

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

### 3398

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat veel palliatieve zorg in ziekenhuizen niet wordt vergoed door fouten in de bekostigingssystematiek* (ingezonden 12 augustus 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 1 september 2016).

Vraag 1, 2, 3, 4

Wat is uw reactie op het bericht dat veel palliatieve zorg in ziekenhuizen niet wordt vergoed door hiaten in de bekostigingssystematiek?<sup>1</sup>

Hoe kunt u rijmen dat er aan de ene kant een onderzoeksprogramma palliatieve zorg bestaat, en er vele uitspraken worden gedaan dat mensen overal met een gerust gemoed moeten kunnen sterven, maar dat uitgerekend in ziekenhuizen geen goede financiering bestaat voor de palliatieve zorg? Vindt u het een wenselijke ontwikkeling dat hierdoor intussen al minimaal één ziekenhuis is gestopt met het leveren van palliatieve zorg aan niet-kankerpatiënten? Hoeveel ziekenhuizen dreigen er nog te volgen?

Erkent u dat het absoluut ongewenst is dat terminaal zieke mensen de zorg in de laatste levensfase mogelijk wordt ontzegd, omdat de bekostigingssystematiek na tien jaar in het huidige zorgstelsel nog altijd een chaos is? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 1, 2, 3, 4

Het zou heel onwenselijk zijn als palliatieve zorg in ziekenhuizen niet wordt vergoed door hiaten in de bekostigingssystematiek. Ook vind ik het zeer onwenselijk en bovendien onnodig dat ziekenhuizen stoppen met het verlenen van palliatieve zorg. Onnodig, omdat navraag bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) leert dat palliatieve trajecten wel degelijk vergoed kunnen worden.

In het artikel<sup>2</sup> wordt aangegeven dat het klinisch traject en het palliatief traject niet naast elkaar mogen lopen. Dat klopt alleen indien het palliatief traject eveneens een klinisch traject is en beide klinische DBC's door *hetzelfde* specialisme in rekening worden gebracht. Dit is een algemene regel, die voor

<sup>1</sup> Skipr.nl, «Ziekenhuizen moeten palliatieve zorg op de pof leveren», d.d. 10 augustus 2016

<sup>2</sup> Skipr.nl, «Ziekenhuizen moeten palliatieve zorg op de pof leveren», d.d. 10 augustus 2016, naar aanleiding van Tijdschrift Medische Oncologie, juli 2016.

alle specialismen en behandelingen geldt en die is bedoeld om het opknippen van een klinische periode in meerdere klinische (dure) DBC's te voorkomen. Tijdens een actieve klinische behandeling dient een ander specialisme dus de palliatieve zorg DBC te openen en declareren. Aangezien een palliatief team over het algemeen uit meerdere verschillende specialisten bestaat, biedt dit mogelijkheden om de klinische, palliatieve zorg aan de patiënt vergoed te krijgen. Wanneer bijvoorbeeld een anesthesist (als medisch specialist in het palliatief team) de klinische palliatieve zorgproducten declareert, ontstaat geen uitval.

Vraag 5, 6, 7, 8, 9, 10

Hoe gaat u voorkomen dat nog meer ziekenhuizen stoppen met het leveren van palliatieve zorg vanwege fouten in de bekostigingssystematiek?

Erkent u dat de fout in de bekostigingssystematiek samenhangt met de in 2012 geïntroduceerde DBC's op weg naar Transparantie (DOT's)? Zo nee, wat is er dan de oorzaak van dat palliatieve zorg veelal niet wordt vergoed?

Waarom was dit destijds niet voorzien bij de introductie van de DOT's? Is hier op enige wijze voor gewaarschuwd? Zo ja, waarom is er met die waarschuwing niets gedaan?

Heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) direct na het vaststellen van deze fout in de bekostigingssystematiek bekend gemaakt dat die er was? Zo ja, hoe kan het dat de NZa deze fout niet eerder heeft ontdekt? Zo nee, hoelang weet de NZa al van deze fout?

Is het waar dat de NZa pas in 2018 – zes jaar na de introductie van de DOT's! – op zoek gaat naar een oplossing voor deze fout in de bekostigingssystematiek? Zo ja, waarom moet dit zo lang duren?

Bent u bereid in de tussentijd maatregelen te nemen, zodat patiënten in de laatste levensfase niet de dupe worden van de falende bekostigingssystematiek? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 5, 6, 7, 8, 9, 10

Er zit geen fout in de bekostigingssystematiek die niet pragmatisch kan worden opgelost zoals onder antwoord 1,2,3, 4 beschreven. Wel vragen de huidige mogelijkheden kennis van de werking van het declaratiesysteem bij de medisch specialisten en een extra handeling (openen van de palliatieve zorg DBC door een andere specialist in het palliatieve zorgteam dan de hoofdbehandelaar).

De NZa heeft geconcludeerd dat er momenteel in de bekostiging van palliatieve zorg in de gehele keten knelpunten zitten. Daarom is de NZa gestart met een brede, integrale inventarisatie die sectoroverstijgend en per deelsector de knelpunten in kaart brengt. Er wordt gericht bekeken of de problemen waarmee patiënten, aanbieders en verzekeraars te maken krijgen kunnen verminderen door aanpassingen in de bekostiging. Het kan ook zijn dat wijzigingen in de bekostiging niet aan de orde zijn en dat aanbevelingen gericht zijn op uitleg van en informatie geven over huidige regelgeving. De afronding van dit project is gepland in januari 2017. Geïdentificeerde problemen met betrekking tot de bekostiging worden geïntegreerd uitgewerkt voor 2018.

Deze brede inventarisatie van de NZa wordt in samenspraak met het praktijkteam palliatieve zorg opgepakt, waarbij het praktijkteam (inclusief verzekeraars) in aanvulling hierop kijkt naar welke verbeteringen (in bijvoorbeeld werkwijze, administratieve rompslomp en good practices) op de korte termijn kunnen worden aangepakt, de zogenaamde «quick wins». Het Integraal Kankerinstituut Nederland (IKNL) heeft, samen met diverse zorgadministrateurs uit enkele ziekenhuizen en met medewerking van de NZa, in maart een handreiking uitgebracht<sup>3</sup>. Het doel van deze handreiking is de professional zo goed mogelijk te ondersteunen door de huidige structuur en regelgeving rondom financiering van de palliatieve zorg op een rij te zetten en te koppelen aan suggesties voor optimale registratie en eventuele declaratie. Ziekenhuizen kunnen de handreiking gebruiken om in samenspraak met verzekeraars de huidige mogelijkheden beter te benutten.

<sup>3</sup> <https://www.iknl.nl/docs/default-source/palliatieve-zorg/handreiking-zorgproducten-palliatieve-zorg-in-het-ziekenhuis.pdf?sfvrsn=2>

Vraag 11

Hoe ver moet het komen voordat u erkent dat de huidige bekostigingssystematiek een bureaucratisch gedrocht is, waar niet patiënten of premiebetalers beter van worden, maar uitsluitend accountants, adviesbureaus en advocaten?

Antwoord 11

Het huidige DBC-bekostigingsstelsel functioneert. Waar knelpunten bestaan, bekijk ik samen met patiënten en aanbieders hoe we die zo kunnen oplossen dat de mensen die hier in de praktijk mee moeten werken, daar iets aan hebben.