

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

2427

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *noodzakelijke terminale zorg die niet altijd vergoed wordt door zorgverzekeraars* (ingezonden 3 april 2019).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 25 april 2019).

Vraag 1

Hoe oordeelt u over de noodkreet van verpleegkundigen dat zorgverzekeraars vaak maar de helft van de als noodzakelijk geïndiceerde palliatieve zorg vergoeden? Wat vindt u ervan dat terminale patiënten maar gedeeltelijke zorg krijgen of nabestaanden achterblijven met een hoge rekening, omdat zij een deel van de zorg zelf moeten betalen?^{1 2}

Antwoord 1

De gecontracteerde zorg (ca 93% van de totale kosten wijkverpleging) wordt volledig vergoed. Voor de niet-gecontracteerde zorg passen zorgverzekeraars in toenemende mate machtigingenbeleid toe. De noodkreet is dan ook afkomstig van deze groep. Een machtigingsvereiste houdt in dat een verzekerde vooraf aan de zorgverzekeraar toestemming moet vragen voor het gebruik van zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder. 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 meer zorg inzetten dan gecontracteerde aanbieders. Het vragen van machtigingen behoort tot de maatregelen die zorgverzekeraars nemen om de contractering te bevorderen (zie brief «bevorderen contractering» van november 2018, Kamerstuk 29 689, nr. 941).

Zorgverzekeraars hebben in de Zorgverzekeringswet de wettelijke taak om de rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg te toetsen. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders kunnen zij daarover geen afspraken kunnen maken in een contract. Bij de beoordeling van machtigingen is de indicatie van de wijkverpleegkundige leidend maar toetst de zorgverzekeraar of deze

¹ <https://kassa.bnnvara.nl/media/687183>

² <https://kassa.bnnvara.nl/gemist/nieuws/noodzakelijke-terminale-zorg-door-verzekeraar-niet-altijd-vergoed>

indicatie navolgbaar is. Daarbij hanteren zorgverzekeraars geen vast aantal uren dat zij vergoeden. Het klopt daarom niet dat zorgverzekeraars vaak maar de helft van de palliatieve zorg vergoeden. Alleen als de indicatiestelling buiten de Zorgverzekeringswet valt, of de omvang van de zorg ondoelmatig of onnavolgbaar is, kan de verzekeraar aangeven dat de machtiging niet wordt afgegeven. Als de machtiging wordt afgegeven, kan de zorg dus geleverd en vergoed worden. Totdat de machtiging is afgegeven, is het gebruiken van niet-gecontracteerde zorg op eigen risico voor de patiënt indien er gekozen is voor een naturapolis. Bij gecontracteerde zorg speelt een dergelijke machtigingsprocedure niet, en wordt de verzekerde ook niet achteraf met bijbetalingen geconfronteerd.

Vraag 2

Wat vindt u ervan dat thuiszorgorganisaties niet altijd palliatieve zorg kunnen verlenen, vanwege door de zorgverzekeraar ingestelde budgetplafond of vanwege personeelstekorten? Hoe verhoudt zich dit met eerdere signalen die bij u gemeld zijn? Kunt u uw antwoord toelichten?³

Antwoord 2

De zorgverzekeraar heeft een wettelijke zorgplicht. Dit betekent dat in geval van een naturapolis de verzekerden binnen een redelijke tijd en reisafstand toegang moeten hebben tot alle zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars moeten daarom voldoende zorg inkopen of bemiddelen als iemand niet snel genoeg bij een zorgaanbieder terecht kan (wachttijdbemiddeling). In geval van een budgetplafond of personeelstekort bij een betreffende aanbieder moet de zorgverzekeraar dus bemiddelen naar een andere aanbieder zodat de verzekerde de noodzakelijke zorg kan krijgen. Uit de monitor contractering wijkverpleging 2018 van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars specialistische zorg zoals palliatieve terminale zorg uitzonderen van de budgetplafonds die met zorgaanbieders worden afgesproken. Op deze wijze wordt de continuïteit van de palliatieve terminale zorg geborgd. Van de in het kader van de monitor ondervraagde aanbieders was er slechts één die een patiëntenstop heeft afgegeven voor palliatieve terminale zorg in verband met een gebrek aan specialistisch personeel. Via onder meer het praktijkteam palliatieve zorg bereiken mij regelmatig signalen dat er regionaal en periodiek tekorten zijn aan wijkverpleegkundigen voor palliatieve zorg thuis en sommige gecontracteerde aanbieders deze zorg niet kunnen leveren. Dit hoeft niet direct gevolgen te hebben voor de continuïteit van zorg als de zorgverzekeraar de patiënten kan bemiddelen naar een andere (gecontracteerde) aanbieder. Voor de gehele zorg, maar zeker ook de wijkverpleging, geldt de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde medewerkers als belangrijke opgave. Daarom wordt in het Actieprogramma Werken in de Zorg met landelijke en regionale partners gewerkt aan het terugdringen van de personeelstekorten in heel zorg en welzijn. Gezamenlijk zetten we onder meer in op het verhogen van de instroom in de zorg, behoud van personeel en anders werken. In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019–2022 heb ik bovendien met de partijen in de wijkverpleging afgesproken aan te sluiten bij de regionale actieplannen aanpak tekorten (RAATs) en gezamenlijk in te zetten op het aantrekkelijker maken van het werken in de wijk. Personeelstekorten in de zorg zijn niet van de ene op de andere dag opgelost: dit vraagt een structurele gezamenlijke inspanning. In mei zal ik de Tweede Kamer informeren over de voortgang van het Actieprogramma.

Vraag 3 en 4

Hoe verklaart u dat er sinds 2015 klachten binnenkomen over problemen in de palliatieve zorg?

Kunt u aangeven wat de vorderingen zijn van het praktijkteam palliatieve zorg? Waarom krijgt u deze problemen niet opgelost?

³ Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2017–2018, nr. 55

Antwoord 3 en 4

Er komen inderdaad nog steeds signalen binnen over knelpunten in de palliatieve zorg. Dat heeft er mee te maken dat er per 2015 een grote stelselwijziging plaatsvond, dat de palliatieve zorg volop in ontwikkeling is en verspreid is over verschillende zorgsectoren en domeinen. Sinds drie jaar is daarom een praktijkteam voor de palliatieve zorg actief, waarin ook mensen vanuit de zorg zelf vertegenwoordigd zijn. Dit team houdt zich bezig met een brede verscheidenheid aan meldingen van zowel zorgverleners als cliënten op het gebied van mogelijkheden tot deze zorg, bekostiging, hulpmiddelen/ medicijnen en kwaliteit. U bent eerder geïnformeerd over werkwijze en meldingen van het praktijkteam (Kamerstuk 29 509, nr. 64). Het team kan niet alle knelpunten in de zorg oplossen, maar geeft wel advies en brengt partijen bij elkaar. Ook heeft het team al enkele meer structurele oplossingen gerealiseerd in de bekostiging, bijvoorbeeld het afschaffen van de indicatiestelling door het ClZ voor het zorgzwaartepakket 10; hiermee kan de palliatieve zorg snel worden ingezet op de plaats waar de Wlz-cliënt dit wil. Ook zijn er diverse factsheets ter verduidelijking voor zorgverleners en cliënten opgesteld.

Mede als gevolg van meldingen over onduidelijkheid over de mogelijkheid tot inzet van intensieve zorg in de laatste levensfase (voorheen 24-uurszorg) is het onderdeel palliatieve zorg meegenomen in het begrippenkader indicatieproces van de beroepsgroep V&VN en de nadere duiding van Zorginstituut Nederland over verpleegkundige indicatiestelling. In de loop van de tijd is het aantal meldingen overigens teruggelopen, ondanks dat het team meer bekendheid heeft gekregen. Ik blijf doorgaan met het team, zolang er meldingen binnenkomen.

Vraag 5

Hoe beoordeelt u de constatering van Solopartners, die aangeven dat het naar beneden bijstellen van de indicatiestelling door zorgverzekeraars inmiddels structureel is geworden? Vindt u het wenselijk dat zorgverzekeraars op de stoel van de professional zitten?⁴

Antwoord 5

De wijkverpleegkundige is degene die de zorg indiceert. Zij doet dat vanuit haar professionele autonomie, kennis en kunde en conform het normenkader indicatiestelling V&VN. De zorgverzekeraar heeft ook een wettelijke taak om te kijken of de gedeclareerde zorg rechtmatig is (is de zorg echt geleverd, is het wel zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt) en doelmatig (wijken de uren sterk af van wat gebruikelijk is en zo ja, wat is dan daarvoor de onderbouwing). De zorgverzekeraar kan daarom niet altijd vergoeden wat de wijkverpleegkundige voorstelt in de indicatie. De zorgverzekeraar kan de rechtmatigheid en doelmatigheid achteraf toetsen, nadat de zorg is gedeclareerd in het kader van materiële controle, of vooraf, in geval van een machtiging. Dat laatste geldt alleen voor niet-gecontracteerde zorg. Overigens is het niet zo dat aanpassing van het aantal geïndiceerde uren zorg via de machtigingsprocedure door zorgverzekeraars structureel plaatsvindt. Zorgverzekeraars keuren deze machtigingen vaak goed mits er is geïndiceerd conform de beroepsstandaarden en -normen (Normenkader V&VN). Als de zorgverzekeraar twijfels heeft over de gestelde indicatie, dan zou de verzekeraar in de toekomst gebruik kunnen maken van een second opinion. Een andere partij wordt dan gevraagd de indicatiestelling opnieuw te beoordelen. Partijen zijn op dit moment bezig om een raamwerk te ontwikkelen hoe deze maatregel uit het Hoofdlijnakoord wijkverpleging uitgevoerd kan worden. Dit raamwerk ligt er naar verwachting in het najaar van 2019.

Vraag 6

Is het waar dat medewerkers van zorgverzekeraars op targets zijn gezet om de indicatiestellingen naar beneden bij te stellen? Bent u bereid dit uit te zoeken en de Kamer hierover te informeren? Zo nee, waarom niet?

⁴ <https://www.solopartners.nl/nieuws/de-8-leugens-van-zorgverzekeraars-nederland-over-sterven-thuis/>

Antwoord 6

Deze vraag heb ik voorgelegd aan Zorgverzekeraars Nederland en dit wordt ten stelligste ontkend.

Vraag 7

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid voor het leveren van palliatieve zorg op het bordje leggen van familieleden en vrijwilligers ondanks dat er een andere indicatie van de wijkverpleegkundige ligt? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 7

Bij de indicatiestelling kijkt de wijkverpleegkundige altijd naar de mogelijkheid om het netwerk van mantelzorgers en vrijwilligers in te zetten, dit is bij palliatieve zorg niet anders dan bij andere wijkverpleegkundige zorg. De wijze waarop zij dit doet staat beschreven in norm 4 uit het Normenkader indicatiestelling V&VN. Juist bij palliatieve zorg wil familie soms graag nauw betrokken worden en zijn er ook speciaal opgeleide vrijwilligers voor inzet in de laatste levensfase beschikbaar. De mate waarin het netwerk of vrijwilligers kunnen worden ingezet, hangt van de individuele situatie van verzekerde en zijn omgeving af: zorginhoudelijke overwegingen spelen hierbij een rol. Ook de balans tussen draagkracht en draaglast van het (verzekerde)zorgsysteem weegt de wijkverpleegkundige mee.

De wijkverpleegkundige stelt bij het doorlopen van het verpleegkundig proces vast wat passende interventies zijn en door wie deze moeten worden ingezet. Dit is aan de wijkverpleegkundige om vast te stellen én te onderbouwen. Indien de onderbouwing ontbreekt of onduidelijk is, zal de zorgverzekeraar vragen of er is nagedacht over het inzetten van familieleden en vrijwilliger. De zorgverzekeraar zal nooit zonder overleg bepalen dat familie en vrijwilligers meer moeten doen.

Vraag 8

Het maximaal aantal uur dat een zorgverzekeraar vergoed, is 12,9 uur per 24 uur. Vindt u het acceptabel dat zorgverzekeraars geen rekening houden met de persoonlijke omstandigheden van mensen die komen te overlijden? Vindt u dat iemand van achter een bureau dit beter kan inschatten dan een wijkverpleegkundige? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 8

De wijkverpleegkundige is degene die de palliatieve (terminale) zorg indiceert. Zij doet dat vanuit haar professionele autonomie, kennis en kunde en conform het normenkader indicatiestelling V&VN. Het aantal uren zorg dat de wijkverpleegkundige indiceert, dient, mits geïndiceerd conform de beroepsstandaarden en -normen (Normenkader V&VN), verleend en vergoed te worden uit de Zorgverzekeringswet. Er is geen beperking op de inzet van de verpleegkundige zorg die geïndiceerd kan worden. Er is dus ook geen sprake dat zorgverzekeraars een grens kunnen stellen aan het aantal uren zorg per dag dat een verzekerde kan krijgen. Zorgverzekeraars ontkennen ook dat dit gebeurt.

Zorgverzekeraars kunnen wel een gemiddeld aantal uren als uitgangspunt nemen, waarbij de zorgaanbieder de mogelijkheid heeft om naar mate het levenseinde dichterbij komt de intensiteit van de zorg te laten meegroeien. De ervaring heeft geleerd dat gemiddeld 12 à 13 uur per dag een goed uitgangspunt is. Over het gemiddeld aantal uren palliatieve terminale zorg maken sommige zorgverzekeraars contractuele afspraken met de aanbieder. Het gaat dan om een gemiddelde over alle cliënten van de aanbieder die palliatieve terminale zorg gebruiken. Er zijn natuurlijk individuele situaties mogelijk dat er gemiddeld meer zorg nodig is, de wijkverpleegkundige maakt hier zelf een afweging in en de zorgverzekeraar volgt dan deze indicatie.

Vraag 9

Begrijpt u dat er wijkverpleegkundigen zijn die meer uren willen indiceren omdat de familie bezig wil zijn met afscheid nemen en niet met zorgtaken? Is het voorstelbaar dat er mensen zijn die terminaal ziek zijn en die niet de beschikking hebben over een uitgebreid netwerk, en dat dit een reden is voor hogere indicaties? Waarom laat u zorgverzekeraars op de stoel van de professional zitten?

Antwoord 9

De wijkverpleegkundige indiceert vanuit haar professionele autonomie, kennis en kunde en conform het normenkader V&VN. In de toelichting op dit normenkader is aangegeven dat de wijkverpleegkundige eerst bepaalt wat er aan de hand is (bepalen zorgvragen), vervolgens wat de cliënt (en diens netwerk) wil bereiken (zorgdoelen) en dan welke zorg nodig is om deze doelen te behalen. Vervolgens bekijkt de wijkverpleegkundige wie deze zorg kan leveren. Hierbij wordt gekeken wat de cliënt zelf kan, wat familie en vrijwilligers kunnen opvangen en als laatste of professionele zorg nodig is. Als het netwerk van de cliënt niet beschikbaar is of als er geen netwerk is, dan kan de wijkverpleegkundige de zorg leveren zolang deze onder de Zorgverzekeringswet valt. 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 bespreekt de verschillende opties met de cliënt, waarna de beslissing bij de cliënt ligt.

Vraag 10

Hoe staat het met de uitvoering van de aangenomen motie Marijnissen over het inkopen van voldoende wijkverpleging voor palliatieve thuiszorg (29 282, nr. 280)?

Antwoord 10

De motie van Marijnissen over budgetplafonds is meegenomen in de Monitor contractering van de NZa (2018). Ik heb u daarover eerder geïnformeerd in de brief «Palliatieve zorg, merkbaar beter» van 11 mei 2018 (Kamerstuk 29 509 nr⁵). In deze monitor concludeert de NZa dat de drie zorgverzekeraars die te maken hebben gehad met patiëntenstops bij zorgaanbieders in verband met het bereiken van het budgetplafond, aangeven 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 slechts één die een patiëntenstop heeft afgegeven voor palliatief 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.

Vraag 11

Deelt u de mening dat het zorgstelsel zo georganiseerd is, dat sommige mensen een waardige dood wordt ontnomen en de familie de mogelijkheid van een mooi afscheid wordt afgepakt, enkel omdat zorgverzekeraars bezig zijn met hun financiële belangen? Zo ja, wat gaat u hieraan doen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 11

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. Daarom vind ik het zo belangrijk dat dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders een contract sluiten (zie ook de brief «bevorderen contracteren» van 9 november 2018, Kamerstuk 29 689, nr. 941). Door goede zorg in te kopen tegen een goede prijs, krijgen verzekerden de kwalitatief goede zorg waar zij recht op hebben, en voldoen zorgverzekeraars aan hun wettelijke zorgplicht.

⁵ <https://www.solopartners.nl/nieuws/de-8-leugens-van-zorgverzekeraars-nederland-over-sterven-thuis/>

Vraag 12

Welke maatregelen gaat u treffen om zorgverzekeraars te dwingen, palliatieve zorg altijd volledig te vergoeden? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 12

Als de palliatieve zorg verleend wordt door een gecontracteerde aanbieder, wordt deze altijd volledig vergoed. Als de palliatieve zorg niet-gecontracteerd is, is de vergoeding van de zorg door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder lager dan bij gecontracteerde zorg conform artikel 13 van de Zorgverzekeringswet. Ik ben niet van plan maatregelen te treffen om de zorgverzekeraars te dwingen om palliatieve zorg die niet-gecontracteerd is altijd volledig te vergoeden. Ik vind het juist belangrijk dat dat zorgverzekeraars en aanbieders een contract sluiten.