

Vergaderjaar 2024–2025

29 509

**Palliatieve zorg**

**Nr. 94**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 maart 2025

Tijdens het debat op 27 november 2024 heb ik uw Kamer een aantal toezeggingen gedaan. Daarnaast is er een aantal moties<sup>1</sup> aangenomen. Met deze brief ga ik in op deze toezeggingen en de moties.

De toezeggingen die ik gedaan heb tijdens het debat op 27 november jl. betreffen de volgende onderwerpen:

- Terugkoppeling van de gesprekken met zorgverzekeraars over de vraag of omzetplafonds en doelmatigheidseisen ertoe zouden leiden dat mensen die palliatieve zorg nodig hebben, geen zorg kunnen krijgen.
- Het persbericht van Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ)<sup>2</sup> dat de tarieven voor thuiszorgorganisaties in hospices naar verluidt deels naar beneden worden aangepast, waardoor minder thuiszorg kan worden ingezet.
- Het signaal dat een aantal zorgverzekeraars zou hebben aangegeven volgend jaar minder geld voor palliatieve zorg beschikbaar te hebben.
- Of en zo ja, hoe vaak het voorkomt dat wanneer bij iemand in een palliatieve zorgfase het zorgplafond is bereikt het als acceptabele oplossing wordt gezien dat die persoon overgaat naar een andere zorgaanbieder en daarmee dus zijn vertrouwde zorgverleners verliest.

Voordat ik inga op de toezeggingen, ga ik kort in op de belangrijke opgave waarvoor we staan bij het garanderen van goede palliatieve en terminale zorg en de nadere afspraken die ik wil maken in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord.

Net als uw Kamer hecht ik aan goede toegankelijke palliatieve zorg. Palliatieve zorg richt zich op de kwaliteit van leven van mensen die niet

<sup>1</sup> Motie Van der Plas c.s., Kamerstukken II, 2024–2025, 29 509, nr. 88 en motie Joseph, Kamerstukken II, 2024–2025, 29 509, nr. 89.

<sup>2</sup> Persbericht | Zorgverzekeraars bezuinigen op terminale zorg ten koste van patiënten en vrijwilligers – VPTZ

meer beter worden, en op de betrokkenheid van hun naasten. De palliatieve fase kan maanden of zelfs jaren duren. Terminale zorg en stervensbegeleiding zijn onderdeel van palliatieve zorg en vinden plaats in de allerlaatste weken, soms maanden. In deze kwetsbare fase van het leven is het belangrijk dat mensen goede zorg krijgen die bij hen past. Daarom heeft dit kabinet in het regeerprogramma opgenomen dat palliatieve en terminale zorg een vanzelfsprekend onderdeel moet zijn van reguliere zorg.

Ik vind het noodzakelijk dat palliatieve zorg in elke regio goed geregeld is. Met behulp van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) – waarover ik u onlangs een uitgebreide brief<sup>3</sup> – stuurde wordt hieraan gewerkt.

In dit programma wordt gewerkt aan transformaties in de regio door het Kwaliteitskader palliatieve zorg te implementeren. Hiervoor is de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg opgesteld<sup>4</sup>. 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. Het NPPZ II adviseert (de partijen in de) regio's over de transformatie en ondersteunt hen met informatie en instrumenten.

Terminale zorg en stervensbegeleiding zijn ook een belangrijk onderdeel van palliatieve zorg. Mensen moeten op deze zorg kunnen rekenen en het moet passen bij hun situatie. Het regelen en vergoeden van stervenszorg gaat in heel veel gevallen goed. Tegelijkertijd weten we ook dat het niet altijd goed gaat. Dit betreurt ik en kan absoluut niet. Er kunnen diverse partijen betrokken zijn in de terminale fase van een stervende. Dat kan het lastig maken om tijdig stervenszorg te regelen. Als er tijdig over de wensen en mogelijkheden gesproken wordt met de (terminale) palliatieve cliënt (proactieve zorgplanning) wordt men minder overvallen door de zorg die nodig is en is er meer gelegenheid om intensieve zorg te regelen. Hieraan wordt gewerkt binnen het NPPZ II.

Om stervenszorg goed te regelen kan ook de afdeling zorgbemiddeling van de verschillende zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen. Iedere zorgverzekeraar heeft een afdeling zorgbemiddeling, die altijd in overleg met een patiënt of familielid op zoek kan gaan naar een beschikbare zorgverlener. Over de vergoeding van stervenszorg worden goede (contractuele) afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en aanbieders, die in onderlinge afstemming kunnen worden aangepast als dat nodig blijkt.

#### *Toezegging over omzetplafonds en doelmatigheidseisen*

Uw Kamer en ik hebben op 27 november jl. gedebatteerd over palliatieve zorg. Tijdens dat debat heb ik toezeggingen gedaan in het kader van de door uw Kamer aangegeven signalen. Deze signalen betroffen de door zorgverzekeraars en zorgaanbieders in hun contracten afgesproken omzetplafonds en mogelijke doelmatigheidseisen die zouden worden gesteld aan de levering van palliatieve zorg. Met uw Kamer ben ik van mening dat het niet zo kan zijn dat patiënten in deze cruciale en kwetsbare fase in hun leven niet de palliatieve zorg krijgen die zij nodig hebben.

<sup>3</sup> Brief van 17 december 2024, Kamerstukken II, 2024–2025, 29 509, nr. 93.

<sup>4</sup> Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg (april 2024)

Naar aanleiding van het debat en de ontvangen signalen zijn er gesprekken gevoerd met alle zorgverzekeraars over omzetplafonds. Die gesprekken hebben het volgende beeld opgeleverd.

Zorgaanbieders van wijkverpleging en zorgverzekeraars maken in hun contract onderling afspraken 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 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. De zorgverzekeraars geven aan dat omzetplafonds nooit een belemmering mogen zijn om juist in palliatief terminale fase patiënten de zorg te geven die nodig is. 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.

Met de zorgverzekeraars is ook gesproken over de vraag in hoeverre zij doelmatigheidseisen stellen. Ook heb ik de vraag van de motie Bushoff<sup>6</sup> aan de orde gesteld of doelmatigheidstoetsing een rol speelt bij de palliatieve zorg en of deze kan worden afgeschaft. Zorgverzekeraars zijn vanuit hun zorgplicht verantwoordelijk voor goede en tijdige toegang tot zorg voor hun verzekerden.

Zoals aangegeven maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders van wijkverpleging 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. Wel zien zorgverzekeraars in de praktijk veel variatie in het aantal uren dat wordt geleverd, bij een vergelijkbare zorgvraag. Het is namelijk ook de taak van de zorgverzekeraar om de beschikbare personele capaciteit zo goed mogelijk over alle patiënten te verdelen, zodat iedereen die dat nodig heeft palliatief terminale zorg kan ontvangen.

De in de motie Bushoff<sup>7</sup> weergegeven werkwijze van Zilveren Kruis klopt deels. Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om doelmatige zorg in te kopen, hiervoor hebben zij enkele sturingselementen tot hun beschikking. Eén daarvan kan een doelmatigheidsmodel of benchmarksystematiek zijn. Dit is een instrument dat voor de contractering kan worden ingezet, en dat kan worden gebruikt om bijvoorbeeld zorgaanbieders te belonen als zij zorg efficiënt organiseren. Dit betreft dus nadrukkelijk geen instrument voor toetsing op individueel niveau. Om een goede vergelijking in doelmatigheid te maken kan palliatieve terminale zorg een onderdeel van het doelmatigheidsmodel voor de zorginkoop zijn. Dit is een individuele keuze van de zorgverzekeraar. Zilveren Kruis heeft met ingang van dit jaar palliatieve terminale zorg uit het doelmatigheidsmodel voor de contractering wijkverpleging gehaald. Het is bekend dat de zorg in de palliatief terminale fase vaak een hoger aantal uren meebrengt dan reguliere wijkverpleging. Dit had invloed op de uitkomst van het doelmatigheidsmodel van de gecontracteerde zorgaanbieders. Doordat palliatieve terminale zorg uit het doelmatigheidsmodel gehaald is, heeft dit geen invloed meer op de doelmatigheidsscore.

Alle zorgverzekeraars hebben mij de verzekering gegeven dat de gemaakte keuze voor welk type inkoopafspraken met aanbieders wordt gemaakt, deze de individuele en tijdige levering van palliatieve terminale

<sup>6</sup> Motie Bushoff, Kamerstukken II 2024–2025, 36 486, nr. 11.

<sup>7</sup> Motie Bushoff, Kamerstukken II 2024–2025, 36 486, nr. 11.

zorg niet in de weg staat. Met inachtneming van het bovenstaande ga ik ervan uit de motie Bushoff voldoende te hebben beantwoord. Er zijn zorgaanbieders die goede afspraken maken met de sociale omgeving van de patiënt en de zorg leveren die de naasten niet kunnen leveren, maar er zijn ook zorgaanbieders die de zorg 24 uur per dag leveren. Als gevolg van de personele krapte kan dit er toe leiden dat de zorg op dat moment voor andere mensen niet of niet tijdig beschikbaar is. Zorgverzekeraars ervaren dit als een dilemma. Waar zorgverzekeraars op basis van de verschillen in praktijk hier zelf keuzes in hebben gemaakt, vind ik dat dit niet een verantwoordelijkheid is die alleen bij de zorgverzekeraars ligt. Het is 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. Dit betekent ook dat het belangrijk is dat iedereen zich hier dan ook aan committeert ongeacht of de zorg gecontracteerd is. Ik merk overigens in mijn gesprekken met aanbieders en professionals dat zij dat ook belangrijk vinden. Zorgverzekeraars hanteren bij het maken van afspraken met zorgaanbieders verschillende werkwijzen, maar zij hebben mij ervan verzekerd dat de afspraken er geen belemmering voor vormen dat patiënten te allen tijde de palliatieve zorg kunnen ontvangen die zij nodig hebben.

Zoals ik al eerder aangegeven heb is het dan 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 en hospices. Het ziekenhuis vind ik geen volwaardig alternatief, omdat dit in het algemeen geen omgeving is waar mensen willen sterven. Daarom is mijn inzet voor het 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. Waarbij het van belang is dat er volwaardige alternatieven beschikbaar moeten zijn. Hierbij is uitgangspunt dat de tarieven hiervoor geen belemmering zijn.

#### *Toezegging naar aanleiding van het persbericht van VPTZ*

Tijdens het debat van 27 november jl. vroeg uw Kamer aandacht voor het persbericht van VPTZ waarin staat vermeld de tarieven voor thuiszorgorganisaties in hospices deels naar beneden worden aangepast, waardoor minder thuiszorg kan worden ingezet. Ik neem dit signaal serieus en heb 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 hospices en Bijna Thuis Huizen geleverd wordt, draagt bij aan de bovengenoemde 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.

Ook in de brief van de Vaste Commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 februari 2025 vraagt u aandacht voor een bericht van een verpleegkundige over deze situatie namelijk «Bijna alle zorgverzekeraars in ons land bezuinigen per 1 januari 2025 op het aantal uren dat een thuiszorgorganisatie kan inzetten in een bijna-thuis-huis.» Ik spreek mijn waardering uit voor het feit dat een verpleegkundige dit met uw Kamer heeft gedeeld en dat uw Kamer dit signaal heeft doorgegeven. Zoals gezegd wordt er overleg gevoerd tussen betrokken partijen over de kwestie in de brief. Ik zal uw Kamer zo spoedig mogelijk inlichten over de uitkomst van dit overleg. Daarmee beschouw ik uw brief van 12 februari jl. als beantwoord.

Er zijn naar aanleiding van het debat d.d. 27 november 2024 de hierboven genoemde moties aangenomen: motie Van der Plas c.s. en motie Joseph. Motie Van der Plas roept de regering op de NZa een analyse te laten maken van de toegankelijkheid van palliatieve zorg in relatie tot budgetplafonds en indicatiestelling, en indien daar aanleiding voor blijkt, deze waar mogelijk op te heffen. Motie Joseph verzoekt de regering via de NZa zorgverzekeraars te verplichten om structureel de knelpunten in de beschikbaarheid en kwaliteit van palliatieve zorg en nazorg in beeld te brengen, hierop gerichte acties te formuleren, deze acties periodiek te evalueren en waar nodig bij te stellen, en hierover jaarlijks transparant te rapporteren.

Ik voer momenteel gesprekken met de NZa hierover. De uitkomsten van de gesprekken met de zorgverzekeraars over omzetplafonds neem ik daarin mee.

*Regeling van Werkzaamheden van uw Kamer d.d. 4 februari jl.*

Tijdens deze regeling van werkzaamheden is door verschillende fracties een reactie gevraagd van mijn kant op het artikel in Trouw van 29 januari jl. «Niet alle patiënten mogen thuis sterven, omdat verzekeraars dat te duur vinden.»

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.<sup>8</sup> 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 geschetst beeld niet lijkt te kloppen. Dit neemt niet weg dat ik, zoals hierboven aangegeven, in het AZWA erop inzet om communicatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te versterken zodat dit soort misverstanden worden voorkomen.

*Tot slot*

Ik hecht groot belang aan goede palliatieve zorg, juist ook in de stervensfase. In verschillende regio's wordt al samengewerkt tussen verpleeghuizen, huisartsen, wijkverpleging, hospices, ziekenhuizen en netwerken palliatieve zorg om afspraken te maken wat in een bepaalde regio nodig is om goede palliatieve zorg te leveren. Daar zet ik mij de komende tijd verder voor in.

Daarnaast ben ik met partijen in gesprek over afspraken over palliatieve zorg in het AZWA. Daarbij is mijn inzet dat patiënten in de stervensfase te allen tijde de palliatieve zorg ontvangen die zij nodig hebben. Waarbij afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over omzetplafonds hiervoor op geen enkele wijze een belemmering kunnen vormen. Hoewel dit gesprek nog loopt, zijn partijen het er unaniem over eens dat het belangrijk is dat palliatieve zorg een vanzelfsprekend onderdeel is van

<sup>8</sup> <https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/nieuws-en-media/nieuwsoverzicht/misleidende-berichtgeving-over-palliatieve-zorg>

reguliere zorg, goed georganiseerd is en toegankelijk is voor iedereen die dat nodig heeft. Daarbij vind ik het ook belangrijk dat in ieder geval afspraken worden gemaakt over de communicatie tussen aanbieders en verzekeraars over omzetplafonds. Onduidelijkheid over de rol en benutting van de omzetplafonds mogen zoals gezegd nooit een belemmering vormen voor het leveren van palliatieve zorg. Daarbij is het ook belangrijk dat goede afspraken worden gemaakt over de vraag wanneer palliatief terminale zorg niet meer thuis kan worden georganiseerd en er de beschikking moet zijn over volwaardige alternatieven. Ook kijk ik welke aanscherpingen op het NPPZ II nog nodig zijn om ons gezamenlijke doel ook echt te realiseren.

En daarnaast wil ik afspraken maken over het verder stimuleren van de inzet van proactieve zorgplanning. Want het is van belang dat zorgverleners vroegtijdig het gesprek aangaan met de patiënt over zijn/haar wensen en voorkeuren om te weten wat een patiënt belangrijk vindt in de laatste fase van het leven.

De toezeggingen gedaan in het debat van 27 november jl. beschouw ik hiermee als afgedaan. Op de gesprekken die gevoerd worden naar aanleiding van het persbericht van VPTZ kom ik zo spoedig mogelijk terug evenals op de afdoening van de moties waarin de regering gevraagd wordt de NZa onderzoek te laten doen. Ook heb ik hiermee een reactie gegeven op het artikel in Trouw van 29 januari jl. zoals verzocht tijdens uw procedurevergadering Regeling van Werkzaamheden d.d. 4 februari jl. en op uw verzoek gedaan in uw brief van 12 februari jl.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
V. Maeijer