

Vergaderjaar 2016–2017

29 509

Palliatieve zorg

Nr. 65

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 juli 2017

In het Algemeen Overleg Decentralisatie/Wijkverpleging/Palliatieve zorg van 1 februari 2017¹ heb ik toegezegd u meer informatie te geven over:

- de aanpassing van de referentieperiode in de subsidieregeling voor de hospicezorg;
- het kwaliteitskader palliatieve zorg (en of geestelijke verzorging daarin inbegrepen is);
- het meenemen van het moment van gesprek over palliatieve zorg in het programma Palliantie, mede in het licht van de grens van drie maanden die bij bekostiging van palliatieve zorg nog vaak wordt gebruikt;
- het opnemen van contact met zorgverzekeraars over mogelijke obstakels bij de inkoop van palliatieve zorg door de generieke discussie over de budgetplafonds.

In mijn brief «Palliatieve zorg, een niveau hoger» van 3 november 2016 (Kamerstuk 29 509, nr. 64) heb ik toegezegd om u in het voorjaar te informeren over de uitkomsten van de NZa-inventarisatie rond knelpunten in de bekostiging van palliatieve zorg en hoe het staat met de eerder aangekondigde «quick wins» bij het verbeteren van de bekostiging, zoals het afschaffen van het voormalige ZZP10. Verder wil ik u graag op de hoogte brengen van de voortgang rond geestelijke verzorging en de eigen bijdragen.

Samenvatting

De aanpassing van de regeling ptz (palliatief terminale zorg) is goed verlopen. Voor (beperkte) nadelige gevolgen voor enkele hospices door de aanpassing in de referentieperiode wordt een oplossing gezocht. Voor de palliatieve zorg in brede zin geldt dat er al op alle onderwerpen uit de brief «Palliatieve zorg, een niveau hoger» goede voortgang wordt geboekt. Het

¹ Kamerstukken 29 538, 34 104 en 29 509, nr. 237.

aanvullende inzicht in knelpunten vanuit de analyse van de NZa zal worden meegenomen door het praktijkteam palliatieve zorg en bij de verdere doorontwikkeling van de bekostiging van de zorg door de NZa zelf. Het praktijkteam palliatieve zorg zal in ieder geval dit jaar nog worden voortgezet.

Aanpassing referentieperiode

De regeling Palliatieve terminale zorg is per 1 januari 2017 aangepast en verlengd met 5 jaar. U bent hierover geïnformeerd in mijn brief van 8 juni 2016.² Eén van de aanpassingen in de regeling betrof een verandering van de referentieperiode die wordt gebruikt om het gemiddeld aantal cliënten per hospice te berekenen. Het hospice ontvangt vervolgens op basis hiervan een subsidiebedrag per cliënt voor de inzet van de vrijwillige ptz. Hospices moesten voorheen voor de drie voorafgaande jaren de cliënten tellen van 1 juli tot 30 juni. De nieuwe methodiek werkt hetzelfde maar met hele kalenderjaren. Daarom is de hele periode van drie jaar een half jaar naar voren geschoven.

In het Algemeen Overleg is aandacht gevraagd voor hospices die eenmalig nadeel ondervinden van de wijziging. Nieuwe hospices die rond 2015/2016 zijn gestart ondervinden nadeel, omdat ze pas later subsidie aan kunnen vragen dan waarop ze gerekend hadden bij het maken van hun plannen (ter illustratie: de cliënten van begin 2016 werden bij de subsidieronde voor 2017 niet langer meegeteld en komen pas bij de subsidieronde voor 2018 in beeld). Om dit voor deze hospices onverwachte effect te compenseren was in 2016 al een overgangsmaatregel ingesteld voor de huizen die vanaf 2015 waren geopend. De overgangsmaatregel zal ook in 2017 nog gelden voor hospices die vanaf 2016 zijn geopend. Na 2017 is de overgangsmaatregel niet meer nodig, omdat nog recenter geopende hospices ruim voor hun opstart bekend konden zijn met de opzet van de nieuwe regeling.

Er zijn verder twee gevallen van bestaande hospices die bezwaar hebben gemaakt bij de indiening en verlening eind 2016. Deze hospices ondervonden nadeel van verbouwingen of uitbreidingen die in de periode 2013–2014 en in de periode 2014–2015 plaatsvonden en waardoor begin 2013 en in het laatste referentiejaar tijdelijk minder cliënten konden worden opgenomen. Hierdoor pakte de berekening van de subsidie met de nieuwe referentieperiodes negatief uit. Hier wordt coulant mee omgegaan. Er moet dan wel sprake zijn van overmacht en een bijzondere gebeurtenis. Voor overige gevallen geldt dat vooraf is aangegeven dat wijzigingen van de regeling nu eenmaal tot kleine veranderingen in het subsidiebedrag kunnen leiden, die zowel voor- als nadelig kunnen uitpakken voor hospices.

Kwaliteitskader

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg bevat onder meer standaarden voor de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie van palliatieve zorg, waarbij de generalistische zorgverlener in elke zorgsetting de mogelijkheid dient te hebben om zo nodig de ondersteuning van een gespecialiseerde zorgverlener, dus ook een geestelijk verzorger, in te roepen.

Het eindconcept van het Kwaliteitskader ligt op dit moment voor ter autorisatie bij de Patiëntenfederatie Nederland, de wetenschappelijke verenigingen/beroepsverenigingen van zorgverleners en Zorgverzekeraars Nederland. Na autorisatie zal in samenspraak en in afstemming met deze

² Kamerstuk 29 509, nr. 62.

partijen een plan voor gefaseerde implementatie worden opgesteld. Dit zal naar verwachting na de zomer plaatsvinden.

Gesprek palliatieve zorg/grens drie maanden

In het AO heb ik aangegeven dat ik zal nagaan of het programma Palliantie de vraag meeneemt wanneer het gesprek over palliatieve zorg het beste ingezet kan worden. Uit de managementrapportage 2016 (bijlage 1) blijkt dat er inmiddels diverse projecten zijn gestart, zoals advance care planning voor mensen met een verstandelijke beperking, alsook voor kinderen met een levensbedreigende ziekte en hun ouders en voor de kwetsbare oudere patiënt. Ook is er een project gestart over hoe en wanneer samen met naasten te beslissen een behandeling op de «intensive care» te staken.

De grens van drie maanden speelt bij dit soort gesprekken in beginsel geen rol. Advance care planning, shared decision making (samen beslissen) en het goede gesprek moeten immers zo snel mogelijk plaatsvinden als duidelijk is dat genezing niet langer mogelijk is of als het levenseinde nadert zonder dat er sprake is van een levensbedreigende ziekte. In mijn brief van 3 november 2016 heb ik aangegeven dat de palliatieve benadering al eerder dan drie maanden kan worden ingezet. Wel is het zo dat de nadruk bij de financiering van intensieve zorg vaak op de laatste drie maanden ligt en dat een terminaliteitsverklaring in sommige situaties nog noodzakelijk is. Ik heb dat op verzoek van diverse professionals nogmaals in de informatiekaarten palliatieve zorg benadrukt en het woord «terminale» in de passages zoveel mogelijk weggehaald. Ook wordt dit punt meegenomen bij de vervolgvactiteiten naar aanleiding van het hieronder beschreven NZa-rapport over de palliatieve zorg.

Voor de verdere voortgang van het programma Palliantie op de andere terreinen verwijs ik u naar de managementrapportage 2016 (bijlage 1)³.

De relatie tussen (intensieve) palliatieve zorg en budgetplafonds bij aanbieders

Naar aanleiding van de motie van de leden Bergkamp en Van der Staaij (Kamerstuk 29 689, nr. 734) heb ik de zorgverzekeraars gewezen op hun zorgplicht wanneer het gaat om 24-uurszorg in de laatste palliatieve fase. Ik heb u hierover in de Kamerbrief van 3 november 2016 geïnformeerd (Kamerstuk 29 509, nr. 64). Als vervolg hierop heb ik – zoals toegezegd – met de verzekeraars gesproken over hoe wordt omgegaan met een dreigende overschrijding van het budgetplafond als gevolg van het leveren van (intensieve) palliatieve zorg.

Net als bij de reguliere zorg, geldt bij (intensieve) palliatieve zorg dat de afspraken met betrekking tot de hoogte van het budgetplafond worden bepaald op basis van een onderhandeling tussen de verzekeraar en de aanbieder. De historie en mogelijke groei van een aanbieder worden hierin meegenomen. Het kan voorkomen dat een aanbieder die veel intensieve zorg levert, eerder zijn budgetplafond bereikt. In de contracten staat opgenomen dat de aanbieder direct en vroegtijdig contact op moet nemen met de zorgverzekeraar wanneer dit het geval is. In overleg kan de aanbieder onderbouwen waarom de intensieve 24-uurszorg nodig is en wordt bekeken of hier extra middelen voor nodig zijn. In het kader van de zorgplicht moeten verzekeraars – ook in het geval van palliatieve zorg – ervoor zorgen dat er in een regio voldoende budget beschikbaar is bij gecontracteerde aanbieders om ook intensieve 24-uurszorg te leveren.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

NZa-rapport

Bijgaand treft u het rapport van de NZa aan «Palliatieve zorg: zorg op maat» (bijlage 2)⁴. In het rapport worden 35 signalen besproken op basis waarvan 7 verbeterpunten worden geformuleerd. De genoemde korte termijn acties worden opgepakt, er zal meer gebruik gemaakt worden van experimenten en er zullen ronde tafels worden ingesteld. De NZa zal de aanbevelingen verder meenemen in de doorontwikkeling van de bekostiging van medisch specialistische zorg, de eerstelijnszorg en de langdurige zorg. Enkele concrete casussen en meer algemene signalen zijn doorgestuurd naar het praktijkteam palliatieve zorg. Voor de overige bevindingen en aanbevelingen verwijs ik u naar de samenvatting en de conclusies van het rapport. Het duiden van voorstellen voor meer ingrijpende wijzigingen in de bekostiging laat ik aan het volgende kabinet.

Quick wins

In mijn brief van november 2016 «palliatief terminale zorg een niveau hoger», heb ik aangegeven dat het mijn voornemen is om de indicatiestelling van het zorgprofiel «Beschermd verblijf met intensieve palliatief terminale zorg» af te schaffen. Om de afschaffing van deze indicatiestelling per 1 januari 2018 mogelijk te maken, heb ik overleg gevoerd met zorgkantoren, Zorginstituut Nederland, CIZ, NZa en branche-organisaties en zijn al de nodige voorbereidende stappen gezet.

Voor cliënten die verblijven in een instelling en de zorg afnemen in de vorm van een zzp of cliënten die de zorg afnemen in de vorm van een volledig pakket thuis (vpt) blijft er een prestatie bestaan die gelijk is aan de huidige prestatie. Zorgaanbieders kunnen zonder tussenkomst van het CIZ de prestatie declareren in plaats van het vigerende zorgprofiel als aan de (bestaande huidige) voorwaarden wordt voldaan.

Ook voor cliënten die thuis verblijven kunnen zorgaanbieders snel en zonder tussenkomst van het CIZ op basis van een terminaliteitsverklaring de benodigde PTZ bij een Wlz-cliënt inzetten. Voor zowel cliënten die verblijven in een instelling als cliënten die thuis verblijven, heeft er vooraf geen toestemming te worden gegeven door het zorgkantoor. Controle vindt achteraf plaats via materiële controle en benchmarking.

Verder zal worden gewerkt aan een duiding van de invulling van 24-uurszorg in de palliatieve fase door het Zorginstituut. In de praktijk bestaat hierover onduidelijkheid en wordt het verschillend ingevuld door aanbieders.

Voor het vereenvoudigen van administratieve vereisten en het beter zicht krijgen op de financiering van hospices is het (interne) plan van aanpak van ZN in concept gereed. Het plan zal nog verder worden aangescherpt naar aanleiding van de aanbevelingen uit de zojuist gereed gekomen NZa-rapport over de palliatieve zorg en vervolgens (waar mogelijk in samenwerking met het praktijkteam palliatieve zorg) worden uitgevoerd.

Financiering en bekendheid van geestelijke verzorging

Naar aanleiding van de moties van lid Van der Staaij⁵ en – meer recent – lid Dik-Faber⁶ heb ik eind vorig jaar gesprekken gevoerd met de Vereniging van Geestelijk Verzorger (VGVZ) en het Zorginstituut Nederland (ZINL) over de mogelijkheden tot structurele financiering en

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁵ Kamerstuk 29 509, nr. 56.

⁶ Kamerstuk 29 538, nr. 234.

het vergroten van de toegankelijkheid door betere bekendheid van geestelijke verzorging bij verwijzers en cliënten. Wat betreft de financiering van geestelijke verzorging blijkt dat de conclusies van de uitvoeringstoets – zoals deze in 2006 door het ZINL is opgesteld – nog altijd van kracht zijn. De zorginterventie die geestelijk verzorgers volgens deze uitvoeringstoets bieden is «begeleiding bij coping en zingeving». Bij geestelijk verzorgers gaat het specifiek om zingeving en coping vanuit levensbeschouwelijke optiek. Deze interventie is geen verzekerde zorg, zoals nader is toegelicht in de brief van 6 april 2010 waarin de positie van de geestelijke verzorging in het stelsel van wettelijke verzekeringen wordt toegelicht. Vanuit de VGVZ wordt daarom de komende tijd gewerkt aan het verzamelen van informatie over de effectiviteit van «begeleiding bij coping en zingeving vanuit levensbeschouwelijke optiek» door een geestelijk verzorger.

Tevens is de bekendheid van de mogelijkheden onder zorgaanbieders en hulpverleners op dit moment nog onvoldoende. Ik heb daarom de afgelopen maanden samen met de VGVZ gesprekken gevoerd met beroepsorganisaties en brancheverenigingen, zodat de bekendheid van de zorg door een geestelijk verzorger toeneemt. Vanuit de VGVZ is bovendien een taskforce opgezet die zich onder andere inzet voor het verbeteren van de bekendheid van het beroep door spirituele zorg en zingeving een structurele plaats te geven in basisopleidingen, goede voorbeelden te verspreiden en experimenten op te zetten waarbij geestelijke verzorging in de eerste lijn wordt toegepast. Ik vind het goed dat de beroepsgroep zelf actie onderneemt en zal de VGVZ hierbij waar nodig ondersteunen.

Eigen bijdragen

De effecten van eigen bijdragen in de Wlz op de keuzen van mensen is een vraagstuk waarop wordt ingegaan in het Eindrapport van de Technische werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven «Zorgen voor gezonde groei».⁷ In dat rapport wordt zorg op de juiste plek als rode draad genoemd voor betere zorg en betere beheersing van uitgaven, omdat voorop moet staan dat mensen de zorg krijgen die ze nodig hebben en niet de wijze van bekostiging. Zoals vermeld in mijn brief van november 2016 zijn overigens per 1 januari 2017 minder cliënten een eigen bijdrage gaan betalen doordat het eerstelijnsverblijf naar de Zvw is overgeheveld.

Tot slot

Het praktijkteam palliatieve zorg zal in ieder geval dit jaar nog worden voortgezet. Er komen nog steeds meldingen binnen (in totaal ongeveer 200 sinds maart 2016) en het praktijkteam is in 2017 maandelijks actief op bezoek geweest bij vertegenwoordigers van patiënten, huisartsen, de GGZ, verstandelijk gehandicapten en gemeenten om knelpunten en verbeterpunten op te halen. Om inzicht te bieden in de werkwijze van het praktijkteam palliatieve zorg is een korte film ontwikkeld die een casus van begin tot het eind in beeld brengt. De film is beschikbaar via de link <http://bit.ly/2qDJxDP>. Verder zal worden aangesloten bij de bovengenoemde uitkomsten van het NZa-rapport en het plan van aanpak van ZN. Binnen het raamwerk van het Nationaal programma wordt derhalve op veel gebieden gewerkt om te komen tot nog betere palliatieve zorg in 2020.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn

⁷ Kamerstuk 32 620, nr. 189.