

29509

Palliatieve zorg

Nr. 85

Verslag van een schriftelijk overleg
Vastgesteld 22 oktober 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 6 juni 2024 inzake palliatieve zorg en stervensbegeleiding (Kamerstuk 29509, nr. 82)).

De vragen en opmerkingen zijn op 18 oktober 2024 aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 22 oktober 2024 zijn de vragen, voorzien van een inleiding, beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inleiding

Bijgaand stuur ik u de antwoorden op de vragen van het Schriftelijk Overleg (SO) over Palliatieve zorg en stervensbegeleiding. Voor de goede orde merk ik hierbij het volgende op.

Op woensdagavond 16 oktober jl. stond het plenaire debat Palliatieve zorg en stervensbegeleiding geagendeerd. Zeer kort van tevoren is door u besloten het debat van de agenda te halen. Vervolgens heeft uw Kamer via een emailprocedure op 17 oktober jl. besloten tot een schriftelijk overleg met daarbij de wens de beantwoording voor de begrotingsbehandeling VWS te ontvangen. Op vrijdagmiddag 18 oktober jl. stuurde u mij het verslag van dat schriftelijk overleg.

Ik vind het belangrijk dat uw Kamer goed geïnformeerd is en dat vragen adequaat worden beantwoord. Dat vraagt echter zorgvuldigheid en dus ook tijd. Niet voor niets zijn er termijnen afgesproken ten aanzien van het beantwoorden van vragen. Gelet op het grote aantal vragen in het SO en de krappe termijn is het voor mij niet mogelijk geheel aan uw verzoek te voldoen.

Aangezien de motivatie om de antwoorden op zeer korte termijn te ontvangen is gelegen in de begrotingsbehandeling heb ik in mijn beantwoording prioriteit gegeven aan de vragen met een budgettair karakter. Daarmee maak ik mogelijk dat u de juiste afwegingen kunt maken met het oog op uw inbreng tijdens de begrotingsbehandeling.

Ook alle overige vragen heb ik zo goed mogelijk geprobeerd te beantwoorden. Daarbij heb ik wel - voor uitgebreidere beschouwingen - soms terugverwezen naar eerdere brieven. Daar waar een antwoord nog niet gegeven kan worden zal ik die betrekken bij mijn voortgangsbrief die u in december a.s. zult ontvangen.

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de

GroenLinks-PvdA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de

ChristenUnie-fractie

II. Reactie van de staatssecretaris

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Palliatieve zorg en stervensbegeleiding zijn een wezenlijk onderdeel van onze levensloop, zo constateren de leden van de PVV-fractie. In het regeerprogramma (bijlage bij Kamerstuk 36471, nr. 96) is hierover opgenomen dat palliatieve en terminale zorg een vanzelfsprekend onderdeel moeten worden van reguliere zorg. Waaruit blijkt dat dit nog niet het geval is?

De staatssecretaris geeft aan dat er nog onderzocht wordt welke aanpassingen hiervoor nodig zijn in de verschillende zorgwetten. Hoever is de staatssecretaris met deze onderzoeken en wanneer gaan we de eerste aanpassingen zien?

Kan de staatssecretaris al meer vertellen over de experimenten alternatieve bekostiging palliatieve zorg? En wat is de stand van zaken met betrekking tot knelpunten in de huidige bekostiging en contractering van palliatieve zorg?

De leden van de PVV-fractie hebben in een commissiedebat palliatieve zorg van afgelopen april (Kamerstuk 29509, nr. 83) aangegeven dat vanwege het hanteren van budgetplafonds door de zorgverzekeraars het nog steeds voorkomt dat mensen niet kunnen sterven op de plek van hun keuze. Is dit inmiddels opgelost en zo ja, hoe?

Vanuit het werkveld blijkt dat er soms lange wachtlijsten bestaan voor een plaats in de hospice. Navraag hiernaar leert genoemde leden dat er met regelmaat mensen in een hospice verblijven die beter op hun plek zouden zijn in een verpleeghuis. Echter, iedereen weet dat ook de verpleeghuisplekken schaars zijn en er meer dan 21.000 mensen op de wachtlijst staan.

De thuiszorg kan vanwege de zorgzwaarte en personeelsgebrek de zorg thuis steeds vaker niet meer leveren. Bij gebrek aan een plek in een verpleeghuis is dan soms een vrij bed in een hospice een laatste oplossing voor deze mensen. Met als gevolg dat de hospice steeds minder beschikbaar is voor de doelgroep waarvoor zij bedoeld is.

Door wachtlijsten en tekorten in de zorg elders verschuiven tekorten ook naar de zorg in de hospice. Herkent de staatssecretaris de situatie die de leden van de PVV-fractie schetsten?

Zo ja, hoe verwacht zij dat deze situatie zich de komende jaren zal ontwikkelen?

De oplossing ligt niet alleen in de palliatieve zorg, maar overstijgt meerdere domeinen. Hoe gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat de juiste zorgvrager op het juiste bed belandt en zo passende zorg kan

krijgen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de staatssecretaris op het verzoek van de commissie over verankering van de palliatieve fase in alle zorgwetten. Hierbij hebben zij nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zouden allereerst willen benadrukken dat het voor de rouwverwerking van de nabestaanden van groot belang is dat het stervensproces zo goed mogelijk verloopt.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn van mening dat palliatieve zorg 24 uur per dag, 7 dagen per week gedurende het hele jaar beschikbaar dient te zijn. Zij merken op dat er grote problemen zijn met de capaciteit van palliatieve thuiszorgteams en zien dat de budgetplafonds de beschikbaarheid van de palliatieve zorg belemmeren. Klopt het dat kleinere organisaties in de knel komen te zitten wegens de budgetplafonds en dat grotere organisaties in de knel komen te zitten wegens de doelmatigheidseisen? Zo ja, welke concrete maatregelen gaat de staatssecretaris nemen om dit tegen te gaan?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn zich ervan bewust dat de organisatie bij het overschrijden van het plafond contact zou moeten opnemen met de zorgverzekeraar om tot een nieuwe afspraak te komen, maar merken hierbij op dat dit in de praktijk erg ingewikkeld is en vertragend kan werken. Zij zien dat kleinere organisaties met minder financiële reserves hierdoor failliet gaan of genoodzaakt zijn zorg te moeten weigeren met als gevolg dat de druk op andere organisaties toeneemt. Genoemde leden zien dat de druk in november en december bijzonder hoog is. Zij merken tevens op dat deze druk ook gevoeld wordt door vrijwilligers, die geconfronteerd worden met medische zorgtaken in de nacht, omdat er niet genoeg professionals waren om het rooster rond te krijgen. Kan de staatssecretaris reflecteren op het feit dat zorgorganisaties niet in staat zijn om hun werk goed te doen wegens financiële belemmeringen en personeelstekorten? Welke concrete oplossingen kunnen genoemde leden verwachten van de staatssecretaris? Kan de staatssecretaris daarnaast ook reflecteren op het bestaan van budgetplafonds in de palliatieve zorg? Zou de staatssecretaris kunnen reflecteren op de noodzaak van het bestaan van budgetplafonds in de palliatieve zorg of zijn zij het met genoemde leden eens dat het beter zou zijn als de palliatieve zorg uitgezonderd zou zijn van budgetplafonds?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie merken dat organisaties onder grote druk staan wegens de doelmatigheidseisen. Zij merken op dat organisaties de opdracht krijgen om een gemiddeld aantal uren per cliënt

te besteden, waarbij er een financiële beloning is indien de organisatie onder dit aantal uren blijft, maar er een boete is als de organisatie het aantal uren overschrijdt. Zou de staatssecretaris op deze punten een reflectie kunnen geven? Welke concrete maatregelen is de staatssecretaris voornemens te nemen om deze problematiek op te lossen? Welke concrete maatregelen gaat de staatssecretaris nemen om specifiek te voorkomen dat deze systematiek ontmoedigend werkt voor organisaties om cliënten met een grote zorgvraag te helpen? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie merken op dat de advance care planning-gesprekken erg waardevol zijn. Hierbij vragen zij welke concrete stappen de staatssecretaris gaat nemen om goede afstemming te bewerkstelligen tussen de verschillende beroepsgroepen rondom de advance care planning. Hoe gaat de staatssecretaris tevens erop toe zien dat er goede informatieoverdracht tussen deze beroepsgroepen (bijvoorbeeld: huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten, etc.) plaatsvindt?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich ernstig zorgen over de organisatie van nazorg voor nabestaanden. Zij merken op dat nazorg niet officieel gefinancierd wordt door thuiszorgorganisaties, ondanks de noodzakelijkheid (welke ook benadrukt wordt in de opleiding voor palliatieve zorg). Zij merken op dat nabestaanden momenteel afhankelijk zijn van zorgverleners die bereid zijn om dit in hun vrije tijd te doen of in staat zijn om het onder kantoortijd weg te schrijven. Zij zien ook dat de vrijwilligers van Palliatieve Terminale Zorg weliswaar een subsidie ontvangen, maar dit gaat om één bedrag per inzet, waardoor deze vrijwilligers soms maar beperkt nazorg kunnen bieden. Genoemde leden zouden graag willen zien dat nazorg ingebed wordt in de gehele sector van palliatieve zorg, waar dit nodig is. Welke concrete stappen gaat de staatssecretaris nemen om dit te realiseren? De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het feit dat uitgerekend in de week van de palliatieve zorg de staatssecretaris heeft bekend gemaakt dat er acht procent minder subsidie per persoon gegeven zal worden aan hospices en organisaties met vrijwilligers in de palliatieve zorg. Genoemde leden verzoeken de staatssecretaris met klem om deze serieuze bezuiniging te heroverwegen en niet in te voeren. Is de staatssecretaris ook bereid om dit te doen? Zo nee, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Al langer zijn de leden van de VVD-fractie pleitbezorger van goede palliatieve zorg. Hierbij proberen deze leden het belang van goede palliatieve zorg te benadrukken, waarbij zij erkennen dat er stappen gezet moeten worden om (waar nodig) deze zorg te verbeteren. De leden van de VVD-fractie zijn doordrongen van het belang van goede en zorgvuldige palliatieve zorg. Het is voor mensen in de laatste levensfase, en voor de mensen om hen heen, van groot belang om goed afscheid te kunnen nemen. Daarbij hoort goede medische begeleiding en handelen, maar ook aandacht voor het proces van sterven. Patiënt, zorgvuldige

zorg en vertrouwen in de zorgverleners moeten hier voorop staan.

De staatssecretaris onderzoekt hoe de bestaande wetgeving kan worden aangepast om deze zorg verder in te voeren en te verbeteren. In de begroting van 2025 van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt aangegeven dat de eerder vastgestelde impulsmiddelen (€150 miljoen) hiervoor beschikbaar blijven. De leden van de VVD-fractie steunen deze voornemens van de staatssecretaris.

Toch gaat het verstrekken en bekostigen van de palliatieve zorg nog niet altijd goed (genoeg), ondanks dat het belang van deze zorg in de laatste levensfase door vrijwel iedereen – betrokkenen, artsen, verpleegkundigen en politiek – wordt erkend.

Daarom hebben wij nog een aantal vragen. Kan de staatssecretaris aangeven in hoeverre er nog altijd sprake is van structurele uitdagingen in de palliatieve zorg? Genoemde leden hebben het bijvoorbeeld al vaker gehad over de verstrekking van zorg, hulpmiddelen en ondersteuning vanuit de wijkverpleging. Hoe staat het met de communicatie en de mogelijkheden in domeinoverstijgende samenwerking? En wat zijn de hobbels in de financiering en de contractering?

Hoe staat het met de capaciteit, de beschikbaarheid van het aantal hospices en het aantal bedden? Associatie Hospicezorg Nederland laat weten dat er vanaf 2040 1.800 bedden nodig zijn. Er zijn volgens hen momenteel 1.200 bedden. Wat is ervoor nodig om deze extra bedden in de toekomst te realiseren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben de brief van de voormalig minister over palliatieve zorg met interesse gelezen. Daarover hebben deze leden een aantal vragen. De leden van de NSC-fractie vinden het tijdige gesprek over het komende levenseinde, hoe moeilijk ook, van cruciaal belang. Hoe kan de staatssecretaris ervoor zorgen dat dat gesprek vaker tijdig wordt gevoerd? De algemene norm is dat 4 goede palliatieve zorg niet alleen een specialisatie is, maar dat elke arts en verpleegkundige zijn/haar verantwoordelijkheid ziet. Genoemde leden vragen de staatssecretaris hoe wordt ervoor gezorgd dat kennisniveau van alle zorgverleners van helpenden tot specialist op pijl is. Hoe gaat het nu met de verschillende initiatieven om dit te verbeteren, zoals het Nationaal Programma Palliatieve Zorg? Hoe kunnen de goede projecten die hieruit voortkomen structureel worden gefinancierd? Genoemde leden zien dat verzekeraars nu eerste stappen zetten om dat gesprek bij huisartsen ook te vergoeden. Op welke manier kan dat initiatief navolging krijgen?

Verder horen de leden van de NSC-fractie geluiden uit het ziekenhuis dat het heel ingewikkeld is om palliatieve zorg in het ziekenhuis vergoed te

krijgen. De Diagnose Behandel Combinatie (DBC) palliatieve zorg wordt alleen vergoed als het palliatief team ernaar gekeken heeft én een bespreking in het multidisciplinair overleg heeft plaats gevonden. Dagelijkse zorg voor een patiënt die echt in de stervensfase is maar die sterft voordat er een multidisciplinair overleg heeft kunnen plaatsvinden dan is alle zorg niet declarabel. Genoemde leden vragen aan de staatssecretaris of dit anders geregeld kan worden. Daarnaast moet er kennelijk anderhalf uur zitten tussen twee poliklinische bezoeken in ziekenhuizen. Dus als de patiënt een afspraak bij de poli palliatieve zorg heeft en een afspraak bij de oncoloog moet er minstens anderhalf uur zitten tussen die afspraken, anders wordt er niet vergoed. Dit gaat echter om doodzieke patiënten, kan dit echt niet anders?

De leden van de NSC-fractie vinden het een goed uitgangspunt dat het de wens van de meeste mensen is om thuis in een vertrouwde omgeving te sterven. Ergens zien genoemde leden daar ook wel een spiegel met de geboorte, het begin van het leven en het einde van het leven, zijn de meest intieme momenten, en in sommige opzichten lijken ze op elkaar. Ook rond geboortezorg zien zij dat goede zorg aan huis ertoe kan leiden dat er minder onnodige medicalisatie plaatsvindt, juist omdat je het altijd achter de hand hebt. Het sterven heeft net als geboren worden iets onvoorspelbaars, dat is nog een overeenkomst, je weet meestal niet op welke dag het gaat gebeuren, iets waar mensen dus de controle ook deels uit handen geven, en dat kan ook wanneer je weet dat goede zorg binnen handbereik is. Dat er goede bestrijding van pijn, benauwdheid of misselijkheid mogelijk is. En er altijd nog ingegrepen kan worden. Hoe kan de staatssecretaris ervoor zorgen dat de samenleving weet hoe zo'n natuurlijk sterven evenals een natuurlijke geboorte met alle begeleiding die daarbij mogelijk, is bekend gemaakt wordt?

De leden van de NSC-fractie zien dat ons land gelukkig beschikt over kundige zorgverleners in de wijk die dat thuis sterven kunnen ondersteunen. Sinds de Wet toetsing levensbeëindiging is er veel geld in onderzoek en onderwijs gestoken. De onderzoeken hebben de laatste jaren geleid tot goede projecten, zoals de palliatieve thuiszorggroepen. Deze zogeheten PaTz-groepen bestaan uit huisartsen, wijkverpleegkundigen en inhoudelijk deskundigen die vroegtijdig met patiënten die niet zo lang te leven meer hebben, spreken over de behoeften nabij het levenseinde. Uit onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat er nog geen landelijke organisatie en bekostiging van proactieve zorgplanning² is. De NZa zegt daar verandering in te brengen en gaat aan de slag met de bekostiging in de huisartsen- en ziekenhuiszorg en deels in de kortdurende en langdurige zorg. Aan de staatssecretaris vragen deze leden wat de stand van zaken is om de structurele bekostiging van proactieve zorgplanning te realiseren. Wordt bij die plannen voor structurele bekostiging ook de deelname aan de PaTz-groepen bekostigd, niet alleen voor huisartsen maar ook voor de wijkverpleegkundigen en andere deskundigen die hieraan deelnemen?

De leden van de NSC-fractie horen van de wijkverpleging dat ook daar de urennormen echt kunnen knellen. Dat ook daar het vaak ingewikkeld blijkt om de kortdurende acute terminale zorg vergoed te krijgen of überhaupt te kunnen leveren met schrijnende gevallen tot gevolg, zoals eerder dit jaar werd beschreven in de Volkskrant. Genoemde leden zijn dan ook blij te zien dat één van de zorgverzekeraars, Zilveren Kruis, een verzoek tot verruiming van de zorg voor palliatief-terminale patiënten voortaan altijd honoreert. Zodat die zorg gewoon opgestart kan worden, zonder het risico dat het niet vergoed wordt. Deze leden vragen aan de staatssecretaris hoe zij kijkt naar die stap en of zij ook kansen ziet dat die navolging krijgt bij alle andere verzekeraars?

NZa, 26 juni 2024, 'Rapport verkenning bekostiging proactieve zorgplanning' (Rapport verkenning bekostiging proactieve zorgplanning - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)) 5 De leden van de NSC-fractie constateren dat soms het hospice de aangewezen plek is om te sterven. Het komt voor dat mensen die terminaal ziek zijn niet naar het hospice van hun keuze kunnen vanwege een zorgplafond. Genoemde leden vragen de staatssecretaris of zij dit beeld herkent en wat zij vindt van deze zorgplafonds bij hospices. Hoe kunnen zorgplafonds voor hospices voorkomen worden?

Tenslotte willen de leden van de NSC-fractie nog benoemen dat zij zeer veel waardering hebben voor het goede werk van de vele vrijwilligers in de palliatieve zorg. Vrijwilligers krijgen via de organisatie Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ) een opleiding om vervolgens de patiënt en familie thuis of in het hospice bij te staan. Hoe kijkt de staatssecretaris tegen de VPTZ aan en kunnen zij hun subsidie de komende jaren behouden of in de toekomst uitbreiden vanwege de groei van het aantal stervenden?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben een aantal vragen met betrekking tot palliatieve zorg en stervensbegeleiding.

De leden van de D66-fractie merken op dat het nog steeds voorkomt dat patiënten geen toegang hebben tot goede zorg door het zorgplafond. Kan de staatssecretaris uitleggen waar het probleem precies ligt en welke oplossingen zij hiervoor ziet? Kan zij daarbij ook ingaan op het rapport van de Algemene Rekenkamer uit 2021? Welke stappen zijn sindsdien gezet? En wat is er nog nodig om te voorkomen dat patiënten en hun naasten in een al onzekere situatie worden teleurgesteld, zo vragen deze leden.

De leden van de D66-fractie maken zich zorgen over de hospicezorg. Er zijn nu 1200 bedden, maar dit moet groeien naar 1800. Kan de staatssecretaris uitleggen welke plannen zij hiervoor heeft en binnen

welke termijn dit zal gebeuren?

Deze leden merken op dat veel hospices sterk afhankelijk zijn van vrijwilligers. Doordat de inzet van vrijwilligers toeneemt, wordt de subsidie echter met acht procent verlaagd. Erkent de staatssecretaris dat dit grote problemen kan veroorzaken voor veel hospices? Kan zij aangeven hoe de subsidieregeling kan worden aangepast, zodat er rekening wordt gehouden met de groei van vrijwilligers? En is zij het met de leden van de D66-fractie eens dat het professionaliseren van informele zorg juist bijdraagt aan betere zorg? Zo, ja, welke plannen heeft zij om hier op in te zetten, zo vragen deze leden.

De leden van de D66-fractie constateren dat patiënten die palliatieve zorg krijgen vaak geen vast aanspreekpunt hebben, omdat de zorg over verschillende zorgverleners is verspreid. Erkent de staatssecretaris, net als deze leden, het belang van één vast aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten? Welke oplossingen ziet de staatssecretaris hiervoor? Daarnaast vragen de leden welke rol een verpleegkundig specialist hierin kan spelen.

Ten slotte, vragen deze leden of de staatssecretaris kan uitleggen hoe de kwaliteit van palliatieve zorg in ziekenhuizen wordt gecontroleerd, welke aandachtspunten daarbij opvallen en welke stappen daarna worden ondernomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de actualiteit rond palliatieve zorg en stervensbegeleiding. Deze leden hebben de volgende vragen aan de staatssecretaris.

De leden van de BBB-fractie hebben verschillende schrijvende verhalen gelezen die helaas geen uitzondering zijn. Slechts de helft van al deze patiënten sterft op de plek waar ze hadden gehoopt. Dit heeft te maken met administratieve hoepels, geld-gedreven keuzes en controledwang vanuit de zorgverzekeraars. Hoe stervensbepalend dit is, verschilt sterk per regio. Hierdoor komt kwalitatieve 6 zorg naar de wensen van de stervende neer op niets meer dan geluk. Wat de leden van de BBB-fractie betreft moet het niet uitmaken waar je woont. Je moet kunnen rekenen op goede en waardige zorg zéker in de laatste fase van het leven. Hoe gaat de staatssecretaris de palliatieve zorg in alle regio's meer met elkaar in lijn brengen?

Ook vinden de leden van de BBB-fractie dat iedereen die dat wil thuis moet kunnen sterven. Vanwege de welbekende budgetplafonds is dat niet vaak niet haalbaar als mensen in november of december komen te overlijden. Hiermee komt de rekening van het beperken van de zorgkosten op het bordje van kwetsbare stervenden terecht. Het is voor

iedereen belangrijk erop te kunnen vertrouwen dat voor elke patiënt overal, thuis, in verpleeghuis, ziekenhuis, ggz-instelling of VGZ-omgeving, de juiste palliatieve zorg deskundigen bereikbaar zijn én gevonden worden. Dit kan door de huidige situatie niet gegarandeerd worden. Hoe kijkt de staatssecretaris naar deze budgetplafonds in de palliatieve zorg? Is dit niet bij uitstek een facet van de zorg waarin we dit weg zouden moeten laten?

Daarnaast vinden genoemde leden ook dat er in Nederland veel wél goed is geregeld op het gebied van palliatieve zorg. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan specialistische teams palliatieve zorg die steeds meer ziekenhuizen kennen. Toch zien we de doorverwijzingen maar mondjesmaat groeien. Uit onderzoek van dr. Boddaert, die op het onderwerp promoveerde, blijkt dat slechts een kwart van de ziekenhuispatiënten met complexe palliatieve zorgbehoeften door een specialistisch team wordt gezien. Ziet de staatssecretaris mogelijkheden om het aantal patiënten dat de specialistische palliatieve zorg krijgt die ze nodig hebben, te verhogen?

Vanuit het veld bereiken de leden van de BBB-fractie signalen dat veel partijen in zorg en onderwijs op basis van projectsubsidies al sinds 2018 werken aan het groter maken van de kennis en vaardigheden van zorgverleners op alle niveaus. Echter, de samenwerking is nog een aandachtspunt. Er is behoefte aan een herkenbare basis te komen, een structuur, om die kennis en ervaring zichtbaar en merkbaar stevig te maken en te houden. Vanuit het veld is er roep om een Onderwijsraad Palliatieve Zorg voor waarin de bewindspersonen van de ministeries Volksgezondheid, Welzijn en Sport én Onderwijs, Cultuur en Wetenschap samen voor vertrouwen van de Tweede Kamer zorgen, door eenheid en verbinding van verantwoordelijken van alle niveaus van onderwijs (van mbo tot en met medisch specialistische vervolgopleidingen). Het gaat erom dat daarmee en daardoor alle deskundigen palliatieve zorg beter samen kunnen gaan werken om alle sinds 2018 opgebouwde kennis en ervaring beschikbaar te maken voor alle (toekomstige) zorgprofessionals. Hoe staat de staatssecretaris tegenover een dergelijk initiatief?

Verder vinden de leden van de BBB-fractie dat palliatieve zorg geen onzeker woud van regels zou moeten zijn. Je moet erop kunnen vertrouwen dat je in de laatste dagen van je leven goede zorg krijgt. Die goede zorg kunnen we alleen realiseren als we vertrouwen in de zorgverleners weer leidend laten zijn. Controledwang vanuit zorgverzekeraars creëert enkel schijnveiligheid en helpt onze kwetsbare stervenden niet. Hoe gaat de staatssecretaris de regie over palliatieve zorg weghalen bij de zorgverzekeraars en weer terugleggen bij de zorgprofessionals?

Tenslotte zitten de leden van de BBB-fractie met zorgen rondom vrijwilligersinzet. Het percentage mensen dat ondersteuning ontvangt in

de palliatieve fase van een vrijwilliger is de afgelopen jaren fors gestegen. Met name in hospices is de inzet van vrijwilligers onmisbaar. Om hun taken goed uit te kunnen voeren, is onder andere scholing essentieel. Er dreigt een serieuze daling van de subsidiebijdragen voor hospices en vrijwilligersorganisaties. Kan de staatssecretaris deze organisaties tegemoet treden door de subsidies op peil te houden, dan wel de daling minder drastisch te maken?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om vragen te stellen over de stand van zaken betreffende palliatieve zorg. De leden van de CDA-fractie vinden het van belang dat er voldoende zorg ondersteuning beschikbaar is als iemand niet meer beter wordt. De zorg in die 3 Palliaweb, 14 maart 2024, "We moeten méér praten over de dood om de kwaliteit van zorg te verbeteren" ('We moeten méér praten over de dood om de kwaliteit van zorg te verbeteren' (interview) - Palliaweb) 7 laatste fase moet heel zorgvuldig plaatsvinden en de kwaliteit van leven in een prettige omgeving moet - juist in deze laatste fase - het uitgangspunt blijven.

De leden van de CDA-fractie zien in de verschillende regio's mooie initiatieven tot bloei komen maar merken ook op dat er regionale verschillen zijn. Is duidelijk wat de verschillende regionale behoeften zijn? Kan er een inschatting worden gemaakt van wat er de komende vier jaar nodig is aan palliatieve zorg thuis en aan palliatieve zorg in hospices? Dit vragen zij omdat mensen langer thuis wonen en ook graag in die laatste fase in een vertrouwde omgeving verblijven. Hoeveel staan de Integraal Zorgakkoord (IZA)(bijlage bij Kamerstuk 31765, nr. 655) Transformatieplannen Palliatieve Zorg op dit moment? Wat loopt goed en wat kan er beter?

Daarnaast hulde van genoemde leden aan de vrijwilligers die vrijwilligerswerk verrichten in de palliatieve zorg. Zijn er voldoende vrijwilligers in de palliatieve zorg of juist niet en in hoeverre is hier sprake van regionale verschillen? Klopt het dat de subsidie gaat dalen? Waarom wil de staatssecretaris de subsidie (acht procent) laten dalen en krijgen ze minder subsidie per persoon? Wat denkt de staatssecretaris dat het effect is op het totaal aantal vrijwilligers en daarmee ook voor de toekomst van hospicezorg?

Klopt het dat ook de vraag voor palliatief terminale zorg voor speciale doelgroepen (bijvoorbeeld dak-en thuislozen maar ook mensen met psychiatrische problemen) toeneemt?

Zo ja, zijn deze groepen goed bekend bij de diverse organisaties? Hoe wordt er voor deze groepen passende palliatieve zorg georganiseerd?

De leden van de CDA-fractie vragen ook aandacht voor zingeving.

Wanneer mensen langdurig ziek zijn en niet meer beter worden kan zingeving onder druk komen te staan. Mensen gaan vaak bewust nadenken over wat voor hen waardevol is. Vindt de staatssecretaris dat dit op dit moment voldoende geborgd is? Zo ja, waarom wel? Zo niet, wat kan zij doen om dit te verbeteren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken. Zij hebben nog een aantal vragen en opmerkingen over de problemen in de palliatieve zorg.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de dreigende sluiting van hospices, zoals bijvoorbeeld het Bethlehem Hospice in Nijmegen. Welke stappen gaat de staatssecretaris zetten om te voorkomen dat hospices sluiten, waardoor minder mensen hier toegang toe hebben?

De leden van de SP-fractie uiten ook hun zorgen over het gebrek aan solidariteit in bepaalde probleemwijken, waar sommige mensen weigeren ruimte te maken voor een hospice, zoals in Bloemendaal. Zij roepen de staatssecretaris op om dit gebrek aan solidariteit aan te pakken. Is zij bijvoorbeeld bereid om de problematische sociaaleconomische segregatie in deze villawijken aan te pakken, om zo de solidariteit met andere groepen te stimuleren?

De leden van de SP-fractie stellen daarnaast dat het onacceptabel is dat er nog steeds gewerkt wordt met budgetplafonds voor palliatieve zorg, waardoor mensen minder vaak kunnen sterven op de plek van hun keuze. Is de staatssecretaris bereid om ervoor te zorgen dat er niet langer gebruik wordt gemaakt van budgetplafonds in de palliatieve zorg? Welke stappen is zij daarnaast bereid om te zetten om de wachtlijsten in de palliatieve zorg tegen te gaan?

De leden van de SP-fractie zijn ten slotte van mening dat het momenteel teveel afhangt van welke zorgverzekeraar mensen hebben bij de vraag of zij toegang hebben tot de juiste palliatieve zorg. Hoe is de staatssecretaris van plan om deze verschillen tegen te gaan, zodat iedereen toegang heeft tot de palliatieve zorg die zij nodig hebben?

Vragen en opmerkingen van de leden van de ChristenUnie-fractie

De leden van de ChristenUnie-fractie zien palliatieve zorg als belangrijk onderdeel van de zorg, waar, nu genezen niet meer mogelijk is, de zorgverlener vaak de pijn kan verlichten, maar in ieder geval troost kan bieden. Deze vorm van zorg kan niet zonder een warme en zorgende omgeving.

De leden van de ChristenUnie-fractie kunnen instemmen met het voornemen van de staatssecretaris om te investeren in palliatieve zorg in medische opleidingen op alle niveaus, en dat de staatssecretaris

palliatieve zorg wil verankeren in alle zorgwetten. Deze leden willen daaraan toevoegen dat er ook een opgave in de samenleving ligt. Het is nodig om draagvlak te creëren voor de meerwaarde van palliatieve zorg, in hospices, in het ziekenhuis, thuis. Deze leden betreuren het dat er buurten zijn die bij de komst van een hospice niet verwelkomend zijn. Hoe wil de staatssecretaris initiatieven ondersteunen die palliatieve zorg bekender maken? Bijvoorbeeld door scholieren op bezoek te laten gaan in een hospice, zoals in hospice Bardo in Hoofddorp gebeurt?

Vrijwilligers zijn onmisbaar in de palliatieve en terminale zorg, en de subsidie die instellingen krijgen voor de inzet van vrijwilligers is nodig om deze vrijwilligers te ondersteunen, te trainen en te begeleiden, zodat zij hun werk kunnen doen. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn daarom hogelijk verbaasd dat de staatssecretaris ervoor kiest om het subsidieplafond van komend jaar te verlagen, terwijl het aantal cliënten de afgelopen jaren is toegenomen en door de vergrijzing het aantal cliënten nog verder zal stijgen. Het bedrag per cliënt neemt daardoor af en is minder inzet van vrijwilligers mogelijk. Deze leden horen uit de sector dat hierdoor hospices en palliatieve thuiszorg in financieel zwaar weer komt en minder cliënten kan verzorgen. Waarom kiest de staatssecretaris ervoor om essentiële krachten in de palliatieve zorg weg te bezuinigen, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De leden van de ChristenUnie-fractie wijzen op de community based palliative care die in Groot-Brittannië bekend is, waar palliatieve zorg als eerstelijnszorg, ingebed in de gemeenschap, wordt geboden. Welke mogelijkheden ziet de staatssecretaris om gemeenschappelijke palliatieve zorg met vrijwilligers, familie en de buurt mogelijk te maken?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de staatssecretaris om vrijwilligers, in den breedte maar voor nu specifiek in de palliatieve zorg, uit te nodigen en mee te laten beslissen aan de tafels waar regioplannen en regiobeelden worden gemaakt en uitgewerkt. Deze leden zijn van mening dat de inzet van vrijwilligers, en mantelzorgers, cruciaal is in de transformatie van zorg. Dan is het niet meer dan logisch dat hun inzichten en belangen een plek krijgen op de plekken waar hierover wordt besloten en plannen hiervoor worden uitgewerkt. Welke stappen gaat de staatssecretaris zetten om ervoor te zorgen dat dit op regionaal niveau gaat gebeuren? De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het erg schrijnend als terminale patiënten geen intensieve thuiszorg ontvangen, vanwege onder andere budgetplafonds of contractafspraken van verzekeraars. Heeft de staatssecretaris er zicht op in welke regio's palliatieve zorg het slechtst toegankelijk is? Hoe komt dit? Welke rol hebben zorgverzekeraars in de toegang? Is de staatssecretaris bereid de NZa te vragen uit te zoeken wat de huidige toegankelijkheid is van palliatieve zorg thuis en welke zorgverzekeraars het aantal vergoede uren flink beperken? Wat hebben regio's die achterblijven nodig van de staatssecretaris om de toegankelijkheid te verbeteren? Heeft de staatssecretaris zicht op de mate waarin het ontbreken van contracten

een belemmering is voor de zorg? Waarom zijn verzekeraars zo streng als ze weten dat zorgaanbieder en cliënt niet veel tijd

hebben om meerdere keren een aanvraag te herzien? Vindt de staatssecretaris dit terecht? Hoe vaak komt het voor dat zorgverzekeraars niet akkoord gaan met het zorgplan? Op grond waarvan zijn zorgverzekeraars gerechtigd om de indicatie in twijfel te trekken?

De leden van de ChristenUnie-fractie wijzen op de zorg die er leeft rondom kinderen die achttien worden en palliatieve en terminale zorg ontvangen in een hospice. Zij passen niet meer in een kinderspice voor goede zorg, maar ergens anders kunnen zij ook niet goed terecht. Wil de staatssecretaris in overleg gaan en ervoor zorgen dat deze kinderen een goede plek krijgen? Wil zij de Kamer over haar vorderingen informeren?

II. Reactie van de staatssecretaris

Met interesse heb ik kennisgenomen van de vragen van de leden van de verschillende fracties naar aanleiding van het schriftelijke overleg 'palliatieve zorg en stervensbegeleiding'. Graag start ik met een algemene inleiding waarin mijn plannen worden weergegeven.

Palliatieve zorg richt zich op de kwaliteit van leven van mensen die niet meer beter kunnen worden en kan maanden of zelfs jaren duren. Stervensbegeleiding vindt plaats in de allerlaatste, terminale, fase die veelal een aantal weken, soms een paar maanden duurt. Terminale zorg en stervensbegeleiding zijn onderdeel van palliatieve zorg. Palliatieve zorg vind ik een belangrijk onderwerp, het staat in het regeerprogramma en het is dan ook een prioriteit voor mij. Mijn persoonlijke ervaringen, mijn werkbezoeken en gesprekken in de afgelopen tijd hebben mijn motivatie alleen maar vergroot.

Goed opgeleide zorgprofessionals zijn in de gehele palliatieve fase belangrijk. In de terminale fase spelen opgeleide en deskundige vrijwilligers thuis of in een hospice een onmisbare rol. Mensen moeten goede zorg kunnen ontvangen als zij dat nodig hebben en die zorg moet bij hen en hun situatie passen, zeker ook als mensen de boodschap hebben gekregen dat ze niet meer beter zullen worden. Dat kunnen mensen van alle leeftijden zijn, van jong tot oud; kinderen, volwassenen en ouderen. Dan is palliatieve zorg beschikbaar en zijn keuzes mogelijk over behandelingen. Dan moet er aandacht zijn voor persoonlijke wensen ten aanzien van kwaliteit van leven.

Het is belangrijk dat mensen van deze mogelijkheden weten en hier zelf over nadenken. Sterven hoort erbij. Het einde van het leven moet onderdeel van de normale setting van het leven worden, het taboe moet eraf. Zorgverleners in alle sectoren van de zorg moeten met hun

patiënten het goede gesprek kunnen voeren. Hiervoor zijn inmiddels mogelijkheden in de bekostiging. Daarnaast moet het voor professionals in de zorg makkelijk, behapbaar en comfortabel worden om palliatieve zorg te verlenen.

Patiënten willen soms iets maar dat kan niet altijd. Zorgverleners vinden het soms moeilijk het gesprek hierover te voeren. Ik wil dit verbeteren door:

- Mensen bewust te maken van de mogelijkheden die er zijn.
- Zorgverleners bewust te maken van het belang van het goede gesprek over de mogelijkheden.
- Palliatieve zorg te verankeren in de opleidingen en bij- en nascholingen.
- Palliatieve zorg en terminale zorg een vanzelfsprekend onderdeel te maken van de reguliere zorg. Palliatieve zorg zou namelijk net zo gewoon en belangrijk moeten zijn als geboortezorg.
- Verder te werken aan alternatieve vormen van bekostiging die aansluiten bij het beleid. Zodat meer mensen de palliatieve zorg kunnen krijgen die ze nodig hebben.

Met de campagne 'Leven tot het laatst', die vorige week, tijdens de week van de palliatieve zorg, is gestart wordt de komende 3 jaar gewerkt aan meer maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg. Daarmee dragen we bij aan de normalisering van palliatieve zorg in de samenleving. Voor alle mensen van alle leeftijden.

Palliatieve zorg moet worden verankerd in de zorgopleidingen én in de bij- en nascholingen. Door zorgverleners al vroeg in de opleiding hierop voor te bereiden rusten we ze beter uit om palliatieve zorg te verlenen.

Ook wil ik zorgen dat de regio's en alle partijen daarin, zoals ziekenhuizen, hospices, huisartsen en zorgverzekeraars, beter gaan samenwerken als het gaat om palliatieve zorg. Dit is een IZA-transformatie waarmee ik regio voor regio wil gaan zorgen 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 bij complexe palliatieve zorg specialisten beschikbaar zijn. Dit traject is beschreven in de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg die wordt genoemd in de Commissiebrief van juni dit jaar¹. Mijn rol daarbij is om te zorgen dat de regio's en alle partijen daarin, zoals ziekenhuizen, hospices, huisartsen en zorgverzekeraars, worden ondersteund bij het opstarten en uitwerken van plannen om dat voor elkaar te krijgen en dat er concrete afspraken worden gemaakt tussen deze partijen.

De manier waarop de palliatieve zorg wordt bekostigd moet aansluiten bij het beleid. Dus zorgverleners moeten bijvoorbeeld ook betaald krijgen voor het voeren van de gesprekken met patiënten over hun wensen en

¹ Kamerstukken II, 2023-2024, 29509, nr. 82.

grenzen in de palliatieve fase. In het regeerprogramma staat dat palliatieve zorg een vanzelfsprekend onderdeel moet zijn van de reguliere zorg. Daarvoor wil ik ook bezien of hiervoor iets in de zorgwetten zou moeten worden aangepast. Maar misschien is dat nu nog niet direct nodig. Dat is geen doel op zich, het gaat mij erom wat in de praktijk werkt.

Veel wordt momenteel opgepakt in het kader van lopende programma's en projecten. Hier wil ik op gaan versnellen. In december ontvang ik de Toekomstverkenning palliatieve zorg 2050. Die is opgesteld door het RIVM samen met experts. De tussenevaluatie van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) door een extern bureau wordt in december opgeleverd. Ook de tussenevaluatie van het onderzoeksprogramma Palliatie II is dan verschenen. Op basis van de geschetste scenario's uit de toekomstverkenning en de uitkomsten van de tussenevaluaties wil ik met alle partijen een visie en een agenda voor de komende jaren opstellen. Ook de inbreng van uw Kamer vind ik daarbij belangrijk. Doel is dat de ingezette versnelling doorgezet wordt en palliatieve zorg een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de reguliere zorg met specialistische zorg waar nodig en iedereen kan sterven waar hij of zij dat wil.

Dan ga ik nu over tot de beantwoording van de vragen, waarbij de volgorde van het verslag wordt aangehouden.

Palliatieve zorg en stervensbegeleiding zijn een wezenlijk onderdeel van onze levensloop, zo constateren de leden van de PVV-fractie. In het regeerprogramma is hierover opgenomen dat palliatieve en terminale zorg een vanzelfsprekend onderdeel moeten worden van reguliere zorg. Waaruit blijkt dat dit nog niet het geval is?

Helaas blijkt uit de praktijk dat mensen nog niet altijd de goede palliatieve zorg ontvangen als ze dat nodig hebben en dat zorgverleners het soms moeilijk vinden om het goede gesprek hierover te voeren. Maatschappelijke bewustwording is daarbij belangrijk. Daarvoor loopt nu de campagne 'Leven tot het laatst'. Daarnaast willen we zorgverleners bewust maken van het belang van het goede gesprek met patiënten over hun wensen en grenzen in de palliatieve fase en zorgen dat zij zich daar ook goed toegerust voor voelen. Daartoe moet palliatieve zorg een vast onderdeel zijn in de opleidingen en bij- en nascholingen. Transformaties in de regio's moeten zorgen dat overal gewerkt wordt via het Kwaliteitskader palliatieve zorg (waaronder proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking). Er lopen verschillende trajecten om te zorgen dat de bekostiging van de palliatieve zorg hierbij aansluit.

De PVV-fractie vraagt hoever de staatsecretaris is met onderzoeken welke aanpassingen nodig zijn in de verschillende zorgwetten en wanneer de eerste aanpassingen zichtbaar worden?

Hiervoor verwijst ik naar de hiervoor genoemde Commissiebrief².

Kan de staatssecretaris al meer vertellen over de experimenten alternatieve bekostiging palliatieve zorg vraagt de PVV-fractie?

De NZa verkent in opdracht van VWS en in nauwe samenwerking met PZNL en ZonMw welke alternatieve wijze van financieren proactieve, transmurale palliatieve zorg kan stimuleren. Hiervoor starten in het najaar van 2024 drie experimenten. Het gaat hierbij om kleinschalige experimenten waarbij samenwerkende zorgaanbieders de mogelijkheid krijgen om de palliatieve zorg naar eigen inzicht in te richten volgens de principes van het kwaliteitskaders en de bekostiging daarop te laten aansluiten. Parallel aan de experimenten onderzoekt de NZa overkoepelend de (meetbare en merkbare) effecten en werkingsmechanismen van alternatieve bekostiging op proactieve transmurale zorg en de ervaring van betrokkenen. Het gaat om een lange termijn ontwikkeltraject. De eerste fase loopt tot en met 2026.

En, vraagt de PVV-fractie, wat is de stand van zaken met betrekking tot knelpunten in de huidige bekostiging en contractering van palliatieve zorg?

Er lopen verschillende initiatieven gericht op de structurele bekostiging van proactieve zorgplanning. Door de NZa zijn hiervoor inmiddels twee prestaties ontwikkeld. De facultatieve prestatie 'Time to talk' is beschikbaar voor het bespreken van wensen en grenzen door de behandelend poortspecialist en per 2025 gaat een betaaltitel in voor proactieve zorgplanning in ziekenhuizen. Voor huisartsenzorg zijn er momenteel maatwerkafspraken voor proactieve zorgplanning in specifieke situaties. De NZa werkt toe naar een structurele prestatie voor huisartsenzorg per 2027. Hiernaast verkent de NZa samen met PZNL en ZonMw via experimenten welke alternatieve wijzen van bekostigen proactieve, transmurale palliatieve zorg kunnen stimuleren. Ook worden in het kader van het NPPZ II knelpunten in de huidige bekostiging en contractering aangepakt. Parallel aan de experimenten onderzoekt de NZa overkoepelend de (meetbare en merkbare) effecten en werkingsmechanismen van alternatieve bekostiging op proactieve transmurale zorg en de ervaring van betrokkenen.

De leden van de PVV-fractie hebben in een commissiedebat palliatieve zorg van afgelopen april aangegeven dat vanwege het hanteren van budgetplafonds door de zorgverzekeraars het nog steeds voorkomt dat mensen niet kunnen sterven op de plek van hun keuze. Is dit inmiddels opgelost en zo ja, hoe?

Mensen mogen in de meest kwetsbare fase van het leven geen last hebben van de gevolgen van omzetplafonds. Zorgaanbieders moeten op tijd aan de bel trekken als het plafond in beeld komt. De verzekeraar kan

² Kamerstukken II, 2023-2024, 29509, nr. 82.

dan maatregelen nemen. Uit navraag bij zorgverzekeraars blijkt dat zij welwillend en voortvarend aanvragen voor budgetverhogingen behandelen als het om palliatieve zorg gaat. Zo worden problemen voorkomen. Overigens gaat dit in veel regio's ook al goed. Maar niet altijd en niet overal. Daarom ga ik met zorgverzekeraars in overleg om het probleem scherp te krijgen en goede afspraken te maken dat omzetplafonds geen gevolgen meer hebben voor mensen die palliatieve zorg nodig hebben. Eventuele afspraken hierover zouden mogelijk ook goed passen in de aanvulling op het integraal zorgakkoord dat het kabinet wil sluiten. Over het verloop van dit overleg en het opnemen hiervan in het integraal zorgakkoord zal ik uw Kamer op de hoogte houden.

De PVV-fractie vraagt naar de situatie in de hospices.

In Nederland zijn momenteel circa 275 hospicevoorzieningen voor volwassenen met een gemiddelde bezettingsgraad van 80%. Een hospice heeft een maximale bezettingsgraad van 80 tot 90%. Dit komt onder meer doordat er minimaal één dag zit tussen de dag waarop een gast overlijdt en een volgende gast de kamer kan betrekken. Uit capaciteitsonderzoek, verricht binnen het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II), blijkt dat er in 2022 2.625 mensen niet terecht konden bij het hospice van keuze vanwege 100% bedbezetting. De verwachte prognose is dat in 2040 er 589 bedden extra nodig zijn. In totaal zijn er 137 extra bedden gepland bij 44 hospices, variërend van 1 tot 8 bedden per hospice. De meeste van deze uitbreidingen zijn gepland in de periode 2024-2027. Voor kinderen en jongvolwassenen is de capaciteit toereikend, maar de verspreiding niet optimaal door regionale verschillen. Er zijn verschillende redenen dat mensen niet in een hospice terecht kunnen. Soms is er geen bed beschikbaar of is er een tekort aan personeel of wijkverpleging. Maar het komt ook voor dat mensen bij meerdere hospices worden ingeschreven. Niet worden opgenomen in een hospice kan dan ook betekenen dat iemand voor een ander hospice heeft gekozen. Via het project 'Versterken Hospicezorg' worden regionale afspraken gemaakt over bedden capaciteit en kwaliteit zodat de cliënt in het juiste hospice de juiste zorg ontvangt. Voor het eerst zitten alle hospices gezamenlijk aan tafel om te kijken naar wat er nodig is in de toekomst. Niet alleen voor hun eigen hospice of binnen hun eigen gemeente, maar om de hospicezorg regionaal te verbeteren. Er wordt gekeken naar hoe adequaat doorverwezen kan worden naar hospices binnen de regio die wel plek hebben. En hoe vrijwilligers vaker thuis kunnen worden ingezet om mantelzorgers te ontlasten en te voorkomen dat hospicezorg nodig is. Het project loopt tot eind 2024. Op basis van de resultaten wordt het vervolg bepaald.

De oplossing ligt niet alleen in de palliatieve zorg, zo geeft de PVV-fractie aan, maar overstijgt meerdere domeinen. Hoe gaat de staatssecretaris ervoor zorgen dat de juiste zorgvrager op het juiste bed belandt en zo passende zorg kan krijgen?

Ik wil zorgen dat de regio's en alle partijen daarin, zoals ziekenhuizen, hospices, huisartsen en zorgverzekeraars, beter gaan samenwerken als het gaat om palliatieve zorg. Dit is een IZA transformatie waarmee ik regio voor regio wil gaan zorgen 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 bij complexe palliatieve zorg specialisten beschikbaar zijn. Dit traject is beschreven in de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg die wordt genoemd in de Commissiebrief³ van juni dit jaar. Mijn rol daarbij is om te zorgen dat de regio's en alle partijen daarin, zoals ziekenhuizen, hospices, huisartsen en zorgverzekeraars, worden ondersteund bij het opstarten en uitwerken van plannen om dat voor elkaar te krijgen en dat er concrete afspraken worden gemaakt tussen deze partijen.

Dan de vragen van de GroenLinks-PvdA-fractie. Allereerst ben ik het eens met de opmerking van de leden van de fractie van GroenLinks-PvdA dat het voor de rouwverwerking van de nabestaanden van groot belang is dat het stervensproces zo goed mogelijk verloopt.

De GL-PvdA-fractie heeft diverse vragen over budgetplafonds: Klopt het dat kleinere organisaties in de knel komen te zitten wegens de budgetplafonds en dat grotere organisaties in de knel komen te zitten wegens de doelmatigheidseisen? Zo ja, welke concrete maatregelen gaat de staatssecretaris nemen om dit tegen te gaan? Kan de staatssecretaris reflecteren op het feit dat zorgorganisaties niet in staat zijn om hun werk goed te doen wegens financiële belemmeringen en personeelstekorten? Welke concrete oplossingen kunnen genoemde leden verwachten van de staatssecretaris? Kan de staatssecretaris daarnaast ook reflecteren op het bestaan van budgetplafonds in de palliatieve zorg? Zou de staatssecretaris kunnen reflecteren op de noodzaak van het bestaan van budgetplafonds in de palliatieve zorg of zijn zij het met genoemde leden eens dat het beter zou zijn als de palliatieve zorg uitgezonderd zou zijn van budgetplafonds?

Ten aanzien van personeelstekorten: Het zou niet zo moten zijn dat mensen die palliatief (terminaal) zijn niet de juiste of voldoende zorg thuis kunnen krijgen, omdat er onvoldoende wijkverpleging beschikbaar is. In het regeerprogramma hebben we afspraken gemaakt om het arbeidsmarkttekort aan te pakken door:

- De administratietijd te halveren per 2030 middels inzet van innovaties als artificial intelligence (AI), zodat er meer tijd is voor de patiënt.
- De juiste inzet van medewerkers door arbitrage tussen zorgwetten in te voeren en goed de samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers vorm te geven samen met het gebruik van innovaties.
- Het vergroten van het vakmanschap en werkplezier middels een leidraad. Hierin is aandacht voor autonomie en vertrouwen, het voorkomen van verzuim en het tegengaan van agressie; verhouding

³ Kamerstukken II, 2023-2024, 29509, nr. 82.

tussen vast en flexibel personeel en bij meerdere organisaties werkzaam kunnen zijn; bekostiging van verschillende opleidingsvormen, inclusief bijvoorbeeld de nascholing palliatieve zorg.

Ten aanzien van budgetplafonds: Zoals ik in antwoord op vragen van de PVV-fractie al aangaf, mogen mensen in de meest kwetsbare fase van het leven geen last hebben van de gevolgen van omzetplafonds. Zorgaanbieders moeten op tijd aan de bel trekken als het plafond in beeld komt. De verzekeraar kan dan maatregelen nemen. Uit navraag bij zorgverzekeraars blijkt dat zij welwillend en voortvarend aanvragen voor budgetverhogingen behandelen als het om palliatieve zorg gaat. Zo worden problemen voorkomen. Overigens gaat dit in veel regio's ook al goed. Maar niet altijd en niet overal. Daarom ga ik met zorgverzekeraars in overleg om het probleem scherp te krijgen en goede afspraken te maken dat omzetplafonds geen gevolgen meer hebben voor mensen die palliatieve zorg nodig hebben. Eventuele afspraken hierover zouden mogelijk ook goed passen in de aanvulling op het integraal zorgakkoord dat het kabinet wil sluiten. Over het verloop van dit overleg en het opnemen hiervan in het integraal zorgakkoord zal ik uw Kamer op de hoogte houden.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie merken verder op dat organisaties onder grote druk staan wegens de doelmatigheidseisen. Zij merken op dat organisaties de opdracht krijgen om een gemiddeld aantal uren per cliënt te besteden, waarbij er een financiële beloning is indien de organisatie onder dit aantal uren blijft, maar er een boete is als de organisatie het aantal uren overschrijdt. Zou de staatssecretaris op deze punten een reflectie kunnen geven? Welke concrete maatregelen is de staatssecretaris voornemens te nemen om deze problematiek op te lossen? Welke concrete maatregelen gaat de staatssecretaris nemen om specifiek te voorkomen dat deze systematiek ontmoedigend werkt voor organisaties om cliënten met een grote zorgvraag te helpen?

Deze vragen van de GL-PvdA-fractie zal ik beantwoorden in de brief die ik voor december van dit jaar heb toegezegd.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen welke concrete stappen de staatssecretaris gaat nemen om goede afstemming te bewerkstelligen tussen de verschillende beroepsgroepen rondom de advance care planning. Hoe gaat de staatssecretaris tevens erop toe zien dat er goede informatieoverdracht tussen deze beroepsgroepen (bijvoorbeeld: huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, medisch specialisten, etc.) plaatsvindt?

Via het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) wordt gewerkt aan het beschikbaar maken van palliatieve zorg voor iedereen die dat nodig heeft. Het gaat om de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste

moment, door de juiste zorgverlener, tegen de juiste financiering. De basis vormen het Kwaliteitskader palliatieve zorg en de interdisciplinaire richtlijnen palliatieve zorg. Transmurale samenwerking en advanced care planning zijn hier belangrijke onderdelen van. Palliatieve zorg en terminale zorg moeten een vanzelfsprekend onderdeel zijn van de reguliere zorg, zoals ook in het regeerprogramma staat. Ik wil deze beweging versnellen door belangrijke elementen van het Kwaliteitskader palliatieve zorg (markering, proactieve zorgplanning, transmurale samenwerking, ondersteuning bij complexe zorg) te implementeren in de regio met behulp van concrete afspraken en investeringen. Dit voorjaar is hiervoor vanuit het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg opgesteld. Ook lopen verschillende initiatieven gericht op de structurele bekostiging van proactieve zorgplanning. Door de NZa zijn hiervoor inmiddels twee prestaties ontwikkeld. De facultatieve prestatie 'Time to talk' is beschikbaar voor het bespreken van wensen en grenzen door de behandelend poortspecialist en per 2025 gaat een betaaltitel in voor proactieve zorgplanning in ziekenhuizen. Voor huisartsenzorg zijn momenteel maatwerkafspraken voor proactieve zorgplanning in specifieke situaties. De NZa werkt toe naar een structurele prestatie voor huisartsenzorg per 2027. Hiernaast verkent de NZa samen met PZNL en ZonMw via experimenten welke alternatieve wijzen van bekostigen proactieve, transmurale palliatieve zorg kunnen stimuleren. Ook worden in het kader van het NPPZ II knelpunten in de huidige bekostiging en contractering aangepakt.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zouden graag willen zien dat nazorg ingebed wordt in de gehele sector van palliatieve zorg, waar dit nodig is. Welke concrete stappen gaat de staatssecretaris nemen om dit te realiseren?

Nazorg is een specifiek en belangrijk onderdeel van het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland en maakt dan ook deel uit van de genoemde IZA-transformatie palliatieve zorg waarbij het Kwaliteitskader wordt geïmplementeerd in zorg en sociaal domein in de regio's. In de brief die ik voor december van dit jaar heb toegezegd, zal ik nader ingaan op het onderwerp nazorg.

Tot slot verzoeken de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie de staatssecretaris de acht procent minder subsidie per persoon aan hospices en organisaties met vrijwilligers in de palliatieve zorg te heroverwegen.

Het ministerie van VWS stelt subsidie beschikbaar vanuit de 'Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis' (hierna: Regeling) om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de

palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices.

De subsidieregeling maakt gebruik van een subsidieplafond. Het subsidieplafond is in de periode 2024-2026 als volgt opgebouwd:

2024	€ 31.979.000 (€25.479.000 regulier + 6.500.000 coalitieakkoordmiddelen)
2025	€ 31.861.000 (€25.861.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)
2026	€ 32.249.000 (€26.249.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)

In het overzicht is te zien dat het reguliere bedrag de afgelopen jaren is aangevuld met coalitieakkoordmiddelen Rutte IV. Dit was ook nodig in verband met groeiende vraag naar vrijwilligers. De hoogte van de instellingssubsidie per cliënt is onder andere afhankelijk van waar de vrijwilligers worden ingezet (op eigen locatie of op een andere locatie) en of de aanbieder of locatie waar de vrijwilligers worden ingezet zorg verleent, waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is de hoogte van de instellingssubsidie afhankelijk van het aantal cliënten waaraan in de referentieperiode van de afgelopen drie jaar palliatieve terminale zorg is verleend. Het totaal aantal cliënten waaraan palliatieve terminale zorg is verleend wordt gedeeld door het aantal jaren van de referentieperiode (drie jaar). De uitkomst is het gemiddeld aantal cliënten per jaar. Voor dat aantal deelt de instelling mee in het beschikbare budget. Voor beginnende hospices biedt de referentieperiode ruimte om te kunnen beoordelen dat het hospice duurzaam en stabiel is. Er kan pas een instellingssubsidie aangevraagd worden, als er een referentieperiode is opgebouwd van minimaal één jaar.

Ik begrijp dat hospices en vrijwilligersorganisaties ontstemd hebben gereageerd op het feit dat de normbedragen voor de inzet van vrijwilligers in 2025 lager uitvallen dan het huidige jaar. Vrijwilligers verrichten ondersteuning die van onschatbare waarde is voor mensen in de laatste levensfase. De daling van de subsidiebedragen komt doordat het subsidieplafond van de regeling is bereikt. Ik wil benadrukken dat het subsidiebudget ongeveer gelijk is gebleven ten opzichte van vorig jaar. De subsidieregeling kent een subsidieplafond van € 32 miljoen per jaar. Dit is inclusief € 6 miljoen coalitieakkoordmiddelen extra per jaar van het vorige kabinet die loopt tot en met 2028. Er wordt dus tot en met 2028 al fors geïnvesteerd.

Het beschikbare subsidiebedrag wordt jaarlijks verdeeld onder aanvragende organisaties. Elke organisatie ontvangt afhankelijk van het aantal cliënten naar rato hetzelfde percentage van het maximumbedrag. Dat zorgt voor een eerlijke verdeling: alle organisaties hebben gelijke kansen, 'wie het eerst komt, het eerst maalt' is niet van toepassing. Het

zorgt er ook voor dat er nooit geld overblijft, maar dat het volledige budget wordt opgemaakt.

De afgelopen jaren ontvingen steeds meer mensen in de laatste levensfase ondersteuning van een vrijwilliger en het ziet er naar uit dat deze ontwikkeling zich doorzet. Omdat sprake is van een subsidieplafond betekent dit dat per cliënt een lager normbedrag wordt uitgekeerd. Het budget moet namelijk over een groter aantal worden verdeeld. Voor 2025 zijn normbedragen daardoor 7,4% lager uitgevallen ten opzichte van normbedragen voor dit jaar. Dit pakt dus nu voor hospices en vrijwilligersorganisaties ongunstig uit. Ik kan mij voorstellen dat zij daarvan schrikken.

De subsidieregeling is bedoeld om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices. De subsidie is niet bedoeld om kostendekkend te zijn voor de volledige exploitatie van een hospice. Ik vind het belangrijk dat het budget zo stimulerend mogelijk is. Tegelijkertijd zijn de financiële mogelijkheden altijd begrensd. Zo zijn de coalitieakkoordmiddelen al belegd met voornemens voor beleidsontwikkeling.

De VVD fractie vraagt in hoeverre er nog altijd sprake is van structurele uitdagingen in de palliatieve zorg? We hebben het bijvoorbeeld al vaker gehad over de verstrekking van zorg, hulpmiddelen en ondersteuning vanuit de wijkverpleging. Hoe staat het met de communicatie en de mogelijkheden in domein overstijgende samenwerking? En, wat zijn de hobbels in de financiering en de contractering?

Er zijn dingen die beter kunnen en beter moeten, zodat mensen goede palliatieve zorg ontvangen als ze dat nodig hebben. Dat begint met mensen bewust te maken van de mogelijkheden die er zijn. Daarvoor loopt nu bijvoorbeeld de campagne 'Leven tot het laatst'. Daarnaast willen we zorgverleners bewust maken van het belang van het goede gesprek over alle mogelijkheden en te zorgen dat zij zich daar ook goed toegerust voor voelen. Palliatieve zorg moet dan ook een vast onderdeel zijn in de opleidingen en bij- en nascholingen. Transformaties in de regio's moeten zorgen dat overal gewerkt wordt via het Kwaliteitskader palliatieve zorg (waaronder proactieve zorgplanning en transmurale samenwerking). De manier waarop de palliatieve zorg gefinancierd (gecontracteerd en bekostigd) wordt moet hierbij aansluiten. Hiervoor lopen verschillende trajecten waarover ik ook verslag heb gedaan in de genoemde Commissiebrief⁴.

De communicatie over palliatieve zorg vindt helaas nog te vaak te laat en onvoldoende plaats. Het is daarom belangrijk dat zorgverleners tijdig en regelmatig gesprekken voeren met patiënten en hun naasten over hun

⁴ Kamerstukken II, 2023-2024, 29509, nr. 82.

wensen en grenzen in de palliatieve fase, zodat er een goede afstemming is met de patiënt en tussen zorgverleners over de palliatieve zorg. Met het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II wordt daarom ingezet op meer bewustwording over palliatieve zorg, op tijdig het gesprek voeren. En via de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg op een betere (domein overstijgende) samenwerking tussen de zorgverleners in de regio.

In het regeerprogramma is opgenomen dat palliatieve zorg een vanzelfsprekend onderdeel moet zijn van de reguliere zorg. In de Commissiebrief van juni dit jaar is aangegeven hoe dit kan worden gerealiseerd met uitvoering van de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg, met een integrale aanpak, door alle partijen, op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Zo kan transmurale coördinatie en samenwerking in de regio verbeteren, zodat door alle zorgverleners en ondersteuners in de regio (zorgdomein en sociaal domein) beter wordt samengewerkt in de palliatieve fase met als basis het Kwaliteitskader palliatieve zorg en uitgaande van de wensen en grenzen van de patiënt en diens naasten.

De leden van de VVD vragen hoe staat het met de capaciteit, de beschikbaarheid van het aantal hospices en het aantal bedden? Associatie Hospicezorg Nederland laat weten dat er per 2040 1.800 bedden nodig zijn, er zijn volgens hen nu 1.200 bedden. Wat is ervoor nodig om deze bedden in de toekomst te realiseren?

In Nederland zijn momenteel circa 275 hospicevoorzieningen voor volwassenen met een gemiddelde bezettingsgraad van 80%. Een hospice heeft een maximale bezettingsgraad van 80 tot 90%. Dit komt onder meer doordat er minimaal één dag zit tussen de dag waarop een gast overlijdt en een volgende gast de kamer kan betrekken. Uit capaciteitsonderzoek, verricht binnen het NPPZ II, blijkt dat er in 2022 2.625 mensen niet terecht konden bij het hospice van keuze vanwege 100% bedbezetting. De verwachte prognose is dat in 2040 er 589 bedden extra nodig zijn. In totaal zijn er 137 extra bedden gepland bij 44 hospices, variërend van 1 tot 8 bedden per hospice. De meeste van deze uitbreidingen zijn gepland in de periode 2024-2027. Voor kinderen en jongvolwassenen is de capaciteit toereikend, maar de verspreiding niet optimaal door regionale verschillen. Er zijn verschillende redenen dat mensen niet in een hospice terecht kunnen. Soms is er geen bed beschikbaar of is er een tekort aan personeel of wijkverpleging. Maar het komt ook voor dat mensen bij meerdere hospices worden ingeschreven. Niet worden opgenomen in een hospice kan dan ook betekenen dat iemand voor een ander hospice heeft gekozen. Via het project Versterken Hospicezorg worden regionale afspraken gemaakt over beddencapaciteit en kwaliteit zodat de cliënt in het juiste hospice de juiste zorg ontvangt. Voor het eerst zitten alle hospices gezamenlijk aan tafel om te kijken naar wat er nodig is in de toekomst. Niet alleen voor hun eigen hospice

of binnen hun eigen gemeente, maar om de hospicezorg regionaal te verbeteren. Er wordt gekeken naar hoe adequaat doorverwezen kan worden naar hospices binnen de regio die wel plek hebben. En hoe vrijwilligers vaker thuis kunnen worden ingezet om mantelzorgers te ontlasten en te voorkomen dat hospicezorg nodig is. Het project loopt tot eind 2024. Op basis van de resultaten wordt het vervolg bepaald.

De leden van de NSC-fractie vragen hoe de staatssecretaris ervoor kan zorgen dat het gesprek over het komende levenseinde vaker tijdig wordt gevoerd?

Het is belangrijk dat zorgverleners tijdig en regelmatig gesprekken voeren met patiënten en hun naasten over hun wensen en grenzen in de palliatieve fase, zodat er een goede afstemming is met de patiënt en tussen zorgverleners over de palliatieve zorg. Met het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II wordt daarom

ingezet op meer bewustwording over palliatieve zorg en op tijdig het gesprek voeren. Daarvoor is de campagne 'Leven tot het laatst' opgezet, die loopt tot het einde van dit jaar. Verder wordt via de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg ingezet op een betere (domein overstijgende) samenwerking tussen de zorgverleners in de regio.

De leden van de NSC-fractie vragen de staatssecretaris hoe wordt ervoor gezorgd dat kennisniveau van alle zorgverleners van helpenden tot specialist op pijl is.

Het is belangrijk dat palliatieve zorg een vanzelfsprekend onderdeel is van de reguliere zorg. Daarvoor is het belangrijk dat palliatieve zorg verankerd wordt in de zorgopleidingen en in bij- en nascholing. Om dit te realiseren is ook urgentiebesef bij de sector nodig omdat de sector veelal de inhoud van de zorgopleidingen bepaalt in samenwerking met het onderwijs. Of en wanneer palliatieve zorg onderdeel is van alle zorgopleidingen kan ik uw Kamer nu niet toezeggen. Naar aanleiding van de motie Hermans (VVD) en Paulusma (D66) (van 29 mei 2024, 29509, nr. 77) verken ik dit momenteel samen met de Minister van OCW. Aangezien er tot nu toe geen aangrijpingspunten zijn in wetgeving en er een grote verantwoordelijkheid ligt bij de sector voor de inhoud van de opleidingen is het nog te vroeg om hierover uitspraken te doen. Ik zal uw Kamer hierover informeren.

Hoe gaat het nu met de verschillende initiatieven om dit te verbeteren, zoals het Nationaal Programma Palliatieve Zorg, vraagt de NSC-fractie?

De verschillende initiatieven zoals het NPPZ II, de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg en het ZonMw programma Palliatieve Zorg II, lopen op schema. Binnen NPPZ II wordt gewerkt aan het vergroten van maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg en het inzetten op

proactieve zorgplanning. De monitoring van het programma laat zien dat op dit moment 80% van de gestelde doelen/voorgenomen resultaten voor 2024 is behaald. In opdracht van VWS wordt ook een tussenevaluatie uitgevoerd op het proces(verloop) en de resultaten van NPPZ II. In december verschijnt de Toekomstverkenning palliatieve zorg 2050. Op basis van deze twee rapporten wordt de ingezette versnelling om palliatieve zorg een vanzelfsprekend onderdeel te laten zijn van de reguliere zorg, verder vormgegeven. Eind dit jaar wordt uw Kamer hierover geïnformeerd.

De leden van de NSC-fractie vragen: Hoe kunnen de goede projecten die hieruit voortkomen structureel worden gefinancierd? Genoemde leden zien dat verzekeraars nu eerste stappen zetten om dat gesprek bij huisartsen ook te vergoeden. Op welke manier kan dat initiatief navolging krijgen?

Er lopen verschillende initiatieven gericht op de structurele bekostiging van proactieve zorgplanning. Door de NZa zijn hiervoor inmiddels twee prestaties ontwikkeld. De facultatieve prestatie 'Time to talk' is beschikbaar voor het bespreken van wensen en grenzen door de behandelend poortspecialist en per 2025 gaat een betaaltitel in voor proactieve zorgplanning in ziekenhuizen. Voor huisartsenzorg zijn momenteel maatwerkafspraken voor proactieve zorgplanning in specifieke situaties. De NZa werkt toe naar een structurele prestatie voor huisartsenzorg per 2027. Hiernaast verkent de NZa samen met PZNL en ZonMw via experimenten welke alternatieve wijzen van bekostigen proactieve, transmurale palliatieve zorg kunnen stimuleren. Ook worden in het kader van het NPPZ II knelpunten in de huidige bekostiging en contractering aangepakt. Parallel aan de experimenten onderzoekt de NZa overkoepelend de (meetbare en merkbare) effecten en werkingsmechanismen van alternatieve bekostiging op proactieve transmurale zorg en de ervaring van betrokkenen.

Verder horen de leden van de NSC-fractie geluiden uit het ziekenhuis dat het heel ingewikkeld is om palliatieve zorg in het ziekenhuis vergoed te krijgen. De Diagnose Behandel Combinatie (DBC) palliatieve zorg wordt alleen vergoed als het palliatief team ernaar gekeken heeft én een bespreking in het multidisciplinair overleg heeft plaats gevonden. Dagelijkse zorg voor een patiënt die echt in de stervensfase is maar die sterft voordat er een multidisciplinair overleg heeft kunnen plaatsvinden dan is alle zorg niet declarabel. Genoemde leden vragen aan de staatssecretaris of dit anders geregeld kan worden. Daarnaast moet er kennelijk anderhalf uur zitten tussen twee poliklinische bezoeken in ziekenhuizen. Dus als de patiënt een afspraak bij de poli palliatieve zorg heeft en een afspraak bij de oncoloog moet er minstens anderhalf uur zitten tussen die afspraken, anders wordt er niet vergoed. Dit gaat echter om doodzieke patiënten, kan dit echt niet anders?

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief

palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De NSC-fractie vraagt hoe de staatssecretaris ervoor kan zorgen dat de samenleving weet hoe natuurlijk sterven evenals een natuurlijke geboorte met alle begeleiding die daarbij mogelijk is bekend gemaakt wordt?

Met de campagne 'Leven tot het laatst', die vorige week, tijdens de week van de palliatieve zorg, is gestart wordt de komende 3 jaar gewerkt aan meer maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg. Daarmee dragen we bij aan de normalisering van palliatieve zorg in de samenleving. Voor alle mensen van alle leeftijden.

De leden van de NSC-fractie vragen wat de stand van zaken is om de structurele bekostiging van proactieve zorgplanning te realiseren. Wordt bij die plannen voor structurele bekostiging ook de deelname aan de PaTz-groepen bekostigd, niet alleen voor huisartsen maar ook voor de wijkverpleegkundigen en andere deskundigen die hieraan deelnemen?

PaTz-groepen zijn effectieve vormen van lokale samenwerking in de eerste lijn, die aantoonbaar de kwaliteit en deskundigheid in de palliatieve zorg thuis verbeteren. Er zijn diverse initiatieven om het bekostigen van deze (transmurale) samenwerking en ondersteuning mogelijk te maken, zoals het zogenoemde TAPA\$ experiment in het kader van de NZa beleidsregel Innovatie. Ook verkent de NZa via experimenten op welke alternatieve wijze bekostiging van proactieve, transmurale palliatieve zorg mogelijk is. Voor deze experimenten alsook voor de IZA-transformatie palliatieve zorg wordt nauw samengewerkt tussen de NZa, Stichting Palliatieve Zorg Nederland, zorgverzekeraars en veldpartijen. VWS ondersteunt dit en kijkt met de betrokken partijen waar we, zo mogelijk, verder kunnen versnellen zodat deze experimentele betaaltitels zo snel mogelijk structureel en landelijk beschikbaar komen.

De leden van de NSC-fractie vragen aan de staatssecretaris hoe zij kijkt naar de stap van zorgverzekeraars Zilveren Kruis, die een verzoek tot verruiming van de zorg voor palliatief-terminale patiënten voortaan altijd honoreert, en of zij ook kansen ziet dat die navolging krijgt bij alle andere verzekeraars? Verder constateren de leden van de NSC-fractie dat soms het hospice de aangewezen plek is om te sterven. Het komt voor dat mensen die terminaal ziek zijn niet naar het hospice van hun keuze kunnen vanwege een zorgplafond. Genoemde leden vragen de staatssecretaris of zij dit beeld herkent en wat zij vindt van deze zorgplafonds bij hospices. Hoe kunnen zorgplafonds voor hospices voorkomen worden?

Zoals ik in antwoord op vragen van de PVV-fractie al aangaf, mogen mensen in de meest kwetsbare fase van het leven geen last hebben van de gevolgen van omzetplafonds. Zorgaanbieders moeten op tijd aan de bel trekken als het plafond in beeld komt. De verzekeraar kan dan

maatregelen nemen. Uit navraag bij zorgverzekeraars blijkt dat zij welwillend en voortvarend aanvragen voor budgetverhogingen behandelen als het om palliatieve zorg gaat. Zo worden problemen voorkomen. Overigens gaat dit in veel regio's ook al goed. Maar niet altijd en niet overal. Daarom ga ik met zorgverzekeraars in overleg om het probleem scherp te krijgen en goede afspraken te maken dat omzetplafonds geen gevolgen meer hebben voor mensen die palliatieve zorg nodig hebben. Hierbij neem ik ook het voorbeeld van Zilveren Kruis mee. Eventuele afspraken hierover zouden mogelijk ook goed passen in de aanvulling op het integraal zorgakkoord dat het kabinet wil sluiten. Over het verloop van dit overleg en het opnemen hiervan in het integraal zorgakkoord zal ik uw Kamer op de hoogte houden.

Tenslotte willen de leden van de NSC-fractie weten hoe de staatssecretaris tegen de VPTZ aankijkt en of zij hun subsidie de komende jaren kunnen behouden of in de toekomst uitbreiden vanwege de groei van het aantal stervenden?

Opgeleide en deskundige vrijwilligers spelen in een hospice, maar ook thuis een belangrijke en onmisbare rol. De komende jaren wordt een toename verwacht van het aantal palliatieve cliënten, waardoor ook de vraag naar vrijwilligers sterk zal toenemen. VPTZ Nederland (Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland) is hierbij van grote waarde. Zij ondersteunen de vrijwilligers via de ruim 200 lidorganisaties, behartigen hun belangen en stimuleren de kwaliteit van de zorg en ondersteuning die geboden wordt aan mensen in de laatste levensfase. VPTZ Nederland ontvangt jaarlijks een instellingssubsidie. Voor het jaar 2025 en voor de jaren daarna is deze subsidie hoger door extra subsidie voor de VPTZ Academie om het toenemende aantal vrijwilligers te kunnen blijven opleiden. Ik vind het belangrijk dat vrijwilligers hun deskundigheid verkrijgen door een gedegen opleiding en nascholing volgen om hun vaardigheden op peil te houden. Hieraan levert VPTZ Nederland een belangrijke bijdrage.

De leden van de D66-fractie merken op dat het nog steeds voorkomt dat patiënten geen toegang hebben tot goede zorg door het zorgplafond. Kan de staatssecretaris uitleggen waar het probleem precies ligt en welke oplossingen zij hiervoor ziet? Kan zij daarbij ook ingaan op het rapport van de Algemene Rekenkamer uit 2021? Welke stappen zijn sindsdien gezet? En wat is er nog nodig om te voorkomen dat patiënten en hun naasten in een al onzekere situatie worden teleurgesteld, zo vragen deze leden.

Zoals ik in antwoord op vragen van de PVV-fractie al aangaf, mogen mensen in de meest kwetsbare fase van het leven geen last hebben van de gevolgen van omzetplafonds. Zorgaanbieders moeten op tijd aan de bel trekken als het plafond in beeld komt. De verzekeraar kan dan maatregelen nemen. Uit navraag bij zorgverzekeraars blijkt dat zij welwillend en voortvarend aanvragen voor budgetverhogingen behandelen als het om palliatieve zorg gaat. Zo worden problemen

voorkomen. Overigens gaat dit in veel regio's ook al goed. Maar niet altijd en niet overal. Daarom ga ik met zorgverzekeraars in overleg om het probleem scherp te krijgen en goede afspraken te maken dat omzetplafonds geen gevolgen meer hebben voor mensen die palliatieve zorg nodig hebben. Eventuele afspraken hierover zouden mogelijk ook goed passen in de aanvulling op het integraal zorgakkoord dat het kabinet wil sluiten. Over het verloop van dit overleg en het opnemen hiervan in het integraal zorgakkoord zal ik uw Kamer op de hoogte houden.

De leden van de D66-fractie maken zich zorgen over de hospicezorg. Er zijn nu 1200 bedden, maar dit moet groeien naar 1800. Kan de staatssecretaris uitleggen welke plannen zij hiervoor heeft en binnen welke termijn dit zal gebeuren?

In Nederland zijn momenteel circa 275 hospicevoorzieningen voor volwassenen met een gemiddelde bezettingsgraad van 80%. Een hospice heeft een maximale bezettingsgraad van 80 tot 90%. Dit komt onder meer doordat er minimaal één dag zit tussen de dag waarop een gast overlijdt en een volgende gast de kamer kan betrekken. Uit capaciteitsonderzoek, verricht binnen het NPPZ II, blijkt dat er in 2022 2.625 mensen niet terecht konden bij het hospice van keuze vanwege 100% bedbezetting. De verwachte prognose is dat in 2040 er 589 bedden extra nodig zijn. In totaal zijn er 137 extra bedden gepland bij 44 hospices, variërend van 1 tot 8 bedden per hospice. De meeste van deze uitbreidingen zijn gepland in de periode 2024-2027. Voor kinderen en jongvolwassenen is de capaciteit toereikend, maar de verspreiding niet optimaal door regionale verschillen. Er zijn verschillende redenen dat mensen niet in een hospice terecht kunnen. Soms is er geen bed beschikbaar of een tekort aan personeel of wijkverpleging. Maar het komt ook voor dat mensen bij meerdere hospices worden ingeschreven. Niet worden opgenomen in een hospice kan dan ook betekenen dat iemand voor een ander hospice heeft gekozen. Via het project 'Versterken Hospicezorg' worden regionale afspraken gemaakt over bedden capaciteit en kwaliteit zodat de cliënt in het juiste hospice de juiste zorg ontvangt. Voor het eerst zitten alle hospices gezamenlijk aan tafel om te kijken naar wat er nodig is in de toekomst. Niet alleen voor hun eigen hospice of binnen hun eigen gemeente, maar om de hospicezorg regionaal te verbeteren. Er wordt gekeken naar hoe adequaat doorverwezen kan worden naar hospices binnen de regio die wel plek hebben. En hoe vrijwilligers vaker thuis kunnen worden ingezet om mantelzorgers te ontlasten en te voorkomen dat hospicezorg nodig is. Het project loopt tot eind 2024. Op basis van de resultaten wordt het vervolg bepaald.

Deze leden merken op dat veel hospices sterk afhankelijk zijn van vrijwilligers. Doordat de inzet van vrijwilligers toeneemt, wordt de subsidie echter met acht procent verlaagd. Erkent de staatssecretaris dat dit grote problemen kan veroorzaken voor veel hospices? Kan zij

aangeven hoe de subsidieregeling kan worden aangepast, zodat er rekening wordt gehouden met de groei van vrijwilligers?

Het ministerie van VWS stelt subsidie beschikbaar vanuit de 'Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis' (hierna: Regeling) om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices.

De subsidieregeling maakt gebruik van een subsidieplafond. Het subsidieplafond is in de periode 2024-2026 als volgt opgebouwd:

2024	€ 31.979.000 (€25.479.000 regulier + 6.500.000 coalitieakkoordmiddelen)
2025	€ 31.861.000 (€25.861.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)
2026	€ 32.249.000 (€26.249.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)

In het overzicht is te zien dat het reguliere bedrag de afgelopen jaren is aangevuld met coalitieakkoordmiddelen Rutte IV. Dit was ook nodig in verband met groeiende vraag naar vrijwilligers. De hoogte van de instellingssubsidie per cliënt is onder andere afhankelijk van waar de vrijwilligers worden ingezet (op eigen locatie of op een andere locatie) en of de aanbieder of locatie waar de vrijwilligers worden ingezet zorg verleent, waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is de hoogte van de instellingssubsidie afhankelijk van het aantal cliënten waaraan in de referentieperiode van de afgelopen drie jaar palliatieve terminale zorg is verleend. Het totaal aantal cliënten waaraan palliatieve terminale zorg is verleend wordt gedeeld door het aantal jaren van de referentieperiode (drie jaar). De uitkomst is het gemiddeld aantal cliënten per jaar. Voor dat aantal deelt de instelling mee in het beschikbare budget. Voor beginnende hospices biedt de referentieperiode ruimte om te kunnen beoordelen dat het hospice duurzaam en stabiel is. Er kan pas een instellingssubsidie aangevraagd worden, als er een referentieperiode is opgebouwd van minimaal één jaar.

Ik begrijp dat hospices en vrijwilligersorganisaties ontstemd hebben gereageerd op het feit dat de normbedragen voor de inzet van vrijwilligers in 2025 lager uitvallen dan het huidige jaar. Vrijwilligers verrichten ondersteuning die van onschatbare waarde is voor mensen in de laatste levensfase. De daling van de subsidiebedragen komt doordat het subsidieplafond van de regeling is bereikt. Ik wil benadrukken dat het subsidiebudget ongeveer gelijk is gebleven ten opzichte van vorig jaar. De subsidieregeling kent een subsidieplafond van € 32 miljoen per jaar. Dit is inclusief € 6 miljoen coalitieakkoordmiddelen extra per jaar van het vorige kabinet die loopt tot en met 2028. Er wordt dus tot en met 2028 al fors geïnvesteerd.

Het beschikbare subsidiebedrag wordt jaarlijks verdeeld onder aanvragende organisaties. Elke organisatie ontvangt afhankelijk van het aantal cliënten naar rato hetzelfde percentage van het maximumbedrag. Dat zorgt voor een eerlijke verdeling: alle organisaties hebben gelijke kansen, 'wie het eerst komt, het eerst maalt' is niet van toepassing. Het zorgt er ook voor dat er nooit geld overblijft, maar dat het volledige budget wordt opgemaakt.

De afgelopen jaren ontvingen steeds meer mensen in de laatste levensfase ondersteuning van een vrijwilliger en het ziet er naar uit dat deze ontwikkeling zich doorzet. Omdat sprake is van een subsidieplafond betekent dit dat per cliënt een lager normbedrag wordt uitgekeerd. Het budget moet namelijk over een groter aantal worden verdeeld. Voor 2025 zijn normbedragen daardoor 7,4% lager uitgevallen ten opzichte van normbedragen voor dit jaar. Dit pakt dus nu voor hospices en vrijwilligersorganisaties ongunstig uit. Ik kan mij voorstellen dat zij daarvan schrikken.

De subsidieregeling is bedoeld om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices. De subsidie is niet bedoeld om kostendekkend te zijn voor de volledige exploitatie van een hospice. Ik vind het belangrijk dat het budget zo stimulerend mogelijk is. Tegelijkertijd zijn de financiële mogelijkheden altijd begrensd. Zo zijn de coalitieakkoordmiddelen al belegd met voornemens voor beleidsontwikkeling.

En is zij het met de leden van de D66-fractie eens dat het professionaliseren van informele zorg juist bijdraagt aan betere zorg? Zo, ja, welke plannen heeft zij om hier op in te zetten, zo vragen deze leden.

Opgeleide en deskundige vrijwilligers spelen in een hospice, maar ook thuis een belangrijke en onmisbare rol. De komende jaren wordt een toename verwacht van het aantal palliatieve cliënten, waardoor ook de vraag naar vrijwilligers sterk zal toenemen. De organisatie VPTZ Nederland is hierbij van grote waarde. Zij ondersteunen de vrijwilligers via de ruim 200 lidorganisaties, behartigen hun belangen en stimuleren de kwaliteit van de zorg en ondersteuning die geboden wordt aan mensen in de laatste levensfase. VPTZ Nederland ontvangt jaarlijks een instellingssubsidie van het ministerie van VWS. Voor het jaar 2025 en voor de jaren daarna is deze subsidie hoger door extra subsidie voor de VPTZ Academie om het toenemende aantal vrijwilligers te kunnen blijven opleiden. Ik vind het belangrijk dat vrijwilligers hun deskundigheid verkrijgen door een gedegen opleiding en nascholing volgen om hun vaardigheden op peil te houden. Hieraan levert VPTZ Nederland een belangrijke bijdrage.

De leden van de D66-fractie constateren dat patiënten die palliatieve

zorg krijgen vaak geen vast aanspreekpunt hebben, omdat de zorg over verschillende zorgverleners is verspreid. Erkent de staatssecretaris, net als deze leden, het belang van één vast aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten? Welke oplossingen ziet de staatssecretaris hiervoor? Daarnaast vragen de leden welke rol een verpleegkundig specialist hierin kan spelen.

Het tot stand komen van een regiebehandelaar maakt deel uit van transmurale coördinatie en continuïteit van zorg, wat één van de kernelementen is van het Kwaliteitskader palliatieve zorg. Hierin wordt persoonlijke continuïteit gestimuleerd, waarbij het gaat om een vaste zorgverlener in iedere afzonderlijke zorgsetting die de patiënt kent en volgt. Transmurale coördinatie en continuïteit van zorg maakt onderdeel uit van de IZA-transformatie in de regio en is

opgenomen in de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg. Deze ontwikkeling wordt ondersteund door een innovatieve prestatie (een zogenoemde TAPA\$ prestatie), die kan worden gecontracteerd om gedurende het gehele zorgproces samenwerking tussen generalisten en in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners in een regio mogelijk te maken.

Ten slotte, vraagt de D66-fractie of de staatssecretaris kan uitleggen hoe de kwaliteit van palliatieve zorg in ziekenhuizen wordt gecontroleerd, welke aandachtspunten daarbij opvallen en welke stappen daarna worden ondernomen.

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De leden van de BBB-fractie vragen: Hoe gaat de staatssecretaris de palliatieve zorg in alle regio's meer met elkaar in lijn brengen?

Palliatieve zorg en terminale zorg moeten in alle regio's een vanzelfsprekend onderdeel zijn van de reguliere zorg. Dit wordt gestimuleerd door per regio partijen (ziekenhuizen, hospices, huisartsen, zorgverzekeraars, etc.) afspraken te laten maken over hoe ze gaan zorgen 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. Dit voorjaar is hiervoor vanuit het NPPZ II de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg opgesteld.

Ook vragen de leden van de BBB-fractie hoe de staatssecretaris kijkt naar de budgetplafonds in de palliatieve zorg? Is dit niet bij uitstek een facet van de zorg waarin we dit weg zouden moeten laten?

Zoals ik in antwoord op vragen van de PVV-fractie al aangaf, mogen mensen in de meest kwetsbare fase van het leven geen last hebben van de gevolgen van omzetplafonds. Zorgaanbieders moeten op tijd aan de bel trekken als het plafond in beeld komt. De verzekeraar kan dan maatregelen nemen. Uit navraag bij zorgverzekeraars blijkt dat zij welwillend en voortvarend aanvragen voor budgetverhogingen behandelen als het om palliatieve zorg gaat. Zo worden problemen voorkomen. Overigens gaat dit in veel regio's ook al goed. Maar niet altijd en niet overal. Daarom ga ik met zorgverzekeraars in overleg om het probleem scherp te krijgen en goede afspraken te maken dat omzetplafonds geen gevolgen meer hebben voor mensen die palliatieve zorg nodig hebben. Eventuele afspraken hierover zouden mogelijk ook goed passen in de aanvulling op het integraal zorgakkoord dat het kabinet wil sluiten. Over het verloop van dit overleg en het opnemen hiervan in het integraal zorgakkoord zal ik uw Kamer op de hoogte houden.

Verder vraagt de BBB-fractie of de staatssecretaris mogelijkheden ziet om het aantal patiënten dat de specialistische palliatieve zorg krijgt die ze nodig hebben, te verhogen?

Onderdeel van de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg is om te zorgen dat bij complexe palliatieve zorg voldoende specialisten palliatieve zorg beschikbaar zijn. Per regio maken partijen (ziekenhuizen, hospices, huisartsen, zorgverzekeraars, etc.) daar afspraken over in het kader van transformaties in de regio. Regio's worden hiertoe ondersteund bij het opstarten en uitwerken van een IZA-Transformatieplan palliatieve zorg. De hierbij opgedane inzichten worden breder beschikbaar gesteld, zodat ook andere regio's gebruik kunnen maken van de geleerde lessen. Daarnaast werken veel partijen in zorg en onderwijs al sinds 2018 aan het vergroten van de kennis en vaardigheden van alle zorgverleners (helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten).

Vanuit het veld is er roep om een Onderwijsraad Palliatieve Zorg waarin de bewindspersonen van de ministeries Volksgezondheid, Welzijn en Sport én Onderwijs, Cultuur en Wetenschap samen voor vertrouwen van de Tweede Kamer zorgen, door eenheid en verbinding van verantwoordelijken van alle niveaus van onderwijs (van mbo tot en met medisch specialistische vervolgopleidingen). Het gaat erom dat daarmee en daardoor alle deskundigen palliatieve zorg beter samen kunnen gaan werken om alle sinds 2018 opgebouwde kennis en ervaring beschikbaar te maken voor alle (toekomstige) zorgprofessionals. Hoe staat de staatssecretaris tegenover een dergelijk initiatief vraag de BBB-fractie?

Naar aanleiding van de eerder genoemde motie Hermans (VVD) en Paulusma (D66) verken ik momenteel samen met de Minister van OC&W wat de knelpunten en oplossingsrichtingen zijn om palliatieve zorg te

verankeren in zorgopleidingen en in bij- en nascholing. Aangezien er tot nu toe geen aangrijpingspunten zijn in wetgeving en er een grote verantwoordelijkheid ligt bij de sector voor de inhoud van de opleidingen is het nog te vroeg om hierover uitspraken te doen. Ik zal uw Kamer hierover informeren.

De BBB-fractie vraagt: Hoe gaat de staatssecretaris de regie over palliatieve zorg weghalen bij de zorgverzekeraars en weer terugleggen bij de zorgprofessionals?

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

Tenslotte zitten de leden van de BBB-fractie met zorgen rondom vrijwilligersinzet. Er dreigt een serieuze daling van de subsidiebijdragen voor hospices en vrijwilligersorganisaties. Kan de staatssecretaris deze organisaties tegemoet treden door de subsidies op peil te houden, dan wel de daling minder drastisch te maken?

Het ministerie van VWS stelt subsidie beschikbaar vanuit de 'Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis' (hierna: Regeling) om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices.

De subsidieregeling maakt gebruik van een subsidieplafond. Het subsidieplafond is in de periode 2024-2026 als volgt opgebouwd:

2024	€ 31.979.000 (€25.479.000 regulier + 6.500.000 coalitieakkoordmiddelen)
2025	€ 31.861.000 (€25.861.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)
2026	€ 32.249.000 (€26.249.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)

In het overzicht is te zien dat het reguliere bedrag de afgelopen jaren is aangevuld met coalitieakkoordmiddelen Rutte IV. Dit was ook nodig in verband met groeiende vraag naar vrijwilligers. De hoogte van de instellingssubsidie per cliënt is onder andere afhankelijk van waar de vrijwilligers worden ingezet (op eigen locatie of op een andere locatie) en of de aanbieder of locatie waar de vrijwilligers worden ingezet zorg verleent, waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is de hoogte van de instellingssubsidie afhankelijk van het aantal cliënten waaraan in de referentieperiode van de afgelopen drie jaar palliatieve terminale zorg is verleend. Het totaal aantal cliënten waaraan palliatieve terminale zorg is verleend wordt gedeeld door het aantal jaren van de referentieperiode (drie jaar). De uitkomst is het gemiddeld aantal cliënten per jaar. Voor dat aantal deelt de instelling mee in het beschikbare budget. Voor

beginnende hospices biedt de referentieperiode ruimte om te kunnen beoordelen dat het hospice duurzaam en stabiel is. Er kan pas een instellingssubsidie aangevraagd worden, als er een referentieperiode is opgebouwd van minimaal één jaar.

Ik begrijp dat hospices en vrijwilligersorganisaties ontstemd hebben gereageerd op het feit dat de normbedragen voor de inzet van vrijwilligers in 2025 lager uitvallen dan het huidige jaar. Vrijwilligers verrichten ondersteuning die van onschatbare waarde is voor mensen in de laatste levensfase. De daling van de subsidiebedragen komt doordat het subsidieplafond van de regeling is bereikt. Ik wil benadrukken dat het subsidiebudget ongeveer gelijk is gebleven ten opzichte van vorig jaar. De subsidieregeling kent een subsidieplafond van € 32 miljoen per jaar. Dit is inclusief € 6 miljoen coalitieakkoordmiddelen extra per jaar van het vorige kabinet die loopt tot en met 2028. Er wordt dus tot en met 2028 al fors geïnvesteerd.

Het beschikbare subsidiebedrag wordt jaarlijks verdeeld onder aanvragende organisaties. Elke organisatie ontvangt afhankelijk van het aantal cliënten naar rato hetzelfde percentage van het maximumbedrag. Dat zorgt voor een eerlijke verdeling: alle organisaties hebben gelijke kansen, 'wie het eerst komt, het eerst maalt' is niet van toepassing. Het zorgt er ook voor dat er nooit geld overblijft, maar dat het volledige budget wordt opgemaakt.

De afgelopen jaren ontvingen steeds meer mensen in de laatste levensfase ondersteuning van een vrijwilliger en het ziet er naar uit dat deze ontwikkeling zich doorzet. Omdat sprake is van een subsidieplafond betekent dit dat per cliënt een lager normbedrag wordt uitgekeerd. Het budget moet namelijk over een groter aantal worden verdeeld. Voor 2025 zijn normbedragen daardoor 7,4% lager uitgevallen ten opzichte van normbedragen voor dit jaar. Dit pakt dus nu voor hospices en vrijwilligersorganisaties ongunstig uit. Ik kan mij voorstellen dat zij daarvan schrikken.

De subsidieregeling is bedoeld om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices. De subsidie is niet bedoeld om kostendekkend te zijn voor de volledige exploitatie van een hospice. Ik vind het belangrijk dat het budget zo stimulerend mogelijk is. Tegelijkertijd zijn de financiële mogelijkheden altijd begrensd. Zo zijn de coalitieakkoordmiddelen al belegd met voornemens voor beleidsontwikkeling.

De leden van de CDA-fractie zien in de verschillende regio's mooie initiatieven tot bloei komen maar merken ook op dat er regionale verschillen zijn. Is duidelijk wat de verschillende regionale behoeften zijn? Kan er een inschatting worden gemaakt van wat er de komende vier jaar nodig is aan palliatieve zorg thuis en aan palliatieve zorg in

hospices? Dit vragen zij omdat mensen langer thuis wonen en ook graag in die laatste fase in een vertrouwde omgeving verblijven. Hoever staan de Integraal Zorgakkoord (IZA) Transformatieplannen Palliatieve Zorg op dit moment? Wat loopt goed en wat kan er beter?

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De CDA-fractie vraagt: Zijn er voldoende vrijwilligers in de palliatieve zorg of juist niet en in hoeverre is hier sprake van regionale verschillen? Klopt het dat de subsidie gaat dalen? Waarom wil de staatssecretaris de subsidie (acht procent) laten dalen en krijgen ze minder subsidie per persoon? Wat denkt de staatssecretaris dat het effect is op het totaal aantal vrijwilligers en daarmee ook voor de toekomst van hospicezorg?

Het ministerie van VWS stelt subsidie beschikbaar vanuit de 'Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis' (hierna: Regeling) om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices.

De subsidieregeling maakt gebruik van een subsidieplafond. Het subsidieplafond is in de periode 2024-2026 als volgt opgebouwd:

2024	€ 31.979.000 (€25.479.000 regulier + 6.500.000 coalitieakkoordmiddelen)
2025	€ 31.861.000 (€25.861.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)
2026	€ 32.249.000 (€26.249.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)

In het overzicht is te zien dat het reguliere bedrag de afgelopen jaren is aangevuld met coalitieakkoordmiddelen Rutte IV. Dit was ook nodig in verband met groeiende vraag naar vrijwilligers. De hoogte van de instellingssubsidie per cliënt is onder andere afhankelijk van waar de vrijwilligers worden ingezet (op eigen locatie of op een andere locatie) en of de aanbieder of locatie waar de vrijwilligers worden ingezet zorg verleent, waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is de hoogte van de instellingssubsidie afhankelijk van het aantal cliënten waaraan in de referentieperiode van de afgelopen drie jaar palliatieve terminale zorg is verleend. Het totaal aantal cliënten waaraan palliatieve terminale zorg is verleend wordt gedeeld door het aantal jaren van de referentieperiode (drie jaar). De uitkomst is het gemiddeld aantal cliënten per jaar. Voor dat aantal deelt de instelling mee in het beschikbare budget. Voor beginnende hospices biedt de referentieperiode ruimte om te kunnen beoordelen dat het hospice duurzaam en stabiel is. Er kan pas een instellingssubsidie aangevraagd worden, als er een referentieperiode is opgebouwd van minimaal één jaar.

Ik begrijp dat hospices en vrijwilligersorganisaties ontstemd hebben gereageerd op het feit dat de normbedragen voor de inzet van vrijwilligers in 2025 lager uitvallen dan het huidige jaar. Vrijwilligers verrichten ondersteuning die van onschatbare waarde is voor mensen in de laatste levensfase. De daling van de subsidiebedragen komt doordat het subsidieplafond van de regeling is bereikt. Ik wil benadrukken dat het subsidiebudget ongeveer gelijk is gebleven ten opzichte van vorig jaar. De subsidieregeling kent een subsidieplafond van € 32 miljoen per jaar. Dit is inclusief € 6 miljoen coalitieakkoordmiddelen extra per jaar van het vorige kabinet die loopt tot en met 2028. Er wordt dus tot en met 2028 al fors geïnvesteerd.

Het beschikbare subsidiebedrag wordt jaarlijks verdeeld onder aanvragende organisaties. Elke organisatie ontvangt afhankelijk van het aantal cliënten naar rato hetzelfde percentage van het maximumbedrag. Dat zorgt voor een eerlijke verdeling: alle organisaties hebben gelijke kansen, 'wie het eerst komt, het eerst maalt' is niet van toepassing. Het zorgt er ook voor dat er nooit geld overblijft, maar dat het volledige budget wordt opgemaakt.

De afgelopen jaren ontvingen steeds meer mensen in de laatste levensfase ondersteuning van een vrijwilliger en het ziet er naar uit dat deze ontwikkeling zich doorzet. Omdat sprake is van een subsidieplafond betekent dit dat per cliënt een lager normbedrag wordt uitgekeerd. Het budget moet namelijk over een groter aantal worden verdeeld. Voor 2025 zijn normbedragen daardoor 7,4% lager uitgevallen ten opzichte van normbedragen voor dit jaar. Dit pakt dus nu voor hospices en vrijwilligersorganisaties ongunstig uit. Ik kan mij voorstellen dat zij daarvan schrikken.

De subsidieregeling is bedoeld om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices. De subsidie is niet bedoeld om kostendekkend te zijn voor de volledige exploitatie van een hospice. Ik vind het belangrijk dat het budget zo stimulerend mogelijk is. Tegelijkertijd zijn de financiële mogelijkheden altijd begrensd. Zo zijn de coalitieakkoordmiddelen al belegd met voornemens voor beleidsontwikkeling.

Klopt het dat ook de vraag voor palliatief terminale zorg voor speciale doelgroepen (bijvoorbeeld dak- en thuislozen maar ook mensen met psychiatrische problemen) toeneemt? Zo ja, zijn deze groepen goed bekend bij de diverse organisaties? Hoe wordt er voor deze groepen passende palliatieve zorg georganiseerd?

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De leden van de CDA-fractie vragen ook aandacht voor zingeving. Wanneer mensen langdurig ziek zijn en niet meer beter worden kan zingeving onder druk komen te staan. Mensen gaan vaak bewust nadenken over wat voor hen waardevol is. Vindt de staatssecretaris dat dit op dit moment voldoende geborgd is? Zo ja, waarom wel? Zo niet, wat kan zij doen om dit te verbeteren?

Zingeving is één van de vier dimensies van goede palliatieve zorg en is als zodanig verankerd in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland. Dit Kwaliteitskader is de basis voor alle activiteiten van het NPPZ II. Bovendien maakt sinds 2019 een subsidieregeling de inzet van geestelijk verzorgers in de thuissituatie mogelijk. Geestelijke verzorging in de thuissituatie wordt ingezet bij levensvragen van mensen die ongeneeslijk ziek zijn, kwetsbare senioren, ouders van een kind met een ernstige ziekte, maar ook mensen die te maken hebben met verlies van werk, relaties, of naasten. Ook kinderen en jongvolwassenen (tot 23 jaar) wiens vader of moeder komt te overlijden of is overleden, kunnen door een rouw- en verliesbegeleider of geestelijk verzorger begeleid worden.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de dreigende sluiting van hospices, zoals bijvoorbeeld het Bethlehem Hospice in Nijmegen. Welke stappen gaat de staatssecretaris zetten om te voorkomen dat hospices sluiten, waardoor minder mensen hier toegang toe hebben?

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De leden van de SP-fractie uiten ook hun zorgen over het gebrek aan solidariteit in bepaalde probleemwijken, waar sommige mensen weigeren ruimte te maken voor een hospice, zoals in Bloemendaal. Zij roepen de staatssecretaris op om dit gebrek aan solidariteit aan te pakken. Is zij bijvoorbeeld bereid om de problematische sociaaleconomische segregatie in deze villawijken aan te pakken, om zo de solidariteit met andere groepen te stimuleren?

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De leden van de SP-fractie stellen daarnaast dat het onacceptabel is dat er nog steeds gewerkt wordt met budgetplafonds voor palliatieve zorg, waardoor mensen minder vaak kunnen sterven op de plek van hun keuze. Is de staatssecretaris bereid om ervoor te zorgen dat er niet langer gebruik wordt gemaakt van budgetplafonds in de palliatieve zorg? Welke stappen is zij daarnaast bereid om te zetten om de wachtlijsten in de palliatieve zorg tegen te gaan?

Zoals ik in antwoord op vragen van de PVV-fractie al aangaf, ga ik met zorgverzekeraars in overleg om het probleem scherp te krijgen en goede afspraken te maken zodat omzetplafonds geen gevolgen meer hebben voor mensen die palliatieve zorg nodig hebben. Dit zou goed passen in

het integraal zorgakkoord dat het kabinet wil sluiten. Over het verloop van dit overleg en het opnemen hiervan in het integraal zorgakkoord zal ik uw Kamer op de hoogte houden.

De leden van de SP-fractie zijn ten slotte van mening dat het momenteel teveel afhangt van welke zorgverzekeraar mensen hebben bij de vraag of zij toegang hebben tot de juiste palliatieve zorg. Hoe is de staatssecretaris van plan om deze verschillen tegen te gaan, zodat iedereen toegang heeft tot de palliatieve zorg die zij nodig hebben?

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen: Hoe wil de staatssecretaris initiatieven ondersteunen die palliatieve zorg bekender maken? Bijvoorbeeld door scholieren op bezoek te laten gaan in een hospice, zoals in hospice Bardo in Hoofddorp gebeurt?

Het bezoeken van Hospice Bardo door scholieren is een mooi voorbeeld van hoe we palliatieve zorg onder de aandacht kunnen brengen. Om de bekendheid van palliatieve zorg te vergroten, is er binnen het thema bewustwording van het NPPZ II, een breed scala aan initiatieven zoals landelijke en lokale campagnes, en de landelijke Week van de Palliatieve Zorg. Initiatieven die laten zien dat palliatieve zorg meer is dan alleen hospices. Want palliatieve zorg begint vanaf het moment dat iemand ongeneeslijk ziek is. Het omvat zorg in verschillende fasen en settings, zoals thuis, in een verpleeghuis of in een ziekenhuis. Het gaat over het verbeteren van de kwaliteit van het leven van patiënten en naasten. Hoewel de primaire doelgroep in de publiekscampagnes mensen van 60 jaar en ouder zijn, streeft het NPPZ II ernaar om palliatieve zorg onder de aandacht te brengen bij een breed publiek. Er wordt bijvoorbeeld overwogen om in 2025 de campagnes verder uit te breiden naar platforms als TikTok en Instagram, zodat ook jongeren kunnen worden bereikt.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de 'bezuiniging' op de subsidie voor vrijwilligers.

Het ministerie van VWS stelt subsidie beschikbaar vanuit de 'Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis' (hierna: Regeling) om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices.

De subsidieregeling maakt gebruik van een subsidieplafond. Het subsidieplafond is in de periode 2024-2026 als volgt opgebouwd:

2024	€ 31.979.000 (€25.479.000 regulier + 6.500.000 coalitieakkoordmiddelen)
------	---

2025	€ 31.861.000 (€25.861.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)
2026	€ 32.249.000 (€26.249.000 regulier + 6.000.000 coalitieakkoordmiddelen)

In het overzicht is te zien dat het reguliere bedrag de afgelopen jaren is aangevuld met coalitieakkoordmiddelen Rutte IV. Dit was ook nodig in verband met groeiende vraag naar vrijwilligers. De hoogte van de instellingssubsidie per cliënt is onder andere afhankelijk van waar de vrijwilligers worden ingezet (op eigen locatie of op een andere locatie) en of de aanbieder of locatie waar de vrijwilligers worden ingezet zorg verleent, waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is de hoogte van de instellingssubsidie afhankelijk van het aantal cliënten waaraan in de referentieperiode van de afgelopen drie jaar palliatieve terminale zorg is verleend. Het totaal aantal cliënten waaraan palliatieve terminale zorg is verleend wordt gedeeld door het aantal jaren van de referentieperiode (drie jaar). De uitkomst is het gemiddeld aantal cliënten per jaar. Voor dat aantal deelt de instelling mee in het beschikbare budget. Voor beginnende hospices biedt de referentieperiode ruimte om te kunnen beoordelen dat het hospice duurzaam en stabiel is. Er kan pas een instellingssubsidie aangevraagd worden, als er een referentieperiode is opgebouwd van minimaal één jaar.

Ik begrijp dat hospices en vrijwilligersorganisaties ontstemd hebben gereageerd op het feit dat de normbedragen voor de inzet van vrijwilligers in 2025 lager uitvallen dan het huidige jaar. Vrijwilligers verrichten ondersteuning die van onschatbare waarde is voor mensen in de laatste levensfase. De daling van de subsidiebedragen komt doordat het subsidieplafond van de regeling is bereikt. Ik wil benadrukken dat het subsidiebudget ongeveer gelijk is gebleven ten opzichte van vorig jaar. De subsidieregeling kent een subsidieplafond van € 32 miljoen per jaar. Dit is inclusief € 6 miljoen coalitieakkoordmiddelen extra per jaar van het vorige kabinet die loopt tot en met 2028. Er wordt dus tot en met 2028 al fors geïnvesteerd.

Het beschikbare subsidiebedrag wordt jaarlijks verdeeld onder aanvragende organisaties. Elke organisatie ontvangt afhankelijk van het aantal cliënten naar rato hetzelfde percentage van het maximumbedrag. Dat zorgt voor een eerlijke verdeling: alle organisaties hebben gelijke kansen, 'wie het eerst komt, het eerst maalt' is niet van toepassing. Het zorgt er ook voor dat er nooit geld overblijft, maar dat het volledige budget wordt opgemaakt.

De afgelopen jaren ontvingen steeds meer mensen in de laatste levensfase ondersteuning van een vrijwilliger en het ziet er naar uit dat deze ontwikkeling zich doorzet. Omdat sprake is van een subsidieplafond betekent dit dat per cliënt een lager normbedrag wordt uitgekeerd. Het budget moet namelijk over een groter aantal worden verdeeld. Voor 2025 zijn normbedragen daardoor 7,4% lager uitgevallen ten opzichte van

normbedragen voor dit jaar. Dit pakt dus nu voor hospices en vrijwilligersorganisaties ongunstig uit. Ik kan mij voorstellen dat zij daarvan schrikken.

De subsidieregeling is bedoeld om de inzet, opleiding en coördinatie van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg te stimuleren. Dit geldt voor vrijwilligers bij mensen thuis en in hospices. De subsidie is niet bedoeld om kostendekkend te zijn voor de volledige exploitatie van een hospice. Ik vind het belangrijk dat het budget zo stimulerend mogelijk is. Tegelijkertijd zijn de financiële mogelijkheden altijd begrensd. Zo zijn de coalitieakkoordmiddelen al belegd met voornemens voor beleidsontwikkeling.

De leden van de ChristenUnie-fractie wijzen op de community based palliative care die in Groot-Brittannië bekend is, waar palliatieve zorg als eerstelijnszorg, ingebed in de gemeenschap, wordt geboden. Welke mogelijkheden ziet de staatssecretaris om gemeenschappelijke palliatieve zorg met vrijwilligers, familie en de buurt mogelijk te maken?

Palliatieve zorg moet integraal onderdeel worden van de reguliere zorg en niet van een specifieke sector. Dit houdt in dat alle zorgverleners de palliatieve fase moeten markeren en tijdig het gesprek voeren met hun patiënten over hun wensen en grenzen in de palliatieve fase. Daaraan wordt gewerkt door implementatie van het kwaliteitskader. Proactieve transmurale samenwerking is daarbij belangrijk zodat hulpverleners vanuit de verschillende zorgsectoren goed met elkaar samenwerken. Er lopen verschillende initiatieven om dit te bevorderen en ook financieel mogelijk te maken. Ook werkt het RIVM samen met experts aan de Toekomstverkenning palliatieve zorg 2050, waarin scenario's worden opgesteld. Hierin wordt deze vraag meegenomen. De toekomstverkenning wordt in december aan de Tweede Kamer gestuurd en vormt input voor het opstellen van een toekomstagenda.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de staatssecretaris om vrijwilligers, in den breedte maar voor nu specifiek in de palliatieve zorg, uit te nodigen en mee te laten beslissen aan de tafels waar regioplannen en regiobeelden worden gemaakt en uitgewerkt. Deze leden zijn van mening dat de inzet van vrijwilligers, en mantelzorgers, cruciaal is in de transformatie van zorg. Dan is het niet meer dan logisch dat hun inzichten en belangen een plek krijgen op de plekken waar hierover wordt besloten en plannen hiervoor worden uitgewerkt. Welke stappen gaat de staatssecretaris zetten om ervoor te zorgen dat dit op regionaal niveau gaat gebeuren?

Deze vraag zal worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het erg schrijnend als terminale patiënten geen intensieve thuiszorg ontvangen, vanwege onder andere budgetplafonds of contractafspraken van verzekeraars. Heeft de

staatssecretaris er zicht op in welke regio's palliatieve zorg het slechtst toegankelijk is? Hoe komt dit? Welke rol hebben zorgverzekeraars in de toegang? Is de staatssecretaris bereid de NZa te vragen uit te zoeken wat de huidige toegankelijkheid is van palliatieve zorg thuis en welke zorgverzekeraars het aantal vergoede uren flink beperken? Wat hebben regio's die achterblijven nodig van de staatssecretaris om de toegankelijkheid te verbeteren? Heeft de staatssecretaris zicht op de mate waarin het ontbreken van contracten een belemmering is voor de zorg? Waarom zijn verzekeraars zo streng als ze weten dat zorgaanbieder en cliënt niet veel tijd hebben om meerdere keren een aanvraag te herzien? Vindt de staatssecretaris dit terecht? Hoe vaak komt het voor dat zorgverzekeraars niet akkoord gaan met het zorgplan? Op grond waarvan zijn zorgverzekeraars gerechtigd om de indicatie in twijfel te trekken?

Zoals hierboven aangegeven ga ik met zorgverzekeraars in overleg om de problematiek rond omzetplafonds scherp te krijgen en goede afspraken te maken dat omzetplafonds geen gevolgen meer hebben voor mensen die palliatieve zorg nodig hebben. Ik zal bij mijn gesprekken deze vragen betrekken. Deze vragen zullen vervolgens worden beantwoord in de stand van zaken brief palliatieve zorg die voor december aan uw Kamer is toegezegd.

De leden van de ChristenUnie-fractie wijzen op de zorg die er leeft rondom kinderen die achttien worden en palliatieve en terminale zorg ontvangen in een hospice. Zij passen niet meer in een kinderspice voor goede zorg, maar ergens anders kunnen zij ook niet goed terecht. Wil de staatssecretaris in overleg gaan en ervoor zorgen dat deze kinderen een goede plek krijgen? Wil zij de Kamer over haar vorderingen informeren?

De gesprekken met ouders tijdens mijn werkbezoek aan Hospice Binnenveld hebben grote indruk op mij gemaakt. Zij hebben mij verteld hoe groot de overgang van 18- naar 18+ is en welke problemen dat met zich meebrengt. Dit geeft ouders en kinderen veel stress. Ik ga mijn uiterste best doen voor ouders en kinderen om de overgang te verzachten. Tegelijkertijd benadruk ik dat dat ingewikkeld wordt. Het gaat over een moeilijk vraagstuk dat over verschillende wetten heen gaat. De komende tijd breng ik het probleem samen met betrokkenen echt goed in kaart. Vervolgens zie ik wat nodig is voor verbeteringen. Ik informeer uw Kamer over de uitkomsten in het voorjaar van 2025.