

## ONTREGELD IN DE HUISARTSENZORG

*Administratie & regels die niet meer nodig zijn*

versie: 1 juli 2022

Kijk voor het meest actuele overzicht op de website van [\[Ont\]Regel de Zorg](#)



### Welke administratie en regels zijn niet meer nodig?

In dit overzicht vind je alle geschrapte regels en gemaakte afspraken die zijn gemaakt onder de vlag van Het Roer Gaat Om (HRGO) en [Ont]Regel de Zorg (ORDZ) om de regeldruk in de huisartsenzorg te verminderen. Dit overzicht wordt aangepast zodra er iets verandert binnen deze afspraken. We adviseren je dan ook om dit overzicht regelmatig te raadplegen op <https://www.ordz.nl/huisartsen/ontregeld-voor-huisartsen>.

### Naleving van deze afspraken

Als er knelpunten zijn bij de naleving van deze afspraken dan worden die landelijk besproken door de Landelijke Huisartsen Vereniging, Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen, de Nederlandse zorgautoriteit, zorgverzekeraars en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de werkgroep Bureaucratie & Administratieve Lasten (B&AL). De werkgroep B&AL pakt ook nieuwe knelpunten op die zorgen voor regeldruk.

### Achtergrond

Huisartsen zijn al lang bezig om de ervaren regeldruk te verminderen. Als voorlopers van de ontregelbeweging startten zij in 2015 met het initiatief Het Roer Gaat Om (HRGO). Om de regeldruk verder aan te pakken namen de huisartsen deel aan de schrap- en verbetersessies van [Ont]Regel de Zorg (ORDZ) in 2018. De afspraken in dit overzicht zijn gemaakt in het kader van HRMO en ORDZ.

### Vragen of opmerkingen

Heb je een vraag over een geschrapte regel of ervaar je knelpunten in de praktijk, neem dan contact op met: [aanpakregeldruk@minvws.nl](mailto:aanpakregeldruk@minvws.nl) of bel naar ons ontregelsprekuren via 070 - 340 7007.

## Inhoudsopgave

### Voorschrijven genees- en hulpmiddelen

- Geen formulieren bij recepten op 'medische noodzaak'
- Geen formulieren bij recepten voor speciale voeding en dieetpreparaten
- Eenmalige machtiging door huisarts voor verstrekking van geneesmiddelen in Baxter-rol
- Alleen reden voorschrijven vermelden voor de 23 gespecificeerde geneesmiddelen
- Geen formulieren meer voor stoppen-met-roken medicatie
- Geen formulieren meer bij het voorschrijven van verbandmiddelen bij langdurige wondzorg
- Geen jaarlijkse machtiging bij chronische aandoeningen
- Hulpmiddelen eenvoudig aanvragen

### Verwijzingen

- Vermelding AGB-code en type verwijzer op een verwijsbrief volstaat
- Geen nieuwe verwijzing naar specialist of paramedicus bij een behandeling langer dan 12 maanden
- Geen verwijzing van de huisarts als de patiënt van de generalistische basis-ggz naar de gespecialiseerde ggz gaat en vice versa
- Geen verklaring voor verantwoordende vergoedingen uit aanvullend pakket

### Declaratieverkeer

- Declaraties voor meerdere contacten op dezelfde dag zijn toegestaan
- Afwijzen declaraties bij jaarovergang (bij overstappen van zorgverzekeraar)
- Digitaal volgsysteem zorgverzekeraars
- Gecombineerde declaraties van consult en verrichtingen zijn (doorgaans) toegestaan
- Geen aanvullende voorwaarden voor koppeling module- en inschrijftarieven
- Geen individuele AGB-code voor verwijzing naar tweede lijn

### Geschrapte/vereenvoudigde formulieren

- Formulieren voor het vergoeden van zorg aan onverzekerden vereenvoudigd
- Dieetbevestiging huisarts niet standaard nodig
- Geen aanvullende formulieren bij indicatiecodes op recept
- Uitvoeringsverzoeken alleen nodig bij voorbehouden, niet bij risicovolle handelingen
- Geen VOG-plicht zorgverlening Wlz- of ggz-instelling in ANW-uren
- Huisarts geen rol bij afgeven medische verklaringen
- Terminaliteitsverklaring in meeste situaties niet meer nodig

### Kwaliteitsnormen

- NHG-pakketaccreditering eens per drie jaar

## Voorschrijven genees- en hulpmiddelen

- **GEEN FORMULIEREN BIJ RECEPTEN OP 'MEDISCHE NOODZAAK'**

Per 1 januari 2016 zijn geen aanvullende formulieren meer nodig bij een recept op 'medische noodzaak'. Huisartsen schrijven waar mogelijk generiek voor op basis van de richtlijnen voor de huisartsenzorg. Daarin is het doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen verankerd. Als voor de behandeling van een patiënt een specifiek geneesmiddel noodzakelijk is, bijvoorbeeld in verband met bijwerkingen of intolerantie, is per 1 januari 2016 de vermelding 'medische noodzaak' op het recept voldoende om de apotheker te laten weten welk geneesmiddel (generiek of spécialité) aan de patiënt moet worden geleverd. De apotheker neemt het recept in behandeling (onder meer om medicatiebewaking uit te voeren) en levert het geneesmiddel af. De verantwoording van de medische noodzaak op extra formulieren vervalt.

**Let op:** Het formulier voor de artsenverklaring blijft voor sommige Bijlage 2 geneesmiddelen wel van toepassing. In [dit overzicht](#) vind je terug voor welke geneesmiddelen dit nodig is.

- **GEEN FORMULIEREN BIJ RECEPTEN VOOR SPECIALE VOEDING EN DIEETPREPARATEN**

Per 1 januari 2016 kan speciale voeding worden voorgeschreven zonder aanvullend formulier. Het recept volstaat. De indicatie vormt een onderdeel van de reguliere dossiervoering van de huisarts in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Wel voorziet de zorgverlener het recept van een indicatiecode. Het [korte lijstje indicatiecodes](#) is opgesteld door huisartsen en verzekeraars. Het recept bevat - naast de gegevens van patiënt en huisarts - de volgende elementen: het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis) en de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt).

Let op: afhankelijk van de polis van de patiënt, kan speciale voeding alleen worden voorgeschreven door een diëtist.

- **EENMALIGE MACTIGING DOOR HUISARTS VOOR VERSTREKKING VAN GENEESMIDDELEN IN BAXTER-ROL**

Per 1 januari 2016 hoeft de huisarts de aflevering van geneesmiddelen in een Baxter-rol nog maar één keer te machtigen. De apotheker kan de Baxter-afgifte vervolgens continueren totdat de huisarts een nieuw recept uitschrijft. Het jaarlijks herhalen van de machtiging is niet meer nodig. Het formulier dat nodig is voor de autorisatielijsten in het Apothekers Informatie Systeem blijft wél bestaan. Dit zijn door het Apothekers Informatie Systeem gemaakte lijsten waarop de actuele medicatie vermeld staat. Deze lijsten moeten, vanwege de Geneesmiddelenwet, jaarlijks ondertekend worden. Evenals formulieren die voortvloeien uit bilaterale afspraken tussen de huisarts en de zorgverzekeraar.

- **ALLEEN REDEN VOORSCHRIJVEN VERMELDEN VOOR DE 23 GESPECIFICEERDE GENEESMIDDELEN**

Per 1 januari 2016 is vermelding van de ICPC-code op recepten niet langer een vereiste. Er is één uitzondering, namelijk voor de [23 geneesmiddelen](#) waarvoor in de Geneesmiddelenwet specifiek is afgesproken dat artsen de reden van voorschrijven vermelden. Voor deze 23 geneesmiddelen blijft de huisarts ook na 1 januari 2016 de ICPC-code op het recept vermelden.

- **GEEN FORMULIEREN MEER VOOR STOPPEN-MET-ROKEN MEDICATIE**

Per 1 januari 2016 is bij het voorschrijven van stoppen-met-roken medicatie vermelding van de letters 'SMR' op een recept voldoende. Huisartsen hoeven daarnaast geen aanvullend formulier aan te leveren. Voorwaarde is dat de medicatie onderdeel is van een begeleid SMR-programma. Als de begeleiding niet plaats vindt in de eigen praktijk, vergewist de huisarts zich van de medische noodzaak voor de voor te schrijven medicatie. Let op: Dit geldt alleen voor huisartsen. Voor [medisch specialisten en overige zorgverleners](#) is het formulier nog verplicht. Ook hier geldt dat de medicatie onderdeel is van een begeleid SMR-programma.

- **GEEN FORMULIEREN MEER BIJ HET VOORSCHRIJVEN VAN VERBANDMIDDELEN BIJ LANGDURIGE WONDZORG**

Per 1 januari 2016 kunnen huisartsen verbandmiddelen voor langdurige wondzorg voorschrijven zonder een aanvullend formulier. Het recept volstaat. De indicatie vormt een onderdeel van de reguliere dossiervoering van de huisarts in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Wel voorziet de zorgverlener het recept van een indicatiecode. Het [korte lijstje indicatiecodes](#) is opgesteld door huisartsen en verzekeraars. Dit betekent dat het recept – naast patiënt- en huisartsgegevens – de volgende elementen bevat: het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode.

- **GEEN JAARLIJKSE MACTIGING BIJ CHRONISCHE AANDOENINGEN**

Per 1 januari 2016 hoeven huisartsen de aanvraag voor hulpmiddelen voor chronische aandoeningen niet meer jaarlijks opnieuw te ondertekenen. Dat geldt onder meer voor incontinentiemateriaal en diabetesmaterialen. Er is een [overzicht van alle chronische aandoeningen](#) waarop deze afspraak van toepassing is.

- **HULPMIDDELEN EENVOUDIG AANVRAGEN**

Binnen de huisartsenzorg zijn er afspraken gemaakt om het aanvragen van hulpmiddelen eenvoudiger te maken. Sinds 1 januari 2016 kun je als huisarts verbandmiddelen voorschrijven voor langdurige wondzorg, zonder een [aanvullend formulier](#). Ook [speciale voeding](#) kan zonder aanvullend formulier worden voorgeschreven. Het recept volstaat.

De werkgroep Bureaucratie & Administratieve Lasten heeft twee stroomschema's gemaakt die het proces rondom enkele hulpmiddelen binnen de huisartsenpraktijken overzichtelijker maken. Het gaat om een uitwerking van het proces rondom bestellen en declareren van katheters, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen 'spoed katheter' en 'chronisch gebruik van katheter'. En het proces rondom het bestellen en declareren van wondverbandmiddelen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen 'kortdurende' en 'langdurige' wondzorg.

---

## *Hoofdpunten uit de stroomschema's*

---

- De verzekeraar stelt in geval van spoed geen eisen aan materiaal. Katheters en verbandmiddelen voor eigen (kleine) voorraad zijn naar eigen inzicht te bestellen via iedere willekeurige leverancier of fabrikant en van ieder willekeurig merk en type.
- Huisartsen kunnen gebruikt materiaal vanuit de praktijk declareren (prestatiecode 12906).
- Het bestellen van chronische of langdurige hulpmiddelen kan de patiënt (of diens familielid/mantelzorger) zelf met de medisch speciaalzaak van de zorgverzekeraar regelen. Dat houdt in dat het recept – naast patiënt- en huisartsgegevens – de volgende elementen bevat: het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt) en de indicatiecode.
- Aanvullende formulieren hoeven niet ingevuld te worden als daarom wordt gevraagd.
- Omdat bestellingen bij spoed niet altijd met spoed geleverd kunnen worden, is het advies voor huisartsen om een eigen kleine voorraad aan te houden.

[Download de stroomschema's](#)

## Verwijzingen

### VERWIJZING NODIG

Zorgverzekeraars bepalen in hun polisvoorwaarden wanneer een verwijzing nodig is. In het algemeen geldt dat voor specialistische zorg, zoals bijvoorbeeld in het ziekenhuis of ggz-instelling een verwijzing van een huisarts nodig is. Zie [deze beslisboom](#) als voorbeeld voor een eenvoudig te gebruiken overzicht of een verwijzing nodig is.

### GEEN VERWIJZING NODIG

Er zijn een aantal uitzonderingen op de algemene regel dat er voor specialistische zorg een verwijzing nodig is. Er is geen verwijzing nodig:

- Voor fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek, logopedie of een bezoek aan de mondhygiënist of huidtherapeut. Behalve als de verzekeraar dit uitdrukkelijk aangeeft.
- Als een patiënt naar een optometrist gaat en deze van mening is dat de patiënt door de oogarts in het ziekenhuis gezien moet worden.
- Bij een second opinion. In dat geval maakt de behandelend arts de verwijzing voor de second opinion, en niet de huisarts.
- Bij een behandeling die langer doorloopt, of als de patiënt een chronische aandoening heeft, zolang het om dezelfde zorgvraag gaat en de patiënt niet is terugverwezen naar de huisarts.

### HOUDBAARHEID VERWIJZING

Een verwijzing voor medisch specialistische zorg heeft geen houdbaarheid.

Voor verwijzingen naar de GGZ geldt dat de verwijzing 275 dagen geldig is, waarbij de ingangsdatum het moment is waarop de patiënt zich meldt bij de GGZ-instelling, en niet het moment waarop de verwijsbrief wordt afgegeven.

### • VERMELDING AGB-CODE EN TYPE VERWIJZER OP EEN VERWIJSBRIEF VOLSTAAT

Naast de normale informatie over de reden van verwijzing, is in de verwijsbrief vermelding van de AGB-code en het type verwijzer vereist. Wanneer deze essentiële componenten correct zijn vermeld, is er geen grond voor afwijzing. Per 1 januari 2016 wordt geen aanvullende informatie meer gevraagd. Uitzonderingen kunnen voortvloeien uit bilaterale afspraken tussen huisartsen en zorgverzekeraars over de informatie die in de verwijzing naar de ggz moet worden opgenomen. Uiteraard moeten alle verwijzingen inhoudelijk voldoen aan de KNMG-regels ('het groene boekje').

### • GEEN NIEUWE VERWIJZING NAAR SPECIALIST OF PARAMEDICUS BIJ EEN BEHANDELING LANGER DAN 12 MAANDEN

Zolang een patiënt onder behandeling blijft van een medisch specialist of paramedicus voor dezelfde aandoening of kwaal (en dus niet is terugverwezen naar de eerste lijn) hoeft de huisarts geen nieuwe verwijzing af te geven. Is er sprake van een 'nieuwe' aandoening of kwaal, dan is een nieuwe verwijzing nodig. Als een behandeltraject met chronische indicatie langer dan twaalf maanden duurt kan de worden volstaan met een tussentijdse rapportage aan de verwijzer/behandelend arts. Wel dient de initiële verwijzing in het dossier aanwezig te zijn, ook bij een overstap naar een andere behandelaar. Dit geldt voor alle paramedische beroepsgroepen: diëtetiek, ergotherapie, fysiotherapie, huidtherapie, logopedie en oefentherapie Cesar/Mensendieck.

- **GEEN VERWIJZING VAN DE HUISARTS ALS DE PATIËNT VAN DE GENERALISTISCHE BASIS-GGZ NAAR DE GESPECIALISEERDE GGZ GAAT EN VICE VERSA**

Er is geen verwijzing van de huisarts nodig als de patiënt wordt doorverwezen van de generalistische basis-ggz naar de gespecialiseerde ggz en vice versa. Een melding aan de huisarts volstaat. Bij een doorverwijzing van de generalistische basis-ggz naar de gespecialiseerde ggz kan gedacht worden aan de constatering dat er sprake is van meer complexe zorg dan bij aanvang voorzien; dat er sprake is van stagnerende behandeling, of dat er specifieke andere deskundigheid nodig is. De vereenvoudigde afspraken vind je terug op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl).

- **GEEN VERKLARING VOOR VERANTWOORDEN VERGOEDINGEN UIT AANVULLEND PAKKET**

Voor vergoedingen uit het aanvullende pakket hoeven huisartsen geen verklaringen af te geven, tenzij medisch noodzakelijk. Het is de verantwoordelijkheid en de taak van de verzekeraar om te controleren of een verzekerde recht heeft op vergoedingen uit het aanvullend pakket.

Als het om medisch noodzakelijke redenen van belang is dat informatie over de patiënt bekend is om de ingreep te kunnen uitvoeren, kan de huisarts wel een verwijzing schrijven. Bijvoorbeeld, bij een cosmetische ingreep is het uitgangspunt dat een verwijzing niet nodig is. Behalve als de patiënt onderliggende aandoeningen heeft die van belang zijn om te weten voorafgaand van de ingreep (bijvoorbeeld diabetes, COPD, of hartfalen bij een borstvergroting of -verkleining). Of als de patiënt zodanige klachten heeft dat een ingreep van medisch belang is.

## Declaratieverkeer

- **DECLARATIES VOOR MEERDERE CONTACTEN OP DEZELFDE DAG ZIJN TOEGESTAAN**

De regelgeving staat meerdere declaraties voor één patiënt op dezelfde dag niet in de weg. Om afwijzing te vermijden (zoals in het verleden regelmatig gebeurde), wordt geadviseerd dergelijke declaraties in één declaratiebestand aan te bieden. Wanneer (meerdere) contacten declarabel zijn, wordt dat toegelicht in de NZa-tariefbeschikking en de LHV-declareerwijzer. Als er toch een afwijzing volgt, kan de huisarts het beste direct contact opnemen met de verzekeraar.

- **AFWIJZEN DECLARATIES BIJ JAAROVERGANG (BIJ OVERSTAPPEN VAN ZORGVERZEKERAAR)**

Wanneer een patiënt bij de jaarovergang overstapt naar een andere verzekeraar is het helaas niet helemaal uit te sluiten dat declaraties worden afgewezen. De overstap is in die gevallen nog niet verwerkt. Het betreft een beperkt probleem (ca. 7 procent van de verzekerden stapt jaarlijks over en het grootste deel is per 1 januari al verwerkt). Bij afwijzing volstaat een herdeclaratie.

- **DIGITAAL VOLGSYSTEEM ZORGVERZEKERAARS**

Per 1 januari 2016 hoeft de huisarts het contract met zijn preferente zorgverzekeraar niet meer zelf naar andere zorgverzekeraars door te sturen. Wanneer een huisarts zijn zorgverzekeraar daarvoor toestemming geeft, wisselen zorgverzekeraars de preferente contracten onderling digitaal uit. Wanneer een zorgverzekeraar besluit te volgen, kunnen de volgcontracten sneller worden afgesloten en foutloos in de administraties worden verwerkt. Dit leidt tot minder uitval van declaraties. Ook delen de zorgverzekeraars aanvullingen of wijzigingen van al gesloten contracten met elkaar.

- **GECOMBINEERDE DECLARATIES VAN CONSULT EN VERRICHTINGEN ZIJN (DOORGAANS) TOEGESTAAN**

De regelgeving staat gecombineerde declaraties niet in de weg. Wanneer gecombineerde declaraties van consulten en verrichtingen zijn toegestaan, wordt dat toegelicht in de [NZa-tariefbeschikking](#) en de [LHV-declareerwijzer](#). Als er toch een afwijzing volgt, kan de huisarts het beste direct contact opnemen met de verzekeraar.

- **GEEN AANVULLENDE VOORWAARDEN VOOR KOPPELING MODULE- EN INSCHRIJFTARIEVEN**

Voor de koppeling van module- en inschrijftarieven gelden geen aanvullende voorwaarden. Zolang het inschrijftarief als eerste is gedeclareerd, is het toegestaan om vervolgens het moduletarium te declareren.

- **GEEN INDIVIDUELE AGB-CODE VOOR VERWIJZING NAAR DE TWEEDE LIJN**

Er is geen individuele AGB-code noodzakelijk voor verwijzing naar de tweede lijn, het voorschrijven van medicatie of het afwickelen van een declaratie. Het vermelden van de AGB-code van de onderneming (praktijk of huisartsenpost) is voldoende. Waarnemend huisartsen hoeven dus geen AGB-code aan te leveren als zij als waarnemer bij praktijken of huisartsenposten werken.



## Geschrapte/vereenvoudigde formulieren

- **FORMULIEREN VOOR HET VERGOEDEN VAN ZORG AAN ONVERZEKERDEN VEREENVOUDIGD**

Voor aanvragen en declaraties van de subsidieregeling 'medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden' is er sinds 9 mei 2018 één formulier in plaats van twee afzonderlijke formulieren. Daarnaast is er voor huisartsen een nieuw modeltoestemmingsformulier voor eigen administratie. De nieuwe formulieren zijn te vinden op de [website van het CAK\(externe link\)](#). Per 1 maart 2017 kunnen zorgverleners de kosten voor geleverde zorg aan een onverzekerde declareren.

- **DIEETBEVESTIGING HUISARTS NIET STANDAARD NODIG**

Mensen die bepaalde diëten volgen kunnen hiervoor soms een vast bedrag aftrekken bij de belastingaangifte. Hiervoor is een zogenaamde dieetbevestiging nodig. Het is niet nodig dat de huisarts deze dieetbevestiging standaard invult. Alléén wanneer de belastinginspecteur specifiek bij de patiënt om de dieetbevestiging heeft gevraagd dán moet deze ingevuld worden. De inspecteur vraagt dit wanneer deze een ingediende aangifte controleert of wanneer de patiënt hulp krijgt bij het indienen van de aangifte. De dieetbevestiging wordt afgegeven door degene die het dieet heeft voorgeschreven; de huisarts dan wel de diëtist.

Om een bedrag af te kunnen trekken moet bij de aangifte aannemelijk gemaakt worden dat een dieet gevolgd wordt op basis van nog steeds geldend medisch voorschrift. Daarvoor is het het handigst om het [standaardformulier](#) van de Belastingdienst te gebruiken. Een overzicht van diëten en het bedrag dat kan worden afgetrokken is te vinden op de [website van de Belastingdienst](#).

- **GEEN AANVULLENDE FORMULIEREN BIJ INDICATIECODES OP RECEPT**

Voor verschillende indicaties kan de zorgverlener op het recept een indicatiecode vermelden. Bijvoorbeeld omdat de patiënt incontinentiemateriaal of wondverbandmiddelen nodig heeft of wil stoppen met roken. De indicatiecodes vind je [hier](#). Het recept bevat - naast de gegevens van patiënt en huisarts - de volgende elementen: het af te leveren middel (zo generiek mogelijk), gebruik (de dagdosis) en de hoeveelheid (waaruit de geschatte behandelduur blijkt). Recepten van de huisarts waarop de indicatiecode is vermeld, kunnen niet worden afgewezen vanwege het ontbreken van een formulier.

- **UITVOERINGSVERZOEKEN ALLEEN NODIG BIJ VOORBEHOUDEN, NIET BIJ RISICOVOLLE HANDELINGEN**

De vorm waarin een uitvoeringsverzoek wordt gegeven is vrij. Dit betekent dat een opdracht schriftelijk, mondeling of digitaal gegeven worden. Wordt een opdracht mondeling gegeven? Dan moet degene die de opdracht aanneemt, de opdracht opschrijven en vervolgens voorlezen tijdens het (telefonisch of fysiek) contact. Digitaal kan een uitvoeringsverzoek gegeven worden via een beveiligde mail met een daarvoor bestemde applicatie. Bijvoorbeeld Zorgdomein of het Elektronisch Cliënten Dossier.

Uitvoeringsverzoeken zijn alleen noodzakelijk bij voorbehouden handelingen en niet bij risicovolle handelingen. Bovenstaande afspraken staan verder beschreven in de [herziene Handleiding Voorbehouden handelingen in de \(wijk\)verpleging & verzorging](#).

- **GEEN VOG-PLICHT ZORGVERLENING WLZ- OF GGZ-INSTELLING IN ANW-UREN**

De VOG-plicht voor huisartsen die in incidentele gevallen in de ANW-uren zorg verlenen in een Wlz-instelling of ggz-instelling is afgeschaft. De wijziging van het Uitvoeringsbesluit Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) die hiervoor noodzakelijk was is op 1 juli 2021 in werking getreden.

In de praktijk komt het zelden voor dat een waarnemend huisarts tijdens zijn dienst in de avond, de nacht of weekend-uren (ANW-uren) wordt opgeroepen om in een Wlz-instelling of ggz-instelling zorg te verlenen. Huisartsen moesten voor deze incidentele situaties wel een actuele Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) kunnen overleggen, zodat deze instelling kan voldoen aan de plicht uit het Uitvoeringsbesluit Wkkgz. Omdat het nooit zeker is wanneer en door welke instelling een beroep gedaan wordt op deze huisartsen, moesten zij voor het geval dat ze ingeschakeld worden bij voorbaat in het bezit zijn van een VOG, die niet ouder dan drie maanden mocht zijn. Door deze wijziging zijn de administratieve lasten voor huisartsen verminderd.

- **HUISARTS HEEFT GEEN ROL BIJ AFGEVEN MEDISCHE VERKLARINGEN**

Het uitgangspunt bij het afgeven van medische informatie zijn de richtlijnen van de KNMG. Hierin staat dat een behandelend arts geen geneeskundige verklaring afgeeft over zijn eigen patiënt. Een geneeskundige verklaring is een schriftelijke verklaring die een oordeel bevat over een patiënt en over de (medische) (on)geschiktheid van een patiënt om bepaalde dingen wel of niet te doen. Bijvoorbeeld: is iemand in staat te werken, een auto te besturen, naar school te gaan, voor kinderen te zorgen, is er terecht een geboekte reis geannuleerd of heeft iemand recht op een parkeervergunning of aangepaste woonruimte? Voor een goede behandeling is een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt essentieel. Die vertrouwensrelatie kan gevaar lopen wanneer de arts een voor de patiënt ongunstig oordeel geeft en er een belangenconflict ontstaat. Dergelijke verklaringen mogen daarom alleen worden afgegeven door een onafhankelijke arts. Deze kan met toestemming van de patiënt feitelijk gerichte informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt bij de behandelend arts opvragen en deze informatie bij zijn beoordeling betrekken.

### **GEEN MEDISCHE VERKLARINGEN AAN GEMEENTEN DOOR HUISARTS**

Wanneer de gemeente in verband met het verstrekken van een voorziening of een urgentie een medische verklaring nodig heeft van de burger, kan deze daarvoor terecht bij een door de gemeente gecontracteerde GGD-arts of medisch adviseur (arts). Indien nodig, kan die arts, met de toestemming de burger/patiënt, feitelijke informatie bij de huisarts of andere behandelend arts opvragen. Gemeenten kunnen niet van burgers vragen om bepaalde medische verklaringen door hun huisarts te laten invullen of ondertekenen, die een oordeel bevat over de (medische) (on)geschiktheid om bepaalde dingen wel of niet te doen. Bijvoorbeeld of iemand in staat te werken, een auto te besturen, naar school te gaan of recht heeft op een parkeervergunning of aangepaste woonruimte? Gemeenten kunnen niet (medische) verklaringen door de huisarts in laten vullen. Conform de richtlijnen van de KNMG geeft een behandelend arts namelijk geen geneeskundige verklaring af over zijn eigen patiënt.

### **HUISARTS VULT FORMULIEREN DEFENSIE NIET IN**

Huisartsen krijgen soms de vraag van een patiënt om voor hen een formulier in te vullen dat wordt gebruikt vanuit het ministerie van Defensie. Bijvoorbeeld voor personen die gaan deelnemen aan een fittest of die zich willen voorbereiden op een sollicitatie bij Defensie. Een huisarts heeft geen rol bij het afgeven van dergelijke verklaringen. Indien iemand zich bij de huisarts meldt met een dergelijk formulier, dan kan worden gezegd dat de huisarts daar geen verklaring over aflegt en dat de kandidaat het formulier zelf kan invullen. De huisarts hoeft dit formulier dus niet te ondertekenen en hierover te verklaren.

Indien één van de (huis)artsen vanuit Defensie aanvullende informatie nodig heeft naar aanleiding van de medische aanstellingskeuring, is het mogelijk dat de huisarts gevraagd wordt om aanvullende feitelijke informatie te geven. In dat geval ontvangt de huisarts een brief van één van de (huis)artsen vanuit Defensie met dit verzoek.

- **TERMINALITEITSVERKLARING IN MEESTE SITUATIES NIET MEER NODIG**

Bij verschillende zorgleveringsvormen is het niet meer nodig om de terminaliteitsverklaring te gebruiken. Voorheen werd deze verklaring voor de zorg in de laatste levensfase gebruikt. De verklaring van de behandelende arts gaf dan aan dat de levensverwachting van de patiënt niet langer dan drie maanden was. Doordat het niet patiëntvriendelijk is, onnodige administratieve handelingen oplevert en het nooit met zekerheid te zeggen is of de levensverwachting daadwerkelijk korter is dan drie maanden, is in overleg tussen AHZN, KNMG, VPTZ, V&VN ZIN, ZN en VWS afgesproken dat de verklaring niet meer bij alle leveringsvormen nodig is. Beslissingen waarvoor de terminaliteitsverklaring nodig was, bijvoorbeeld voor het rechtvaardigen van het inzetten van meer zorg, kunnen vaak ook op een andere manier worden genomen. Dat lichten we hieronder per zorgleveringsvorm toe.

### **Wijkverpleging**

In veel gevallen hebben cliënten intensievere zorg nodig naarmate het levenseinde dichterbij komt. Op basis van de zorgvraag wordt de benodigde zorginzet bepaald. In de laatste levensfase is het gebruikelijk dat de wijkverpleegkundige en de huisarts de situatie van de cliënt bespreken en bekijken of er intensievere zorg nodig is doordat de laatste levensfase is aangebroken. De wijkverpleegkundige bespreekt met de cliënt en diens naasten welke vorm van intensieve zorg gewenst is en welke rol vrijwilligers bijvoorbeeld kunnen spelen. Van de wijkverpleegkundige wordt verwacht dat hij/zij de zorginzet en de conclusies van het overleg over het aanbreken van de laatste levensfase vastlegt in het zorgdossier. Dit dient zodanig vastgelegd te worden dat deze voor de zorgverzekeraar opvraagbaar en navolgbaar is. Dit geldt zowel voor gecontracteerde als niet gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars hebben afgesproken dat de papieren terminaliteitsverklaring niet meer opgevraagd wordt.

Een Zvw-PGB kan gebruikt worden voor de palliatief terminale fase. Om de aanvraag van een Zvw-PGB voor zorg in de palliatief terminale fase te onderbouwen is nog wel een terminaliteitsverklaring nodig.

### **Toegang tot een hospice, bijna thuis huis of palliatieve unit**

In een hospice of bijna-thuishuis kunnen mensen hun laatste levensfase doorbrengen. In beginsel kunnen mensen alleen worden doorverwezen naar een hospice als de levensverwachting korter is dan drie maanden. De wijkverpleegkundige en de huisarts bespreken samen of er intensievere zorg nodig is doordat de laatste levensfase is aangebroken. De wijkverpleegkundige bespreekt met de cliënt en diens naasten welke vorm van intensieve zorg gewenst is, bijvoorbeeld een plek in een

hospice, en welke rol vrijwilligers hierin kunnen spelen. In het zorgdossier wordt vastgelegd of de laatste levensfase is aangebroken en wat de levensverwachting van de cliënt is. De verantwoordelijke coördinator in het hospice zal vanuit zijn/haar professionaliteit, in samenspraak met andere zorgverleners, bepalen of een cliënt opgenomen kan worden.

## Gebruik voor toelating tot ELV – palliatieve zorg

Bij het eerstelijns verblijf (ELV) voor palliatieve zorg is het belangrijk dat betrokken zorgverleners samen met de zorgaanbieder van het ELV op basis van vertrouwen en professionaliteit de situatie van de cliënt bespreken en beoordelen of opname in een ELV passend is. Een terminaliteitsverklaring is voor deze werkwijze niet noodzakelijk.

## Gebruik in de Wlz

Als er bij de cliënt een behoefte is aan extra zorg, is het bij een levensverwachting korter dan drie maanden in geval van zorg in natura<sup>[1]</sup> al mogelijk om direct extra zorg in te zetten bovenop het bestaande budget van de cliënt. De onderbouwing van de extra zorginzet<sup>[2]</sup> met daarbij de inschatting van de levensverwachting, wordt vastgelegd in het zorgleefplan. Hier is geen aparte terminaliteitsverklaring voor nodig.

Bij een aanvraag tot verhoging van het Wlz-PGB vanwege palliatief terminale zorg, is het gebruik van de terminaliteitsverklaring met daarin een inschatting van de levensverwachting door de behandelend arts wel nodig.

## Meer duidelijkheid over indiceren in de palliatieve zorg

Het indiceren en vergoeden van palliatieve zorg is verduidelijkt in het [begrippenkader indicatiestelling van V&VN](#) en de [duiding van het zorginstituut](#). Zie ook het [bericht van ZN](#) over dit onderwerp.

[1] *Verblijf in een instelling, volledig pakket thuis en modulair pakket thuis*

[2] *Bij voortzetting van verblijf in een instelling gelden daarbij de aanvullende criteria:*

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

## Kwaliteitsnormen

- **NHG-PAKKETACCREDITERING EENS PER DRIE JAAR**

De NHG-Praktijkaccreditering vindt eens per drie jaar plaats. Eerder was dit eens per jaar. Kwaliteitsnormen die worden gebruikt vind je op de website van de [NPA](#).