

Vergaderjaar 2025–2026

29 509

Palliatieve zorg

Nr. 96

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID,
WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 september 2025

Sinds 1 januari 2025 geldt voor de verzorging en verpleging in Bijna Thuis Huizen (BTH's) die wordt geleverd door een aanbieder van wijkverpleging een dagtarief: één vast bedrag per gast per etmaal. Dit tarief vormt de basis voor de contractering van zorgverzekeraars met de aanbieders van wijkverpleging en beoogt een transparantere financieringsstructuur te bieden voor de verpleegkundige zorg die wordt geleverd in BTH's. Begin dit jaar kwamen er van verschillende kanten signalen dat de contractering tussen zorgverzekeraars en aanbieders van wijkverpleging onvoldoende ruimte aan BTH's zou bieden om hun zorgverlening voort te zetten.

In de brief van 14 maart jl.¹ heeft mijn ambtsvoorganger in reactie op deze signalen aangegeven dat zorgaanbieders (van formele en informele zorg), zorgverzekeraars en zorgprofessionals met elkaar in gesprek zouden gaan over de ontstane problematiek en oplossingen daarvoor. De gesprekken hebben de afgelopen maanden plaatsgevonden met ActiZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Vrijwilligers Palliatieve Zorg Nederland (VPTZ), V&VN, Zorgthuisnl en NZa. De gesprekken waren constructief. Partijen onderkennen dat het gaat om een gezamenlijke opgave, waarbij iedere partij de bereidheid heeft getoond om op zoek te gaan naar een passende oplossing, ook als dat wat ingewikkelder is.

In de brief werd toegezegd uw Kamer zo spoedig mogelijk in te lichten over de uitkomst van de gesprekken. Dat doe ik met deze brief. Allereerst zal ik ingaan op de aard van de problematiek die was ontstaan, welke maatwerkoplossingen zijn overeengekomen en de wijze waarop de contractering voor 2025 verliep. Vervolgens geef ik aan welke afspraken zijn gemaakt in de communicatie, voor de contractering voor 2026 en om deze problematiek in de toekomst te voorkomen.

¹ Kamerstuk 29 509, nr. 94

In deze brief geef ik u tevens mijn reactie op de motie van het lid Dobbe² waarin de regering wordt verzocht een einde te maken aan het gebruik van omzetplafonds in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de palliatieve zorg. Mijn reactie heeft alleen betrekking op de palliatieve zorg. Over de omzetplafonds in relatie tot de ggz wordt u in een separate brief geïnformeerd.

BTH's

Een BTH is in beginsel een burgerinitiatief met vrijwilligers. Vrijwilligers zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken. Een externe aanbieder van wijkverpleging levert de verpleegkundige en verzorgende zorg, vergelijkbaar met de thuissituatie. Voorheen werd deze zorg per uur en per handeling op naam van de cliënt geïndiceerd en gedeclareerd, maar het kwam ook voor dat het aantal uren in het BTH werd gedeeld door het aantal aanwezige gasten. Dit leverde een rechtmatigheidsprobleem op, waardoor in overleg tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en BTH's, onder leiding van de NZa, is afgesproken om een dagtarief te gaan hanteren (waarbij ook werd afgesproken om te monitoren of dit goed zou werken en geen onbedoelde effecten zou hebben). 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 kan worden gehouden met variatie tussen cliënten en variatie per dag. Daarnaast is het gebaseerd op alle dagen zorg die de wijkverpleegkundigen aan alle cliënten in het huis hebben geleverd. Het dagtarief scheelt administratie voor de zorgaanbieder, maar vraagt ook om inkomsten en uitgaven niet per dag of cliënt te bekijken maar naar het totaal per jaar. Het hanteren van het dagtarief bleek tot onbedoelde problemen bij BTH's te leiden. Gezien de variëteit in BTH's (aantal kamers, aanwezigheid van wijkverpleging) blijkt meer maatwerk nodig.

Contractering

De contractering van de te leveren verpleegkundige zorg in een BTH en de vergoeding daarvan verloopt als volgt. De aanbieder van wijkverpleging die actief is in een BTH onderhandelt met de zorgverzekeraars over de vergoeding van wijkverpleging die hij levert in het BTH. Met ingang van 2025 is daarbij sprake van bovengenoemd dagtarief. Het BTH en de aanbieder van wijkverpleging maken onderling afspraken over de zorginhoud: welke zorg wordt geleverd, wanneer is de aanbieder van wijkverpleging fysiek aanwezig en wanneer is hij oproepbaar? Er is geen rechtstreeks contact tussen zorgverzekeraar en BTH. De onderhandelingspartner van de verzekeraar is de aanbieder van wijkverpleging.

Problematiek

Door de op basis van het dagtarief onderhandelde vergoeding tussen de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders bleken vrijwilligers in BTH's meer (en soms zwaardere) taken te krijgen, omdat minder uren verpleging en verzorging konden worden ingezet. Professionele nachtzorg was bijvoorbeeld niet altijd meer mogelijk of er kon niet meer 24/7 iemand vanuit de wijkverpleging aanwezig zijn. Bij BTH's waarbij geen sprake was van 24/7 aanwezigheid van formele zorg, was het aantal uren zorg door de aanbieder van wijkverpleging lager, waardoor vrijwilligers langer en vaker zonder aanwezigheid van een verpleegkundige in het BTH aanwezig

² Motie van 2 juli 2025, Kamerstuk 36 725 XVI, nr. 23

waren. Dit zorgde voor onrust onder vrijwilligers die zich niet in alle gevallen opgewassen achten tegen een dergelijke verzwarende van hun taken.

Casuïstiek en oplossingen

Nederland telt 275 hospicevoorzieningen, waarvan 109 Bijna Thuis Huizen. BTH's die in problemen waren gekomen hebben dit gedeeld met Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ) en ActiZ. Van de casuïstiek die op 10 maart jl. bekend was bij VPTZ is in afstemming tussen VPTZ, ActiZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een overzicht opgesteld³. Dit diende als basis voor de besprekingen tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, BTH's en zorgprofessionals.

Het betrof 23 casussen van BTH's waar problemen waren ontstaan, hierbij waren 24 hospice-vestigingen betrokken en 18 aanbieders van wijkverpleging. De casuïstiek kan worden ingedeeld in drie categorieën:

1. BTH's met 4 of 5 bedden

Een groot deel van de ingediende casuïstiek ging om BTH's met 4 of 5 bedden waar tot eind 2024 24/7 een verpleegkundige of verzorgende van de wijkverpleging aanwezig was. Met invoering van het dagtarief per 1 januari 2025 kon dit financieel niet meer uit voor de zorgaanbieders. Als de wijkverpleging niet altijd meer aanwezig is in het BTH, komen er meer taken terecht bij vrijwilligers. Omdat dit vrij abrupt leek te gaan, zonder overgangperiode, ontstond hierover onrust bij vrijwilligers. Ook zorgverzekeraars waren niet op de hoogte van de ontstane situatie, omdat zij onderhandelen met de aanbieder van wijkverpleging en niet met het BTH.

Met de betreffende organisaties zijn de volgende oplossingen afgesproken:

- Voor één organisatie hebben zorgverzekeraars een overgangsperiode afgesproken waarin uitbreiding naar 6 bedden kan worden gerealiseerd. Met 6 gasten en een voldoende bedbezetting is met het dagtarief 24/7 wijkverpleging mogelijk. De uitbreiding is afgelopen zomer gerealiseerd. Daarnaast zijn nog 2 andere BTH's in de eerste helft van 2025 uitgebreid naar 6 bedden, zodat 24/7 wijkverpleging behouden kon blijven.
- Voor 6 organisaties hebben zorgverzekeraars een overgangsperiode afgesproken, waarin vrijwilligers begeleid en getraind konden worden om hun nieuwe taken en grotere verantwoordelijkheid te vervullen. In 2 andere BTH's is ook een overstap gemaakt naar een nieuwe werkwijze waarin niet langer 24/7 wijkverpleging beschikbaar is. Voor deze BTH's was al direct bij de invoering van het dagtarief een overgangsperiode afgesproken, waardoor dit niet tot problemen heeft geleid.
- Eén BTH is helaas gesloten omdat al langer verschillende zaken speelden die moeilijk op te lossen waren zoals de gemiddelde bezettingsgraad en het afnemende aantal vrijwilligers en huisvestingsproblematiek. De dagtarieven kwamen daar nog bovenop, waarbij het BTH en zijn vrijwilligers een werkwijze zonder 24/7 zorg niet als optie zagen. Het gaat hier om De Vier Vogels in Rotterdam. In 2026 zijn er waarschijnlijk geen BTH's meer met minder dan 6 bedden waar structureel 24/7 wijkverpleging is. Doordat de uitbreidin-

³ Voor een aantal BTH's, waarvoor sinds 2025 minder uren verpleegkundige zorg mogelijk waren als gevolg van het dagtarief, was al in een eerder stadium een overgangsperiode en een oplossing afgesproken met de zorgaanbieder en de verzekeraar. Deze zijn daarom niet opgenomen in het casuïstiek overzicht.

gen en nieuwe werkwijzen in 2025 zijn doorgevoerd, zal deze problematiek in 2026 naar verwachting niet meer bestaan.

2. BTH's met 2 of 3 bedden

Het andere grote deel van de ingediende casuïstiek ging over beschikbaarheid van formele nachtzorg in kleinschalige BTH's. In vrijwel alle BTH's in Nederland is 's nachts een verpleegkundige of verzorgende aanwezig. Als gevolg van de invoering van het dagtarief was het voor de zorgaanbieders niet langer mogelijk deze nachtzorg kostendekkend in te zetten in meerdere BTH's met 2 of 3 bedden. Vrijwilligers van deze BTH's gaven direct al aan dat zij niet de zorg in de nacht kunnen bieden. Omdat het niet mogelijk is om gasten 's nachts alleen te laten in het BTH, dreigden enkele BTH's per direct te moeten sluiten. Deze problematiek speelde niet bij alle BTH's met 3 bedden, omdat bij een hoge bezettingsgraad nachtzorg financieel vaak wel mogelijk was. Anderzijds waren er ook BTH's met meer dan 3 bedden, waar de nachtzorg ook onder druk stond. Dit kwam doordat de bedbezetting in deze hospices relatief laag was.

Met het overgrote deel van de organisaties met deze problematiek hebben zorgverzekeraars voor 2025 een overgangsperiode afgesproken. In die periode onderzoeken de BTH's samen met hun aanbieder van wijkverpleging eventuele alternatieven, zoals uitbreiding, fusie of alternatieven voor de nacht. In één situatie waar de bedbezetting (en niet de schaalgrootte) de nachtzorg financieel lastig maakte, heeft het hospice het financiële risico overgenomen van de thuiszorgorganisatie. Het andere hospice waar bedbezetting een rol speelt, heeft een plan opgesteld om deze te verhogen.

Omdat in alle gevallen uitbreiding niet kan plaatsvinden op de huidige locatie, zijn eventuele uitbreidingen niet op korte termijn te realiseren. In slechts één casus is het te verwachten dat uitbreiding in 2026 gerealiseerd kan worden. In één ander geval wordt gezocht naar een geschikte locatie.

In alle genoemde casuïstiek is op dit moment goed contact tussen de betreffende BTH's, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dit geeft vertrouwen dat ook voor 2026 een oplossing gevonden zal worden. Bij enkele kleinschalige BTH's is nog wel sprake van onrust over de toekomst. Er is daarnaast nog een klein aantal BTH's met 2 bedden waar wel beroepsmatige nachtzorg is, maar waar deze in 2025 niet onder druk stond.

3. Overig

Daarnaast was er nog een kleiner aantal casussen, die niet onder bovenstaande twee groepen vallen. In deze gevallen is niet direct duidelijk waarom het in eerste instantie niet gelukt is om tot een kostendekkend dagtarief te komen. In alle gevallen is het uiteindelijk gelukt om voor 2025 alsnog een kostendekkend tarief af te spreken. Voor 2026 moeten de onderhandelingen nog gevoerd worden. Omdat onduidelijk is waarom voor deze BTH's problemen ontstonden als gevolg van het dagtarief, zullen VPTZ en ActiZ dit nauw blijven monitoren en waar nodig signalen tijdig delen met ZN.

Communicatielijn

Uit bovenstaande casuïstiek en de lijn van de geboden oplossingen, blijkt dat het vooral van belang is dat partijen elkaar goed kunnen vinden en tijdig het gesprek met elkaar kunnen voeren afhankelijk van de situatie. Hiermee kunnen tijdig zorgen worden weggenomen en groeit het

onderling vertrouwen. Om de werkwijze van de afgelopen periode vast te houden is door partijen een communicatielijijn gemaakt. Kern daarvan is stimuleren om op voorhand informatie uit te wisselen, zodat goede contractafspraken kunnen worden gemaakt. Als zorgaanbieders en zorgverzekeraars tijdig het gesprek met elkaar voeren en er indien nodig directe lijnen met het BTH zijn, kan dat onrust onder zorgprofessionals en vrijwilligers voorkomen. Partijen hebben over deze communicatielijijn gecommuniceerd richting hun achterban.

Leidraad

Vrijwilligers en professionals zijn beide belangrijk in een BTH en vullen elkaar aan. Uitgangspunt is dat een BTH in beginsel een maatschappelijk initiatief met vrijwilligers is en in de zorg voor de gast sprake is van een goed samenspel tussen vrijwilligers en professionals, ieder vanuit hun eigen rol. Partijen (V&VN, VPTZ en ActiZ als auteur, ZN onderschrijft de leidraad) hebben ten behoeve van een goede samenwerking tussen formele en informele zorg in een BTH een leidraad gemaakt, zodat als er in de praktijk knelpunten zijn in de samenwerking, partijen deze leidraad kunnen gebruiken om daarover het gesprek voeren. Partijen hebben deze leidraad met hun achterban gecommuniceerd.

Capaciteit en schaalgrootte

Ook hebben partijen constructief gesproken over de toekomstbestendigheid van de Bijna Thuis Huizen. Door de casuïstiek kwam aan het licht dat er verschillen zijn in schaalgrootte in relatie tot de inzet van formele zorg, zowel overdag als in de nacht. Zie hiervoor ook het advies dat het Zorginstituut recent heeft opgeleverd⁴. Het bepalen van een landelijk optimale schaalgrootte voor BTH's is onmogelijk door de grote regionale verschillen in bevolkingssamenstelling, sterftecijfers en zorgaanbod. Afgesproken is dat partijen regionaal de gezamenlijke maatschappelijke opdracht hebben om de inzet van schaars zorgpersoneel in de palliatief terminale fase zo goed mogelijk af te stemmen en te verdelen, zowel over hospices als in de thuissituatie. Alle beslissingen over schaalvergroting of nieuwe initiatieven in de regio dienen aan te sluiten op de capaciteitsplannen zoals die in vrijwel iedere regio zijn opgesteld in het kader van het project Versterken Hospicezorg⁵.

Contractering 2026

Het landelijke dagtarief is voor de meeste zorgaanbieders – en daarmee ook voor de BTH's – goed werkbaar, mits er ook ruimte is voor voldoende maatwerk. Naar verwachting ontstaan er bij de contractering voor 2026 geen problemen, omdat er al maatwerk is afgesproken daar waar problemen zijn of dreigen te ontstaan. Begin 2026 evalueren partijen of deze route goed werkt in de praktijk na de lopende contracteringsronde. Partijen monitoren of er nieuwe casussen ontstaan aan de hand van signalen van BTH's en monitoren of de communicatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die actief zijn in een BTH, nu beter verloopt.

In gevallen waar knelpunten dreigen te ontstaan of een eerdere afspraak toch niet meer passend blijkt, kan direct overleg tussen verzekeraar en BTH ook mogelijk zijn met betrokkenheid van de aanbieder van wijkverpleging.

⁴ Notitie - Verduidelijking Zorgverzekeringswet: passende zorg in de laatste levensfase, thuis of elders | Zorginstituut Nederland

⁵ Project Versterken Hospicezorg – NPPZ

Conclusie

Op dit moment is dus tot een passende oplossing gekomen voor vrijwel alle casuïstiek. In enkele gevallen zijn de problemen structureel opgelost. In andere gevallen is een overgangsoptlossing afgesproken, die geldt voor minimaal 2025. Over het algemeen geldt dat er in die situaties vertrouwen is in de onderhandelingen voor 2026, die zeer recent gestart zijn. Echter, goede monitoring en tijdig aan de bel trekken als er problemen ontstaan blijven van belang. De koepels (VPTZ, ActiZ, ZN en V&VN) hebben er vertrouwen in dat voor 2026 eventuele problemen eerder kunnen worden opgelost, doordat maatwerk mogelijk is, door het volgen van de opgestelde communicatielijnen en door de opgebouwde relaties tussen de partijen.

Ik vertrouw erop u hiermee, conform de toezegging gedaan in de brief van 14 maart jl., voldoende te hebben geïnformeerd.

Omzetplafonds palliatieve zorg

In deze brief geef ik u tevens mijn reactie op de motie van het lid Dobbe⁶ waarin de regering wordt verzocht een einde te maken aan het gebruik van omzetplafonds in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de palliatieve zorg. Mijn reactie heeft alleen betrekking op de palliatieve zorg. Over de omzetplafonds in relatie tot de ggz wordt u in een separate brief geïnformeerd.

In de brief van 14 maart jl. van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport⁷ aan uw Kamer is, naar aanleiding van een aantal toezeggingen en moties over palliatieve zorg en omzetplafonds tijdens het Kamerdebat op 27 november 2024, uitgebreid gereflecteerd op omzetplafonds in de palliatieve zorg. Daarnaast zijn er vrij recent nog Kamervragen gesteld en beantwoord over het onderwerp palliatieve zorg in de stervensfase in relatie tot omzetplafonds⁸.

In de brief van 14 maart jl. heeft de Staatssecretaris aangegeven dat zorgaanbieders van wijkverpleging en zorgverzekeraars in hun contract onderling afspraken maken over omzetplafonds, die gelden voor de gehele wijkverpleging of het eerstelijnsverblijf. Zorg aan palliatief terminale patiënten maakt daar onderdeel van uit, want palliatieve zorg betreft onder meer een specifieke vorm van wijkverpleging. 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.

⁶ Motie van 2 juli 2025, Kamerstuk 36 725 XVI, nr. 23

⁷ Kamerstuk 29 509, nr. 94

⁸ Vragen van het lid Dobbe (SP) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de beperkte toegang tot palliatieve zorg door de opstelling van de zorgverzekeraars (ingezonden 30 januari 2025) met antwoorden van de Staatssecretaris van 14 maart 2025, Tweede Kamer, vergaderjaar 2024–2025, Aankomst Handelings II 2024/25, nr. 1628; 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) met antwoorden van de Staatssecretaris van 19 maart 2025, Aankomst Handelings II 2024/25, Aankomst nr. 1673;

Vragen van het lid Krul (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het bericht «Zorgverzekeraars vinden thuis sterven vaak te duur» (ingezonden 6 februari 2025) met antwoorden van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 maart 2025, Aankomst Handelings II 2024/25, nr. 1675.

Dit uitgangspunt is bevestigd in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord⁹, onderdeel C7 «Terminale palliatieve zorg en stervensbegeleiding kunnen ongehinderd worden geleverd». In C7 is onder meer opgenomen dat mensen in de stervensfase te allen tijde de palliatieve terminale zorg en ondersteuning die zij nodig hebben, ontvangen. Ook is hierin opgenomen dat afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over omzetplafonds voor wijkverpleging hier in individuele gevallen op geen enkele wijze een belemmering in kunnen vormen. In C7 zijn ook nadere afspraken gemaakt zoals dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders tijdig en op zorgvuldige wijze overleg voeren over de afspraken die betrekking hebben op palliatieve zorg in de stervensfase. Onderdeel hiervan is dat in 2025 wordt verkend of een leidraad passende zorg in de laatste levensfase kan worden ontwikkeld om constructief overleg te ondersteunen. Uw Kamer wordt geïnformeerd over de uitkomst van deze verkenning.

De motie beschouw ik hiermee als afgedaan voor zover het de palliatieve zorg betreft.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
N.J.F. Pouw-Verweij

⁹ Kamerstuk 31 765, nr. 937