

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

1934

Vragen van het lid **Bikker** (ChristenUnie) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de toekomst van hospicezorg* (ingezonden 24 maart 2025).

Antwoord van Staatssecretaris **Maeijer** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 14 april 2025).

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat het hospice *De Vier Vogels* in Rotterdam moet sluiten?¹

Antwoord 1

Ik vind het bijzonder spijtig dat alle mensen die bij het hospice betrokken zijn, geconfronteerd worden met deze voorgenomen beslissing om de deuren te sluiten. Ik wil dan ook mijn dank uitspreken aan alle toegewijde vrijwilligers en betrokkenen die zich jarenlang hebben ingezet om mensen een waardig levenseinde te bieden.

Vraag 2

Heeft u contact gehad met het hospice over de knelpunten in de bekostiging en mogelijkheden om het hospice toch open te houden? Betreurt u eveneens dat het sluiten van een hospice een abrupt einde maakt aan een jarenlang opgebouwd netwerk van vrijwilligers, zorg- en welzijnsorganisaties en de buurt?

Antwoord 2

De sluiting van het hospice is inderdaad bijzonder spijtig voor alle mensen die bij het hospice betrokken zijn. Vanuit het Ministerie van VWS is contact opgenomen met het hospice, met koepelorganisatie Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ Nederland) en met zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Uit deze contacten begrijp ik dat verschillende factoren een rol spelen bij de voorgenomen beslissing om het hospice te sluiten, zoals personele problemen die tot extra kosten hebben geleid, een verouderd pand met hoge energiekosten en geen mogelijkheid tot renoveren/uitbreiden, de gemiddelde bezettingsgraad, het aantal vrijwilligers en uiteindelijk nog de dagtarieven.

¹ Carend, 15 maart 2025, «Oudste hospice van Rotterdam moet noodgedwongen sluiten» (<https://carend.nl/artikel/oudste-hospice-van-rotterdam-moet-noodgedwongen-sluiten>)

Koepelorganisatie VPTZ heeft in aanloop naar dit besluit al verschillende alternatieven verkend met het hospice, maar helaas bleken toen alle mogelijkheden uitgeput. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis is niet bij deze gesprekken betrokken geweest en wil graag in gesprek met de organisatie om te kijken of er toch nog oplossingen mogelijk zijn voor bijvoorbeeld een doorstart in een andere vorm.

Vraag 3

Is de hospicezorg in de regio Rotterdam toereikend als dit hospice sluit, gezien het feit dat in 2024 al meer dan de helft van de hospices in die regio gasten heeft moeten weigeren?

Antwoord 3

VPTZ Nederland heeft recent contact gehad met verschillende Bijna Thuis Huizen in Rotterdam. Er zijn bij hen op dit moment geen zorgen over het opvangen van extra cliënten als gevolg van de sluiting van De Vier Vogels. In Rotterdam ligt de bezettingsgraad en het aantal keren dat mensen niet kunnen worden opgenomen iets onder het landelijk gemiddelde. Bovendien is er vorig jaar een uitbreiding geweest met vier bedden bij een hospice in de regio. De verwachting is dan ook dat de sluiting niet tot acute problemen leidt, maar dat er wel meer hospicebedden nodig zullen zijn in de toekomst.

Vraag 4

Herkent u de problematiek van niet-kostendekkende dagtarieven bij bijna-thuis-huizen met 24-uurs verpleegkundige zorg en in het bijzonder bij kleinschalige hospices met minder dan vijf bedden?

Antwoord 4

Signalen dat niet tot kostendekkende tarieven is gekomen, hebben zorgaanbieders doorgegeven aan VPTZ Nederland. Ik vind het van groot belang dat thuiszorgorganisaties en zorgverzekeraars afspraken maken om tot passende zorg te komen, zodat cliënten de noodzakelijke zorg kunnen blijven ontvangen in hun laatste levensfase. In mijn brief van 14 maart jl. heb ik hierop gereageerd en aangegeven dat ik gesprekken organiseer tussen zorgprofessionals, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om te bezien wat er nu precies aan de hand is, in hoeverre dit om een gerichte oplossing vraagt en welke andere oplossingen mogelijk zijn.

Uit deze gesprekken bleek tot nu toe het volgende. Afgelopen jaar hebben de branchepartijen en beroepsgroepen betrokken bij de hospicezorg gezamenlijk gekeken naar een nieuwe financiering van de hospicezorg. Hierbij is op grond van een duiding van het Zorginstituut Nederland een onderscheid gemaakt tussen² High Care Hospices (HCH) en palliatieve units en³ Bijna Thuis Huizen (BTH's). Dit heeft tot de volgende wijzigingen geleid:

HCH

High care hospices factureerden in 2024 per individuele indicatie van een klant. Per 2025 vallen zij onder het integraal dagtarief ELV PTZ (eerstelijnsverblijf palliatieve terminale zorg). Het ELV PTZ maximumtarief 2024 was € 407,92; in 2025 is dit maximumtarief € 589,14 geworden, een stijging van ruim 44%. Het maximumtarief voor de ELV PTZ is gebaseerd op het normatieve element van 6,6 uur verpleging en verzorging. In de inkoop spreken zorgverzekeraars passende tarieven af met de hospices. Sommige zorgverzekeraar houden er in de inkoopafspraken ook rekening mee of zorgaanbieders de 6,6 uur extra verpleging en verzorging per patiënt waar gaan maken. Desalniettemin gaan de HCH er fors op vooruit ten opzichte van de tarieven in de wijkverpleging.

BTH's

Een BTH is in beginsel een burgerinitiatief met vrijwilligers. Vrijwilligers zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken. Een

² Carend, 15 maart 2025, «Oudste hospice van Rotterdam moet noodgedwongen sluiten» (<https://carend.nl/artikel/oudste-hospice-van-rotterdam-moet-noodgedwongen-sluiten>)

³ Berenschot, november 2024, «Versterken Hospicezorg; onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit» (<https://nppz.org/wp-content/uploads/2024/11/Landelijk-Eindrapport-Onderzoek-hospicecapaciteit-November-2024.pdf>)

externe thuiszorgorganisatie levert de verpleegkundige en verzorgende zorg, vergelijkbaar met de thuissituatie. Professionals spelen enkel een aanvullende rol voor de noodzakelijke verpleegkundige of medische zorg. Voorheen werden deze uren op naam van de cliënt geïndiceerd en gedeclareerd. Op verzoek van zorgaanbieders die (medische) zorg in BTH's verlenen is afgesproken om te gaan werken met een dagtarief. Een wijkverpleegkundige levert namelijk aan meerdere cliënten zorg in hetzelfde huis. Een dagtarief is dan passender en zorgt voor minder administratieve lasten voor de wijkverpleegkundige. Het dagtarief is een gemiddelde prijs waarbij rekening is gehouden met variatie tussen patiënten en variatie per dag. Daarnaast is het gebaseerd op alle dagen zorg die de wijkverpleegkundigen aan alle patiënten in het huis hebben geleverd. Het dagtarief scheelt administratie voor de zorgaanbieder, maar vraagt ook om inkomsten en uitgaven niet per dag of patiënt te bekijken maar naar het totaal per jaar. Het dagtarief is geïntroduceerd om de administratieve lasten te verlagen, maar zorgverzekeraars laten weten de nodige signalen te ontvangen dat het verschillend uitpakt. En soms tot onbedoelde problemen leidt. Dat lijkt te maken te hebben met de grote verschillen tussen BTH's. Er is een beperkt aantal huizen met twee kamers en een beperkt aantal huizen met tien kamers, gemiddeld heeft een BTH 4 à 5 kamers. Er zijn huizen waar de wijkverpleegkundige een deel van de dag aanwezig is en huizen waar 24/7 wijkverpleegkundigen aanwezig zijn. Er zijn huizen met veel vrijwilligers en huizen met weinig vrijwilligers. BTH's zien dit ook in en willen werken aan een toekomstbestendige organisatie en inrichting met passende zorg, maar dit heeft tijd nodig. Zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en branches gaan nu verder in gesprek om voor de korte termijn een oplossing voor de financiering te vinden en voor de langere termijn te voorkomen dat een situatie als vorig jaar zich opnieuw voordoet.

Vraag 5

Bent u bekend met het onderzoek van Berenschot dat in kaart heeft gebracht dat er tussen 2022 en 2040 minimaal 375, en waarschijnlijk 650, extra hospicebedden nodig zijn? Hoe kijkt u aan tegen de sluiting van hospices in het licht van deze toenemende vraag naar hospicebedden?⁴

Antwoord 5

Ja, ik ben bekend met dit onderzoek, dit is in het kader van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) uitgevoerd. Het tekort aan bedden in algemene zin heeft dan ook zeker mijn aandacht.

Vraag 6

Welke stappen onderneemt u om te voorkomen dat er meer hospicebedden verdwijnen?

Antwoord 6

Binnen het NPPZ II is samen met hospicekoepels het project Versterken Hospicezorg gestart om voldoende beschikbare en kwalitatief goede hospicezorg te realiseren. Verschillende zorgaanbieders hebben regionale afspraken gemaakt over beschikbare bedden en capaciteit, zodat een cliënt in het juiste hospice, de juiste zorg ontvangt. De eerste fase van het project liep tot eind 2024. Op dit moment zijn op basis van de resultaten vervolgacties gestart per regio. Zodat elke regio voldoende hospicezorg beschikbaar heeft.

Vraag 7

Bent u zich ervan bewust dat de coalitiemiddelen van het kabinet Rutte-IV, van in totaal 150 miljoen euro voor versterking van palliatieve zorg en (daarmee) het nationaal programma palliatieve zorg, tot en met 2026 lopen? Wat onderneemt u om ook middelen te reserveren voor na 2026?

⁴ Berenschot, november 2024, «Versterken Hospicezorg; onderzoek naar huidige en toekomstig benodigde capaciteit» (<https://nppz.org/wp-content/uploads/2024/11/Landelijk-Eindrapport-Onderzoek-hospicecapaciteit-November-2024.pdf>)

Antwoord 7

Ja, daar ben ik mij van bewust. Over eventuele aanvullende middelen na 2026 wordt een besluit genomen in het kader van de voorjaarsbesluitvorming.

Vraag 8

Hoe ver bent u met een verkenning van een wijziging in de bekostigingssystematiek voor de subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging, zodat deze gebaseerd wordt op het verwachte aantal cliënten in plaats van het aantal cliënten in het verleden? Zet u zich ervoor in dat volgend jaar de subsidie per cliënt gelijk blijft als dit jaar?

Antwoord 8

Na de zomer van 2025 start een integrale evaluatie van de subsidieregeling, waarin ook de bekostigingssystematiek voor de inzet van vrijwilligers wordt meegenomen. Ik verwacht de eindrapportage begin 2026, op basis daarvan wordt een besluit genomen over eventuele wijzigingen in de systematiek. Daarnaast zet ik mij in voor voldoende middelen voor de subsidieregeling; hierover wordt een besluit genomen in het kader van het totale financiële plaatje bij de voorjaarsbesluitvorming.

Vraag 9

Deelt u de zorg dat de tot nu toe incidentele middelen voor de (versterking van) palliatieve zorg niet voldoende zijn om toekomstbestendige palliatieve en terminale zorg te garanderen en om de inbedding in de samenleving van hospicezorg te bestendigen? Zet u zich ervoor in om structureel voldoende middelen te reserveren?

Antwoord 9

Goede en passende palliatieve zorg als vanzelfsprekend onderdeel van de reguliere zorg vind ik belangrijk. Daaraan wordt momenteel gewerkt in diverse programma's, projecten en regionale trajecten. Door met de partijen in het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord afspraken te maken kan een belangrijke versnelling van de ingezette beweging naar palliatieve zorg als onderdeel van reguliere zorg plaatsvinden. En worden de resultaten van de nu lopende activiteiten structureel ingebed in de zorg en het sociaal domein. Voortbouwend op deze resultaten en de borging daarvan, wordt momenteel samen met alle betrokken partijen gewerkt aan een toekomstvisie en een langjarige agenda. Over eventuele aanvullende middelen voor palliatieve zorg en palliatieve terminale zorg wordt een besluit genomen in het kader van de voorjaarsbesluitvorming.