

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](http://www.rijksoverheid.nl)

**Ons kenmerk**  
4061177-1078893-Z

**Bijlagen**  
1

**Datum document**  
6 februari 2025

Datum 19 maart 2025  
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u de antwoorden op de vragen van het lid Krul (CDA) over het bericht 'Zorgverzekeraars vinden thuis sterven vaak te duur' (2025Z02133).

Hoogachtend,

de staatssecretaris Langdurige  
en Maatschappelijke Zorg,

Vicky Maeijer

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

Antwoorden op Kamervragen van het lid Krul (CDA) over het bericht 'Zorgverzekeraars vinden thuis sterven vaak te duur' (2025Z02133, ingezonden d.d. 6 februari 2025).

#### Vraag 1

Bent u bekend met het bericht 'Zorgverzekeraars vinden thuis sterven vaak te duur'? Zo ja, wat vindt u hiervan?

#### Antwoord vraag 1

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>1</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 geschetste beeld niet lijkt te kloppen. Dit neemt niet weg dat mensen in de stervensfase te allen tijde de palliatieve zorg moeten ontvangen die zij nodig hebben. 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 tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars bestaan, zet ik, zoals ik heb aangegeven in mijn brief d.d. 14 maart jl.,<sup>2</sup> erop in om hierover in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) aanvullende afspraken te maken. 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. Daarnaast wil ik er in het AZWA op inzetten om communicatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te versterken zodat misverstanden over omzetplafonds worden voorkomen.

#### Vraag 2

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars een doelmatigheidstoets uitvoeren bij de aanvraag voor terminale thuiszorg?

#### Antwoord vraag 2

In mijn bovengenoemde brief van 14 maart jl. heb ik toegelicht dat met de zorgverzekeraars is gesproken over de werkwijze bij palliatieve zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders van wijkverpleging maken 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. 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

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

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2024-2025, 29 509, nr. 94.

zien dat een groot deel van het omzetplafond is bereikt, zodat zij afspraken kunnen maken over de voor palliatieve zorg benodigde uitbreiding.

Als het gaat om een aanbieder die niet-gecontracteerd is, kan het zo zijn dat een zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden heeft bepaald dat een machtiging moet worden aangevraagd voorafgaand aan het starten van de zorg. Bij het beslissen over de machtiging hanteert de medisch adviseur van de zorgverzekeraar het Normenkader indicatieproces en de beroepsrichtlijnen als toetsingskaders. Zorgverzekeraars zien dat deze niet altijd worden gevolgd. Ook worden er zorguren aangevraagd die niet vallen onder 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden'. Dat kan dan tot discussies leiden tussen aanvrager en zorgverzekeraar. Het is belangrijk dat dit soort discussies zo min mogelijk plaatsvinden. Mensen moeten in de stervensfase te allen tijde de terminale palliatieve zorg ontvangen die zij nodig hebben en ook machtigingen mogen daar op geen enkele wijze belemmeringen voor vormen. Daarom zet ik mij er voor in dat de beroepsgroep, zorgaanbieders en zorgverzekeraars in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord afspreken dat zij goede afspraken maken over de vraag wanneer palliatief terminale zorg niet meer verantwoord thuis kan worden georganiseerd en de beschikbaarheid van volwaardige alternatieven en zo nodig het Normenkader indicatieproces hierop aanpassen.

Vraag 3

Is bekend bij hoeveel mensen de aanvraag voor terminale thuiszorg vanwege doelmatigheidseisen wordt geweigerd?

Antwoord vraag 3

Alle zorgverzekeraars geven aan dat deze situatie zich niet heeft voorgedaan in 2024, noch in de jaren hiervoor.

Vraag 4

Hanteren zorgverzekeraars bij de aanvraag voor terminale thuiszorg een limiet van 12 uur zorg per maand?

Antwoord vraag 4

Zorgverzekeraars geven aan dat er geen limieten (maximum aantal uren) worden gesteld. Het professioneel oordeel van de indicierend wijkverpleegkundige is leidend. De aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet omvat zorg zoals een verpleegkundige die pleegt te bieden. Dit betekent dat een HBO-geschoolde wijkverpleegkundige een inschatting maakt van de benodigde zorg. De wijkverpleegkundige doet dit op basis van klinisch redeneren volgens het normenkader van de V&VN. Zo indiceert de wijkverpleegkundige de zorgbehoefte die nodig is en kijkt hoe deze ingezet kan worden binnen het steunsysteem van de verzekerde, in combinatie met de zorgorganisatie en eventueel vrijwilligers. Onderdeel van dat professionele oordeel is ook de vraag of de zorg thuis op verantwoorde wijze geboden kan worden en wat de mogelijkheden van mantelzorgers zijn. Als de grenzen van de mogelijkheden zijn bereikt maakt de wijkverpleegkundige alternatieve oplossingen – zoals verblijf in een hospice – bespreekbaar.

Vraag 5

Terminale thuiszorg in de laatste fase is toch juist hele intensieve zorg en verloopt toch bij iedereen anders?

Antwoord vraag 5

Dat klopt.

#### Vraag 6

Klopt het dat zorgverzekeraar Zilveren Kruis geen doelmatigheidseis hanteert bij terminale zorg thuis? Zo ja, dan betekent dit toch dat de doelmatigheidseis bij terminale thuiszorg een keuze is van de zorgverzekeraar is? Kunt u uitleggen waarom zij die keuze maken?

#### Antwoord vraag 6

De 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 zorg niet in de weg staat.

#### Vraag 7

Klopt het dat zorgaanbieders financieel opdraaien voor de 'overige uren' als de limiet van 12 uur zorg thuis is bereikt?

#### Antwoord vraag 7

Er is geen limiet van 12 uur zorg, omdat het bij palliatieve en terminale zorg, zorg op maat betreft. Wel zijn er in de contractuele afspraken tussen aanbieders en verzekeraars doorgaans afspraken gemaakt over een gemiddeld aantal uren, waarbij in sommige situaties waarbij dit afgesproken aantal uren ruim wordt overschreden nog enige afstemming tussen de zorgaanbieder en zorgverzekeraar plaatsvindt.

#### Vraag 8

Bent u bereid in overleg te treden met de zorgverzekeraars om een meer eenduidig beleid te ontwikkelen op het sterven thuis, waarbij meer zaken worden meegenomen dan alleen doelmatigheid?

#### Antwoord vraag 8

Ja, daar ben ik zeker toe bereid. Ik vind het echter belangrijk om dat gesprek met alle betrokken partijen te voeren. En dat gesprek wordt ook al gevoerd vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) waarin wordt gewerkt aan de transformatie palliatieve zorg. 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.

Daarnaast ben ik met partijen in gesprek over afspraken over palliatieve zorg in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord. Ik verwijs hiervoor naar mijn bovengenoemde brief d.d. 14 maart jl.

1) Trouw, 30 januari 2025, 'Zorgverzekeraars vinden thuis sterven vaak te duur'.

**Toelichting:**

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Dobbe (SP), ingezonden 30 januari 2025 (vraagnummer 2025Z01590) en van de leden Bikker (ChristenUnie), Diederik van Dijk (SGP) en Slagt-Tichelman (GroenLinks-PvdA), ingezonden 5 februari 2025 (vraagnummer 2025Z02020)