

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

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

Ons kenmerk
1512737-189196-Z

Bijlagen
1

Uw brief
03 april 2019

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

Datum 24 april 2019
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het Kamerlid Bergkamp (D66) over hoe de vergoeding en het leveren van palliatieve (terminale) zorg nog altijd niet goed loopt. (ingezonden 3 april 2019) (2019Z06592).

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Hugo de Jonge

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Bergkamp (D66) over hoe de vergoeding en het leveren van palliatieve (terminale) zorg nog altijd niet goed loopt. (ingezonden 3 april 2019). (2019Z06592)

1

Bent u bekend met het bericht 'Noodzakelijke terminale zorg door verzekeraar niet altijd vergoed'? 1)

1.

Ja.

2

Hoe kan het dat de palliatieve (terminale) zorg, naar aanleiding van een door een wijkverpleegkundige professioneel opgestelde indicatie, nog altijd niet volledig wordt vergoed?

2.

Als de palliatieve zorg verleend wordt door een gecontracteerde aanbieder (ca 93% van de totale kosten wijkverpleging), is deze altijd volledig vergoed. Als de palliatieve zorg verleend wordt door een niet-gecontracteerde aanbieder, is de vergoeding van de zorg door de zorgverzekeraar aan de aanbieder lager dan bij gecontracteerde zorg conform artikel 13 van de Zorgverzekeringswet.

3

Deelt u de mening dat er juist in deze laatste emotionele periode van iemand haar of zijn leven, zowel voor de persoon zelf als voor de familieleden, er geen discussie moet zijn over de (vergoeding van de) juiste zorg op het juiste moment?

3.

Ik betreur het als het afscheid van een stervende wordt verzwaard door financiële of administratieve beslommingen. Dit kan echter voorkomen worden door gebruik te maken van een zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. Er zijn dan geen financiële of administratieve drempels voor zorggebruik en er is geen discussie over de vergoeding van de zorg. Daarom vind ik het zo belangrijk dat dat zorgverzekeraars en aanbieders een contract sluiten (zie ook de brief 'bevorderen contracteren' van 9 november 2018, Kamerstuk 29689 nr. 941). Dit geldt in het bijzonder voor aanbieders van palliatieve terminale zorg.

4

Zijn er wachtlijsten voor gecontracteerde palliatieve (terminale) zorg? Zo ja, is dat de reden dat het vaak niet anders kan dat ongecontracteerde palliatieve (terminale) zorg wordt ingezet?

4.

Voor de wijkverpleging is er geen wachttijdregistratie.¹ De NZa heeft daarom recent een aanvullend onderzoek laten uitvoeren om meer inzicht te krijgen in de toegankelijkheid van de wijkverpleging.² Uit het aanvullende onderzoek blijkt dat wanneer een zorgaanbieder is gevonden, de wijkverpleegkundige zorg over het algemeen binnen enkele dagen wordt verleend; de Treeknorm wordt nagenoeg altijd behaald. De wachttijd bij gecontracteerde palliatieve terminale zorg is kort: gemiddeld wordt na 1,2 dag gestart met het verlenen van de zorg. Daarmee is voor palliatieve terminale zorg de wachttijd kleiner dan gemiddeld voor wijkverpleegkundige zorg. Deze cijfers suggereren dat in het algemeen de toegankelijkheid van de gecontracteerde palliatieve terminale zorg geborgd is. Dat betekent overigens niet dat er geen problemen zijn. Het vinden van een aanbieder kan voor verwijzers, cliënten en mantelzorgers tegenvallen. Belangrijke redenen zijn de arbeidsmarktproblematiek en de versnippering van het zorgaanbod. Teveel verzekerden, maar ook zorgaanbieders, hebben geen weet van de mogelijkheid van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar of maken niet van deze mogelijkheid gebruik. De zorgverzekeraar kan, als het vinden van een aanbieder niet lukt, de verzekerde bemiddelen naar een gecontracteerde aanbieder die de zorg kan verlenen. De NZa concludeert dat zorgverzekeraars hun verzekerden beter kunnen informeren over de mogelijkheden van zorgbemiddeling door de zorgverzekeraar. In de begeleidende brief bij dit onderzoek van de NZa heb ik benadrukt dat ik het eens ben met deze conclusie van de NZa.

5

Deelt u de mening dat het voor de patiënt niet uit zou mogen maken of iemand gecontracteerde of ongecontracteerde palliatieve (terminale) zorg ontvangt voor wat betreft de juiste zorg op het juiste moment?

5.

Ik deel de mening dat iedere cliënt palliatieve terminale zorg dient te ontvangen als dat nodig is. Ik deel de mening niet dat het daarbij niet uitmaakt of het gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg is. Bij gecontracteerde zorg zijn er geen issues wat betreft lagere vergoeding van de zorg, eventuele bijbetalingen door de verzekerde of diens familie, en hoeft er niet gewacht te worden op goedkeuring van een machtiging. Bij niet-gecontracteerde zorg zijn deze issues er wel. De verzekerde kan dus beter kiezen voor gecontacteerde zorg.

6

Kan palliatieve (terminale) zorg meteen worden gestart ongeacht of deze gecontracteerd of ongecontracteerd geleverd wordt, zonder dat de zorgaanbieder of de nabestaanden achteraf problemen krijgt met vergoeding door de zorgverzekeraar?

¹ Voor casemanagement dementie bestaat wel een dergelijke wachttijdregistratie, voortkomend uit de Regeling transparantie zorgaanbieders casemanagement dementie.

² Zie

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/03/14/kamerbrief-over-nza-rapport-controles-zorgverzekeraars-naar-aanpak-wachttijden>.

6.

Met het overgrote deel van de zorgverleners zijn door zorgverzekeraars afspraken gemaakt over onder meer kwaliteit en doelmatigheid. Deze gecontracteerde palliatieve (terminale) zorg kan meteen gestart worden. Zorgverzekeraars hanteren in toenemende mate een machtigingenbeleid voor niet-gecontracteerde zorg. Machtigingen kunnen nodig zijn om de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg te bewaken. Het vragen van een machtiging is een van de maatregelen die zorgverzekeraars nemen om de contractering in de wijkverpleging te bevorderen. Zorgverzekeraars mogen deze eis stellen; ook in het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022 is het gebruik van machtigingen bekrachtigd om gepast gebruik in de zorg te bevorderen, gezien uit onderzoek is gebleken dat niet-gecontracteerde zorgaanbieders onverklaard veel meer zorg inzetten dan gecontracteerde aanbieders. De palliatieve terminale zorg mag gestart worden voordat een machtiging is afgegeven. Totdat de machtiging wordt afgegeven is er dan echter geen zekerheid of deze zorg (volledig) vergoed wordt door de zorgverzekeraar. Bij palliatieve terminale zorg moet de machtigingsprocedure zo kort mogelijk zijn om werkbaar te zijn. Zorgverzekeraars hebben de procedure zo ingericht – en waar nodig aangepast – dat een snelle beoordeling van de machtiging mogelijk is (voorbeelden zijn indiening via internet en telefonische goedkeuring, vooruitlopend op de formele goedkeuring), zodat de palliatieve (terminale) zorg zo snel mogelijk kan starten.

7

Wordt de afspraak over second opinion uit het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2) netjes uitgevoerd? Zo ja, hoe verklaart u de signalen uit het artikel dat zorg eenvoudigweg wordt afgewezen zonder opgaaf van reden door de zorgverzekeraar? Zo nee, op welke wijze gaat u er zorg voor dragen dat alle partijen zich houden aan het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging?

7.

De betreffende afspraak uit het Hoofdlijnenakkoord luidt: bij niet-gecontracteerde zorg kan gebruik worden gemaakt van een second opinion, waarbij een andere partij kan worden gevraagd de indicatiestelling opnieuw te beoordelen. Dit indien er signalen zijn dat er sprake is van een niet-passende indicatie. Het gaat hier om een toets op de indicatiestelling door een andere partij. Partijen zijn op dit moment bezig om een raamwerk te ontwikkelen hoe deze maatregel uit het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging uitgevoerd kan worden. Dit raamwerk ligt er naar verwachting in het najaar van 2019.

Niet-gecontracteerde zorg kan niet afgewezen worden door de zorgverzekeraar zonder opgaaf van redenen. Dit zou ook niet passend zijn, want de afspraak is dat de wijkverpleegkundige indiceert. Dit wordt ook door zorgverzekeraars beaamd. Wel kan een zorgverzekeraar een machtiging verplicht stellen. Voor niet-gecontracteerde zorg dient de zorgverzekeraar dezelfde normen voor rechtmatigheid en doelmatigheid te hanteren als voor gecontracteerde zorg.

V&VN en ZN zijn momenteel constructief met elkaar in gesprek om de afspraken over het verder professionaliseren van de indicatiestelling na te komen. Mochten deze twee partijen daarbij onvoldoende voortgang boeken, dan wordt dit aan de orde gesteld in het bestuurlijk overleg wijkverpleging. Dat is het gremium waar de zeven HLA partijen wijkverpleging gezamenlijk de voortgang van de HLA afspraken bewaken.

8

Klopt het dat er "onduidelijkheden zijn wat betreft de term 24 uren zorg", zoals Zorgverzekeraars Nederland stelt in het artikel? Zo ja, bij wie zit deze onduidelijkheid als gevolg waarvan? En wat vindt u hiervan?

8.

Het klopt dat er onduidelijkheden zijn rondom de term 24 uren zorg, aangezien de term impliceert dat men recht zou hebben op 24 uur zorg per dag. Dit is niet standaard het geval. De wijkverpleegkundige indiceert welke zorg er nodig is in de palliatieve terminale fase. In de palliatieve terminale fase zijn er andere zorgdoelen, want de focus gaat van ziektegerichte zorg (gezondheid verbeteren of stabiliseren) naar symptoomlastenbestrijding en gecontroleerde achteruitgang. Dit vraagt om observeren en het netwerk in de gaten houden. De intensiviteit neemt over het algemeen in deze fase toe. De hoeveelheid zorg die ingezet wordt is in alle fasen van het leven afhankelijk van de verpleegkundige diagnoses, de gewenste resultaten en de daarbij passende interventies. Op sommige momenten kan dit meer zorg zijn dan gemiddeld en deze term vind ik passender dan 24 uren zorg. Als de wijkverpleegkundige de inzet van het aantal uren zorg goed onderbouwt conform de beroepsstandaarden en -normen (Normenkader V&VN), dan moeten deze uren vergoed worden.

9

Klopt het dat als iemand aangeeft thuis te willen sterven, er toch door de zorgverzekeraar aangegeven wordt dat de dat "patiënt voor de 24 uur zorg die nodig is naar een hospice zou moeten gaan"? Wat vindt u daarvan?

9.

Uitgangspunt is dat iedereen recht heeft om te sterven waar hij of zij wil, met de zorg die daarvoor nodig is. De wijkverpleegkundige indiceert daarvoor de benodigde zorg die verantwoord thuis gegeven kan worden. De wijkverpleegkundige bepaalt daarbij in samenspraak met de cliënt, andere hulpverleners en eventueel netwerk wie deze zorg levert. Hierbij wordt rekening gehouden met de situatie van de cliënt, waaronder de zorgbehoefte van de cliënt, de (on)mogelijkheden van de inzet van het netwerk c.q. vrijwilligers, en de situatie thuis. Het aantal uren zorg dat de wijkverpleegkundige indiceert conform de beroepsstandaarden en -normen (Normenkader V&VN) dient verleend en vergoed te worden uit de Zorgverzekeringswet. Als de cliënt meer ondersteuning wenst dan volgens de Zorgverzekeringswet mogelijk is, dan onderzoekt de wijkverpleegkundige of het inzetten van vrijwilligers mogelijk is dan wel of een andere oplossing zoals een hospice/bijna thuis huis een goed alternatief is. De wijkverpleegkundige geeft dus aan welke opties er zijn voor de laatste fase, maar de beslissing ligt bij de cliënt.

10

Klopt het dat het Zorginstituut op dit moment onderzoek verricht naar de vergoeding van het 'waken' als onderdeel van de zorg die de wijkverpleegkundige indiceert en levert? Wanneer is dit onderzoek gereed?

10.

Dit klopt. Het Zorginstituut heeft dit onderzoek op 11 april gepubliceerd³.

11

Kunt u per motie aangeven op welke wijze uitvoering is gegeven aan de moties Bergkamp en Van der Staaij 3), Van der Staaij c.s.4) en Van der Staaij en Dik-Faber? 5)

11.

De motie van Bergkamp en Van der Staaij is afgedaan door zorgverzekeraars (opnieuw) aan te spreken dat 24-uurs zorg vergoed dient te worden, zoals is aangegeven in de brief 'Palliatieve zorg: een niveau hoger' (Kamerstuk 29509 nr. 64). De motie van Van der Staaij c.s. over budgetplafonds zijn meegenomen in de Monitor contractering van de NZa (2018)⁴. In deze monitor concludeert de NZa dat de drie zorgverzekeraars die te maken hebben gehad met patiëntenstops in verband met het bereiken van het budgetplafond, aangeven aan dat de patiëntenstops in ieder geval niet golden voor een van de specialistische zorgvormen, zoals de palliatieve terminale zorg. Op deze manier wordt de zorglevering hiervan geborgd. Van de ondervraagde aanbieders was er één die een patiëntenstop heeft afgegeven voor palliatieve terminale zorg in verband met een gebrek aan specialistisch personeel. Dit hoeft niet direct gevolgen te hebben voor de continuïteit van zorg als de zorgverzekeraar de patiënten kan bemiddelen naar een andere gecontracteerde aanbieder die geen personeelsgebrek heeft. De motie van Van der Staaij en Dik-Faber wil ik beantwoorden naar aanleiding van de resultaten van de Monitor contractering 2019, die voorjaar 2019 gepubliceerd wordt.

12

Hoe kan het dat na alle debatten en overeenstemming in de Kamer over dit onderwerp, er nog steeds problemen zijn? Bent u eens dat dit zo spoedig mogelijk moet worden opgelost, omdat je maar één keer waardig afscheid van iemand kan nemen?

12.

Uitgangspunt is dat patiënten moeten kunnen sterven op de plek van voorkeur. Bij een naturapolis geldt de afspraak tussen de verzekeraar en de verzekerde dat de zorgkosten volledig worden vergoed als de cliënt naar een gecontracteerde aanbieder gaat. De patiënten kunnen ook vaak bij aanbieders zonder contract terecht, maar dan is er vaak een machtiging nodig voordat de zorg vergoed wordt. Zorgverzekeraars keuren deze machtigingen vaak goed mits er is geïndiceerd conform de beroepsstandaarden en -normen (Normenkader V&VN). Als cliënten zeker willen zijn van vergoedingen bij niet-gecontracteerde aanbieders, dan kunnen zij voor een restitutiepolis kiezen.

3

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/03/28/verpleegkundige-indicatiestelling-een-nadere-duiding>

⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/26/monitor-contractering-wijkverpleging-2018>

De problemen die er nog zijn op het gebied van onduidelijkheid tussen wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars rondom de indicatiestelling wil ik zo snel mogelijk oplossen.

Als eerste stap heeft V&VN het begrippenkader indicatieproces gepubliceerd en het Zorginstituut heeft hier een nadere duiding over uitgebracht. V&VN heeft daarnaast een korte versie van het begrippenkader ontwikkeld. Op korte termijn wordt gezamenlijk bekeken of dit voldoende is of dat extra stappen nodig zijn om de onduidelijkheid weg te nemen. Daarnaast vraag ik V&VN en ZN om de problemen die nog spelen met hun achterban door te nemen en op te lossen.

13

Klopt het dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in gesprek is met Zorgverzekeraars Nederland en Verzorgenden & Verpleegkundigen Nederland over onderhavige problematiek? Wat is de aanleiding daartoe? Is de Kamer over deze problemen geïnformeerd? Wordt het Zorginstituut hierbij betrokken? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet? Bent u bereid om de uitkomst van dit overleg aan de Kamer te laten weten? Zo ja wanneer?

13.

Het klopt dat ik met V&VN en ZN in gesprek ben over de onduidelijkheden rondom de indicatiestelling en de vergoedingen in de laatste fase. Het Zorginstituut is hier ook bij betrokken. De aanleiding hiervoor zijn de diverse signalen die ik heb ontvangen over de onduidelijkheden rondom de indicatiestelling en de vergoedingen in de palliatieve fase. Mede als gevolg van deze gesprekken is het onderdeel palliatieve zorg meegenomen in het begrippenkader indicatieproces van V&VN en heeft het Zorginstituut hier een duiding over gemaakt. De uitkomsten zijn op 10 april (begrippenkader V&VN) en 11 april (duiding Zorginstituut) gepubliceerd⁵.

1) <https://kassa.bnnvara.nl/gemist/nieuws/noodzakelijke-terminale-zorg-door-verzekeraar-niet-altijd-vergoed>

2) 2018D32510

3) Kamerstuk 29689, nr. 734

4) Kamerstuk 29282, nr. 283

5) Kamerstuk 35000 XVI, nr. 62

Toelichting:

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Hijink (SP), ingezonden 3 april 2019 (vraagnummer 2019Z06591)

⁵ Zie <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/3025920/VVN-publiceert-begrippenkader-indicatieproces> en <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/03/28/verpleegkundige-indicatiestelling-een-nadere-duiding>