

# Q&A's palliatieve zorg voor professionals

## Inhoud

Inhoudelijke vragen .....	3
Wat is palliatieve zorg? .....	3
Wanneer begint palliatieve zorg? .....	3
Wat is de surprise question? .....	3
Waar kunnen cliënten de zorg ontvangen? .....	3
Zijn er mogelijkheden voor extra huishoudelijke hulp in de laatste fase?.....	4
Wat doet een geestelijke verzorger? .....	4
Ik wil graag een vrijwilliger inschakelen. Hoe regel ik dat?.....	4
Waar kan ik als zorgprofessional terecht voor specialistisch advies over palliatieve zorg? .....	4
Kan iemand zijn eigen huisarts in een hospice houden? .....	4
Hoe is het vervoer voor mensen in de laatste levensfase geregeld?.....	4
Wat is een terminaliteitsverklaring? Hoe zit het met verlenging?.....	5
Is een terminaliteitsverklaring wettelijk verplicht?.....	5
Vragen over bekostiging thuis, in een verpleeghuis of een hospice .....	5
Hoe wordt palliatieve zorg bekostigd?.....	5
Wat is palliatieve terminale zorg via eerstelijnsverblijf ?.....	6
Kunnen cliënten met een Wlz-indicatie ook naar huis of hospice en hoe wordt deze zorg betaald? 6	
Op 1 januari 2018 vervalt de indicatiestelling door het CIZ van zorgprofiel beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg (VV 10). Hoe kunnen Wlz-zorgaanbieders en Wlz-cliënten extra zorg aanvragen? .....	6
Wanneer is 24-uurszorg mogelijk?.....	6
Welke geestelijke verzorging wordt vergoed? .....	7
Hoe wordt nazorg na overlijden geregeld en gefinancierd? .....	7
Kunnen dak- en thuislozen die onverzekerd zijn terecht in een hospice?.....	7
Kunnen onverzekerbare vreemdelingen en mensen die vanwege gemoedsbezwaren niet verzekerd zijn ook terecht in een hospice?.....	7
In hospices verblijven mensen met een Wlz-indicatie en mensen die zorg uit de Zvw krijgen. Zij betalen een verschillende eigen bijdrage. Waarom bestaat dat verschil? .....	8
Ik wil een hospice beginnen. Zijn er subsidiemogelijkheden? .....	8
Is overstappen mogelijk vanuit de Zvw naar de Wlz of andersom?.....	8
Vragen over bekostiging in het ziekenhuis.....	8

Hoe wordt palliatieve zorg door de hoofdbehandelaar in het ziekenhuis bekostigd? .....	8
Hoe wordt de inzet van specialistische teams palliatieve zorg in het ziekenhuis bekostigd? .....	9
Overige bekostigingsvragen .....	10
Kan een huisarts een specialist ouderengeneeskunde inschakelen bij de zorg aan een oudere in de palliatief terminale levensfase? .....	10
Hoe kunnen diverse transmurale samenwerkingsvormen worden bekostigd? .....	10
Welke zorgverlener indiceert casemanagement en kan de organisatie en uitvoering van deze zorg declareren?.....	10
Is het mogelijk om na overlijden nog te declareren?.....	11

## Inhoudelijke vragen

### Wat is palliatieve zorg?

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

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

### Wanneer begint palliatieve zorg?

Afhankelijk van de fase wordt onderscheid gemaakt tussen palliatieve zorg en palliatieve terminale zorg. Palliatieve zorg begint zodra mensen weten dat ze komen te overlijden, bijvoorbeeld wanneer bij een levensbedreigende ziekte op genezing gerichte behandelingen te zwaar vallen of geen perspectief meer bieden. Het waken is dan nog niet aan de orde, maar het bestrijden van symptomen en aandacht voor kwaliteit van leven wel. Ook is het belangrijk dat in deze fase met naasten en zorgverleners het 'goede gesprek' rond wensen en behoeften rond het levenseinde wordt gevoerd. Voor palliatieve terminale zorg wordt als regel een termijn van drie maanden aangehouden. Hiervoor kan door de behandelend arts een terminaliteitsverklaring worden afgegeven. Hiermee kunnen cliënten bijvoorbeeld in een hospice of het eerstelijnsverblijf terecht. Ook vragen zorgverzekeraars vaak om een terminaliteitsverklaring als de zorg thuis moet worden uitgebreid.

De behandelend arts is de arts die op dat moment beschikt over voldoende informatie om een oordeel over de levensverwachting te kunnen geven en legt dat vast in een terminaliteitsverklaring. Dit is bijvoorbeeld de huisarts of de medisch specialist die tijdens een ziekenhuisopname de hoofdbehandelaar is.

### Wat is de surprise question?

Voor markering van de palliatieve fase kan de behandelend arts zich de zogenaamde 'surprise question' stellen. Deze vraag luidt of het hem/haar zou verbazen als de patiënt binnen het jaar zou overlijden. De 'surprise'-vraag is goed te gebruiken om bij zorgverleners het bewustzijn te creëren dat bepaalde patiënten een verhoogd risico hebben om binnen 12 maanden te overlijden en bij te dragen aan tijdige inzet van palliatieve zorg.

### Wanneer eindigt palliatieve zorg?

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

### Waar kunnen cliënten de zorg ontvangen?

Cliënten kunnen palliatieve zorg zowel thuis als in een zorginstelling ontvangen. De voorkeur die een cliënt heeft voor de plaats van overlijden, is hierbij het uitgangspunt. Thuis betekent:

- het eigen huis of het ouderlijk huis
- een klein wooninitiatief
- een verpleeghuis (wanneer de cliënt daar definitief woont)
- een bijna-thuis-huis (dat zijn hospices die geen zorginstelling zijn).

Bij palliatieve zorg thuis is het belangrijk dat de zorg goed geregeld wordt tussen cliënt, naasten, behandelend arts, professionele verpleging/verzorging en vrijwilligers. In een zorginstelling regelen de zorgverleners de zorg in samenspraak met de cliënt en zijn of haar naasten.

## Zijn er mogelijkheden voor extra huishoudelijke hulp in de laatste fase?

Huishoudelijke hulp is hulp bij bijvoorbeeld het schoonmaken van het huis, het doen van de was en het bereiden van de maaltijden. Deze wordt aan mensen zonder Wlz-indicatie verstrekt via de gemeente (Wet maatschappelijke ondersteuning, wmo) en bij mensen met een Wlz-indicatie door het zorgkantoor. Met deze instanties kan contact worden opgenomen als extra huishoudelijke hulp in de laatste levensfase (of al eerder) nodig is.

## Wat doet een geestelijke verzorger?

Een geestelijk verzorger kan hulp bieden als het gaat om (zorg)vragen rondom: het bieden van begeleiding bij coping en zingeving; het bieden van een vrijplaats; en het leveren van ondersteuning bij religieuze en spirituele vraagstukken. Hulpverleners, zoals huisartsen of wijkverpleegkundigen, kunnen naar een geestelijk verzorger verwijzen.

## Ik wil graag een vrijwilliger inschakelen. Hoe regel ik dat?

Bijna overal in Nederland zijn vrijwilligers voor de palliatieve terminale zorg (Vptz) actief. In de laatste levensfase kunnen vrijwilligers van een VPTZ-organisatie waardevolle ondersteuning bieden. Wilt u de hulp van een VPTZ-vrijwilliger inschakelen? Neem dan contact op met een VPTZ-organisatie bij u in de buurt. Zie <http://www.vptz.nl/organisaties/> voor de lijst. De coördinatie en opleiding van deze vrijwilligers wordt door de overheid financieel ondersteund.

## Waar kan ik als zorgprofessional terecht voor specialistisch advies over palliatieve zorg?

Komt u bij de zorg voor patiënten in de palliatieve fase wel eens voor vragen of problemen te staan? Neem dan contact op met het consultatieteam in uw regio via <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/consultatie>. De consulent denkt met u mee en adviseert u kosteloos. De consulent neemt de zorg niet over. U blijft zelf verantwoordelijk voor de zorgverlening aan uw patiënt. De dienst is bedoeld voor huisartsen, verpleegkundigen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde en andere zorgverleners in de palliatieve zorg. In de ziekenhuizen kunnen specialisten terecht bij het specialistisch palliatief team.

## Kan iemand zijn eigen huisarts in een hospice houden?

Hiervoor is geen algemene regel. In beginsel kan het wel en zeker als de cliënt dat graag wil en de huisarts dichtbij het hospice werkt. Als huisarts en cliënt verder weg wonen en het niet haalbaar is voor de huisarts, hebben veel hospices afspraken met huisartsen in de buurt die deze zorg over kunnen nemen. Voor hospices die al dan niet fysiek deel uitmaken van bijvoorbeeld een verpleeghuis, kan het zo zijn dat de zorg wordt geleverd door de specialist ouderengeneeskunde. Vanzelfsprekend is in alle gevallen wel goede afstemming met de eigen huisarts nodig.

## Hoe is het vervoer voor mensen in de laatste levensfase geregeld?

Het ziekenhuis kan bij de Meldkamer Ambulancezorg van de Regionale Ambulancevoorziening gepland vervoer aanvragen wanneer een patiënt thuis of in een hospice wil sterven. De patiënt kan naar huis of het hospice gebracht worden met een zorgambulance of een ALS-ambulance. De zorg die de patiënt onderweg nodig heeft, bepaalt welk niveau ambulance ingezet kan worden.

- Op een zorgambulance werkt een verzorgende samen met een zorgambulancechauffeur. Bij sommige regio's is dit een verpleegkundige in plaats van een verzorgende.
- Op de ALS-ambulance werkt een ambulanceverpleegkundige samen met een ambulancechauffeur.

In regio's zonder zorgambulance zal altijd een ALS-ambulance worden ingezet.

Een zorgambulance rijdt in principe altijd op tijd, een ALS-ambulance rijdt ook spoedritten en komt daardoor regelmatig later dan afgesproken. Het is goed als de patiënt en mantelzorgers hier vooraf van op de hoogte zijn.

Bij de aanvraag wil de meldkamer graag weten welke bijzonderheden er zijn, zoals een infuus of gebruik van zuurstof. Het is noodzakelijk om bij de aanvraag aan te geven dat er een niet-reanimeren beleid is. Zorg er ook voor dat dit bij het ophalen van de patiënt op de schriftelijke overdracht voor het ambulanceteam staat (ondertekend door een arts).

Zijn er onduidelijkheden tussen de aanvrager van het ziekenhuis en de meldkamercentralist? Dan kan de hulpverlener aan de meldkamercentralist vragen om te overleggen met de medisch manager ambulancezorg. Dit soort inzetvragen worden namelijk niet met een standaard protocol afgehandeld zoals alle 112 meldingen, maar vragen een individuele inschatting van de meldkamercentralist.

Op de [website van AZN](#) is meer informatie te vinden.

## **Wat is een terminaliteitsverklaring? Hoe zit het met verlenging?**

De behandelend arts kan in bepaalde gevallen een terminaliteitsverklaring afgeven. Dit is een verklaring van de behandelende arts dat de cliënt waarschijnlijk binnen drie maanden zal komen te overlijden. Hiermee kunnen cliënten bijvoorbeeld in een hospice of het eerstelijnsverblijf terecht. Ook vragen zorgverzekeraars vaak om een terminaliteitsverklaring als de zorg thuis moet worden uitgebreid.

De behandelend arts is de arts die op dat moment beschikt over voldoende informatie om een oordeel over de levensverwachting te kunnen geven. Dit is bijvoorbeeld de huisarts of de medisch specialist die tijdens een ziekenhuisopname de hoofdbehandelaar is.

De verzekeraar kan na drie maanden de eis stellen dat er een nieuwe terminaliteitsverklaring wordt afgegeven. Verzekeraars mogen niet stellen dat het gaat om de laatste verlenging. Bij twijfel kan de verzekeraar wel in gesprek gaan met de behandelende arts, maar de patiënt mag hier niet de dupe van worden.

## **Is een terminaliteitsverklaring wettelijk verplicht?**

Nee, een terminaliteitsverklaring is niet wettelijk verplicht en is ook niet altijd nodig. Ook de vorm van de verklaring kan verschillen. Met een terminaliteitsverklaring wordt meer in algemene bewoordingen bedoeld dat een behandelend arts (huisarts of medisch specialist) een prognose schetst van de levensverwachting. Dit betekent dat dit bijvoorbeeld ook een aantekening mag zijn, die de behandelend arts maakt in het medisch dossier met daarin verwoord wat hij of zij denkt wat de levensverwachting is.

In veel zorgorganisaties wordt een vast formulier gehanteerd voor de terminaliteitsverklaring, omdat in de praktijk de verpleegkundige vaak helemaal geen toegang heeft tot het (gehele) medische dossier van een terminaal zieke patiënt. Een (papieren) bewijs van deze prognose van de levensverwachting van de behandelaar is echter wel essentieel voor de zorgaanbieder om zijn kosten te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Dit bewijsstuk in de vorm van een terminaliteitsverklaring is vaak afgesproken tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

## **Vragen over bekostiging thuis, in een verpleeghuis of een hospice**

### **Hoe wordt palliatieve zorg bekostigd?**

Palliatieve zorg wordt vergoed via de zorgverzekering of via de Wet langdurige zorg (Wlz) op basis van de indicatie die het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft afgegeven. Als regel geldt dat de zorg via de CIZ-indicatie wordt verstrekt als de cliënt al een CIZ-indicatie heeft. In alle andere gevallen is dat via de zorgverzekering, zelfs als de cliënt er voor kiest om de laatste fase niet thuis, maar op een palliatieve unit in een verpleeghuis door te brengen. Ziekenhuiszorg wordt altijd via de zorgverzekering vergoed, ook voor mensen met een Wlz-indicatie.

Zo nodig kan ook hulp bij het huishouden vergoed worden. Voor mensen met een Wlz-indicatie wordt dat betaald vanuit de Wlz (zorgkantoor), voor anderen vanuit de Wmo (gemeente). Dit kan bij veel gemeentes ook via een spoedprocedure als dat nodig is.

De gemeente is ook verantwoordelijk voor ondersteuning van mantelzorgers.

Zie de informatiekaarten voor burgers en professionals over bekostiging van palliatieve zorg voor een uitgebreidere beschrijving van alle mogelijkheden binnen de verschillende leveringsvormen.

## **Wat is palliatieve terminale zorg via eerstelijnsverblijf ?**

Eerstelijns verblijf is bedoeld voor kwetsbare mensen die tijdelijk niet verantwoord zelfstandig kunnen wonen, maar die niet in aanmerking komen voor opname in een ziekenhuis of andere zorginstelling met medisch specialistische behandeling of (geriatische) revalidatiezorg.

Eerstelijnsverblijf is er ook voor palliatieve terminale zorg in de laatste levensfase, als de behandelend arts vaststelt dat de levensverwachting 3 maanden of korter is. De zorg is dan mogelijk in een instelling voor eerstelijnsverblijf en/of een palliatieve unit in een verpleeghuis. Eerstelijnsverblijf wordt vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dat geldt ook voor eerstelijnsverblijf vanwege palliatieve zorg. Er geldt geen eigen bijdrage. Wel valt het elv onder het eigen risico van de Zvw.

## **Kunnen cliënten met een Wlz-indicatie ook naar huis of hospice en hoe wordt deze zorg betaald?**

Ja dat kan. Wanneer een cliënt zijn zorg thuis, in een hospice of kleinschalig wooninitiatief ontvangt, kunnen zorgkantoren extra budget bovenop het zorgprofiel toekennen. Dat kan ook als een cliënt uit het verpleeghuis in de laatste fase toch liever bij familie thuis of in een hospice wil verblijven.

De mogelijkheid voor extra kosten geldt voor een modulair pakket thuis (mpt), het persoonsgebonden budget (pgb) of een combinatie hiervan. Bij een volledig pakket thuis (vpt) is de zorginstelling verantwoordelijk voor het leveren van voldoende palliatieve zorg. Zie de informatiekaart voor professionals over bekostiging van palliatieve zorg voor een uitgebreidere beschrijving van alle mogelijkheden binnen de verschillende leveringsvormen.

## **Op 1 januari 2018 vervalt de indicatiestelling door het CIZ van zorgprofiel beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg (VV 10). Hoe kunnen Wlz-zorgaanbieders en Wlz-cliënten extra zorg aanvragen?**

Het aanvragen van extra zorg in de laatste levensfase wordt eenvoudiger. Daardoor is die zorg sneller beschikbaar. Er is geen CIZ-indicatie meer nodig als het budget bij het bestaande zorgprofiel onvoldoende ruimte biedt voor de terminale zorg.

- De zorgaanbieder kan op grond van de verklaring van de behandelend arts direct extra zorg inzetten.
- Cliënten met een pgb voor Wlz-zorg kunnen op basis van de verklaring van de behandelend arts bij het zorgkantoor extra budget vragen als hun bestaande pgb te weinig ruimte biedt.

De voorwaarden tot het kunnen aanvragen van extra budget blijven voor alle leveringsvormen gelijk aan de voorwaarden tot het aanvragen van een indicatie voor zorgprofiel VV10. De extra zorg blijft beschikbaar tot het overlijden, ook als laatste levensfase langer duurt dan verwacht. Zie de informatiekaart voor professionals over bekostiging van palliatieve zorg voor een uitgebreidere beschrijving van alle mogelijkheden binnen de verschillende leveringsvormen.

## **Wanneer is 24-uurszorg mogelijk?**

Wil de cliënt thuis overlijden? Dan is 24-uurszorg mogelijk. Hierbij staat voorop dat de cliënt alle zorg krijgt die nodig is. In het geval van wijkverpleging (Zvw) bepaalt de wijkverpleegkundige of er 24-uurszorg nodig is.

Binnen de Zvw en de Wlz is er geen maximaal aantal uren 24-uurszorg op cliëntniveau vastgesteld. Het is aan de professional om de voor de cliënt benodigde zorg in te vullen en binnen zijn of haar professionele grenzen te bepalen of het haalbaar is dat de zorg thuis verantwoord kan worden geboden.

Bij het invullen van de zorg wordt gekeken of mantelzorgers en vrijwilligers toezicht kunnen bieden als de professional afwezig is. Ook wordt gekeken of de behandelend arts de medische verantwoordelijkheid voor de cliënt in de thuissituatie op zich kan nemen.

## Welke geestelijke verzorging wordt vergoed?

Geestelijke zorg bestaat uit drie onderdelen:

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

De aandacht voor het omgaan met ziekte en sterven is onderdeel van de behandeling van patiënten door huisarts, verpleging en verzorging. Zo wordt hulp bij begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken gezien als zorg die kan worden gedeclareerd in de zorgverzekeringswet (dus via de zorgverzekering). Het is zorg zoals een verpleegkundige, huisarts of psycholoog die pleegt te bieden. Een geestelijk verzorger heeft deze status niet. Wel kunnen geestelijk verzorgers deze zorginterventie in opdracht van een verpleegkundige, psycholoog of huisarts uitvoeren. In dat geval kan de zorg worden vergoed vanuit de aanspraak van deze hulpverlener (verpleegkundige, psycholoog of huisarts), zoals de aanspraak wijkverpleging of de geestelijk verzorger kan worden ingezet als POH-GGZ bij de huisarts.

Rondom deze geestelijke begeleiding is een keuze gemaakt dat niet alle geestelijke begeleiding gezien wordt als zorg. Het bieden van een vrijplaats en het begeleiden bij religie en spiritualiteit vallen niet onder de definitie van zorg, en kunnen alleen op eigen kosten van de cliënt worden geleverd.

Meer informatie is te vinden op punt 8 van de [NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#).

## Hoe wordt nazorg na overlijden geregeld en gefinancierd?

Een afrondend gesprek met de nabestaanden is vanzelfsprekend. Het afrondende gesprek is een onderdeel van goede zorgverlening. In de integrale zorgtarieven zijn al kosten opgenomen voor bijvoorbeeld het nabellen van de familie. Een nazorggesprek kan dus niet als uren verpleging en verzorging gedeclareerd worden op de desbetreffende (overleden) patiënt; er is immers geen directe zorgverlening meer aan de patiënt.

Nazorg kan binnen de wijkverpleging evenmin op de nabestaanden worden gedeclareerd.

Losstaand van nazorg kan de nabestaande wel terecht bij de eigen huisarts wanneer de verwerking van het verlies niet goed gaat. Dit valt dan onder de verzekering van de nabestaande.

Meer informatie is te vinden op punt 3 van de [NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#).

## Kunnen dak- en thuislozen die onverzekerd zijn terecht in een hospice?

Ja, dat kan. Dak- en thuisloze mensen hebben vaak geen zorgverzekering, omdat ze geen inschrijving hebben in de Basisregistratie Personen (BRP). Belangrijk is dat deze cliënten toch weer snel verzekerd worden door opname in het BRP en het aannemen van een briefadres. Bij een oude schuld bij een zorgverzekeraar moeten ze zich dan ook weer bij deze eerste verzekeraar verzekeren. Om deze doelgroep te bereiken, is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het project Zorgverzekeringslijn.nl actief. Via het gratis telefoonnummer 0800 64646444 en de website biedt Zorgverzekeringslijn.nl persoonsgerichte informatie en onpartijdig advies aan onverzekerden. Bij het CAK kunnen zorgaanbieders via [deze link](#) een compensatie aanvragen voor al geleverde zorg aan onverzekerden.

## Kunnen onverzekerbare vreemdelingen en mensen die vanwege gemoedsbezwaren niet verzekerd zijn ook terecht in een hospice?

Ja, vaak kan dat. Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning (onverzekerbare vreemdelingen) kunnen geen zorgverzekering afsluiten. Toch kan medische hulp soms nodig zijn. Deze vreemdelingen moeten dan zelf de kosten betalen. Als dat niet mogelijk is dan kan de zorgverlener een bijdrage vragen aan het CAK.

Mensen die vanwege het geloof of levensovertuiging geen zorgverzekering willen afsluiten, kunnen

in plaats van de zorgverzekeringspremies een bijdragevervangende belasting betalen voor kosten van medische zorg. Deze mensen kunnen hun medische kosten declareren bij het CAK. Meer informatie hierover kunt u vinden [op de website van het CAK](#) onder regelingen/gemoedsbezwaarden.

## **In hospices verblijven mensen met een Wlz-indicatie en mensen die zorg uit de Zvw krijgen. Waarom betalen zij een verschillende eigen bijdrage?**

Voor zorg vanuit de Wlz en de Zvw geldt een verschillende eigen bijdragesystematiek. Zo zijn cliënten in de Wlz een eigen bijdrage verschuldigd. Voor wijkverpleging vanuit de Zvw geldt geen eigen bijdrage (of eigen risico), waardoor een toegankelijke eerste lijn gecreëerd wordt. Daarom betalen cliënten die PTZ vanuit de Wlz ontvangen wel een eigen bijdrage, en cliënten die PTZ ontvangen vanuit de aanspraak wijkverpleging uit de Zvw niet.

De huidige werkwijze komt voort uit de wens dat cliënten in de laatste levensfase niet meer te maken krijgen met een overgang tussen de wetten. Cliënten zonder Wlz-indicatie krijgen hun zorg gewoon uit de Zvw, ook als ze in de laatste fase naar bijvoorbeeld een palliatieve unit in een verpleeghuis willen gaan. Zij worden zo niet geconfronteerd met het aanvragen van een CIZ-indicatie en onnodige administratieve lasten. Dit zou tot onnodige vertragingen van zorg kunnen leiden.

Wanneer cliënten al een Wlz-indicatie hebben, blijft ook bij de overgang naar het hospice de zorg vergoed uit de Wlz. Bij overgang naar het hospice wordt dan wel de lage inkomensafhankelijke eigen bijdrage gerekend.

De meeste hospices vragen een vergoeding per dag voor de kosten die zij maken (bovenop de professionele zorg). Het kan zo zijn dat een hospice een vergoeding vraagt voor bijvoorbeeld eten en drinken. Meer informatie hierover kunt u vinden bij het desbetreffende hospice. Deze vergoeding overlapt niet met de (lage) eigen bijdrage voor de Wlz.

## **Ik wil een hospice beginnen. Zijn er subsidiemogelijkheden?**

Er zijn geen mogelijkheden om vanuit het rijk subsidie te krijgen voor het opzetten van een hospice. Wel geeft de Rijksoverheid subsidies voor de inzet van vrijwilligers in de palliatieve zorg. Dit is geregeld in de [Subsidieregeling Palliatieve Terminale zorg](#) die geldt tot 1 januari 2022. Niet-WTzi (Wet Toelating Zorginstellingen) toegelaten hospices kunnen na een eerste startperiode waarin het bestaansrecht moet worden bewezen per cliënt een subsidie ontvangen. Sommige gemeenten en provincies dragen op verschillende manieren bij aan de kosten.

## **Tellen de dagen dat iemand is opgebaard mee als mutatiedagen in de Wlz?**

Aanbieders van langdurige zorg mogen mutatiedagen in rekening brengen als een kamer leeg is achtergelaten. Als de cliënt in de eigen kamer is opgebaard, is dat echter niet het geval. De zorgaanbieder kan hiervoor geen vergoeding krijgen op grond van de Wlz. De kosten van opbaren kunnen door de zorgaanbieder worden gefactureerd aan de nabestaanden of de uitvaartverzekeraar.

Meer informatie is te vinden op punt 4 van [de NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#)

## **Is overstappen mogelijk vanuit de Zvw naar de Wlz of andersom?**

In de palliatieve terminale fase kan een patiënt niet van de Zvw naar de Wlz gaan of andersom. Als een patiënt zorg krijgt vanuit de Zvw, dan ontvangt hij de palliatieve terminale zorg ook vanuit de Zvw. Als een patiënt zorg krijgt vanuit de Wlz, dan ontvangt hij de palliatieve terminale zorg ook vanuit de Wlz. Het maakt daarbij niet uit waar de patiënt verblijft of wil verblijven (met uitzondering van ziekenhuiszorg). Achterliggende gedachte is dat mensen in de laatste fase niet geconfronteerd moeten worden met administratieve handelingen die verbonden zijn aan het overstappen van de Zvw naar de Wlz en omgekeerd.

## **Vragen over bekostiging in het ziekenhuis**

### **Hoe wordt palliatieve zorg door de hoofdbehandelaar in het ziekenhuis bekostigd?**



Voor de hoofdbehandelaar bestaat de mogelijkheid om het “Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties, samen met de patiënt en/of met zijn/haar vertegenwoordiger, zorgactiviteit 190066” te registreren. Dit uitgebreide consult is bedoeld om in een gezamenlijk proces beslissingen te nemen over gezondheids- en behandeldoelen en is te gebruiken voor alle relevante voorkomende situaties (niet alleen voor intensieve gesprekken in de laatste levensfase). Voor dit consult gelden specifieke voorwaarden:

- het consult wordt uitgevoerd door een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert;
- het gesprek is gevoerd op basis van een samen-beslismodel;
- er is sprake van een consult dat minimaal tweemaal de standaardconsulttijd in beslag neemt die voor het betreffende specialisme gebruikelijk is (voor een herhaalconsult of voor een consult op de verpleegafdeling).

Meer informatie is te vinden op punt 6 van [de NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#), in paragraaf 1.1.1 van de [Handreiking financiering palliatieve zorg 2018](#) van IKNL & Palliactief en op blz 11-12 [van het document Wijzigingen dbc-release RZ18a](#).

Bij oncologiepatiënten bestaat de mogelijkheid om ook zonder behandeling de patiënt te blijven begeleiden. Wanneer er op enig moment behoefte ontstaat aan supportieve care producten bij andere specialisten of diagnoses (COPD, hartfalen, nierfalen), kan een verzoek hiertoe worden ingediend bij de NZa. De behandelend specialist kan de extra tijd die hij/zij besteedt aan de patiënt vergoed krijgen door de zorgactiviteit “Begeleiding bij oncologie patiënten tijdens supportieve care/palliatieve zorg” te registreren. Face-to-face contact met de patiënt is hierbij wel een voorwaarde voor registratie.

Meer informatie is te vinden op punt 5 van [de NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#) en paragraaf 1.1.2 van de [Handreiking financiering palliatieve zorg 2018](#) van IKNL & Palliactief.

## Hoe wordt de inzet van specialistische teams palliatieve zorg in het ziekenhuis bekostigd?

Wanneer een behandelend arts voor zijn patiënt specialistisch advies nodig heeft, kan er een beroep gedaan worden op de inzet van het team palliatieve zorg. Deze in palliatieve zorg gespecialiseerde teams zijn onder meer inzetbaar bij vragen over pijn en andere symptoombestrijding, psychosociale of spirituele problematiek en complexe medische besluitvorming bij zowel niet-oncologische als oncologische patiënten. Het team palliatieve zorg biedt aanvullende en specialistische ondersteuning in de palliatieve zorg. De wijze waarop dit vorm krijgt kan per ziekenhuis verschillend zijn. Voor de inzet van het team palliatieve zorg wordt een apart zorgtraject geopend met de diagnose ‘palliatieve zorg’. Deze is beschikbaar bij de zes specialismen. Dit zorgtraject loopt vrijwel altijd naast het zorgtraject van de behandelend specialist.

Meer informatie is te vinden op punt 1 van [de NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#) en paragraaf 1.2 van de [Handreiking financiering palliatieve zorg 2018](#) van IKNL & Palliactief.

## Welke geestelijke verzorging in het ziekenhuis wordt vergoed?

Een geestelijk verzorger maakt niet standaard deel uit van het gespecialiseerd palliatief team in ziekenhuizen. Geestelijke zorg bestaat uit drie verschillende onderdelen:

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

De aandacht voor het omgaan met ziekte en sterven is onderdeel van de behandeling van patiënten door de arts, verpleging en verzorging. Zo wordt hulp bij begeleiding bij coping en zingevingsvraagstukken gezien als zorg die kan worden gedeclareerd in de zorgverzekeringswet (dus via de zorgverzekering). Het is zorg zoals een verpleegkundige, arts of psycholoog die pleegt te bieden. Een geestelijk verzorger heeft deze status niet. Wel kunnen geestelijk verzorgers deze zorginterventie in opdracht van een verpleegkundige, psycholoog of arts uitvoeren. In dat geval kan de zorg vergoed worden vanuit de aanspraak van deze hulpverlener (verpleegkundige, psycholoog of arts).

Rondom deze geestelijke begeleiding is een keuze gemaakt dat niet alle geestelijke begeleiding gezien wordt als zorg. Het bieden van een vrijplaats en het begeleiden bij religie en spiritualiteit vallen niet onder de definitie van zorg, en kunnen alleen op eigen kosten van de cliënt worden geleverd. Meer informatie is te vinden op punt 7 van [de NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#).

## Overige bekostigingsvragen

### Kan een huisarts een specialist ouderengeneeskunde inschakelen bij de zorg aan een oudere in de palliatief terminale levensfase?

Ja, dit kan.

Voor mensen zonder Wlz-indicatie kan dit vanuit de tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling. Huisartsen kunnen een SO bij hun behandeling van een (kwetsbare) oudere betrekken. Het kan gaan om meerdere contacten (maximaal 10) per cliënt per jaar. Deze contacten kunnen bestaan uit:

- consultatie;
- diagnostiek, of;
- uitvoering en regie op het behandelplan na diagnostiek (medebehandeling).

Voor deze contacten is geen indicatie van het CIZ nodig. De huisarts blijft de hoofdbehandelaar van de cliënt. Zie hiervoor het document 'beleid' contractering subsidieregeling extramurale behandeling 2018 van Zorgverzekeraars Nederland.

Voor mensen met een Wlz-indicatie kan dit via de NZa-beleidsregel modulaire zorg. Voor deze inzet is vooraf geen toestemming nodig van het zorgkantoor. De huisarts blijft de hoofdbehandelaar van de cliënt. Zie hiervoor het beleidskader contractering Wlz 2018 van Zorgverzekeraars Nederland.

### Hoe kunnen diverse transmurale samenwerkingsvormen worden bekostigd?

Er zijn diverse transmurale samenwerkingsvormen:

- het declareren van de behandelinzet van de specialist ouderengeneeskunde;
- de bekostiging van de huisarts die een palliatief poliklinisch spreekuur draait in een ziekenhuis;
- de declaratiemogelijkheden van bedside face-to-face consultatie in de eerstelijnszorg door een gespecialiseerd arts;
- bekostiging van een transmurale consultatie (meekijkconsult);

Multidisciplinair overleg is een activiteit die valt onder indirect patiëntgebonden tijd. Dat is de tijd die de behandelaar besteedt aan zaken rondom een contactmoment met de patiënt waarbij de patiënt zelf niet aanwezig is. Direct en indirect patiëntgebonden tijd zit verdisconteerd in tarieven. Hiermee is de tijd voor multidisciplinair overleg niet direct als prestatie te declareren maar zijn de kosten die men als tijd hiermee kwijt is wel meegenomen in de huidige tarieven. Daarnaast kunnen huisartsen, wijkverpleging en aanbieders van eerstelijnsverblijf hierover met de zorgverzekeraar specifieke afspraken maken. Zij kunnen er bijvoorbeeld voor kiezen om indirect patiëntgebonden tijd, in de vorm van multidisciplinair overleg, te oormerken. Meer informatie is te vinden op punt 9 van [de NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#).

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

Casemanagement valt onder de aanspraak en de prestaties verpleging en verzorging in de Zvw. Dat geldt ook voor casemanagement palliatieve zorg. Dat betekent dat er voor een uur direct patiëntgebonden tijd een uur verpleging in rekening gebracht kan worden.

Een zorgverlener die daartoe bevoegd en bekwaam is, voert het casemanagement uit. Vaak zal dit in de praktijk een wijkverpleegkundige zijn, maar dat is niet verplicht.

Meer informatie is te vinden op punt 10 van [de NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#).

## Is het mogelijk om na overlijden nog te declareren?

Ja, zorg die verleend is aan de patiënt voordat hij of zij overleed, mag na het overlijden geregistreerd en in rekening gebracht worden bij de zorgverzekeraar. Verzekeraars geven soms aan dat hun afhandelings-/controlesystemen deze declaratie als onrechtmatig beschouwt als dit binnenkomt na het moment van overlijden, omdat de datum van overlijden als einddatum van de verzekering wordt gezien. In die gevallen moeten de aanbieder en verzekeraar samen naar een (handmatige) oplossing zoeken. De NZa vraagt verzekeraars om het proces anders in te richten zodat declaraties na het moment van overlijden niet automatisch worden aangemerkt als onrechtmatig.

Meer informatie is te vinden op punt 2 van [de NZA-informatiekaart palliatieve zorg op maat](#).