

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
4058470-1078629-Z

Bijlagen
1

Datum document
30 januari 2025

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 14 maart 2025
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Dobbe (SP) over de beperkte toegang tot palliatieve zorg door de opstelling van de zorgverzekeraars (2025Z01590).

Hoogachtend,

de staatssecretaris Langdurige
en Maatschappelijke Zorg,

Vicky Maeijer

Antwoorden op Kamervragen van het lid Dobbe (SP) over de beperkte toegang tot palliatieve zorg door de opstelling van de zorgverzekeraars (2025Z01590, ingezonden d.d. 30 januari 2025).

Vraag 1

Wat is uw reactie op de noodkreet van een wijkverpleegkundige over de doelmatigheidseisen van zorgverzekeraars, waardoor patiënten van sommige zorgverzekeraars geen toegang kunnen krijgen tot beschikbare palliatief terminale zorg? 1)

Antwoord vraag 1

In mijn brief van d.d. 14 maart 2025 heb ik toegelicht dat met de zorgverzekeraars is gesproken over de omzetplafonds en doelmatigheidseisen die gesteld worden ook bij palliatieve terminale zorg. Allereerst wil ik aangeven dat uit deze gesprekken duidelijk naar voren is gekomen dat afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen enkele belemmering voor de mogelijkheden om thuis te sterven. 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 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.

Daarnaast ben ik met partijen in gesprek over afspraken over palliatieve zorg in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. 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 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.

Vraag 2

Wat is uw reactie op het artikel op de voorpagina van Trouw hierover op 30 januari 2025? 2)

Antwoord vraag 2

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.¹ 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

¹ <https://www.cooperatievgz.nl/cooperatie-vgz/nieuws-en-media/nieuwsoverzicht/misleidende-berichtgeving-over-palliatieve-zorg>

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 ik, zoals in de brief van d.d. 14 maart 2025 aangegeven, in het AZWA erop inzet om communicatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te versterken zodat dit soort misverstanden worden voorkomen.

Vraag 3

Klopt het dat mensen niet thuis kunnen sterven terwijl zij dat wel willen en zorgaanbieders de noodzakelijke palliatieve zorg daarvoor niet kunnen bieden, vanwege het beleid van verzekeraars?

Antwoord vraag 3

Nee, dat klopt niet. Zoals ik heb toegelicht in mijn brief van d.d. 14 maart 2025 vormen de afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders geen belemmering voor de mogelijkheden om thuis te sterven. Als iemand aangewezen is op de zorg die is opgenomen in de basisverzekering, dan wordt deze zorg tijdig geleverd en ook vergoed.

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.

Vraag 4

Heeft u cijfers over hoeveel mensen hier jaarlijks door worden geraakt?

Antwoord vraag 4

Nee, ik heb die cijfers niet.

Vraag 5

Op welke manier zou het kostenbesparend zijn voor zorgverzekeraars om mensen in het ziekenhuis palliatieve zorg te laten krijgen i.p.v. thuis?

Antwoord vraag 5

Ik vind het belangrijk dat mensen juist ook in de palliatief terminale fase te allen tijde de zorg krijgen die zij nodig hebben en dat zij die zorg zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving ontvangen. Ook zorgverzekeraars zijn deze mening toegedaan.

Vraag 6

Is het toegestaan voor zorgverzekeraars om te dreigen met opzegging van het contract met een zorgaanbieder als die in de openbaarheid de negatieve

consequenties van hun inkoopbeleid benoemt? Zo nee, wat zouden daar de consequenties van zijn?

Antwoord vraag 6

Ik zou dat niet een wenselijke situatie vinden, maar herken niet dat dit in de praktijk gebeurt. In algemene zin is het zo dat waar het gaat om contractering tussen individuele aanbieders en verzekeraars het om een privaatrechtelijke aangelegenheid gaat waar ik niet in kan treden. In de meeste gevallen worden er jaarlijkse contracten afgesproken. De zorgverzekeraar, maar ook de zorgaanbieder heeft altijd de keuze om het contract niet te verlengen. Vanuit de afspraken uit het Integrale Zorgakkoord over het verbeteren van het contracteerproces wordt door zorgverzekeraars en zorgaanbieders actief gewerkt aan het doorvoeren van verbeteringen in de contractering en de onderlinge communicatie. Ook de NZa is hierbij ondersteunend, met bijvoorbeeld de eerdere publicatie van de *Handvatten voor Zorgcontractering en transparantie gecontracteerde zorg in 2023*, die aanbieders en verzekeraars nadere richtsnoeren en handvatten geeft voor verdere verbetering van het contracteerproces geeft voor aanbieders en verzekeraars.

Vraag 7

Welke stappen gaat u zetten om ervoor te zorgen mensen niet meer ongewenst in het ziekenhuis sterven, omdat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars ervoor zorgt dat mensen geen palliatieve zorgthuis kunnen krijgen?

Antwoord vraag 7

Ik vind het heel belangrijk dat mensen juist ook in de palliatief terminale fase de zorg krijgen die zij nodig hebben en zij die zorg zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving ontvangen. Uit gesprekken met zorgverzekeraars komt naar voren dat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars daaraan niet in de weg staat. Wel ontstaat er in de praktijk soms onduidelijkheid over de betekenis van de afspraken. Onduidelijkheid in afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogen echter nooit een belemmering vormen voor het tijdig leveren van de benodigde palliatieve zorg die mensen in de stervensfase nodig hebben. 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 8

Klopt het dat organisaties die de gestelde doelmatigheid halen, patiënten met grote zorgvragen niet in zorg nemen? Kunt u dit toelichten?

Antwoord vraag 8

Dit is mij niet bekend.

Vraag 9

Mogen zorgverzekeraars hun uurtarief bijstellen als er niet aan de doelmatigheidseisen is voldaan waardoor eind van het jaar geld moet worden terugbetaald terwijl de zorg wel is geboden?

Antwoord vraag 9

De contractafspraken tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn een privaatrechtelijke aangelegenheid. Daarnaast wordt er in de wijkverpleging voor zover het gaat om gecontracteerde zorg gewerkt met een integrale prestatie met vrije tarieven. Dat betekent dat er tussen elke zorgaanbieder en verzekeraar

andere tariefafspraken kunnen gelden. Ik heb hierop uiteraard geen zicht. Het is mij daarnaast in het kader van palliatieve zorg niet bekend dat er sprake zou zijn van afspraken om geld terug te moeten betalen aan het einde van het jaar.

Vraag 10

Hoe vaak worden naheffingen opgelegd door zorgverzekeraars omdat zorgorganisaties volgens de verzekeraar teveel palliatieve zorg zouden hebben verleend?

Antwoord vraag 10

Dat is mij niet bekend.

Vraag 11

Deelt u de mening dat hoe lang het duurt tot iemand overlijdt zich niet in schema's laat gieten en dat de zorg gegeven moet worden die nodig is?

Antwoord vraag 11

Ja, deze mening deel ik. Palliatieve zorg is er voor mensen die niet meer beter worden en hun naasten. Het draait om kwaliteit van leven en de dingen kunnen blijven doen die je belangrijk vindt. Deze 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. Mensen moeten op deze zorg kunnen rekenen en het moet passen bij hun situatie.

Vraag 12

Deelt u de stelling dat het absurd en onwenselijk is dat het uitmaakt bij welke verzekeraar je bent verzekerd of je palliatieve zorg krijgt, welke zorg dat is en hoeveel zorg vergoed wordt? Kunt u dit toelichten?

Antwoord vraag 12

Het moet in de praktijk voor het ontvangen van palliatieve zorg geen verschil uitmaken bij welke verzekeraar je bent verzekerd. Palliatieve zorg maakt als onderdeel van de reguliere zorg onderdeel uit van het basispakket verzekerde zorg in de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraars hebben zorgplicht ten aanzien van hun verzekerden en dienen dan ook alle voor een specifieke zorgvraag benodigde zorg uit het basispakket aan te bieden en te vergoeden. Zorgverzekeraars maken met aanbieders in de contractering afspraken over te leveren zorg. Wijkverpleegkundigen indiceren de noodzakelijke zorg en het is aan de zorgaanbieder om deze zorg te leveren, waarbij de te verlenen zorg wel passend moet zijn bij de specifieke zorgvraag. De beantwoording van de vraag welke zorg passend is staat dus los van de vraag bij welke verzekeraar iemand verzekerd is.

Vraag 13

Wat is uw reactie op het genoemde voorbeeld van een vrouw van 80 jaar die niet in aanmerking kwam voor palliatieve zorg, en daarvoor in de laatste twee dagen van haar leven aangewezen was op haar 80-jarige buurvrouw?

Antwoord vraag 13

Ik ken deze casus niet, maar ik vind het ontzettend akelig als dit op deze manier heeft plaatsgevonden. Ik vind het belangrijk dat mensen juist ook in de palliatief terminale fase de zorg krijgen die zij nodig hebben en zij die zorg zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving ontvangen.

Door middel van het NPPZ II wordt ingezet op de transformatie van palliatieve zorg, zodat regionaal afspraken gemaakt worden over de samenwerking tussen partijen en de palliatief terminale zorg goed geregeld wordt. 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.

Vraag 14

Bent u het eens met de wijkverpleegkundigen die aangeven dat de toets van verzekeraars een toonbeeld is van kilheid en boekhoudersmentaliteit?

Antwoord vraag 14

Mijn beeld is, gevoed door de gesprekken met de zorgverzekeraars en ook diverse zorgaanbieders, dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars nauw samenwerken om met het beschikbare zorgaanbod alle patiënten zo goed mogelijke passende palliatieve en terminale zorg te kunnen geven.

De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en moet voor alle verzekerden voldoende zorg inkopen. Dit betekent ook dat zij inkoopafspraken maken om de zorgcapaciteit zo goed mogelijk te verdelen. In de wijkverpleging bestaat echter ook praktijkvariatie. Er zijn zorgaanbieders die goede afspraken maken met het steunsysteem van de patiënt en de zorg leveren die de naasten niet kunnen leveren, maar er zijn ook zorgaanbieders die de professionele zorg 24 uur per dag leveren zonder daarbij de naasten te betrekken.

Vraag 15

Deelt u de mening dat de toets van verzekeraars een gevolg is van marktwerking in de zorg en dat het belang van mensen die in de laatste fase van hun leven zorg nodig hebben hierbij niet voorop staat?

Antwoord vraag 15

Nee, deze opvatting deel ik niet.

Zoals reeds aangegeven is het de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders om vanuit de principes van passende zorg met het beschikbare zorgaanbod alle patiënten die zorg nodig hebben zo goed mogelijk te kunnen helpen. Hierover worden in de contractering afspraken gemaakt, waarbij alle zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de contractuele afspraken of afspraken over omzetplafonds geen belemmering vormen voor het tijdig leveren van de benodigde palliatieve zorg.

Terminale zorg en stervensbegeleiding zijn onderdeel van palliatieve zorg en vinden plaats in de allerlaatste weken, soms maanden. Mensen moeten op deze zorg kunnen rekenen en het moet passen bij hun situatie. Door middel van het NPPZ II wordt ingezet op de transformatie van palliatieve zorg, zodat regionaal afspraken gemaakt worden over de samenwerking tussen partijen en de palliatief terminale zorg goed ingeregeld wordt. 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. Zorgverzekeraars werken volop hieraan mee en erkennen vanuit hun zorgplicht voor verzekerden dat mensen belang hebben bij goede zorg ook in de laatste fase van hun leven.

Vraag 16

Bent u bereid ervoor te zorgen dat de enige toets die wordt gedaan in de palliatieve zorg moet zijn dat de persoon de zorg krijgt die nodig is? Hoe gaat u zich hiervoor inzetten?

Antwoord vraag 16

Palliatieve zorg is er voor mensen die niet meer beter worden en hun naasten. Het draait om kwaliteit van leven en de dingen kunnen blijven doen die je belangrijk vindt. Deze 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. Mensen moeten op deze zorg kunnen rekenen en het moet passen bij hun situatie. Palliatieve zorg staat daarom als één van de prioriteiten van het kabinet in het regeerprogramma.

Het is belangrijk dat mensen vroegtijdig het gesprek aangaan over de laatste levensfase en dit niet alleen in de spreekkamer van de arts doen maar juist 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 de zorg krijgen die zij nodig hebben en zoveel mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving ontvangen.

1) Post LinkedIn, https://www.linkedin.com/posts/carolien-van-der-spek-134360120_jaarverslagactivity-7288253579167956992-W-GT/?utm_source=share&utm_medium=member_ios

2) Trouw, 29 januari 2025, Niet alle patiënten mogen thuis sterven, omdat verzekeraars dat te duur vinden, [Niet alle patiënten mogen thuis sterven, omdat verzekeraars dat te duur vinden | Trouw](#)