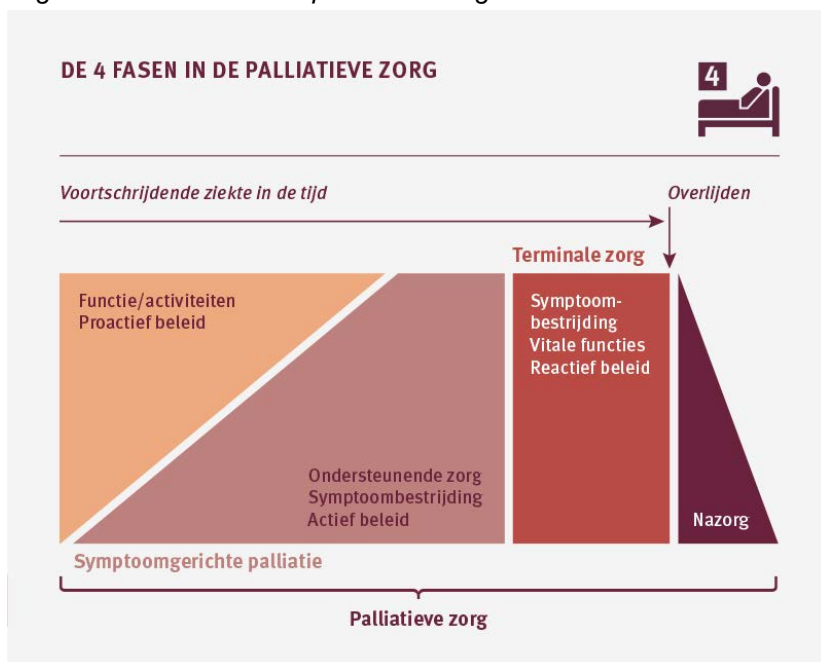
## 2.2 Wat is palliatieve zorg?

Palliatieve zorg is zorg voor patiënten en naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. Deze laatste levensfase noemen we de palliatieve fase. Kwaliteit van leven en welzijn is in deze fase het uitgangspunt. Hoe lang de palliatieve fase duurt verschilt per persoon.

Om palliatieve patiënten en hun naasten in de laatste levensfase zo optimaal mogelijk te ondersteunen en lijden bij deze patiënten te voorkomen en te verlichten, wordt palliatieve zorg ingezet. Vaak wordt in het begin van de palliatieve fase palliatieve zorg ingezet naast zorg die zich richt op de behandeling van de aandoening die iemand heeft. Palliatieve zorg is namelijk meer dan alleen terminale zorg. Het verschil is dat palliatieve zorg jaren kan duren, al vanaf het moment van diagnose. Terwijl pas gesproken wordt over terminale zorg wanneer het overlijden op korte termijn (binnen 3 maanden of minder) wordt verwacht. Palliatieve zorg richt zich op een zo goed mogelijke kwaliteit van leven en terminale zorg richt zich op een zo goed mogelijke kwaliteit van sterven.

Nazorg is onderdeel van de palliatieve zorg en wordt geboden door de betrokken zorgverleners aan nabestaanden van de overleden patiënt. Figuur 1 geeft schematisch de 4 fasen weer die worden onderscheiden in de palliatieve zorg.

Figuur 1 Vier fasen in de palliatieve zorg



Bron: Monitor Palliatieve zorg 2020

## Organisatie van palliatieve zorg

Om palliatieve zorg te organiseren en leveren zoals omschreven in het kwaliteitskader is transmurale samenwerking belangrijk. Palliatieve zorg wordt namelijk in alle zorgsectoren geboden en gaat over meerdere wettelijke domeinen heen (Wlz, Zvw, Wmo). Het wordt geleverd in ziekenhuizen, bij patiënten thuis, in verpleeghuizen en in hospices. Daarnaast spelen vrijwilligers en mantelzorgers een belangrijke rol. Palliatieve zorg en ondersteuning wordt onder andere geleverd door medische specialisten, huisartsen, (wijk)verpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde, paramedici, apothekers, geestelijk verzorgers en vrijwilligers.

Er is een onderscheid tussen generalistische palliatieve zorg en specialistische palliatieve zorg. Zorgverleners hebben generalistische basiskennis en basisvaardigheden in palliatieve zorg. Dit betekent dat de zorgverlener de kernwaarden, principes, methodes en procedures van palliatieve zorg integreert in de zorg voor een patiënt met een levensbedreigende aandoening of kwetsbaarheid. De specialist palliatieve zorg is middels een erkende opleiding in de palliatieve zorg gekwalificeerd en heeft specifieke kennis en vaardigheden in de meer complexe palliatieve zorg. Vaak is de specialist palliatieve zorg werkzaam in een vakgebied waar palliatieve zorg regelmatig deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk, maar niet de belangrijkste focus is (Kwaliteitskader palliatieve zorg NL, 2020).

Dit betekent dat een generalistisch opgeleide zorgverlener zoals een huisarts of een specialist ouderengeneeskunde in de palliatieve zorg juist een specialistische zorgverlener kan zijn. Een specialistisch opgeleide zorgverlener zoals een medisch specialist in een ziekenhuis moet als een generalistische zorgverlener gezien worden als het om palliatieve zorg gaat.

Door de vele betrokkenen vanuit verschillende zorgsectoren en wettelijke domeinen wordt palliatieve zorg in netwerkverband georganiseerd. Er zijn momenteel 65 regionale netwerken palliatieve zorg (gesubsidieerd vanuit de Regeling Palliatief Terminale Zorg en geestelijke verzorging thuis van VWS).

Deze netwerken hebben via de zeven consortia palliatieve zorg een landelijke ondersteuningsstructuur waarin van elkaar geleerd wordt en kennis gedeeld wordt.

De consortia zijn opgericht vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg dat in 2014 door VWS is gestart. Zij hebben als opdracht om palliatieve zorg in Nederland te optimaliseren. Stichting Fibula en Palliatieve Zorg Nederland zijn de landelijke belangenbehartiger van de netwerken, consortia en de consultatieteams palliatieve zorg. Gezamenlijk willen zij interdisciplinaire netwerkzorg verder ontwikkelen zodat patiënten en naasten de best mogelijke palliatieve zorg ervaren.

### Omvang en aard van de palliatieve populatie

Voordat we verder ingaan op passende palliatieve zorg geven we kort enkele cijfers weer. Cijfers die een indicatie geven van het aantal patiënten waarvoor palliatieve zorg relevant kan zijn. Deze cijfers komen uit de monitor palliatieve zorg die de NZa in 2020 heeft uitgebracht. De monitor brengt de zorgkosten in beeld in het laatste levensjaar van de palliatieve populatie; overledenen aan of met een aandoening waarbij palliatieve zorg relevant kan zijn.

Jaarlijks sterven er in Nederland ongeveer 110.000 mensen met een aandoening relevant voor palliatieve zorg (NZa monitor palliatieve zorg, 2020). In onderstaande tabel zijn de kenmerken van de populatie weergegeven naar doodsoorzaak. Afhankelijk van de aandoening waaraan of waarmee een patiënt overlijdt zijn er grote verschillen in de gemiddelde zorgkosten per patiënt. Uit de tabel blijkt dat vooral jongvolwassen patiënten en patiënten die in hun laatste levensjaar langdurige zorg ontvangen (met name Alzheimer en Parkinson patiënten) hoge zorgkosten maken. Gecorrigeerd voor het leeftijdsverschil hebben vrouwen gemiddeld nog steeds hogere zorgkosten dan mannen. Dit wordt deels verklaard doordat een groter deel van de vrouwen dan van de mannen langdurige zorg ontvangt in het laatste levensjaar.

Tabel 1 kenmerken populatie overleden in 2018 met een aandoening relevant voor palliatieve zorg

Kenmerk	Aantal	%	Gemiddelde zorgkosten per patiënt laatste levensjaar
<b>Totaal</b>	110.075	71,9% van alle overledenen	€ 47.447
<b>Man</b>	53.233		€ 43.846
<b>Vrouw</b>	56.842		€ 50.244
<b>Leeftijd</b>		% van palliatieve populatie	
<b>18 – 59 jaar</b>	8.015	7,3%	€ 60.864
<b>60 – 89 jaar</b>	79.238	72%	€ 44.781
<b>90+</b>	22.740	20,7%	€ 54.491
<b>Doodsoorzaak</b>		% van palliatieve populatie	
<b>Alzheimer</b>	18.052	16,4	€ 67.323
<b>COPD</b>	7.186	6,5	€ 45.314
<b>CVA</b>	9.170	8,3	€ 49.333
<b>Hart</b>	25.413	23,1	€ 37.354
<b>Kanker</b>	44.641	40,6	€ 43.809
<b>Lever</b>	1.129	1,0	€ 39.382
<b>Mot.Neur. / Huntington</b>	623	0,6	€ 63.373
<b>MS</b>	371	0,3	€ 67.359
<b>Nieren</b>	1.612	1,5	€ 57.000
<b>Parkinson</b>	1.855	1,7	€ 65.795

Bron: Monitor Palliatieve zorg 2020. Voor het afbakenen van de palliatieve patiëntenpopulatie wordt in de monitor aangesloten bij een internationaal veel gebruikte methode; de methode Etkind (Etkind et al. 2017).

## 2.3 Passende palliatieve zorg

De cijfers in de monitor palliatieve zorg van geleverde ambulancezorg, seh-bezoeken, klinische opnames en opnames op de intensive care roepen de vraag op of deze zorg voor alle patiënten van toegevoegde waarde is geweest. Bijvoorbeeld ruim een kwart van de overledenen met COPD of een leveraandoening wordt in de week voor het overlijden opgenomen in het ziekenhuis. Bijna 15% van de palliatieve patiënten heeft in zijn laatste week voor het overlijden nog te maken met een spoedinzet van de ambulance (Monitor palliatieve zorg, 2020). Dit kan de beste zorg zijn voor een individuele patiënt, maar het kan ook voor een deel van de patiënten onrust geven en ertoe leiden dat zij ongewild sterven in het ziekenhuis in plaats van thuis. Wat in de meeste gevallen de plek van voorkeur is (Algemene Rekenkamer, 2021). Ook de zorg in de laatste levensfase moet bijdragen aan de ervaren kwaliteit van leven. We onderstrepen in de monitor daarom het belang om op tijd met de patiënt in gesprek te gaan en in gesprek te blijven over de wensen en grenzen van de zorg; proactieve zorgplanning.

Proactieve zorgplanning is één van de essenties uit het kwaliteitskader palliatieve zorg (zie bijlage 2 voor de uitwerking van de essenties zoals omschreven in het kwaliteitskader). De essenties van het kwaliteitskader palliatieve zorg sluiten aan op de principes van passende zorg (figuur 2). Proactieve zorgplanning en gezamenlijke besluitvorming zijn bijvoorbeeld een praktische toepassing van het passende-zorg-principe 'Samen met en rondom de patiënt'. De essentie uit het kwaliteitskader palliatieve zorg 'Coördinatie en continuïteit' sluit hierop aan als ook op het principe 'Juiste Zorg op de Juiste Plek'.

*Figuur 2 Principes passende zorg en essenties kwaliteitskader palliatieve zorg*



Dat goede palliatieve zorg gelijk is aan passende zorg wordt bevestigd in internationale studies (Vanbutsele et al., 2018; Cheung et al., 2015; Maltoni et al., 2016; Abarshi et al., 2009). De studies tonen aan dat palliatieve zorg bijdraagt aan kwaliteit van leven en niet passende zorg voor de patiënt

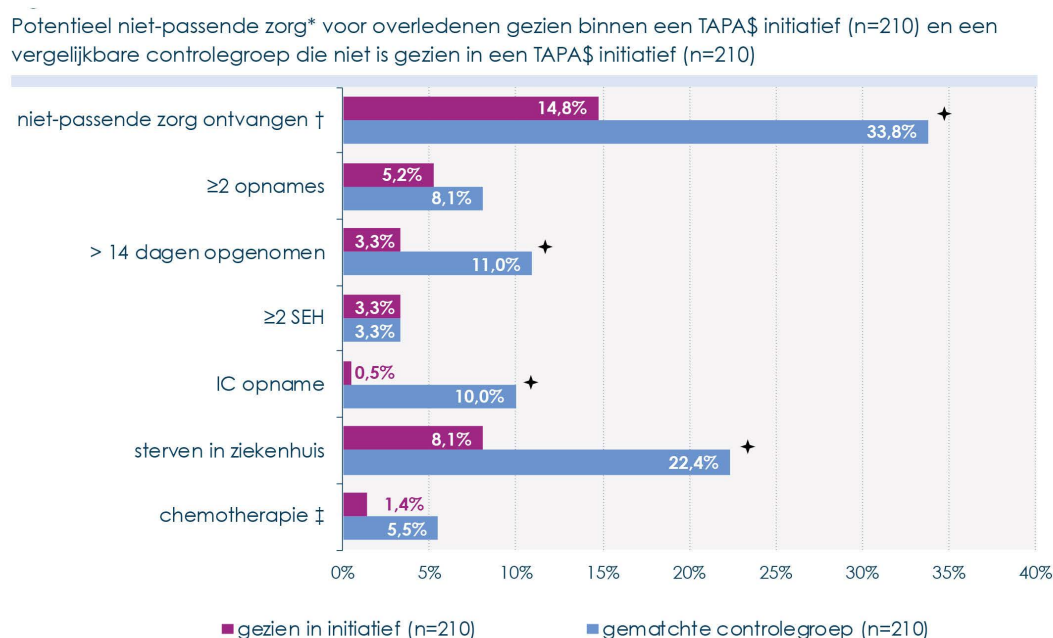


kan voorkomen. De afgelopen jaren zijn er verschillende experimenten gestart om ook in de Nederlandse situatie het effect van de inzet van palliatieve zorg, zoals het kwaliteitskader voorschrijft, te meten. De evaluatie van deze experimenten en andere onderzoeken laten zien dat in de Nederlandse context de inzet van goede palliatieve zorg onder andere de volgende effecten heeft:

- Ervaren kwaliteit van leven en zorg door patiënten en naasten verbeterd
- Minder langdurige ziekenhuisopnames (> 14 dagen) in de terminale fase ([Boddaert et al., 2020](#))
- Zorg verplaatst van de tweede naar de eerste lijn
- Het draagt bij aan het werkplezier en deskundigheidsbevordering van zorgverleners ([PZNL, 2022](#))
- Inzet van proactieve zorgplanning bevordert de kwaliteit van zorg. De mate waarin de geleverde zorg tegemoet komt aan de wensen van patiënten. Reduceert ziekenhuisopnames en behandeling gericht op het verlengen van het leven en bevordert zorg geleverd in hospices (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014).

Vanaf 2018 hebben verschillende initiatieven samengewerkt om inzichtelijk te maken wat de impact van transmurale palliatieve zorg op de kwaliteit van zorg is. Zij hebben tegelijk gewerkt aan een daarbij passende bekostiging, ondersteund door de coöperatie Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) in het project TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\$ting (TAPA\$). Uit het project komen de hiervoor beschreven effecten naar voren. Figuur 3 toont potentieel niet-passende zorg die is geleverd aan patiënten binnen een TAPA\$ initiatief en een controlegroep die niet binnen een TAPA\$ initiatief is gezien. Het project laat daarnaast zien dat de effecten van goede palliatieve zorg op de ervaren kwaliteit en het gemeten zorggebruik bereikt lijken te worden zonder kostenstijging ([Resultaten project TAPA\\$, 2022](#)).

*Figuur 3: Potentieel niet-passende zorg\* voor overledenen gezien binnen een TAPA\$ initiatief (n=210) en een vergelijkbare controlegroep die niet is gezien in een TAPA\$ initiatief (n=210)*



\* Alle items betreffen de laatste 30 dagen voor overlijden, behalve sterven in het ziekenhuis.

† Score op één van de zes items van potentieel niet-passende zorg;

‡ Alleen voor overledenen met kanker

† Statistisch significant verschil (p<0,05)

Bron: PZNL (2022) [Resultaten project TAPA\\$](#)

## 2.4 Samenvatting

De essenties van het kwaliteitskader palliatieve zorg sluiten aan op de principes van passende zorg. Bij goede palliatieve zorg is het uitgangspunt wat iemand nodig heeft voor een waardevolle laatste levensfase. Het draagt bij aan de kwaliteit van leven van patiënten en voorkomt niet passende zorg. Daarmee heeft palliatieve zorg de potentie om passende zorg te realiseren. Verschillende studies tonen dit aan, zowel internationaal als in de Nederlandse context. Waarbij de positieve resultaten voor de patiënt zonder kostenstijging behaald lijken te worden.

# 3 De invloed van bekostiging op palliatieve zorg

Passende zorg gaat over het slimmer organiseren van zorg, dichtbij de patiënt. De bekostiging is een van de instrumenten om op de gewenste organisatie van zorg te sturen. Daar richt deze visie zich op.

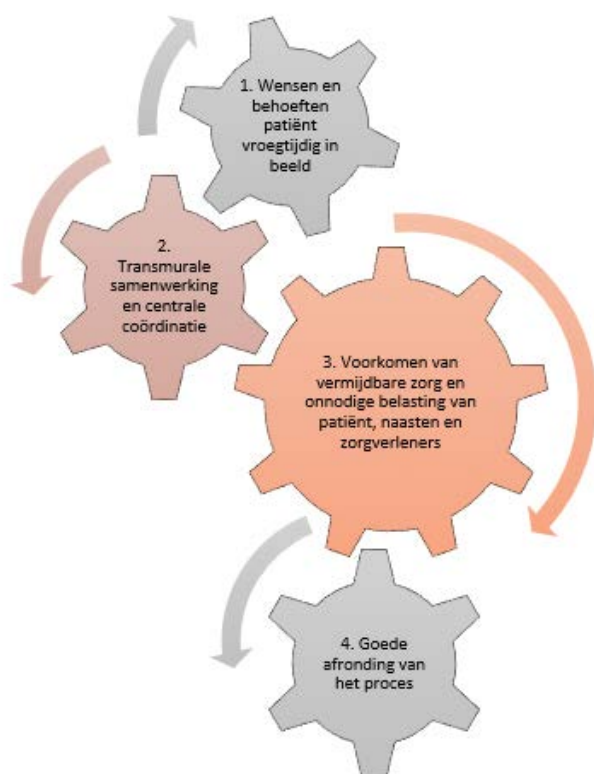
Om te verkennen hoe de bekostiging ingericht kan worden zodat passende zorg in de palliatieve fase wordt beloond, zijn we bij het ontwikkelen van deze visie gestart bij de patiënt. Door patiëntreizen uit te werken met een groep zorgverleners werkzaam in de palliatieve zorg en professionals met expertise op het vlak van bekostiging. Op basis van deze patiëntreizen hebben we een inventarisatie gemaakt. Enerzijds van doelen die de professionals hebben bij het organiseren en leveren van palliatieve zorg aan hun patiënten, anderzijds van de knelpunten die het behalen van deze doelen in de weg staan. In dit hoofdstuk werken we de doelen uit en beschrijven de rol van bekostiging.

### 3.1 Doelen in de palliatieve zorg en de rol van bekostiging

De doelen van zorgverleners bij het leveren en organiseren van palliatieve zorg zijn leidend in deze visie. De patiëntreis omschrijft hoe de zorg er idealiter uitziet voor de patiënt en de zorgverleners. Uitgaan van deze doelen en verkennen hoe de bekostiging hierin kan ondersteunen creëert ruimte om innovatief en vanuit mogelijkheden te denken. Het is een bewuste keuze om niet de huidige ervaren knelpunten als vertrekpunt te nemen, maar het perspectief te schetsen waar we naartoe willen.

Met experts zijn drie patiëntreizen uitgewerkt; voor iemand met hartfalen, iemand met alzheimer en iemand met kanker. Er zijn voor deze patiëntreizen overeenkomstige doelen te identificeren. Ongeacht de patiëntreis hebben zorgverleners in de laatste levensfase de volgende vier doelen voor ogen in de zorg voor hun patiënt.

*Figuur 4 Doelen palliatieve zorg vanuit patiëntreizen*



#### **Definities bij de doelen:**

1. Middels proactieve zorgplanning: een continu en dynamisch proces van gesprekken met de patiënt over levensdoelen en keuzes en welke zorg daar nu en in de toekomst bij past. Het is een proces van vooruit denken, plannen en organiseren.
2. Definitie transmurale palliatieve zorg: “Vormen van zorg die, toegesneden op de behoefte van de patiënt, verleend worden op basis van afspraken over lijn-overstijgende samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en/of specialistische zorgverleners in de palliatieve zorg. Hierbij is sprake van gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden.”
3. Vermijdbare zorg betreft zorg waarvan onderzoek heeft uitgewezen dat deze niet bijdraagt aan ervaren kwaliteit (de Oliveira Valentino et al., 2020).
4. Definitie nazorg: “Nazorg is een onderdeel van rouw en verliesbegeleiding en omvat de zorg en ondersteuning die – in het kader van palliatieve zorg – door de betrokken zorgverleners geboden wordt aan de nabestaanden van de overleden patiënt. Hierbij wordt direct na het overlijden adequaat ingespeeld op wat familie en naasten nodig hebben op praktisch, psychosociaal en spiritueel gebied om de periode van rouw en verliesverwerking goed te kunnen doorlopen.”

Hierna werken we de doelen verder uit en benoemen we wat het belang van deze doelen is om goede palliatieve zorg te bieden. Ook lichten we toe waarom de bekostiging er niet op aansluit. De uitkomsten van de patiëntreizen sluiten grotendeels aan bij eerdere (knelpunt)analyses (zie bijlage 3 voor een samenvatting van de expertsessie).

### 3.1.1 Wensen patiënt vroegtijdig in beeld; proactieve zorgplanning

Palliatieve zorg begint op het moment dat de palliatieve fase wordt geïdentificeerd door een zorgverlener. Voor het herkennen van de palliatieve fase zijn verschillende tools beschikbaar. De bekendste, die ook genoemd wordt in het kwaliteitskader, is de surprise question. Hierbij vraagt de zorgverlener zich af of het hem zal verrassen als de patiënt binnen dat jaar overlijdt. Identificering geeft het startsein voor palliatieve zorg, voor het bespreken van de wensen van de patiënt en het komen tot een individueel zorgplan voor de palliatieve fase. Ook wel; proactieve zorgplanning.

Proactieve zorgplanning gaat over het tijdig en continue in gesprek zijn met de patiënt en zijn naasten over wensen en grenzen van de zorg. In de palliatieve fase gaat het onder meer over hoe de laatste levensfase eruit kan zien, waar men mee geconfronteerd kan gaan worden op lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel gebied en het vastleggen van de bijbehorende mogelijkheden voor zorg, hulp en ondersteuning in een individueel zorgplan. Omdat de palliatieve fase verschillende fases met verschillende kenmerken kent en wensen kunnen veranderen, is het belangrijk om in gesprek te blijven (Stegmann et al., 2021). Het is een dynamisch proces.

Bij voorkeur wordt proactieve zorgplanning aan de orde gesteld door de hoofdbehandelaar, de centrale zorgverlener of door de patiënt en diens naasten (Kwaliteitskader Palliatieve zorg, 2017). Het is belangrijk dat de afspraken in het individueel zorgplan bekend zijn bij de betrokken zorgverleners. Alleen zo kan op elk gewenst moment een zorgverlener de wensen en behoeften van de patiënt inzien en daarnaar handelen. Dit voorkomt onnodig lijden of ongewenste ingrepen zoals een reanimatie bij een thuiswonende patiënt die dit eigenlijk niet meer wil.

Er worden geen of beperkte prikkels in de bekostiging ervaren die aanzetten tot identificering van de palliatieve fase en het voeren van gesprekken voor proactieve zorgplanning. Een gesprek in dit kader kost veel tijd, maar vraagt ook voorbereiding, specifieke vaardigheden en mogelijk emotionele belasting voor de zorgverlener. De manier waarop deze zorg impliciet verwerkt is in tarieven, dan wel aanvullende mogelijkheden in de bekostiging om hier afspraken over te maken worden niet als toereikend ervaren in het veld.

In de setting van het ziekenhuis is er bijvoorbeeld sprake van een perverse prikkel in de bekostiging. Onderzoek wijst namelijk uit dat vroegtijdig in gesprek gaan met de palliatieve patiënt leidt tot minder curatief behandelen en minder langdurige ziekenhuisopnames. De perverse prikkel schuilt in het feit dat (curatief) behandelen financieel meer oplevert dan een consult. Zeker wanneer dit consult meer tijd in beslag neemt dan een regulier consult, omdat het in het teken staat van proactieve zorgplanning. En helemaal als het vaak tot gevolg heeft dat zorg verplaatst van het ziekenhuis naar de eerste lijn.

*In de contractafspraken tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars zien we steeds vaker afspraken over samen beslissen met de patiënt. In 2020 maakte 34% van de ziekenhuizen hier afspraken over en in 2021 was dit toegenomen naar 39% blijkt uit de monitor medisch-specialistische zorg 2021. Een stijging, maar er is ook nog veel terrein te winnen aangezien een meerderheid hier nog geen afspraken over maakt.*

Niet alleen ziekenhuizen hebben te maken met een dergelijke bekostigingsprikkel. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor apothekers. Zij hebben als medicatiespecialist een belangrijke rol in advies over geneesmiddelen, ook in de palliatieve zorg. Vanuit de advies- en consultatierol van apothekers kan *deprescribing* in de palliatieve fase een gevolg zijn; het minderen en/of stoppen met medicatie. Dit is meer dan een logistieke handeling, het gebeurt in samenspraak met de voorschrijver en de patiënt. De nieuwe module 'Minderen en stoppen van medicatie' in de Professionele Standaard Farmacie geeft handvatten voor het voeren van dit gesprek. Voor het voeren van het goede gesprek hierover is



voldoende tijd nodig. Hinder in de bekostiging van palliatieve zorg is dat het extra inspanning van de apotheker vraagt, terwijl de inkomsten dalen als gevolg van de medicatievermindering.

Ook in de langdurige zorg is het wenselijk om tijdig in gesprek te gaan en te blijven met de patiënt en zijn of haar naasten over wensen en grenzen bij een naderend overlijden. Bijna vijf procent van de overledenen die langdurige zorg ontvingen hebben in de week voorafgaand aan het overlijden nog te maken met een bezoek aan de spoedeisende hulp, waarna ze worden opgenomen in het ziekenhuis. Dit percentage ligt een stuk lager bij deze patiënten dan bij patiënten die alleen zorg vanuit de Zvw ontvangen. Deels is dat verklaarbaar doordat bij opname in een langdurige zorginstelling cliënten vaak in gesprek gaan met de Specialist Ouderengeneeskunde. Dan bespreken ze welke zorg wel en niet meer wenselijk is. Proactieve zorgplanning is over het algemeen ingebed in de zorgverlening bij langdurige zorgaanbieders. Toch is het de vraag in hoeverre een seh-bezoek en ziekenhuisopname in de week voor het overlijden voor deze groep patiënten in alle gevallen nog passende zorg is die aansluit bij hun wensen, waarden en behoeften. Het benadrukt het belang om proactieve zorgplanning ook in de setting van de langdurige zorg goed in te vullen.

Tijdens de expertsessies is daarnaast het signaal afgegeven dat het inzetten van proactieve zorgplanning nog voor het identificeren van de palliatieve fase belangrijk is. Bijvoorbeeld kan hierdoor in de thuissituatie bij patiënten met alzheimer opname in een langdurige zorginstelling voorkomen of uitgesteld worden. Door proactieve zorgplanning kan vroegtijdig geregeld worden dat de patiënt thuis kan blijven wonen, met passende zorg en ondersteuning.

Of iemand thuis kan blijven wonen is daarnaast ook in grote mate afhankelijk van de draagkracht en belastbaarheid van de naasten. Het vroegtijdig inzetten van een centrale zorgverlener waarbij de naasten ondersteund en ontlast worden kan hierbij helpen, doordat bijvoorbeeld tijdig de dagbehandeling geregeld kan worden. Ook vanuit het perspectief van zingeving kunnen middels proactieve zorgplanning eerder levensvragen aan de orde komen, wat het welzijn van mensen ten goede gaat komen. Tijdige en integrale inzet van professionals uit de zorg en het sociaal domein kan opeenvolgende problematiek zoals eenzaamheid, schulden of andere gezondheidsproblemen voorkomen. Daarmee draagt het bij aan zowel passende zorg als in reductie van onnodige kosten of overbehandeling en verhoogt het de kwaliteit van leven.

### **3.1.2 Transmurale samenwerking en centrale coördinatie**

Transmurale samenwerking betekent samenwerking tussen zorgverleners van verschillende soorten zorgaanbieders. De diversiteit aan palliatieve zorgvragen op medisch, sociaal, psychisch en spiritueel vlak is groot. Om hieraan tegemoet te komen is generalistische, maar in meer complexe situaties ook specialistische inzet nodig. Palliatieve patiënten hebben daardoor vaak met veel verschillende zorgaanbieders te maken. Om deze zorg goed op elkaar aan te laten sluiten, omissies of dubbele zorg te voorkomen, is transmurale samenwerking, afstemming en consultatie tussen professionals cruciaal (NZa, 2020). Zo blijkt ook uit de uitwerking van de patiëntreizen. De resultaten van de TAPAS studie bevestigen tevens het belang van transmurale samenwerking voor passende zorg in de laatste levensfase. De transmurale samenwerking in combinatie met centrale coördinatie zorgt ervoor dat de juiste expertise op het juiste moment betrokken wordt bij de patiënt. Patiënten overlijden hierdoor bijvoorbeeld vaker op de plek van voorkeur.

Uit de patiëntreizen blijkt dat de fragmentatie van het zorgaanbod in de eerste lijn, met name de wijkverpleging, het organiseren van samenwerking in de regio voor palliatieve patiënten niet bevordert. Er zijn veel kleine aanbieders van thuiszorg, vaak met net een andere focus of doelgroep. Daardoor is het voor zowel zorgaanbieders als patiënten en naasten moeilijk te bepalen welke aanbieder van wijkverpleging de juiste zorg op de juiste plek kan leveren.

Daar bovenop wordt de vergoeding van transmurale samenwerking, afstemming en consultatie als onvoldoende en complex ervaren. Het gaat vaak om niet-patiëntgebonden tijd die in beleving onvoldoende of niet gedeclareerd kan worden. Er lopen verschillende initiatieven voor vergoeding via bijvoorbeeld subsidieregelingen, maatwerkmogelijkheden in de bekostiging of innovatie- en transformatiegelden, maar deze zijn niet in de structurele bekostiging ingebed. Het vraagt veel tijd en inspanning van zorgverleners om voor deze gelden in aanmerking te komen. Afspraken met de preferente zorgverzekeraar geven geen garantie op het volgen van de andere verzekeraars. Ook geeft het onzekerheid voor de zorgaanbieder, omdat deze vergoedingen niet per definitie een permanent of langdurig karakter hebben. Het staat of valt met de betrokkenheid en intenties van de samenwerkende organisaties. Deze onzekere, tijdelijke oplossingen in de bekostiging werpen mogelijk een drempel op voor een zorgaanbieder tot het aangaan van samenwerkingsafspraken in de palliatieve zorg.

Zeker bij complexe zorgvragen kunnen veel zorgverleners betrokken raken bij een patiënt. Niet alleen de onderlinge samenwerking is van belang voor de patiënt, maar de patiënt is ook erg geholpen met centrale coördinatie van zorg. Dit zorgt namelijk voor korte lijnen tussen patiënt en zorgverlener, voor duidelijkheid waar en bij wie de patiënt op welk moment moet zijn. Uit kleinschalige experimenten en pilots blijkt dat coördinatie rondom de patiënt bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Tegelijk is het tijdrovend en nog niet altijd bij elke patiënt duidelijk wie de zorg coördineert. Bijvoorbeeld de huisarts of de (wijk)verpleegkundige kunnen dit beiden doen. Niet in alle zorgsectoren is er een (duidelijke) prikkel in de bekostiging om deze coördinatie op te pakken. Bij opname van een patiënt in de langdurige zorg is bijvoorbeeld onduidelijk wie het casemanagement voor de patiënt oppakt en declareert in de overgangperiode.

We zien dat de specialist ouderengeneeskunde (SO) een steeds belangrijker rol in transmurale samenwerking oppakt. Specialist ouderengeneeskunde staan vaak direct in contact met patiënten, maar ook met het zorgnetwerk van de patiënt. Vanuit deze positie kunnen zij de zorg en ondersteuning vanuit verschillende domeinen samenbrengen rond de patiënt ([Verenso, 2020](#)). Waren ze voorheen meer gericht op de langdurige zorg, inmiddels verschuift dit meer naar patiënten die zorg in de thuissituatie ontvangen vanuit de Zvw. De SO heeft een groeiende rol in de wijk bij thuiswonende ouderen.

Door de aard van hun opleiding en werk zijn ze - onder andere - specialist op het gebied van (regievoering bij) de zorgverlening aan kwetsbare mensen in alle stadia van hun leven, chronische degeneratieve aandoeningen, zorgverlening bij multidomein problematiek en het voeren van gesprekken over het (moeten) loslaten van het leven. De groeiende rol van de SO krijgt onder meer een impuls door de Geneeskundige Zorg aan Specifieke Patiënten die thuis wonen; GZSP-zorg. Deze zorgvorm biedt sinds 2020 mogelijkheden voor de SO om voor kwetsbare groepen, zoals palliatieve patiënten, in de thuissituatie de regie op het behandelplan op te pakken in de eerste lijn.

Huisartsen kunnen daarnaast ook kortdurend of voor overleg de expertise van een SO inroepen. Bijvoorbeeld om mee te kijken met één van hun patiënten. De bekostiging van de inzet van de SO in de eerste lijn, bijvoorbeeld via het meekijkconsult in de huisartsenzorg werkt echter vaak niet optimaal. Hiervoor moeten aparte afspraken gemaakt worden tussen SO, huisarts en zorgverzekeraar. Belemmeringen treden bijvoorbeeld op wanneer huisartsen niet zijn aangesloten bij een zorggroep, zorgverzekeraars elkaars afspraken niet volgen of in grensgebieden waar de huisartsen een andere preferente zorgverzekeraar hebben dan de SO.

### 3.1.3 Voorkomen van niet passende zorg

Met name in de palliatief terminale fase kan de behoefte aan intensieve (palliatieve) zorg en ondersteuning toenemen. Ook de behoefte aan specialistische kennis over palliatieve zorg. De huidige

bekostiging van de wijkverpleging bevordert het inzetten van intensieve zorg en bijvoorbeeld specialistische palliatieve zorg in de thuissituatie niet altijd voldoende. De integrale tarieven in de wijkverpleging zijn gemiddelde tarieven. Voor de ene patiënt zal de zorg prima binnen het tarief te organiseren zijn, maar voor complexe patiënten in de terminale fase niet. Hoewel dit in de praktijk zal moeten uitmiddelen, maakt deze prikkel het lonend om zorg te leveren passend bij of onder het gemiddelde tarief. Specialistische palliatief terminale zorg is complexe dure zorg en daarmee vaak niet lonend om te leveren.

Naast te weinig zorg (ook wel onderbehandeling), kan er ook teveel zorg geleverd worden. Zorg die niet bijdraagt aan de kwaliteit van leven kan onnodig belastend zijn. Welke zorg belastend is voor een patiënt is per patiënt verschillend en wordt in kaart gebracht via proactieve zorgplanning. Acute zorg wordt bijvoorbeeld vaak als stressvol ervaren door de patiënt en naasten. In de stervensfase is dit voor een deel van de mensen niet meer passende zorg.

Knelpunten in het voorkomen van vermijdbare zorg raken aan voorgenoemde doelen. Door tijdige identificering, proactieve zorgplanning, transmurale samenwerking en centrale coördinatie kan niet passende zorg deels vermeden worden. Het voorkomen van vermijdbare zorg voorkomt ook dat er onnodig beslag wordt gelegd op de schaarse capaciteit van mensen en middelen in de zorg. En het kan de inzet van kostbare zorg zoals IC-zorg voorkomen ([PZNL, 2022a](#)).

*Afspraken over het voorkomen van zorg komen nog beperkt van de grond in de contractering met zorgverzekeraars. In 2021 maakt het bij 16% van de ziekenhuizen onderdeel uit van de contractafspraken ([NZa, 2021b](#)). Bij aanbieders van wijkverpleging maakt 29% afspraken over het voorkomen van (verergering van) ziekte ([NZa, 2021a](#)). Deze afspraken gaan over alle patiënten, inclusief de palliatieve patiënten.*

Ondersteuning vanuit het sociaal domein en aandacht voor zingevingsvraagstukken met inzet van geestelijke verzorging zijn tijdens de expertsessies vaak genoemd als belangrijke elementen om crisissituaties en escalatie naar zwaardere zorg te voorkomen. De geestelijk verzorger kan een bijdrage leveren in het ontlasten van artsen en verpleegkundigen wanneer zingevingsvragen een rol spelen bij een patiënt. Geestelijk verzorgers zijn in de palliatieve zorg vaak ook onderdeel van gespecialiseerde teams palliatieve zorg.

De vraag naar geestelijke verzorging en aandacht voor zingeving groeit, maar het is in de zorg voor patiënten niet altijd duidelijk wie dit oppakt. Soms speelt de verpleegkundige in op vragen over zingeving, soms wordt er doorverwezen naar een geestelijk verzorger. Het is belangrijk dat zorgverleners bekend zijn met geestelijke verzorging en goed kunnen doorverwijzen. Op beide vlakken is verbetering mogelijk. Geestelijke verzorging wordt op dit moment bekostigd vanuit de subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging. Deze regeling is verlengd tot 2027, maar geestelijke verzorging kent nog geen blijvende bekostiging binnen de extramurale zorg. Via verschillende projecten wordt hieraan gewerkt, zodat de definitie, de rol en de toegevoegde waarde van geestelijke verzorging helder wordt. Zodanig dat vervolgens ook de inbedding van geestelijke verzorging in de thuissituatie in de bekostiging uitgedacht kan worden.

Daarnaast kan door inzet vanuit het sociaal domein de zorg ontlast worden. Bijvoorbeeld door het welzijnswerk vanuit het sociaal domein zoals mantelzorgondersteuning, sociaal maatschappelijk werk en de inzet van informele zorg van vrijwilligers zoals buddy's en maatjesprojecten. Informele zorg gaat over alle zorg die niet vanuit een beroep verleend wordt en waar geen loon tegenover staat. Dit gaat over vrijwilligers, mantelzorgers, een actief sociaal netwerk en burgerinitiatieven. Vrijwilligers werken via een vrijwilligersorganisatie en mantelzorgers leveren zorg aan naasten.

De palliatieve zorg kent veel inzet van vrijwilligers en het beroep op vrijwilligers neemt met het ingezette beleid om langer thuis te blijven wonen de komende jaren toe. Vrijwilligers spelen, zoals ook bleek in de expertsessie rondom de uitwerking van de patiëntreizen, een belangrijke rol in de ondersteuning van de mantelzorger. Zowel in de vorm van respijtzorg (het tijdelijk overnemen van de zorg om de mantelzorger te ontlasten) als in het bieden van een luisterend oor of voor vroege signalering bij overbelasting van de mantelzorger. Informele zorg kan op deze manier namelijk de opschaling naar meer formele zorg of het ontstaan van crisissituaties voorkomen.

Ook kunnen vrijwilligers een rol spelen als continue aanwezigheid bij een palliatieve patiënt gewenst is, maar er geen continue beschikbaarheid van verpleegkundige zorg nodig is. Vrijwilligers kunnen ook ingezet worden in de palliatieve terminale fase. Door de inzet van een vrijwilliger kan een wijkverpleegkundige zijn schaarse tijd beter verdelen over al zijn patiënten. Tegelijk kan er een spanningsveld ontstaan; door de druk op de toegankelijkheid van de wijkverpleging groeit de druk op de inzet van vrijwilligers. Het kan lastiger worden om het grijze gebied tussen 'zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden' en de ondersteuning van vrijwilligers gescheiden te houden.

Vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg worden gefinancierd via subsidie van VWS aan vrijwilligersorganisaties die daarvan de opleiding, coördinatie en organisatie van vrijwilligers regelen. Andere inkomstenbronnen voor vrijwilligersorganisaties in de palliatieve zorg komen vanuit de Wmo, subsidies van gemeentes, eigen bijdragen van cliënten en overige inkomsten zoals fondsen en particulieren. De moeilijkheid rondom de borging van informele zorg zit in de vraag: hoe informele zorg te moneteriseren? Een vraag zonder een duidelijk antwoord. Hoewel veel studies (Block et al. 2010, Scott et al. 2015, Naylor et al. 2013), aangeven dat vrijwilligers een essentieel onderdeel uitmaken van de palliatieve zorg, is de effectiviteit niet eenduidig vast te stellen. Of het wenselijk is om informele zorg een structurele plek te geven in de bekostiging is hierdoor lastig te bepalen.

### **3.1.4 Goede afronding van het zorgproces**

Zorgverleners willen vaak voor de naasten en voor zichzelf het ziekte- en stervensproces zorgvuldig afronden wanneer de patiënt is overleden. Ook naasten hebben vaak behoefte aan een of meerdere nagesprekken, om vragen te kunnen stellen en het verloop van de ziekte en het sterven een plek te kunnen geven. Ook kunnen nabestaanden behoefte hebben aan het praten over hoe nu verder en de keuzes die hierbij gemaakt kunnen worden. In de setting van het ziekenhuis, maar ook in de wijkverpleging en de langdurige zorg is het gebruikelijk dat er enkele weken na het overlijden nog de mogelijkheid is voor een gesprek tussen de naasten en betrokken zorgverlener en/of behandelaar.

Een goede afronding van het zorgproces levert informatie op over de mate waarin voldaan is aan de behoefte en verwachtingen van patiënten en naasten. Ook kan het bijdragen aan preventie of vroegtijdig opsporen van verstoorde rouw. Nazorg is echter niet expliciet herkenbaar in de bekostiging middels bijvoorbeeld een aparte prestatie. Met het overlijden van de patiënt stopt ook direct de zorgverzekering en de mogelijkheid om zorg ten laste van deze patiënt te brengen. Mogelijk dat dit bijdraagt aan de beleving van zorgverleners dat nazorg niet vergoed wordt. Ondanks dat het verdisconteerd zit in de tarieven (NZa, 2017).

### **3.1.5 Bekostiging en doelen sluiten niet op elkaar aan**

De hiervoor beschreven doelen en ervaren knelpunten in de bekostiging zijn nauw gerelateerd aan elkaar. Ze hebben vaak met elkaar gemeen dat het leveren van curatieve zorg financieel meer oplevert dan het leveren van palliatieve zorg met de bijbehorende doelstelling voor de palliatieve patiënt.

Een goede samenwerking tussen de zorg en ondersteuning vanuit de verschillende zorgsectoren, Wmo, geestelijke verzorging en informele zorg met en rond de patiënt draagt voor de patiënt bij aan continuïteit van zorg die aansluit op zijn wensen. Niet-passende zorg wordt vermeden waardoor het bijdraagt aan het toegankelijk houden van zorg. Door goede samenwerking en proactieve zorgplanning kan ook voorkomen worden dat patiënten onnodig of eerder dan nodig opgenomen worden in een instelling.

De schotten in wetgeving, budgettaire kaders en sectorspecifieke regelgeving en bekostigingssystematieken bemoeilijken samenwerking. Zorgaanbieders ervaren de prikkels in de bekostiging vaak als niet lonend wanneer zij goede samenwerking tot stand brengen. Dit kent meerdere oorzaken. Bij samenwerking gaat het vaak om activiteiten die niet direct patiëntgebonden zijn (daadwerkelijke zorg leveren aan de patiënt). Activiteiten zoals overleg met een collega of afstemmen met een andere zorgverlener van een andere organisatie zijn meestal meegenomen als indirecte tijd binnen de bestaande prestaties en tarieven. Het kan niet geregistreerd worden, daardoor is het niet zichtbaar en niet duidelijk waar in de kosten of tarieven het verwerkt zit. Daardoor worden deze activiteiten in perceptie niet of onvoldoende bekostigd.

Anderzijds gaat het om activiteiten waarbij er niet altijd een behandelrelatie is met de patiënt. Bijvoorbeeld als een medisch specialist deelneemt aan een transmuraal multidisciplinair overleg (MDO) met de eerste lijn voor een groep palliatieve patiënten die niet altijd zijn eigen patiënten zijn. Deze tijd kan niet geregistreerd worden in een openstaande diagnose-behandelcombinatie (dbc) en vervolgens via kostenonderzoek meegenomen worden in de tarieven. Transmuraal samenwerken met en rond de patiënt vraagt daardoor veel extra inzet en energie om het goed en duurzaam georganiseerd te krijgen.

Voor sectoren zoals bijvoorbeeld de medisch-specialistische zorg, paramedie, farmacie en ook onderdelen van de huisartsenzorg geldt dat de bekostiging productie, het leveren van zorg, beloont. Terwijl palliatieve zorg vraagt om een andere insteek: een zo goed mogelijke kwaliteit van leven in de laatste levensfase waarbij het goede gesprek belangrijk is en niet alles wat in de zorg kan, ook daadwerkelijk moet gebeuren.

Daar tegenover staat dat breed geformuleerde prestaties met integrale tarieven in de langdurige zorg en wijkverpleging doelmatigheid stimuleren. De continuïteit van zorgaanbieders is namelijk gebaat bij het leveren van zorg waarvan de kostprijs past binnen de tarieven. Dit brengt juist voor de palliatieve zorg het risico op onderbehandeling met zich mee of de inzet van onvoldoende gespecialiseerd personeel. Want we weten dat het zorggebruik en daarmee de zorgkosten in de palliatieve fase toenemen naarmate het overlijden dichterbij komt, zie ook de conclusie van onze [monitor palliatieve zorg](#).

In de huidige bekostiging zijn verschillende maatwerk mogelijkheden voor vergoeding van zorg. Hier kunnen afspraken gemaakt worden die in lijn liggen met de doelen van palliatieve zorg (zie bijlage 4). Hier is de laatste jaren aandacht voor geweest en er zijn verschillende aanpassingen en verduidelijkingen gedaan (zie [handreiking financiering](#), [informatiekaart transmuraal samenwerken](#) en [wegwijzer bekostiging innovatie en preventie](#)). Desondanks worden deze mogelijkheden als (te) complex ervaren door zorgverleners. Structurele afspraken over het leveren van palliatieve zorg conform het kwaliteitskader komen moeizaam binnen deze kaders tot stand. De verschillende afspraken die in initiatieven tot stand komen variëren. Dit geeft enerzijds ruimte voor regionale verschillen, anderzijds maakt de variëteit aan oplossingsrichtingen opschaling weer lastig, omdat het niet één-op-één overgenomen kan worden in andere regio's met een andere patiëntpopulatie, mix aan zorgaanbieders en andere preferente zorgverzekeraar.



## 3.2 Samenvatting

Vanuit drie patiëntreizen zijn in dit hoofdstuk vier doelen om goede palliatieve zorg te bieden verder uitgewerkt. Per doelstelling is beschreven welke prikkels in de bekostiging er bestaan en hoe dit invloed heeft op de (organisatie van) palliatieve zorg. Dit hoofdstuk laat zien dat het huidige bekostigingssysteem voor palliatieve zorg niet optimaal is. Het is productie- en aanbodgericht, waardoor op de korte termijn aan de zorgvraag kan worden voldaan, maar het leidt niet (altijd) tot de beste uitkomsten voor de patiënt. Het systeem heeft beperkte prikkels tot kostenbeheersing, kwaliteit, innovatie en preventie. Daarnaast wordt het behalen van de doelen zoals proactieve zorgplanning en doelmatige samenwerking niet beloond en daarmee ook niet gestimuleerd. Hierdoor komt op de langere termijn de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit in het gedrang.

Het belang van passende, waardegedreven bekostiging is daarom groot. Zeker gezien de uitdagingen zoals de vergrijzing, comorbiditeit, groeiende zorgvraag en een groeiende complexiteit van deze zorgvraag, en het arbeidsmarkttekort. Genoeg redenen om te onderzoeken hoe passende bekostiging voor de palliatieve zorg eruit kan zien. Dit wordt in het volgende hoofdstuk besproken.

# 4 Passende bekostiging voor palliatieve zorg

In dit hoofdstuk kijken we naar zorg met een economische bril en hoe prikkels in de bekostiging het gedrag van zorgverleners theoretisch stuurt. Goede organisatie van zorg is mede afhankelijk van een gezonde financiële positie. Om een financieel gezonde status te behouden zal een zorgorganisatie de prikkels in de bekostiging (moeten) volgen om voldoende omzet te realiseren. Zo borgt de organisatie het eigen voortbestaan en de continuïteit van zorg. Soms staan deze prikkels in contrast met de doelen die beoogt worden voor een bepaalde patiëntenpopulatie; zoals bij de palliatieve patiënten. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we via uitkomstbekostiging en alternatieve (andere) bekostiging de juiste prikkels kunnen inbouwen.

## 4.1 Stimuleren van kwaliteit via bekostiging

De verschillende zorgvormen betrokken bij de palliatieve patiënt kennen allen een eigen wijze van bekostiging. De huisartsenzorg kent een abonnementstarief per ingeschreven verzekerde, aangevuld met een vergoeding per verrichting per patiënt. In het ziekenhuis (en tot voor kort in de GZZ) worden dbc's gedeclareerd. De prijs van een dbc gaat uit van de kosten van een gemiddelde behandeling bij dezelfde zorgvraag. Een dbc is opgebouwd uit zorgactiviteiten. Het ziekenhuis ontvangt een gemiddelde vergoeding per cluster van verrichtingen. De wijkverpleging kent integrale (uur)tarieven op basis van voorspelde zorgbehoefte soms in combinatie met cliëntprofielen. Het integrale tarief kan per tijdseenheid worden afgesproken. De Wlz werkt grotendeels via zorgzwaartepakketten (zzp's) bestaande uit een volledig pakket om de verblijfszorg dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat de cliënt nodig heeft te bekostigen. Dit zijn integrale dagtarieven. Wat deze manieren van bekostiging met elkaar gemeen hebben is dat er in feite wordt betaald per (cluster van) verrichting(en) of tijdseenheid. Het leveren van meer zorg levert meer geld op, ongeacht kwaliteit, uitkomst, structuur of het proces van de geleverde zorg. Deze wijze van bekostiging kent een volumeprikkel en wordt 'fee for service' genoemd.

De kwaliteit van zorg is geborgd via de richtlijnen van de beroepsgroepen, via wet en regelgeving als de wet BIG en WKKGZ en via de overeenkomsten met de zorgverzekeraars. Op het individuele niveau van de patiënt is de vergoeding van zorg niet gerelateerd aan de kwaliteit ervan. Economisch gezien loont het leveren van meer volume, loont het om meer te behandelen, terwijl het niet loont om betere kwaliteit te leveren of uitgebreide voorlichting te geven met het risico dat de patiënt afziet van behandeling. De bekostiging bevat prikkels tot het leveren van zorg ongeacht de uitkomst voor de patiënt; kwantiteit boven kwaliteit.

Om zorg van goede kwaliteit te belonen is het mogelijk om zorg te bekostigen waarbij vergoedingen aan zorgaanbieders (deels) afhangen van hun prestaties. Uitkomstbekostiging wil zeggen dat bekostiging gericht is op het stimuleren van goede uitkomsten van zorg in termen van kwaliteit én kosten (Hayen et al., 2013). De termen uitkomstgedreven zorg, waardegedreven zorg of value based health care worden ook hiervoor gebruikt. Uitkomstbekostiging beoogt een verschuiving te realiseren van kwantiteit naar kwaliteit door de uitkomsten van de geleverde zorg inzichtelijk te maken én een verband te leggen tussen uitkomsten en bekostiging. De volumeprikkel is hierdoor minder groot, vooral als extra volume niet of slechts beperkt bijdraagt aan gezondheidswinst (Hayen et al., 2013).

Dit is waar het onder andere aan de palliatieve zorg raakt. Afhankelijk van de wensen en behoeften van een patiënt kan een afweging gemaakt worden tussen risico's en bijwerkingen van behandelingen en de kwaliteit van leven. Toch wordt de palliatieve fase vaak (te) laat geïdentificeerd, wordt er (te) lang curatief doorbehandeld (Festen et al. 2021) en is goede samenwerking en de betrokkenheid van de juiste expertise niet standaard voorhanden. Met als gevolg dat niet alle zorg in de laatste levensfase waardegedreven zorg is. Door uitkomsten op kwaliteit van leven en zorg bepalend te laten zijn voor de mate van bekostiging van zorg kan bekostiging bijdragen aan goede palliatieve zorg.

Uitkomsten van goede zorg kun je uitdrukken door middel van kwaliteitsindicatoren die betrekking hebben op alle aspecten van de zorgverlening. Het monitoren van indicatoren wordt gebruikt om de kwaliteit van zorg transparant te maken (Algemene Rekenkamer, 2013). Er zijn drie verschillende typen indicatoren: structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren gaan over hoe de zorg georganiseerd is. Procesindicatoren gaan over het zorgproces; bijvoorbeeld over het wel of niet werken volgens richtlijnen. Uitkomstindicatoren gaan over de uitkomsten van zorg bij zorggebruikers; bijvoorbeeld de pijnscore of sterftcijfers (Brandt et al. 2009). Hoewel de term uitkomstbekostiging het meest gebruikt wordt, wordt er in de praktijk veel meer gebruik gemaakt van proces- en structuur indicatoren (Eijkenaar & Schut, 2015).

Verder kan er onderscheid gemaakt worden tussen medische of klinische indicatoren en patiënt gerapporteerde indicatoren. Een medische of klinische indicator kan een bepaalde labwaarde zijn, of een complicatie ten gevolge van een operatie. Patiënt gerapporteerde indicatoren kennen we als PROMS (patient reported outcome measures) en PREMS (patient reported experiences measures). Het gaat hierbij niet om de objectief meetbare aspecten van de zorg, maar om de ervaren uitkomsten voor de patiënt. Bijvoorbeeld de vraag of een patiënt voldoende voorlichting over een behandeling heeft ontvangen. Er bestaan veel gestandaardiseerde vragenlijsten voor het uitvragen van PROMS's en PREM's. Over het algemeen worden de PROM en PREM vragenlijsten na afloop van de behandeling ingevuld, omdat er dan geen afhankelijkheidsrelatie tussen zorgverlener en patiënt meer bestaat. In de palliatieve zorg is dat niet mogelijk, dat betekent echter niet dat er geen input van patiënten of naasten over de kwaliteit van zorg gevraagd kan worden. Een goede indicatorenset bestaat bij voorkeur uit een mix van verschillende soorten indicatoren.

#### 4.1.1 Kwaliteitsindicatoren in de palliatieve zorg in ontwikkeling

Er is nog geen breed gedeelde consensus over kwaliteitsindicatoren en de wijze waarop deze betrouwbaar en gevalideerd gemeten moeten worden in de palliatieve zorg. In een project van het programma Palliatie van ZonMW in samenwerking met de initiatiefnemers van het kwaliteitskader wordt hiernaar onderzoek gedaan. Op basis van de huidige resultaten raden zij de volgende items als kwaliteitsindicatoren aan: pijn score, dyspnoe score, verwardheidsscore en de aanwezigheid van een proactief zorgplan met het idee dat de items levenseinde-informatie, plaats van overlijden en bespreken van behandelmogelijkheden daarin aan bod komen. Het doel van ZonMW is om tot een gevalideerde, betrouwbare en gedragen set van kwaliteitsindicatoren te komen. Dit is nodig om tot goede koppeling tussen kwaliteit en bekostiging te kunnen komen.

## 4.2 Vormen van alternatieve bekostiging

Wanneer meer zorg leveren meer geld oplevert ongeacht de kwaliteit wordt het bekostigingssysteem fee-for-service genoemd. Het gaat over alternatieve bekostiging, wanneer een systeem afwijkt van fee-for-service bekostiging. De eerste stap richting alternatieve bekostiging is het toevoegen van uitkomstbekostiging aan fee-for-service. Daarmee wordt een deel van de huidige vergoeding voor de zorgaanbieder afhankelijk van het proces, de structuur of de uitkomst. Het wordt afhankelijk van de score op een vooraf bepaalde kwaliteitsindicator. Bijvoorbeeld, een zorgaanbieder ontvangt de laatste 20% van de vergoeding pas op het moment dat er voor 80% van de patiënten een proactief zorgplan is geregistreerd. Fee-for-service in combinatie met uitkomstbekostiging wordt ook wel 'pay-for-performance' genoemd. Dit soort modellen kunnen een gunstig effect hebben op de kwaliteit van zorg, maar zijn minder succesvol gebleken in het verbeteren van kwaliteit en het verminderen van zorgkosten dan bredere alternatieve bekostigingsmodellen als shared savings of bundelbekostiging. Bij pay-for-performance is er sprake van korte termijn effecten vooral op de procesindicatoren, waarbij het plafond al snel bereikt wordt. Het gebruik van zorg neemt doorgaans toe omdat de focus enkel op kwaliteit ligt en niet op zorgkosten (Vlaanderen et al., 2019).

Uitkomstbekostiging toegevoegd aan een alternatief bekostigingsmodel dat zich richt op shared savings of bundelbekostiging leidt volgens het onderzoek van Vlaanderen et al. (2019) wel tot positieve effecten op de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Dit zijn lange termijneffecten die minder vatbaar zijn voor een plafondeffect. De zorgkostenbesparing bij deze modellen neemt toe met de tijd (Vlaanderen et al., 2019). Met name wanneer meerdere typen zorgaanbieders als collectief worden bekostigd binnen deze constructies, ontstaan er prikkels voor samenwerking, goede coördinatie en efficiënte substitutie (Eijkenaar & Schut, 2015). Alternatieve bekostiging gaat over het verschuiven van financiële verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars naar zorgaanbieders. Dit kan door een zorgaanbieder, of

een groep zorgaanbieders verantwoordelijk te houden voor (een deel van) de zorgkosten-ontwikkeling in een bepaalde sector of populatie. Dit werkt een doelmatige organisatie van zorg in de hand.

#### *Shared savings*





Een shared savingsafspraken is een contract tussen een of meerdere zorgaanbieders en een zorgverzekeraar, waarbij de zorgaanbieders menen de zorg dusdanig doelmatig te kunnen organiseren dat het een besparing met zich meebrengt, bij minimaal gelijkblijvende kwaliteit. Zorgverzekeraar en zorgaanbieders verdelen onderling de besparing. Het komt er op neer dat de zorgaanbieders minder of goedkopere zorg gaan leveren, of ervoor zorgen dat er minder zorg in een ander sector geleverd wordt. Bijvoorbeeld wanneer de eerste lijn patiënten uit de tweede lijn kan houden. Die besparing landt automatisch bij de zorgverzekeraar door minder schadelast. Achteraf wordt deze besparing berekend en de zorgaanbieder deelt mee in die besparing door een vergoeding van de zorgverzekeraar te ontvangen. Die vergoeding moet in verhouding staan tot de geleverde inspanning en het financieel risico dat aanbieders lopen. Dit laatste gaat spelen op het moment dat de zorgaanbieders ook meedelen in eventuele verliezen. De bestaande prestaties en tarieven zoals afgesproken in contract tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar blijven bestaan, er komt alleen een afspraak bovenop.

#### *Bundelbekostiging*

Bundelbekostiging is een vorm van aanbieder overstijgende populatiebekostiging (Van Dulmen et al., 2021). Het is het integraal bekostigen van een zorgvraag voor een gespecificeerde populatie via een zorgbundel. Met een zorgbundel wordt een totaalpakket aan zorg ingekocht, vaak bij meerdere zorgaanbieders uit verschillende sectoren. Eén totaalbedrag, vooraf vergoed, voor alle zorg die een geïnccludeerde patiënt voor die zorgvraag nodig heeft, in plaats van per individuele verrichting per individuele zorgaanbieder een prestatie en een vergoeding. Een groep van zorgaanbieders wordt gezamenlijk inhoudelijk en financieel verantwoordelijk gehouden voor het gehele zorgproces van de patiënt en ontvangt gezamenlijk en voorafgaand aan de zorg een totaalvergoeding hiervoor. De schotten tussen de verschillende sectoren kunnen daarmee doorbroken worden.

De vergoedingen van alternatieve bekostigingsmodellen als shared savings en bundel worden vrijwel altijd gerelateerd aan de uitkomsten van zorg. Die combinatie zorgt voor de beste resultaten op uitkomst, proces en coördinatie van zorg en zorgkosten. Belangrijk hierbij is dat de set kwaliteitsindicatoren gezamenlijk vastgesteld wordt. Door zorgaanbieders zelf te laten bepalen op welke indicatoren ze beoordeeld mogen worden, sluit je aan bij de intrinsieke motivatie van professionals. Daarnaast is het belangrijk om het patiëntperspectief hierbij te betrekken. In figuur 5 worden de verschillende bekostigingsmodellen getoond en wordt de verbinding met kwaliteit weergegeven.

Figuur 5 Kwaliteit en bekostiging verbinden – verschillende opties

				
<b>Bekostigingsmodellen</b>	<b>Fee for service</b>	<b>Pay for performance</b>	<b>Shared savings</b>	<b>Bundelbekostiging</b>
	Fee for service Ongelateerd aan uitkomst	Fee for service gerelateerd aan uitkomst	Fee for service plus alternatieve bekostiging gerelateerd aan uitkomst  Shared savings model eenzijdig: gedeelde besparingen  Shared savings model tweezijdig: gedeelde besparingen én gedeelde verliezen	Populatie gebaseerde bekostiging gerelateerd aan uitkomst  Aandoeningsspecifieke bundelbekostiging (bv. ketenzorg)  Zorgbrede populatiebekostiging
Effect op uitkomst	0	0	+	+
Effect op proces	0	+	+	++
Effect op kostenbesparing	--	--	++	++
Effect op coordinatie	-	-	+	++

Gebaseerd op [HCP-LAN framework](#) en [Vlaanderen et al. \(2019\)](#) en [Eijkenaar & Schut \(2015\)](#)

### 4.3 Alternatieve bekostiging voor palliatieve zorg

Hoe is de palliatieve zorg gebaat bij alternatieve bekostiging? Hoe gaat het bijdragen aan de inhoudelijke doelen? Aan iedere vorm van bekostiging zitten voor- en nadelen. Alternatieve bekostiging heeft de belofte in zich om de prikkels in de bekostiging in lijn te brengen met de doelen van palliatieve zorg. Waarbij bundelbekostiging de sterkste prikkel op transmurale samenwerking kent, maar ook het moeilijkst te implementeren is.

#### Voordelen

##### *Samenwerking en coördinatie*

Multidisciplinair bekostigen bevordert multidisciplinaire samenwerking. Door zorgaanbieders gezamenlijk financieel verantwoordelijk te maken voor de zorg, inhoudelijk en organisatorisch, leidt dit tot betere onderlinge (transmurale) samenwerking, betere afstemming en coördinatie. De verbeterde samenwerking kan zich uiten in substitutie, taakherschikking en een betere overdracht ([De Vries et al. 2021](#)). Het stimuleert daarmee de juiste generalistische en specialistische palliatieve expertise op de juiste plek op het juiste moment. Daarnaast zet gezamenlijke verantwoordelijkheid aan tot kwaliteitsverbeteringen, het doelmatig inrichten van de zorg door het voorkomen van niet-passende zorg en meer kostenbewust gedrag ([De Vries et al. 2021](#)).

Bij bundelbekostiging worden de bestaande prestaties en tarieven losgelaten. In plaats daarvan worden een of meerdere nieuwe integrale prestaties en tarieven opgesteld die het leveren van de zorg en de organisatie van zorg op de juiste manier ondersteunen, met een prikkel op het leveren van passende zorg. Deze nieuwe prestaties kunnen uiteindelijk ingebed worden in de bekostiging door de NZa, eventueel op aanwijzing van VWS. Vooraf is experimenteerruimte nodig, omdat bundelbekostiging niet van de ene op de andere dag opgezet en (door)ontwikkeld is. De huidige experimenteerruimte in de bekostiging kan hiervoor gebruikt worden (zie bijlage 4).

Wanneer bundelbekostiging eenmaal is ingericht neemt het de frustraties rondom de huidige complexe gefragmenteerde bekostiging van palliatieve zorg mogelijk grotendeels weg. Het voordeel van bundelbekostiging is dat het optimaal de ruimte biedt aan zorgverleners om de zorg gezamenlijk naar eigen inzicht zo goed en efficiënt mogelijk te organiseren. Hierdoor ontstaat ook ruimte voor onderdelen



van zorg waarvan zorgaanbieders nu van mening zijn dat het niet of te weinig bekostigd wordt, zoals het lange gesprek, proactieve zorgplanning, maar ook niet-patiënt gebonden activiteiten en goede nazorg. Vanuit de integrale geboortezorg weten we dat na de complexe implementatiefase positieve effecten worden ervaren op de onderlinge samenwerking, de samenwerking als goed wordt beoordeeld en ze van mening zijn dat de kwaliteit van zorg is verbeterd (NZa 2022).

#### *Vermijdbare zorg vermijden*

Door de verbeterde samenwerking en coördinatie én doordat alternatieve bekostiging de volume prikkel wegneemt kan zorg worden verplaatst van tweede naar eerste en lijn en vermijdbare zorg makkelijker vermeden worden. Dit kan een gunstig effect op de zorgkosten hebben. De besparingen zullen (deels) ingezet moeten worden ter compensatie van de extra geleverde zorg in de eerste lijn, met name de wijkverpleging. Personeelscapaciteit in de eerste lijn is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Bij goede palliatieve zorg zijn zorgkostenbesparingen in de ziekenhuissector te verwachten (resultaten project TAPAS, 2022). Vanuit de multidisciplinaire gedachte is het wenselijk de eerste en tweede lijn samen te betrekken in alternatieve bekostigingsafspraken. Niet voor elk ziekenhuis ligt het belang van besparing en substitutie van zorg in lijn met de financiële doelen van de instelling. Ziekenhuizen met meerjarencontracten waarin afspraken zijn gemaakt over verschuiving van zorg naar de eerste lijn zijn wellicht eerder geneigd tot shared savingsafspraken rondom palliatieve zorg, het geeft enig comfort om (een deel van) de bijbehorende kosten af te bouwen.

#### *Proactieve zorgplanning als procesindicator*

Door de ruimte voor autonomie van de zorgverleners én de mogelijke koppeling met uitkomstbekostiging kunnen relevante procesindicatoren voor de palliatieve zorg een plek krijgen die het lonend maken om proactieve zorgplanning in te bedden in de zorg. Maar ook bijvoorbeeld deprescribing van medicatie of indicatoren die de samenwerking met geestelijk verzorgers versterken. Procesindicatoren kunnen duiding geven aan hoe er wordt omgegaan met het herkennen van en invulling geven aan zingevingsvraagstukken. Ditzelfde geldt voor de inzet van het palliatief team in het ziekenhuis, of gespecialiseerde palliatieve kennis in de thuissituatie. Ook de samenhang met de ondersteuning vanuit de Wmo of de inzet van vrijwilligers kan onderdeel uitmaken van de uitkomstindicatoren die overeen gekomen worden.

#### Nadelen

##### *Afbakeningsvraagstuk*

Voor zowel shared savings als bundelbekostiging geldt dat het vraagt om complexe afbakeningskeuzes. Anders dan bij bijvoorbeeld de programma's ketenzorg of de Integrale geboortezorg geeft afbakening van de palliatieve populatie veel ruimte voor praktijkvariatie doordat het aandoening, leeftijd, sector en domein, kortom alles overstijgende zorg is. De palliatieve populatie is extreem heterogeen, gezocht moet worden naar factoren die de populatie verbindt. Er zijn tot op heden geen voorbeelden van alternatieve bekostiging die over zo veel schotten en door zo veel muren en hokjes heen gaan. Tegelijkertijd dwingt het toewerken naar alternatieve bekostiging tot keuzes voor afbakening en het aanwijzen van een gevalideerd screeningsinstrument om op landelijk uniforme wijze, met zo min mogelijk praktijkvariatie de palliatieve fase te identificeren. Regionaal lopen hiervoor al initiatieven.

##### *Risico's*

Bij shared savingsafspraken en bundelbekostiging is het leveren van meer zorg niet lonend. Door het wegnemen van deze volume prikkel ontstaat het risico op onderbehandeling. Daarnaast bestaat er bij bundelbekostiging ook een prikkel op het includeren van patiënten, omdat de vergoeding vooraf plaatsvindt. Om de risico's op onderbehandeling en overbehandeling van zorg te ondervangen, is het belangrijk om uitkomstbekostiging toe te voegen aan de afspraak om de kwaliteit van zorg te borgen.

### *Uitvoerbaarheid*

Vrijwel alle zorgsectoren zijn op enig moment mogelijk betrokken bij palliatieve zorg. Dat maakt het implementeren van bundelbekostiging voor deze populatie zeer complex wanneer je de palliatieve populatie en alle betrokken zorg en zorgverleners in één afspraak wilt vangen. Dat vraagt om vergaande keuzes over welke zorg er wel en niet onder palliatieve zorg valt en vanaf wanneer iemand tot de palliatieve populatie behoort. Deze keuzes bepalen welke zorg uit de reguliere bekostiging en de daarbij behorende contracten gehaald wordt. Voor de patiënt heeft dat geen nadelige gevolgen, die behoudt zijn vrije artskeuze conform polisvoorwaarden.

Zorgaanbieders moeten binnen de bundel het eens worden over de verdeling van het budget en daarover onderling afspraken maken, dit kan zeer ingewikkeld zijn en administratieve lasten met zich meebrengen. Een randvoorwaarde van adequate uitkomstbekostiging is daarom eenvoud en daaraan gekoppelde uitvoerbaarheid. Een bekostigingsmodel moet voor alle partijen begrijpelijk zijn. Meerjarencontracten kunnen bijdragen aan het beperken van de complexiteit. Ook stapsgewijze implementatie om vertrouwen te krijgen in het systeem en de benodigde kennis en capaciteiten te ontwikkelen is daarbij helpend. Voor de palliatieve zorg gaat het hierbij bijvoorbeeld om identificeren van palliatieve patiënten, het registreren en meten van uitkomsten.

## **4.4 De keuzevrijheid van alternatieve bekostiging**

De implementatie van bundelbekostiging is altijd complex. In de palliatieve zorg wordt dit nog eens extra belemmerd door de moeilijk te beantwoorden afbakeningsvraagstukken. Uit de monitor palliatieve zorg (NZa 2020) blijkt al dat het lastig is om uit de data de curatieve van de palliatieve zorg te onderscheiden. Een alles omvattende zorgbundel, een bundel voor alle zorg na identificering van de palliatieve fase, zou tot een bedrag van € 100.000 per geïncludeerde patiënt kunnen reiken. Het is niet realistisch en niet wenselijk om een groep zorgaanbieders verantwoordelijk te houden voor dit bedrag. Het brengt een perverse inclusieprikkel met zich mee. De meerwaarde van alternatieve bekostiging is dat het zorgaanbieders en verzekeraar vrij staat om bepaalde keuzes te maken. Dat betekent ook dat er de vrijheid is om een kleinere bundel te maken. Een denkrichting is om een bundel te creëren waarin alleen de coördinatie en samenwerkingskosten worden meegenomen. Ook proactieve zorgplanning kan hier een plek in krijgen. Dit gedeelte van de zorg laat zich mogelijk makkelijker afbakenen dan het totaal.

Omdat multidisciplinair bekostigen multidisciplinaire samenwerking bevordert is het wenselijk om verschillende zorgsectoren gezamenlijk verantwoordelijk te houden. Dit kan beperkt blijven tot de hoofdrolspelers op coördinatie en samenwerking. Wie dit zijn kan verschillen per regio, een combinatie van huisarts, wijkverpleging en ziekenhuis is denkbaar. Bij voorkeur minimaal een samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. Indien er als gevolg van de verbeterde samenwerking en coördinatie tussen de zorgsectoren (substantiële) zorgkosten bespaard worden, kan over deze besparing aanvullend een shared-savingsafspraken worden gemaakt, zodat de prikkel tot verbetering in stand blijft. Binnen de keuzevrijheid van alternatieve bekostiging zijn veel verschillende mogelijkheden. Onze gesprekken en theoretische verkenning leiden tot de conclusie dat bundelbekostiging bijdraagt aan passende palliatieve zorg; het is een gezamenlijke zoektocht naar de juiste invulling van belangrijke bouwstenen.

## **4.5 Organisatie van palliatieve zorg**

De bekostiging is onderdeel van een grotere palliatieve zorg puzzel. De organisatie van zorg is van groot belang om via alternatieve bekostiging het gewenste effect in de zorg voor de patiënt te bereiken. De ontwikkeling van alternatieve bekostiging met meerdere zorgorganisaties vraagt om een aantal randvoorwaarden dat in de organisatie van zorg geborgd moet zijn. Namelijk een gezamenlijke ambitie

als vertrekpunt waarbij vanuit gelijkwaardigheid wordt samengewerkt en het als een gezamenlijke uitdaging wordt gezien. Transparantie in de governancestructuren en besluitvorming draagt bij aan goede en professionele samenwerkingsrelaties (SiRM; Handreiking voor het versterken van ketensamenwerking). Dit zijn geen vernieuwende inzichten, maar lessen die onder andere uit de integrale geboortezorg getrokken kunnen worden. Alleen in een sfeer van vertrouwen, gezamenlijkheid en transparantie is het maken van constructieve en duurzame afspraken over het onderlinge financiële verdeelmodel mogelijk.

Binnen alle zorgsectoren is palliatieve zorg relevant. Dat geeft een breed speelveld van mogelijke belanghebbenden. Daarbij opgeteld zijn er de verschillende ondersteuningsstructuren zoals de netwerken palliatieve zorg en de bovenregionale consortia. Deze ondersteuningsstructuren zijn zeer waardevol in het creëren van de randvoorwaarden voor een goede samenwerking. Zij bieden de mogelijkheid om op regionale schaal inzage te geven in de manier waarop palliatieve zorg goed georganiseerd kan worden en de bekostiging hierop aan kan sluiten. Dit blijkt uit de verschillende samenwerkingsverbanden in de palliatieve zorg die via subsidieregelingen van het Zorginstituut Nederland (Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen Beslissen) en ZonMW (o.a. Palliatie II) initiatief nemen om de organisatie en implementatie van (onderdelen van) palliatieve zorg conform kwaliteitskader te versterken.

Partijen in de palliatieve zorg tonen zich samenwerkingsbereid. Vaak is er een uitgewerkt en gedragen transmuraal zorgpad ontwikkeld in de samenwerkingsverbanden, waardoor een gezamenlijk vertrekpunt is geborgd. Vervolgens liggen de uitdagingen vooral op operationeel gebied. Zoals het op elkaar afstemmen van ICT systemen voor een gestandaardiseerde en elektronische uitwisseling van patiëntinformatie tussen zorgorganisaties. Maar ook op het aan laten sluiten van de monodisciplinaire bekostiging op het transmuraal georganiseerde zorgpad.

Voor het inrichten van regionaal passende bekostiging kan een zorgaanbieder de kassiersfunctie vervullen. Deze aanbieder maakt namens het collectief van zorgaanbieders contractafspraken met een zorgverzekeraar en organiseert de onderlinge verdeling van de financiële middelen. Een andere mogelijkheid is dat de samenwerkende zorgorganisaties een aparte juridische entiteit oprichten voor de samenwerking in de palliatieve zorg. Gezien de veelheid aan organisaties en structuren in het speelveld van de palliatieve zorg lijkt dit geen voor hand liggende keuze. Ook om goede aansluiting te houden op andere zorgnetwerken en ketenzorg lijkt het organisatorisch en inhoudelijk wenselijker om aan te sluiten bij bestaande structuren. Hoewel de netwerken palliatieve de organisatiegraad in de regio versterken, kunnen zij in de contractafspraken onderling en met zorgverzekeraars geen rol vervullen. Zij zijn geen zorgaanbieder waar zorg ingekocht kan worden. Een Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) of zorggroep is dat wel en ligt mede daarom meer voor de hand.

Voor het ontwikkelen van bundelbekostiging voor complexe zorg als de palliatieve zorg geldt dat 'al doende leert men'. Zoals eerder gezegd, zijn er geen voorbeelden van andere zorg waarbij zoveel wettelijke domeinen en zorgsectoren betrokken zijn en waarvan geleerd kan worden. Dat vraagt om pionieren. Hierbij zien wij kleinschalige samenwerkingsverbanden met een goede verstandhouding en onderling vertrouwen als meest kansrijk om met alternatieve bekostiging te starten. Zeker wanneer dit in samenwerking met een zorgverzekeraar gebeurt in een regio waar de zorgverzekeraar een groot marktaandeel heeft. Zodat volgsbeleid van andere zorgverzekeraars niet essentieel is om te kunnen starten.

## 4.6 Samenvatting

Zorg van goede kwaliteit kan beloond worden door te kiezen voor een bekostiging waar vergoedingen aan zorgaanbieders (deels) afhangen van hun prestaties ten aanzien van kwaliteit; ook wel

uitkomstbekostiging. Om goede palliatieve zorg via uitkomstbekostiging lonend te maken is een set aan relevante uitkomstindicatoren belangrijk. Indicatoren die meetbaar zijn en verband houden met de kwaliteit van palliatieve zorg. Deze set is in ontwikkeling en biedt kansen om als uitgangspunt te gaan dienen. Belangrijk is dat hier overeenstemming wordt bereikt vanuit de verschillende partijen binnen de palliatieve zorg.

Om te sturen op waardegedreven zorg, waarbij kwaliteit en doelmatigheid hand in hand gaan, moet uitkomstbekostiging toegevoegd worden aan een vorm van alternatieve bekostiging die doelmatige palliatieve zorg stimuleert. Dat kan met shared savingsafspraken waarbij een aanbieder eventuele besparingen mag houden en eventuele meerkosten zelf moet dragen. Echter, met bundelbekostiging wordt de sterkste prikkel op doelmatige samenwerking in de palliatieve zorg bereikt. Omdat samenwerking een belangrijk onderdeel is van goede palliatieve zorg sluit bundelbekostiging het beste aan bij de doelen in de palliatieve zorg. Het implementeren van bundelbekostiging is complex, doordat er veel keuzes gemaakt moeten worden (zie volgende hoofdstuk), maar het biedt de kansen om met een groep zorgaanbieders de bekostiging van palliatieve zorg naar eigen inzicht vorm te geven en met nieuwe prestaties de juiste prikkels in te bouwen. Het vraagt vertrouwen en goede samenwerking van de aanbieders die gezamenlijk de palliatieve zorg gaan organiseren en leveren, omdat zij ook verantwoordelijk worden voor de onderlinge financiële afspraken. Een combinatie van uitkomstbekostiging met bundelbekostiging is het meest kansrijk om goede palliatieve zorg te bevorderen via bekostiging, zodat zorgverleners de doelen voor hun patiënt optimaal kunnen bereiken.

# 5 Keuzes om te komen tot passende bekostiging

Het vorige hoofdstuk heeft laten zien hoe verandering van bekostiging de organisatie van zorg kan sturen, zodanig dat passende zorg wordt gestimuleerd. Om te komen tot werkbare alternatieve bekostiging die de zorginhoudelijke doelen van palliatieve zorg ondersteunt zijn stevige keuzes nodig. Deze keuzes worden in dit hoofdstuk besproken.

## 5.1 Keuzes noodzakelijk om palliatieve zorg via bekostiging te bevorderen

Het ontwikkelen van een alternatieve manier van bekostigen gaat primair over het maken van keuzes. In die keuzes schuilt de kans om palliatieve zorg duidelijk te positioneren ten opzichte van niet-palliatieve zorg. En de kans om een concretiseringslag te maken in wat palliatieve zorg is, voor wie het is en wanneer het begint. In de praktijk op het niveau van een patiënt zijn deze vragen door zorgverleners waarschijnlijk snel te beantwoorden. Voor de totale populatie en om eenduidig regionaal of landelijk beleid op te stellen en de bekostiging door te ontwikkelen zijn deze vragen minder makkelijk te beantwoorden.

De concretiseringslag wordt gemaakt door het uitwerken van vijf bouwstenen die nodig zijn om met alternatieve bekostiging aan de slag te kunnen. Deze bouwstenen hebben we vertaald in vragen voor de palliatieve zorg. De antwoorden hierop zijn nodig om te komen tot alternatieve bekostiging die de inhoudelijke doelen van palliatieve zorg bevordert. Hierna werken we de vragen uit die gekoppeld zijn aan de volgende vijf bouwstenen voor bundelbekostiging of shared savingsafspraken:

- Afbakenen patiëntpopulatie
- Afbakenen zorgkosten
- Tarief
- Verantwoordelijkheid
- Kwaliteit van zorg

## 5.2 Bouwsteen: Afbakenen patiëntpopulatie

**Vraag: Welke patiënten behoren tot de palliatieve populatie waarvoor je als zorgaanbieder(s) gezamenlijk verantwoordelijkheid draagt voor de kwaliteit en doelmatigheid van de palliatieve zorg?**

Voor het afbakenen van de populatie waarvoor de alternatieve bekostiging van palliatieve zorg ontwikkeld wordt bestaan verschillende selectiemogelijkheden. Selectie kan op basis van: aandoening, demografische kenmerken, zorggebruik, locatie waar patiënten zorg ontvangen, of een combinatie van deze kenmerken. Hoe de palliatieve populatie wordt afgebakend, is een essentiële keuze die in samenwerking met de beroepsgroepen, zorgverzekeraars, zorgkantoren en/of gemeenten gemaakt moet worden.

Vervolgens is het van belang om te bepalen op welke wijze deze patiënten meegenomen worden in alternatieve bekostiging. Hiervoor bestaan grofweg twee werkwijzen: prospectief en retrospectief. Bij prospectieve selectie gaat het om vooruit kijken naar de verwachte patiëntenpopulatie die meegenomen kan worden in de bekostiging. Voor de palliatieve zorg kan prospectief het moment van identificering het signaal zijn om patiënten mee te nemen in de bundelbekostiging. De vraag is of het huidige en meest gebruikte identificeringsinstrument de 'surprise question' voldoende in staat is om op uniforme wijze met zo min mogelijk praktijkvariatie palliatieve patiënten te identificeren. Een andere complicerende factor is dat er bijvoorbeeld geen registratieve activiteit beschikbaar is om in declaratiedata herkenbaar te maken vanaf welk moment de palliatieve fase is geïdentificeerd bij een patiënt. Wanneer dit wel beschikbaar is, kan dit helpen in data-analyses rondom zorg in de palliatieve fase. Een registratieve activiteit kan gerealiseerd worden wanneer er een landelijk gedragen methode voor identificering van de palliatieve fase is. Het landelijke digitale formulier voor het vastleggen van proactieve zorgplanning die is



ontwikkeld ten tijde van de coronapandemie kan een goede stap zijn in de richting van identificering en het uniform vastleggen en herkenbaar overdragen van vastgestelde behandelwensen en –grenzen.

Naast prospectieve selectie kan bij het afbakenen van een patiëntpopulatie ook gekozen worden voor retrospectieve selectie. Hierbij gaat het om terugkijken in de data om de patiëntenpopulatie te selecteren. Dit kan bijvoorbeeld door terug te kijken in de data naar de zorggegevens van overleden personen. Daarbij moet ook bepaald worden tot hoever er teruggekeken moet worden om recht te doen aan de palliatieve fase.

Het is belangrijk om een methode te kiezen die zo goed mogelijk de palliatieve zorgvraag van de populatie voorspelt. De uitdaging voor de palliatieve zorg is dat de populatie relatief klein is (het aantal sterfgevallen is klein ten opzichte van de totale bevolking). Het vinden van een goede voorspellende maat voor hoeveel palliatieve zorg nodig is, is dan lastig. Zeker wanneer de spreiding in kosten per patiënt groot is, zoals bleek uit de analyses van de monitor palliatieve zorg in 2020. Daarom is het kansrijk om met meer kostenhomogene deelpopulaties binnen de palliatieve zorg te starten bij het toewerken naar bundelbekostiging. Nadere analyses zijn nodig om relevante deelpopulaties in beeld te brengen en de mate van kostenhomogeniteit. Resultaten uit pilots kunnen daarbij helpend zijn om de kosten te analyseren en een voorspellende maat uit te halen voor opschaling naar andere regio's.

Afhankelijk van welke (groep) zorgaanbieder(s) aan de slag gaat met alternatieve bekostiging voor palliatieve patiënten moet de populatie hierop afgestemd worden. Zodanig dat alleen verantwoordelijkheid wordt gedragen voor de populatie waar zij de palliatieve zorg voor organiseren en leveren. Voor de palliatieve zorg kan dit per regio verschillend zijn. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden, zeker in grensgebieden met meerdere ziekenhuizen en waar verschillende huisartsencoöperaties actief zijn. Er kan bijvoorbeeld ook een nieuwe entiteit opgericht worden, maar meer voor de hand liggend is dat er aansluiting gezocht wordt bij bestaande entiteiten zoals een zorggroep of Regionale Ondersteuningsstructuur. Het is aan het veld en de regio om te bepalen welke vorm het beste past bij de regionale dynamiek.

## 5.3 Bouwsteen: Afbakening zorgkosten

### **Vraag: Welke zorgkosten van palliatieve zorg gaan onderdeel uitmaken van de afspraken?**

Zorgaanbieders hebben wat betreft zorgkostenontwikkeling alleen invloed op het volume van zorg. Het afbakenen van de zorg die onderdeel uit gaat maken van de bundel is een belangrijke randvoorwaarde. Dat bepaalt namelijk welk deel van de zorg tot de palliatieve zorgbundel wordt gerekend en waarvoor de betrokken zorgorganisaties (deels) verantwoordelijk worden voor de kostenontwikkeling. Bijvoorbeeld de bestraling van een tumor; deze kan onderdeel uitmaken van zorg met een curatieve insteek, maar het kan ook in het kader van palliatieve zorg ingezet worden om klachten te verminderen en meer kwaliteit van leven te bieden. De vraag is of de kosten van deze bestraling vallen onder de zorgkosten gerelateerd aan de behandeling van kanker, of gerelateerd worden aan het palliatieve zorgtraject. Hierover moeten voor een bundel afspraken gemaakt worden.

Als de keuze bijvoorbeeld is om alle zorgkosten na identificatie van de palliatieve fase onder te brengen in de bundel voor palliatieve zorg, dan moeten de kosten voor deze bestraling uit het bestaande contract gehaald worden en onderdeel worden van de alternatieve bekostiging. De keuze kan ook zijn om alleen specialistische palliatieve zorgkosten onderdeel van de alternatieve bekostiging te maken, bijvoorbeeld de kosten voor de inzet van het team palliatieve zorg in het ziekenhuis en de inzet van specialistisch verpleegkundigen in de thuissituatie. In dit geval zullen de kosten van de bestraling buiten de afbakening vallen en geen onderdeel uitmaken van de alternatieve bundelbekostiging voor palliatieve zorg. Beide scenario's betreffen omvangrijke bundels. Een andere, 'kleinere', optie is om alleen de

transmurale coördinatie van palliatieve zorg in een bundel op te nemen en de zorg zelf volgens de reguliere weg te bekostigen. Deze voorbeelden van varianten laten zien aan dat er een grote bandbreedte aan mogelijkheden is. Welke inrichting van de bundel het beste past bij de omstandigheden in de regio hangt mede samen met de omvang van de populatie, de bestaande samenwerkingsrelaties, welke effecten aanbieders en verzekeraars willen bereiken en waar ze de nadruk op willen leggen, etc.

Keuzes over het inrichting van de bundel kunnen per aandoening en per patiëntgroep verschillen. Het kwaliteitskader palliatieve zorg kan als algemeen vertrekpunt dienen om concreet te maken wat onder palliatieve zorg valt. Het is belangrijk om de uitgangspunten van het kwaliteitskader te vertalen naar daadwerkelijke handelingen die zorgverleners in het leveren en organiseren van de zorg voor hun palliatieve patiënten doen. Voor deze handelingen kan vervolgens de keuze gemaakt worden of ze onderdeel uitmaken van de bundel en op welke manier ze terug moeten komen in de prestatiebeschrijvingen die gaan gelden voor de bundel.


*Hoogte van de zorgkosten binnen het alternatieve contract: tot hoever reikt de verantwoordelijkheid?*

Ook kunnen er afspraken gemaakt worden over het wel of niet meenemen van (door toeval) extreem hoge zorgkosten van bepaalde patiënten. Er kan bijvoorbeeld een afkappunt voor de zorgkosten afgesproken worden, of bepaalde zorgkosten kunnen uitgesloten worden van de afspraak. Reden om dit bijvoorbeeld in de opstart- of experimentfase te doen, is om de financiële risico's voor betrokken zorgaanbieders te dempen. Dat kan in de opstartfase prettig zijn voor zorgaanbieders als de effecten van alternatieve bekostiging nog duidelijk moeten worden. Met het dempen van de risico's wordt tegelijk ook de prikkel op het leveren van goede (conform de overeengekomen uitkomstindicatoren) doelmatige zorg gedempt. Wanneer er meer ervaring is opgedaan met bundelbekostiging kunnen dit soort afspraken komen te vervallen, omdat de risico's en ook de kansen voor de zorgaanbieders duidelijk worden. Bij het maken van afspraken om risico's te dempen is het van belang om rekening te houden met het aandeel zorgkosten van een enkele zorgaanbieder of financieringsstroom ten opzichte van het totaal aan zorgkosten. Zie ter illustratie figuur 6.

In de figuur is te zien dat de gemiddelde kosten per zorggebruiker in het laatste levensjaar verschillen per doodsoorzaak en per zorgsector. De gemiddelde kosten per patiënt in de langdurige zorg (Wlz) liggen hoger dan de gemiddelde kosten in bijvoorbeeld het eerstelijnsverblijf. Met andere woorden de langdurige zorg heeft een groter aandeel in de totale zorgkosten dan het eerstelijnsverblijf. Voor het bepalen van de verantwoordelijkheid en het daaraan gekoppelde financiële risico voor aanbieders van bepaalde vormen van palliatieve zorg dient hier rekening mee gehouden te worden.

Figuur 6 Gemiddelde kosten in het laatste levensjaar

**GEMIDDELDE KOSTEN PER GEBRUIKER IN HET LAATSTE LEVENJAAR, UITGESPLITST NAAR DOODSOORZAAK EN PER ZORGSECTOR**



	Alzheimer	COPD	CVA	Hartfalen	Kanker	Leverfalen	Nierfalen	Parkinson
AMB	€ 960	€ 1.487	€ 1.168	€ 1.157	€ 1.117	€ 1.217	€ 1.441	€ 1.142
DGM	€ 2.242	€ 4.574	€ 3.123	€ 4.212	€ 12.391	€ 3.750	€ 3.719	€ 4.502
ELV	€ 7.901	€ 9.034	€ 6.502	€ 7.360	€ 8.926	€ 7.308	€ 6.992	€ 7.563
FRM	€ 952	€ 2.453	€ 1.117	€ 1.550	€ 2.448	€ 1.836	€ 2.569	€ 3.277
GGZ	€ 5.388	€ 6.136	€ 4.252	€ 4.771	€ 4.206	€ 5.111	€ 4.931	€ 4.918
GRZ	€ 15.087	€ 3.288	€ 14.279	€ 12.700	€ 12.555	€ 13.242	€ 12.729	€ 14.561
HAZ	€ 833	€ 977	€ 708	€ 814	€ 1.273	€ 743	€ 998	€ 956
HLP	€ 731	€ 1.152	€ 797	€ 854	€ 964	€ 726	€ 943	€ 1.064
MSZ	€ 3.510	€ 13.011	€ 10.988	€ 11.346	€ 19.344	€ 21.361	€ 23.587	€ 5.936
PMZ	€ 590	€ 916	€ 891	€ 667	€ 556	€ 537	€ 652	€ 1.522
WLZ	€ 66.796	€ 50.805	€ 56.533	€ 48.743	€ 43.014	€ 39.263	€ 50.563	€ 61.220
WVP	€ 10.548	€ 10.529	€ 9.982	€ 10.731	€ 8.865	€ 7.584	€ 12.068	€ 13.869

AMB=ambulance, DGM=dure geneesmiddelen, ELV=eerstelijnsverblijf, FRM=farmacie, GGZ=geestelijke gezondheidszorg, GRZ=geriatrische revalidatiezorg, HAZ=huisartsenzorg, HLP=hulpmiddelen, MSZ=medisch specialistische zorg, PMZ=paramedische zorg, WLZ=langdurige zorg, WVP=wijkverpleging  
 \*Excl. MS en Motorische Neuronen en Huntington vanwege de lage aantallen patiënten

Bron: Monitor Palliatieve zorg 2020

## 5.4 Bouwsteen: Tarief

### Vraag: Wat mag de prestatie voor palliatieve zorg kosten?

Wanneer de populatie afgebakend is, en de palliatieve zorg die binnen de afspraak gaat vallen afgesproken is, volgt het overeenkomen van een passend tarief. Er kan een prijs afgesproken worden over meerdere prestaties: een bundel of all-in tarief, of er kan een prijs bepaald worden op basis van een afgesproken benchmark populatie. Dit laatste gebeurt voor shared savingscontracten.

Voor bundelbekostiging kan het tarief bepaald worden op basis van een kostprijsanalyse. Hierbij worden de kosten in beeld gebracht van de palliatieve zorg waarover de afspraak gaat. Ook kan het tarief bepaald worden op basis van meerdere prestaties. Theoretisch ontstaat dan een prikkel om doelmatig te werken, zeker als het tarief lager ligt dan de som van de tarieven van het geheel aan prestaties. Tegelijk geeft dit ook een prikkel om bijvoorbeeld complexe patiënten te weigeren of kan het risico op onderbehandeling ontstaan. Deze risico's kunnen via uitkomstbekostiging afgedekt worden.

Bij shared savingsafspraken kan het tarief bijvoorbeeld op basis van een benchmark tot stand komen. Voor het bepalen van een prijs op basis van een benchmark kunnen historische declaraties of declaraties van vergelijkbare populaties gebruikt worden. Het doel is om tot een prijsafpraak te komen die prikkelend is voor doelmatige zorg en het tegelijkertijd mogelijk maakt om voldoende zorg van goede kwaliteit te leveren. Bij het bepalen van een prijs op basis van een benchmark tussen zorgorganisaties is het belangrijk dat het gaat om vergelijkbare organisaties, die zorg leveren aan een vergelijkbare populatie. Deze homogeniteit is lastig vast te stellen in de palliatieve zorg door de uiteenlopende doelgroepen en variatie in zorgvraag. Om recht te doen aan deze diversiteit vindt de NZa een

benchmark op basis van historische prestaties het meest kansrijk voor alternatieve bekostiging versus een benchmark met een benchmarkpopulatie. Het is namelijk de vraag of een goede benchmarkpopulatie vast te stellen is. Door huidige prestaties in een regio af te zetten tegen historische prestaties in de regio kunnen prikkelende maar haalbare afspraken gemaakt worden die recht doen aan de regiodynamiek. Het daagt de samenwerkende partijen in een regio uit om continue de kwaliteit en doelmatigheid van palliatieve zorg te verbeteren ten opzichte van hun eerdere prestaties.

## 5.5 Bouwsteen: Verantwoordelijkheid

### Vraag: Hoe worden meer/minderkosten gedeeld?

De vierde bouwsteen van alternatieve bekostiging is het maken van afspraken over meer- en minderkosten; kortom hoe de verantwoordelijkheid over kostenontwikkelingen in de zorg er voor de zorgaanbieders concreet uit komt te zien. Of de meer of minderkosten worden gedeeld tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars en/of zorgkantoren is afhankelijk van het soort afspraak van alternatieve bekostiging (shared savings, bundelbekostiging en/of populatiebekostiging). De afspraken zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Afspraak	Verdeling meer/minderkosten
Shared savings	Deelpercentage met plafond, aftrek van voorinvestering, en hogere deelpercentage bij betere kwaliteit van zorg
All-in	Volledig voor zorgaanbieder
Bundel	Volledig voor zorgaanbieder + vrij volume wanneer kwaliteit verbetert

Het bepalen in hoeverre er sprake is van overschrijdingen of besparingen wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars/zorgkantoren. Vervolgens vindt verdeling plaats op basis van de geleverde kwaliteit. Zo bestaat er naast een doelmatigheidsprikkel ook een prikkel om voldoende kwaliteit van zorg te leveren. De vijfde bouwsteen van alternatieve bekostiging is dan ook kwaliteit van zorg.

## 5.6 Bouwsteen: Kwaliteit van zorg

### Vraag: welke indicatoren zijn relevant voor de kwaliteit van palliatieve zorg

Het borgen van kwaliteit van zorg is een belangrijke bouwsteen om de doelen in de palliatieve zorg te verankeren in de bekostiging. Prikkel in de bekostiging om efficiënter (samen) te werken, de zorg doelmatig in te richten en te verlenen, mogen niet afdoen aan goede kwaliteit van zorg. Zorgaanbieders spreken voor de alternatieve bekostiging van palliatieve zorg daarom samen met de zorgverzekeraars en/of het zorgkantoor af welke kwaliteitsindicatoren meegenomen worden.

Voor palliatieve zorg relevante uitkomstindicatoren maken een directe koppeling mogelijk tussen bekostiging en kwaliteit. Dit wordt versterkt door bij het kiezen van kwaliteitsindicatoren te focussen op de mogelijke nadelen van de prikkel van alternatieve bekostiging. Hiermee draagt de bekostiging bij aan de ingeslagen weg naar passende palliatieve zorg. Door relevante kwaliteitsindicatoren in bekostiging mee te nemen, kunnen knelpunten zoals de prikkel op te weinig inzet van intensieve zorg en/of specialistische zorg worden weggenomen. Voor de palliatieve zorg bestaat nog geen eenduidige set aan kwaliteitsindicatoren. Met het veld kunnen uniforme kwaliteitsindicatoren afgesproken worden met ruimte voor regionale invulling, zoals ook in hoofdstuk 4 is omschreven.

## 5.7 Samenvatting

Bekostiging die goede palliatieve zorg bevordert vraagt om duidelijke keuzes. Afbakening van de populatie waarvoor de alternatieve bekostiging geldt is van belang en welke zorg binnen de bundel valt. Het is nuttig om te kijken naar kostenhomogene deelpopulaties, omdat de totale palliatieve populatie een grote variëteit aan zorgvragen en daaraan gerelateerde zorgkosten laat zien. Nadere analyses zijn nodig, evenals de ontwikkeling van een gedragen set aan uitkomstindicatoren. Deze indicatoren zijn om twee redenen belangrijk; ze zijn het middel om kwaliteit van zorg direct te koppelen aan de bekostiging en de indicatoren kunnen de nadelen van alternatieve bekostiging opvangen. Denk bijvoorbeeld aan het risico op onderbehandeling bij een bundelafpraak zonder de koppeling van kwaliteit van zorg. Een landelijk gedragen set aan indicatoren is belangrijk om alle Nederlanders toegang te bieden tot palliatieve zorg van een zelfde basiskwaliteit.

# 6 Routekaart

## *Ambitie en visie*

We zetten in op proactieve zorgplanning en bundelbekostiging gekoppeld aan kwaliteit. De route die we hiervoor voor ons zien wordt in dit hoofdstuk nader toegelicht.



Om de patiënt zoveel mogelijk de zorg te bieden die aansluit op zijn wensen, waarden en behoeften gaan zorgverleners graag tijdig in gesprek hierover met hun patiënt. Om vervolgens in samenwerking met verschillende zorgverleners, met elk eigen expertise, de zorg met en rondom de patiënt te organiseren en coördineren. Zodanig dat de zorg van waarde is voor de patiënt en zorg die niet van waarde is ook daadwerkelijk niet wordt geleverd. Dit voorkomt extra druk op schaarse mensen en middelen in de zorg. Mensen en middelen die voor anderen beschikbaar blijven voor wie zij wel van waarde zijn.

Theoretisch gezien is het mogelijk om binnen het huidige zorgstelsel alternatieve manieren van bekostiging te ontwikkelen die bijdragen aan het hierboven geschetste beeld en aan de doelen in de palliatieve zorg zoals ze uit de verschillende patiëntreizen naar voren kwamen:

- Wensen waarden en behoeften tijdig in beeld middels proactieve zorgplanning
- Transmurale samenwerking en coördinatie
- Voorkomen van niet passende zorg
- Goede afsluiting van het zorgtraject

De NZa gaat de komende jaren bijdragen aan de doorontwikkeling van de bekostiging om deze zoveel mogelijk in lijn te brengen met de doelen in de palliatieve zorg. We hebben de volgende ambitie en visie geformuleerd.

- **Onze ambitie op korte termijn:**
  - Per 2025 kent de bekostiging een prikkel op proactieve zorgplanning die eraan bijdraagt dat de wensen, waarden en behoeften van de patiënt vroegtijdig in beeld worden gebracht.
- **Onze visie op lange termijn:**
  - De patiënt ontvangt in de laatste levensfase alleen passende zorg, doordat op regionaal niveau via een collectief van zorgaanbieders de doelen van palliatieve zorg in de bekostiging worden ondersteund. We zetten in op bundelbekostiging waarbij een directe koppeling tussen bekostiging en kwaliteit wordt gemaakt via relevante uitkomstindicatoren.

Hierna werken we op hoofdlijnen uit op welke manier we deze ambitie willen realiseren. In de verdere verkenning en uitwerking nemen we de mededingingsaspecten en juridische vormgeving mee. Daar is in voorliggende visie niet op getoetst; zo werken wij stap voor stap van visie naar concrete uitwerking.

## 6.1 Versnellen op proactieve zorgplanning

Wij zien proactieve zorgplanning als primaire randvoorwaarde om de beweging naar passende zorg in de laatste levensfase mogelijk te maken. Het inzetten van proactieve zorgplanning hangt namelijk samen met andere elementen in de palliatieve zorg die belangrijk zijn:

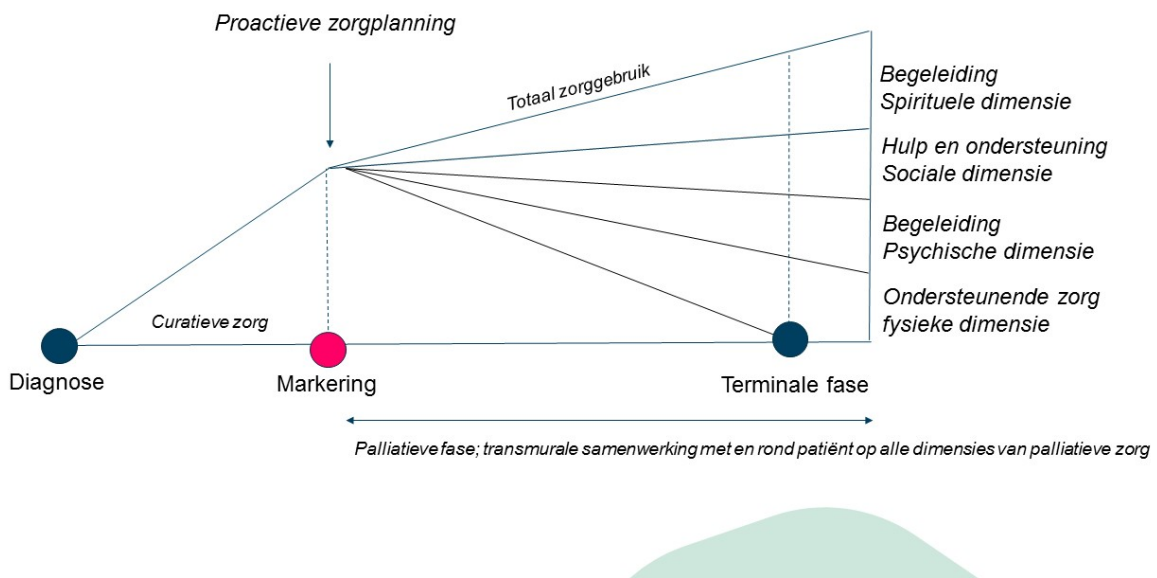
- Waardegedreven zorg in de laatste levensfase is alleen mogelijk wanneer de wensen, waarden en behoeften van de patiënt bekend zijn en meewegen in de zorg- en behandelkeuzes die worden gemaakt. Proactieve zorgplanning is het middel om dit gesprek te borgen.
- Om proactieve zorgplanning tijdig in te kunnen zetten is het belangrijk om de palliatieve fase (breder dan de palliatief terminale fase) te identificeren. Hierin ligt een belangrijke uitdaging. Door in de bekostiging een prikkel op proactieve zorgplanning in te bouwen werken we aan bewustwording

rondom palliatieve zorg en een bewustere afweging om wel of niet te behandelen en welke behandeling het best past wanneer de focus is verschoven van genezing naar kwaliteit van leven.

- Pas als tijdig de wensen, waarden en behoeften van de patiënt in beeld zijn kan de juiste expertise betrokken worden op de vier dimensies binnen de palliatieve zorg. Transmurale zorg met en rondom de patiënt kan in combinatie met proactieve zorgplanning het meest betekenisvol ingezet worden. Waarbij de kansen het beste worden benut om escalatie van zorg en crisissituaties zoveel mogelijk te voorkomen.

Onderstaand figuur geeft schematisch weer hoe wij de start van proactieve zorgplanning als kantelpunt zien in het zorgtraject

*Figuur 7: Proactieve zorgplanning voor de laatste levensfase als kantelpunt van zorg met een curatieve insteek naar palliatieve zorg en als startpunt voor transmurale samenwerking in de palliatieve fase*



### 6.1.1 Inzet NZa

Om versnelling te realiseren op proactieve zorgplanning in de palliatieve fase en dit een goede plek in de bekostiging te geven voorzien wij de volgende stappen:

- Met behulp van experts uitwerken hoe we via bekostiging kunnen sturen op tijdig het goede gesprek aangaan met de palliatieve patiënt. Dit zal uiteindelijk per zorgsector anders ingericht kunnen worden, afhankelijk van de huidige prikkel die bijdraagt, dan wel tegengesteld is aan de inzet van tijdige proactieve zorgplanning. Een analyse per zorgsector van de bekostiging en op welke manier proactieve zorgplanning is opgenomen in richtlijnen / zorgstandaarden maakt onderdeel uit van de startverkenning.

We streven ernaar een koppeling te maken naar uitkomsten, zodat de prikkel in de bekostiging niet alleen de activiteit (het gesprek), maar met name het beoogde effect beloont. Om de mogelijkheden hiervoor nader te onderzoeken maken we in ieder geval gebruik van relevante inzichten die de komende jaren tot stand komen in de volgende trajecten:

- Betrokkenheid NZa bij PDCA cyclus CZ en Zuyderland rondom facultatieve prestatie ‘time to talk’

- Betrokkenheid NZa bij de oproep van ZonMW 'inzet van proactieve zorgplanning in de praktijk' voor onderzoek naar proactieve zorgplanning vanuit het programma Palliantie II. Uiteraard kunnen andere relevante trajecten hieraan toegevoegd worden.

## 6.2 Naar bundelbekostiging gekoppeld aan kwaliteit via relevante uitkomstindicatoren

Onze stip op de horizon is om toe te werken naar waardegedreven bundelbekostiging voor de palliatieve populatie in een regio. Over 10 jaar wordt palliatieve zorg regionaal georganiseerd en gecontracteerd bij een collectief van zorgaanbieders waarbij de kwaliteit van de palliatieve zorg direct gerelateerd is aan de bekostiging. Zodat passende zorg in de laatste levensfase gestimuleerd wordt. Op deze manier kunnen we ervoor zorgen dat de bekostiging bijdraagt aan het behouden van de hoge kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland waarbij patiënten zoveel mogelijk kunnen sterven op de plek van voorkeur en er geen zorg verleend wordt die niet van waarde is voor de patiënt. Tegelijk draagt waardegedreven bundelbekostiging bij aan de toegankelijkheid van zorg, omdat de bekostiging aanzet tot het doelmatig organiseren, samenwerken en leveren van palliatieve zorg. Zodanig dat de juiste expertise op het juiste moment wordt ingezet en de zorg van waarde is voor de patiënt.

Daarnaast, zoals in het vorige hoofdstuk omschreven, vraagt bundelbekostiging om zorginhoudelijke keuzes voor de afbakening van de populatie, relevante deelpopulaties en de palliatieve zorg. En het vraagt om keuzes in termen van verantwoordelijkheid; wie heeft invloed op de zorg en kan daarmee (financiële) verantwoordelijkheid nemen voor een deel van de uitkomsten van de palliatieve zorg?

Om toe te werken naar dit eindbeeld sporen we zorgaanbieders en verzekeraars aan om op regionale schaal experimenten aan te gaan om tot alternatieve bekostiging te komen voor (een deel van de) palliatieve zorg. Enerzijds omdat een one-size-fits-all benadering niet past bij de regionale dynamiek in Nederland. Anderzijds, omdat op regionale schaal makkelijker de relevante keuzes tot stand komen, dan wanneer deze op een groter schaalniveau met draagvlak gemaakt moeten worden. Met kleinschalige experimenten kunnen we leren hoe een bundel voor palliatieve zorg het meest effectief ingericht kan worden. Bijvoorbeeld hoe de afbakening van palliatieve zorg en de palliatieve populatie eruit moet zien om op een goede manier naast of in samenhang met andere bundels, vormen van ketenzorg of deelpopulaties te kunnen functioneren, zodanig dat de complexiteit van de implementatie niet doorklinkt in de daadwerkelijke uitvoering erna.

### 6.2.1 Inzet NZa

Het ontwikkelen van alternatieve bekostiging vraagt tijd en inspanning van veel partijen. Wij zien dan ook verschillende acties voor onszelf en voor veldpartijen. Zo zijn er ontwikkelingen gaande in wet- en regelgeving die het experimenteren met alternatieve bekostiging voor palliatieve zorg mogelijk maken. Op die manier kan de NZa bijdragen aan de randvoorwaarden en hulpmiddelen die nodig zijn voor aanbieders en verzekeraars om tot bundelbekostiging te komen waarin bekostiging gekoppeld is aan kwaliteit, door:

- In te zetten op een verdere verkenning van mogelijkheden om tot een sectoroverstijgende betaaltitel te komen en palliatieve zorg als pilot mee te nemen in de verkenning.
- Experimenten: De NZa volgt en ondersteunt het veld met kennis en advies over mogelijkheden in de bekostiging om te experimenteren. Daarvoor kunnen partijen een beroep op ons doen.
- Focus van de Monitor palliatieve zorg in 2023 op:

- 1: het in beeld brengen van effecten van aanpassingen in de bekostiging o.a. betreft proactieve zorgplanning
- 2: verder uitwerken van relevante deelpopulaties en kostenprofielen
- Afbakening; prospectief vanaf moment van identificering of retrospectief? Wanneer een uniforme landelijk gedragen methode voor het identificeren van de palliatieve fase voorhanden is kan de NZa bijvoorbeeld de identificering van de palliatieve fase als registratieve activiteit beschikbaar maken voor ziekenhuizen, ten behoeve van data-analyse.

## 6.2.2 Inzet koepelorganisaties

Naast deze inzet van de NZa, is het belangrijk dat parallel vanuit de koepelorganisaties verder wordt ingezet op het volgende:

- Uitkomsten en kwaliteitsindicatoren relevant voor palliatieve zorg: voortbouwen op adviezen voor kwaliteitsregistraties die zijn opgesteld naar aanleiding van onderzoeken binnen het programma Palliantie.
  - Aan zet: beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen, Stichting PZNL
- Regionale transmurale samenwerking: Zowel in wet- als regelgeving wordt gewerkt aan voorstellen om domeinoverstijgend samenwerken te kunnen financieren en bekostigen. We voorzien dat de mogelijkheden hiervoor de komende jaren toenemen. Zo wordt binnenkort verkend of afstemming en coördinatie van zorg voor kwetsbare ouderen (en mogelijk breder) in de thuissituatie voldoende geborgd is in de bekostiging. Mogelijk komen hier oplossingsrichtingen uit naar voren die ook van belang kunnen zijn voor (een deel van) de palliatieve populatie.
  - Aan zet: Stichting PZNL, VWS, Zorginstituut, NZa
- Afbakening van palliatieve zorg: Zorginhoudelijk bevelen we aan een landelijke zorgstandaard te ontwikkelen waarbij kort en bondig de uitgangspunten voor palliatieve zorg omschreven staan. De zorgstandaard Diabetes is hier een voorbeeld van. Een dergelijke zorgstandaard borgt een landelijk uniforme werkwijze op hoofdlijnen zodat alle burgers in Nederland een zelfde basisniveau van palliatieve zorg kunnen verwachten. Ook helpt het als startpunt bij het inhoudelijke afbakeningsvraagstuk van de palliatieve zorg waarvoor bundelbekostiging ontwikkeld kan worden.
  - Aan zet: Stichting PZNL in samenwerking met de leden van de betrokken branchepartijen en andere relevante wetenschappelijke en beroepsverenigingen. NZa kan met de vervolgmonitor in 2023 aansluiten op behoeften.

## Literatuurlijst

Abarshi E, et al. (2009), General practitioner awareness of preferred place of death and correlates of dying in a preferred place: a nationwide mortality follow-back study in The Netherlands. *J Pain Symptom Manage* 2009;38:568-77.

Algemene Rekenkamer. (2013), Indicatoren voor kwaliteit van de zorg. Den Haag: Sdu

Algemene Rekenkamer. (2021), Resultaten verantwoordingsonderzoek 2020 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Block, E.M., Casarett, D.J., Spence, C., Gozalo, P., Connor, S.R., Teno, J.R. (2010), Got volunteers? Association of hospice use of volunteers with bereaved family members' overall rating of the quality of end-of-life care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), 502–506.

Boddeart et.al. (2020), Inappropriate end-of-life cancer care in a generalist and specialist palliative care model: a nationwide retrospective population-based observational study. *BMJ Support palliative care*

Brandt H, Francke A, Pasman H, Claessen S, van der Putten M, Deliens L. (2009), Indicatoren voor Palliatieve Zorg. Ontwikkeling en toetsing van een set kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorgverlening. NIVEL: Utrecht; ISBN 978-90-6905-985-3.

Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. (2014), The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. 2014;28(8):1000–25. <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>.

Cheung, M. C., et al. (2015), Impact of aggressive management and palliative care on cancer costs in the final month of life. *Cancer*, 121(18), 3307–3315.

van Dulmen, S., Remers, T., Wackers, E., van der Marck, M., & Jeurissen, P. (2021), Wegen van Populatiebesteding. Rapport IQ healthcare

Eijkenaar, F, & Schut, F.T. (2015), *Uitkomstbesteding in de zorg: een (on)begaanbare weg?*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1765/78057>

Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, Murtagh FEM. (2017), How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services. *BMC Medicine* 2017; 15: 102.

Hayen, A. P., de Bekker, P. J. G. M., Ouwens, M. M. T. J., Westert, G. P., & Jeurissen, P. P. T. (2013), No cure, no pay? Onderweg naar uitkomstbesteding in de Nederlandse zorg: Huidige en toekomstige mogelijkheden. *Celsus*

IKNL/Palliactief. (2020), Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland

Informatiekaarten transmuraal samenwerken (2021) [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_623420\\_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_623420_22/1/)

Maltoni, M., et al, (2016). Systematic versus on-demand early palliative care: A randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. *European Journal of Cancer*, 69, 110–118. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.10.004>

Naylor, C., Mundle, C., Weeks, L., Buck, D. (2013), *Volunteering in health and care: Securing a sustainable future*. London: The Kings Fund

Nederlandse Zorgautoriteit. (2017), *Informatiekaart – Samenwerking en betaalbaarheid palliatieve zorg op maat*

Nederlandse Zorgautoriteit. (2022), *Informatiekaart Integrale bekostiging geboortezorg – ervaringen IGO's en zorgverzekeraars*

Nederlandse Zorgautoriteit. (2021a), *Monitor contractering wijkverpleging 2021*

Nederlandse Zorgautoriteit. (2021b), *Monitor medisch-specialistische zorg 2021*

Nederlandse Zorgautoriteit. (2020), *Monitor palliatieve zorg*

Nederlandse Zorgautoriteit. (2018), *Samenwerken in de palliatieve zorg – zorg rondom de patiënt*

de Oliveira Valentino TC, Paiva CE, Hui D, de Oliveira MA, Ribeiro Paiva BS. (2019) Impact of Palliative Care on Quality of End-of-Life Care Among Brazilian Patients With Advanced Cancers. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Jan;59(1):39-48. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2019.08.021. Epub 2019 Aug 23. PMID: 31449844.

Op weg naar een systeem om kwaliteit van palliatieve zorg inzichtelijk te maken, ZonMW / Programma Palliantie

PZNL. (2022), *Handreiking financiering palliatieve zorg*

PZNL. (2021), *Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning naar aanleiding van de COVID-19-pandemie*

PZNL. (2022a), *Resultaten Project TAPA\$: TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende bekostiging*

Scott, R. (2015), 'We cannot do it without you'- the impact of volunteers in UK hospices. *European Journal of Palliative Care*, 22(2) 80-83.

SiRM (2022), *Handreiking voor het versterken van ketensamenwerking – Interne bron, publicatie volgt*

Stegmann, M.E., Brandenburg, D., Reyners, A.K.L. et al. (2021), Treatment goals and changes over time in older patients with non-curable cancer. *Support Care Cancer* 29, 3849–3856

Suzanne Festen, Hanneke van der Wal-Huisman, Annya H.D. van der Leest, Anna K.L. Reyners, Geertruida H. de Bock, Pauline de Graeff, Barbara L. van Leeuwen. (2021), The effect of treatment modifications by an onco-geriatric MDT on one-year mortality, days spent at home and postoperative complications, *Journal of Geriatric Oncology* 12, 779-785



Vanbutsele G, et al. (2018), Effect of early palliative care: complex intervention and complex results. *Lancet Oncol.* 2018 Mar;19(3):394-404.

Vlaanderen, F. P., Tanke, M. A., Bloem, B. R., Faber, M. J., Eijkenaar, F., Schut, F. T., & Jeurissen, P. P. T. (2019), Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review. *The European Journal of Health Economics*, 20(2), 217-232.

Verenso. (2020), *Specialist Ouderengeneeskunde 2030: handelingsperspectieven en positionering*

De Vries, E.F., Baan, C.A., Struijs, J.N., (2021). Alternatieve bekostigingsmodellen geboortezorg onder de loep genomen. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie* vol. 134, 368-372

# Bijlagen



## Bijlage 1 Betrokkenen bij expertsessies

- A. van der Heiden (Erasmus MC)
- Astrid Kodde (huisarts)
- Berdine Koekoek (Netwerk palliatieve zorg Oost-Veluwe)
- Geert-Jan Lefeber (UMC Utrecht)
- Rob Linde (Zorggroep Almere)
- Ingeborg Immen (Hospice Dignitas)
- Iris Wanders (Amsterdam UMC)
- Janny Jonker ('s Heerenloo)
- Jet van Esch (Laurens)
- Margriet Feenema (Medisch Centrum Leeuwarden)
- Marijke van Daelen (huisarts)
- Martin Wijnen (CZ)
- Monique van den Broek (Netwerk palliatieve zorg Oss/Uden/Meijerijstad)
- Patrick Jeurissen (IQ Healthcare, VWS)
- Ralph Smeets (VGVZ)
- Robert Koorneef (VGVZ)
- Ria van Erk (VPTZ)
- Tineke Smilde (Jeroen Bosch ziekenhuis)
- Tom van de Voort (Meander MC)

Onder begeleiding van:

- Arthur Hayen (LUMC, BUNDLE),
- Jeroen Struijs (RIVM, BUNDLE)

Deelname aan de expertsessies ter voorbereiding op de visie is op persoonlijke titel gebeurd. De sessies hadden een inhoudelijk karakter en waren niet gericht op het creëren van draagvlak. Deelnemers hebben op persoonlijke titel deelgenomen en hadden geen verdere betrokkenheid bij de totstandkoming van deze visie.

## Bijlage 2 Essenties kwaliteitskader palliatieve zorg

### **Markering:**

Om ervoor te zorgen dat de waarden, wensen en behoeften van de patiënt bekend zijn, is het van belang de start van de palliatieve fase, en daarmee van de palliatieve zorg, te markeren. Hiervoor stelt de behandelend arts zichzelf de zogenoemde surprise question: 'Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar zou overlijden?' Als het de professional niet verbaast, is dat een signaal om bijtijds met de patiënt in gesprek te gaan over zijn vooruitzichten en wensen voor verdere behandeling, begeleiding en zorg.

### **Gezamenlijke besluitvorming:**

Om elke patiënt passende regie over zijn ziekte en zijn zorg te kunnen bieden en samen af te wegen welke waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten prioriteit hebben, haalbaar en uitvoerbaar zijn, dient er sprake te zijn van gezamenlijke besluitvorming.

### **Proactieve zorgplanning:**

Om ook in de toekomst zorg passend bij de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten te kunnen leveren is het proces van vooruit denken, plannen en organiseren van belang.

### **Individueel zorgplan:**

Om eigen regie en zelfmanagement voor de patiënt te behouden of te vergroten, worden de tussen de patiënt en de zorgverleners gemaakte afspraken over de zorg in het individueel zorgplan vastgelegd. Een (digitaal) individueel zorgplan helpt de patiënt bij het verwerven van kennis over zijn ziekte of kwetsbaarheid en stelt hem beter in staat mee te beslissen over het te volgen beleid en de behandeling.

### **Coördinatie en continuïteit:**

Om te kunnen sterven op de plek van voorkeur met passende zorg, horen de betrokken zorgverleners en vrijwilligers rondom de patiënt de zorg goed te coördineren en de continuïteit te waarborgen.

### **Deskundigheid:**

Om passende ondersteuning bij klachten op fysiek, psychologisch, sociaal en spiritueel gebied te kunnen geven, is deskundigheid rond symptoombestrijding op deze vier domeinen vereist.

### **Effectieve communicatie:**

Voor de juiste inzet van deskundigheid in de palliatieve zorg is het nodig dat zorgverleners regelmatig complexe gesprekken voeren en dienen ze te beschikken over zeer goede communicatievaardigheden (gezamenlijke besluitvorming, proactieve zorgplanning à effectieve communicatie)

### **Persoonlijke balans:**

Om die goede zorg te kunnen blijven leveren dienen zorgverleners en vrijwilligers zich bewust te zijn van de emotionele impact die het leveren van palliatieve zorg op henzelf kan hebben. Zij reflecteren op hun eigen handelen en hebben oog voor hun persoonlijke balans. Zij dragen daarin zorg voor zichzelf en hun collega's. Persoonlijke balans werd bij de totstandkoming van het kwaliteitskader als een belangrijk thema benoemd en is dan ook opgenomen in het domein Kernwaarden en principes

## Bijlage 3 Samenvatting Expertsessie 1: Patiëntreizen en doelen

Op donderdag 30 september hebben we met elkaar drie patiëntreizen uitgewerkt (hartfalen, alzheimer en borstkanker). Centrale vraag daarin was:

*“Wat zijn de doelen in de palliatieve zorg en welke belemmeringen, o.a. in de bekostiging, staan het behalen van de doelen in de weg?”*

We hebben alle patiëntreizen geanalyseerd en samengevat in een aantal doelen met per doelstelling de veel voorkomende knelpunten. De gedetailleerde uitwerking van de patiëntreizen blijft bewaard en wordt meegenomen in de visie op de bekostiging van de palliatieve zorg van de NZa.

### **1. Doel: wensen en behoeften patiënt vroegtijdig in beeld middels proactieve zorgplanning / Advanced Care Planning (ACP)**

Knelpunten (in de bekostiging):

- ACP gesprekken kosten tijd en leveren weinig omzet op in tegenstelling tot behandelen
- Er is vaak geen centrale zorgverlener die een korte lijn met patiënt heeft en de communicatie met andere betrokken zorgverleners onderhoudt
- De palliatieve fase wordt niet altijd herkent en gemarkeerd (geregistreerd en gecommuniceerd). Daarmee wordt ook het startschot voor tijdig ACP-gesprek gemist

### **2. Doel: voorkomen van vermijdbare zorg en onnodige belasting van patiënt, naasten en zorgverleners**

Knelpunten (in de bekostiging):

- Ondoelmatig gebruik en bureaucratie in aanvraag van hulpmiddelen
- Bij spoedopname ontstaan uitplaats problemen
- Financiering domotica
- Bekostiging belemmert om specialistisch verpleegkundige in de thuissituatie in te zetten.

Centrale coördinatie is van belang voor deze doelstelling; hierbij ervaren knelpunten

- Onvoldoende kennis en competentie bij uitvoering casemanagement
- Onduidelijk wie wat betaalt

Specifiek in laatste levensfase ervaren knelpunten

- Tarieven Wlz worden als niet-toereikend ervaren voor het bieden van intensieve zorg in de laatste levensfasen
- Door versplintering in thuiszorgorganisaties en fragmentatie van zorg is het moeilijk de juiste expertise en technische ondersteuning te krijgen. Zorg in de laatste levensfase is dure zorg die weinig aangeboden wordt omdat er vaak onvoldoende vergoeding tegenover staat.

### **3. Doel: transmurale samenwerking zodat juiste expertise bij patiënt betrokken is**

Knelpunten (in de bekostiging):

- Geen reguliere bekostiging voor consulteren expertise andere organisaties, sectoren of domeinen
- Geen reguliere bekostiging voor deelname aan transmuraal MDO 1<sup>e</sup> én 2<sup>e</sup> lijn (kaderhuisartsen tellen niet mee als arts voor MDO palliatieve zorg, in dbc financiering zkh.)
- Zeer beperkte reguliere bekostiging voor een warme overdracht
- Geen reguliere bekostiging voor PaTZ

### **4. Doel: goede afronding van zorgproces bij naasten en betrokken zorgverleners**

Knelpunten (in de bekostiging):

- Vergoeding voor nazorg is veelal te beperkt. Vergoeding is afhankelijk van het verblijf van de overleden patiënt. Op de ene plek is het beter georganiseerd dan op de andere. Bij thuis overlijden is er nauwelijks (financiering voor) nazorg.

### **5. Overige knelpunten**

- Tijdige en adequate indicatiestelling CIZ
- Overdracht Wmo naar Wlz
- Weinig budget en tijd voor scholing voor personeel
- Beperkte aandoening specifieke palliatief specialistische kennis
- Grote regionale verschillen in de organisatie van palliatieve zorg
- Geen structurele vergoeding voor geestelijk verzorger
- Sanering van medicatie in de laatste levensfase is arbeidsintensief, inkomen apotheek daalt terwijl consultatie en advies niet declarabel zijn.
- Mismatch tussen cassette of zakje en de pomp. Zorgt voor verspilling van geneesmiddelen en/of tijdverlies. Kan worden opgevangen door afspraken in de regio via palliatief netwerk.
- Verschillende ICT systemen die niet op elkaar aansluiten
- Wachtlijsten voor Wmo huishoudelijke hulp

## Bijlage 4 (maatwerk)mogelijkheden in de bekostiging

Als toezichthouder en reguleerder heeft de NZa verschillende instrumenten in handen om via de bekostiging prikkels te buigen in de richting van palliatieve en daarmee passende zorg.

- Algemeen instrumentarium
  - Prestaties en tarieven
    - > NZa stelt de omschrijvingen van behandelingen (prestaties) en in sommige gevallen (maximum) tarieven vast. NZa heeft de mogelijkheid om, op basis van reacties uit het veld, prestatie aan te passen of toe te voegen en te voorzien van declaratie- en transparantievoorwaarden.
- Huidige instrumenten voor maatwerkafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder<sup>1</sup>
  - Verschillende zorgsectoren kennen een facultatieve prestatie. Sinds 2021 ook de medisch-specialistische zorg. Met de facultatieve prestatie kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over (nieuwe) initiatieven die lastig te bekostigen zijn met de reguliere prestaties en tarieven of met de dbc's in de ziekenhuissector.
  - Segment 3 is met de bekostiging huisartsenzorg per 2015 het segment van de resultaatbeloning en de zorgvernieuwing. Onder de S3-prestatie kunnen zorgaanbieder(s) en zorgverzekeraar(s) nieuwe zorgvormen ontwikkelen zonder tussenkomst van de NZa.
  - Met Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten kunnen zorgaanbieders samen met zorgverzekeraars of zorgkantoren drie jaar lang kleinschalig experimenteren met zorg die onder de zorgverzekering of Wet langdurige zorg valt. Deze experimenten worden buiten de bestaande regels om gefinancierd, en komen in aanmerking voor een structurele bekostiging als het experiment positieve resultaten laat zien.
  - Zie voor een volledig overzicht van de mogelijkheden in verschillende sectoren onze Wegwijzers innovatie en preventie
- Toekomstige instrumenten voor transmuraal samenwerken in ontwikkeling
  - ADZ: algemene dienstverlening ten behoeve van zorg
    - > Zorg rondom de patiënt organiseren vraagt om samenwerkingsvormen en netwerkstructuren. Het gaat hierbij om coördinatie-activiteiten en de onderliggende infrastructuur die benodigd is voor de organisatie van samenwerking tussen zorgaanbieders. Deze activiteiten bevorderen de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van verzekerde zorg. Dergelijke activiteiten worden aangeduid als 'algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg' (ADZ). Het Zorginstituut heeft recent bepaald dat ADZ onder specifieke voorwaarden vanuit de Zvw bekostigd mag worden. Vergoeding op basis van ADZ vindt nog niet plaats.
  - Sectoroverstijgende betaaltitel
    - > Er is op het moment van schrijven van deze visie nog geen Sectoroverstijgende betaaltitel, maar de mogelijkheden om dit in te richten zijn onderwerp van gesprek tussen de NZa en het ministerie van VWS. Het concept gaat uit van een betaaltitel voor het sectoroverstijgend en samen leveren van zorg. Zowel vanuit de Zvw als vanuit de Wlz. Het kan een extra mogelijkheid betekenen om het organiseren van de zorg samen met en rondom de patiënt beter te faciliteren met maatwerkafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Een sectoroverstijgende betaaltitel kan voorkomen dat de bekostiging passende zorg in de weg zit. Met de sectoroverstijgende betaaltitel wordt het voor zorgaanbieders mogelijk samen met zorgverzekeraar en/of zorgkantoor passende financiële afspraken te maken die aansluiten bij de zorgvraag. Dit kan zowel tussen zorgaanbieders uit verschillende sectoren zijn binnen de Zvw, binnen de Wlz of mogelijk ook een combinatie van sectoren uit de Zvw en de Wlz. Dit hangt af van de definitieve invulling. Op het moment dat deze visie gepubliceerd is, is het nog niet bekend of een sectoroverstijgende betaaltitel daadwerkelijk mogelijk is en ook gerealiseerd gaat worden.



