

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

3403

Vragen van het lid **Van der Staaij** (SGP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *problemen bij uitbetaling van verleende palliatieve zorg* (ingezonden 1 augustus 2016).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 1 september 2016) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 3272

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht «Palliatieve zorg en DOT's: nog 2 jaar wachten op een oplossing – Financiering blijft bottleneck»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat vindt u ervan dat het door een technische kwestie in de huidige DOT-financiering onmogelijk is om een vergoeding te krijgen voor daadwerkelijk verleende palliatieve zorg zolang er nog sprake is van een actieve klinische behandeling van een patiënt? Hoe komt het dat tot wel 80% van de geleverde palliatieve zorg niet declarabel is?

Antwoord 2

Er bestaan zes DBC's palliatieve zorg: dit betreft zowel ambulante als klinische zorg. De volgende specialismen kunnen deze zorg declareren: kindergeneeskunde, interne geneeskunde, longgeneeskunde, neurologie, klinische geriatrie en anesthesiologie. Palliatieve DBC's kunnen gedeclareerd en vergoed worden naast een actieve klinische behandeling. Maar het is wel zo dat tijdens een klinische periode van *hetzelfde* specialisme er maar 1 klinische DBC in rekening gebracht mag worden. Dat is een algemene regel, die voor alle specialismen en behandelingen geldt. Die regel is bedoeld om het opknippen van een klinische periode in meerdere klinische (dure) DBC's te voorkomen.

Dit betekent dat tijdens een actieve klinische behandeling wel degelijk tegelijkertijd een palliatieve zorg DBC geopend en gedeclareerd kan worden, wanneer dit door een ander specialisme wordt gedaan. In een palliatief team

¹ Tijdschrift Medische Oncologie, juli 2016

zitten over het algemeen meerdere specialismen, waardoor dit een relatief simpele oplossing is die nu al toegepast kan worden en wordt. Een ziekenhuis kan bijvoorbeeld de anesthesist (als onderdeel van het palliatief team) alle klinische palliatieve zorg laten declareren, waardoor er geen uitval is.

Vraag 3

Waarom heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) verbetervoorstellen van de NVMO (Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs) en NIV (Nederlands internisten vereniging) in afwachting van een definitieve oplossing naast zich neer gelegd en waarom wil de Nza pas in 2018 met een oplossing komen? Vindt u dat het oplossen van dit knelpunt tot 2018 kan wachten of ziet u het risico dat palliatieve teams in ziekenhuizen tot die tijd stoppen om palliatieve zorg ook aan niet-oncologische patiënten te bieden omdat ze daar geen vergoeding voor krijgen? Bent u bereid de parallelle vergoeding van het klinische en palliatieve traject daarom op zo kort mogelijke termijn te regelen?

Antwoord 3

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft mij laten weten dat er een aantal argumenten speelde bij de besluitvorming:

- Het voorstel voor de palliatieve zorg 2017 had impact op een groot aantal DBC's en daarmee op het contracteerproces. De NZa heeft de roep van de veldpartijen om rust in de sector gehonoreerd en veel voorstellen tot wijziging, waaronder deze voor de palliatieve zorg, niet doorgevoerd.
- Het voorstel voor de palliatieve zorg 2017 was specifiek gericht op aanpassingen binnen de medisch specialistische zorg. De NZa heeft in aanloop naar de besluitvorming van het DBC-pakket 2017 van branchepartijen signalen ontvangen dat er ook in andere sectoren knelpunten werden ervaren ten aanzien van de bekostiging van palliatieve zorg. De NZa heeft vervolgens in afstemming met partijen besloten de wijziging binnen de medisch specialistische zorg aan te houden en direct te starten met een brede, integrale inventarisatie. Dit betekent dat de NZa sectoroverstijgend en per deelsector knelpunten inventariseert en bekijkt of de problemen waarmee patiënten, aanbieders en verzekeraars te maken krijgen, kunnen verminderen door aanpassingen in de bekostiging. Een uitkomst kan ook zijn dat wijzigingen in de bekostiging niet nodig zijn en dat de aanbevelingen gericht zijn op uitleg van en informatie geven over huidige regelgeving. De afronding van dit project is gepland in januari 2017. Gesignaleerde problemen met betrekking tot de bekostiging worden geïntegreerd uitgewerkt voor 2018. Partijen steunen deze aanpak.

In deze integrale inventarisatie wordt gericht naar oplossingen gekeken, zowel voor de korte en middellange termijn. Dit wordt in samenspraak met het praktijkteam palliatieve zorg opgepakt, waarbij het praktijkteam kijkt naar welke verbeteringen (in bijvoorbeeld werkwijze, administratieve rompslomp en good practices) op de korte termijn kunnen worden aangepakt, de zogenaamde «quick wins».

Het is uiteraard niet wenselijk dat palliatieve teams in ziekenhuizen stoppen, omdat ze geen palliatieve zorg zouden kunnen declareren. Zoals in mijn antwoord op vraag twee reeds aangegeven, is parallelle vergoeding van het klinische en palliatieve traject op dit moment al mogelijk.

Het Integraal Kankerinstituut Nederland (IKNL) heeft, samen met diverse zorgadministrateurs uit enkele ziekenhuizen en met medewerking van de NZa, in maart een handreiking uitgebracht². Het doel van deze handreiking is de professional zo goed mogelijk te ondersteunen door de huidige structuur en regelgeving rondom financiering van de palliatieve zorg op een rij te zetten en te koppelen aan suggesties voor optimale registratie en eventuele declaratie.

Vraag 4

Waarom kan een intercollegiaal consult om palliatieve zorg onderling af te stemmen niet worden gedeclareerd als hiervoor iemand van het eigen specialisme wordt gevraagd? Is het nadeel dat de NZa hiervan ziet, namelijk

² <https://www.iknl.nl/docs/default-source/palliatieve-zorg/handreiking-zorgproducten-palliatieve-zorg-in-het-ziekenhuis.pdf?sfvrsn=2>

dat er potentieel te veel intercollegiale consulten geschreven zouden gaan worden, volgens u realistisch gelet op het feit dat er in totaal maar één budget is voor de zorg? Bent u bereid ervoor te zorgen dat deze overbodige regel op de kortst mogelijke termijn verdwijnt?

Antwoord 4

Dit is eveneens een algemene regel, die voor alle specialismen en alle zorg in het ziekenhuis geldt. Het DBC-systeem en bijbehorende regels stellen de patiënt en zijn zorgvraag centraal, en niet de aanbieder (medisch specialist). Dit betekent dat in een declaratie zoveel mogelijk zorg die bij één zorgvraag hoort ook al zijn hier meer medisch specialisten bij betrokken, wordt samengebracht. De genoemde regel «bewaakt» dit door te voorkomen dat elk overleg binnen een maatschap/specialisme over een klinische patiënt leidt tot een declarabele (intercollegiaal consult) DBC. Ik ben niet voornemens deze regel af te schaffen.