

Vergaderjaar 2021–2022

**34 104**

## **Langdurige zorg**

**Nr. 359**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR LANGDURIGE ZORG EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 juli 2022

In deze verzamelbrief Wet langdurige zorg (Wlz) informeer ik u over de uitwerking van de plannen met betrekking tot de in het coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77) beschikbaar gestelde middelen voor de palliatieve zorg en de geestelijke verzorging thuis. Daarna bericht ik u over de persoonsvolgende bekostiging en domein-overstijgende experimenten en ga ik nader in op de verlenging van de overgangspe-riode voor ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis.

#### **Hoofdpunten uit de brief:**

- De middelen uit het coalitieakkoord voor de palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis (in totaal € 150 miljoen voor de komende jaren) worden ingezet om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis verder te verbeteren. Er wordt een tijdelijke impuls gegeven aan:
  - het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II, waarvan de Coöperatie Palliatieve Zorg Nederland hoofduitvoerder is;
  - doorontwikkeling kwaliteitskader en richtlijnen palliatieve zorg;
  - een verhoging van de subsidieregeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging in de thuissituatie;
  - pilots of kleinschalige experimenten bekostiging palliatieve zorg;
  - het realiseren van een toekomstvisie;
  - het opzetten en inrichten van een expertisefunctie geestelijke verzorging thuis;
  - de uitvoeringskosten.
- Met deze brief doe ik de motie van het lid Tellegen<sup>1</sup> af en concludeer ik dat zowel in praktijk als via beleidsvorming wordt bijgedragen aan de bredere toepassing van persoonsvolgende bekostiging en domein-overstijgende samenwerking.

<sup>1</sup> Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 43.

- Sinds 1 januari 2021 hebben mensen met langdurige ernstige psychische stoornissen toegang tot de Wlz. Cliënten die «verblijf zonder behandeling» hebben krijgen de GGZ-behandeling gedurende een overgangsperiode nog bekostigd vanuit de Zvw. Deze overgangsperiode wordt nogmaals verlengd tot 1 januari 2024.

## 1. Middelen palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis

### *Beschikbare middelen uit het coalitieakkoord*

In het coalitieakkoord van 15 december 2021 staat: «We versterken de palliatieve zorg inclusief hospices». In de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord is daarbij een bedrag opgenomen van in totaal € 150 miljoen, met als toelichting: «De palliatieve zorg wordt verbeterd bijvoorbeeld door aan de subsidieregeling «Palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging» voor versterking van hospices en ondersteuning van zorgnetwerken een tijdelijke impuls te geven».

Vervolgens is in de hoofdlijnenbrief<sup>2</sup> aangegeven dat de insteek is dat de palliatieve zorg doelmatig en doeltreffend is georganiseerd en toekomstbestendig is. Om dit te bereiken wordt invulling gegeven aan het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II) in de periode 2021–2026. Het NPPZ II is mede gebaseerd op het kwaliteitskader palliatieve zorg en de richtlijnen palliatieve zorg. Daarnaast zal een impuls worden gegeven aan de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis. Met deze brief informeer ik u, zoals eerder is toegezegd<sup>3</sup> over de uitwerking van de plannen voor de palliatieve zorg en de geestelijke verzorging thuis.

### *Belang van palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis in relatie tot demografische ontwikkeling*

Palliatieve zorg is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven, het voorkomen of verlichten van lijden voor mensen die niet meer beter worden. Het is daarbij nodig dat problemen van fysieke, psychische, sociale en spirituele aard tijdig worden gesignaleerd en behandeld. Omdat mensen steeds langer thuis wonen, kunnen palliatieve patiënten (en hun naasten) en mensen met levensvragen boven de vijftig jaar geestelijke verzorging thuis krijgen. De palliatieve fase begint als genezing niet meer mogelijk is of als het levenseinde door kwetsbaarheid in zicht komt. Vaak wordt palliatieve zorg te laat ingezet<sup>4</sup> en ontvangen mensen geen passende zorg. Ook wordt het gesprek over het levenseinde niet tijdig gevoerd waardoor de zorg niet altijd aansluit bij de behoefte. Bovendien is het niet voor iedereen bekend dat mensen gebruik kunnen maken van geestelijke verzorging thuis. Uit studies<sup>5</sup> blijkt dat het vroegtijdig signaleren van de laatste levensfase en de inzet van palliatieve zorg een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van patiënten. Het leidt tot minder ziekenhuisopnames, minder overbehandeling en patiënten sterven vaker op de plek van hun voorkeur. Overigens is de plek van overlijden niet altijd planbaar<sup>6</sup>. Zo'n 70% van de mensen geeft aan thuis te willen overlijden, maar dat gebeurt maar in 33% van de gevallen. Het stervenstraject verloopt vaak grillig. Ik citeer longarts De Hosson<sup>7</sup>:

<sup>2</sup> Kamerstuk, 35 925 XVI, nr. 170, p. 11.

<sup>3</sup> Planningsbrief n.a.v. het regeerakkoord (Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 167).

<sup>4</sup> Uit onderzoek in de Nederlandse ziekenhuizen blijkt echter dat palliatieve zorg vaak nog beperkt en laat wordt ingezet (Boddaert, 2020; Brinkman, 2016).

<sup>5</sup> Kavalieratos, 2016; Maetens, 2019; Quinn, 2020; Boddaert, 2020.

<sup>6</sup> Carend (Care at the end of life): Negen veelvoorkomende misverstanden over de stervensfase Maaiké Zweers 7-6-2022.

<sup>7</sup> Samen met Sabine Netters oprichter van Carend.

«Uiteindelijk gaat het er niet om waar iemand sterft. Wel dat iemand zich veilig voelt op die plek».

Een manier om een inschatting te maken van de behoefte aan palliatieve zorg in de bevolking, is te kijken naar sterfte aan aandoeningen waarbij een ziekteverloop plaatsvond voorafgaand aan het overlijden<sup>8</sup>. Voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn kanker, hartfalen, dementie of chronische nierziekten. Door de toenemende (dubbele) vergrijzing en ook door de vooruitgang in de medische wetenschap en een toename van het aantal mensen met een chronische ziekte zullen in de komende jaren steeds meer mensen palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis nodig hebben. In 2020 waren er 169.000 overledenen<sup>9</sup> waarvan circa 106.000 overledenen palliatieve zorg en ondersteuning nodig hadden. Naar verwachting zal dit aandeel de komende jaren verder toenemen.

## **2. Uitwerking coalitieakkoordmiddelen Palliatieve Zorg en Geestelijke Verzorging Thuis**

De afgelopen periode is gewerkt aan een plan om tot een doelmatige en doeltreffende inzet te komen van de beschikbare middelen van in totaal € 150 miljoen voor de verbetering van palliatieve zorg en de geestelijke verzorging thuis. In de volgende paragrafen zal ik dit toelichten per onderdeel en ter afsluiting volgt een overzicht van de reeksen. In bijlage 1 van deze brief treft u een overzicht (CW3.1) aan waarin de beleidskeuzes ten aanzien van de middelen voor de palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis nader worden toegelicht.

Tevens zijn bij de uitwerking van deze plannen de bevindingen meegenomen uit het advies «Leven met het einde in zicht», waarin de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) pleit voor een bredere en eerdere inzet van palliatieve zorg voor mensen die ongeneeslijk ziek zijn<sup>10</sup>.

### **2.1 Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II)**

Om de palliatieve zorg verder te verbeteren is een vervolg gegeven aan het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ II). In de stand van zakenbrief<sup>11</sup> palliatieve zorg, van december vorig jaar heeft mijn voorganger uw Kamer hier reeds over geïnformeerd. Eerder waren hiervoor nog geen financiële middelen beschikbaar gesteld. Met de in het coalitieakkoord beschikbaar gekomen middelen kan de kwaliteit van de palliatieve zorg aantoonbaar worden verbeterd. Het NPPZ II is gericht op de implementatie van uitkomsten en kennis uit de eerste programmaperiode. De Coöperatie Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) is hoofduitvoerder van het programma.

Doelen van dit programma zijn:

- maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg; taboes doorbreken en palliatieve zorg bespreekbaar maken, zodat patiënt, naasten en zorgverleners vroegtijdig in gesprek gaan over waarden, wensen en behoeften.
- proactieve zorg en ondersteuning; het identificeren van patiënten in de palliatieve fase en daaropvolgende proactieve zorgplanning brengt de curatieve en de palliatieve zorg dicht bij elkaar (tweesporenbeleid) en leidt tot passende zorg. Dit tweesporenbeleid wordt gevoerd voor diverse diagnosegroepen.

<sup>8</sup> Kerncijfers palliatieve zorg 2019.

<sup>9</sup> Zie [www.palliaweb.nl](http://www.palliaweb.nl) kerncijfers palliatieve zorg op basis van CBS data.

<sup>10</sup> Zie bijlage.

<sup>11</sup> Kamerstuk 29 509, nr. 75.

Deze doelen worden bereikt door:

- een landelijke bewustwordingscampagne (a);
- het versterken van de samenwerking binnen acht expertisecentra in de palliatieve zorg in de Academische ziekenhuizen, het kenniscentrum kinderpalliatieve zorg en zeven consortia palliatieve zorg;
- het ondersteunen van de consortia bij realiseren doelstellingen NPPZ II;
- het meten en monitoren van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren (b);
- tevens is er aandacht voor de verbetering van de digitale gegevensuitwisseling
- borging van de resultaten door implementatie.

Ad a) De bewustwordingscampagne sluit aan bij de aankomende landelijke publiekscampagne die momenteel wordt voorbereid, voortvloeiend uit het amendement<sup>12</sup> van Tellegen en Paulusma dat vorig jaar is aangenomen. Het amendement roept op om een landelijke publiekscampagne op te zetten door de overheid en te zorgen voor vindbare publieksinformatie rondom palliatieve zorg. Hierover vindt afstemming plaats met PZNL zodat goed aangesloten wordt bij de bewustwordingscampagne uit het NPPZ II.

Ad b) Om te meten in hoeverre de doelen van NPPZ II zijn bereikt wordt gebruik gemaakt van een indicatorenset met verschillende typen (structuur, proces en uitkomst), verschillende niveaus (patiënt, zorgverlener, organisatie en maatschappij) alsmede verschillende domeinen (zorg, sociaal en integraal), waarbij zoveel mogelijk bestaande databronnen worden benut. Om de uitvoering van het NPPZ II te monitoren en bij te kunnen sturen is een stuurgroep ingericht. Uw Kamer zal regelmatig worden geïnformeerd over de voortgang van het NPPZ II. Ook is het belangrijk dat er afstemming plaatsvindt en goed wordt samengewerkt met het ZonMw-programma Palliantie II<sup>13</sup>. Dit programma loopt tot 2026 en wordt gefinancierd door VWS.

Voor het NPPZ II is in totaal € 55 miljoen beschikbaar in de komende jaren.

## **2.2 Kwaliteitskader en richtlijnen palliatieve zorg**

### *Kwaliteitskader*

Het kwaliteitskader palliatieve zorg bestaat vijf jaar. Het is een richtinggevend document dat goede palliatieve zorg beschrijft uitgaande van de waarden, wensen en behoeften van de patiënt en diens naasten. Momenteel vindt er een evaluatie plaats van de mate van de inbedding van het kwaliteitskader in de praktijk. Op basis van de evaluatie zal een tijdschema voor de actualisatie van het kwaliteitskader worden opgesteld. Het is belangrijk dat het kwaliteitskader aansluit op kwaliteitskaders van aanpalende beleidsterreinen, zoals de ouderenzorg.

### *Richtlijnen*

Richtlijnen zijn aanbevelingen gericht op de verbetering van kwaliteit van zorg en gebaseerd op recente literatuur. Dankzij de richtlijnen kunnen zorgverleners beter invulling geven aan de wensen, waarden en behoeften van patiënten en hun naasten. Voor de palliatieve zorg zijn er 28 landelijke richtlijnen die geactualiseerd en onderhouden moeten

<sup>12</sup> Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 44.

<sup>13</sup> Het bouwt voort op de opgedane kennis uit het eerdere programma Palliantie. Meer dan zorg.

worden. Daarmee beschikken zorgverleners over actuele en betrouwbare informatie met betrekking tot de palliatieve zorg. Het meerjarenplan richtlijnen in de palliatieve zorg wordt verder voltooid binnen het ZonMw-programma Kwaliteitsgelden (2022 en 2023). Daarna is doorontwikkeling en structureel onderhoud van de richtlijnen noodzakelijk.

De actualisatie van de het kwaliteitskader en de onderliggende richtlijnen zijn opgenomen als randvoorwaarden om de geformuleerde doelstellingen van het NPPZ II te bereiken. Er wordt steeds meer kennis opgedaan (o.a. via het ZonMw-programma Palliatie II), dus de richtlijnen moeten actueel blijven wil deze kennis ook in de praktijk landen. Bezien zal worden hoe het kwaliteitskader, de doorontwikkeling en structureel onderhoud van de kwaliteitsrichtlijnen verder organisatorisch zal worden vormgegeven.

Voor het kwaliteitskader en de richtlijnen is de komende jaren in totaal € 8,3 miljoen beschikbaar.

### **2.3 Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging thuis**

De Regeling is op 1 januari 2022 verlengd tot 1 januari 2027 en kent drie onderdelen:

#### **1. Vrijwilligers**

*Doel van de inzet van de coalitieakkoordmiddelen voor het onderdeel vrijwilligers, is dat er voldoende getrainde vrijwilligers beschikbaar zijn. Daarvoor is nodig dat er inzicht is in de vraag naar vrijwilligers en een plan van aanpak beschikbaar is, zodat ook in de toekomst voldoende vrijwilligers kunnen worden opgeleid en ingezet. Het budget dat beschikbaar is voor de instellingssubsidie voor de vrijwillige palliatieve terminale zorg steeg sinds 2017 jaarlijks met 3%. Het percentage van 3% is gebaseerd op de verwachte stijging van het aantal sterfgevallen met 1,5% per jaar (de CBS-prognose bevolking kerncijfers 2014 – 2060 laat een stijging zien van 141.700 sterfgevallen in 2015 tot ongeveer 162.000 sterfgevallen in 2025) en daarbij 1,5% voor uitbreiding van het aantal gevallen en de omgeving waarin vrijwilligers worden ingezet. Het laatste percentage zou voor de subsidiëring in 2023 komen te vervallen<sup>14</sup>. Met behulp van de coalitieakkoordmiddelen wordt dit met terugwerkende kracht hersteld, zodat beter geanticipeerd kan worden op de toenemende vraag naar vrijwilligers in de komende jaren.*

Met de Regeling wordt de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg gestimuleerd, bijvoorbeeld in een high care hospice, een bijna-thuis-huis, zorginstelling of bij mensen thuis. Organisaties in de hospicezorg kunnen door middel van de Regeling een vergoeding ontvangen per patiënt ten behoeve van de inzet van vrijwilligers. Momenteel bieden ongeveer 12.000 vrijwilligers (mantel)zorg en ondersteuning thuis, in hospices en soms ook in zorginstellingen. Vrijwilligers worden opgeleid door Vrijwilligers Palliatieve Terminale Zorg Nederland (VPTZ). VPTZ ontvangt een instellingssubsidie van VWS. VPTZ bevordert de inzet van vrijwilligers en behartigt hun belangen en positie. Ook ondersteunt men de kwaliteit van plaatselijke en regionale organisaties en stimuleren ze de samenwerking tussen deze organisaties. Vrijwilligers zijn cruciaal, omdat palliatieve zorg meer is dan medische zorg. Doordat er de komende jaren een toename

<sup>14</sup> Zie toelichting bij de wijziging van de Regeling eind vorig jaar, per 1 januari 2022 (Stcrt. 2021, nr. 48077).

wordt verwacht van het aantal palliatieve patiënten zal ook de vraag naar vrijwilligers sterk toenemen.

Voor dit onderdeel van de regeling is vanuit de coalitieakkoordmiddelen in totaal voor de komende jaren € 32 miljoen beschikbaar.

2. Netwerken palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg  
*Doel van dit onderdeel van de Regeling is om de integratie van de netwerken palliatieve zorg verder te versterken en te bevorderen dat samenwerking wordt gezocht met ziektespecifieke netwerken en het sociaal domein. De palliatieve zorg staat immers niet op zichzelf. Ter verbetering van de regionale samenwerking kan onderzocht worden of de invoering van een «éénloketfunctie» per regio meerwaarde heeft. Betere samenwerking van organisaties in de palliatieve zorg en coördinatie draagt bij aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Het is nog onvoldoende bekend bij huisartsen en wijkverpleegkundigen dat vrijwilligers ook een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de palliatieve terminale zorg, bijvoorbeeld in hospices, palliatieve units in verpleeghuizen en ook bij mensen thuis. De komende jaren kan dit met behulp van de coalitieakkoordmiddelen verder worden ontwikkeld.*

Netwerken palliatieve zorg en netwerken integrale kindzorg hebben de taak om de activiteiten te coördineren van alle instellingen en personen die beroepsmatig betrokken zijn bij het verlenen van palliatieve zorg in de netwerkregio dan wel kinderpalliatieve zorg in de regio van een netwerk integrale kindzorg. De coördinatie is gericht op een compleet, samenhangend en dekkend aanbod van palliatieve terminale zorg dan wel integrale kindzorg van verantwoorde kwaliteit in de betreffende regio. Bij een palliatief netwerk zijn verschillende zorgaanbieders aangesloten die samenwerkingsverbanden met elkaar kunnen aangaan. Doel van een netwerk is om de zorg voor mensen in de laatste levensfase zo goed mogelijk te organiseren bijvoorbeeld door te zorgen dat er voldoende gevarieerd zorgaanbod is en door het totale zorgaanbod in de regio goed op elkaar af te stemmen. In Nederland zijn 65 regionale netwerken palliatieve zorg en 7 netwerken integrale kindzorg, deze samenwerkingsverbanden zorgen ervoor dat organisaties in de regio elkaar kennen, patiënten bij de juiste organisatie terecht kunnen (zeker in geval van schaarste) en waar mogelijk samen beleid op het gebied van palliatieve zorg in de regio maken. Elke regio heeft een netwerkcoördinator.

In totaal is vanuit de coalitieakkoordmiddelen voor dit onderdeel € 21 miljoen beschikbaar voor de komende jaren.

3. Stimuleren van geestelijke verzorging thuis, door de inzet van geestelijke verzorgers in de regio  
*Doel van dit onderdeel van de regeling is dat Geestelijke verzorging thuis voldoende bekend is zowel bij cliënten als bij zorgverleners of andere doorverwijzers en dat geestelijke verzorgers in de thuissituatie kunnen voldoen aan de vraag. Dit onderdeel van de subsidieregeling wordt in 2023 geëvalueerd.*

Sinds 2019 is een jaarlijkse subsidie beschikbaar om geestelijke verzorging in de thuissituatie te stimuleren door de inzet van geestelijke verzorgers in de netwerkregio (vanaf 2022: regio voor geestelijke verzorging thuis) voor palliatieve patiënten en hun naasten en mensen vanaf 50 jaar met een zingevingsvraag, of de inzet van rouw- en verliesbegeleiders in een netwerkregio voor integrale kindzorg voor ernstig zieke kinderen en hun naasten. Daarbij gaat het om:

- verlening van consulten in de thuissituatie;

- scholing door geestelijk verzorgers van andere zorgverleners en vrijwilligers in de eerste lijn;
- deelname van geestelijk verzorgers in multidisciplinaire overlegvormen (MDO) in de eerste lijn.

Momenteel is er een landelijk dekkend netwerk van achttien regionale centra voor levensvragen (ontstaan vanuit de netwerken palliatieve zorg) en de zeven regionale netwerken integrale kindzorg. De geestelijk verzorgers en rouw- en verliesbegeleiders verbonden aan deze centra en netwerken integrale kindzorg bieden hulp in de drie kernen van de Richtlijn Zingeving en spiritualiteit in de palliatieve zorg: aandacht, begeleiding, crisis.

Het aantal consulten is gegroeid in de afgelopen jaren en zal naar verwachting de komende jaren verder doorgroeien. Geestelijk verzorgers geven daarnaast scholing over zingeving aan professionals met wie ze samenwerken, zoals huisartsen, sociaal werkers, wijkteams van verpleegkundigen en vrijwilligers.

ZonMw doet in het programma Zingeving en geestelijke verzorging actieonderzoek naar geestelijke verzorging in de thuissituatie. De resultaten hiervan worden verankerd in de praktijk en het onderwijs. Daarnaast wordt effectonderzoek gedaan om te bepalen wat de inspanningen voor effect hebben gehad op het welbevinden binnen de doelgroep. De inzichten uit dit onderzoek zijn ook van belang voor de inventarisatie die plaats zal vinden naar een mogelijke verbreding met nieuwe doelgroepen, zodat onderbouwde aanbevelingen kunnen worden gedaan. Inzicht in de behoefte naar gesprekken over zingeving in de samenleving is nuttig om de gewenste reikwijdte te kunnen bepalen. De resultaten van de onderzoeken zullen uiterlijk begin 2024 beschikbaar zijn.

Vanuit uw Kamer en verschillende veldpartijen is de wens geuit om bekostiging van geestelijke verzorging in de thuissituatie te borgen en daarbij te onderzoeken of financiering via een van de zorgwetten, of een combinatie van zorgwetten, tot de mogelijkheden behoort. Eerder heb ik Uw Kamer toegezegd<sup>15</sup> om u te informeren over de verkenning naar de wettelijke borging van geestelijke verzorging thuis. De uitkomst van een interne verkenning naar de juridische mogelijkheden is dat er op dit moment geen realistische mogelijkheid bestaat om geestelijke verzorging in de thuissituatie onder te brengen in een van de stelselwetten. Ook wil ik benadrukken dat de borging van geestelijke verzorging thuis vooralsnog geregeld is in de Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging. Op basis van evaluatie behoort verlenging na 1 januari 2027 tot de mogelijkheden. Ik zal hier verder nog met partijen over in overleg gaan. Er kan bijvoorbeeld ervaring worden opgedaan met domein-overstijgende pilots.

Op 12 juni 2022 heeft overleg plaatsgevonden met betrokken partijen over de besteding van de middelen voor geestelijke verzorging thuis in het eerste half jaar van 2022. Daarmee is de toezegging<sup>16</sup> afgedaan om voor de zomer met betrokken partijen te bespreken hoe het staat met de besteding van de middelen van 2022 uit de Regeling ten behoeve van de geestelijke verzorging thuis. Nagegaan is of de huidige middelen toereikend zijn en of er mogelijke knelpunten te verwachten

<sup>15</sup> Schriftelijk overleg inzake Wijziging van de Subsidieregeling Regeling palliatieve terminale zorg en geestelijke verzorging (Kamerstuk 29 214, nr. 90).

<sup>16</sup> Commissiebrief inzake Subsidieregeling palliatieve zorg (Kamerstuk 29 214, nr. 92).

zijn. Op basis van de uitkomsten van dit overleg is er geen aanleiding om het subsidiebedrag voor 2022 te herzien.

Voor dit onderdeel van de Regeling is met de inzet van de coalitieakkoordmiddelen in totaal vanaf 2023 € 14 miljoen beschikbaar.

## **2.4 Bekostiging palliatieve zorg**

Inmiddels zijn de resultaten van het TAPA\$-project (TrAnsmurale Palliatieve zorg met passende beko\$ting) opgeleverd, heeft de NZa een visie uitgebracht over de bekostiging van de palliatieve zorg en verschijnt binnenkort een publieksversie van het Hopevol-project (Hospicezorg die passend is en de eigen wens van mensen in de palliatieve terminale fase volgt). In de brief aan de Tweede Kamer<sup>17</sup> over de stand van zaken palliatieve zorg van december vorig jaar werd al aangegeven dat al deze ontwikkelingen samen de bekostiging van palliatieve zorg steeds verder zullen verbeteren. Het is ook belangrijk om naar de bekostiging op de lange termijn te kijken in relatie tot de implementatie van het NPPZ II.

### **TAPA\$**

In het project TAPA\$ is onderzocht wat de kwaliteit van transmurale palliatieve zorg is en hoe dit passend kan worden bekostigd. Gebleken is<sup>18</sup> dat transmurale palliatieve zorg leidt tot betere zorg in de laatste levensfase zonder stijging van gedeclareerde zorgkosten. Goede samenwerking in de palliatieve zorg leidt tot minder ziekenhuis- en IC-opnames en draagt bij aan betere zorg. Maar het vergt nog inspanning om dit te realiseren, zowel op regionaal als op landelijk niveau. Dit wordt meegenomen in het kader van het NPPZ II.

### **Hopevol**

Onderzocht is wat de kenmerken zijn van zorgvragers die in een hospice verblijven. Gebleken is dat er bij opname in het hospice tussen de drie hospicetypen – bijna thuis huizen (BTH), high care hospices (HCH) en palliatieve units (PU) – geen significante verschillen in de kenmerken van zorgvragers zijn. Ofwel: zorgvragersprofielen zijn bij opname in een hospice gelijk. Zorgvragers en verwijzers lijken niet op basis van specifieke zorgbehoeften te kiezen voor een bepaald type hospice. Er is wel praktijkvariatie gevonden in de mate waarin er sprake is van passende zorg gedurende de verblijfsperiode.

ActiZ, AHZN en VPTZ Nederland gaan aan de slag met hun eigen verbeterpunten en acties op basis van de resultaten en aanbevelingen van het HOPEVOL-onderzoek.

### **Visie NZa**

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op eigen initiatief een visie over de bekostiging van palliatieve zorg uitgebracht<sup>19</sup>. In deze visie schetst de NZa een toekomstbeeld van het palliatieve zorglandschap met een denkrichting hoe daar te kunnen komen. De NZa geeft aan dat de juridische implicaties en mededingingsaspecten hierin nog niet zijn meegenomen. In de visie beschrijft de NZa dat het makkelijker moet worden voor verschillende zorgaanbieders om samen palliatieve zorg te organiseren opdat deze zorg passend is en aansluit bij de wensen van de

<sup>17</sup> Kamerstuk 29 214, nr. 92.

<sup>18</sup> Zie [www.palliaweb.nl](http://www.palliaweb.nl) nieuws Betere samenwerking palliatieve zorg leidt tot minder ziekenhuis- en IC opnames.

<sup>19</sup> 23 maart 2022 zie [www.nza.nl](http://www.nza.nl).

patiënt. Voorts beschrijft de NZa hoe de bekostiging hieraan kan bijdragen. Zo moet het voor zorgverleners lonend worden om via proactieve zorgplanning (ook wel Advance Care Planning of ACP genoemd) samen met de patiënt het goede gesprek te (blijven) voeren en een individueel zorgplan te maken en transmuraal te delen voor de laatste levensfase. Voor een waardevolle laatste levensfase is het belangrijk dat palliatieve patiënten en hun naasten tijdig en continu in gesprek zijn over de wensen en grenzen van de zorg. Zorgprofessionals geven aan dat voldoende tijd voor goede gesprekken ontbreekt en de bekostiging nog onvoldoende aansluit. De NZa stelt voor om allereerst het belang om proactieve zorgplanning op kortere termijn in de bekostiging een plek te geven. Daarbij vindt de NZa het belangrijk om niet alleen de activiteit (het continue gesprek) te laten lonen, maar vooral het beoogde effect: passende zorg in de palliatieve fase. De NZa geeft daarbij aan onder meer gebruik te maken van de toekomstige inzichten uit het programma Palliantie II van ZonMw.

Voor de langere termijn wil de NZa de mogelijkheden van alternatieve bekostigingssystemen, zoals shared savings of bundelbekostiging voor de palliatieve zorg verder verkennen.

De voorstellen van de NZa die bijdragen aan de doorontwikkeling van de bekostiging wil ik graag nader verkennen. Deze voorstellen kunnen goed aansluiten bij de doelstelling van het NPPZ II met betrekking tot de vroegtijdige zorgplanning en kunnen mogelijk bijdragen aan de verbetering van de bekostiging van de palliatieve zorg in de toekomst. Eerder heb ik toegezegd om Uw Kamer nader te informeren over de bekostiging van de palliatieve zorg op de lange termijn in relatie tot de implementatie van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II<sup>20</sup>. Hiermee is deze toezegging afgedaan. Ik zal met de NZa en in samenspraak met partijen verder onderzoeken hoe de opzet en de uitvoering van (experimentele) aanpassingen in de bekostiging kunnen worden vormgegeven.

De volgende onderwerpen worden hierbij verkend:

- Op basis van de NZa visie onderzoeken in regionale pilots of kleinschalige experimenten: alternatieve vormen van bekostiging van palliatieve zorg met een continue effectmeting dan wel met regelmatige evaluatiemomenten;
- Vergroten mogelijkheden in bekostiging om goede gesprek aan te gaan (ACP);
- Hospicezorg doorontwikkeling bekostiging lange termijn;
- Vrijwilligersinzet – hoe inbedden/meenemen in bekostiging als dat wenselijk en mogelijk is.

Daarmee is de toezegging<sup>21</sup> om de borging van de volwaardige positie van vrijwillige palliatieve zorg en netwerkcoördinatie in het stelsel van zorgwetten nader te verkennen afgedaan.

Het doel hiervan is het beleid met betrekking tot de kwaliteit, capaciteit en bekostiging van de palliatieve zorg verder vorm te geven.

Voor dit onderdeel van de coalitieakkoordmiddelen is in totaal voor de komende jaren € 3 miljoen beschikbaar.

## **2.4 Doorontwikkeling toekomstvisie bekostiging palliatieve zorg**

Er is behoefte aan een visie ten aanzien van de bekostiging van de palliatieve zorg in de toekomst. Daarbij dient ook gekeken te worden naar de inrichting en organisatie (governance) van de palliatieve zorg. Mede op basis van alle ontwikkelingen samen en het integreren van de verschil-

<sup>20</sup> Stand van zakenbrief Palliatieve Zorg (Kamerstuk 29 509, nr. 75).

<sup>21</sup> Stand van zakenbrief Palliatieve Zorg (Kamerstuk 29 509, nr. 75).

lende opbrengsten met name uit de voornoemde pilots of kleinschalige experimenten over de bekostiging van de palliatieve zorg, zal in een toekomstvisie op de palliatieve zorg zorgbreed, geschetst worden hoe verbeteringen mogelijk zijn op het terrein van kwaliteit, capaciteit en ook bekostiging. Daarbij dient ook oog te zijn welke organisatorische herinrichtingen eventueel zijn aangewezen om tot een transitie te komen. Deze toekomstvisie (en begeleiding van de transitie) zal worden uitgewerkt vanaf 2024 door een nog nader te bepalen partij.

Voor dit onderdeel is vanuit de coalitieakkoordmiddelen in totaal € 4,5 miljoen beschikbaar in de komende jaren.

## **2.5 Expertisefunctie geestelijke verzorging thuis**

Eerder is vanuit veldpartijen aangegeven dat er behoefte bestaat aan een expertisefunctie voor geestelijke verzorging in de thuissituatie. Hiertoe is een onderzoek uitgevoerd, waarover ik u in de brief van 26 november 2021 heb geïnformeerd<sup>22</sup>. De expertisefunctie heeft als hoofddoel om ervaringsdeskundigen, geestelijk verzorgers, zorgprofessionals en onderzoekers bij elkaar te brengen om zo de gezamenlijke kennisontwikkeling over geestelijke verzorging thuis aan te sturen. Daarbij is het van belang dat de expertisefunctie praktijk en wetenschap verbindt, kennis toegankelijk maakt voor iedereen, en zorgt dat deze wordt toegepast in de uitvoeringspraktijk. De expertisefunctie neemt daarbij de behoefte van de burger als uitgangspunt en bevordert dat de kwaliteit van de geestelijke verzorging thuis in lijn is met de actuele stand van het vakgebied en zorgt voor integratie met zorg en welzijn.

De betrokken veldpartijen zijn in maart van dit jaar gestart met de opdracht om binnen de door gestelde kaders samen een meerjarenplan op te stellen, waarin zij de ambities en doelen voor de expertisefunctie uitwerken, inclusief financiering, en de inhoudelijke programmering bepalen voor de eerste jaren. Daarin worden de gestarte onderzoeken en reeds behaalde resultaten vanuit de ZonMw-programma's meegenomen. Het meerjarenplan wordt eind van dit jaar verwacht.

Voor de expertisefunctie is vanuit de coalitieakkoord middelen in totaal € 9 miljoen beschikbaar voor de komende jaren.

## **2.6 Uitvoeringskosten**

De extra middelen vanuit het coalitieakkoord zorgen voor extra werkzaamheden zowel bij de uitvoeringsorganisatie die over de uitvoering van subsidieregeling gaat als bij de uitvoering en ontwikkeling van het beleid over palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis. Voldoende capaciteit is een randvoorwaarde voor het kunnen uitvoeren van de plannen voor de palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis.

Voor dit onderdeel is vanuit de coalitieakkoordmiddelen in totaal € 3,2 miljoen beschikbaar voor de komende jaren.

---

<sup>22</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 596.

De middelen uit het coalitieakkoord worden ingezet op de volgende onderdelen:

|                                                                                                            | 2022        | 2023        | 2024        | 2025        | 2026        | 2027         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>1. NPPZ II totaal:</b>                                                                                  | <b>5</b>    | <b>8</b>    | <b>2</b>    | <b>14</b>   | <b>14</b>   | <b>2,0</b>   |
| Waarvan:                                                                                                   |             |             |             |             |             |              |
| – Maatschappelijke bewustwording                                                                           | 1           | 1,5         | 2           | 2           | 2           |              |
| – Vroegtijdige zorgplanning                                                                                | 1           | 1,5         | 2           | 3           | 3           |              |
| – Versterken samenwerking                                                                                  | 0,5         | 1           | 2           | 2           | 2           |              |
| – Projecten consortia                                                                                      | 1           | 2           | 2           | 3           | 3           |              |
| – Digitale gegevensuitwisseling meten en monitoren                                                         | 1           | 1           | 3           | 3           | 3           |              |
| – Implementatie                                                                                            | 0,5         | 1,0         | 1,0         | 1,0         | 1,0         | 2,0          |
| <b>2. Actualisatie kwaliteitskader palliatieve zorg &amp; doorontwikkeling richtlijnen</b>                 | <b>0,8</b>  | <b>2,0</b>  | <b>1,5</b>  | <b>1,0</b>  | <b>1,0</b>  | <b>2,0</b>   |
| <b>3. Regeling PTZ gv thuis totaal: (Inclusief verhogen groei 3% i.p.v. 1,5% demografische groei)</b>      |             |             |             |             |             |              |
| Waarvan:                                                                                                   | <b>3,5</b>  | <b>8,0</b>  | <b>11,5</b> | <b>11,0</b> | <b>11,0</b> | <b>22,0</b>  |
| Waarvan:                                                                                                   |             |             |             |             |             |              |
| Vrijwilligers                                                                                              | 2,0         | 4,5         | 5,5         | 5,0         | 5,0         | 10,0         |
| Netwerken                                                                                                  | 1,5         | 2,0         | 3,5         | 3,5         | 3,5         | 7,0          |
| Gv thuis                                                                                                   |             | 1,5         | 2,5         | 2,5         | 2,5         | 5,0          |
| <b>4. Pilots/kleinschalige experimenten i.s.m. NZa en veldpartijen</b>                                     | <b>0,5</b>  | <b>0,5</b>  | <b>1</b>    | <b>0,5</b>  | <b>0,5</b>  | <b>0</b>     |
| <b>5. Visieontwikkeling op de inrichting en organisatie van de palliatieve zorg integreren resultaten:</b> |             |             | <b>1,5</b>  | <b>1,0</b>  | <b>1,0</b>  | <b>1,0</b>   |
| <b>6. Expertisefunctie gv thuis</b>                                                                        | <b>0</b>    | <b>1</b>    | <b>2</b>    | <b>2</b>    | <b>2</b>    | <b>2</b>     |
| <b>7. Uitvoeringskosten inzet CA middelen t.b.v. uitvoering en beleid</b>                                  | <b>0,2</b>  | <b>0,5</b>  | <b>0,5</b>  | <b>0,5</b>  | <b>0,5</b>  | <b>1,0</b>   |
| <b>Totaal € (miljoen)</b>                                                                                  | <b>10,0</b> | <b>20,0</b> | <b>30,0</b> | <b>30,0</b> | <b>30,0</b> | <b>30,00</b> |

### 3. Motie-Tellegen resultaten persoonsvolgende bekostiging en domein-overstijgende experimenten Wlz

Op 28 oktober 2021 is de motie van het lid Tellegen aangenomen<sup>23</sup>. Deze motie vraagt om in overleg met het veld te onderzoeken hoe de resultaten van persoonsvolgende bekostiging en domein-overstijgende experimenten breder kunnen worden toegepast en de Kamer hierover te informeren.

Voor dat ik in ga op de uitkomsten van zaken, leg ik kort uit wat ik versta onder «persoonsvolgende bekostiging» en «domein-overstijgende experimenten». Persoonsvolgende bekostiging is een specifieke manier om persoonsvolgende zorg te organiseren door de cliënt zelf de beschikking te geven over het beschikbare budget. In de experimenten domein-overstijgende samenwerking spreken de gemeente, de zorgverzekeraar, het zorgkantoor en de zorgaanbieder af dat de zorgaanbieder thuiswonende, kwetsbare ouderen zorg mag bieden die nodig is, ongeachte uit welke domein de zorg gefinancierd wordt. Speciaal

<sup>23</sup> Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 43.

opgeleide arrangeurs regelen deze zorg snel en zonder wachttijden. Aangetoond is dat ouderen sneller geholpen zijn met de juiste zorg waardoor een beroep op de Wlz met acht maanden kan worden uitgesteld. Op dit moment zijn er drie experimenten in Dongen, Ede en Hollandscheveld.

In mijn beleidsreactie op de eindevaluatie van het experiment persoonsvolgende zorg (Kamerstuk 34 104, nr. 255) geef ik aan dat het onderdeel intramurale persoonsvolgende bekostiging belangrijke resultaten heeft opgeleverd. De eigen regie van de cliënt werd vergroot, het inzicht ten aanzien van zorg en ondersteuning bij cliënten en naasten is vergroot en het inzichtelijk maken van de kosten van activiteiten en handelingen leidt tot meer inzicht en bewustzijn bij zorgmedewerkers. Dit onderdeel van het experiment liet zien dat het mogelijk is om binnen de bestaande regelgeving op verschillende manieren persoonsvolgende zorg en bekostiging vorm te geven. Door de initiatiefnemers hiervan wordt de kennis hieromtrent verspreid onder andere zorgaanbieders. In het gesprek met het veld werd deze conclusie nogmaals onderschreven. Ook bleek uit het gesprek dat voor bredere toepassing geen extra randvoorwaarden nodig zijn.

Op basis van deze gesprekken concludeer ik dat er zowel in de praktijk als via beleidsvorming wordt bijgedragen aan de bredere toepassing van persoonsvolgende bekostiging.

Ten aanzien van de domein-overstijgende samenwerking willen zorgkantoren graag dat het mogelijk wordt dat zorgkantoren vanuit de Wlz kunnen investeren in domein-overstijgende samenwerkingsverbanden om zwaardere en duurdere zorg te voorkomen of uit te stellen. Het wetsvoorstel Domein-overstijgende samenwerking is afgelopen jaar bij partijen geconsulteerd. Verder ben ik aan het verkennen of het mogelijk is om, in afwachting van het wetsvoorstel, de domein-overstijgende experimenten uit te breiden.

In het Wlz-debat van 21 april 2022 (Kamerstuk 34 104, nr. 356) heb ik uw Kamer toegezegd uiterlijk in het derde kwartaal helderheid te geven over de continuering van de experimenten domein-overstijgende samenwerking.

Ook zonder dat het wetsvoorstel beschikbaar is, werken zorgkantoren, zorgverzekeraars in alle zorgkantorregio's in meerdere of mindere mate al samen. Binnen deze samenwerking wordt ook gewerkt aan domein-overstijgende initiatieven, bijvoorbeeld in het project «Vormgeven Regionale Samenwerking Ouderenzorg Zaanstreek» of het project «Zorgcontinuüm Ouderenzorg in Zuid-Limburg».

Met het programma de Juiste Zorg op de Juiste Plek wordt ingezet op het bevorderen van deze regionale samenwerking. Regiobeelden dienen daarbij als startpunt. Om te zorgen dat de regiobeelden en plannen daadwerkelijk tot stand komen, integraal en van voldoende kwaliteit zijn, wordt samen met de NZa gewerkt aan aanvullende minimumeisen over de inhoud en opzet van de regiobeelden. Het gaat echter niet alleen om de regiobeelden zelf, maar ook om de governance van de Juiste Zorg op de Juiste Plek in de regio. Samenwerken in de regio moet minder vrijblijvend worden. Daarom ga ik samen met het RIVM, de NZa en het Zorginstituut de regio's beter ondersteunen in de domein-overstijgende samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld op het gebied van het koppelen van data en oplossen van andere knelpunten in de regio. Ook wordt actief gewerkt aan het opbouwen en uitwisselen van kennis, bijvoorbeeld met de lerende evaluatie JZOJP, de onderzoeksagenda van het kennisplatform JZOJP en het uitwisselen van best practices in en tussen de regio.

Op basis van het voorgaande concludeer ik dat er zowel in de praktijk als via beleidsvorming wordt bijgedragen aan de bredere toepassing van domein-overstijgende samenwerking.

#### **4. Verlenging van de overgangsperiode voor ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis**

Sinds 1 januari 2021 kunnen cliënten met een psychische stoornis direct toegang krijgen tot de Wlz, mits zij voldoen aan de hiervoor geldende zorginhoudelijke criteria. Ten behoeve van een zorgvuldige invoering van deze wetswijziging is indertijd door de toenmalig Staatssecretaris van VWS een overgangsperiode ingesteld. Gedurende deze overgangsperiode komt nog niet alle GGZ-behandeling voor deze cliënten ten laste van de Wlz. Voor cliënten die «verblijf zonder behandeling» krijgen (bijvoorbeeld in een beschermende woonvorm) geldt dat het verblijf ten laste komt van de Wlz, maar dat hun (ambulante) GGZ-behandeling tijdens de overgangsperiode nog ten laste komt van de Zvw. Voor cliënten die «verblijf met behandeling» krijgen komt nu al alle langdurige zorg, inclusief (GGZ-) behandeling, ten laste van de Wlz. Na afloop van de overgangsperiode komt de GGZ-behandeling voor alle cliënten met een Wlz-indicatie op grond van een psychische stoornis ten laste van de Wlz. Deze overgangsperiode zou oorspronkelijk gelden tot 1 januari 2022, maar is later verlengd tot 1 januari 2023. Ik heb besloten deze overgangsperiode nog een laatste keer met een jaar te verlengen tot 1 januari 2024. De belangrijkste reden daarvoor is de afspraak in het coalitieakkoord om «behandeling in de Wlz» over te hevelen van de Wlz naar de Zvw. De uitwerking van deze afspraak is nog gaande, maar ik wil met deze brief het veld tijdig informeren over het verlengen van de overgangsperiode. De positionering van de GGZ-behandeling wil ik in samenhang met de uitwerking van de afspraak in het coalitieakkoord bezien. Zoals al eerder aan u is toegezegd zal ik u in het derde kwartaal van dit jaar informeren over de verdere stappen rond behandeling in de Wlz. Ik zal u dan ook informeren over eventuele gevolgen voor de positionering van GGZ-behandeling vanaf 1 januari 2024.

#### **Slot**

In deze Wlz-verzamelbrief heb ik beschreven op welke wijze de in het coalitieakkoord beschikbaar gestelde middelen voor de palliatieve zorg een geestelijke verzorging thuis zullen worden aangewend. Daarmee wordt een stevig fundament gelegd voor de verbetering van de palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis in de komende jaren. Vervolgens ben ik ingegaan op de persoonsvolgende bekostiging en domein-overstijgende experimenten Wlz en de verlenging van de overgangsperiode voor ggz-behandeling voor Wlz-cliënten met een psychische stoornis. Zodra daar aanleiding toe is zal ik uw kamer nader informeren.

De Minister voor Langdurige Zorg en Sport,  
C. Helder