

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1673

Vragen van de leden **Bikker** (ChristenUnie), **Diederik van Dijk** (SGP), **Dijk** (SP) en **Slagt-Tichelman** (GroenLinks-PvdA) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Zorgverzekeraars vinden thuis sterven vaak te duur»* (ingezonden 5 februari 2025).

Antwoord van Staatssecretaris **Maeijer** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 19 maart 2025).

Vraag 1

Hoe luidt uw reactie op het bericht «Zorgverzekeraars vinden thuis sterven vaak te duur»¹ en op de reactie van Zorgverzekeraar VGZ «Misleidende berichtgeving over palliatieve zorg»²? Heeft u contact gezocht met VGZ om opheldering te vragen? En zo ja, wat is daaruit gekomen?

Antwoord 1

Uiteraard betreur ik het zeer dat de patiënt waarover in het artikel geschreven werd, in het ziekenhuis is overleden en niet thuis zoals zijn uitdrukkelijke wens was. De betrokken zorgverzekeraar, VGZ, heeft door middel van een persbericht op het artikel gereageerd.³ In het persbericht geeft VGZ aan dat het niet klopt dat VGZ een verzoek heeft geweigerd om palliatieve zorg in de thuissituatie te bieden aan deze patiënt, die bij VGZ verzekerd was. VGZ geeft ook aan dat de betreffende aanbieder dat heeft bevestigd. Ook heb ik hierover een gesprek gevoerd met VGZ. VGZ gaf daarin aan dat er door de betrokken zorgaanbieder het beeld werd geschetst dat er een beroep moest worden gedaan op het omzetplafond. Alleen al vanwege het feit dat zo vroeg in het jaar, januari, een zorgplafond helemaal niet in zicht kan zijn, gaf volgens VGZ aan dat het beroep daarop onterecht was. Hieruit leid ik af dat het in Trouw geschetste beeld niet lijkt te kloppen. Dit neemt niet weg dat mensen in de stervensfase te allen tijde de palliatieve zorg moeten ontvangen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars geven aan dat omzetplafonds nooit

¹ Trouw, 30 januari 2025, «Zorgverzekeraars vinden thuis sterven vaak te duur», <https://www.trouw.nl/zorg/niet-alle-patienten-mogen-thuis-sterven-omdat-verzekeraars-dat-te-duur-vinden~bb8d7eeb/>

² VGZ, 30 januari 2025, Misleidende berichtgeving over palliatieve zorg, <https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/nieuws-en-media/nieuwsoverzicht/misleidende-berichtgeving-over-palliatieve-zorg>

³ <https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/nieuws-en-media/nieuwsoverzicht/misleidende-berichtgeving-over-palliatieve-zorg>

een belemmering mogen zijn om juist in palliatief terminale fase patiënten de zorg te geven die nodig is. Om te voorkomen dat hierover onduidelijkheden tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bestaan, zet ik, zoals ik heb aangegeven in mijn brief d.d. 14 maart jl.,⁴ erop in om hierover in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord aanvullende afspraken te maken. Daarbij is mijn inzet dat mensen in de stervensfase te allen tijde de palliatieve zorg ontvangen die zij nodig hebben en dat afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over omzetplafonds hier op geen enkele wijze een belemmering in vormen. Daarnaast wil ik in het AZWA erop inzetten om communicatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te versterken zodat misverstanden over omzetplafonds worden voorkomen.

Vraag 2

Kunt u bij zorgverzekeraars nagaan hoe vaak dit soort situaties afgelopen jaar zijn voorgekomen waarbij zorgverzekeraars thuiszorg voor terminale patiënten niet wilden vergoeden?

Antwoord 2

De verzekeraars geven aan dat deze situaties zich niet hebben voorgedaan. Als iemand aangewezen is op de zorg die is opgenomen in de basisverzekering dan wordt deze zorg vergoed. Ik ken dus geen situaties, waarbij de zorg niet vergoed is. Zorgverzekeraars geven aan het juist heel belangrijk te vinden dat juist in de laatste fase van iemands leven, de zorg goed georganiseerd en – zonder gedoe – toegankelijk is. Om te voorkomen dat hierover onduidelijkheden bestaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zet ik erop in dat in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord afspraken worden gemaakt die hieraan bijdragen.

Vraag 3

Wat zijn over het algemeen oorzaken als mensen niet thuis met zorg sterven, terwijl ze dat wel willen? Welke oorzaken hebben te maken met het financieerbeleid van zorgverzekeraars? Welke oorzaken hebben te maken met personeelsgebrek? Welke oorzaken hebben met iets anders te maken?

Antwoord 3

Ik vind het belangrijk dat mensen in de palliatief terminale fase op een menswaardige manier kunnen sterven en dat familie en/of naasten die dichtbij staan en een belangrijke rol in iemands leven hebben gespeeld zoveel mogelijk daarbij aanwezig kunnen zijn en dat de professionele zorg en begeleiding hier aanvullend op wordt georganiseerd. Het is daarbij belangrijk dat mensen vroegtijdig het gesprek aangaan over de laatste levensfase en dat zij dit niet alleen in de spreekkamer van de arts doen, maar hierover ook het gesprek voeren met hun familie en naasten. Er zijn situaties, waarbij mensen geen naasten hebben om de professionele zorg en begeleiding in samenhang mee te helpen organiseren of waarbij de naasten niet voldoende kunnen bieden om de zorg en begeleiding op een goede manier te organiseren. Als deze professionele zorg in de thuissituatie geleverd wordt en uiteindelijk niet meer mogelijk blijkt met de beschikbare zorgprofessionals, dan vind ik het belangrijk dat voor deze mensen een volwaardig alternatief beschikbaar is, zoals de Bijna Thuis Huizen. In het Aanvullende Zorg- en Welzijnsakkoord wil ik hier met partijen afspraken over maken. Zorgverzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk voor goede en tijdige toegang tot zorg voor hun verzekerden. Daarom is het ook hun verantwoordelijkheid om het schaarse zorgpersoneel zo goed mogelijk in te zetten en hierover goede afspraken te maken in de contractering. Met de schaarse personele capaciteit is het ook aan de zorgprofessionals en de zorgaanbieders om met elkaar afspraken te maken welke professionele zorg en begeleiding er in de thuissituatie geleverd kan worden tegen het licht van de vergrijzing en een krappe arbeidsmarkt. Dan is het wel noodzakelijk dat er in de regio ook voldoende volwaardige alternatieven voor de zorg zijn die anders in de thuissituatie geleverd zouden worden, zoals Bijna Thuis Huizen.

⁴ Kamerstukken II, 2024–2025, 29 509, nr. 94.

Zoals ik heb toegelicht in mijn bovengenoemde brief van 14 maart jl. vormen de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen belemmering voor de mogelijkheden om thuis te sterven.

Vraag 4

Welke ambitie heeft u omtrent het beleid rond thuis met zorg sterven? Welke stappen zet u om deze ambitie te realiseren en de oorzaken weg te nemen dat mensen niet thuis met zorg kunnen sterven?

Antwoord 4

Ik vind het belangrijk dat mensen vroegtijdig het gesprek aangaan over de laatste levensfase en dit niet alleen in de spreekkamer van de arts doen. Het is ook belangrijk dat mensen dit gesprek tijdig voeren met hun familie en naasten. Het is van belang dat de palliatieve zorg een vanzelfsprekend onderdeel is van de reguliere zorg en goed georganiseerd en toegankelijk is. Als mensen in de palliatief terminale fase komen, dan moeten zij vanzelfsprekend de zorg krijgen die zij nodig hebben. Waarbij ze deze zorg ook zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen ontvangen. In sommige situaties blijkt het echter niet meer mogelijk om de zorg thuis te organiseren. In die situaties is het belangrijk dat er in elke regio voldoende alternatieven voor de zorg thuis zijn. Hier zet ik vol op in met het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II). Ik verwijs hiervoor graag naar mijn brief van 17 december 2024.⁵

Vraag 5

Welke zorgverzekeraars voeren het beleid dat ongeacht een budgetplafond er middelen worden vrijgemaakt voor palliatieve zorg thuis?

Antwoord 5

Omzetplafonds worden afgesproken voor het totaal aan wijkverpleegkundige zorg of eerstelijnsverblijf en niet specifiek voor palliatief terminale zorg. Zorg aan palliatief terminale patiënten maakt onderdeel uit van de bredere wijkverpleegkundige zorg. Hoewel er dus omzetplafonds zijn voor het geheel dat aan zorg wordt geleverd, worden deze omzetplafonds in de praktijk niet toegepast voor palliatief terminale zorg.

De zorgverzekeraars geven aan dat omzetplafonds nooit een belemmering zijn om in de palliatief terminale fase patiënten de zorg te geven die nodig is en dat zij hierover duidelijke contractafspraken maken met aanbieders van wijkverpleging die ook palliatieve zorg leveren. Omdat zorgverzekeraars niet weten welk deel van de geleverde zorg ingezet wordt voor palliatief terminale zorg, is het in de communicatie tussen de gecontracteerde zorgaanbieder en zorgverzekeraar van belang dat dat er duidelijk en tijdige communicatie plaatsvindt door de zorgverlener over de geleverde zorg, zodat partijen tijdig afspraken kunnen maken door bijvoorbeeld bij te contracteren. Om te voorkomen dat hierover onduidelijkheden bestaan tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vind ik het belangrijk dat hierover in het AZWA aanvullende afspraken worden gemaakt. Daarbij is mijn inzet dat mensen in de stervensfase te allen tijde de palliatieve zorg ontvangen die zij nodig hebben en dat afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over omzetplafonds hier op geen enkele wijze een belemmering in vormen.

Vraag 6

Welke zorgverzekeraars kiezen ervoor geen doelmatigheidstoets meer uit te voeren als het gaat om verpleegkundige thuiszorg aan patiënten in de palliatieve fase?

Antwoord 6

In mijn bovengenoemde brief van 14 maart jl. heb ik toegelicht dat met de zorgverzekeraars is gesproken over de omzetplafonds en doelmatigheidseisen die gesteld worden ook bij palliatieve terminale zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders van wijkverpleging maken onderling afspraken met als uitgangspunt dat op basis van de principes van passende zorg alle patiënten die palliatieve terminale zorg nodig hebben goed kunnen worden geholpen.

⁵ Kamerstukken II, 2024–2025, 29 509, nr. 93.

De contractafspraken die worden gemaakt geven aanbieders te allen tijde de ruimte om tijdig palliatieve terminale zorg te kunnen leveren. Waarbij het van belang is dat aanbieders van wijkverpleging tijdig met de verzekeraar in gesprek gaan als zij zien dat een groot deel van het omzetplafond is bereikt, zodat zij afspraken kunnen maken over de voor palliatieve zorg benodigde uitbreiding.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders van wijkverpleging maken onderling afspraken met als uitgangspunt dat op basis van de principes van passende zorg alle patiënten die palliatieve zorg nodig hebben goed kunnen worden geholpen. De contractafspraken die worden gemaakt geven aanbieders ten allen tijde de ruimte om tijdig palliatieve zorg te kunnen leveren.

Vraag 7

Welke zorgverzekeraars hanteren wél deze doelmatigheidstoets? Kunt u de redenering van Zilveren Kruis volgen dat terminale zorg altijd doelmatig is, maar dat je gewoon nooit weet hoe zo'n zorgtraject verloopt?

Antwoord 7

In mijn bovengenoemde brief van 14 maart jl. heb ik toegelicht dat met de zorgverzekeraars is gesproken over de omzetplafonds en doelmatigheidseisen die gesteld worden ook bij palliatieve terminale zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders van wijkverpleging maken onderling afspraken met als uitgangspunt dat op basis van de principes van passende zorg alle patiënten die palliatieve terminale zorg nodig hebben goed kunnen worden geholpen. De contractafspraken die worden gemaakt geven aanbieders te allen tijde de ruimte om tijdig palliatieve terminale zorg te kunnen leveren. Waarbij het van belang is dat aanbieders van wijkverpleging tijdig met de verzekeraar in gesprek gaan als zij zien dat een groot deel van het omzetplafond is bereikt, zodat zij afspraken kunnen maken over de voor palliatieve zorg benodigde uitbreiding.

Navraag leert dat Zilveren Kruis niet van oordeel is dat palliatieve terminale zorg altijd doelmatig is. Er wordt volgens Zilveren Kruis gekeken naar wat een cliënt echt nodig heeft. Daarbij is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige de noodzaak voor de uren zorg goed onderbouwt en daarbij de richtlijnen en de wet- en regelgeving ook volgt. Alleen dan kan Zilveren Kruis de zorg passend vergoeden. Dit doen alle zorgverzekeraars op vergelijkbare wijze. De NZa ziet hierop toe.

Vraag 8

In welke mate is het ontbreken van contracten een belemmering voor terminale thuiszorg?

Antwoord 8

Niet-gecontracteerde zorg kan wel worden geleverd, maar het kan zijn dat daarvoor een eigen bijdrage van de verzekerde wordt gevraagd door de aanbieder. Het is het streven van het kabinet zorg zoveel mogelijk via gecontracteerde aanbieders te leveren omdat in de contracten afspraken gemaakt kunnen worden tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder over bijvoorbeeld passende zorg.

Vraag 9

In welke mate maakt het uit of de patiënt zorg via de Zorgverzekeringswet (Zvw) of via de Wet langdurige zorg (Wlz) aanvraagt? In welke gevallen is de Wlz passender dan de Zvw en aan welke voorwaarden moet de patiënt dan voldoen voor de zorgverzekeraar om thuis terminale zorg te ontvangen?

Antwoord 9

Palliatieve Zorg kan worden vergoed via de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz). De zorg wordt via de Wlz vergoed als de cliënt al een Wlz-indicatie heeft, behalve voor zorg in het ziekenhuis. Deze wordt ook bij Wlz-cliënten uit de Zvw vergoed. In alle andere gevallen wordt de palliatieve zorg via de Zvw vergoed.

Het maakt voor de patiënt niet uit of de zorg via de Zvw of de Wlz wordt geleverd, zowel de zorgverzekeraar als de Wlz-uitvoerder hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden. De zorgplicht houdt in dat zij er voor

moeten zorgen dat de zorg waarop iemand is aangewezen binnen redelijke termijn en afstand geleverd wordt. De NZa houdt hier toezicht op.

Vraag 10

Zijn zorgaanbieders voldoende op de hoogte van het beleid van zorgverzekeraars, zoals VGZ dit bijvoorbeeld in haar reactie schetst, en de ruimte die dit beleid biedt om benodigde palliatieve en terminale zorg thuis te leveren?

Antwoord 10

Zorgverzekeraars vermelden op hun website de voorwaarden waaronder palliatieve en terminale zorg thuis geleverd kan worden. Deze voorwaarden zijn voor alle zorgaanbieders raadpleegbaar. Voor een voorbeeld zie Palliatief terminale zorg - Zilveren Kruis.

Vraag 11

Welke sturende instrumenten heeft u om verbetering te brengen in de samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

Antwoord 11

Binnen het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) wordt gewerkt aan de transformatie palliatieve zorg. Deze transformatie betekent dat partijen (ziekenhuizen, hospices, huisartsen, wijkverpleging, zorgverzekeraars, etc.) per regio afspraken maken over hoe ze gaan zorgen dat zorgverleners tijdig de palliatieve fase markeren, dat zorgverleners tijdig en regelmatig gesprekken voeren met patiënten over hun wensen en grenzen in de palliatieve fase, dat zorgverleners met elkaar gaan samenwerken, over de «muren» heen en dat zij zorgen dat bij complexe palliatieve zorg voldoende specialisten palliatieve zorg beschikbaar zijn. Vanuit het NPPZ II worden (de partijen in de) regio's geadviseerd over de transformatie, worden zij ondersteund met informatie en instrumenten en worden zij gestimuleerd om onderlinge kennis en ervaringen uit te wisselen. Daarom is mijn inzet voor het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) ook dat de beroepsgroep, zorgaanbieders en zorgverzekeraars goede afspraken maken over de vraag wanneer palliatief terminale zorg niet meer verantwoord thuis kan worden georganiseerd en de beschikbaarheid van volwaardige alternatieven. Daarnaast vind ik het belangrijk dat in het AZWA tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken worden gemaakt dat mensen in de stervensfase palliatieve zorg ontvangen die zij nodig hebben en dat afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over omzetplafonds hier op geen enkele wijze een belemmering in vormen.

Vraag 12

Welke risico's ziet u voor de kwaliteit van zorg nu veel zorgverzekeraars bezuinigen op het aantal uren dat een thuiszorgorganisatie kan inzetten in een bijna-thuis-huis, en daardoor de verpleegkundige niet op het moment dat de huisarts visite loopt aanwezig kan zijn?

Antwoord 12

Zoals ik heb aangegeven in mijn bovengenoemde brief van 14 maart jl. neem ik dit signaal serieus en heb ik ervoor gezorgd dat zorgprofessionals, zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar in gesprek zijn om te bezien wat hier nu precies aan de hand is en in hoeverre dit een gerichte oplossing vraagt. De zorg die in Bijna Thuis Huizen geleverd wordt, draagt bij aan de transformatie die we in de zorg moeten realiseren om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden. Dat maakt mij extra bewust van de urgentie van de door VPTZ aangedragen problemen. Zoals ik ook aangaf in deze brief zal ik uw Kamer zo spoedig mogelijk inlichten over de uitkomst van dit overleg.

Vraag 13

Bent u op de hoogte dat ook de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) steeds meer zorgen hierover heeft? Bent u bereid om dit met de LHV te bespreken?

Antwoord 13

Het is begrijpelijk dat ook de LHV hierover zorgen heeft. Die zorgen deel ik. En ik ben uiteraard bereid om hierover met hen in gesprek te gaan.

Vraag 14

Welke rol kunnen vrijwilligers spelen om meer mensen thuis met zorg te laten sterven? Wat is uw inzet ten aanzien van de bekostigingssystematiek voor deze vrijwilligers? Bent u bereid te onderzoeken of deze niet geijkt kan worden op de afgelopen jaren maar op het verwachte aantal patiënten dat ondersteund zal worden door vrijwilligers?

Antwoord 14

De inzet van vrijwilligers zorgt ervoor dat mensen in de laatste fase van hun leven ondersteuning ontvangen, steeds vaker in de vertrouwde omgeving van hun eigen huis. Dit vergroot de kwaliteit van leven en sterven voor patiënten. Daarnaast verlichten vrijwilligers de druk op mantelzorgers en zorgverleners. Vanuit de Subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis (Subsidieregeling PTZ) is subsidie beschikbaar voor de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg: in hospicevoorzieningen, zoals Bijna Thuis Huizen, en in de thuissituatie. Het uitgangspunt van de regeling is dat de subsidie een tegemoetkoming is voor de inzet, opleiding en coördinatie van de vrijwilligers in organisaties voor palliatieve terminale zorg. Begin 2026 wordt de subsidieregeling, inclusief de bekostigingssystematiek, geëvalueerd en kan besluitvorming plaatsvinden over het vervolg.

Vraag 15

Welke betekenis heeft het unaniem aangenomen amendement voor de begroting van 2025 van de CU, SGP en GroenLinks-PvdA om deels de bezuinigingen te verzachten in relatie tot de huidige berichtgeving?

Antwoord 15

Het tijdens de begrotingsbehandeling 2025 aangenomen amendement betekent dat € 3 miljoen extra voor kalenderjaar 2025 beschikbaar is voor de inzet, opleiding en coördinatie van de vrijwilligers in organisaties voor palliatieve terminale zorg.

Vraag 16

Is er voor 2026 al dekking gevonden om niet op waardevolle zorg als palliatieve zorg te bezuinigen? Kunt u de laatste stand van zaken weergeven?

Antwoord 16

De gesprekken met het Ministerie van Financiën hierover lopen nog.

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Dobbe (SP), ingezonden 30 januari 2025 (vraagnummer 2025Z01590).